



PROGRAMME FINAL ET LIVRE DES RESUMÉS

4, 5 et 6 octobre 2021

XXXI^e Congrès National de la Société
Française d'Hygiène Hospitalière



Numéro enregistrement ANDPC : 2884
Pre clearance EthicalMedtech (compliant)

MOT DE BIENVENUE

Madame, Monsieur, Cher(e) Collègue,

C'est un très grand plaisir que de vous accueillir à Nantes pour ce congrès que nous attendons tous depuis plus de 2 ans... La crise sanitaire Covid a bouleversé beaucoup de projets autant professionnels, associatifs que personnels ces derniers mois. Elle a fait disparaître les occasions de rencontre avec la suppression d'une grande partie des manifestations régionales, nationales et même internationales en présentiel. Enfin, elle a aussi phagocyté l'actualité.

Dans ce cadre, il était important de pouvoir recréer un espace de rencontres, d'échanges, mais aussi de présentations avec la possibilité de discuter directement avec les collègues qui partageront leur expérience, ceux rencontrés dans les salles de conférences, sur les ateliers, mais aussi nos partenaires industriels lors des symposiums, des sessions de l'innovation ou encore sur l'exposition.

Covid sera bien entendu présent dans le programme scientifique (pouvait-il en être autrement en 2021 ?). Mais nous n'oublions pas ce qui fait le cœur de métier de la prévention et du contrôle de l'infection (PCI) : les infections respiratoires, le bloc opératoire du XXI^{ème} siècle, la communication en hygiène hospitalière... pour ne citer que trois des quatre thèmes majeurs de ce congrès. Mais ce sont aussi tous les fondamentaux de la PCI qui seront abordés au travers de la centaine de présentations qui vous sont proposées : précautions standard, hygiène des mains, lutte contre les BMR et les BHR, légionellose, lutte contre l'antibiorésistance, maîtrise de l'environnement... Cette année, notre conférencier d'honneur sera le Professeur Benoît Vallet pour une revue de « 20 ans de lutte contre les infections associées aux soins et l'antibiorésistance ». Le regard d'un ancien chef de pôle dans un CHU, ancien Président de CME, ancien Directeur Général de la Santé, Conseiller Maître à la Cour des Comptes et aujourd'hui Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France à Lille nous éclairera assurément sur les évolutions de ces dernières années pour poser les défis de demain.

N'hésitez pas à interagir avec nos experts, en salle et au-delà, ils sont ici pour cela. Pensez à télécharger l'application smartphone SF2H 2021 qui sera votre poisson pilote à chaque instant pour organiser et guider votre emploi du temps et vos rencontres. Vous découvrirez ou approfondirez les dernières recommandations de la SF2H et pourrez les confronter aux solutions techniques existantes à mettre en regard. L'exposition industrielle et les différentes sessions associées témoigneront à nouveau du dynamisme de notre discipline et de sa capacité à susciter la recherche et l'innovation technologique.

Ce congrès est le XXXI^{ème} pour notre société. Créée en 1982, elle a réuni un premier congrès en 1985. C'est donc une jeune société de presque 40 ans qui est heureuse de vous y retrouver. Ces deux dernières années ont été denses, avec de nombreux rebondissements, en particulier dans les règles qui nous étaient imposées. Avec le Conseil Scientifique, tous les administrateurs de notre société et l'appui d'Europa Organisation, nous avons tout fait pour que ce congrès soit à la fois riche en échanges et en partages d'expériences tout en restant sûr sur le plan sanitaire pour chacun.

Enfin, comme chaque année impaire, le congrès verra le renouvellement d'un tiers de son Conseil d'Administration. C'est un moment important de démocratie pour la SF2H. Vous êtes adhérents ; ne ratez surtout pas l'Assemblée Générale de lundi soir.

Je vous souhaite un excellent congrès

Bruno Grandbastien
Président de la SF2H

PROGRAMME DÉFINITIF ET LIVRE DES RÉSUMÉS

Sommaire

Mot de bienvenue.....	p. 2
Plan exposition.....	p. 4
Informations générales	p. 6
Les comités	p. 7
Programme définitif	p. 8
Liste des Communications Libres.....	p. 26
Liste des Prix et Prix Junior.....	p. 30
Liste des Posters Commentés.....	p. 31
Liste des Posters Congrès.....	p. 33
Textes des Communications Libres.....	p. 52
Résumés des Prix et Prix Junior	p. 82
Résumés des Posters Congrès.....	p. 86
Posters commentés Congrès.....	p. 247
Index des auteurs	p. 257
Remerciements.....	p. 273

PLAN DE L'EXPOSITION

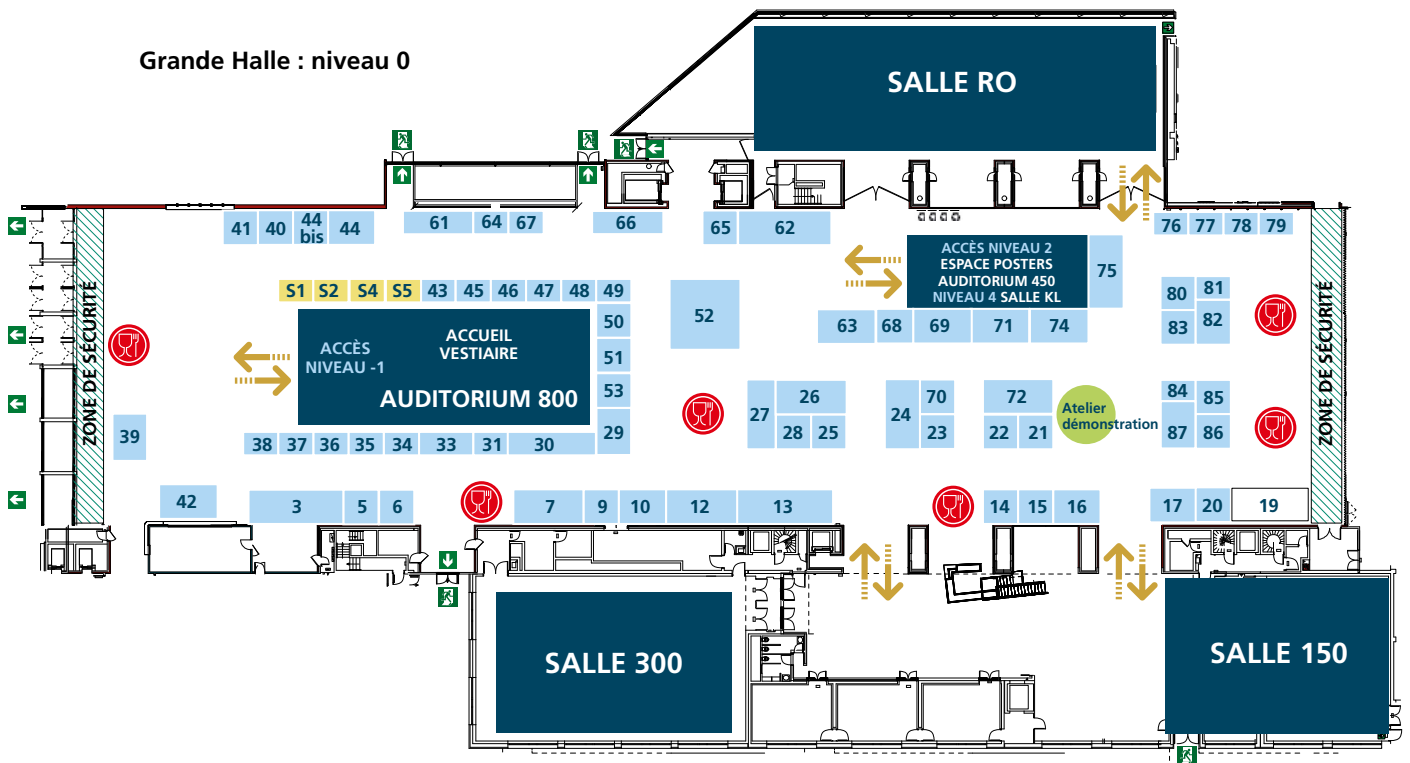
Le comité d'organisation remercie pour leur soutien les exposants suivants :

- | | | | |
|-----|------------------------|-------|-------------------------------------|
| 77 | @Bloc | 40 | Health & Co / Revue Hygiènes |
| 29★ | 3M France | 75 | Hospidex France |
| 46 | AB Medica | 85★ | Hygie Canada |
| 62★ | Airinspace | 53 | Jalsosa |
| 48 | Aked | 31 | Kimberley-Clark |
| 78 | Alliance Bio Expertise | 51 | Koki Software |
| 36 | ALT - Medigenic | 13★ | Laboratoires Anios |
| 10 | Aqua Free France | 64 | Laboratoire Gilbert |
| 63 | Aqua-Tools | 61 | Laboratoire Huckert's International |
| 76 | Arcania By Sofinor | 03 | Laboratoire du Solvirex |
| 06 | Arjo | 16 | Meiko |
| 25 | Asept In Med | 35 | Mobiserv |
| 41 | Aspec | 27★ | Nanosonics |
| 52 | Aspida | 84 | Nosotech |
| 79 | Baxter (ICNET) | 51 | Olympus |
| 69 | B.braun Medical | 86 | Ovipur |
| 07 | BD France | 47 | Owen Mumford |
| 20 | Behring | 82 | Oxy'pharm |
| 15 | Bioquell | 14 | Pall Corporation |
| 22★ | Boston Scientifique | 81 | Parolai Stil'eco |
| 34 | Byg4lab® | 37 | Pentax Medical |
| 17 | Camfil | 33 | PH ² International |
| 12★ | Cantel | 70 | Pocrame |
| 05★ | Cepheid | 44bis | Repias |
| 30 | Christeyns | 45 | Sarstedt |
| 50 | Clean'box | 44 | SF2H |
| 87 | Cleanis | 55 | Simango |
| 83 | Concept Manufacturing | 23 | Sodel |
| 38 | Cooper | 43 | Steris |
| 65 | Decitex | 39 | Stryker |
| 86 | Deeplight | 54 | Tactys |
| 63 | Delabie | 28 | Tesalys |
| 68 | Devea Environnement | 80 | The Surgical Company |
| 26★ | Didactic | 72 | THX Medical |
| 24★ | Diversey | 66★ | Tristel |
| 71 | DME | 52★ | Viatris |
| 42 | Essity | 09 | Wassenburg Medical |
| 21 | Ethicon | | |
| 67 | Franklab | | |
| 49★ | Germitec | | |
| 74 | Gojo | | |

Nous remercions également pour sa contribution le partenaire suivant :

Laboratoires Coloplast

Liste des exposants arrêtée en date du 7 septembre 2021



- Espace Start-up
- ★ Partenaire majeur

INFORMATIONS GÉNÉRALES

DATES : 4, 5 et 6 octobre 2021

LIEU : Cité des Congrès de Nantes - 5, rue de Valmy - 44000 Nantes

LANGUE DU CONGRÈS

Français - Anglais avec traduction simultanée de la session internationale

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

La Société Française d'Hygiène Hospitalière a été agréée Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC) sous le numéro 2884, pour les médecins (depuis juillet 2016), les pharmaciens et les paramédicaux.

Pour les professionnels de santé salariés des établissements de santé, le programme DPC porté par la SF2H est financé, soit par votre employeur, soit par un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (ANFH très souvent).

Une convention de formation doit être passée et signée avec le service de formation de votre établissement.

Toutes les informations relatives au programme DPC vous sont communiquées dans un programme spécifique.

DROITS D'INSCRIPTION

Nous vous invitons à vous inscrire en ligne sur le site internet de la SF2H : www.sf2h.net. Pour toute demande particulière, merci de contacter le service « Inscription Congrès » à l'adresse suivante : insc-sf2h@europa-organisation.com.

L'inscription donne droit :

- à l'accès aux conférences et à l'exposition,
- aux résumés du congrès incluant le programme définitif des conférences.

Il n'y a pas de tarif d'inscription unitaire pour la ½ journée du lundi après-midi.

RENCONTRE AVEC L'EXPERT

Lundi 4 octobre

Les badges des participants seront scannés à l'entrée de la salle. Seuls les participants inscrits seront autorisés à assister à ces ateliers.

SESSION INTERNATIONALE

Lundi 4 octobre

Une traduction simultanée Anglais - Français est assurée. Si vous avez commandé un casque lors de votre inscription, il vous sera remis à l'entrée de la salle en échange d'une pièce d'identité.

SYMPOSIUM, SESSIONS DE L'INNOVATION, ATELIERS DÉMONSTRATION DE L'INDUSTRIE

Le contenu des communications est sous la responsabilité des industriels organisateurs.

PRIX DE LA SF2H

Le Prix du meilleur abstract (Prix Médical) sera remis lors du congrès.

POSTERS

254 posters sont exposés sur la mezzanine, niveau 2

RESTAURATION

Un temps de pause est réservé pour le déjeuner.

Les déjeuners du lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 octobre 2021 vous sont proposés au tarif unitaire de 15,25€ TTC. Vous avez également la possibilité de vous restaurer dans l'un des restaurants situés à proximité de la Cité des Congrès.

SITE INTERNET



www.sf2h.net

L'ensemble des documents du congrès est téléchargeable sur le site de la SF2H à l'aide du code SF2HNANTES2021

EXPOSITION

Une exposition, ouverte au public du lundi 4 octobre 10h30 au mercredi 6 octobre 15h30, regroupe les industriels partenaires du congrès.

RÉCLAMATION

Aucune réclamation ne pourra être formulée contre les organisateurs au cas où des événements politiques, sociaux, économiques ou autre cas de force majeure viendraient à gêner ou à empêcher le déroulement du congrès.

L'inscription au congrès implique l'acceptation de cette clause.

LES COMITÉS

COMITÉ SCIENTIFIQUE

LAVIGNE Thierry, Strasbourg, Président
AHO GLÉLÉ Ludwig Serge, Dijon
BAGHDADI Nouara, Lille
BERGER-CARBONNE Anne, Saint Maurice
BLANCKAERT Karine, Nantes
BOUDJEMA Sophia, Marseille
BOURIGAULT Céline, Nantes
BOYER Alexandre, Bordeaux
CARRE Yolene, Bordeaux
CASSIER Pierre, Lyon
CASTAN Bernard, Périgueux
CHAIZE Pascale, Montpellier
FLORENTIN Arnaud, Vandœuvre-lès-Nancy
FONDRINIER Caroline, Libourne
FOURNIER Sandra, Paris
KEITA-PERSE Olivia, Monaco
LASHERAS BAUDUIN Agnès, Bordeaux
LAVIGNE Thierry, Strasbourg
LEHOURS Philippe, Bordeaux
MERLE Véronique, Rouen
QUINTARD Bruno, Bordeaux
ROGUES Anne-Marie, Bordeaux
ROMANO BERTRAND Sara, Montpellier
SAVEY Anne, Saint Genis Laval
TAMAMES Corinne, Paris
VENIER Anne-Gaëlle, Bordeaux

COMITÉ D'ORGANISATION

BARON Raoul, Brest
CHAIZE Pascale, Montpellier
GRANDBASTIEN Bruno, Lausanne
KEITA-PERSE Olivia, Monaco

LUNDI 4 OCTOBRE 2021

- 10:30 ACCUEIL DES CONGRESSISTES ET OUVERTURE DE L'EXPOSITION**
- 12:00-13:30 Pause déjeuner**
- 13:30-15:30 PROGRAMME DPC 1^{ÈRE} PARTIE**
(cf plaquette programme DPC)
- 14:00-15:30 RENCONTRES AVEC L'EXPERT**
- Salle 300 **A1 - Maîtriser la diffusion des BHRé en 2021**
Sandra Fournier, Paris, Corinne Tamames, Paris, Didier Lepelletier, Nantes
- Salle KL **A2 - Cathéter veineux périphérique ? Les recos en pratique !**
Evelyne Boudot, Montpellier, Blandine Guilley-Lerondeau, Nantes
- 14:00-15:30 SESSION INTERNATIONALE 1^{ÈRE} PARTIE**
Auditorium 450 **COVID-19 PANDEMIC: THE TIME TO DEBRIEF (?)**
In partnership with EUNETIPS
(Session en anglais avec traduction simultanée)
Chairperson: *Yolène Carré, Bordeaux*
- 14:00 Session introduction**
Thierry Lavigne, President of the Scientific Committee of the French Society for Hospital Hygiene
- 14:15 Global changes and pathogens emergence**
Samuel Alizon, Research Director CNRS, Montpellier
- 14:40 Governance in the age of complexity: building resilience to COVID-19 and future pandemics**
Didier Wernli, University of Geneva (Switzerland) in video-conference
- 15:05 Let's shed light on information and misinformation during the pandemic**
Alexandra Peters, Geneva (Switzerland)
- 15:30-16:00 Visite de l'exposition - Pause-café**
Espace exposition
- 16:00-18:00 PROGRAMME DPC 2^{ÈME} PARTIE**
(cf plaquette programme DPC)
- 16:00-17:30 RENCONTRES AVEC L'EXPERT**
- Salle 300 **A1 - Maîtriser la diffusion des BHRé en 2021**
Sandra Fournier, Paris, Corinne Tamames, Paris, Didier Lepelletier, Nantes
- Salle KL **A2 - Cathéter veineux périphérique ? Les recos en pratique !**
Evelyne Boudot, Montpellier, Blandine Guilley-Lerondeau, Nantes

LUNDI 4 OCTOBRE 2021**16:00-17:30**

Auditorium 450

SESSION INTERNATIONALE 2^{ÈME} PARTIE**COVID-19 PANDEMIC: THE TIME TO DEBRIEF In partnership with EUNETIPS****(Session en anglais avec traduction simultanée)**Chairperson: *Yolène Carré, Bordeaux***16:00****Ranking the effectiveness of worldwide***COVID-19 government interventions**Sara Romano-Bertrand, Montpellier***16:25****Staying home saves life - but what about human rights***Frédéric Bouhon, University of Liège (Belgium)***16:50****Global discussion***All participants***18:15-19:30**

Salle 300

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SF2H

MARDI 5 OCTOBRE 2021

08:00

Niveau -1

ACCUEIL DES CONGRESSISTES

08:45-09:00

Auditorium 800

MOT D'ACCUEIL

*Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse),
Didier Lepelletier, Nantes,
Philippe El Saïr, Directeur Général du CHU de Nantes*

09:00-10:00

Auditorium 800

SESSION PLÉNIÈRE 1

Équipements de protection individuelle à l'heure de la pandémie

*Modérateurs : Sara Romano-Bertrand, Montpellier,
Nouara Bagdhadi, Lille*

Place du masque depuis un siècle

Gilles Boetsch, Paris

Gestion des EPI : quelle réponse à l'international ?

Nagwa Khamis, Le Caire (Egypte)

10:00-11:00

Auditorium 450

ATELIERS PÉDAGOGIQUES DU GERES/INRS/SF2H

Thème : Masques

Animatrice : Isabelle Lolom, Paris

MARDI 5 OCTOBRE 2021**10:05-10:35**

Salle 300

SESSION DE L'INNOVATION (au choix)**Parrainée par TRISTEL****Comment choisir le bon désinfectant pour les sondes invasives ?**Modérateur : *Nourredine Loukili, Lille***Comment choisir le bon désinfectant pour les sondes invasives ? La norme EN14885:2018***Bart Leemans, Anvers (Belgique)***Comment choisir le bon désinfectant pour les sondes invasives ? La chimie Tristel CIO2***Christian Faure, Marseille*

Salle R0

Parrainée par DIVERSEY**Biofilm, le prochain défi de la prévention des infections**Modérateur : *Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse)**Claire Khosravi, Bordeaux*

Salle 150

Parrainée par CEPHEID**COVID-19 et BMR/BHRe : la parfaite association de malfaiteurs**Modératrice : *Isabelle Demange, Maurens-Scopont***Données de la littérature et expérience du CHU Henri Mondor***Jean-Winoc Decousser, Créteil***COVID-19, gestion des épidémies, tests rapides : nouveautés Cepheid***Pierre Le Roux, Maurens-Scopont***10:40-11:10**

Espace exposition

Visite de l'exposition - Pause-café

MARDI 5 OCTOBRE 2021**10:40-11:10**

Salle 300

SESSION POSTERS COMMENTÉS**Cellule régionale d'épidémiologie génomique, nouvelle structure et retour sur l'investigation microbiologique d'une épidémie à BHRé***Simon Le Hello, Caen***Analyse des cas nosocomiaux de COVID-19 et apport du whole-genome sequencing dans l'investigation des clusters***Jeanne Couturier, Paris***Surveillance des complications associées aux midlines avec prolongateur intégré***Alexandra Allaire, Saint-Lô***Le marathon de l'hygiène hospitalière***Olivier Meunier, Haguenau***Délai de colonisation et décolonisation à EPC ou ERV des patients d'un CHU***Mathilde Ranger, Limoges***Epidémie de KP-NDM en réanimation : les siphons à l'origine d'un réservoir environnemental***Céline Bourigault, Nantes***10:40-11:10**

Mezzanine niveau 2

SESSION POSTERS**11:15-12:45**

Auditorium 800

SP01**Équipements de protection individuels à l'heure de la pandémie***Modératrices : Céline Bourigault, Nantes,
Pascale Chaize, Montpellier***Masques (indications, prolongement du port, recyclage...)***Pierre Parneix, Bordeaux***Gants et surblouses***Sara Romano-Bertrand, Montpellier***Appareils de Protection Respiratoire (APR) : réutilisation, perspective ?***Philippe Cinquin, Caroline Landelle, Grenoble*

MARDI 5 OCTOBRE 2021**11:15-12:45**

Auditorium 450

SP02**Communications libres 1 - BMR - BHRé**

Modérateurs : *Thierry Lavigne, Strasbourg,*
Corinne Tamames, Paris

Transmission d'entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) : attention à l'entretien des chiffonnettes de bionettoyage réutilisables

Stéphanie Coudrais, Lyon

Simulation de la transmission des ERG par un modèle multi-agents

Stéphanie Deboscker, Strasbourg

Prévalence du portage des variants d'OXA-48 présentant un bas niveau de résistance aux antibiotiques

Audrey Maurand, Créteil

Prévalence des entérobactéries résistantes aux antibiotiques dans un réseau d'EHPAD

Clément Legeay, Angers

Comment évolue l'indépendance fonctionnelle des patients EPC+ en SSR ?

Noureddine Henoun-Loukili, Lille

Rentabilité du dépistage à la recherche d'un portage de BHRé chez les patients contacts réadmis

Anais Andreo, Nantes

MARDI 5 OCTOBRE 2021

11:15-12:45

Salle 300

SP03

Communications libres 2 - Risque infectieux en réanimation adulte et néonatalogie

Modératrices : *Brigitte Richaud-Morel, Nîmes,*
Yolène Carré, Bordeaux

Prévention des PAVM : mise en place d'un protocole de soins de bouche en réanimation

Arnaud Florentin, Nancy

***Staphylococcus capitis* et cathétérisme en réanimation néonatale aujourd'hui**

Nathalie van der Mee-Marquet, Tours

Évaluation des mesures de prévention du risque infectieux en réanimation néonatale

Stuti Gera Denis-Petit, Paris

Gestion de septicémies à *Bacillus cereus* en néonatalogie : interventions, investigations

Didier Lecointe, Corbeil-Essonnes

Analyse génomique en routine des eBLSE en réanimation adulte : écologie et faits épidémiques marquants

Simon Le Hello, Caen

Six ans de contrôles microbiologiques des laits fortifiés en biberonnerie et néonatalogie

Pierre Cassier, Lyon

11:15-12:45

Salle RO

SP04

Session en partenariat avec la SPILF

Modérateurs : *Bernard Castan, Périgueux,*
Olivia Keita-Perse, Monaco

Point sur la vaccination anti-COVID-19

Maeva Lefebvre, Nantes

Bon usage des antibiotiques durant la pandémie à COVID-19

Solen Kerneis, Paris

Les traitements de la COVID-19

Alexandre Bleibtreu, Paris

MARDI 5 OCTOBRE 2021**11:15-12:45**

Salle 150

SP05 - Prix SF2H

Modératrices : *Véronique Merle, Rouen,*
Sophia Boudjema, Marseille

Former par la simulation à la prévention des infections liées aux dispositifs intravasculaires

Valérie Walocha, Lille

Prévention des ILC en réanimation : peut-on faire moins cher et plus efficace ?

Laurie Renaudin, Metz

Étude prospective quantitative et qualitative de l'observance des gestes de désinfection des mains par friction chez les professionnels infirmiers et aide-soignants d'un service de médecine hospitalier

Dorothee Langlois, Le Havre

Évaluation de l'action d'un stress chimique sur un biofilm de *Klebsiella pneumoniae* formé dans un matériau d'endoscopes

Anne Clémence Cholley, Brioude

12:50-13:25**Pause déjeuner****13:25-14:25**

Salle R0

SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE (au choix)**Parrainé par 3M****Prévention des infections liées aux cathéters et des infections du site opératoire : quels impacts cliniques et médico-économiques aujourd'hui ?**

Modératrice : *Olivia Keita-Perse, Monaco*

Épidémiologie, complications et infections sur site opératoire (ISO)

Pascal Astagneau, Paris

Champs à inciser imprégnés d'iodophore - Faut-il attendre ?

Hubert Johanet, Paris

Focus sur les recommandations de la SRLF et la SF2H - Complications des voies veineuses périphériques

Olivia Keita-Perse, Monaco

Impacts médico-économiques des infections liées aux cathéters (ILC) et des infections sur site opératoire (ISO)

Emmanuel Piednoir, Rennes

MARDI 5 OCTOBRE 2021

Salle 300

Parrainé par NANOSONICS**Le défi du retraitement efficace des sondes d'échographie semi-critiques et critiques entre deux patients**Modérateur : *Loïc Simon, Nancy***Audit des pratiques : l'exemple des services d'urgence***Karine Blanckaert-Maréchal, Nantes***Rappel des recommandations applicables en France***Loïc Simon, Nancy***La désinfection des dispositifs médicaux selon l'Institut Robert Koch***Olivier Mazille, Strasbourg*

Auditorium 800

Parrainé par Laboratoires ANIOS**Prévenir les infections associées aux soins : L'innovation digitale au service des équipes d'hygiène hospitalière**Modérateur : *Pierre Parneix, Bordeaux***Présentation des applications et outils associés***Vanessa Pouget, Lezennes***Retour d'expérience***Magali Bauer, Cholet***Retour d'expérience***Isabelle Berge, Cholet***14:30-15:30**

Auditorium 800

SESSION PLÉNIÈRE 2**Pneumopathie et infections respiratoires nosocomiales**Modérateurs : *Alexandre Boyer, Bordeaux,*
*Agnès Lasheras-Bauduin, Bordeaux***Spécificités des PAVM : quoi de neuf ?***Jean-François Timsit, Paris***Prévention et maîtrise des infections respiratoires chez un sujet âgé***Claire Roubaud, Bordeaux***15:30-16:10**

Auditorium 450

Ateliers pédagogiques du GERES/INRS/SF2H**Thème : Tuberculose**Animatrice : *Elisabeth Rouveix, Boulogne-Billancourt***15:35-16:05**

Espace exposition

Visite de l'exposition - Pause-café**15:35-16:05**

Mezzanine niveau 2

SESSION POSTERS

MARDI 5 OCTOBRE 2021

15:35-16:05

Salle 300

SESSIONS POSTERS COMMENTÉS

***Enterobacter spp* : résistance aux antibiotiques et tolérance aux biocides**

Sid Ahmed Rebiahi, Tiemcen (Algérie)

Impact de l'épidémie Covid-19 sur l'observance d'hygiène des mains des soignants mesurés par un système automatique de surveillance électronique directement dans les chambres des patients

Amine Si Ali, Créteil

Transmission inattendue de légionellose nosocomiale en secteur protégé

Sarah Jolivet, Paris

Retour d'expérience d'une contamination d'un technicien de laboratoire par *Brucella melitensis* dans un centre hospitalier général

Maxime Degrendel, Roubaix

Hygiène hospitalière : quelles sont les habitudes des médecins ?

Olivier Meunier, Haguenau

Les distributeurs de solutions hydro-alcooliques sous surveillance

Olivier Meunier, Haguenau

16:10-17:40

Auditorium 800

SP06

Pneumopathies et infections respiratoires nosocomiales

Modérateurs : *Arnaud Florentin, Nancy,*

Marie-Gabrielle Leroy, Montpellier

Décolonisation digestive et prévention des PAVM

Alexandre Boyer, Bordeaux

Prévention des maladies à transmission respiratoire : recommandations vaccinales pour les soignants

Elodie Blanchard, Bordeaux

Tuberculose respiratoire : difficulté de maîtrise de la diffusion

Hervé Blanchard, Paris

MARDI 5 OCTOBRE 2021**16:10-17:40**

Salle 150

SP07**Communications paramédicales - Prévention des infections liées aux actes invasifs**

Modératrices : *Anne Savey, Lyon,*
Marie-Christine Arbogast, Fains-Veel

Médiastinites après chirurgie cardiaque (2001-2019) : intérêt d'une surveillance prospective

Florence Depaix, Lyon

Mesure de l'incidence des ISO en ambulatoire : étude pilote ISOCA

Didier Lepelletier, Nantes

Séroconversion VHC en hémodialyse, toujours d'actualité !

Evelyne Boudot, Montpellier

Auto-évaluation des pratiques pour les soins sur PICC-Line

Tania Fersing, Haguenau

Bloc opératoire : faut-il maîtriser les épisodes caniculaires ?

Christine Bruchon, Lyon

La désinfection chirurgicale des mains aux blocs opératoires à l'épreuve du temps

Cécile Huberlant, Lille

MARDI 5 OCTOBRE 2021

16:10-17:40

Salle 300

SP08**Précautions standard (SHA - Excréta)**

Modératrices : *Sandra Fournier, Paris,*
Rachel Dutrech, Bordeaux

Évaluation de la gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux Français

Karine Blanckaert-Maréchal, Nantes

Consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Karine Blanckaert-Maréchal, Nantes

Évaluation de la dissémination des bactéries à partir des toilettes : résultats d'une étude expérimentale

Frédéric Barbut, Paris

Évaluation de distributeurs connectés de produits hydro-alcooliques dans 4 services

Guillaume Kac, La Roche sur Yon

Facteurs associés à un ICSHA élevé en France ? Une analyse qualitative (Qual'ICSHA)

Delphine Berthod, Sion (Suisse)

L'indicateur SHA peut-il être un bon reflet de l'observance de l'hygiène des mains ?

Noureddine Henoun-Loukili, Lille

16:10-17:40

Salle RO

SP09 - Session RICAI**Contrôle de l'antibio-résistance à l'hôpital : bon usage des antibiotiques ou prévention de la transmission croisée ?**

Modérateurs : *Didier Lepelletier, Nantes,*
Jean-Christophe Lucet, Paris

Bon usage des antibiotiques

Philippe Lesprit, Grenoble

Prévention de la transmission croisée

Clément Legeay, Angers

Synthèse

Philippe Brouqui, Marseille

MARDI 5 OCTOBRE 2021**16:10-17:40**

Auditorium 450

SP10 - Session spéciale COVID-19Modérateurs : *Pierre Cassier, Lyon, Nouara Baghdadi, Lille***Caractéristiques et risque de mortalité des patients atteints de COVID-19 d'origine communautaire par rapport à ceux d'origine hospitalière dans une étude française multicentrique (NOSO-COR)***Sahar Yammine Ghantous, Lyon***Pénurie d'équipements de protection individuelle dans le contexte de la crise sanitaire COVID-19 : gestion des dons pour une protection efficace des professionnels de santé***Guillaume Cambien, Poitiers***Utilisation des données de la surveillance génomique des variants pour investiguer les clusters locaux de COVID-19 : faisabilité et intérêts pour l'hygiéniste***Céline Sakr, Créteil***Formations à la prise en charge des patients atteints par la Covid-19, en simulation in-situ***Léa Marco, Limoges***Collaboration EOH-CPAM dans le suivi des contacts COVID***Anne Antonczak, Strasbourg***Covid, c'est bon d'en parler !****Paroles de correspondants en hygiène hospitalière***Florence Depaix-Champagnac, Lyon***17:45-18:45**

Auditorium 800

SESSION PLÉNIÈRE 3**« Best of » de la littérature****Introduction***Thierry Lavigne, Strasbourg***Efficacité des mesures de prévention du risque infectieux***Ludwig Serge Aho Glélé, Dijon***SARS-COV-2 et environnement***Sara Romano-Bertrand, Montpellier***Hygiène des mains : quoi de neuf ?***Sophia Boudjema, Marseille***Prévention des ISO***Gabriel Birgand, Nantes***Professionnels de santé et COVID-19***Sandra Fournier, Paris*

MERCREDI 6 OCTOBRE 2021

07:00

Niveau -1

ACCUEIL DES CONGRESSISTES

08:00-08:55

Auditorium 800

SESSION SF2H**Questions-réponses sur le COVID-19**

Modérateurs : *Didier Lepelletier, Nantes,*
Sandra Fournier, Paris

09:00-10:00

Auditorium 800

SESSION PLÉNIÈRE 4**Le bloc opératoire du 21^e siècle**

Modérateurs : *Ludwig Serge Aho Glélé, Dijon,*
Evelyne Boudot, Montpellier

Dogme et preuves scientifiques au bloc opératoire : la lutte perpétuelle

Jean-Christophe Lucet, Paris

Management du risque infectieux des blocs opératoires à l'heure de la mutualisation et de l'ambulatoire

Claude Ecoffey, Rennes

10:00-11:00

Salle R0

SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE (au choix)**Parrainé par AIRINSPACE****Protection des patients et du personnel médical pour l'accueil et en présence de patients infectieux : propositions de mesures barrières complémentaires mises en place lors de l'épidémie de SARS-CoV-2**

Modérateurs : *Claude Gorin, Paris,*
Emmanuel Vanoli, Toulouse,
Marie Regad, Nancy

Thierry Lepoivre, Nantes,
Florence Le Gallou, Nantes

Salle 300

Parrainé par DIDACTIC**Soins de bouche / Recherche de solutions efficaces au sein du groupement hospitalier Bretagne Sud**

Modérateurs : *Patrice Fleau, Etainhus*
Co-animation par *Pascal Jean, Etainhus*
Nathalie Leledy, Lorient

MERCREDI 6 OCTOBRE 2021

Auditorium 800

Parrainé par VIATRIS**De la pandémie à la chirurgie : quels enseignements ?**Modérateur : *Gérald Kierzek, Paris**Martin Blachier, Paris,**Karem Slim, Clermont-Ferrand,**Bruno Grandbastien, Lausanne***La pandémie va-t-elle modifier les comportements ?****La gestion du risque va-t-elle évoluer ?****L'évolution de l'ambulatoire va-t-elle être impactée ?****11:00-12:00**

Auditorium 450

ATELIERS PÉDAGOGIQUES DU GERES/INRS/SF2H**Thème : Vaccins COVID**Animatrices : *Elisabeth Bouvet, Dominique Abiteboul, Paris***11:00-11:30**

Salle R0

SESSION DE L'INNOVATION (au choix)**Parrainé par BOSTON SCIENTIFIQUE****Le duodénolescope à usage unique : une révolution en endoscopie**Modératrice : *Céline Grattier, Voisins-le-Bretonneux***Le risque infectieux en CPRE - État des lieux****Quelles réponses : désinfection, stérilisation ou usage unique ?***Joseph Hajjar, Pau***Présentation de la plateforme Exalt™ Model D***Céline Grattier, Voisins Le Bretonneux*

Auditorium 800

Parrainé par GERMITEC**Les conditions du succès dans la prévention du risque de contamination croisée en échographie, retour d'expérience**Modérateurs : *Olivier Juvin, Ivry sur Seine**Amine Si Ali, Créteil*

Salle 300

Parrainé par HYGIE**Gestion des excréta au CH de Nogent : du lave bassin à la solution patient unique**Modérateurs : *Emanuel Couture-Armand, Brossard (Québec), Canada**Gilda Petit, Nogent le Rotrou*

MERCREDI 6 OCTOBRE 2021

11:30-12:00

Espace exposition

ATELIER DÉMONSTRATION

Animé par CANTEL

Charte d'évaluation de la prévention des infections

Emmanuel Esther, Toulouse

11:30-12:00

Espace exposition

Visite de l'exposition - Pause-café

11:30-12:00

Mezzanine niveau 2

SESSION POSTERS

12:00-13:30

Salle 300

SP11

Le bloc opératoire du 21^e siècle

Modérateurs : *Bruno Jarrige, Pointe-à-Pître,*

Thierry Pialleport, Bordeaux

Quelle gestion écoresponsable des tenues au bloc opératoire ?

El-Mahdi Hafiani, Paris

Chirurgie ambulatoire : quelles surveillance et prévention des infections du site opératoire ?

Henri-Jean Philippe, Paris

Bloc opératoire moderne : le regard de l'architecte

Catherine Girard-Troillet, Lausanne (Suisse)

12:00-13:30

Auditorium 450

SP12

Communications paramédicales : évaluation du risque infectieux et promotion de la prévention

Modérateurs *Loïc Simon, Nancy,*

Sophia Boudjema, Marseille

Couvertures vaccinales antigrippales des professionnels de santé, France, saison 2018-2019

Sophie Vaux, Saint Maurice

Mise en œuvre de Visites de Risque (VDR) croisées en service de réanimation

Sylvaine Waes, Lille

Dans le contexte de pandémie de Covid-19, la continuité des soins ambulatoires en psychiatrie est-elle assurée dans le respect des recommandations sanitaires ?

Valérie Poirier, Saint-Gemmes-sur-Loire

Campagne de limitation des ouvertures de porte (OP) lors d'interventions en chirurgie orthopédique

Marie-Gabrielle Demange, Chambéry

Une communication adaptée pour une meilleure collaboration

Jean-Marc Benoit, Dijon

Une campagne d'affichage pour promouvoir l'utilisation des solutions hydro-alcooliques

Lénaïg Daniel, Brest

MERCREDI 6 OCTOBRE 2021

12:00-13:30

Salle RO

SP13

Surveillance des infections et de l'environnement

Modératrices : *Anne-Gaëlle Venier, Bordeaux,*
Véronique Merle, Rouen

Infections des bébés acquises en maternité : description, évolution 1999-2017

Marie-Laure Valdeyron, Bourgoin-Jallieu

État des lieux des tuberculoses en 2019 dans un centre hospitalier universitaire

Charlotte Moreau, Lyon

Surveillance de la qualité microbiologique de l'eau des fauteuils dentaires et gestion des alertes

Élodie Marion, Lyon

Infections à Clostridioides difficile sans exposition récente aux antibiotiques : 13 années de surveillance prospective

Nagham Léa Khanafer, Lyon

Le port de masque systématique diminue-t-il le taux de gripes nosocomiales ?

Sophie Nguyen, Annecy

Comparaison infections/colonisations sur cathéter urinaire et différences entre recommandations et pratique clinique

Claire Aumeran, Clermont-Ferrand

12:00-13:30

Auditorium 800

SP14

Actualités en hygiène hospitalière

Modérateurs : *Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse),*
Anne Berger-Carbonne, Saint Maurice

Recommandations en néonatalogie

Sara Romano-Bertrand, Montpellier

Rappel de patients en endoscopie

Arnaud Florentin, Vandœuvre-lès-Nancy

Actualité du Haut Conseil de la Santé Publique

Didier Lepelletier, Nantes

Actualité de Santé Publique France

Anne Berger-Carbonne, Saint-Maurice

Regard de la Société Française de Santé Publique sur la gestion de la crise COVID-19

Emmanuel Rusch, Tours

Socle de compétences

Anne-Marie Rogues, Bordeaux

MERCREDI 6 OCTOBRE 2021

12:00-13:30

Salle 150

SP15 - SESSION SFM**La légionelle dans tous ses états**Modérateurs : *Pierre Cassier, Sophie Jarraud, Lyon***Épidémiologie et résistance***Sophie Jarraud, Lyon***Intérêt du suivi des points d'eau par PCR***Christine Lawrence, Garches***Évaluation des politiques de prévention de la légionellose***Thierry Lavigne, Strasbourg***13:30-14:30****Pause déjeuner****14:00-14:30**

Auditorium 800

REMISE DES PRIX SF2H*Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse),
Véronique Merle, Rouen, Sophia Boudjema, Marseille***14:30-15:30**

Auditorium 800

CONFÉRENCE INVITÉEModérateur : *Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse)***20 ans de prévention des IAS
et de l'antibiorésistance***Benoît Vallet, Lille***15:30-16:30**

Auditorium 800

SESSION PLÉNIÈRE 5**Stratégie de communication en hygiène hospitalière**Modérateurs : *Karine Blanckaert-Maréchal, Nantes,
Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse)***Quelles stratégies de communication en santé pour changer les
comportements ?***Didier Courbet, Aix-en-Provence***Nouvelles approches pédagogiques et outils à destination des soignants et des
patients : quelles évaluations pour mesurer leur impact ?***Anne-Gaëlle Venier, Bordeaux***15:30****CLÔTURE DE L'EXPOSITION****16:30**

Auditorium 800

CLÔTURE DU CONGRÈS*Bruno Grandbastien, Lausanne (Suisse)*

LISTE DES COMMUNICATIONS LIBRES CONGRÈS

CL-01

TRANSMISSION D'ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASE (EPC) : ATTENTION À L'ENTRETIEN DES CHIFFONNETTES DE BIONETTOYAGE RÉUTILISABLES

Coudrais Stéphanie, Lyon

CL-02

SIMULATION DE LA TRANSMISSION DES ERG PAR UN MODÈLE MULTI-AGENTS

Deboscker Stéphanie, Strasbourg

CL-03

PRÉVALENCE DU PORTAGE DES VARIANTES D'OXA-48 PRÉSENTANT UN BAS NIVEAU DE RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUE

Maurand Audrey, Créteil

CL-04

PRÉVALENCE DES ENTÉROBACTÉRIES RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES DANS UN RÉSEAU D'EHPAD

Legeay Clément, Angers

CL-05

COMMENT ÉVOLUE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE DES PATIENTS EPC+ EN SSR ?

Henoun Loukili Nouredine, Lille

CL-06

RENTABILITÉ DU DÉPISTAGE À LA RECHERCHE D'UN PORTAGE DE BHRE CHEZ LES PATIENTS CONTACTS RÉADMIS

Andréo Anaïs, Nantes

CL-07

PRÉVENTION DES PAVM : MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE SOINS DE BOUCHE EN RÉANIMATION

Florentin Arnaud, Vandoeuvre Les Nancy

CL-08

STAPHYLOCOCCUS CAPITIS ET CATHÉTÉRISME EN RÉANIMATION NÉONATALE, AUJOURD'HUI

Van Der Mee-Marquet Nathalie, Tours

CL-09

ÉVALUATION DES MESURES DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN RÉANIMATION NÉONATALE

Gera Denis-Petit Stuti, Paris

CL-10

GESTION DE SEPTICÉMIES À BACILLUS CEREUS EN NÉONATOLOGIE : INTERVENTIONS, INVESTIGATIONS

Lecoite Didier, Corbeil-Essonnes

CL-11**ANALYSE GÉNOMIQUE EN ROUTINE DES EBLSE EN RÉANIMATION ADULTE : ÉCOLOGIE ET FAITS ÉPIDÉMIQUES MARQUANTS**

Le Hello Simon, Caen

CL-12**SIX ANS DE CONTRÔLES MICROBIOLOGIQUES DES LAITS FORTIFIÉS EN BIBERONNERIE ET NÉONATOLOGIE**

Cassier Pierre, Lyon

CL-13**MÉDIASTINITES APRÈS CHIRURGIE CARDIAQUE (2001-2019) : INTÉRÊT D'UNE SURVEILLANCE PROSPECTIVE**

Depaix Florence, Bron

CL-14**MESURE DE L'INCIDENCE DES ISO EN AMBULATOIRE : ÉTUDE PILOTE ISOCA**

Lepelletier Didier, Nantes

CL-15**SÉROCONVERSION VHC EN HÉMODIALYSE, TOUJOURS D'ACTUALITÉ !**

Boudot Evelyne, Montpellier

CL-16**AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES POUR LES SOINS SUR PICC-LINE**

Fersing Tania, Haguenau

CL-17**BLOC OPÉRATOIRE : FAUT-IL MAÎTRISER LES ÉPISODES CANICULAIRES ?**

Bruchon Christine, Bron

CL-18**LA DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS AUX BLOCS OPÉRATOIRES À L'ÉPREUVE DU TEMPS**

Huberlant Cécile, Lille

CL-19**ÉVALUATION DE LA GESTION DES EXCRETA DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX FRANÇAIS**

Blanckaert Marechal Karine, Nantes

CL-20**CONSOMMATION DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES (PHA) EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Blanckaert Marechal Karine, Nantes

CL-21**EVALUATION DE LA DISSÉMINATION DES BACTÉRIES À PARTIR DES TOILETTES : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE EXPÉRIMENTALE**

Barbut Frédéric, Paris

CL-22**EVALUATION DE DISTRIBUTEURS CONNECTÉS DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES DANS 4 SERVICES**

Kac Guillaume, La Roche-Sur-Yon

CL-23**FACTEURS ASSOCIÉS À UN ICSHA ÉLEVÉ EN FRANCE ? UNE ANALYSE QUALITATIVE (QUAL'ICSHA)**

Berthod Delphine, Paris

CL-24**L'INDICATEUR SHA PEUT-IL ÊTRE UN BON REFLET DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS ?***Henoun Loukili Nouredine, Lille***CL-25****CARACTÉRISTIQUES ET RISQUE DE MORTALITÉ DES PATIENTS ATTEINTS DE COVID-19 D'ORIGINE COMMUNAUTAIRE PAR RAPPORT À CEUX D'ORIGINE HOSPITALIÈRE DANS UNE ÉTUDE FRANÇAISE MULTICENTRIQUE (NOSO-COR)***Ghantous Sahar Yammine, Lyon***CL-26****PÉNURIE D'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE DANS LE CONTEXTE DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19 : GESTION DES DONS POUR UNE PROTECTION EFFICACE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ***Cambien Guillaume, Poitiers***CL-27****UTILISATION DES DONNÉES DE LA SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DES VARIANTES POUR INVESTIGUER LES CLUSTERS LOCAUX DE COVID-19 : FAISABILITÉ ET INTÉRÊTS POUR L'HYGIÉNISTE***Sakr Céline, Créteil***CL-28****FORMATIONS À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINT PAR LA COVID-19, EN SIMULATION IN SITU***Marco Léa, Limoges***CL-29****COLLABORATION EOH-CPAM DANS LE SUIVI DES CONTACTS COVID***Antonczak Anne, Strasbourg***CL-30****COVID, C'EST BON D'EN PARLER ! PAROLES DE CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE***Depaix Florence, Lyon***CL-31****COUVERTURES VACCINALES ANTIGRIPPALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, FRANCE, SAISON 2018-2019***Vaux Sophie, Saint-Maurice Cedex***CL-32****MISE EN ŒUVRE DE VISITES DE RISQUE (VDR) CROISÉES EN SERVICE DE RÉANIMATION***Waes Sylvaine, Lille***CL-33****DANS LE CONTEXTE DE PANDÉMIE DE COVID-19, LA CONTINUITÉ DES SOINS AMBULATOIRES EN PSYCHIATRIE EST-ELLE ASSURÉE DANS LE RESPECT DES RECOMMANDATIONS SANITAIRES ?***Poirier Valérie, Sainte-Gemmes-sur-Loire***CL-34****CAMPAGNE DE LIMITATION DES OUVERTURES DE PORTE (OP) LORS D'INTERVENTIONS EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE***Demange Marie-Gabrielle, Chambéry***CL-35****UNE COMMUNICATION ADAPTÉE POUR UNE MEILLEURE COLLABORATION***Benoit Jean-Marc, Dijon***CL-36****UNE CAMPAGNE D'AFFICHAGE POUR PROMOUVOIR L'UTILISATION DES SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES***Daniel Lénaïg, Brest- Rennes*

CL-37**INFECTIONS DES BÉBÉS ACQUISES EN MATERNITÉ : DESCRIPTION, ÉVOLUTION 1999-2017**

Valdeyron Marie-Laure, Bourgoin-Jallieu

CL-38**ÉTAT DES LIEUX DES TUBERCULOSES EN 2019 DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MOREAU**

Moreau Charlotte, Lyon

CL-39**SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DE L'EAU DES FAUTEUILS DENTAIRES ET GESTION DES ALERTES**

Marion Elodie, Lyon

CL-40**INFECTIONS À CLOSTRIDIODES DIFFICILE SANS EXPOSITION RÉCENTE AUX ANTIBIOTIQUES : 13 ANNÉES DE SURVEILLANCE PROSPECTIVE**

Khanafer Nagham Léa, Lyon

CL-41**LE PORT DE MASQUE SYSTÉMATIQUE DIMINUE-T-IL LE TAUX DE GRIPPES NOSOCOMIALES ?**

Nguyen Sophie, Annecy

CL-42**COMPARAISON INFECTIONS/ COLONISATIONS SUR CATHÉTER URINAIRE ET DIFFÉRENCES ENTRE RECOMMANDATIONS ET PRATIQUE CLINIQUE**

Aumeran Claire, Clermont-Ferrand

LISTE DES PRIX

PRIX-01

FORMER PAR LA SIMULATION À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS LIÉES AUX DISPOSITIFS INTRAVASCULAIRES

Walocha Valérie, Lille

PRIX-02

PRÉVENTION DES ILC EN RÉANIMATION : PEUT-ON FAIRE MOINS CHER ET PLUS EFFICACE ?

Renaudin Laurie, Metz

PRIX-J-01

ETUDE PROSPECTIVE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE L'OBSERVANCE DES GESTES DE DÉSINFECTION DES MAINS PAR FRICTION CHEZ LES PROFESSIONNELS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS D'UN SERVICE DE MÉDECINE HOSPITALIER

Langlois Dorothée, Le Havre

PRIX-J-02

EVALUATION DE L'ACTION D'UN STRESS PHYSIQUE ASSOCIÉ À UN STRESS CHIMIQUE SUR UN BIOFILM DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE FORMÉ DANS UN MATÉRIAU D'ENDOSCOPES

Cholley Anne-Clémence, Brioude

LISTE DES POSTERS COMMENTÉS

PC-01

CELLULE RÉGIONALE D'ÉPIDÉMIOLOGIE GÉNOMIQUE, NOUVELLE STRUCTURE ET RETOUR SUR L'INVESTIGATION MICROBIOLOGIQUE D'UNE ÉPIDÉMIE À BHRE

Simon LE HELLO, Caen

PC-02

ANALYSE DES CAS NOSOCOMIAUX DE COVID-19 ET APPORT DU WHOLE-GENOME SEQUENCING DANS L'INVESTIGATION DES CLUSTERS

Jeanne COUTURIER, Paris

PC-03

SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS ASSOCIÉES AUX MIDLINES AVEC PROLONGATEUR INTÈGRE

Alexandra ALLAIRE, Saint-Lo

PC-04

LE MARATHON DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

Olivier MEUNIER, Haguenau

PC-05

DÉLAI DE COLONISATION ET DÉCOLONISATION À EPC OU ERV DES PATIENTS D'UN CHU

Mathilde RANGER, Limoges

PC-06

ÉPIDÉMIE DE KP-NDM EN RÉANIMATION : LES SIPHONS À L'ORIGINE D'UN RÉSERVOIR ENVIRONNEMENTAL

Céline BOURIGAULT, Nantes

PC-07

ENTEROBACTER SPP : RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES ET TOLÉRANCE AUX BIOCIDES

Sid Ahmed REBIAHI, Tlemcen, ALGÉRIE

PC-08

IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 SUR L'OBSERVANCE D'HYGIÈNE DES MAINS DES SOIGNANTS MESURÉS PAR UN SYSTÈME AUTOMATIQUE DE SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE DIRECTEMENT DANS LES CHAMBRES DES PATIENTS.

Amine SI ALI, Créteil

PC-09

TRANSMISSION INATTENDUE DE LÉGIONELLOSE NOSOCOMIALE EN SECTEUR PROTÉGÉ

Sarah JOLIVET, Paris

PC-10**RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UNE
CONTAMINATION D'UN TECHNICIEN
DE LABORATOIRE PAR BRUCELLA
MELITENSIS DANS UN CENTRE
HOSPITALIER GÉNÉRAL**

Maxime DEGENDREL, Roubaix

PC-11**HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : QUELLES
SONT LES HABITUDES DES
MÉDECINS ?**

Olivier MEUNIER, Haguenau

PC-12**LES DISTRIBUTEURS DE SOLUTIONS
HYDRO-ALCOOLIQUES SOUS
SURVEILLANCE**

Olivier MEUNIER, Haguenau

LISTE DES POSTERS CONGRÈS

P-001

ÉVALUATION DE LA DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE

Pierre LEDUC, Le Chesnay

P-002

IMPACT DE L'USAGE DES GANTS SUR L'HYGIÈNE DES MAINS

Armelle SALAUN, Tarbes

P-003

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DU CHUMEL AU BÉNIN

Cyriaque DEGBEY, Ouidah, BENIN

P-004

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS DU PERSONNEL SOIGNANT DU CENTRE SAINT LUC, BÉNIN

Cyriaque DEGBEY, Ouidah, BENIN

P-005

COMBIEN D'OPPORTUNITÉS D'HYGIÈNE DES MAINS ATTENDUES EN EHPAD ? ÉTUDE DE TERRAIN.

Agnès VINCENT, Valence

P-006

EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SOINS AU « ZÉRO BIJOU »

Christine SAMPIETRO, Tarbes

P-007

LES OPPORTUNITÉS D'HYGIÈNE DES MAINS EN HÉMODIALYSE

Laura LEMOINE, Nantes

P-008

HYGIÈNE DES MAINS DU PERSONNEL DANS UN HÔPITAL AU SUD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE

Julie-Ghislaine SACKOU-KOUAKOU, Abidjan, CÔTE D'IVOIRE

P-009

C'EST LA SEMAINE HYGIÈNE DES MAINS : VENEZ JOUER AVEC L'EOH !

Magali DUBUISSON, Évreux

P-010

ÉVALUER LES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS EN REDONNANT DU SENS

Anne-Gaëlle VENIER, Bordeaux

P-011

PRÉSENTATION DU JEU «MAINS CLEAN» OU COMMENT OPTIMISER L'HYGIÈNE DES MAINS DES RÉSIDENTS EN JOUANT

Nathalie FLORET, Besançon

P-012**COMMUNICATION POSITIVE AUTOUR DE L'HYGIÈNE DES MAINS***Marion ROBERT, Douai***P-013****HYGIÈNE DES MAINS : MISE EN PLACE D'UNE DÉMARCHE MULTIMODALE EN RÉGION***France BORGÉY, Caen***P-014****IMPACT D'UN OUTIL DE MONITORING AUTOMATIQUE ET CONTINUE SUR L'OBSERVANCE D'HDM CHEZ LES SOIGNANTS.***Amine SI ALI, Créteil***P-015****IMPLICATION DES PATIENTS : UN ENJEU POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS***Léa MARCO, Poitiers***P-016****HYGIÈNE DES MAINS : FOCUS SUR LES PATIENTS ET LES VISITEURS***Estelle DEBAILLE, Bron***P-017****HYGIÈNE DES MAINS ET USAGE DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES : PRATIQUES ET FREINS***Léa MARCO, Poitiers***P-019****CORRÉLATION ENTRE CONSOMMATION DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES ET OBSERVANCE DE LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE***Sandra FOURNIER, Paris***P-020****AUDIT « PRÉALABLES À L'HYGIÈNE DES MAINS » DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE***Naghm Léa KHANAFER, Lyon***P-021****L'OBSERVANCE AUTOMATISÉE DE L'HYGIÈNE DES MAINS : L'IMPACT D'UNE COMPLIANCE « NORMATIVE -ADAPTATIVE »***Hanaa AL ASSIL, Baalbak, LIBAN***P-022****ÉVALUATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS AU BÉNIN***Pérince Franel Djidjoho FONTON, Cotonou, BENIN***P-023****BIOFILM : LE PROCHAIN DÉFI DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS***Claire KHOSRAVI, Fontenay Sous Bois***P-024****HYGIÈNE EN PHARMACOTECHNIE : AUDIT DE CONFORMITÉ AUX BONNES PRATIQUES DE PRÉPARATION***Clémentine DUBREUIL, Nantes***P-025****PUNAISES ! CES PETITES BÊTES QUI NOUS EMBÊTENT...***Pascale BATTAGLIOTTI, Saint Genis Laval***P-026****ÉVALUATION D'UN PROCÉDÉ DE DSV A EN EMS***Dominique LUU DUC, Chambéry***P-027****LE LAVEUR DÉSINFECTEUR D'ENDOSCOPES (LDE) DE TROP...***Fabien LAMOUREUX, Cholet*

P-028**ALTERNATIVE AUX PRODUITS BIOCIDES POUR LE BIONETTOYAGE EN LABORATOIRE D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)***Charles MOULINIER, Sophia Antipolis***P-029****ALTERNATIVES À L'UTILISATION DE FONTAINES RÉFRIGÉRANTES POUR LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ***Nelly GUILMINEAU, La Roche-Sur-Yon***P-030****LA PASTEURISATION DE L'EAU : LE MIEUX EST-IL L'ENNEMI DU BIEN ?***Laure ROUX, Nîmes***P-031****LÉGIONELLOSE ASSOCIÉE AUX SOINS EN EHPAD TOUCHANT UN MEMBRE DU PERSONNEL SOIGNANT.***Dominique LUU DUC, Chambéry***P-032****SURVEILLANCE PROSPECTIVE ENVIRONNEMENTALE ET CLINIQUE À ASPERGILLUS, UNE NÉCESSITÉ EN CAS DE TRAVAUX***Audrey MOUET, Caen***P-033****IMPLANTATION DU BIONETTOYAGE PAR LA MÉTHODE VAPEUR DANS UN EHPAD***Émilie CANO, Lannemezan***P-034****SURVEILLANCE DES FLUIDES DE DIALYSE EN HÉMODIAFILTRATION EN LIGNE***Rachida BEGRI, Nantes***P-035****FAUT-IL PRÉFÉRER L'EAU DU RÉSEAU À L'EAU EN BOUTEILLE À L'HÔPITAL ?***Céline CIOTTI, Clichy***P-036****MUCORMYCOSES CUTANÉES CHEZ DES PATIENTS D'HÉMATOLOGIE ET CONTAMINATION PAR LE LINGE***Bénédicte LANGLOIS, Caen***P-037****TRAITEMENT VAPEUR DES SIPHONS POUR MAÎTRISER LA DIFFUSION DES BMR***Hélène COUQUET, Toulouse***P-038****IMPACT DES MESURES DE DÉCONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE SUR L'INCIDENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES À PSEUDOMONAS EN RÉANIMATION***Margo FEVRE, Caen***P-039****CONTAMINATION ASPERGILLAIRE EN BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION : SOURCES, CONSÉQUENCES ET MESURES CORRECTIVES***Audrey MOUET, Caen***P-040****DÉSINFECTION DE NIVEAU INTERMÉDIAIRE DES SONDES ENDOCAVITAIRES : ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE***Stuti GERA DENIS-PETIT, Paris*

P-041**VALIDATION DU BIONETTOYAGE EN SITUATION RÉELLE AU LABORATOIRE DE THÉRAPIE CELLULAIRE (LTC)***Crespin Codjo ADJIDÉ Amiens***P-042****LE TRI DES DÉCHETS, UN ENJEU QUI PARLE AUX SOIGNANTS***Léa MARCO, Poitiers***P-043****BIONETTOYAGE DES LOCAUX : UNE FORMATION EN ACTION !***Murielle CHAPU, Saumur***P-044****GESTION DE LA CONTAMINATION D'UN GÉNÉRATEUR THERMIQUE POUR CIRCULATION EXTRA-CORPORELLE À MYCOBACTÉRIES ATYPIQUES, QUELS ENSEIGNEMENTS***Christine CHEFSON-GIRAULT, Rouen***P-045****DIX ANS DE SUIVI DE PATIENTS PORTEURS D'ERG À L'HÔPITAL***Stéphanie DEBOSCKER, Strasbourg***P-046****ÉCOUVILLONS RECTAUX MACROSCOPIQUEMENT «NON CHARGÉS» EN MATIÈRE FÉCALE : IMPACT POUR LE DÉPISTAGE DES BMR***Marion LECURU, Suresnes***P-047****OPTIMISATION DE LA DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES: IMPACT DE L'EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE***Camille DOUILLY, Reims***P-048****INTÉRÊT D'UN SYSTÈME INFORMATISÉ POUR LA GESTION DES ÉPIDÉMIES BHRE***Anaïs COLAS, Nancy***P-049****RÉSULTATS FRANÇAIS DE L'ENQUÊTE EUROPÉENNE SUR LES COMPORTEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNANT LES ANTIBIOTIQUES.***Michèle NION-HUANG, Saint-Maurice***P-050****SURCOÛTS GÉNÉRÉS PAR UN RETARD D'IDENTIFICATION DU STATUT BHRE D'UN PATIENT***Catherine CHAPUIS, Saint Genis***P-051****MAITRISER UNE ÉPIDÉMIE DE BACTÉRIÉMIES À STREPTOCOQUE A DANS UN SERVICE DE MÉDECINE***Valérie SOUYRI, Paris***P-052****PROJET PILOTE D'AUDITS AVEC FEEDBACK DIRECT AUX MÉDECINS PRESCRIPTEURS EN UROLOGIE ET EN MÉDECINE INTERNE***Laetitia ASSOUVIE, Lausanne, SUISSE***P-053****IMPACT DE L'AUTOMATISATION DE L'ENSEMENCEMENT SUR LES PERFORMANCES DU DÉPISTAGE BLSE ET EPC***Audrey MAURAND, Créteil*

P-054**INTÉRÊT DU SÉQUENÇAGE
SYSTÉMATIQUE PROSPECTIF PAR
WGS DES SOUCHES D'ABRI EN
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ***Audrey MAURAND, Créteil***P-054bis****GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE KÉRATO-
CONJONCTIVITES À ADÉNOVIRUS EN
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE***Hélène MARINI, Rouen***P-055****GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE
D'ACINETOBACTER BAUMANNII
RÉSISTANT À L'IMIPENÈME EN
RÉANIMATION***Lydia CHEBREK, Douai***P-056****GESTION DE TYPE BHRE D'UNE
TRANSMISSION CROISÉE D'ABRI NDM***Ilyess KDISS, Corbeil-Essones***P-057****DÉPISTAGE DE PATIENT CONTACT BHRE
PROVENANT D'EHPAD HÉBERGEANT
UN PATIENT PORTEUR DE BHRE***Marie-Noëlle DIAF, Saint-Chamond***P-058****CANDIDA PARAPSILOSIS: PERSISTANCE
D'UN CLONE AU SEIN D'UN
BLOC OPÉRAIRE EN CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE***Jérôme ORY, Nîmes***P-059****BILAN BHRE, FRANCE 2019***Isabelle POUJOL, Saint-Maurice***P-060****ANALYSE DES CAUSES PROFONDES
D'UNE ÉPIDÉMIE DE SALMONELLA
ENTERICA DANS UN HÔPITAL DE
RÉÉDUCATION PÉDIATRIQUE***Agnès GAUDICHON, Paris***P-061****ÉPIDÉMIE À BHRE : IMPACT DU
REGROUPEMENT GÉOGRAPHIQUE
SANS PERSONNEL DÉDIÉ***Thierry LAVIGNE, Strasbourg***P-062****ÉPIDÉMIE À KLEBSIELLA
PNEUMONIAE NDM-1 : PRÉVENTION,
PRISE EN CHARGE ET ENQUÊTE
ENVIRONNEMENTALE.***Nathalie D'HOLLANDER-PESTOURIE, Limoges***P-063****SUIVI DES PATIENTS PORTEURS DE
BHRE ET DE LEURS CONTACTS PAR
L'ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE***Corinne GOCKO, Saint-Etienne***P-064****INVESTIGATIONS AUTOUR DE 2 CAS
DE DIPHTÉRIE AU SEIN D'UN CHU***Sarah JOLIVET, Paris***P-065****COMPLIANCE DU PERSONNEL
SOIGNANT AU DÉPISTAGE DES
BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES
ÉMERGENTES DANS UN CHU***Caroline LANDELLE, Grenoble***P-066****ÉPIDÉMIE À BHRE DANS UN CHG :
IMPACT D'UNE STRATÉGIE HORS
RECOMMANDATIONS***Sandrine NOTTEBAERT, Roubaix*

P-067**ECBU : PERTINENCE DE L'EXAMEN ET PRESCRIPTION EXCESSIVE D'ANTIBIOTIQUES.***Stéphanie PERRON, Saumur***P-068****DIFFICULTÉS D'ACCUEIL D'UN PATIENT PORTEUR DE BHRE EN SSR***Catherine AVRIL, Saint Denis***P-069****ÉMERGENCE ET GESTION DU RISQUE DE DIFFUSION DES EPC EN CORSE, 2012-2018***Aba MAHAMAT Ajaccio***P-070****SIPHONS DE RÉANIMATION CHIRURGICALE ET ÉPIDÉMIE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTEUR DE CARBAPÉNÉMASE, UN AN APRÈS***Christine CHEFSON-GIRAULT, Rouen***P-071****ÉVALUATION DE LA GESTION DES DASRI DANS UN CENTRE HOSPITALIER***Pierre LEDUC, Le Chesnay***P-072****ÉVALUATION DE LA GESTION DES EXCRETA AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER***Pierre LEDUC, Le Chesnay***P-073****FACTEURS FAVORISANTS DES ISO CHEZ LES PATIENTS OPÉRÉS À LA CUTO DU CNHU-HKM AU BÉNIN***Cyriaque DEGBEY, Ouidah, BENIN***P-074****VISITE DE RISQUE PRÉCAUTIONS STANDARD : RÉALISATION ET RÉSULTATS***Marie REGAD, Vandoeuvre-Lès-Nancy***P-075****AUDIT GESTION DES EXCRETA : RÉALISATION ET RÉSULTATS***Anais COLAS, Vandoeuvre-Lès-Nancy***P-076****ANTIBIOTHÉRAPIE DES INFECTIONS URINAIRES : ENCORE DES EFFORTS À FAIRE !***Margaux LEPAINTEUR, Étampes***P-077****ANALYSE TERRITORIALE DE L'AUDIT NATIONAL SUR LA GESTION DES EXCRETA***Sandra BOURDON, Montivilliers***P-079****SURVEILLANCE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES SURVENANT SUR PICC LINE EN HOSPITALISATION À DOMICILE***Magali JOFFRAUD, Rillieux La Pape***P-080****VISITE DE RISQUES EN SECTEUR DE MATERNITÉ, ÉVALUER LE RISQUE INFECTIEUX AUTREMENT***Nathalie OBERGER, Ecully***P-081****AUDIT ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE***Annick LEFEBVRE, Reims*

P-082**ÉTAT DES LIEUX DE LA TRAÇABILITÉ DE LA PRÉPARATION CUTANÉE DE L'OPÉRÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT***Lydie VALLET-TADEUSZ, Reims***P-083****PRATIQUES DE DÉSINFECTION DES SONDES D'ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE AVANT MARS 2019***Sandra FOURNIER, Paris***P-084****ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES D'INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES À ENTEROBACTER AU BLOC OPÉRATOIRE***Béatrice MONGARDON, Selestat***P-085****RÉALISATION D'UN AUDIT SUR L'UTILISATION DES ANTISEPTIQUES***Constance BAILLIE, Valenciennes***P-086****IMPACT D'UN CHANGEMENT DE PROTOCOLE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE SUR LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE APRÈS CÉSARIENNE***Philippe VANHEMS, Lyon***P-087****CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN : QUEL IMPACT SUR LES ISO EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT D'AIR***Brigitte RICHAUD MOREL, Nîmes***P-089****AMÉLIORATION DU RENDEMENT DES HÉMOCULTURES***Odile BELLON, Brignoles***P-090****SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE EN ORTHOPÉDIE AU VIETNAM***Jérôme ORY, Nîmes***P-091****RÉALISATION D'UN AUDIT DE TRAÇABILITÉ EN ENDOSCOPIE***Constance BAILLIE, Valenciennes***P-092****VACCINATION ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : QUELLES STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE VACCINALE ?***Élise SERINGE, Paris***P-093****ÉVALUATION DES PRATIQUES : AUDIT DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE AU BLOC OPÉRATOIRE***Marie REGAD, Vandoeuvre-Lès-Nancy***P-094****VACCINATION ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX : CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN 2019***Élise SERINGE, Paris***P-095****VACCINATION ANTIGRIPPALE : CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX***Élise SERINGE, Paris*

P-097**DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES SUR L'ENTRETIEN DE L'ENVIRONNEMENT PROCHE DU PATIENT (EPP)***Monique POGGIO, Chambéry***P-098****EXCRÉTA : LANCEZ L'ALERTE EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICOSOCIAUX***Anaïs MACHUT, Saint-Genis-Laval***P-099****SURVEILLANCE DE LA SURVENUE DE COMPLICATIONS INFECTIEUSES CHEZ DES PATIENTS ADULTES PORTEURS DE PICC-LINE***Nathalie D'HOLLANDER-PESTOURIE, Limoges***P-100****LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LA PONCTION D'ASCITE (PA)***Audrey SEVESTRE, Tours***P-101****PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE TUNISIEN***Olfa EZZI, Sousse, TUNISIE***P-102****TRAÇABILITÉ ET CONFORMITÉ DE LA PRÉPARATION CUTANÉE ET DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE PRÉ-OPÉRATOIRE : L'HEURE DU BILAN***Elisabeth CHEN, Suresnes***P-103****AUDIT DE LA TRAÇABILITÉ DES PRÉCAUTIONS CONTACT EN CAS DE BMR DANS LE DOSSIER INFORMATISÉ***Solweig GERBIER-COLOMBAN, Pierre-Bénite***P-104****INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS UNE UNITÉ DE RÉANIMATION CHIRURGICALE : INCIDENCE ET PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE***Olfa EZZI, Sousse, TUNISIE***P-105****AUDIT DES PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES EN CAS DE GRIPPE CONFIRMÉE VIROLOGIQUEMENT DANS UN CHU***Solweig GERBIER-COLOMBAN, Pierre-Bénite***P-106****SURVEILLANCE PROSPECTIVE DES ASPERGILLOSES INVASIVES DANS UN CHU : UN INDICATEUR DE L'IMPACT DES TRAVAUX***Julie BONHOMME, Caen***P-107****COMPORTEMENTS ET COMMUNICATION ENGAGEANTE : AMÉLIORER L'OBSERVANCE À LA TRAÇABILITÉ***Thibaut ALBERTINI, Marseille***P-108****PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX PEROPÉRATOIRE : EXPÉRIMENTATION DE L'OUTIL DU SPICMI***Marion ROBERT, Douai***P-109****IMPLICATION DES AUDITEURS CLINIQUES DANS L'ÉVALUATION DU BIONETTOYAGE PAR PRÉ-IMPRÉGNATION***Elisabeth PINSON, Tours*

P-110**L'ANALYSE DES RISQUES LIÉS AU LAVAGE CHIRURGICAL PAR LA GRILLE AMDEC***Zoheir DJENNA, Batna, ALGERIE***P-111****INCIDENCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS : MOTEUR DE CHANGEMENT***Olivier MEUNIER, Haguenau***P-112****AUDIT DE L'OBSERVANCE ET LA TRAÇABILITÉ DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE***Béatrice GRISI, Lyon***P-113****MISE EN PLACE DE LA TRAÇABILITÉ INFORMATISÉE DE LA PRÉPARATION CUTANÉE AU RADIOBLOC***Marion LECURU, Suresnes***P-114****REPÉRAGE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) EN TEMPS RÉEL***Armelle JUNCHAT, Tours***P-115****AUDIT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES D'INJECTION INTRA-VITRÉENNES DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE***Myriem PÉRARD, Lyon***P-116****AUDIT DES PRATIQUES LIÉES AU RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPHTALMOLOGIQUE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE***Béatrice GRISI, Lyon***P-117****LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX SOINS : ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DE CINQ ANNÉES***Latifa MERZOUGUI, Kairouan, TUNISIE***P-118****MANAGEMENT DES RISQUES HOSPITALIERS LIÉS AUX DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX***Olfa EZZI, Sousse, TUNISIE***P-118bis****INTÉGRATION DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DE RÉANIMATION AU SYSTÈME D'INFORMATION***Hélène MARINI, Rouen***P-119****PROGRAMME D'AMÉLIORATION DES FREINS À LA CONFORMITÉ DE LA TENUE AU BLOC OPÉRATOIRE***Elodie COUVÉ-DEACON, Limoges***P-120****SCORE DE SUIVI DE VISITE DE RISQUE EN HYGIÈNE***Tania FOUCAN, Pointe A Pitre, GUADELOUPE***P-121****ENQUÊTE DE CONNAISSANCES ET PRATIQUES SUR LES VALVES***Nathalie D'HOLLANDER-PESTOURIE, Limoges*

P-122

QUALITÉ DU MATÉRIEL MÉDICO-TECHNIQUE UTILISÉ DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE LA ZONE COTONOU 6, BÉNIN

Cyriaque DEGBEY, Ouidah, BENIN

P-123

UN PLAN D'ACTION POUR SÉCURISER L'UTILISATION DES DISPOSITIFS À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE TYPE PICC-LINE ET MIDLINE

Rishma AMARSY, Paris

P-124

QUEL DÉLAI MAXIMUM D'UTILISATION POST-DÉSINFECTION POUR LES ENDOSCOPES UROLOGIQUES SOUPLES ?

Florence LE GALLOU, Nantes

P-125

COMMENT SÉCURISER L'UTILISATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX DANS LE CADRE D'UN ACHAT OU DE PRÊT

Jérôme FORIN, Nancy

P-126

GUIDE D'UTILISATION DES VALVES POUR LES LIGNES VEINEUSES

Véronique FERRIER, Saint-Aubin-Les-Elbeuf

P-127

SPONDYLODISCITE À STAPHYLOCOCCUS SACCHAROLYTICUS POST-CIMENTOPLASTIE

Xavier VERDEIL, Toulouse

P-128

EFFICACITÉ ANTISEPTIQUE DE 5 PROCÉDURES DE DÉSINFECTION CUTANÉE EX VIVO À L'AIDE D'UN MODÈLE EXPÉRIMENTAL

Jérôme SANTASOUK, Haguenau

P-129

SURVEILLANCE PROSPECTIVE DES PICC-LINE

Tania FERSING, Haguenau

P-130

VVP : COMPLICATIONS ET FACTEURS DE RISQUE

Olivier MEUNIER, Haguenau

P-131

UNE ÉQUIPE PARAMÉDICALE POUR POSE, SUIVI ET SURVEILLANCE DES MIDLINES

Alban MOREAU, Avignon

P-131bis

PRATIQUES D'HYGIÈNE EN HÉMODIALYSE : ÉTAT DES LIEUX DANS LES UNITÉS PRATIQUANT L'HÉMODIALYSE EN FRANCE

Hélène MARINI, Rouen

P-132

AIDE COGNITIVE POUR PRÉVENIR LE RISQUE INFECTIEUX LIÉ À L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS AU BLOC OPÉRATOIRE

Elodie COUVÉ-DEACON, Limoges

P-133

ETAT DES LIEUX SUR LES CONNAISSANCES DES IDE SUR LE PICCLINE

Jennyfer DOS-REIS, Villeneuve Saint Georges

P-134

FAUT-IL TRAITER LA BACTÉRIURIE ASYMPTOMATIQUE EN PRÉ OPÉATOIRE ?*Jacques CHOUCAIR, Beyrouth, LIBAN*

P-135

LES OLYMPIADES DE L'HYGIÈNE : UN PROGRAMME D'HYGIÈNE LUDIQUE SUR 1 AN !*Caroline NEULIER-LOZINSKI, Le Chesnay*

P-136

LE MYSTÈRE DE LA CHAMBRE 512*Arnaud FLORENTIN, Vandoeuvre Les Nancy*

P-137

LA CLASSE INVERSÉE : MÉTHODE PÉDAGOGIQUE APPLIQUÉE À L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE*Véronique MARIE, Saint-Brieuc MARIE, Saint-Brieuc*

P-139

JOUER POUR MIEUX RÉVISER LES PRÉCAUTIONS STANDARD*Anne-Gaëlle VENIER, Bordeaux*

P-140

PARTENARIAT IFSI - EOH : SENSIBILISER DÈS LA FORMATION INITIALE*Marion ROBERT, Douai*

P-141

HYGIÉNISTES : ENTRE DÉSIRS, ASPIRATIONS ET RÉALITÉ DE TERRAIN*Anne-Gaëlle VENIER, Bordeaux*

P-142

DÉTERMINANTS DES PRATIQUES PRÉVENTIVES DU PÉRIL FÉCAL CHEZ LES SOIGNANTS*Anne-Gaëlle VENIER, Bordeaux*

P-143

NUDGE MANAGEMENT DE LA FONCTION ASH PAR UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA FORMATION CONTINUE*Sandrine BAHEUX SAHEB, Pointe A Pitre GUADELOUPE*

P-143bis

UN JEU SÉRIEUX INNOVANT EN HYGIÈNE : ESCAPE GAME VIRTUEL « CRISE SUR L'ILE ALPHA »*Tristan PETEL, Rouen*

P-144

UN MOYEN DE COMMUNICATION ORIGINAL SUR LE BON USAGE DES BANDETTES URINAIRES EN EHPAD*Emmanuelle VERNOTTE, Quintin*

P-146

FORMATION AUX PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES EN RÉANIMATION PAR LA CHAMBRE DES ERREURS*Clément LEGEAY, Angers*

P-147

ABORDER LA VACCINATION GRIPPALE DES SOIGNANTS : ET POURQUOI PAS PAR UN FILM D'ANIMATION ?*Jérôme ORY, Nîmes*

P-148

ENSEIGNEMENT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE : CHAMBRE DES ERREURS ET PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE*Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne*

P-149

IMPORTANCE DE LA FORMATION EN FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE MEILLEURE HYGIÈNE DES MAINS*Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne*

P-151**TRAITEMENT DES ENDOSCOPES :
TRANSFERT DE COMPÉTENCES DE
L'ENDOSCOPIE VERS LA STÉRILISATION
CENTRALE***Martine DELORME, Niort***P-152****ABORDS VASCULAIRES : LA PRATIQUE
AU BOUT DES DOIGTS !***Florence DEPAIX, Bron***P-153****« PANIQUE À L'HÔPITAL », SAUREZ-
VOUS ÉVITER UNE ÉPIDÉMIE ?***Camille BATAILLE, Limoges***P-154****LA SEMAINE DE SÉCURITÉ DES
PATIENTS : LES ÉTUDIANTS DE L'IFSI SE
MOBILISENT***Olivier MEUNIER, Haguenau***P-155****« SARM EN SCÈNE » POUR LA
PROMOTION DE L'HYGIÈNE DES
MAINS***Olivier MEUNIER, Brumath***P-156****INTÉGRATION DE L'HYGIÈNE À LA
FORMATION PAR SIMULATION DES
NOUVEAUX INTERNES***Marie-Pierre PAQUIS, Montpellier***P-157****RISQUE AES EN EHPAD : LES
RECOMMANDATIONS ÉCRITES NE
SUFFISENT PAS***Catherine AVRIL, Saint-Denis***P-158****LA RÉFLEXION COLLECTIVE AU
SERVICE DE LA FORMATION
INDIVIDUELLE : ACTIONS !***Murielle CHAPU, Saumur***P-159****GESTION DES ÉPIDÉMIES HIVERNALES
EN EHPAD : ÊTES-VOUS PRÊTS ?***Laure ROUX, Nîmes***P-160****FORMATION PRÉCAUTIONS
COMPLÉMENTAIRES : DYNAMIQUE
D'UNE PÉDAGOGIE ACTIVE PAR
SIMULATION SUIVI D'UN ANCRAGE
DES CONNAISSANCES***Sandrine BONNOTTE, Dijon***P-161****VACCINATION ANTIGRIPPALE : AVIS
DES SOIGNANTS***Jacques CHOUCAIR, Beyrouth, LIBAN***P-162****CAMPAGNE DE VACCINATION
ANTIGRIPPALE MULTIMODALE***Caroline NEULIER-LOZINSKI, Le Chesnay***P-163****LE BON USAGE DES ANTISEPTIQUES :
EST-CE AUTOMATIQUE ?***Arnaud FLORENTIN, Vandoeuvre Les Nancy***P-165****RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION
D'UN INDICATEUR NATIONAL SUR
LA VACCINATION ANTIGRIPPAL DU
PERSONNEL HOSPITALIER***Meriem BEJAOUI, Saint Denis*

P-166

**RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION
D'UN INDICATEUR NATIONAL DE
BONNES PRATIQUES DE PRECAUTIONS
COMPLEMENTAIRES CONTACT**

Meriem BEJAOUI, Saint Denis

P-167

**RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION
D'UN INDICATEUR NATIONAL
DE BONNES PRATIQUES
D'ANTIBIOTHERAPIE POUR INFECTION
RESPIRATOIRE BASSE**

Meriem BEJAOUI, Saint Denis

P-169

**COUVERTURES VACCINALES ROUGEOLE
COQUELUCHE ET VARICELLE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ, FRANCE,
2019**

Sophie VAUX, Saint-Maurice

P-170

**DÉPISTER PLUS POUR ISOLER MIEUX :
INTÉRÊT D'UN SCORE INDIVIDUEL DE
RISQUE ÉPIDÉMIQUE BHRE**

Audrey MAURAND, Créteil

P-171

**PARCOURS DES PATIENTS « CONTACTS
BHRE » : AVANT TOUT NE PAS
NUIRE ?**

Audrey MAURAND, Créteil

P-172

**DISPOSITIF MOBILE D'HYGIENE
EN EHPAD : PREMIER RETOUR
D'EXPERIENCE**

Anne AVENARD, Niort

P-173

**ÉVOLUTION 2016 / 2019 DE LA
COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA
GRIPPE DES SOIGNANTS D'UN CHG**

Caroline LAURANS Roubaix

P-174

**ÉVALUATION PAR INTERVIEW DE
L'EXPÉRIENCE PATIENT DU RISQUE
INFECTIEUX**

Dominique TRIVIER, Lens

P-175

**ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA
GESTION DES EXCRÉTA EN EHPAD**

Gwenaëlle TOUZAC, La Tronche

P-176

**CONTAMINATION ASPERGILLAIRE
D'UNE CHAMBRE ÉQUIPÉE D'UN
TRAITEMENT D'AIR MOBILE :
POURQUOI TENIR COMPTE DE
L'ARCHITECTURE**

Audrey MOUET, Caen

P-177

**TRAITEMENTS D'AIR MOBILES ET
PROTECTION DES PATIENTS D'UN
SERVICE D'ONCO-HÉMATOLOGIE
PÉDIATRIQUE DÉLOCALISÉ POUR
TRAVAUX**

Christine CHEFSON-GIRAULT, Rouen Cedex

P-178

**RÉALISATION D'UNE ESCAPE ROOM
AU COURS DE NOTRE CAMPAGNE DE
VACCINATION ANTIGRIPPALE**

Pierre LEDUC, Le Chesnay

P-179

**INFECTIONS FONGIQUES
INVASIVES LIÉES À DES FACTEURS
ORGANISATIONNELS DANS UNE UNITÉ
DE SOINS INTENSIFS***Delphine HILLIQUIN, Lyon*

P-180

**ÉVALUATION DE LA PRÉVENTION DES
ASPERGILLOSES INVASIVES CHEZ DES
PATIENTS ATTEINTS DE LEUCÉMIE
MYÉLOÏDES AIGÜES***Raoul BARON, Brest*

P-181

**ÉVALUATION DE LA CAMPAGNE DE
VACCINATION ANTIGRIPPALE 2018/2019
DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ***Julie BROCHART-MERLIN, Amiens*

P-182

**VACCINATION ANTIGRIPPALE CHEZ LES
PROFESSIONNELS : CONNAISSANCE ET
PERCEPTION***Léa MARCO, Poitiers*

P-183

**MASQUE SYSTÉMATIQUE ET GRIPPES
NOSOCOMIALES : SERVICES ENGAGÉS
VERSUS NON ENGAGÉS***Virginie FORGET, Savoie*

P-184

**INVESTIGATIONS DES SITUATIONS
À RISQUE DE TRANSMISSIONS
NOSOCOMIALES DE TUBERCULOSE
DANS UN CHU***Louise FAVRELLE, Lyon*

P-185

**RETOUR SUR LA COUVERTURE
VACCINALE ANTIGRIPPALE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ D'UN CHU***Aurore LOQUET, Lille*

P-186

**INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES
NOSOCOMIALES : INCIDENCE ET
INTÉRÊT DE LA SURVEILLANCE***Guillaume CAMBIEN, Poitiers*

P-187

**MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE
MOBILE DE VACCINATION : IMPACT
SUR LA COUVERTURE VACCINALE
ANTIGRIPPALE***Catherine METAIS, Fontainebleau*

P-188

**IMPACT DES DIRECTIONS SUR LA
VACCINATION ANTIGRIPPALE DES
EHPAD***Sylvie DEBUISSON, Pringy*

P-189

**EAU FROIDE SANITAIRE : UNE SOURCE
SOUS-ESTIMÉE DE LÉGIONELLOSE
NOSOCOMIALE ?***Tania KHOURI, Paris*

P-190

**IMPACT DES SENSIBILISATIONS À LA
VACCINATION SUR LA COUVERTURE
VACCINALE ANTIGRIPPALE DES
PROFESSIONNELS D'EHPAD***Kae TROUILLOUD, Saint Genis Laval*

P-191

**LES FAMILLES : AUTRE CIBLE DE LA
VACCINATION ANTIGRIPPALE EN EHPAD***Murielle GALAS HADDAD, Epagny Metz-Tessy*

P-193

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF MOBILE D'HYGIÈNE DANS UN DÉPARTEMENT*Montaine LEVEZIEL, Poitiers*

P-195

LUTTE CONTRE L'EXPOSITIONS DU PERSONNEL DE SOINS À LA MVE DANS VILLE DE BUTEMBO*Bienvenu HOUNDJO, Butembo, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO*

P-196

ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES D'HYGIÈNE DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE*Odile BAJOLET, Reims*

P-197

LES ALLERGIES PROFESSIONNELLES CHEZ LE PERSONNEL DE SANTÉ : RÉSULTAT D'ENQUÊTE EN 2019*Ghania BRAHIMI, Alger, ALGERIE*

P-198

IMPACT D'UN NOUVEAU GÉNÉRATEUR DE DIALYSE SUR LES DASRIA*Rachida BEGRI, Nantes*

P-199

QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR EN STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES ET LIBÉRALES*Alexandre BAUDET, Nancy*

P-201

DISPOSITIF DE TÉLÉSIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, FRANCE, E-SIN : 2012-2018*Isabelle POUJOL, Saint-Maurice*

P-202

VACCINATION ANTIGRIPPALE DES SOIGNANTS ET RISQUE DE GRIPPE NOSOCOMIALE CHEZ LES PATIENTS*Philippe VANHEMS, Lyon*

P-203

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (IAS) APRÈS GREFFE DE REIN ET/OU PANCRÉAS*Elodie MUNIER-MARION, Lyon*

P-204

CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES RÉPERTORIANANT LES SOLlicitATIONS DES ÉTABLISSEMENTS*Margaux CHARTIER, Rennes*

P-205

LA TRANSMISSION CROISÉE EN CHANSON*Anne-Marie ZARZA, Guilhaingrand-Granges*

P-206

LES PRÉCAUTIONS STANDARD EN AFFICHE : UN RÉEL DÉFI !*Fabienne DAY, Rennes*

P-207

PROCÉDURES DE RAPPEL PATIENT EN ENDOSCOPIE : RETOUR D'EXPÉRIENCE*Marie REGAD, Vandoeuvre-Lès-Nancy*

P-208

PRÉSENTATIONS ATYPIQUES DE TUBERCULOSE PULMONAIRE EN GÉRIATRIE ET RISQUE PROFESSIONNEL*Laetitia VAILLANT, Paris*

P-209

SAGA DE LA PÉNURIE D'EPI AU CHU*Béatrice TURCAN, Strasbourg*

P-210

MASQUE CHIRURGICAL : EFFICACITÉ CONTRE LES CLUSTERS NOSOCOMIAUX DE SARS-COV-2

Jamila KHEDIM BELAL, Corbeil Essonnes

P-211

RECRÉER DU LIEN AVEC LES RÉFÉRENTS HYGIÈNE EN PÉRIODE COVID

Laure GIBERT, Le Havre

P-212

ÉVALUATION DES APPAREILS DE PROTECTION RESPIRATOIRE LORS DE LA CRISE SANITAIRE COVID-20

Jérôme ORY, Nîmes

P-213

LA PLACE D'UNE EOH À L'INTERFACE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LE CONTACT TRACING COVID-19

Marie-Gabrielle DEMANGE, Chambéry

P-214

UN AN DE SURVEILLANCE HEBDOMADAIRE DE LA CONCENTRATION D'ARN SARS-COV-2 DANS LES EFFLUENTS DES BÂTIMENTS D'UN CHU: UN INDICATEUR D'AIDE À LA DÉCISION EN CELLULE DE CRISE COVID-19

Estelle JUMAS-BILAK, Montpellier

P-215

EXPERTISE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION DANS UN SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE AU COURS DE LA PANDÉMIE COVID

Marie-Jo THEVENIN, Lausanne

P-216

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉUNION : LE VIRUS EST BLOQUÉ AUX PORTES DE L'INTRA HOSPITALIER DEPUIS PLUS 1 AN !

Céline FRÖMME, Saint Paul De La Réunion

P-218

DIFFUSION DU SARS-COV2 DANS UN SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE, ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES PAR LA MÉTHODE ALARM

Agnès GAUDICHON, Paris

P-219

PLACE DE L'EOH DANS LA GESTION DE LA CRISE COVID?

Cindy KROMMENAKER, Vandoeuvre Les Nancy

P-220

GESTION D'UN CLUSTER DE CAS DE COVID-19 EN NÉPHROLOGIE

Aurore LOQUET, Lille

P-221

EPIDÉMIOLOGIE DES ENTEROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÈMASES (EPC) EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (ES) EN 2020 À PARTIR DES DONNÉES DU SIGNALEMENT DES IAS (SIN) ET DU CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE (CNR) DE L'ANTIBIORÉSISTANCE : QUEL IMPACT DE LA PANDÉMIE CO

Isabelle POUJOL, Saint Maurice

P-222

IMPACT DE LA QUALITÉ DE L'HYGIÈNE DES MAINS SUR LA TRANSMISSION CROISÉE COVID19

Claire MATHIAUD, Melun

P-223

AUDIT OBSERVATIONNEL COVID19, APPLICATION DES GESTES BARRIÈRES EN SERVICES CLUSTER.*Benjamin FRADIN, Charleville Mézières*

P-224

INVESTIGATIONS AUTOUR DES CAS DE COVID : BILAN D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE*Léa VIVIER, Bordeaux*

P-225

FACTEURS DE RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALE À SARS COV-2.*Sarah JOLIVET, Paris*

P-226

DESCRIPTION DES CAS NOSOCOMIAUX DE COVID-19 DANS UN CHU PARISIEN*Sarah JOLIVET, Paris*

P-227

INFLUENCE DU PORT DU MASQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE COVID-19 SUR LE TAUX DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT DES EMS DU CANTON DE VAUD - SAISON 2020/2021*Brigitte VAN DER KAA, Lausanne*

P-228

GESTES BARRIÈRES : ANIMATION D'UNE SÉQUENCE PÉDAGOGIQUE COLLABORATIVE AUPRÈS DE COLLÉGIENS.*Anne-Laure PROVENT, Chambéry*

P-229

WAKED&CO- WATCH OF KNOWLEDGE ON EMERGENT DISEASES-COVID 19. UN NOUVEL OUTIL POUR FACILITER LA VEILLE ET LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE*Florence RIBADEAU-DUMAS, Paris*

P-230

RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UN ÉPISODE DE CAS GROUPÉS DE COVID EN HÔPITAL DE JOUR D'ONCO-HÉMATOLOGIE*Hélène BOULESTREAU, Bordeaux*

P-231

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE VISITES SUR SITE POUR LA GESTION DE CLUSTERS EN EMS*Sophia MECHKOUR, Lille*

P-232

LES BULLES SOCIALES EN EHPAD*Sophie BARANOVSKY, Montpellier*

P-233

COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA RÉGION NORMANDIE PENDANT LA PHASE II DE L'ÉPIDÉMIE - ÉTUDE MULTICENTRIQUE*Antoine BIDON, Caen*

P-234

DYNAMIQUE DE DISSÉMINATION DU SARS-COV-2 DANS L'ENVIRONNEMENT DE CHAMBRES DE PATIENTS ATTEINTS DE LA COVID-19*Killian LE NEINDRE, Paris*

P-235**ÉPIDÉMIE DE COVID DANS UN EHPAD : LA VACCINATION NE FAIT PAS TOUT !***Virginie COUDROY, Bordeaux***P-236****ÉPIDÉMILOGIE DES ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES (ERG) EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ES) EN 2020 À PARTIR DES DONNÉES DU SIGNALEMENT DES IAS (SIN) ET DU CNR DE L'ANTIBIORÉSISTANCE : QUEL IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 ?***Anne BERGER-CARBONNE, Saint Maurice***P-237****MISE EN ŒUVRE D'UNE FORMATION PAR SIMULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX (EMS) PENDANT LA PANDÉMIE DU COVID-19***Laetitia QALLA-WIDMER, Lausanne***P-238****BILAN DES SIGNALEMENTS DE CAS GROUPÉS DE COVID-19 SUR LA PLATEFORME E-SIN, FRANCE, 2020***Sophan SOING-ALTRACH, Saint Maurice***P-239****CLUSTERS INTRA-HOSPITALIER DE COVID-19, CHAMBRES DOUBLES ET MESURES BARRIÈRES.***Elodie LE BRETON, Quimper***P-240****CLUSTERS DE COVID-19 NOSOCOMIAUX DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PENDANT LA DEUXIÈME VAGUE ÉPIDÉMIQUE : QUELLES LEÇONS EN TIRER ?***Cédric DANANCHÉ, Lyon***P-241****L'ADMINISTRATION DE MEOPA (MÉLANGE ÉQUIMOLAIRE D'OXYGÈNE ET DE PROTOXYDE D'AZOTE) COMME AIDE À LA RÉALISATION DES PRÉLÈVEMENTS NASOPHARYNGÉS PROFOND CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE.***Régis BOUQUIE, Thuir***P-242****RETOUR D'EXPÉRIENCE DE LA MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE MOBILE D'HYGIÈNE POUR LES EHPAD***Sophie BARANOVSKY, Montpellier***P-243****BILAN DU TRACING CENTRALISÉ DE 500 SOIGNANTS POSITIFS POUR LE SARS-COV-2 PAR UN SERVICE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : COMPARAISON ENTRE LES PÉRIODES DE CIRCULATION DU VIRUS SAUVAGE ET DU VARIANT UK - LIGNAGE B.1.1.7***Estelle JUMAS-BILAK, Montpellier***P-244****ÉPIDÉMILOGIE LOCALE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX: EXPÉRIENCE VAUDOISE.***Coralie RICCIO, Lausanne***P-245****COVID -19 : RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UNE COLLABORATION POUR DES MESURES BARRIÈRES COORDONNÉES ENTRE VILLE ET HÔPITAL***Anne-Laure PROVENT, Chambéry*

P-246**PLACE DE LA DÉSINFECTION DES SURFACES PAR VOIE AÉRIENNE PENDANT LA 2^{ÈME} VAGUE COVID-19 : UN MOYEN DE SÉCURISER LES SOINS ET LIMITER LE RISQUE ÉPIDÉMIQUE ?***Marie REGAD, Vandoeuvre Les Nancy***P-247****BÉNÉVOLES ET TRANSMISSION DES MICRO-ORGANISMES À L'ÈRE DE LA COVID-19 : CONNAISSANCES AVANT ET APRÈS UNE FORMATION DÉDIÉE VALIDANT UN « PASSEPORT HYGIÈNE »***Audrey MAURAND, Créteil***P-248****SIMCLEAN : UN PROGRAMME DE FORMATION PAR LA SIMULATION ADAPTÉE AU CONTEXTE SANITAIRE***Monique LANOIR, Fort De France*

TEXTES DES COMMUNICATIONS LIBRES

CL-01

TRANSMISSION D'ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASE (EPC) : ATTENTION À L'ENTRETIEN DES CHIFFONNETTES DE BIONETTOYAGE RÉUTILISABLES

COUDRAIS Stéphanie⁽¹⁾, MARCEAU Mylène⁽¹⁾, RIVIERE Valérie⁽¹⁾, CASSIER Pierre⁽¹⁾, GARDES Sophie⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De mai à août 2019, malgré la mise en œuvre de mesures de prévention, 32 cas de portage de BHRé ont été identifiés dans des unités de pneumologie et de médecine interne de notre établissement. Ces éléments ont amené l'unité d'hygiène à investiguer la qualité de l'entretien du matériel de bionettoyage des chambres des patients. Le protocole de bionettoyage comportait l'utilisation de chiffonnettes (CH) réutilisables pré-imprégnées et entretenues en machine à laver industrielle puis séchées en sèche-linge domestique.

Évaluer l'absence d'entérobactéries (et d'EPC) si identifiée :

- dans un premier temps sur le matériel de nettoyage (seaux, sprays, détergent désinfectant (DD) en sortie de spray et en sortie de diluteur, lave-linge), sur les CH en sortie de lave-linge et de sèche-linge
- dans un second temps, pour vérification de plusieurs hypothèses de contamination des CH

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le matériel de nettoyage a été prélevé par écouvillon, ou par rinçage avec un diluant neutralisant, et ensemencés sur gélose Terigitol7. Les CH ont été cultivées dans 100 mL de bouillon tryptic soja (BTS) avec ensemencement d'1mL de BTS par filtration (quantitatif) sur gélose MacConkey ou par incubation 24-48h à 36°C puis réisolement sur géloses MacConkey et CARBA (qualitatif). La production de carbapénémase a été validée par test phénotypique CARBA NP ou RESIST-4.

RÉSULTATS

Les premiers résultats montrent l'absence d'entérobactérie pour les seaux, les sprays et le DD mais la présence d'*Enterobacter cloacae* VIM sur 4/4 CH prélevées.

Des prélèvements complémentaires ont montré :

- Quantitativement : 5/7 CH > 100 UFC/CH *Enterobacter cloacae* EPC
- Qualitativement : 7/7 CH présence d'entérobactéries dont n=6 *Enterobacter cloacae* (dont 4 EPC), n=2 *Klebsiella oxytoca* OXA-48, n=2 *Citrobacter freundii* EPC.

L'utilisation de CH à usage unique a été décidée ainsi que la vérification des paramètres du cycle de lavage et du produit lessiviel utilisé.

Différentes hypothèses de contamination ont été formulées : présence d'un réservoir au niveau du lave-linge, inoculum bactérien dans les CH usagées contaminant toute la charge.

Une seconde campagne de prélèvements avec maîtrise du cycle de lavage, et de la dose de produit lessiviel a montré 27/28 prélèvements satisfaisants sur les CH en sortie de lave-linge.

CONCLUSION

Cette investigation a permis de sécuriser la procédure d'entretien des CH et d'éliminer un réservoir environnemental. L'entretien des sanitaires avec des CH à UU a été décidé en routine et le retour à des CH réutilisables pour le reste des surfaces après maîtrise des cycles de l'ensemble des lave-linges.

CL-02

SIMULATION DE LA TRANSMISSION DES ERG PAR UN MODÈLE MULTI-AGENTS

DEBOSCKER Stéphanie⁽¹⁾, LAVIGNE Thierry⁽¹⁾, SÉVERAC François⁽¹⁾, MÉNARD Céline⁽¹⁾, MEYER Nicolas⁽¹⁾, GAUDART Jean⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, FRANCE ; ⁽²⁾ Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La transmission hospitalière des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) et l'efficacité des mesures de lutte sont difficiles à évaluer sur le terrain. Il est possible de faire cette évaluation in silico. Au XIX^e siècle, des modèles mathématiques de transmissions des maladies infectieuses, de type SIR, ont été développés. Puis le niveau de complexité des modèles a évolué afin de s'adapter au mieux à la réalité. Les modèles informatiques, de type modèles multi-agents, sont bien adaptés aux populations de petites tailles et aux systèmes complexes comme l'est la transmission des ERG à l'hôpital, par l'hétérogénéité de la population et sa mobilité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons construit un modèle basé sur les agents (agent-based model ou ABM) sur le schéma d'un service de court séjour de médecine, composé de 2 unités de soins conventionnels et d'1 unité de soins intensifs, pour simuler la transmission des ERG de patients à patients par l'intermédiaire des mains des soignants. Différentes catégories de personnel ont été prises en compte : infirmiers, aides-soignants, internes et médecins séniors. Les pas de temps représentaient 15 minutes. Nous avons simulé la transmission des ERG durant 1 an selon plusieurs scénarios : différents taux de compliance à l'hygiène des mains (HM) chez les soignants avant et après un soin à tous les patients, et spécifiquement aux patients connus porteurs d'ERG dans le scénario « précautions complémentaires contact » ; regroupement géographique des cas dans une unité, sans personnel dédié ; création d'une unité dédiée avec du personnel dédié.

RÉSULTATS

Avec une compliance à l'HM de moins de 50 %, la diffusion des ERG n'était pas maîtrisée. Une compliance à 80 %, appliquée à l'ensemble des patients, permettait de n'avoir aucun cas secondaire dans la moitié des simulations. C'était le meilleur scénario. L'unité dédiée montrait des résultats intéressants quand le taux de compliance à l'HM était faible et l'unité ouverte précocement. Le simple regroupement géographique était moins performant.

CONCLUSION

Les ABM sont encore peu utilisés pour étudier la diffusion des ERG. Notre modèle a montré des résultats cohérents et a permis de confirmer l'importance de la compliance à l'HM pour tous les patients quel que soit leur statut infectieux, c'est-à-dire dans le cadre des précautions standard. En cas de forte compliance à cette mesure simple, la mise en place d'organisations complexes et coûteuses comme le regroupement géographique ou l'unité dédiée, pourrait s'avérer obsolète. La part de l'environnement reste à étudier.

CL-03

PRÉVALENCE DU PORTAGE DES VARIANTES D'OXA-48 PRÉSENTANT UN BAS NIVEAU DE RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

JEAN Océane⁽¹⁾, MAURAND Audrey⁽¹⁾, CIZEAU Florence⁽¹⁾, DUCELLIER David⁽¹⁾, GOMART Camille⁽¹⁾, FOURREAU Frédéric⁽¹⁾, DECOUSSER Jean-Winoc⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Henri Mondor (AP-HP), Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé), les Entérobactéries Productrices de Carbapénémase (EPC) appartenant à la famille des OXA-48 sont les plus fréquentes en France. La technique de référence pour leur détection est l'utilisation de milieux sélectifs commercialisés. Néanmoins, il existe des variants de bas niveau de résistance (OXA-181, OXA-244) qui peuvent ne pas être détectés par cette technique. Leur prévalence réelle est inconnue : cette étude vise à l'évaluer.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons testé prospectivement 107 patients consécutifs hospitalisés à risque de portage de BHRé par la méthode classique d'ensemencement sur milieux « biplate » commercialisés ciblant les carbapénémases en général et les OXA-48 en particulier. En parallèle, nous avons testé une approche élargie combinant culture sur milieux non sélectifs (Drigalski) avec un disque d'ertapénème, enrichissement en milieu liquide (bouillon cœur cerveau avec un disque d'ertapénème) et utilisation systématique d'un test de dépistage immunologique détectant les variants recherchés sur les cultures obtenues.

RÉSULTATS

Parmi les 107 patients testés, 4 étaient porteurs d'une EPC : la prévalence globale du portage des EPC dans cette population était donc de 3,7 % (4/107), toutes des carbapénémase de type OXA-48. Parmi ces 4 cas, 1 n'était pas détecté par la culture classique sur milieu sélectif commercialisé mais a été identifiée par l'approche élargie. Comparée à cette approche élargie, la culture classique avait donc une sensibilité, Valeur Prédictive Négative, spécificité, et Valeur Prédictive Positive de 75 %, 99 %, 100 % et 100 %. La souche non détectée était porteuse d'une OXA-181 et présentait un niveau de résistance plus faible aux carbapénèmes (CMI ertapénème = 0.25 mg/L, méropénème < 0.12 mg/L), à l'association piperacilline – tazobactam (CMI = 32 mg/L) et à la témocilline (CMI = 96 mg/L) par rapport aux souches d'EPC OXA-48 habituellement rencontrées. Toutes ces souches étaient détectables par les approches PCR commercialisées.

CONCLUSION

La prévalence au sein des EPC des variants d'OXA-48 de bas niveau de résistance est faible (<1 %) mais non nulle. Le développement de l'utilisation des PCR ciblant OXA-48 directement sur les écouvillons rectaux, amplifiée par les nouvelles recommandations du HCSP va probablement mettre en évidence des cas de PCR positive / culture classique négative. Il faudra revenir alors à des méthodes plus sensibles, plus longues et plus coûteuses, pour éliminer la présence de ces variants.

CL-04

PRÉVALENCE DES ENTÉROBACTÉRIES RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES DANS UN RÉSEAU D'EHPAD

LEGEAY Clément⁽¹⁾, **FUCHS Basile**⁽²⁾,
HAUDEBOURG Thomas⁽²⁾, **POULAIN Céline**⁽²⁾,
RAYMOND Françoise⁽²⁾, **CORVEC Stéphane**⁽²⁾,
BIRGAND Gabriel⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU d'Angers, Angers, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les résidents d'EHPAD peuvent constituer un réservoir d'entérobactéries résistantes aux antibiotiques. Cette étude a évalué la prévalence, la capacité de diffusion et les facteurs associés au portage d'entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) et de carbapénèmase (EPC), dans un contexte endémo-épidémique régional.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cinquante EHPAD d'une même région ont été tirés au sort et sollicités pour participer à l'étude. Dans chaque établissement, un résident sur 3 était prélevé par écouvillonnage rectal. Les prélèvements étaient mis en culture sur gélose chromogène (chromID BLSE[®] et chromID CARBA SMART[®]). L'espèce d'entérobactérie était identifiée par spectrométrie de masse. La production de BLSE, AmpC ou carbapénèmase était confirmée par test CORIS[®] et par test MAST[®]. La comparaison des souches a été réalisée par électrophorèse en champ pulsé (PFGE). Les données cliniques et démographiques ont été recueillies de manière prospective le jour de l'échantillonnage. Les proportions ont été comparées par le test du Chi² ou le test exact de Fisher.

RÉSULTATS

Au total, 734 résidents (âge médian = 85,6 ans, sex ratio = 0.33) de 30 EHPAD ayant accepté de participer ont été inclus. Parmi ceux-ci, 83 (11.3 %) étaient porteurs d'EBLSE (71 % d'*Escherichia coli* [E coli], de 0 à 45 % par EHPAD) et 44 (6 %) porteurs d'AmpC (41 % de *Citrobacter* spp, et 31 % d'*Enterobacter* spp). Aucun résident n'était porteur d'EPC. 60 % étaient déments, 4 % avaient voyagé à l'étranger dans les 12 derniers mois, 4 % avaient une sonde urinaire et 0.7 % un cathéter périphérique. Une incontinence urinaire ou fécale était retrouvée chez respectivement 67 % et 58 % des résidents. Les facteurs associés au portage d'EBLSE étaient le voyage à l'étranger (n=9 [31 %] EBLSE+ vs 67 [10 %]; OR=3.9; IC95=1.7-8.9; p<0.01), et la démence (n=35 [8 %] EBLSE+ vs 41 [15 %]; OR=0.5; IC95=0.3-0.9; p<0.01). La pulstotypie a permis d'identifier 10 clusters intra-EHPAD

d'E coli BLSE dans 8 EHPAD différents et 1 cluster de *Klebsiella pneumoniae* (Kp) BLSE dans 1 EHPAD. La transmission inter-EHPAD se traduisait par sept souches identiques d'E coli BLSE retrouvées dans 8 EHPAD, et 1 souche de Kp dans 2 EHPAD.

CONCLUSION

Les populations d'EHPAD semblent constituer un nœud du réseau régional de transmission des EBLSE. Malgré un contexte endémo-épidémique en établissements de santé, les résidents d'EHPAD ne constituent pas un réservoir de diffusion des EPC. Le séquençage du génome en cours et l'analyse des mouvements de résidents doit nous permettre de mieux interpréter ces résultats.

CL-05

COMMENT ÉVOLUE L'INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE DES PATIENTS EPC+ EN SSR ?

HENOUN LOUKILI Noureddine⁽¹⁾, **CELANIE Gaël**⁽¹⁾, **PERRIN Agnès**⁽¹⁾, **THEVENON André**⁽¹⁾,
JUSOT Jean-François⁽¹⁾, **TIFFREAU Vincent**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prise en charge de patients EPC+ s'accompagne de mesures d'hygiène pouvant restreindre leur accès à certains plateaux techniques avec un risque de retard ou de perte de chance pour l'amélioration de leur autonomie. La MIF (mesure de l'indépendance fonctionnelle) est couramment utilisée pour évaluer l'efficacité de la rééducation d'un patient en SSR. L'objectif principal de ce travail était d'investiguer l'influence du portage d'une EPC sur l'évolution de l'autonomie en SSR.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective ayant inclus tous les patients porteurs d'une EPC+ « connus » admis dans l'une des trois unités de MPR de notre établissement entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Les patients EPC- ont été tirés au sort à partir des séjours des patients admis dans ces mêmes unités, pendant la même période. Le critère de jugement était l'évolution du score de la MIF (DMIF) entre l'admission et la sortie. Les facteurs étudiés comprenaient également l'âge, le sexe, l'unité d'origine, score de Charlson, nombre d'actes de kinésithérapie, présence de pansement, de cathéters, de sondage urinaire, de voies veineuses centrales (VVC) ou périphériques (VVP), et la durée d'hospitalisation. L'association de ces facteurs avec DMIF a été étudiée par le test de t-Student ou Wilcoxon. Les variables avec un seuil de signification < 0.15 ont été incluses dans un modèle de régression linéaire multiple.

RÉSULTATS

Sur la période de l'étude, 25 patients EPC+ connus et 72 EPC- ont été inclus. Les patients EPC+ avaient une MIF physique à l'entrée plus basse de 12 points ($p = 0.04$), plus de VVP ($p = 0.021$) et une DMS médiane 2,1 fois plus longue que les patients EPC-. En analyse bivariée, le statut EPC+ du patient n'était pas associé à la DMIF contrairement au nombre d'actes kiné, les pansements, les VVC ou la durée d'hospitalisation ($p < 0.05$). En analyse multivariée, seule la présence de « pansement » était associée à la DMIF ($p < 0.001$).

CONCLUSION

Cette étude n'a pas objectivé d'association entre le statut EPC+ d'un patient et l'évolution de son autonomie. Les patients EPC+ étaient plus dépendants à l'entrée et nécessitaient une durée de séjour plus longue pour recouvrer une autonomie comparable aux patients EPC-. A notre connaissance, il s'agit de la première étude ayant évalué l'influence du statut EPC d'un patient sur l'amélioration de son autonomie. Ces résultats vont dans le sens de la nouvelle réforme des SSR qui replace le rééducateur au centre du parcours du patient. Ils devraient être consolidés par une étude plus large avec un effectif de patients EPC+ plus important.

CL-06

RENTABILITÉ DU DÉPISTAGE À LA RECHERCHE D'UN PORTAGE DE BHRE CHEZ LES PATIENTS CONTACTS RÉADMIS

ANDRÉO Anaïs⁽¹⁾, **BOURIGAUT Céline**⁽¹⁾, **JUVIN Marie-Emmanuelle**⁽¹⁾, **BODET Nathalie**⁽¹⁾, **LE GALLOU Florence**⁽¹⁾, **LEPELLETIER Didier**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le succès des stratégies de maîtrise de la diffusion des BHRe dépend de la capacité à détecter les patients à risque (porteurs ou contacts), lors de leur réadmission et de lancer une alerte vers l'EOH. Les surveillances des patients contacts pour s'assurer de leurs dépistages nécessite des listes au suivi contraignant. L'objectif de ce travail était de calculer la rentabilité du dépistage des patients contacts lors de leur réadmission.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons analysé rétrospectivement les bases de données de l'EOH, du laboratoire de Bactériologie et du dossier informatisé des patients. Les données collectées étaient de caractère administratif (date et durée d'exposition, nombre et date de réadmissions), microbiologique (ensemble des dépistages réalisés chez les contacts BHRe réadmis) et

clinique (situation épidémique ou non des unités concernés, nombre de cas secondaires). La période d'étude s'étendait de juin 2013- septembre 2019. Pour chaque patient contact réadmis et dépisté positif, nous avons comparé les dates d'hospitalisation et la période d'exposition du porteur BHRe et analysé la situation épidémiologique de l'unité d'exposition.

RÉSULTATS

Au total sur la période d'étude, 5 238 patients contacts ont été enregistrés sur une liste de suivi. Parmi ces contacts, 3 140 (60 %) ont été réadmis au moins une fois dans notre établissement dont 2 449 (78 %) ont eu leurs 3 dépistages post-exposition. Parmi ces contacts réadmis, seuls 5 patients ont été dépistés positifs lors de leur réadmission (taux de rentabilité = 0,16 %). Ces contacts positifs avaient tous été hospitalisés dans des unités en situation épidémique (cas secondaires). Le délai moyen entre la date de fin d'exposition et la positivité à la réadmission était de 48 jours (7 à 120 jours, médiane 10). Le nombre de cas secondaires dans les 5 unités étaient respectivement de 2, 3, 5, 8 et 60 avec des durées d'exposition variant de 3 à 8 jours.

CONCLUSION

Notre étude réalisée sur un large échantillon de patients contacts BHRe montre qu'une majorité des contacts BHRe sont réadmis avec une rentabilité du dépistage très faible (0,16 %). Nos résultats sont en faveur d'un abandon du suivi des contacts à risque faible et intermédiaire de devenir porteurs BHRe en post-exposition.

CL-07

PRÉVENTION DES PAVM : MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE SOINS DE BOUCHE EN RÉANIMATION

EMILIE Caroline⁽¹⁾, **PIONA Caroline**⁽¹⁾, **RENAUDIN Laurie**⁽¹⁾, **LIZON Julie**⁽¹⁾, **THEIS Sabine**⁽¹⁾, **ROCZNIAK Estelle**⁽¹⁾, **CAZARETH Viviane**⁽¹⁾, **CHARPENTIER Claire**⁽¹⁾, **WELFRINGER Pascal**⁽¹⁾, **AUDIBERT Gérard**⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU de Nancy, Vandoeuvre les Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) représentent la première cause d'infection associée aux soins en réanimation. Parmi l'ensemble de mesures de prévention (bundle), l'efficacité des soins de bouche n'est pas clairement démontrée. L'objectif est de montrer que les soins de bouche avec brossage de dents diminuent le risque de PAVM en réanimation.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une étude prospective de type avant – après a été menée dans un service de réanimation de chirurgie polyvalente de 18 lits. Les soins de bouche étaient alors réalisés 2 à 3 fois par jour à l'aide d'un bâtonnet en mousse et d'une solution antiseptique alcoolique à base de Chlorhexidine, sans brossage, sans protocole formalisé. Le nouveau protocole consistait en la réalisation de 2 brossages de dents à l'aide d'une brosse à dents aspirante et 2 soins de bouche à l'aide d'un bâtonnet aspirant, en alternance toutes les 6h, avec une solution antiseptique alcoolique à base de Chlorhexidine. La période du 01/01/2017 au 31/01/2018 (« avant ») a été comparée à la période du 01/04/2018 au 30/04/2019 (« après »). Entre les deux périodes, les soignants ont été formés au nouveau protocole et accompagnés par une référente du service, le service d'hygiène, le service dentaire et le fabricant. Des audits de pratiques ont été menés par le service d'hygiène durant la période « après ». L'indicateur de résultat était la densité d'incidence (DI) de PAVM pour 1000 journées d'intubation. Tous les patients intubés plus de 48h ont été inclus dans l'étude et les données de REA-RAISIN ont été recueillies.

RÉSULTATS

Ont été inclus 305 et 274 patients durant les périodes « avant » et « après », respectivement. La DI de PAVM pour 1000 journées d'intubation était de 23,9 pour la période « après » versus 32,5 pour la période « avant » ($p=0,02$). Les patients étaient significativement plus exposés à l'intubation et avaient un état de santé plus grave durant la période « après » : IGS II moyen de 49,4 (période « après ») versus 46,7 (période « avant »), $p=0,03$; durée d'intubation moyenne de 15,1 jours (période « après ») versus 10,8 jours (période « avant »), $p=0,02$. Lors des audits de pratiques, 48 soins ont été observés. Les axes d'amélioration concernaient l'hygiène des mains avant le soin (conformes à 60 %) et la technique de brossage de dents (conforme à 78,5 %). Des formations et des sensibilisations ont été organisées.

CONCLUSION

Dans cette étude, la mise en place d'un protocole de soins de bouche avec brossage de dents a permis de diminuer la DI de PAVM dans ce service de réanimation présentant un casemix majoritairement neurologique.

CL-08

STAPHYLOCOCCUS CAPITIS ET CATHETERISME EN REANIMATION NEONATALE, AUJOURD'HUI

DOS SANTOS Sandra ⁽¹⁾, GIMENES Rémi ⁽¹⁾, GOUBE Florent ⁽¹⁾, DECALONNE Marie ⁽¹⁾, LE VU Stéphane ⁽²⁾, **VAN DER MEE-MARQUET Nathalie** ⁽¹⁾, SPIADI Network ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Mission nationale SPIADI, Tours, FRANCE ; ⁽²⁾ Santé Publique France, Saint Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En lien avec la diffusion mondiale d'un clone multiresistant, Staphylococcus capitis est responsable d'un nombre croissant de bactériémies liées aux cathéters (BLC) en réanimation néonatale (RNN). Sur-mortalité, morbidité accrue et surcoût sont associés aux BLC. Prévenir ces infections est une priorité. Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention des IAS, les services de RNN sont encouragés à participer à la surveillance des BLC. Nous rapportons les résultats de la surveillance nationale 2019 concernant les BLC à S. capitis.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La surveillance a été réalisée pendant 3 mois, selon les services :

- 1/ par la documentation des bactériémies (B) (protocole Bact-ADI), ou
 - 2/ par le suivi des nouveau-nés porteurs de CVC ou CVO (caractéristiques-patients, exposition au cathétérisme), et documentation des BLC (protocole NEO INF-ADI)
- Les résultats d'incidence des BLC sont exprimés /1000JH, /1000J-cvc, /1000J-cvo et /100patients exposés.

RÉSULTATS

- 41 services participants (478 lits surveillés : 60 % des lits de RNN (base SAE); fig.1).
- 166 B, principalement associées à S. epidermidis (40 %), S. haemolyticus (16 %), S. capitis (13 %) et S. aureus (15 %). Les taux d'incidence sont présentés en tableau 1.
- 88 B (53 %) impliquant un CVC (72 %) ou un CVO (28 %) ; temps entre insertion et 1ers signes cliniques de 11 j en présence de S. capitis, et 5 ou 6 j si autre staphylocoque.
- 16 B associées à une porte d'entrée digestive ; sur-représentation de S. capitis (14 % des B-S. capitis, 6 % des B-S. epidermidis, 7 % des B-S. haemolyticus).
- caractéristiques des nouveau-nés infectés : âge gestationnel 23 à 41 SA, poids de naissance 455 à 4050 g. Les B associées aux staphylocoques à coagulase négative majoritairement identifiées chez les grands prématurés (tableau 2).
- 21 B-S. capitis ; incidence 0 à 2,52/1000JH (tableau 1) ; détection dans 15 des 41 services dont 5 avec 2 ou 3 cas ;

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections nosocomiales sont fréquentes en réanimation néonatale (RNN) en raison de la fragilité des nouveau-nés prématurés et la complexité de leur prise en charge. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des signalements d'infections nosocomiales issus des RNN de 7 hôpitaux depuis 2014, afin d'identifier les mesures de prévention spécifiques à cette spécialité ; puis de proposer un outil pour évaluer ces mesures sur le terrain.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Analyse de tous les signalements, émis via la plateforme nationale du signalement entre janvier 2014 et juillet 2019, provenant de 7 RNN : type d'infection, micro-organisme en cause, nombre de cas par signalement, période de signalement, porte d'entrée supposée, mesures de contrôle mises en place. Élaboration d'une grille d'évaluation des mesures de prévention du risque infectieux en collaboration avec ces 7 RNN.

RÉSULTATS

Le nombre de signalements a augmenté entre 2014 (n=2) et 2018 (n=13). Une saisonnalité est notée en juillet-août. Au total, 38 signalements ont été émis, concernant 85 enfants, soit entre 1 et 15 cas par signalement. 77 patients étaient infectés (60 bactériémies) et 8 patients étaient colonisés. Les micro-organismes identifiés étaient *Bacillus cereus* (n=30), *Enterobacter cloacae* (n=23), entérobactérie productrice de carbapénèmase (n=10), entérobactéries BLSE (n=2), rotavirus et norovirus (n=17), *Staphylococcus aureus* (n=2) et *Enterococcus faecalis* (n=1).

Les portes d'entrée suspectées lors des épisodes de bactériémies étaient une infection du cathéter ou une translocation digestive. Les mesures de contrôle mises en place ont ciblé les poses et manipulations de cathéters, l'hygiène des mains, la tenue des soignants, la gestion du lait, le bio nettoyage de l'environnement (incubateurs), la formation des soignants et l'information des parents. Ces mêmes mesures ont été intégrées à la grille d'évaluation ainsi que les méthodes de surveillance des colonisations et infections, le respect des précautions complémentaires, la gestion de la nutrition parentérale, l'entretien du matériel partagé, la vaccination des personnels et l'organisation du service.

CONCLUSION

Le nombre de signalements d'infections nosocomiales en RNN est en augmentation dans cette étude, notamment en raison d'infections à *B. cereus* et *E. cloacae*. L'analyse de ces épisodes infectieux montre qu'il manque des recommandations nationales qui prendraient en compte les spécificités de la RNN. Notre grille d'évaluation permettra d'identifier les

thématiques pour lesquelles des recommandations seraient nécessaires.

CL-10

GESTION DE SEPTICÉMIES À BACILLUS CEREUS EN NÉONATOLOGIE : INTERVENTIONS, INVESTIGATIONS

JOMLI Amira ⁽¹⁾, KDISS Ilyess ⁽¹⁾, BOUSSOUKAYA Rim ⁽¹⁾, JMAL KOTTI Ikram ⁽¹⁾, KADOUN Kahina ⁽¹⁾, RAZAFIMAHEFA Hasinirina ⁽¹⁾, **LECOINTE Didier** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CH Sud Francilien, Corbeil-Essonnes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Bacillus cereus est un germe de l'environnement à l'origine d'infections mortelles chez les prématurés, donc nécessitant des mesures immédiates. Nous décrivons les interventions et investigations autour de 3 cas de septicémie à *B. cereus* en néonatalogie.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le 1^{er} cas a été détecté le 14/12/2019 et les 2 autres les 19 et 22. Une revue bibliographique et la réunion de crise du 03/01/2020 ont permis de rechercher les causes et définir les mesures immédiates. Un nettoyage vapeur a été réalisé du 03 au 06. Les surfaces ont été prélevées le 09 dans la réanimation du bloc obstétrical, et le 23 dans les chambres des patients. La recherche des causes a été complétée par l'étude des dossiers le 20.

RÉSULTATS

Le 1^{er} cas, né le 10/12/2019 à 32 semaines d'aménorrhée (SA) +2 jours (J) a été transféré puis réadmis le 14. Six heures après, il a présenté une dégradation respiratoire et hémodynamique. L'hémoculture et la ponction lombaire du 14 étaient positives à *B. cereus*. Le patient est décédé le 21 suite à une méningoencéphalite. Le 2^{ème} cas, né le 13/12/2019 à 34SA+3J a présenté une hypotonie et une hypothermie avec une hémoculture positive le 19. Le 3^{ème} cas, né le 15/12/2019 à 28SA+1J a présenté une apnée, une bradycardie, une hypotonie et une hémoculture positive le 28. L'évolution clinique des 2 patients était favorable. Aucun nouveau cas n'a été détecté.

Le seul point géographique commun était la réanimation du bloc obstétrical. Seules les molettes d'aspiration de 2 couveuses étaient positives à *B. cereus* sur les 38 prélèvements de surface effectués dans cette salle après nettoyage à la vapeur. Dans les chambres, seul un tiroir d'un chariot était positif sur les 35 prélèvements.

Les autres sources de contamination possibles étaient le linge, l'incubateur de transport et les cathéters, alors que le lait

maternel et les poches de nutrition parentérale ont été exclus. La comparaison des souches environnementales aux souches cliniques est en cours.

CONCLUSION

La mise en œuvre de mesures correctives face aux septicémies dont une avec décès a été immédiate : le nettoyage vapeur – choisi car sporicide – a été effectué le jour de la réunion de crise. Les prélèvements de surfaces ont démontré que le niveau d'imprégnation de l'environnement était très faible 4 à 7 jours plus tard. Les investigations n'ont pas permis d'identifier clairement la source de contamination. Nous avons choisi de traiter immédiatement l'environnement car les données bibliographiques convergent toutes vers cette cause. Seule la comparaison des souches permettra de démontrer ou d'infirmar la réalité d'une transmission croisée.

CL-11

ANALYSE GÉNOMIQUE EN ROUTINE DES EBLSE EN RÉANIMATION ADULTE : ÉCOLOGIE ET FAITS ÉPIDÉMIQUES MARQUANTS

GRAVEY François⁽¹⁾, FINES-GUYON Marguerite⁽¹⁾, ISNARD Christophe⁽¹⁾, ETHUIN Frédéric⁽¹⁾, SAMBA Désiré⁽¹⁾, DU CHEYRON Damien⁽¹⁾, DAUBIN Cédric⁽¹⁾, MOUET Audrey⁽¹⁾, MORENO Valérie⁽¹⁾, LESTEVEN Claire⁽¹⁾, JOIN-LAMBERT Olivier⁽¹⁾, AUZOU Michel⁽¹⁾, GUERIN François⁽¹⁾, **LE HELLO Simon**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Caen Normandie, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G-R) circulent mondialement et contribuent à une morbidité/mortalité accrue dans les services de réanimation. L'objectif de ce travail était de déterminer les principales populations C3G-R circulant en réanimation adulte de notre établissement, notamment les *Escherichia coli* (EC), les *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) et les *Enterobacter cloacae* complexe (ECC), d'estimer leurs transmissions croisées et l'amplitude des épidémies après onze mois de surveillance via une approche comparative des génomes complets (WGS).

MATÉRIEL & MÉTHODES

En 2019, pour chaque patient entrant en réanimation, la première souche de EC, Kpn et/ou ECC résistante au C3G collectée de tout prélèvement a été séquencée sur une plateforme WGS. Des analyses in silico des génomes ont permis de caractériser les populations bactériennes (MLST) et de les comparer totalement au nucléotide près afin de confirmer microbiologiquement toutes transmissions bactériennes. De

plus, les souches isolées des prélèvements d'endoscopes ont pu être comparées avec les isolats cliniques.

RÉSULTATS

De Janvier à Novembre 2019, 154 patients ont été inclus pour 156 isolats C3G-R issues de prélèvements de dépistage (n=126, 81 %), cliniques (n=28, 18 %) ou d'endoscopes (n=2, 1 %). La principale C3G-R a été EC (n=61, 39 %), suivi par ECC (n=49, 31 %) et Kpn (n=46, 30 %). Les populations de EC étaient génétiquement diverses avec 35 clones distincts incluant le dominant ST131 (n=18, 30 %). Les populations ECC et Kpn étaient plus homogènes avec une circulation de clones ST66 et ST114 pour ECC (n=24, 51 %; n=7, 15 % respectivement) et ST405 pour Kpn (n=28, 61 %). Ces derniers étaient la source principale d'épidémies avec 12 événements microbiologiquement confirmés concernant 30 patients (soit 20 % des patients inclus) : 4 à Kpn ST405 pour 12 patients, 5 à ECC ST66 pour 13 patients dont 3 associés à un endoscope et 3 à ECC ST114 pour 5 patients dont 1 lié à un autre endoscope. Aucune transmission à EC, y compris au sein du clone ST131, n'a été révélée microbiologiquement.

CONCLUSION

La mise en place en routine d'une surveillance génomique a permis de mettre en lumière la circulation de quelques populations C3G-R en réanimation adulte de notre CHU, de détecter puis confirmer les épidémies et les transmissions bactériennes entre patients ou via un matériel contaminé. De ces résultats en temps réel, les perspectives sont importantes en terme (i) d'aide à une meilleure connaissance de l'écologie microbienne à l'échelle d'un service et (ii) de mise en place des mesures d'hygiène réactives et ciblées.

CL-12

SIX ANS DE CONTROLES MICROBIOLOGIQUES DES LAITS FORTIFIES EN BIBERONNERIE ET NEONATOLOGIE

CASSIER Pierre^(1,3), FREDENUCCI Isabelle⁽¹⁾, THOMAS Mireille⁽¹⁾, VANHEMS Philippe^(2,3), PICAUD Jean-Charles⁽¹⁾, LAURENT Frédéric^(1,3), BUFFIN Rachel⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Nord, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Centre, Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre International de Recherche en Infectiologie, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans notre établissement, en complément des contrôles microbiologiques réglementaires des laits du lactarium, nous

réalisons chaque semaine des contrôles microbiologiques de laits issus du lactarium fortifiés en biberonnerie et administrés en néonatalogie. Le but de notre travail est d'évaluer ces contrôles en terme de taux de contamination et des micro-organismes détectés sur la période 2013-2018.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Chaque semaine, 2 patients de néonatalogie sont choisis au hasard, l'un alimenté par biberon, l'autre par seringue. Pour chacun, un échantillon de lait est collecté en biberonnerie avant et après supplémentation. En néonatalogie, un échantillon du dernier biberon des 24h et 2 échantillons des seringues (début et fin d'administration) sont également collectés, et acheminés au laboratoire. Un dénombrement de : flore aérobie totale (FAT), coliformes totaux (CT), *E. coli*, *S. aureus*, *C. perfringens* et *B. cereus* (depuis fin 2016), est réalisée sur 0.1 à 2 mL selon les paramètres. Le résultat est non conforme en cas de culture positive pour les laits non fortifiés, si FAT > 1000 UFC/mL et/ou présence d'un/de micro-organisme.s indicateur.s (MOI) pour les laits fortifiés.

RÉSULTATS

En biberonnerie, 613 échantillons ont été cultivés avant et après fortification. Quarante-neuf laits (8 %) ont montré une contamination microbienne dont 30 contaminés après supplémentation seulement (2 positifs à *E. coli*), ces derniers ont diminué dès 2014. En néonatalogie, 260 biberons ont été analysés, 6 avec culture positive : 3 FT élevée, 3 CT tous *E. coli*+ (1 enfant avec portage digestif connu) et 3 *B. cereus*. Pour les seringues, 74 (26,8 %) des 276 laits avaient un résultat non conforme : 6 FAT > 1000 UFC/mL, 16 CT (tous *E. coli* + ; 8 bébés avec colonisation connue à entérobactéries), 10 *S. aureus* (6 patients avec portage nasal ou conjonctivite en cours), 3 *B. cereus* et 1 *C. perfringens*. Les échantillons de seringues avec un résultat non conforme avaient un temps d'administration moyen plus élevé (différence non significative).

CONCLUSION

En biberonnerie, le taux de contamination s'est stabilisé après 2013, ce qui semble montrer une bonne maîtrise des procédures d'hygiène. En néonatalogie, les seringues présentent un taux de contamination plus élevé que les biberons : plus de manipulations, environnement plus contaminé, où le temps d'administration semble jouer un rôle. Ces contrôles microbiologiques de lait sont des indicateurs pertinents pour l'évaluation des procédures d'hygiène en biberonnerie et néonatalogie. Ils pourraient être allégés en ciblant la FAT, *E. coli*, *S. aureus* et *B. cereus* au vu des résultats.

CL-13

MÉDIASITINITE APRÈS CHIRURGIE CARDIAQUE (2001-2019) : INTÉRÊT D'UNE SURVEILLANCE PROSPECTIVE

DEPAIX Florence⁽¹⁾, **KERDJADJ Corinne**⁽¹⁾, **DIARRA Maimouna**⁽¹⁾, **FARHAT Fadi**⁽¹⁾, **VANDENESCH François**⁽²⁾, **GRANDO Jacqueline**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽³⁾

⁽¹⁾ HCL - Groupement Hospitalier Est, Bron, FRANCE ;

⁽²⁾ HCL- Laboratoire de bactériologie, Lyon, FRANCE ;

⁽³⁾ HCL- université Lyon 1, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les médiastinites après chirurgie cardiaque sont des infections profondes et rares du site opératoire, leur gravité impose une application sans faille des mesures de prévention. La surveillance prospective de ces infections est en place depuis 1985 dans notre centre hospitalier universitaire. Le bilan des 18 dernières années montre que cette surveillance permet (i) de diagnostiquer rapidement une augmentation de l'incidence puis de mettre en place les mesures correctrices et (ii) de mesurer l'impact des nouvelles recommandations.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La détection des infections du site opératoire est organisée mensuellement à partir de requêtes du fichier du bloc opératoire et du logiciel de bactériologie. Le diagnostic de médiastinites est validé après l'analyse clinique du dossier. Les actes surveillés sont les actes de chirurgie cardiaque adultes sous circulation extra- corporelle (CEC) et les pontages coronariens sans CEC. Les transplantations cardiaques sont exclues. Le recueil des données comprend les facteurs de risques liés ou non au patient (diabète, poids, tabagisme, pontage coronarien avec double mammaires, urgence...) et un audit de l'antibioprophylaxie.

RÉSULTATS

Entre 2001 à 2019, 900 à 1300 patients adultes sont inclus annuellement dans cette surveillance. L'incidence moyenne des médiastinites est de 1 % (figure 1 : incidence annuelle médiastinites).

Une augmentation statistiquement significative de l'incidence en 2002 a conduit à la réalisation d'une enquête cas-témoins qui a démontré le rôle du poids des patients et a conduit à modifier le protocole de l'antibioprophylaxie (doublement de la dose de céfazoline). Le même phénomène s'est reproduit en 2016 lié à la même cause (antibioprophylaxie insuffisante). Les bactéries identifiées lors de ces médiastinites sont sensibles à l'antibioprophylaxie dans plus de 85 % des cas. *Staphylococcus aureus* est responsable de plus de 50 % des

médiastinites jusqu'en 2010 puis sa fréquence diminue. Depuis la mise en place de la décontamination nasale à la mupirocine en 2015 elle devient inférieure à 30 %. Ces 2 dernières années sont caractérisées par l'absence de médiastinites à *S. aureus*.

CONCLUSION

Cette surveillance permet de suivre l'évolution de l'incidence et de l'épidémiologie des médiastinites après chirurgie cardiaque. Elle permet de détecter rapidement des variations inattendues et de mettre en place des mesures correctives en lien avec les recommandations nationales et de l'établissement.

L'incidence annuelle des médiastinites constitue un indicateur de qualité de la prévention des infections du site opératoire.

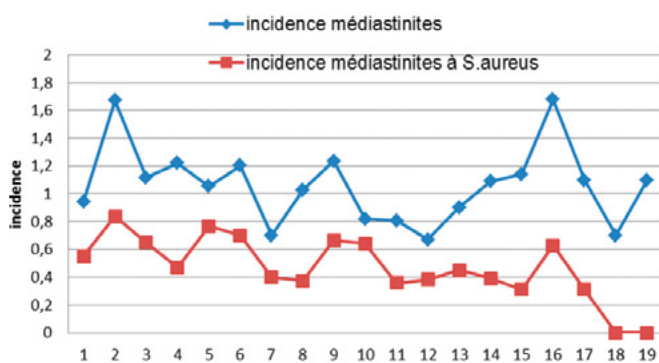


Figure 1. Evolution de l'incidence des médiastinites 2001 à 2019

CL-14

MESURE DE L'INCIDENCE DES ISO EN AMBULATOIRE : ÉTUDE PILOTE ISOCA

BOMPAS Valérie⁽¹⁾, ANDRÉO Anaïs⁽¹⁾, BOURIGAULT Céline⁽¹⁾, GUILLE DES BUTTES Anne-Claire⁽¹⁾, QUIMBRE Marie⁽¹⁾, BODET Nathalie⁽¹⁾, **LEPELLETIER Didier⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CHU Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge permettant de raccourcir l'hospitalisation à une seule journée. Elle a pour objectif de réduire les risques liés à la chirurgie. Les objectifs de cette étude étaient d'une part de mesurer l'incidence des effets indésirables dont les infections du site opératoire (ISO) et d'autre part d'évaluer la qualité de la douche préopératoire.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cette étude a utilisé une auto-évaluation des patients ambulatoires par questionnaire (conformité de la préparation pré opératoire) et un entretien téléphonique semi directif avec

les patients à J30 après leur avoir remis préalablement un cahier quotidien de relevé clinique. Tous les patients adultes ambulatoires admis du 8 au 12 avril puis du 23 au 26 avril 2019 ont été inclus quel que soit le type de chirurgie.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, 333 patients ont été opérés dont 192 étaient éligibles. 108 et 104 patients ont participé respectivement à l'auto-évaluation de la douche et répondu l'interview téléphonique à J30. Les principales chirurgies concernées étaient l'ophtalmologie (n=39), l'orthopédie (16), la chirurgie digestive (14) et ORL (14). Le délai entre la douche et l'incision chirurgicale était >3h dans 90 % des cas, la durée moyenne de trajet étant <2h pour 92 % des patients. La douche était réalisée au domicile du patient dans 96 % des cas par un savon doux. Parmi les 30 patients ayant réalisé une dépilation, 8 ont utilisé un rasoir mécanique (27 %). Par téléphone, 53 %, 36 % et 3 % des patients ont déclaré avoir présenté respectivement une douleur en lien avec l'intervention, une anomalie de la cicatrice et de la fièvre. 6 patients ont été exposés à une antibiothérapie non initialement prévue dont 5 dans un contexte clinique d'ISO superficielle (2 après chirurgie plastique et trois après chirurgie ORL). Le taux global d'ISO était de 4,8 %, de 33 % après chirurgie plastique (n=2/6) à 21,4 % après chirurgie ORL. 19 patients (28 %) ont eu une consultation médicale non prévue et 5 des soins infirmiers plus longs que prévus (4,8 %). Aucun patient n'a été ré-hospitalisé ni n'a présenté de complications thromboemboliques dans les 30 jours.

CONCLUSION

Cette étude révèle des non-conformités dans la préparation cutanée relatives au délai entre la douche opératoire et l'incision chirurgicale et à l'utilisation du rasage mécanique pour la dépilation. Elle alerte également sur la survenue d'ISO superficielles qui échappent à la surveillance traditionnelle même si elles n'ont pas de conséquence en termes de réhospitalisation ni reprise chirurgicale.

CL-15

SÉROCONVERSION VHC EN HÉMODIALYSE, TOUJOURS D'ACTUALITÉ !

BOUDOT Evelyne⁽¹⁾, VANDESTENNE Sophie⁽²⁾, MOURLAN Cécile⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Occitanie, Montpellier, FRANCE ; ⁽²⁾ CPias Occitanie, Toulouse, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les séroconversions VHC en hémodialyse sont aujourd'hui exceptionnelles. L'analyse approfondie des causes retrouve

généralement plusieurs facteurs, avec une constante : un défaut d'application des précautions standard. Notre retour d'expérience n'y fait pas exception mais identifie en complément 2 circonstances aggravant le risque de transmission virale.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le 6 mars 2019, le praticien hygiéniste est alerté d'une séroconversion VHC d'un patient hémodialysé. Le patient âgé de 90 ans n'a aucun autre facteur de risque connu hormis la dialyse. Six autres patients connus porteurs du VHC dialysent sur le même centre. Il n'y a pas eu d'AES signalé pendant cette période, ni aucune autre séroconversion parmi les dialysés. L'investigation a été menée par l'EOH et le CPias de la région incluant des audits de pratiques, des réunions d'équipe, l'analyse spatiotemporelle des séances. Elle a permis d'identifier des pratiques à risque et de nombreux axes d'amélioration.

RÉSULTATS

L'hypothèse retenue est une contamination croisée entre 2 patients en lien avec un manquement d'application des précautions standard, aucun générateur n'étant commun sur la période de seroconversion avec les patients connus VHC.

Des sources possibles de contamination de l'environnement proche du patient (chariot de soin, appareils et bandelettes dextro) et des défauts d'entretien ont été observés et sont les principales causes immédiates identifiées. Les facteurs contributifs les plus marquants sont de 2 ordres. D'une part, une exposition majeure au sang : le patient séroconverti a été branché par l'équipe IDE-AS qui venait de débrancher un patient VHC+ ayant présenté un important saignement dentaire lors de sa séance. D'autre part, ce patient index avait déjà été traité, mais récemment recontaminé lors de dialyses réalisées au Maghreb durant l'été 2018. N'ayant bénéficié d'un nouveau traitement qu'en décembre, il était séropositif lors de son saignement en novembre mais séronégatif au moment de l'alerte.

CONCLUSION

Ce cas a fait l'objet d'une fiche REX afin de rappeler aux équipes la réalité du risque tant redouté de transmission virale en hémodialyse. Cette prise de conscience par les soignants est indispensable pour comprendre l'importance du strict respect des précautions standard et du rôle possible de l'environnement comme facteur de transmission, majoré en cas de souillure massive. Une vigilance accrue est nécessaire au retour de pays aux pratiques de dialyse plus à risque de transmission, pour éliminer toute éventuelle séroconversion nécessitant un traitement antiviral le plus précoce possible.

CL-16

AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES POUR LES SOINS SUR PICC-LINE

FERSING Tania⁽¹⁾, **NORTH Sandrine**⁽¹⁾, **HANSSEN Catherine**⁽¹⁾, **BURGER Sandrine**⁽¹⁾, **SANTASOUK Jerome**⁽¹⁾, **MEUNIER Olivier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les PICC-Lines trouvent leurs indications de plus en plus fréquemment dans notre établissement. Après avoir proposé des formations aux IDE pour expliquer les contraintes d'hygiène liées à ces dispositifs invasifs sensibles, nous proposons à nos IDE une auto-évaluation des pratiques par questionnaire.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un questionnaire reprenant les différents points de la procédure institutionnelle sur les soins à travers un PICC-Line a été proposé aux IDE de notre hôpital. Les réponses proposées sont « toujours », « souvent », « rarement » ou « jamais » aux 20 affirmations tirées de la procédure. Le questionnaire est distribué par des cadres du service. Les résultats sont exploités par l'EOH qui calcule le pourcentage du respect de chaque consigne d'hygiène.

RÉSULTATS

71 questionnaires complétés ont pu être exploités, soit 9 % des IDE de l'hôpital. 75 % des répondants affirment ne jamais avoir eu de formation spécifique sur les soins sur PICC-Line. A propos des injections, branchements et surveillance : 45 % déclarent porter systématiquement un masque, 52 % vérifient le reflux, 69 % réalisent un rinçage pulsé avant chaque injection lorsque 75 % des répondants font ce rinçage pulsé systématiquement après chaque injection. Lors de la réfection du pansement, 69 % font porter un masque au patient, 63 % notent le nombre de repères entre le système de fixation et le point d'insertion du cathéter et vérifient que le cathéter n'a pas bougé après la réfection du pansement. Enfin 74 % refont le pansement systématiquement s'il est souillé ou décollé sans attendre la fin des 7 jours. 50 % font les bilans sanguins à travers le PICC-Line, 65 % y prélèvent aussi les flacons pour hémoculture.

CONCLUSION

Les PICC-Lines sont des dispositifs médicaux sensibles de prescription récente et les IDE ne sont pas tous formés aux exigences de ces cathéters centraux. Par ce questionnaire d'auto-évaluation nous mesurons les besoins en formation des IDE et nous y répondons par des séances de travaux

pratiques sur mannequin dans une salle prévue à cet effet. Ces résultats ont été présentés aux instances, aux correspondants en hygiène et ont fait l'objet d'un article illustré dans notre bulletin d'information interne. Nous pouvons ainsi insister lors des formations dans les services sur la qualité des rinçages, l'importance de la réfection des pansements. Parallèlement, nous avons mené une étude de surveillance longitudinale des PICC-Lines posés dans notre établissement. Les résultats permettent d'apporter des arguments objectifs pour convaincre de la nécessité de respecter les consignes de l'EOH.

CL-17

BLOC OPÉRATOIRE : FAUT-IL MAITRISER LES ÉPISODES CANICULAIRES ?

BRUCHON Christine ⁽¹⁾, **BARRETO Christine** ⁽¹⁾, **KUCZEWSKI Elisabetta** ⁽³⁾, **COMBET Sylvie** ⁽¹⁾, **RAUX Sébastien** ⁽¹⁾, **GARIN Christophe** ⁽¹⁾, **HAUMONT Thierry** ⁽¹⁾, **CUNIN Vincent** ⁽¹⁾, **GRANDO Jacqueline** ⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe** ⁽²⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Est, Bron, FRANCE ;

⁽²⁾ Université Lyon 1, Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Groupement hospitalier centre, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2019, à partir du printemps et des premiers épisodes caniculaires l'équipe opérationnelle d'hygiène a été interpellé à plusieurs reprises par les professionnels des blocs pour des sensations d'humidité dans les salles d'interventions. Une augmentation des Infections du site opératoire sur les arthroèses de rachis sur la même période a été identifiée. L'objectif de ce travail est de trouver un lien entre ces 2 évènements

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une surveillance des infections du site opératoire après arthroèse du rachis en pédiatrie est réalisée depuis 2011 : une requête est effectuée mensuellement à partir du logiciel du bloc opératoire et l'analyse des dossiers est réalisée. Une incidence élevée (proche de 10 %) est connue en raison des facteurs de risque liés à la pathologie des enfants lourdement handicapés (dénutrition, incontinence, nombre importants de vertèbres impactées...) L'épidémiologie descriptive comprend les espèces bactériennes responsables, les facteurs de risque liés au patient et à l'intervention.

RÉSULTATS

Les résultats de la surveillance montrent une augmentation des infections en juin et juillet (6/8 soit 75 %) par rapport aux autres mois de l'année (8/50 soit 16 %). L'enquête n'a pas permis de trouver d'explication à cette augmentation : les

enfants sont tous opérés dans la même salle, les équipes du bloc n'ont pas changées et 4 chirurgiens seniors interviennent. Il n'y a pas eu de modification des procédures (préparation préopératoire) et l'antibioprophylaxie est toujours conforme aux recommandations (résultats de l'audit). Les bactéries responsables sont les mêmes que celles retrouvées dans les années antérieures : flore fécale chez les enfants porteurs de lourdes pathologies et Staphylococcus aureus en cas de scolioses idiopathiques

Le personnel du bloc signale des températures relevées en salle supérieur aux 22°C. attendus et une hygrométrie supérieure à 70 %.

En l'absence d'autre explication, l'hypothèse est que les conditions environnementales favorables à la multiplication bactérienne associées à la longueur de ces interventions (chaleur et humidité) aient favorisées l'infection du site opératoire.

CONCLUSION

En présence d'épisodes caniculaires les blocs opératoires doivent offrir des conditions environnementales conformes aux recommandations pour la chaleur et l'hygrométrie et pas uniquement pour la maîtrise particulière. Il est nécessaire d'avoir une traçabilité de ces 2 paramètres pour les étudier en tant que facteurs de risque. En cas de dépassement des seuils recommandés faut-il différer ou déplacer, hors urgence, les interventions longue ou à risque ?

CL-18

LA DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS AUX BLOCS OPÉRATOIRES À L'ÉPREUVE DU TEMPS

FLAMBARD Annelise ⁽¹⁾, **BOUAMRIA Nadia** ⁽¹⁾, **LOQUET Aurore** ⁽¹⁾, **PERRIN Agnes** ⁽¹⁾, **HENOUN LOUKILI Nouredine** ⁽¹⁾, **HUBERLANT Cécile** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans notre CHU, dès 2007, la désinfection chirurgicale des mains (DCM) aux SHA a été déployée sur l'ensemble des blocs opératoires (BO). L'EOH avait accompagné sa mise en place avec une formation individualisée des équipes chirurgicales et un audit les mois suivants. Par la suite, la formation des nouveaux arrivants a été assurée par les IBODE. L'objectif de ce travail était de réévaluer à distance la qualité de la DCM dans l'ensemble des BO de notre établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit s'est déroulé sur le 4^{ème} trimestre 2019 et a inclus les 9 blocs opératoires. Il a porté sur les items : 1) zéro

bijou, 2) équipements des auges (présence d'horloge pour décompter le temps de friction, affiche décrivant la technique de DCM par friction, 3) observance du temps, des techniques de lavage chirurgical (LCM) au savon doux et de la DCM au SHA. La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Sphinx[®] et l'analyse à l'aide du logiciel R.3.6.1. Les résultats ont été exprimés en pourcentage de conformité globale et conditionnelle (pour l'item 3). Ils ont été comparés aux résultats de 2007.

RÉSULTATS

Neuf blocs opératoires (BO) et 260 (309 en 2007) professionnels ont été audités. 80 % du personnel était médical, 11 % étaient IBODE et 9 % étaient IADE ou IDE. Le « zéro bijou » était respecté dans 93 % des situations. L'alliance était le principal bijou observé. Les affiches et les horloges équipaient 100 % des auges dans un BO, 60 % des auges dans trois BO et 0 % dans les autres. La conformité globale du LCM au savon doux était de 74 % (65 % en 2007, $p = 0.03$) et sa conformité conditionnelle était de 13 % (32 % en 2007, $p < 0.001$). La conformité globale de la DCM par friction était de 70 % (80 % en 2007, $p = 0.007$) et sa conformité conditionnelle était de 45 % (61 % en 2007, $p = 0.0002$).

CONCLUSION

Ces résultats montrent que la DCM aux SHA reste bien implantée dans les BO de notre CHU depuis son déploiement. Le niveau d'équipement des auges en affiches et horloges a régressé. L'observance du LCM était sensiblement meilleure en 2019. Inversement, l'observance de la DCM aux SHA était plus élevée en 2007. Les conformités conditionnelles de ces deux procédures étaient plus basses en 2019. Ce constat s'expliquerait en partie par le niveau d'équipement des auges et par la différence entre les approches des formations avant et après 2007. Le défaut d'audit avec un retour régulier vers les équipes chirurgicales peut également expliquer ce recul. Dans ce contexte, notre EOH a élaboré un plan d'action pour relancer une nouvelle dynamique autour de la préparation chirurgicale des mains dans notre établissement.

CL-19

ÉVALUATION DE LA GESTION DES EXCRETA DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX FRANÇAIS

BLANCKAERT MARECHAL

Karine⁽¹⁾, ALI BRANDMEYER Olivia⁽²⁾, LANDRIU Danièle⁽³⁾, ERTZSCHEID Marie Alix⁽⁴⁾, CLAVER Julien⁽²⁾, RAYMOND Françoise⁽¹⁾, BIRGAND Gabriel⁽¹⁾, SIMON Loïc⁽²⁾

⁽¹⁾ CPias Pays de Loire CHU Nantes, Nantes, FRANCE ;

⁽²⁾ CPias Grand Est CHRU Nancy, Nancy, FRANCE ; ⁽³⁾ CPias Ile de France APHP, Paris, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CPias Bretagne CHU Rennes, Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La survenue d'épidémies de gastro-entérites aiguës, et la diffusion des entérobactéries résistantes aux antibiotiques en France, impactent l'ensemble de la filière de soins. L'objectif de ce travail était de décrire la politique générale, et de recenser l'ensemble des moyens existants en matière de gestion des excréta dans les établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un audit a été proposé aux ES et EMS entre décembre 2018 et mai 2019 selon une méthode harmonisée élaborée par un groupe de travail national. Il comportait une analyse documentaire des procédures, des choix d'équipements, de formations, associée à une prévalence un jour donné des ressources (locaux utilitaires, équipements, consommables) au sein des unités de soins. La politique globale des ES et EMS exprimée en pourcentage d'objectifs atteints était évaluée sur 4 critères : moyens documentaires, matériels, politique d'équipement et plan de formation.

RÉSULTATS

Dans cette enquête, 773 ES et 441 EMS participants ont inclus 5991 unités de soins et 2088 unités de vie. Le pourcentage médian d'objectifs atteints en terme de politique globale des ES était de 74 % pour les CHU (n= 40), 65 % pour les CH (n =305), 62 % pour les SSR (n=133). Le score le plus faible était atteint par les EMS (43 %). La prévalence des patients utilisateurs de bassins était de 29 % (n=10708) en médecine, 30 % (n=8348) en SSR et 57 % (n=2181) en réanimation. La prévalence des patients incontinents était de 31 % en médecine, 41 % en SSR et 74 % en EMS. Des douchettes dans les sanitaires sont observées dans 20 % des secteurs de chirurgie et 22 % des EMS. Seuls 11 % des secteurs de soins répondaient aux conditions nécessaires d'équipement (consommables présents et en bon état) et 5 % des unités

de vie des EMS. Alors que 80 % des secteurs de soins étaient équipés de lave-bassins, seuls 9 % répondaient aux bonnes pratiques d'utilisation.

CONCLUSION

Ces résultats suggèrent une maîtrise insuffisante de la gestion des excréta, quel que soit le secteur de soins. Les perspectives d'optimisation portent principalement sur les moyens mis à disposition, et les méthodes d'utilisation des lave-bassins et la suppression des douchettes. Un outil d'évaluation des pratiques concernant les soins de nursing pourrait compléter ce travail.

CL-20

CONSOMMATION DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES (PHA) EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

BLANCKAERT MARECHAL Karine⁽¹⁾, **ALI BRANDMEYER Olivia**⁽³⁾, **DELAROZIÈRE Jean-Christophe**⁽²⁾, **FASCIA Pascal**⁽⁵⁾, **MOURLAN Cécile**⁽⁴⁾, **RAYMOND Françoise**⁽¹⁾, **SAVEY Anne**⁽⁵⁾, **SIMON Loïc**⁽³⁾, **BIRGAND Gabriel**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Pays de Loire CHU Nantes, Nantes, FRANCE ;

⁽²⁾ CPias Provence Alpes Côte d'Azur, Marseille, FRANCE ;

⁽³⁾ CPias Grand Est, Nancy, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CPias Occitanie, Montpellier, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CPias Auvergne Rhône Alpes, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique (FHA) est la technique de référence pour prévenir les infections associées aux soins. Cette étude évaluait la conformité à l'hygiène des mains des professionnels de santé dans ces structures par un indicateur indirect basé sur la consommation annuelle de PHA.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Du 1/03 au 30/06/2019, les EHPAD de six régions françaises ont été contactés pour participer à l'étude. Les caractéristiques des EHPAD (privées, publiques, intégrées à un établissement de santé, disponibilité d'une équipe ou d'expertise en prévention de l'infection), les consommations annuelles de PHA (volume en litres achetés par an) et l'activité de l'EHPAD (nombre total de journées d'hébergement) ont été collectées pour 2017 et 2018. Le nombre de FHA effectués pour un résident par jour a été estimé à l'aide de la formule suivante : (volume de PHA [Litres] x 1000) divisé par (nombre annuel de résidents-jours x 3 ml), basé sur l'hypothèse selon laquelle une FHA nécessitait 3 ml de PHA. Une analyse statistique a été réalisée en utilisant le test de Student et l'analyse de variance.

RÉSULTATS

Au total, 1221 EHPAD de six régions ont participé à l'étude. Le nombre médian estimé de FHA effectuées pour un résident par jour était de 1,47 (intervalle interquartile: 0,98 -2,11) en 2017 et de 1,49 (IQR: 1,03-2,10) en 2018. Parmi les 698 (57 %) EHPAD qui ont fourni les données organisationnelles, 58,2 % (n = 406) étaient publiques, 20,3 % privées et 20,2 % à but non lucratif. Dans 73,2 % des EHPAD, une infirmière référente a été désignée et 63 % des structures disposaient d'une équipe de prévention de l'infection. La consommation de PHA était significativement plus élevée pour les EHPAD de statut public (médiane : 1,53 frictions en 2017/18; vs 1,04 en 2017 et 1,06 en 2018 pour les EHPAD sous statut associatif; p <0,01); disposant d'une équipe de prévention de l'infection (en 2018: 1,66 vs 1,01 pour les autres; p <0,01) ou d'une infirmière correspondante en hygiène (en 2018: 1,60 vs 1,12 pour les autres; p <0,01).

CONCLUSION

Cette étude met en évidence la faible utilisation des PHA dans les EHPAD français pour l'hygiène des mains, avec moins d'une FHA par résident réalisée quotidiennement pour 25 % des EHPAD. La mise en place d'un indicateur de consommation des PHA accompagnée d'une stratégie de rétro-information adaptée, d'une analyse comparative, de fixation d'objectifs et d'un plan d'action, peut conduire à des améliorations significatives.

CL-21

ÉVALUATION DE LA DISSÉMINATION DES BACTÉRIES À PARTIR DES TOILETTES : RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

JEANNE Couturier⁽¹⁾, **RABATE Matthieu**⁽¹⁾, **NESA Didier**⁽¹⁾, **ADAM Marine**⁽¹⁾, **PRAT Louise**⁽¹⁾, **JOLIVET Sarah**⁽¹⁾, **BARBUT Frédéric**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU saint Antoine, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Environ 5 % des infections associées aux soins sont dues à des microorganismes de l'environnement. Nous avons investigué 2 séries de cas groupés (la première liée à une souche de *Citrobacter freundii* producteur de carbapénèmase OXA 48 entre 2016 et 2018 et la seconde liée à une souche de *Legionella pneumophila* en 2016) dont la source probable était les toilettes. Par ailleurs, une autre étude a montré que 11,32 % des prélèvements de l'environnement (dont l'air) des chambres de patients ayant une diarrhée à *Clostridioides difficile* étaient contaminés par des spores de *C. difficile*.

L'objectif de cette étude expérimentale était d'évaluer le rôle potentiel des toilettes dans la dissémination environnementale de ces bactéries lors du tirage de la chasse d'eau.

MATÉRIEL & MÉTHODES

100 ml d'une suspension de densité comprise entre 2 et 4 McFarland de chacune des bactéries étudiées (*C. freundii*, *C. difficile*, *L. pneumophila*) ont été versés dans le siphon d'une toilette. L'eau du siphon a été aussitôt prélevée et les bactéries ont été numérotées par dilution sériée. Après avoir tiré la chasse d'eau, la contamination environnementale a été évaluée en disposant 15 boîtes de Pétri (milieux sélectifs et spécifiques de chacune des bactéries étudiées) autour des sanitaires à distance variable par rapport à la lunette des toilettes. L'air (1 m³) a été également prélevé par impaction à l'aide d'un biocollecteur. Les boîtes de Pétri ont ensuite été incubées à 37°C pendant une durée et sous des atmosphères adaptées à chacune des bactéries.

RÉSULTATS

Au total, 13 (*C. freundii*) à 15 (*L. pneumophila* et *C. difficile*) séries d'expériences ont été réalisées pour chacune des bactéries. Les prélèvements d'air (n=102) étaient positifs dans 76,7 %, 57,2 %, et 4 % respectivement pour *C. difficile*, *L. pneumophila* et *C. freundii* tandis que les prélèvements de surface (n=615) étaient positifs dans 18,7 %, 27,5 % et 15,4 %. La fréquence de contamination augmentait avec le niveau de contamination des siphons. Si la lunette des toilettes a été fréquemment retrouvée positive, des prélèvements éloignés de plusieurs mètres des toilettes l'étaient également.

CONCLUSION

Ces résultats expérimentaux montrent que les toilettes génèrent des micro-aérosols de gouttelettes d'eau contaminée et sont responsables d'une contamination environnementale dont l'intensité varie selon la nature de la bactérie. Cette observation souligne l'importance d'équiper les toilettes d'abattants et d'informer les patients afin de prévenir cette contamination.

CL-22

ÉVALUATION DE DISTRIBUTEURS CONNECTÉS DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES DANS 4 SERVICES.

KAC Guillaume⁽¹⁾, **MARIONNEAU Sandrine**⁽¹⁾, **AIRIAU Édith**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHD Vendée, La Roche-sur-Yon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'observance des équipes de soins à l'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA) est favorisée par la rétro-information de leur consommation à fréquence régulière. Or, le suivi de consommation, issu des données de la pharmacie, base de

l'indicateur ICSHA, est consommateur de temps pour les équipes d'hygiène. L'installation de distributeurs connectés donnant en temps réel la consommation de PHA pourrait être une alternative innovante. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt de tels dispositifs dans le monitoring des PHA en routine.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Six distributeurs connectés (DC) muraux utilisant le PHA habituel ont été installés par période de 14 jours consécutifs dans 6 chambres de 4 services de spécialités différentes dont l'ICSHA était en baisse (Médecine, Chirurgie, Hôpital de jour (HDJ) et USI) d'un centre hospitalier de 1600 lits (03 à 05/19). L'évaluation prospective comportait 2 volets quantitatif (nombre de prises/j, volume moyen (VM) de prises) et qualitatif (évaluation professionnels). Les données du nombre de prises par jour ont été comparées aux données estimées par le calcul de l'ICSHA sur le 1^{er} semestre 2019.

RÉSULTATS

En Médecine (10 frictions attendues), le nombre moyen de prises était de 8 (min-max 5,5-10/chambre, 1-26/jour), pour un VM de 1,8 ml/prise (1,9-2,9). En Chirurgie, (12 frictions attendues), le nombre moyen de prises était de 7 (4-11/chambre, 0-33/jour), pour un VM de 2,1 ml/prise (1,3-3,4). En HDJ (6 frictions attendues), le nombre moyen de prises était de 2,3 (1,5-3,4/chambre, 0-11 /jour), pour un VM de 1,3 ml/prise (0,6-1,9). En USI (28 frictions attendues), le nombre moyen de prises était de 17 (13-22/chambre, 3-32/jour), pour un VM de 2,3 ml/prise (1,9-2,9). La comparaison entre % de l'objectif calculé par les DC et estimée par le calcul ICSHA montrait une classe similaire pour 3 services (2 en C et 1 en B) et différente pour le service de Chirurgie (C avec DC et B avec ICSHA). Sur 33 questionnaires, la présence des DC ne modifiait pas le nombre de prises pour 100 % des professionnels, mais pour 40 % pouvait modifier le volume pris en l'augmentant. Pour 82 %, ni l'installation de DC dans leur service, ni l'accès en temps réel des données de consommation ne modifierait leur observance. L'évolution de l'ICSHA sur 2019 de ces 4 services n'était pas différente des services sans installation de DC.

CONCLUSION

Le VM de prises calculé à environ 2 ml est très inférieur au 3 ml utilisé dans le calcul ICSHA. Les frictions réalisées avec des flacons individuels ou sur des chariots de soins ne sont pas pris en compte dans le calcul avec les DC.

CL-23

FACTEURS ASSOCIÉS À UN ICSHA ÉLEVÉ EN FRANCE ? UNE ANALYSE QUALITATIVE (QUAL'ICSHA)

BERTHOD Delphine ^(1,2), **ALVAREZ Dara** ⁽¹⁾,
PEROZZIELLO Anne ⁽¹⁾, **LUCET Jean-Christophe** ^(1,3)
⁽¹⁾ Université de Paris, INSERM IAME, Paris, FRANCE ;
⁽²⁾ Service des maladies infectieuses, Institut Central des Hôpitaux, Sion, SUISSE ; ⁽³⁾ AP-HP, UHLIN, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En France, l'index de consommation de solution hydro-alcoolique (ICSHA) met en lumière une grande hétérogénéité parmi les établissements de santé (ES). Des études suggèrent qu'une approche comportementale avec retour sur la performance pourrait être aussi importante que les recommandations elles-mêmes. Notre objectif était de déterminer les facteurs et mécanismes qui conduisent à un ICSHA élevé dans un panel d'ES et de décrire les programmes chez les mieux classés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Étude de cas comparative qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de membres d'équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) (n=67), de la direction et qualité-gestion des risques (n=24) et de soignants de première ligne (n=9) dans 16 ES parmi les mieux classés pour l'ICSHA (> 90^{ème} percentile) entre 2013 et 2016 (4 CHU, 4 grands hôpitaux non universitaires, 3 CLCC et 5 petits hôpitaux) et 7 CHU moyennement classés, selon une approche thématique itérative.

RÉSULTATS

89 entretiens (64 heures) ont été effectués. Nous avons noté une grande hétérogénéité dans les structures et objectifs des différentes EOH avec émergence de thèmes récurrents associés à un ICSHA élevé, ordonnés selon 4 méta-thèmes : une organisation interne à l'EOH forte ; une organisation externe avec intégration dans l'hôpital ; un soutien actif de l'institution ; le leadership et l'exemplarité. Une bonne organisation de l'EOH avec médecins et infirmières travaillant ensemble ; une attitude proactive dans la définition des priorités et l'anticipation ; la présence continue de l'EOH dans les services avec capacité d'adaptation et flexibilité par rapport au contexte local ; un support institutionnel et le rôle de champions (avec son plus grand impact dans les petits ES) étaient associés à des ICSHA élevés. Une participation active à un réseau hospitalier de prévention et contrôle de l'infection (PCI) et un réseau actif de correspondants en hygiène était associés à un meilleur classement. L'acceptabilité de

l'indicateur national ICSHA était variable parmi les membres de l'EOH, les mieux classés l'utilisant comme un levier du changement et les moyennement classés doutant souvent de son utilité.

CONCLUSION

Les structures et activités des EOH analysées sont hétérogènes, avec plusieurs caractéristiques comportementales associées à un ICSHA élevé. Ceci renforce l'importance des approches comportementales dans l'implémentation de programmes de PCI. Cette étude offre aux EOH des éléments de réflexion pour repenser et améliorer leur propre structuration et fonctionnement.

CL-24

L'INDICATEUR SHA PEUT-IL ÊTRE UN BON REFLET DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS ?

HENOUN LOUKILI Noureddine ⁽¹⁾, **LOQUET Aurore** ⁽¹⁾, **ROUSSIA Mathilde** ⁽¹⁾, **VANDROMME Aurélie** ⁽¹⁾, **FLAMBARD Annelise** ⁽¹⁾, **BOUAMRIA Nadia** ⁽¹⁾, **PERRIN Agnès** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans les établissements de santé (ETS), l'indicateur ICSHA d'un service de soins mesure la consommation des produits hydroalcooliques. Il est calculé à partir des commandes rapportées à l'activité (en journées d'hospitalisation). L'observance de l'hygiène des mains (OHDM) est également un indicateur déterminé à partir d'audits d'observations de l'HDM selon un référentiel préétabli. Ces audits peuvent être chronophages, notamment dans des ETS de moyenne ou grande taille. Ils peuvent donc difficilement être réitérés régulièrement sur une même année. Dans ce contexte, l'indicateur SHA peut-il être une mesure indirecte de l'observance de l'HDM dans un service de soins ?

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus tous les services d'hospitalisation de notre ETS ayant bénéficié d'un audit d'OHDM avec plus de 30 observations, et d'un indicateur ICSHA personnalisé trimestriel, sur la période de 2014-2019. Les variables colligées étaient le type d'activité du service (médecine, chirurgie, réanimation, SSR), l'objectif personnalisé du service, le nombre d'observations par service, les OHDM et l'indicateur SHA du trimestre correspondant. Le critère de jugement était l'ODHM. L'association des différentes variables avec l'OHDM a été étudiée par le test t-Student ou Wilcoxon.

Les variables avec un seuil de signification < 0.15 ont été incluses dans un modèle de régression linéaire multiple.

RÉSULTATS

Au cours de la période de l'étude, 36 services avaient bénéficié d'audits d'observance. Le nombre moyen d'observations était de 42 (SD = +/-12) et l'OHDM moyenne était de 52 % (SD = +/-15) et l'indicateur SHA moyen était de 69 % (SD= +/- 28). En analyse univariée, l'indicateur SHA était associé à l'OHDM ($p = 0.003$). Cette association ODHM-ICSHA a été retrouvée dans le modèle multivarié après avoir ajusté sur le nombre total d'observations de l'HDM et l'objectif personnalisé ICSHA ($p = 0.005$).

CONCLUSION

Ces résultats sont en faveur d'une association positive entre l'OHDM et les indicateurs SHA trimestriels. Ils soulignent l'intérêt du suivi régulier des indicateurs SHA dans les services de soins. Ils peuvent ainsi devenir un outil de choix pour les EOH afin de mieux cibler les services devant bénéficier d'actions de re-sensibilisation ou de formation autour de l'hygiène des mains. Une étude prospective multicentrique à plus grande échelle permettrait de confirmer ces résultats.

CL-25

CARACTÉRISTIQUES ET RISQUE DE MORTALITÉ DES PATIENTS ATTEINTS DE COVID-19 D'ORIGINE COMMUNAUTAIRE PAR RAPPORT À CEUX D'ORIGINE HOSPITALIÈRE DANS UNE ÉTUDE FRANÇAISE MULTICENTRIQUE (NOSO-COR)

YAMMINE S⁽¹⁾, **HENAFF L**⁽¹⁾, **ELIAS C**⁽¹⁾, **DESSEMON J**⁽¹⁾, **PLANCHETTE J**⁽²⁾, **BOUTREUX S**⁽³⁾, **BERTHELOT P**⁽⁴⁾, **BOSSOUKPE A**⁽⁵⁾, **AHO-GLELE LS**⁽⁶⁾, **LAUNAY O**⁽⁷⁾, **EL KHOURY C**⁽⁸⁾, **DELACOSTE H**⁽⁹⁾, **AMIEL C**⁽¹⁰⁾, **ESCURET V**⁽¹¹⁾⁽¹²⁾, **FASCIA P**⁽¹³⁾, **GARDES S**⁽¹⁾, **DANANCHE C**⁽¹⁴⁾, **SAADATIAN-ELAHI M**⁽¹⁾, **VANHEMS P**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier HEH, HCL, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier Emile ROUX, Le Puy en Velay, FRANCE ;

⁽³⁾ Centre hospitalier Périgueux, Périgueux, FRANCE ;

⁽⁴⁾ CHU Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Hôpital Simone Veil, Eaubonne, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CHU de Dijon, Dijon, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Hôpital Cochin, Paris, FRANCE ;

⁽⁸⁾ Médipôle Hôpital Mutualiste, Villeurbanne, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Grenoble-Alpes University Hospital, Grenoble, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ Hôpital Foch, Suresnes, FRANCE ; ⁽¹¹⁾ CIRI, Université Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽¹²⁾ CNR, Lyon, FRANCE ;

⁽¹³⁾ Groupe Hospitalier Est, Bron, FRANCE ; ⁽¹⁴⁾ Centre Hospitalier de la Croix Rousse, HCL, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'augmentation des admissions des patients atteints de COVID-19 dans les hôpitaux français pendant la pandémie de SRAS-CoV-2 a entraîné des transmissions hospitalières. Dans le cadre du projet multicentrique et prospectif « Noso-Cor », l'objectif de cette étude était de comparer les profils sociodémographiques et cliniques des patients atteints de COVID-19 acquis à l'hôpital (HA) par rapport à ceux acquis dans la communauté (CA) dans 11 hôpitaux français.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Sur un total de 1289 patients hospitalisés atteints de COVID-19, nous avons identifié 998 atteints de COVID-19 d'origine communautaire, 17 d'origine indéterminée (apparition des symptômes entre le 3^e et le 7^e jour après l'admission), 42 d'origine hospitalière probable (apparition des symptômes entre le 8^e et le 14^e jour après l'admission) et 232 d'origine hospitalière certaine (apparition des symptômes après le 14^e jour après l'admission) selon les définitions de l'ECDC. Les comparaisons entre ces patients ont été effectuées à l'aide du test du Chi² et du test de Mann-Whitney. Des modèles de Cox avec ajustement pour l'âge et le sexe ont été utilisés pour estimer le risque de décès à l'hôpital chez les patients HA- par rapport à ceux CA-COVID-19.

RÉSULTATS

Comparés aux patients CA-COVID-19, les patients HA étaient significativement plus âgés (âge médian =86 ans pour les HA contre 71 ans pour les CA, $p<0,01$) et avaient plus de maladies sous-jacentes (76,3 % des patients HA avaient des maladies cardiovasculaires et 35,4 % d'entre eux avaient un cancer contre 51,4 % et 17,8 % des CA respectivement, $p<0,01$). La distribution des symptômes et des complications était différente entre les deux groupes, impliquant que les traitements pendant l'hospitalisation pourraient avoir un impact sur la clinique (1,4 % des patients HA ont été transférés en soins intensifs contre 6,5 % des patients CA, $p<0,01$). Nous n'avons pas observé de différence de risque de décès à l'hôpital entre les patients HA et CA-COVID-19 (aHR = 1,22 ; 95 % CI 0,91-1,64 ; $p=0,18$). Une diminution accélérée de nombre de cas HA-COVID-19 a été observée de février à juin 2020, par rapport au nombre de cas CA-COVID-19, suggérant une amélioration des mesures de prévention pendant le séjour hospitalier (ptrend=0,006).

CONCLUSION

En plus d'étudier les caractéristiques des patients et d'évaluer leur risque de mortalité, cette étude a mis en évidence l'importance de mesures de prévention adaptées pour réduire le risque des infections hospitalières dans le temps. La question concernant la définition des cas HA en fonction de la date d'apparition des symptômes reste ouverte.

CL-26

PÉNURIE D'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE DANS LE CONTEXTE DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19 : GESTION DES DONS POUR UNE PROTECTION EFFICACE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

CAMBIEN Guillaume⁽¹⁾⁽²⁾, **GUIHENNEUC Jérémy**⁽¹⁾⁽²⁾, **FOUASSIN Xavier**⁽¹⁾, **CASTEL Olivier**⁽¹⁾⁽³⁾, **AYRAUD-THEVENOT Sarah**⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾, **BOUSSEAU Anne**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, Poitiers, FRANCE ; ⁽²⁾ INSERM, Poitiers, FRANCE ; ⁽³⁾ Université de Poitiers, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le contexte de crise sanitaire liée à la COVID-19, une pénurie massive d'équipements de protection individuelle (EPI) est survenue. Plusieurs pays, dont la France, ont lancé un appel aux dons auprès des particuliers et des industriels afin d'acquérir des EPI. Cependant, s'il existe des normes nationales et internationales pour évaluer les EPI, aucune étude n'a précisé les modalités d'évaluation des EPI provenant de dons. Ainsi, nous avons souhaité évaluer la qualité des EPI donnés à notre établissement de santé. Nous avons également évalué le budget correspondant à ces dons qui ont permis d'éviter une pénurie et de garantir une prise en charge optimale des patients tout en protégeant nos professionnels de santé.

MATÉRIELS & MÉTHODES

La période d'étude des dons reçus a été fixée du 20 Mars 2020 (réception du 1^{er} don) au 11 Mai 2020 (fin du 1^{er} confinement en France). Chaque don reçu a été individualisé et localisé pour améliorer la qualité et la sécurité du stockage. Différentes informations ont été collectées telles que le type de produit reçu, sa référence, etc... L'évaluation de la qualité des EPI issus des dons a nécessité la création d'un ensemble de critères d'évaluation basés sur les normes nationales et internationales.

L'aspect économique des dons a également été évalué en calculant le budget total représenté par ces dons en Janvier 2020 (prix non impacté par la crise sanitaire) et en Juillet 2020 (prix pendant la crise sanitaire).

RÉSULTATS

Entre le 20 Mars et le 11 Mai 2020, nous avons reçu 239 dons (correspondant à 519 618 produits) composés de FFP2, de gants, de combinaisons, de masques chirurgicaux,

de surblouses, de charlottes, de surchaussures, de visières, de lunettes de protection et de tabliers.

Un total de 448 666 (86,3 %) produits sur les 519 618 reçus (soit 126 dons sur 239 (52,7 %)), ont été validés à l'aide de nos critères d'évaluation et distribués dans les services de soins.

L'enveloppe budgétaire des dons validés représentait la somme de 32 872 euros en appliquant les prix de Janvier 2020 et 122 178 euros en appliquant les prix de Juillet 2020 (augmentation de 371,7 %).

CONCLUSION

Notre action a permis de traiter un afflux massif de dons, d'éviter une pénurie d'EPI dans notre établissement mais aussi de proscrire la mise à disposition de produits non adaptés aux professionnels de santé. En effet, à ce jour nous n'avons pas eu de retour d'EPI des services, ni de cas de professionnels de santé atteints par la COVID-19 suite à l'utilisation de ces équipements. Ainsi la continuité des soins a été préservée tout en garantissant la sécurité des professionnels de santé.

CL-27

UTILISATION DES DONNÉES DE LA SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DES VARIANTS POUR INVESTIGUER LES CLUSTERS LOCAUX DE COVID-19 : FAISABILITÉ ET INTÉRÊTS POUR L'HYGIÉNISTE

SAKR Céline⁽¹⁾, **MAURAND Audrey**⁽¹⁾, **MERCIER-DARTY Mélanie**⁽¹⁾, **SBIDIAN Emile**⁽¹⁾, **HENRY Olivier**⁽¹⁾, **FOURATI Slim**⁽¹⁾⁽²⁾, **DECOUSSER Jean-Winoc**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier Henri Mondor, AP-HP, Créteil, FRANCE ; ⁽²⁾ Université Paris Est, Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Contrairement aux épidémies de bactéries, l'investigation des clusters de COVID-19 est basée sur les seules données épidémiologiques temporo-spatiales sans comparaison moléculaire. Pourtant le séquençage des souches pour la surveillance épidémiologique des variants fournit ces données. Notre objectif est d'évaluer la faisabilité et l'apport d'une analyse moléculaire fine dans l'investigation de clusters.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Nous avons complété l'investigation épidémiologique de 2 clusters de COVID-19 en médecine spécialisée et en long séjour gériatrique par la comparaison moléculaire des souches virales. Le séquençage des souches a été réalisé par la technique Illumina (COVIDSeq / automate NextSeq / pipeline COVIDSEQ). La lignée est identifiée via le programme Pango

lineages. Les séquences sont assemblées et comparées entre elles à l'aide du programme MUSCLE du logiciel MEGAX.

RÉSULTATS

Le cluster en médecine a concerné 13 cas (10 soignants, 3 patients) entre le 15/01 et 15/02/2021 : 12/13 prélèvements ont pu être séquencés (quantité suffisante de matériel génétique), identifiant 3 variants différents : B.1.1.7/UK (n= 8), 20A (n=3), 19A (n=1). Pour chaque variant, la comparaison des souches a montré une identité parfaite pour 2/3 souches de 20A et 6/6 souches de B.1.1.7/UK exploitables. Pour le cluster gériatrique, parmi les 26 patients testés positifs entre le 26/12/2020 et le 21/01/2021, 18 séquences étaient analysables et montraient un groupe homogène (< 2 différences nucléotidiques) avec apparition de mutations compatible avec l'évolution de l'épidémie, et une souche divergente (25 différences) identifiée en fin du cluster.

CONCLUSION

L'analyse moléculaire souligne la complexité des clusters quand plusieurs variants circulent en plus d'une diffusion communautaire intense. Le cluster de médecine regroupe finalement 2 événements épidémiques bien différents et un cas isolé ; celui de long séjour souligne la dérive possible des souches au cours de leur circulation dans le temps du cluster et le risque en multipliant les séries de dépistages d'inclure des souches importées non reliées. Ces erreurs perturbent l'identification des mécanismes de diffusion et le suivi de l'efficacité des mesures correctives. Les limites sont (i) les aléas techniques pour l'obtention des séquences interprétables, (ii) les délais de résultats, (iii) les besoins en bioinformatique (iv) la perte de sensibilité en cas de souche majoritaire de faible variabilité génomique. La mise en place des flux d'analyses pour utiliser les données de la surveillance à des fins d'investigation locale est une opportunité pour l'hygiéniste.

CL-28

FORMATIONS À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINT PAR LA COVID-19, EN SIMULATION IN SITU

MARCO Léa ⁽¹⁾, **JAVELAUD Émilie** ⁽¹⁾, **RIFFAUD Sylvie** ⁽¹⁾, **CASTANIE Laurence** ⁽¹⁾, **BATAILLE Camille** ⁽¹⁾, **D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie** ⁽¹⁾, **COUVE-DEACON Elodie** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Limoges, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2019, la crise de la Covid-19 sévit dans le monde. Devant le sentiment d'insécurité de nos professionnels des services hébergeant des patients Covid-19, nous avons

organisé une formation simulant une situation clinique les exposant au risque Covid-19, leur permettant d'identifier ces risques et de prendre les mesures adaptées.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Nous avons évalué l'impact d'une formation en simulation in situ réalisée de novembre à décembre 2020. Une session se déroulait ainsi : questionnaire avant formation, briefing, mise en situation, débriefing et questionnaire post-formation. Le questionnaire avant formation comportait une autoévaluation par les soignants des opportunités d'hygiène des mains (HDM) ainsi qu'une évaluation de l'utilisation du masque chirurgical et FFP2 dans des situations avec ou sans geste aérosolisant, chez des patients Covid-19 ou non. Le questionnaire post-formation comprenait une évaluation de la formation, du changement de comportement attendu par les soignants et à nouveau de l'utilisation des masques. Les résultats des items évalués par des notes de 1 à 10 sont présentés sous forme de moyenne (/10).

RÉSULTATS

Au total, nous avons formé 347 professionnels : 31 % d'aides-soignants, 21 % d'infirmiers et 24 % de professionnels de la rééducation. Les soignants déclarent utiliser autant la solution hydro-alcoolique (SHA) que le lavage des mains à l'eau et au savon et réaliser en majorité une HDM au bon moment. Les professionnels déclarent réaliser souvent une HDM après avoir touché leur masque (7.3/10) et toujours après avoir retiré leurs gants (9.1/10) ou après avoir touché l'environnement du patient (9/10).

Suite à la formation, nous avons constaté des améliorations statistiquement significatives dans le choix du masque pour les 4 situations cliniques proposées (soit +32 %, +25 %, +7 % et +6 %), pour l'ensemble des catégories professionnelles. Pour la majorité des soignants, la formation a complètement répondu à leurs attentes (8.4/10), ils se sentaient mieux préparés pour réaliser des soins (8.2/10) et étaient prêt à changer leurs pratiques (6.2/10).

CONCLUSION

La formation par la simulation in situ a été très appréciée et a permis une amélioration des connaissances, une volonté de changement des pratiques et un sentiment de sécurité des professionnels. Néanmoins, nous avons constaté une sous-utilisation des SHA permettant la mise en place d'un plan d'action. Un questionnaire à distance nous permettra de comparer les réponses des professionnels ayant eu ou non la formation et ainsi mesurer l'impact

à long terme sur la qualité des soins et la sécurité des professionnels.

CL-29

COLLABORATION EOH-CPAM DANS LE SUIVI DES CONTACTS COVID**ANTONCZAK Anne**⁽¹⁾, MILLET Perle⁽²⁾⁽¹⁾ CHU de Strasbourg, Strasbourg, FRANCE ; ⁽²⁾ CPAM Bas-Rhin, Strasbourg, FRANCE**INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Depuis le début de l'épidémie de COVID, des patients ont été identifiés positifs à SARS-CoV2 au cours de leur hospitalisation, sans que les précautions complémentaires requises n'aient été appliquées, le dépistage d'entrée s'étant avéré négatif et le patient asymptomatique. Lors d'une exposition à risque infectieux l'identification des cas contacts, généralement les voisins de chambre, incombe à l'EOH. Néanmoins dans certains épisodes de cas groupés, le grand nombre de contacts a nécessité des moyens plus conséquents.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Une présentation de l'organisation du suivi des cas de COVID au CHU, et de la plateforme de contact tracing de la CPAM permettra de comprendre le mécanisme de repérage des cas groupés, l'identification des cas contacts et leur information. Nous illustrerons nos propos par la gestion d'un cluster en service de pneumologie.

RÉSULTATS

Depuis mai 2020, ce ne sont pas moins de 2485 parcours de patients hospitalisés porteurs de SARS-CoV2 qui ont été analysés par l'EOH, et signalés ou vérifiés sur la plateforme de la CPAM.

Les patients contacts identifiés à posteriori sont tracés sur la plateforme, permettant ainsi la mise en place de mesures d'accompagnement et la réalisation d'un dépistage.

Dans le cluster qui nous intéresse, 3 cas découverts fortuitement, ont donné lieu à un dépistage de masse des patients et des professionnels, et mis en évidence une succession de nouveaux cas. La prise en compte de l'ensemble des patients présents durant la période de contagiosité et leur intégration sur la plateforme de contact tracing s'est soldée par un total de 24 patients porteurs de SARS-CoV2, soit 20 % des contacts identifiés. Par ailleurs, 18 professionnels ont été dépistés positifs.

CONCLUSION

Les actions correctives et notamment la fermeture du service assortie d'un bionettoyage rigoureux ont permis de mettre fin

à l'épidémie dans cette unité de pneumologie. Le dispositif de veille n'a repéré aucun nouveau cas depuis.

La collaboration avec la CPAM pour l'information des patients contacts s'est avéré fort utile, et a permis à l'EOH de dégager du temps pour des actions de terrain.

Cette collaboration est toutefois limitée par les contraintes imposées par la plateforme, qui ne permet la modification d'une fiche index que par son initiateur.

Enfin, l'accès réduit à la fiche d'un cas contact ne permet pas de savoir si l'absence de dépistage positif est en réalité un dépistage non réalisé ou un dépistage négatif.

CL-30

COVID-19, C'EST BON D'EN PARLER ! PAROLES DE CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**DEPAIX F**⁽¹⁾, ROCHE E⁽¹⁾, DEBAILLE E⁽¹⁾, BRUCHON C⁽¹⁾, POYARD-BERGER G⁽¹⁾, BARRETTO C⁽¹⁾, VANHEMS P⁽²⁾, FASCIA P⁽¹⁾⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Est des Hospices Civils de Lyon, Bron, FRANCE ; ⁽²⁾ Groupement Hospitalier Centre des Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE**INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

La crise sanitaire Covid-19 a éprouvé chaque professionnel de santé. Les correspondants en Hygiène Hospitalière (CHH) de l'établissement ont réalisé un retour d'expérience sur leur vécu lors d'une rencontre animée par l'équipe d'hygiène associant la psychologue. L'objectif principal est de partager le vécu des CHH. Les objectifs secondaires sont d'identifier les forces et les faiblesses des CHH, de les valoriser et de renforcer leur réseau.

MATÉRIELS & MÉTHODES

La méthode du Blason est choisie afin de créer les conditions d'une réflexion positive et de forger une identité collective. Il est proposé de répondre à la question : « comment avez-vous vécu la crise sanitaire Covid-19 en tant que CHH ? ». Il est demandé de réfléchir à un slogan caractérisant cette période et d'exprimer en 3 mots les difficultés, les peurs ou contraintes, les attentes et les ressources. En synthèse, les CHH sont questionnés sur ce qu'ils retiennent de cette période.

RÉSULTATS

Les slogans portent sur la force du collectif face à cette situation, sur l'adaptation des pratiques aux ressources disponibles.

Les principales difficultés ressenties sont le manque de moyen et de transparence de l'information, la fatigue morale

et physique et la perte de repères. Les CHH rapportent un manque de positionnement par rapport à leurs collègues.

Les peurs exprimées sont de se contaminer, de contaminer leurs proches, l'incertitude de l'avenir, l'isolement des professionnels des secteurs Covid. Les contraintes sont liées aux changements des recommandations et à la violence de l'accompagnement des fins de vie.

Les attentes sont davantage de communication, de soutien de l'encadrement, de matériel et une meilleure implication en tant que CHH.

Les ressources identifiées sont les protocoles, la solidarité et l'adaptabilité professionnelle.

En faits marquants, il est évoqué la capacité d'adaptation, la cohésion, le sentiment d'appartenance professionnelle et la reconnaissance de la société civile.

La psychologue du travail souligne les peurs pour soi et son entourage, la question de la culpabilité, les changements de repères. Les soignants sont exposés au même risque que leur patient rendant le raisonnement rationnel difficile

CONCLUSION

Cette période atteint les professionnels au travail et dans leur vie privée : quand un des 2 domaines est agité, l'autre permet de rester à flot. Lorsque les 2 sont touchés, l'équilibre est complexe. Ce travail a permis l'expression d'émotions et de colères et d'identifier la force du collectif. Il conduit à une réflexion sur le positionnement des CHH au cours des crises sanitaires.

CL-31

COUVERTURES VACCINALES ANTIGRIPPALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, FRANCE, SAISON 2018-2019

VAUX Sophie⁽¹⁾, **FONTENEAU Laure**⁽¹⁾, **PÉFAU Muriel**⁽²⁾, **VENIER Anne-Gaëlle**⁽²⁾, **GAUTIER Arnaud**⁽¹⁾, **SOING ALTRACH Sophan**⁽¹⁾, **PARNEIX Pierre**⁽²⁾, **LEVY-BRUHL Daniel**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sante publique France, Saint-Maurice cedex, FRANCE ;

⁽²⁾ CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En France, la vaccination antigrippale est recommandée pour les soignants. Les objectifs sont d'estimer les couvertures vaccinales (CV) antigrippales nationale et régionales des professionnels de santé en établissements de santé (ES) et Ehpad pour la saison 2018-2019 et d'identifier les actions permettant de les augmenter.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Deux études par sondage ont été conduites de mai à juillet 2019. Dans les ES, les enquêtes individuelles ont principalement été conduites par les équipes opérationnelles d'hygiène. Dans les Ehpad, les données recueillies étaient agrégées. Les analyses prennent en compte les plans de sondage, un redressement post-stratification (ES) et des régressions de Poisson (ES) ou binomiales négatives (Ehpad) pour les analyses multivariées.

RÉSULTATS

Parmi les 273 ES sollicités, 167 ont été inclus ainsi que 8 594 professionnels (DOM : 26 ES, 1 110 professionnels). La CV antigrippale 2018-2019 est estimée à 34,8 % [IC95 % : 32,4-37,4]. Elle varie en fonction de la profession (médecin : 67 %, sage-femme : 48 %, infirmier : 36 %, aide-soignant : 21 %), de l'âge (moins de 30 ans : 22 %, 50 ans et plus : 39 %), du sexe (homme : 47 %, femme : 33 %) et de la région (DOM : 12 %, métropole : 35 %). Des actions permettent d'améliorer significativement la CV : analyse des freins organisationnels à la vaccination et mise en place d'un programme d'actions (+44 % de gain relatif de CV), soutien de la campagne par le chef de service ou le cadre infirmier (+42 %), vaccination gratuite dans le service (+39 %), promotion de la vaccination avec information sur les vaccins (+21 %), nomination de référents vaccination dans le service (+19 %), vaccination par des équipes mobiles (+15 %). La CV est inférieure à 20 % dans les ES où aucune de ces mesures n'a été mise en place et supérieure à 50 % dans ceux où la plupart sont associées. Certaines mesures restent peu appliquées dans les ES : analyse des freins et programme d'action (23 %), nomination de référents vaccination (27 %), information sur les vaccins (53 %).

Parmi les 1189 Ehpad sollicités, 558 ont été inclus (DOM : 69). La CV antigrippale est estimée à 31,9 % [29,7-34,1] et varie notamment en fonction de la profession et de la région. Les actions efficaces identifiées pour améliorer cette CV en Ehpad seront présentées.

CONCLUSION

La CV antigrippale des professionnels de santé reste faible en France et avec une évolution contrastée depuis 2009 en fonction des professionnels et des structures. L'association des mesures ayant montré leur efficacité pourrait permettre une augmentation nationale de 15 % des CV des professionnels de santé des ES et des Ehpad.

CL-32

MISE EN ŒUVRE DE VISITES DE RISQUE (VDR) CROISÉES EN SERVICE DE RÉANIMATION

WAES Sylvaine⁽¹⁾, **ALAWWA Rita**⁽¹⁾, **DUTOIT Laurine**⁽⁶⁾, **CRACCO Anne Adélaïde**⁽⁴⁾, **BELHACHMI Dounya**⁽²⁾, **LEGALL Delphine**⁽²⁾, **HERFAUT Isabelle**⁽³⁾, **HOURIEZ Sandrine**⁽³⁾, **CZARNY Frédérique**⁽⁵⁾, **HAGEAUX Sylvie**⁽⁵⁾, **TONEGUZZO Nathalie**⁽⁵⁾, **BAILLEUL Pauline**⁽⁶⁾, **BLANCKAERT Karine**⁽⁷⁾

⁽¹⁾ CPias des Hauts de France, Lille, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre hospitalier universitaire, Amiens, FRANCE ; ⁽³⁾ centre hospitalier, Arras, FRANCE ; ⁽⁴⁾ GHICL, Lomme, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Centre Hospitalier, Saint Quentin, FRANCE ; ⁽⁶⁾ réseau santé qualité risques, Armentières, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CPias Pays de Loire, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les patients hospitalisés en unité de réanimation sont particulièrement exposés au risque d'infections associées aux soins (IAS). La prévalence des IAS estimée à 24 % en France en 2017 justifie de poursuivre les efforts de maîtrise du risque infectieux. Un outil régional a été élaboré par un groupe multidisciplinaire et déployé afin de d'aider les équipes de soins à repérer les points critiques et à élaborer un plan d'action personnalisé de gestion du risque infectieux (GRI).

MATÉRIEL & MÉTHODES

La VDR associe plusieurs modes de recueils de données : une analyse documentaire, des entretiens dirigés avec des représentants de chaque catégorie professionnelle et une observation des pratiques au sein des locaux. Les items sont regroupés en 6 thèmes. Un score de GRI est calculé pour chaque thème et exprimé en pourcentage d'objectif atteint. Un seuil de performance est établi à 80 % en dessous duquel une proposition d'action d'amélioration est recommandée. L'outil a été déployé en visite croisée entre établissements.

RÉSULTATS

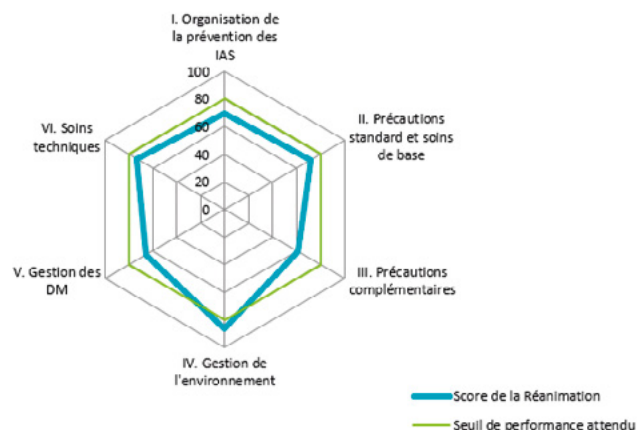
Quatre VDR croisées ont été réalisées sur 23 établissements qui disposaient d'un secteur de réanimation en 2019. Les scores moyens de GRI de ces 4 VDR pour chaque thème sont de : 69 % [minimum 61 % ; maximum 78 %] pour l'organisation de la prévention des IAS ; 72 % [68 % ; 78 %] pour les précautions standard (PS) et soins de base ; 61 % [53 % ; 67 %] pour les précautions complémentaires (PC) ; 86 % [72 % ; 93 %] pour la gestion de l'environnement ;

66 % [52 % ; 81 %] pour la gestion des dispositifs médicaux et de 73 % [67 % ; 78 %] pour les soins techniques (fig. 1).

L'organisation de la GRI est variable selon les établissements (identification de correspondants, sensibilisation à la gestion de risque, partenariat d'experts, restitution des résultats de surveillance). La gestion de l'environnement est maîtrisée pour la plupart des établissements. La gestion des dispositifs médicaux et des soins techniques est variable. La maîtrise des fibroscopes est plus optimale que celle des échographes. La gestion de l'abord urinaire est performante. La maîtrise des abords vasculaires (manipulations des lignes vasculaires) et des abords respiratoires (prévention PAVM non formalisée) sont à optimiser.

CONCLUSION

Ces premières VDR ont permis de mettre en évidence des axes d'amélioration : le respect des PS et PC. Proposée en méthode croisée, la VDR permet d'initier une communication inter-établissements propice au partage de compétence. Un échange avec les visiteurs est prévu pour un retour d'expérience sur cette première vague de VDR, ainsi qu'une restitution aux réanimateurs et EOH de la région.



CL-33

DANS LE CONTEXTE DE PANDÉMIE DE COVID-19, LA CONTINUITÉ DES SOINS AMBULATOIRES EN PSYCHIATRIE EST-ELLE ASSURÉE DANS LE RESPECT DES RECOMMANDATIONS SANITAIRES ?

COLLIGNON Marion⁽¹⁾, **POIRIER Valérie**⁽¹⁾, **ESNAULT Florence**⁽¹⁾, **NIORT Jean-Noël**⁽¹⁾, **REPUSSARD Louis-Victor**⁽¹⁾, **ARMAND-BRANGER Sophie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Santé Mentale Angevin CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'activité ambulatoire de notre établissement public de santé mentale s'est drastiquement réduite le 17 mars 2020. En mai 2020, afin de la reprendre dans les conditions sanitaires requises, nos 36 sites extra-hospitaliers ont été visités par 2 binômes « équipe opérationnelle d'hygiène/service plans et travaux ». Les flux de patients (entrée, sortie, pièces utilisées), la capacité des salles, les aménagements (rubalise, fléchage au sol, etc.) ont été réfléchis avec l'encadrement pour favoriser l'application des mesures barrière. L'objectif de ce travail est d'évaluer si ces recommandations sont respectées.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Entre juin et juillet 2020, 26 audits de l'organisation des structures extra-hospitalières ont été réalisés par les mêmes binômes (observation in situ, 1 heure). Les items portaient sur l'accueil du patient, le flux de patients, l'équipement des locaux, le respect de leur capacité d'accueil, le déroulement d'une consultation et d'une activité groupale.

RÉSULTATS

L'arrivée des patients était le plus souvent échelonnée (88 %) et un professionnel les accueillait dans 92 % des cas ; il vérifiait le port du masque (100 %) et proposait une hygiène des mains (88 %). Les pièces occupées ainsi que les entrées et sorties empruntées par les patients étaient celles qui avaient été définies (100 %). Dans la plupart des cas, les chaises étaient désinfectables (81 %), les flyers étaient supprimés (85 %) et des solutions désinfectantes et hydro-alcooliques étaient à disposition (88 % et 96 %, respectivement). La capacité des salles était respectée dans les bureaux de consultation (100 %) mais pas toujours dans la salle d'attente (86 %). Après consultation, les surfaces étaient fréquemment désinfectées (95 %), la pièce aérée (100 %) et le délai entre 2 patients respecté (100 %). Lors des activités groupales, le nombre de participants et les flux permettaient la distanciation physique (100 %) et le matériel était individualisé ou désinfecté (100 %).

CONCLUSION

Les recommandations sanitaires sont globalement bien suivies dans nos structures extra-hospitalières ; l'accueil des patients se fait donc en toute sécurité malgré le contexte sanitaire. Ces bons résultats ont été permis par une évaluation pluridisciplinaire et des recommandations adaptées à chaque structure. Les mesures mises en place ont démontré leur efficacité lors des différents contacts tracing réalisés. En effet, si des situations de professionnels ou de patients positifs au Covid-19 se sont présentées, il n'y a eu aucun cas de contamination ni de contact à risque entre patient/patient ou professionnel/patient.

CL-34

CAMPAGNE DE LIMITATION DES OUVERTURES DE PORTE (OP) LORS D'INTERVENTIONS EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

DEMANGE Marie-Gabrielle⁽¹⁾, **THOMAS Sophie**⁽¹⁾, **MUZEAU Sylvie**⁽¹⁾, **SOCQUET - JUGLARD Florence**⁽¹⁾, **LE BREDONCHEL Thierry**⁽¹⁾, **MONTBARBON Éric**⁽¹⁾, **MALLAVAL Franck-Olivier**⁽¹⁾, **FOURNERET-VIVIER Aurélie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2010, notre centre hospitalier constate une hausse des infections du site opératoire (ISO) et retient dans l'analyse des causes, un grand nombre d'OP lors des interventions (ITV). En 2017, après une revue de morbi-mortalité sur une nouvelle hausse des ISO en orthopédie, un projet EOH/bloc opératoire est lancé pour réduire le nombre d'OP.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Après une analyse de la littérature, le groupe de travail rédige un projet comprenant les étapes suivantes : installation de compteurs d'OP, comptage du nombre d'OP sur 30 ITV (niveau de base T0), distribution d'un questionnaire sur la perception du risque lié aux OP au personnel du bloc, sensibilisation à l'aide d'affiches (nombre moyen d'OP du T0, réponses au questionnaire et dessins humoristiques), création d'affiches « pose de prothèse en cours », installation de téléphones en salles d'ITV pour communiquer sans OP, nouveau comptage d'OP un an après (T1).

RÉSULTATS

A T0 le nombre moyen d'OP est de 25/heure (h) d'ITV (IC95 % 20-30) entre l'entrée et la sortie du patient. Les résultats du questionnaire montrent que 66 % des agents l'estiment inférieur à 25 et qu'ils ont conscience de l'impact des OP sur la qualité de l'air et le risque d'événement indésirable. A T1 on ne constate pas de baisse du nombre moyen d'OP 23 OP/h (IC 95 % 21-25) (n=33). Une étude complémentaire avec comptage lors des différents temps opératoires et recensement des motifs d'OP est réalisée (n=7). Il est constaté que le nombre d'OP est maximum sur les temps non à risque « entrée patient/ouverture des dispositifs médicaux stériles (DMS) » et « pansement/sortie patient » respectivement 80 et 59 OP/h et minimum pendant les temps à risque « ouverture DMS/incision » et « incision/pansement » respectivement 24 OP/h et 10 OP/h, résultats proches de la littérature.

CONCLUSION

L'absence de baisse entre T0 et T1 pourrait faire croire à un échec. Néanmoins l'étude complémentaire et le retour positif du bloc autorise à penser à une possible redistribution des OP avant l'incision. L'étude a également un biais, l'utilisation des affiches « pose de prothèse en cours » ayant démarré avant T0. L'étude complémentaire des motifs d'OP montre que 30 % sur le temps à risque sont liées à l'apport d'implants en salle et que 17 % des OP demeurent évitables. L'EOH reste mitigée sur l'impact de la campagne au vu des chiffres et regrette de ne pas avoir choisi initialement le temps à risque « incision/pansement » pour le comptage. L'équipe chirurgicale satisfaite, rapporte une prise de conscience, apprécie la mise à disposition des téléphones et utilise régulièrement les compteurs.

CL-35

UNE COMMUNICATION ADAPTÉE POUR UNE MEILLEURE COLLABORATION

BENOIT Jean-Marc⁽¹⁾, **BONNOTTE Sandrine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU DIJON BOURGOGNE, Dijon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Si les précautions standard, socle de la maîtrise du risque infectieux sont bien connues des professionnels de santé leur observance reste plus difficile. Les évolutions du système de santé ayant conduit les hôpitaux à modifier et optimiser leurs organisations, les temps de communication diminués ont rendu les missions d'accompagnement par les hygiénistes plus complexes. Nous avons donc cherché à adapter notre collaboration en formalisant depuis 2018 un contrat par service définissant les besoins des professionnels, la fréquence et les modalités d'intervention des IDE hygiénistes.

Mais est-ce qu'une collaboration avec un accompagnement de l'IDE hygiénistes dans les activités des professionnels impulse une meilleure connaissance et une observance des précautions standard ?

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une étude a été réalisée en deux temps, sur 4 services du CHU : 2 bénéficiant de la collaboration par immersion et 2 autres n'en bénéficiant pas. Dans un premier temps, un questionnaire de connaissance a été adressé aux personnels paramédicaux avec un taux de participation de 70 % (54/77 réceptionnés). Dans un deuxième temps, des audits ont été réalisés par 187 observations sur 100 séquences de soins auprès de 59 professionnels

RÉSULTATS

Concernant les connaissances des PS, même si les connaissances sont supérieures dans les services où l'IDE hygiéniste est en

immersion, nous ne trouvons pas de différence significative excepté les indications du port du tablier plastique respectées dans les services bénéficiant de l'immersion à 86,7 % contre 82,6 %.

En revanche, concernant les audits, un écart significatif est observé concernant l'observance des pré requis à l'hygiène des mains avec un respect à 86 % en faveur des services avec un accompagnement par l'hygiéniste contre 69 % pour l'autre catégorie.

CONCLUSION

Dans un contexte de changement des organisations de travail, en s'appuyant sur un réseau de correspondants existant, cette immersion de l'IDE hygiéniste au sein des activités de soin nous amène donc à établir une collaboration horizontale favorisant un lien de confiance, de partage, une même perception du risque infectieux propice à la mutualisation des connaissances, des compétences et à l'appropriation des bonnes pratiques en hygiène

CL-36

UNE CAMPAGNE D'AFFICHAGE POUR PROMOUVOIR L'UTILISATION DES SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES

FONTAINE Erika⁽¹⁾, **GERMAIN Jeanne-Marie**⁽¹⁾, **JAN Véronique**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Bretagne, Brest- Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre d'une campagne régionale de promotion de la friction hydro-alcoolique, quatre affiches et films ont été proposés aux établissements de santé (ES) et services médico-sociaux (ESMS) engagés. L'objectif était de rétablir la confiance des professionnels vis-à-vis des solutions hydro-alcooliques (SHA) et de contrer les fausses rumeurs. Lever ces réticences apparaissait primordial dans la poursuite de la campagne.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Comme thèmes des affiches et des films, le groupe de travail, animé par le CPias, a retenu 4 « freins » à l'usage des SHA perçus sur le terrain : doute sur l'efficacité, crainte quant à leur composition, à l'alcool et à leur tolérance cutanée. Le groupe a ensuite rédigé les messages et les textes. Un studio graphique a apporté un appui technique pour la mise en forme : un dialogue entre 2 mains. Chacun des quatre sujets est abordé par une main qui interroge. Les réponses sont apportées par l'autre main qui diffuse la juste information. Les QR code apposés sur chaque poster donnent accès aux mini films pédagogiques qui complètent les arguments. Cette technique, libérant des contraintes d'accès à un ordinateur, permet l'accès

au film au plus grand nombre de professionnels. Les lieux d'affichage appropriés ont été suggérés aux établissements (lieux communs, vestiaires, salles de pause, self, médecine du travail, salle de soins...). Un envoi postal a été organisé de janvier à avril 2019 (une nouvelle affiche chaque mois) pour les établissements engagés dans la campagne. Depuis, les films et affiches sont téléchargeables sur le site du CPias.

RÉSULTATS

Les 83 ES et 123 ESMS participants à la campagne ont été destinataires des graphismes en version papier. Au total, 2445 affiches et 1771 films ont été téléchargés, et 4014 films visionnés en ligne. Dans le même temps, les acteurs en hygiène ont été invités à apprécier l'impact de cette campagne d'affichage auprès des professionnels par un entretien direct, permettant ainsi de conforter ou d'argumenter les justes messages. Jugées pertinentes et attrayantes, ces affiches ont également été reprises par des établissements d'autres régions.

CONCLUSION

Point fort de la campagne régionale de promotion de l'utilisation des SHA, ces affiches complètent la boîte à outils disponible pour les hygiénistes. La poursuite de leur diffusion est prévue vers les centres de formations des futurs professionnels de santé. Enrayer les rumeurs, convaincre le professionnel à privilégier les SHA et l'inviter à diffuser la juste information, telle sera la consécration de cette campagne.

CL-37

INFECTIONS DES BÉBÉS ACQUISES EN MATERNITÉ : DESCRIPTION, ÉVOLUTION 1999-2017

VALDEYRON Marie-Laure⁽¹⁾, **CAILLAT-VALLET Emmanuelle**⁽²⁾, **BOUAMARI Hocine**⁽³⁾, **PRUDON Baya-Malika**⁽³⁾, **HAOND Catherine**⁽⁴⁾, **CONFESSON Marie-Aude**⁽⁵⁾, **BERNERD Cécile**⁽¹⁾, **BERNET Claude**⁽²⁾, **SAVEY Anne**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Pierre Oudot, Bourgoin-Jallieu, FRANCE ; ⁽²⁾ Groupement Hospitalier Sud des HCL, Saint Genis Laval, FRANCE ; ⁽³⁾ Groupement Hospitalier Est des HCL, Bron, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Groupement Hospitalier Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Centre Hospitalier, Macon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De 1997 à 2017, un réseau national coordonnait la surveillance épidémiologique des infections chez la mère et le Nouveau-Né (NN) en maternité. L'objectif de l'étude est de décrire les infections des NN dans les 30 jours après leur

naissance et leur évolution de 1999 à 2017 ; repérer si la sortie des recommandations nationales de Prévention du Risque Infectieux (PRI) peut interférer dans cette évolution et identifier les Facteurs de Risque (FR) liés à la mère et à l'intervention et les liens avec les infections de la mère.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Chaque maternité participant renseignait une fiche et saisissait pour chaque accouchement les FR et les infections de la mère et du NN. L'analyse était locale puis nationale par le réseau. Concernant le NN, les taux d'infections cutanées, oculaires, infections du cordon et infections graves étaient calculés. Notre étude est descriptive et analytique uni et multivariée (logiciel SPSS).

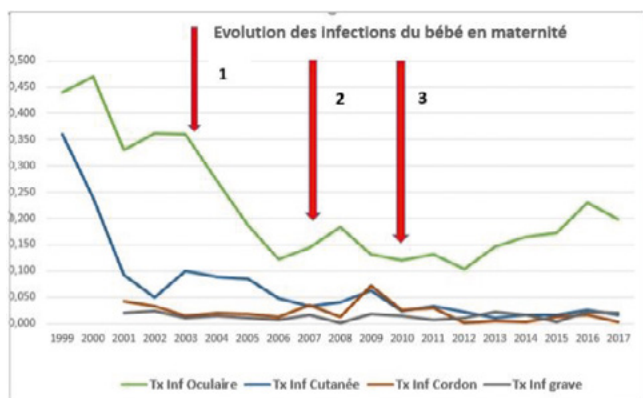
RÉSULTATS

En 1997, 25 maternités participaient (16 210 accouchements) ; en 2017, 52 (31 495). La courbe ci-jointe présente les 4 types d'infections étudiés de 1999 à 2017 : diminution des infections cutanées, oculaires et infections de cordon. Les flèches verticales indiquent la sortie de recommandations. Cette diminution semble liée aux sorties de recommandations PRI (Hygiène des mains...). A partir de 2012, les infections oculaires augmentent. Y a-t-il un lien avec la sortie des recommandations de l'AFSAAPS 2010 (prophylaxie oculaire non systématique) ? Les infections graves sont les plus rares et avec une incidence stable. Le taux d'infection du cordon est passé de 0,04 % en 2001 à 0,003 % en 2017.

La recherche des FR a montré après analyse multivariée, que les infections cutanées sont liées au type d'accouchement ($p < 0,001$) ; la péridurale est un facteur protecteur ($p = 0,001$) dans les accouchements Voie Basse (VB). Les infections oculaires sont liées à la 1^{ère} césarienne ($p = 0,002$) ; pour les accouchements VB, elles sont liées à l'hyperthermie ($p = 0,02$), la parité 1 ($p = 0,001$), aux manœuvres extractives ($p = 0,004$) et à la péridurale ($p = 0,005$). Pour ces 2 infections, l'année est un FR. L'infection chez la mère et chez l'enfant sont liées ($p < 0,001$). Nous n'avons pas retrouvé de FR pour les infections du cordon ou graves.

CONCLUSION

Cette étude a montré une diminution globale des infections du NN en maternité. Des facteurs de confusion, des biais et d'éventuels liens de causalité sont à rechercher. Il existe aussi peut-être d'autres FR non retrouvés car non recherchés lors de la surveillance, plus spécifiques du NN, ou organisationnels (liés aux soins) non mis en évidence.



1. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité (SF2H 1998; 2003)
2. Guide des bonnes pratiques de l'antiseptie chez l'enfant (SF2H 2007)
3. Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né (AFSSAPS - Nov 2010)

Evolution des infections 1999-2017

CL-38

ÉTAT DES LIEUX DES TUBERCULOSES EN 2019 DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MOREAU Charlotte⁽¹⁾, **FREDENUCCI Isabelle**⁽²⁾, **DANANCHÉ Cédric**^(1,3,5), **GRISI Béatrice**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**^(3,4,5), **ELIAS Christelle**^(1,3)

⁽¹⁾ Unité d'Hygiène, Epidémiologie, Infectiovigilance et Prévention, Groupement Hospitalier Nord, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Laboratoire de Mycobactériologie, Groupement Hospitalier Nord, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Université Claude Bernard Lyon 1 (UCBL1), Lyon, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Unité d'Hygiène, Epidémiologie, Infectiovigilance et Prévention, Groupement Hospitalier Centre, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Laboratoire des Pathogènes Emergents – Fondation Merieux, Equipe Epidémiologie et Santé Internationale, Centre International de Recherche en Infectiologie, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U1111, CNRS, Unité Mixte de Recherche 530, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La transmission de la tuberculose pulmonaire est interhumaine, par voie aérienne et est liée à une prévalence d'exposition plus élevée en milieu hospitalier. La prévention de sa transmission repose sur la mise en place de Précautions complémentaires d'hygiène de type Air. L'objectif de l'étude est de décrire les cas de tuberculose survenus en 2019 et l'évolution depuis 2016 dans un centre hospitalier universitaire (CHU) français.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une étude prospective descriptive des cas déclarés de tuberculose a été conduite entre le 01/01/2016 et le 31/12/2019 dans un

CHU français. Suite à la réception de la déclaration obligatoire par le laboratoire de mycobactériologie, une investigation de chaque cas a été menée par l'unité d'hygiène. Ont été collectées des données socio-démographiques, cliniques et microbiologiques ainsi que la traçabilité de la mise en place des précautions complémentaires Air (PCA). Une analyse descriptive des données a été faite. L'incidence est exprimée pour 10 000 journées d'hospitalisation.

RÉSULTATS

En 2019, 67 patients ont été investigués, âgés de 16 à 83 ans (moyenne 40 ans) avec un sexe ratio de 1.4. Parmi eux, 42(63 %) patients étaient d'origine africaine, 23(34 %) d'origine européenne et 2(3 %) originaires d'Asie. Un contexte migratoire a été identifié pour 31(46 %) patients. Dix patients (15 %) présentaient des facteurs de risque de tuberculose. Une forme pulmonaire a été décrite chez 40(60 %) patients. Deux (3 %) cas nosocomiaux sont survenus chez des professionnels de santé en 2019. Vingt-et-un patients (31 %) présentaient de la fièvre et de la toux et 14(21 %) un amaigrissement. Un examen direct était positif chez 18(27 %) patients et 61(91 %) patients avaient une culture positive, dont 55(90 %) à M. tuberculosis et 6(10 %) présentaient une résistance à la rifampicine et/ou l'isoniazide, avec un délai moyen de positivité de 11,5 jours. Les PCA ont été mises dès l'admission pour 34(51 %) patients.

Entre 2016 et 2019, l'incidence de la tuberculose a augmenté de 1,22 à 1,96 pour 10 000 journées d'hospitalisation (p=0.11).

CONCLUSION

En 2019, l'incidence de la tuberculose est en augmentation et semble liée à un contexte migratoire. Devant la survenue de cas nosocomiaux chez des soignants, des actions sont à mettre en œuvre pour rappeler l'importance des mesures de maîtrise du risque de transmission, notamment mise en place précoce des PCA devant tout cas suspect de tuberculose ou un patient connu atteint de tuberculose multi-sensible ou multi-résistant.

CL-39

SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DE L'EAU DES FAUTEUILS DENTAIRES ET GESTION DES ALERTES

REGARD Anne⁽¹⁾, **MARION Elodie**⁽¹⁾, **BARTHELEMY Cyril**⁽¹⁾, **FARGES Jean-Christophe**⁽¹⁾, **MORRIER Jean-Jacques**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Centre, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La qualité de l'eau utilisée pour les soins dentaires est déterminante pour garantir une sécurité des actes.

Les circuits d'eau internes des fauteuils dentaires sont complexes et propices à une contamination du fait de la stagnation de l'eau et de la constitution d'un biofilm. Le risque environnemental microbiologique en odontologie est moins souvent rapporté. L'expérience d'une surveillance de ce type est rapportée.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le centre de soins dentaires d'un CHU est constitué de 84 fauteuils dentaires avec réservoir (41 installés en 2013 et 43 en 2014). Les porte-instruments dynamiques du fauteuil sont connectés à un réservoir rempli d'eau microfiltrée à 0,22 µm et traitée par un produit bactériostatique en continu. Un traitement désinfectant périodique (3 fois/an) est réalisé au moyen de détergents puis de chlore à 0,1 %. Un traitement curatif est réalisé en cas de dépassement de seuil d'alerte des prélèvements microbiologiques. Une surveillance de la flore totale, des coliformes, streptocoques fécaux et *P. aeruginosa* est réalisée annuellement. Les critères de conformité sont définis par une eau pour soins standard, avec une tolérance à 1000 UFC/ml pour la flore mésophile à 36°C.

RÉSULTATS

En 2013, 7,4 % des 41 fauteuils installés étaient non conformes après l'installation (flore totale). En 2014, 2,3 % des 43 fauteuils nouvellement installés étaient non conformes (*P. aeruginosa*). Entre 2014 et juillet 2018, 29,5 % des fauteuils prélevés étaient non conformes (57,7 % en 2017). En 2017, des essais de désinfection des fauteuils ont été réalisés (chloration avec augmentation progressive des concentrations et des durées avec un désinfectant). Une investigation auprès de différents centres de soins dentaires français et une analyse de la faisabilité et du coût des procédures avec le centre dentaire et la direction de ont été réalisées. La procédure retenue, mise en place en juillet 2018, comprenait un traitement choc avec détergent enzymatique suivi d'un détergent- détartrant puis un désinfectant. Puis en routine, un agent bactériostatique a été utilisé en continu et un désinfectant en cas d'inutilisation du fauteuil au moins 48h. Un entretien mensuel des réservoirs en thermolaveur a été organisé. Tous les prélèvements de contrôle effectués en septembre 2018 sur les 84 fauteuils sont revenus conformes. En 2019, 100 % des prélèvements effectués sur un échantillon de 24 fauteuils étaient conformes.

CONCLUSION

A un an de la mise en place de la nouvelle procédure, la qualité de l'eau de fauteuils dentaires a été préservée et le risque infectieux contrôlé concernant les patients.

CL-40

INFECTIONS À CLOSTRIDIODES DIFFICILE SANS EXPOSITION RÉCENTE AUX ANTIBIOTIQUES : 13 ANNÉES DE SURVEILLANCE PROSPECTIVE

KHANAFER Nagham Léa ^(1,2), *SERVICES CLINIQUES Services Cliniques* ⁽¹⁾, *OLTRA Luc* ⁽¹⁾, *PERGAY Véronique* ⁽¹⁾, *DAUWALDER Olivier* ⁽³⁾, *VANDENESCH François* ^(2,3), *VANHEMS Philippe* ^(1,2)

⁽¹⁾ *Hospices Civils de Lyon, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE* ; ⁽²⁾ *Université de Lyon 1, Lyon, FRANCE* ; ⁽³⁾ *Hospices Civils de Lyon, Institut des Agents Infectieux, Lyon, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2003, les infections à *C. difficile* (ICD) sont devenues préoccupantes en raison de l'augmentation de leur incidence et de leur sévérité. L'exposition à certains traitements, particulièrement les antibiotiques (ATB), sont associés à un risque majeur d'ICD. Notre objectif est de décrire les caractéristiques des patients en fonction de leur exposition aux ATB dans les 30 derniers jours avant le début de diarrhées.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Entre 2007 et 2019, une surveillance prospective d'ICD a été conduite dans un centre hospitalo-universitaire. L'origine d'acquisition d'ICD a été définie selon les recommandations européennes et nationales. Les analyses statistiques ont été effectuées avec les logiciels SPSS et R.

RÉSULTATS

Au total, 1029 cas (=1102 épisodes) d'ICD d'âge moyen de 66 ans ont été inclus. Les femmes étaient légèrement plus nombreuses que les hommes (50,7 % et 49,3 % respectivement). La plupart des épisodes étaient associés aux soins (77 %). Les autres cas étaient d'origine communautaire (ICD-C) (18 %) ou indéterminée (5,1 %). La comparaison entre les patients selon l'exposition aux ATB (G1 : 792 (71,9 %) exposés, G2 : 310 (28,1 %) non exposés) montrait que la distribution de l'âge et du sexe était similaire entre les 2 groupes. Avant le début des diarrhées, l'exposition aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), aux antiviraux, aux immunosuppresseurs et aux préparations coliques étaient significativement plus fréquentes dans le G1. Les patients du G2 avaient une durée du séjour significativement plus longue que ceux du G1 (23 vs 21 jours ; $P < 10^{-3}$). Une ICD-C était significativement plus fréquente dans le G2 (56,1 % vs 43,9 % pour G1, $P < 10^{-3}$). Le taux de complications était significativement plus élevé dans G2 ($P = 0,04$). Le taux de décès était similaire entre les 2 groupes. Des ICD chez des

patients à faible risque (âge < 50 ans, pas d'exposition récente aux ATB et aux IPP) ont été observées chez 4 % des patients (majoritairement ICD-C, P < 10-3).

CONCLUSION

L'ICD a longtemps été considérée comme une infection acquise à l'hôpital. Toutefois, il a été montré que 20-30 % des cas sont en réalité d'origine communautaire. Nos résultats montrent que l'ICD peut affecter des populations que l'on croyait autrefois à faible risque. Ces constatations portent à croire que d'autres facteurs encore inconnus pourraient jouer un rôle dans l'acquisition de cette infection. Par conséquent, il est important que les médecins connaissent l'évolution de l'épidémiologie de l'ICD pour rester vigilants quant à la possibilité d'une ICD chez les patients diarrhéiques, même en l'absence des facteurs de risque habituels.

CL-41

LE PORT DE MASQUE SYSTÉMATIQUE DIMINUE-T-IL LE TAUX DE GRIPPES NOSOCOMIALES ?

NGUYEN Sophie ⁽¹⁾, **JEAN Alexandra** ⁽¹⁾, **CHANZY Bruno** ⁽¹⁾, **TOMSLA Violaine** ⁽¹⁾, **BENOIT Odile** ⁽¹⁾, **VITRAT Virginie** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier Annecy Genevois, Annecy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors de la saison 2016-2017, notre centre hospitalier de 1440 lits et places a compté 509 cas de grippe microbiologiquement documentés. Malgré une politique vaccinale active et le respect objectif des précautions complémentaires gouttelettes, le bilan de cette saison a dénombré 68 cas de gripes nosocomiales dont 4 décès. La stratégie de prévention des gripes nosocomiales a alors été adaptée lors de la saison suivante par le port de masque systématique par tous les professionnels visiteurs dans les unités de soins pendant la période du pic épidémique. L'objectif était d'évaluer l'impact de cette mesure sur le taux de gripes nosocomiales lors des saisons 2017-2018 et 2018-2019.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La généralisation du port de masque pour la saison 2017-2018 a nécessité une préparation d'un an incluant l'implication du réseau des référents grippe, des référents hygiène, la validation par les instances et par la direction de l'établissement ainsi qu'une enquête d'acceptabilité préalable (en 2017 : 78,3 % de 203 professionnels interrogés étaient

disposés à porter le masque en permanence durant la durée du pic épidémique de grippe).

Durant les saisons 2017-2018 et 2018-2019, la période de port de masque a été fixée en fonction des indicateurs épidémiologiques locaux et régionaux. Cette mesure s'appliquait à tous les professionnels des services de soins ainsi que tous les visiteurs, vaccinés ou non contre la grippe. L'observance du port de masque a été évaluée à deux reprises pour chacune des saisons.

Les cas de grippe sont surveillés par une alerte informatique journalière des PCR positives (diagnostics biologiques exclusivement moléculaires ; méthodologie identique sur les 3 saisons). Les cas de gripes nosocomiales ont été définis par un diagnostic clinique et microbiologique dans un délai supérieur à 72 h après admission chez un patient ne présentant pas de signes cliniques de grippe à l'admission.

RÉSULTATS

Lors des saisons 2016-2017 (port de masque selon les précautions standard et précautions complémentaires), 2017-2018 et 2018-2019 (port de masque élargi), les taux de gripes nosocomiales ont diminué passant respectivement de 68/509 (13,4 %) à 40/462 (8,7 % ; p=0,037), 38/636 (6,0 % ; p=9,9.10⁻⁵). Tableau 1

CONCLUSION

Ces données montrent que le port de masque a contribué à diminuer significativement le taux de grippe nosocomiales. Ces résultats sont également à corréliser au taux de vaccination du personnel (31 % en 2018-2019), et au taux d'observance du port de masque (90,0 % chez les professionnels en 2018-2019). Cette stratégie sera reconduite pour la prochaine saison.

Année	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Stratégie port de masque	-	Masque personnel et visiteur sur 5 semaines	Masque personnel et visiteur sur 6 semaines
Taux d'observance de port de masque	-	70,7% (909 observations)	90,0% (881 observations)
Nb de diagnostics grippe	509	462	636
Nb gripes nosocomiales	68 (13,4%)	40 (8,7%)	38 (6,0%)
Chi 2 p-value	-	p = 0,037	p = 9,9.10 ⁻⁵
Chi 2 p-value	-	p = 2,4.10 ⁻⁴	

Tableau 1. Bilan stratégie port de masque

CL-42

COMPARAISON INFECTIONS/COLONISATIONS SUR CATHÉTER URINAIRE ET DIFFÉRENCES ENTRE RECOMMANDATIONS ET PRATIQUE CLINIQUE

PRADAL Maily⁽¹⁾, TRAORE Ousmane⁽¹⁾, LAUTRETTE Alexandre⁽¹⁾, ROBIN Frédéric⁽¹⁾, DELMAS Julien⁽¹⁾, **AUMERAN Claire**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections urinaires sont la 1^{ère} cause d'infections associées aux soins. Elles sont généralement associées aux cathéters urinaires. Différencier infection (IUAC) ou colonisation (CUAC) associée au cathéter urinaire reste difficile d'où une prescription inappropriée d'ECBU et des traitements anti-infectieux inutiles. L'objectif de ce travail est une comparaison des épisodes d'IUAC et CUAC associée à une évaluation des différences entre les recommandations et la pratique clinique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les ECBU positifs ont été recueillis sur 3 mois. L'analyse rétrospective des dossiers a été réalisée avec un médecin infectiologue et chaque épisode classé en IUAC ou CUAC suivant les recommandations. La comparaison a été réalisée en analyses uni et multivariées. La pertinence de la prescription d'ECBU et la conformité des traitements anti-infectieux ont été évaluées par rapport aux référentiels.

RÉSULTATS

Sur 540 ECBU, 374 ont été inclus avec 100 IUAC et 274 CUAC. En analyse uni ou multivariée, aucun facteur de risque n'était associé à l'IUAC. Parmi les symptômes d'infection urinaire, seuls la fièvre ($p.<0,001$), les signes fonctionnels urinaires ($p.<0,001$), l'asthénie ($p. 0,008$) et l'hyperleucocytose ($p.0,015$) étaient statistiquement associés aux IUAC. Ce n'était pas le cas pour l'insuffisance rénale, l'élévation de la CRP, l'altération du statut mental ou l'hypotension artérielle. Les patients de plus de 80 ans avaient moins d'épisodes fébriles ($p.0,019$), une augmentation de l'asthénie ($p.0,031$) et de l'insuffisance rénale ($p.<0,001$). Les CUAC présentaient une plus grande diversité microbienne et statistiquement plus d'Entérobactéries Productrices de Bêta-Lactamase à Spectre Étendu ($p.0,01$). Les ECBU étaient injustifiés dans 28,3 % des cas, principalement des CUAC, avec pour motifs : augmentation isolée de la CRP, retrait du cathéter urinaire, urines malodorantes/foncées. La plupart étaient effectués sans prescription médicale. Les traitements des 93 IUAC étaient conformes aux référentiels dans 83,9 % des cas, 6,4 % ne

l'étaient pas et 9,7 % l'étaient partiellement. Un traitement anti-infectieux a été prescrit pour 26 (9,3 %) CUAC.

CONCLUSION

Malgré les recommandations, le diagnostic des IUAC reste difficile avec une proportion non négligeable d'ECBU injustifiés et un risque de traitement inutile. Il en résulte l'émergence de bactéries multi-résistantes avec un risque de transmission croisée notamment à partir des patients colonisés. Les indications d'ECBU restent méconnues des soignants. Il est important d'améliorer la connaissance des référentiels et cela passe par la formation des soignants.

RÉSUMÉS DES PRIX ET PRIX JUNIOR

PRIX-01

FORMER PAR LA SIMULATION À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS LIÉES AUX DISPOSITIFS INTRAVASCULAIRES

WALOCHA Valérie⁽¹⁾, **TRONCHON Isabelle**⁽¹⁾, **BOUAMRIA Nadia**⁽¹⁾, **LOUKILI Noureddine**⁽¹⁾, **PERRIN Agnès**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La formation à la prévention du risque infectieux lié aux dispositifs intravasculaires (DIV) est un axe majeur des programmes d'action des EOH. Dans notre établissement, de 2012 à 2018, 3 à 6 journées de formation par an (3h de théorie, 3h d'ateliers) étaient réalisées par l'EOH, ciblant 12 à 16 IDE par formation. Seuls 9 professionnels pouvaient réellement pratiquer sur mannequin (torse et bras). En 2018, l'EOH a entièrement revu cette formation avec 2 objectifs : améliorer l'acquisition des savoir-faire des apprenants IDE en favorisant les ateliers procéduraux, et créer un réseau de « KT coach », véritables relais de l'EOH dans les services, pouvant participer à la diffusion des bonnes pratiques et la sensibilisation de leurs collègues. Ce travail présente le retour d'expérience de cette démarche.

MATÉRIEL & MÉTHODES

- Formation préalable des IDEH à la conception et l'animation de formations (3 j) et initiation à la simulation en santé (3 j) au centre PRESAGE (Plateforme de Recherche et Enseignement par la Simulation) de la faculté de Médecine.
- Organisation de 4 journées de formation par an au centre PRESAGE, pour 12 IDE max. par session.
- Conception des outils pédagogiques : supports théoriques, questionnaire d'évaluation des connaissances (avant/après) et vidéos avec l'aide de l'équipe PRESAGE (durée 10 mois).
- Création de la fiche de mission du KT coach.

RÉSULTATS

Le programme de la nouvelle formation « Prévention des risques infectieux liés aux abords vasculaires » associe un apport théorique initial plus réduit (2h) avec participation active des apprenants et visualisation de films puis la simulation de soins sur mannequins. Quatre actes sont réalisés par chaque participant : pose de voie veineuse périphérique, pansement de PICC et de voie centrale, branchement /débranchement d'une chambre implantable.

Les 3 sessions de 2019 ont permis de former 30 personnes avec un taux de satisfaction de 100 % versus 90 % en 2018. L'acquisition des connaissances, mesurée par le questionnaire en fin de séance, était de 98 % en 2019 versus 84 % en 2018.

La dynamique de groupe générée a motivé 60 % des inscrits (n=18) à s'engager comme KT coach.

CONCLUSION

La formation par la simulation, méthode pédagogique active, facilite l'apprentissage des bonnes pratiques liées aux manipulations des DIV. Ce nouveau format est très apprécié. Par contre, il impose de limiter l'effectif par session. Le nombre de KT coach engagés a dépassé nos prévisions. Deux réunions par an permettront de construire et animer ce réseau, maintenir leurs connaissances et élaborer avec eux un plan d'actions dans les secteurs de soins (audit...).

PRIX-02

PRÉVENTION DES ILC EN RÉANIMATION : PEUT-ON FAIRE MOINS CHER ET PLUS EFFICACE ?

SCHILTZ Guillaume⁽¹⁾, **LLORENS Mathieu**⁽¹⁾, **GOETZ Christophe**⁽²⁾, **GETTE Sébastien**⁽³⁾, **RONDELLOT Grégory**⁽⁴⁾, **SELLIES Jocelyne**⁽¹⁾, **RENAUDIN Laurie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'Hygiène Hospitalière, CHR Metz Thionville, Metz, FRANCE ; ⁽²⁾ Plateforme d'appui à la recherche clinique, CHR Metz-Thionville, Metz, FRANCE ;

⁽³⁾ Réanimation Polyvalente, CHR Metz-Thionville, Metz, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Service de Pharmacie, CHR Metz-Thionville, Metz, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention des infections liées aux cathéters veineux centraux (ILC) repose notamment sur l'utilisation de chlorhexidine alcoolique 2 % (CHG2 %) lors de la pose et l'application de pansements transparents semi perméables stériles sur le point d'insertion, à remplacer au 7^{ème} jour. En 2017, nous avons remplacé la povidone iodée par la CHG2 % et introduit des pansements transparents semi perméables renforcés pour limiter les réfections de pansement trop fréquentes. Il s'agissait d'un antiseptique (ATS) et d'un dispositif médical (DM) plus coûteux que ceux utilisés jusqu'en 2016. Notre objectif était de démontrer que ces moyens ont apporté un bénéfice clinique sans surcoût.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée en 2016 et 2018 dans un service de Réanimation Polyvalente de 24 lits qui participait à la surveillance REA RAISIN. Les patients inclus étaient ceux hospitalisés plus de 48h. Les critères de jugements étaient : (i) le taux d'incidence des ILC (incluant les Bactériémies liées aux cathéters – BLC), (ii) les coûts des moyens de prévention par séjour patient calculés à partir d'une méthode adaptée de celle de micro-costing de la HAS

et (iii) le coût évité en 2018. Les coûts ont été calculés pour les soins suivants : pose, réfection de pansement et ablation d'un CVC. Nous avons extrait des dossiers patients le nombre de réfections de pansement par patient et de la base de données REA RAISIN le nombre de CVC posés, les sites d'implantation, la durée d'exposition et la durée de maintien des CVC, le taux d'incidence des ILC ainsi que les facteurs d'ajustement suivants : âge, sex ratio, score IGSII.

RÉSULTATS

En 2018, nous avons observé (i) une diminution significative du taux d'ILC à 0/1000 jours de cathétérisme (versus 2.97 en 2016, $p=0,002$), (ii) une économie de 7,77 € pour les moyens de prévention des ILC par séjour patient, (iii) soit une économie de 2649,57 €. Entre 2016 et 2018 les critères suivants étaient comparables : âge, sex ratio, site d'implantation, durée d'exposition aux CVC et durée de maintien des CVC et les critères suivants étaient significativement plus bas en 2018 : score IGSII, proportion de patients avec un CVC et nombre de réfection par patient.

CONCLUSION

L'introduction de DM et d'ATS plus coûteux a permis de diminuer les taux d'ILC et de réaliser des économies en diminuant le nombre de réfections de pansements par patient. Ces économies pourraient être majorées en incluant le calcul du coût des ILC évitées.

PRIX-J-01

ÉTUDE PROSPECTIVE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE L'OBSERVANCE DES GESTES DE DÉSINFECTION DES MAINS PAR FRICTION CHEZ LES PROFESSIONNELS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS D'UN SERVICE DE MÉDECINE HOSPITALIER.

LANGLOIS *Dorothee*⁽¹⁾, **GIBERT** *Laure*⁽¹⁾, **LANGLOIS** *Vincent*⁽¹⁾, **CANDON** *Christine*⁽¹⁾, **MOUET** *Audrey*⁽²⁾, **SEILLER** *Pauline*⁽³⁾

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier du Havre, Le Havre, France ;

⁽²⁾ CHU Caen, Caen, France ; ⁽³⁾ Université de Caen-Normandie, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains (HDM) est une mesure cruciale dans la prévention de la transmission croisée des microorganismes. L'ICSHA révèle le niveau d'utilisation des produits hydro alcooliques (PHA) lors des soins. Plusieurs instances font le constat d'un usage insuffisant des PHA. Un de nos services de soins illustre cette observation et enregistre un résultat ICSHA

de 47%. L'application de la technique d'HDM par friction (THF) ne relève pas seulement d'un cadre réglementaire. Des trajectoires sociales individuelles agissent aussi. Nous cherchons donc à décrire les pratiques d'HDM ainsi que les barrières comportementales associées.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude quantitative incluant 17 paramédicaux d'un service de médecine et 4 entretiens qualitatifs.

RÉSULTATS

Le taux d'observance de la THF est de 57%. 90% des gestes d'HDM réalisés sont des frictions. Il existe une différence significative dans l'observance de la THF avant et après un contact avec le patient (33% vs. 88%, $p=0,01$). Sur l'ensemble de la population, la qualité de friction est inégale avec 8% de frictions complètes, 88% de partielles et 4% d'insuffisantes. Des entretiens qualitatifs, il ressort que les agents soulignent l'importance de l'HDM et privilégient la THF. L'HDM est associée à la protection des patients et est réalisée en fonction des situations de soins et des patients pris en charge. L'équipe de soins et la cellule opérationnelle d'hygiène peuvent influencer les comportements d'HDM des professionnels avec, parfois, des effets paradoxaux. Ces comportements se structurent également autour d'un environnement de travail et des représentations individuelles du propre et du sale. L'apprentissage des gestes d'HDM est initié par les instances de la famille et de l'école.

CONCLUSION

Le taux d'observance de la THF est insuffisant. Les comportements d'HDM des professionnels ne dépendent pas uniquement de la stricte compréhension de la pathogénie infectieuse à l'origine des protocoles d'hygiène. Ils dépendent aussi du tissu social dans lequel évoluent les individus. Nous mettons en lumière que les gestes d'HDM sont des comportements incorporés par différentes instances de socialisation (la famille, l'école, les formations, l'hôpital). Les perceptions des professionnels sont l'expression de ces mécanismes. Cette étude permet de décrire ces représentations et ainsi de prendre conscience de l'intérêt de diversifier et d'adapter les méthodes de formation et de sensibilisation pour favoriser l'appropriation des messages et des outils par les professionnels de santé hospitaliers.

PRIX-J-02

ÉVALUATION DE L'ACTION D'UN STRESS PHYSIQUE ASSOCIÉ À UN STRESS CHIMIQUE SUR UN BIOFILM DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE FORMÉ DANS UN MATÉRIAU D'ENDOSCOPES.

CHOLLEY Anne Clémence^{(1) (2)}, **TRAORE O**^{(1) (2)}, **HOUFAF KHOUFAF FZ**^{(1) (2)}, **AUMERAN C**^{(1) (2)}
⁽¹⁾ Université Clermont Auvergne, CNRS, Laboratoire "Microorganismes : Génome et Environnement", Clermont-Ferrand, France ; ⁽²⁾ CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'utilisation des endoscopes représente un risque infectieux. Dans notre centre, une épidémie à *Klebsiella pneumoniae* (Kp206) productrice de BLSE CTX-M-15 était associée à un défaut de retraitement des endoscopes. La survie de Kp206 était liée à sa capacité à former un biofilm. Nous avons étudié le comportement d'un biofilm de Kp206 face à un stress physique, la dessiccation, associé à un stress chimique, le glutaraldéhyde (GTA).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un biofilm de 72 heures a été formé sur tube polytétrafluoroéthylène (PTFE) en système dynamique puis soumis à 4 conditions : avant dessiccation, sans (J0T) et après action du GTA (J0G) ; après 15 jours de dessiccation, sans (J15T) et après action du GTA (J15G). L'exposition au GTA 1% était de 5 minutes. La biomasse du biofilm a été évaluée par dénombrement et observation en microscopie confocale (MC). L'action du GTA 1% a été exprimée en pourcentage de survivants et par un ratio logarithmique (GTA/Témoin). La capacité de recolonisation des survivants a été observée au microscope optique sur un système flow-cell (SFC) avant (J0T) et après dessiccation (J15T) et après dessiccation et action du GTA 1% (J15G).

RÉSULTATS

Quatorze biofilms différents ont été étudiés. L'homogénéité des biofilms dans le PTFE (faible variabilité des écart-types à J0T) et la reproductibilité (pas de différence significative des moyennes de dénombrement entre essais, $p=0,36$ à J0T et $p=0,21$ à J15T) ont permis les comparaisons. Le pourcentage de survivants après GTA 1% est faible mais plus important après dessiccation, $6,82 \cdot 10^{-3}$ % (J15G) versus $2,01 \cdot 10^{-4}$ % (J0G). Les ratios logarithmiques confirment la présence de survivants sans différence significative entre J0G et J15G ($0,41 \pm 0,15$ versus $0,41 \pm 0,27$, $p=0,16$). La MC confirme les

résultats à J0 en montrant une diminution de la biomasse après GTA 1%. A J15, il n'a pas été possible de visualiser les survivants. Les observations du SFC ont montré la capacité des survivants à reformer un biofilm en 8 heures après 15 jours de dessiccation et malgré l'action du GTA 1%.

CONCLUSION

Kp206 présentait une tolérance à une concentration suboptimale de GTA probablement accentuée par la dessiccation et elle conservait une capacité de recolonisation malgré ces deux stress. Ceci confirme l'importance d'un processus maîtrisé à chaque étape lors du retraitement des endoscopes, notamment au niveau de la concentration en désinfectant, et fournit des arguments expérimentaux objectifs aux recommandations actuelles sur la désinfection des endoscopes.

RÉSUMÉS DES POSTERS CONGRÈS

P-001

ÉVALUATION DE LA DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE

LEDUC Pierre ⁽¹⁾, **LE BIHAN Marie Renée** ⁽¹⁾, **HILAIRE Jean Christophe** ⁽¹⁾, **NEULIER-LOZINSKI Caroline** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La réalisation d'une désinfection chirurgicale des mains par friction hydro-alcoolique (DCF) fait partie des mesures validées de prévention des infections de sites opératoires.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la technique de DCF, de comparer ces résultats avec ceux de 2014 et d'effectuer un état des lieux des équipements et produits nécessaires à l'hygiène des mains présents dans les sas des salles d'intervention (SI).

MATÉRIEL & MÉTHODES

La technique de DCF a été évaluée par audit observationnel des critères suivants : pré-requis, lavage des mains au savon doux, 1^{ère} friction et 2^{ème} friction. Les résultats ont été comparés avec ceux de 2014 par un test du X2.

L'état des lieux des équipements et produits nécessaires à l'hygiène des mains présents dans les sas des SI a été évalué par audit observationnel des critères suivants : SHA, savon doux, savon antiseptique, brosse à usage unique, affiche de la procédure de DCF, pendule murale, poubelle, distributeur d'essuie-mains et encombrement du sas.

Le référentiel utilisé était recommandations pour l'hygiène des mains-2009-SF2H.

RÉSULTATS

L'audit a été effectué durant deux mois de septembre à novembre 2019.

Concernant la technique de DCF, 70 observations ont été effectuées sur 16 chirurgiens, 29 internes, 5 externes et 20 IBODE. Les pré-requis ont été respectés pour 66/70 cas et le lavage au savon doux conforme pour 64/69 cas. 5/70 personnes ont effectué un lavage antiseptique des mains. La 1^{ère} friction était conforme dans 32/65 cas et la 2^{ème} dans 33/65 cas. La dose de SHA utilisée est insuffisante dans 13/65 cas pour la 1^{ère} friction et 18/65 cas pour la 2^{ème}. La conformité globale de la DCF était atteinte pour 24/65 cas (36.9 %).

La comparaison de ces résultats avec ceux de 2014 montre une augmentation significative de la conformité même si celle-ci reste insuffisante.

Concernant l'état des lieux des équipements et produits nécessaires à l'hygiène des mains présents dans les 10 sas des SI, SHA, savon doux, savon antiseptique, brosse à usage unique, poubelle et distributeur d'essuie-mains sont présents

dans tous les sas. L'affiche de la procédure est absente dans 4 cas, la pendule murale dans 6 cas et le sas est encombré dans 5 cas.

CONCLUSION

Les résultats ont été présentés aux équipes du bloc opératoire. Les pendules manquantes ont été mises en place et l'affiche de la procédure de DCF a été modernisée. La formation des internes et nouveaux arrivants va être renforcée et les équipes sensibilisées sur le zéro bijou et la perception du risque infectieux. Une réflexion sur la suppression du savon antiseptique des sas des SI est envisagée.

P-002

IMPACT DE L'USAGE DES GANTS SUR L'HYGIÈNE DES MAINS

MOREAU Karine ⁽¹⁾, **MOULEDOUS Sylvie** ⁽¹⁾, **SALAUN Armelle** ⁽¹⁾, **SAMPIETRO Christine** ⁽¹⁾, **PINA Patrick** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Tarbes, TARBES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains (HDM) a un rôle majeur dans la prévention de la transmission des microorganismes et des infections associées aux soins. Dans notre établissement, la consommation des SHA est insuffisante malgré toutes les campagnes de promotion. De plus, la consommation des gants est systématiquement supérieure à celle des SHA. Des études ont montré que le port de gants inadapté influence l'HDM. Le but de notre étude a été de vérifier s'il existe un mésusage des gants et s'il entraîne une diminution de l'observance de l'HDM.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons réalisé sur 5 services de médecine de notre établissement :

- un audit d'observation de l'HDM et du port de gants
- des entretiens dirigés sur les connaissances et les pratiques d'HDM et du port de gants

RÉSULTATS

79 professionnels ont été observés ce qui représente 1194 opportunités d'HDM.

Les entretiens ont été réalisés chez 41 professionnels, toutes catégories confondues.

L'observance de l'HDM (43 %) était systématiquement inférieure avant le soins (31 %) qu'après (51 %). Elle était

supérieure lors d'un geste invasif (62 %) que lors d'un contact cutané (47 %) et de l'environnement (37 %).

L'audit montre que le port de gants est adapté dans 87 % des cas. Les entretiens confirment la bonne connaissance des principales indications du port de gants.

Le port de gants est inadapté seulement dans 14 %. Cependant, les entretiens montrent que les gants ne sont pas seulement portés pour des indications objectives mais aussi à l'occasion de soins ne le nécessitant pas (contacts cutanés, toilette non intime...), témoignant d'une perception éronnée du risque.

On observe que les gants ne sont pas retirés à la fin du soin dans 36 % des cas. Lors des entretiens, 61 % confirment cette pratique malgré la conscience du risque. De surcroît, le service où les gants sont le moins retirés (55 %) est celui où l'observance de l'HDM est la plus basse (32 %). A l'inverse, celui où ils ne sont pas retirés dans 15 % des cas est celui où l'observance est la plus élevée (59 %). Il semble qu'il y ait une relation inverse entre l'observance et l'absence de retrait.

Lors des entretiens, 39 % disent réaliser HDM avant et après le port de gants, 61 % seulement après, 15 % la juge inutile et 12 % ne savent pas pourquoi elle est nécessaire.

CONCLUSION

Les résultats de l'étude montrent que les gants sont trop fréquemment portés au regard des recommandations.

Le port de gants semble remplacer l'HDM, notamment avant le soin.

Le retrait tardif des gants entraîne également une diminution de l'HDM après le soin. Le mésusage des gants a donc une influence sur l'observance de l'HDM dans notre établissement.

P-003

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DU CHUMEL AU BÉNIN

DEGBEY Cyriaque^(1,2), **AMOUSSOU Chantal**⁽³⁾, **BANKOLE Honoré**⁽⁴⁾, **MAKOUTODE Michel**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum Ouidah de l'Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, BÉNIN ; ⁽²⁾ Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, Cotonou, BÉNIN ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou, Cotonou, BÉNIN ; ⁽⁴⁾ Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi, département de Génie de Biologie Humaine, Abomey-Calavi, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains, un moyen simple, efficace et pluriquotidien constitue la première mesure de prévention des

infections associées aux soins. La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'observance de l'hygiène des mains par le personnel soignant du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et Enfant Lagune de Cotonou.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une étude transversale descriptive et évaluative a été menée. La population d'étude était constituée de 120 professionnels de santé provenant de huit (8) services où se déroulent les soins parentéraux. Les catégories professionnelles concernées étaient : les médecins, les sages-femmes, les infirmiers (ères) et les aides-soignants (es). La méthode d'échantillonnage était non probabiliste avec la technique de commodité pour toutes les cibles. Deux techniques de collecte ont été utilisées : l'enquête par questionnaire et l'observation.

RÉSULTATS

Le personnel enquêté avait un niveau de connaissance moyen des indications de l'hygiène des mains (54,4 %) excepté les aides - soignants (26,4 %). 53,10 % des enquêtés ignoraient le principal mode de transmission des infections liées aux soins. Seuls 12,5 % des services où l'enquête a été menée disposaient permanemment de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains. Le taux global de l'hygiène des mains était de 34,38 %. Ce taux était de 34,98 % chez les paramédicaux et de 44,28 % chez les médecins.

CONCLUSION

Il urge d'améliorer la compétence du personnel des unités donnant des soins parentéraux pour une meilleure observance de l'hygiène des mains afin d'assurer la prévention des infections hospitalières

P-004

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIÈNE DES MAINS DU PERSONNEL SOIGNANT DU CENTRE SAINT LUC, BÉNIN

DEGBEY Cyriaque^(1,2), **KOUASSI A. Louise Fideline**⁽³⁾, **SOSSA JEROME Charles**⁽¹⁾, **MAKOUTODE Michel**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum Ouidah de l'Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, BÉNIN ; ⁽²⁾ Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, Cotonou, BÉNIN ; ⁽³⁾ Centre de Santé à Vocation Humanitaire Saint Luc, Cotonou, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains est une composante importante de tout système de prévention des infections associées aux soins. La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'observance de l'hygiène des mains par le personnel soignant du centre de santé à vocation humanitaire St Luc au Bénin.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et évaluative réalisée dans les services de la maternité, de la pédiatrie et de la protection maternelle et infantile dudit Centre. La population d'étude était composée de 50 agents de santé (médecins, sages-femmes, infirmières infirmiers, aides-soignantes, assistantes sociales) sélectionnés par la technique d'échantillonnage exhaustive. Différentes techniques de collecte des données avaient été utilisées : L'enquête par questionnaire ; l'entretien et l'observation directe du personnel au cours des soins pour l'évaluation de l'observance de l'hygiène des mains.

RÉSULTATS

Le taux de l'observance globale de l'hygiène des mains était de 36 %. En ce qui concerne la connaissance des indications de l'hygiène des mains, seules les indications 3 (92 %) et 4 (98 %) sont les plus connues par le personnel enquêté. Moins de 50 % du personnel connaissent les principales modes de transmission croisée. Le dispositif pour la réalisation de l'hygiène des mains est disponible dans les services observés. L'eau propre et les savons liquides sont disponibles dans tous les services. Les essuie-mains propres à usage unique et les réceptacles pour les recueillir à la fin de l'opération ne sont disponibles dans aucun service.

CONCLUSION

Il est donc urgent que des moyens soient mis en œuvre pour l'atteinte d'un fort taux d'observance de l'hygiène des mains.

P-005

COMBIEN D'OPPORTUNITÉS D'HYGIÈNE DES MAINS ATTENDUES EN EHPAD ? ETUDE DE TERRAIN.

VINCENT Agnès⁽¹⁾, **BAYLE Sylvie**⁽¹⁾, **BARDE Sabine**⁽²⁾, **BOILEAU Delphine**⁽²⁾, **VAREILLE Melisa**⁽²⁾, **VACUS Gérard**⁽²⁾, **ALARCON Frédérique**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Valence, Valence, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier Elisée Charra, Lamastre, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le nombre de frictions attendues par jour/par résident était de 2 jusqu'en 2017 puis de 4.

Dans notre EHPAD, l'indicateur de la consommation de solution hydro-alcoolique (ICSHA), stable depuis plusieurs années, est de 46.4 %. Après plusieurs actions de sensibilisation sur l'hygiène des mains, nous avons voulu, grâce à l'enquête proposée par le GRHYM (Groupe d'Etude national sur l'Hygiène des Mains), changer l'angle d'attaque. Il a été proposé aux professionnels de réfléchir aux opportunités d'hygiène des mains (OPHDM) rencontrées au cours de leurs prises en charge.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'EHPAD dont le GIR Moyen Pondéré (GMP) est de 791 comprend 112 lits. L'enquête s'est déroulée selon la méthodologie GRHYM développée pour les établissements sanitaires :

- Étape 1 : estimation par le médecin hygiéniste accompagné des correspondants, à partir de dossiers de résidents représentatifs de l'EHPAD, du nombre d'OPHDM attendu sur 24h.
- Étape 2 : estimation par les soignants de l'EHPAD, sur 24h, du nombre de frictions attendues lors de la prise en charge des résidents. Cette deuxième étape sera organisée courant janvier 2020.

RÉSULTATS

L'étape 1 a inclus 16 dossiers : 8 résidents GIR 1, 5 GIR 2, 2 GIR 3 et 1 GIR 5. Parmi les soins tracés, dix ont été individualisés : 6 soins de nursing, 3 soins infirmiers et une « réfection de lit ». Une moyenne de 9,4 OPHDM par résident a été identifiée sur 24h. Cette moyenne était respectivement de 12,1 ; 12,4 ; 5,5 et 1 pour les résidents GIR 1, 2, 3 et 5.

CONCLUSION

Une des limites de l'étude GRHYM, déjà relevée en sanitaire, est la restriction aux OPHDM réalisées dans la chambre. En EHPAD, plusieurs frictions sont nécessaires hors chambre, notamment pour les résidents les moins dépendants. Les données recueillies ici sous-estime probablement le nombre d'OPHDM demandées par les bonnes pratiques de soins. De même, la non traçabilité sur le dossier du résident de certains soins réduit le nombre d'OPHDM identifié. Cette limite sera levée par l'étape 2.

Cette étude a permis d'identifier, sur dossier, un nombre d'OPHDM fortement corrélé à l'état de dépendance du résident. L'étape 2 permettra de conforter ou d'infirmier ce premier résultat en le confrontant à la pratique. Ces résultats permettront d'affiner les sensibilisations à l'hygiène des mains réalisées par l'équipe d'hygiène qui, jusqu'à présent, n'ont pas permis d'obtenir une augmentation de l'ICSHA de l'établissement

P-006

EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SOINS AU « ZÉRO BIJOU »

SALAUN Armelle⁽¹⁾, **SAMPIETRO Christine**⁽¹⁾, MOREAU Karine⁽¹⁾, MOULEDOUS Sylvie⁽¹⁾, PINA Patrick⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Tarbes, TARBES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'absence de bijou des professionnels de soins garantit l'efficacité de l'hygiène des mains. Devant le constat en 2015 de la persistance du port de bijoux malgré les formations répétées de l'EOH, un programme énergique de sensibilisation au « zéro bijou » a été mené dans notre établissement depuis 2016. Le but de notre travail a été de mesurer l'efficacité de ce programme.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le programme de sensibilisation a consisté :

- Par la réalisation régulière de quick audits « zéro bijou » combinés à des actions de sensibilisation (mise en culture des bijoux, atelier pratique de technique d'hygiène des mains avec un caisson pédagogique, campagnes répétées d'affichage, discussion autour des freins au zéro bijou, etc.)
- Par la restitution systématique des résultats des audits et des cultures de bijoux aux professionnels dans les unités de soins et aux instances (CME, réunions de cadres)
- Par l'implication active de la direction avec le passage du directeur des soins lors des actions de sensibilisation de l'EOH et la communication au travers de la lettre d'information de l'établissement.

RÉSULTATS

Chaque quick audit a permis l'observation de 270 professionnels en moyenne (de 252 à 305). Toutes les catégories professionnelles ont été concernées.

L'observance globale du zéro bijou a progressé de 68 % en 2015 à 85 % en 2019. La progression a été constatée dans toutes les catégories professionnelles mais principalement chez les paramédicaux (entre 2015 et 2019 : 83 % à 94 % pour les IDE, 75 % à 89 % pour les AS et 55 % à 89 % pour les ASH, 61 % à 66 % pour les médecins). En 2019, le bijou encore majoritairement retrouvé est l'alliance (51 %) même si son port a diminué de 119 % depuis 2015 (22,6 % des professionnels en portaient en 2015 contre 7,8 % en 2019). On constate que lorsque les cadres de santé portent des bijoux, l'observance moyenne du zéro bijou des professionnels des services concernés est de 64 % alors qu'elle passe à 87 % lorsque les cadres n'en portent pas (risque relatif = 2,7 - p <

0,001). De même, l'observance des professionnels des services ou les médecins portent des bijoux est de 72 % alors qu'elle passe à 91 % lorsque les médecins n'en portent pas (RR = 3,0 - p < 0,001).

CONCLUSION

Notre travail a montré l'efficacité d'une campagne multimodale de sensibilisation des professionnels au zéro bijou associée à un soutien actif de la direction et du président de CME. Les résultats traduisent également l'importance de l'exemplarité des cadres de santé et du corps médical dans l'adhésion des professionnels au zéro bijou.

P-007

LES OPPORTUNITÉS D'HYGIÈNE DES MAINS EN HÉMODIALYSE

LEMOINE Laura⁽¹⁾, **BEGRI Rachida**⁽¹⁾

⁽¹⁾ ECHO dialyse, 85 rue St Jacques, 44202 Nantes, Cedex 02, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hémodialyse expose les patients traités à un risque infectieux important. Ils sont immunodéprimés, dialysés de façon concomitante dans un espace ouvert et requièrent souvent des hospitalisations et/ou consultations.

L'objectif de cette étude était d'identifier les opportunités d'hygiène des mains et leur observance en centre ambulatoire d'hémodialyse.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'étude s'est déroulée sur 3 mois auprès des 340 personnels paramédicaux de tous les centres ambulatoires de notre établissement, soit 9 structures sur 41 dans 6 départements. L'observance d'hygiène des mains (HDM) des soignants était mesurée selon deux approches : 1) observation du respect des opportunités d'HDM réalisées par les Aide-soignants AS et infirmiers IDE au regard du protocole interne de branchement/débranchement d'un patient dialysant sur fistule artérioveineuse (FAV). 2) quantitative déclarative via un auto-questionnaire en ligne fonction du métier (AS et IDE).

Les données ont été exprimées en % de conformité par rapport au protocole institutionnel de branchement/débranchement de fistule et au nombre d'opportunités d'HDM (OHDM) identifiées s'appuyant sur les recommandations de la SF2H.

RÉSULTATS

24,7 % du personnel (84 sur 340) a été audité sur 42 séances patient. Selon l'autonomie du patient et la chronologie des soins, on observe une moyenne de 14 OHDM /séance patient.

L'observance était de 66.9 % HDM dont 95.4 % de friction SHA. Les moments de frictions SHA les moins respectées du protocole sont en fin de séance, lors de la restitution du circuit sang (avant d'effectuer l'acte pour 35.7 % et pour 33.3 % après retrait des gants). Le taux de participation des professionnels pour l'auto-évaluation était de 40 % (136 participants/ 340 soignants). Les professionnels étaient soit des IDE (92/231), soit des aide-soignants (44/109). 40,4 % des paramédicaux n'ont pas eu de formation continue en hygiène et seuls 32,3 % ont reçu une formation supérieure à 5 ans.

Les questionnaires correspondaient à 2909 ODHM pour les IDE et 2092 pour les AS, correspondant respectivement à 368 et 352 séances patients. Le taux de conformité des HDM est de 73 % pour les IDE et de 75 % pour les AS.

Les OHDM les moins respectées par les IDE sont avant la manipulation d'écrans (Tableau 1).

Les OHDM les moins observées par les AS sont principalement avant le contact patient (Tableau 2).

CONCLUSION

Les risques infectieux de transmission croisée sont liés à la non identification des OHDM, la gestion des claviers/écrans et au mésusage du port de gants. L'amélioration des pratiques sera l'enjeu des formations, accompagnée sur le terrain par des référents hygiène.

Acte de soins	% de non-observance d'HDM*
Avant l'installation du brassard à tension artérielle	52%
Entre la manipulation de l'écran du générateur et l'ordinateur	53%
Avant d'injecter le sérum lors de la mesure du débit de FAV	58%
Avant le bionettoyage du chariot de soins	60%
Avant la manipulation de l'écran de générateur	63%
Avant manipulation de l'écran lors de la mesure du débit de FAV	66%
Avant d'aller chercher un traitement médicamenteux oral/IV	67%
Avant l'impression du tracé ECG	71%

*HDM= Hygiène des mains

Tableau 1. Opportunités d'HDM* les moins observées par le personnel infirmier

Acte de soins	% de non observance d'HDM*
Avant manipulation de l'écran du générateur	50%
Avant le démontage de la circulation extra-corporelle	50%
Avant manipulation de l'ordinateur ou de la souris	50%
Avant d'aider un patient pour un déplacement	52%
Avant une aide à l'habillage	52%
Après le montage d'un générateur	52%
Entre deux plateaux de collations donnés	52%
Avant d'aider un patient à l'installation dans un lit	59%
Avant de raccompagner un patient au vestiaire	61%
Avant de donner un mouchoir au patient	64%
Avant l'installation du brassard à tension artérielle	70%
Avant de retirer les chaussures au patient	73%

* HDM= Hygiène des mains

Tableau 2. Opportunités d'HDM* les moins observées par le personnel aide-soignant

P-008

HYGIÈNE DES MAINS DU PERSONNEL DANS UN HÔPITAL AU SUD-EST DE LA CÔTE D'IVOIRE

SACKOU-KOUAKOU Julie-Ghislaine^(1, 2),

DIOMANDE Gouamo⁽¹⁾, KOUADIO Luc⁽¹⁾

⁽¹⁾ Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, CÔTE D'IVOIRE ; ⁽²⁾ Institut National de Santé Publique-Côte d'Ivoire, Abidjan, CÔTE D'IVOIRE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains est la principale action recommandée pour réduire les infections associées aux soins. Elle confirme ainsi la place des professionnels de santé dans le processus de sécurité des soins. Cependant les taux d'observance en Côte d'Ivoire restent peu documentés. L'objectif de cette étude était de mesurer le niveau de pratique du lavage des mains et les facteurs associés dans un hôpital du sud-est de la Côte d'Ivoire.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'étude transversale descriptive s'est déroulée en avril 2019. Elle a ciblé tous les professionnels de la santé présents le jour de l'enquête dans les unités de soins mère-enfant de l'hôpital. Une enquête par questionnaire auto-administré a servi à collecter les données socio-démographiques et les connaissances sur l'hygiène des mains. Une observation non participative des pratiques de lavage des mains a été réalisée par la suite. Les scores ont été établis pour les connaissances et la pratique de lavage des mains. Les scores de connaissances ont été catégorisés en 4 niveaux de conformité (mauvais, insuffisant, moyen et bon). Quant aux scores de la pratique, ils ont été classés en trois niveaux de conformité (faible, moyen et bon). L'existence d'association entre le lavage des mains et les autres caractéristiques a été mise en évidence par le test de Chi-carré au seuil de 5 %.

RÉSULTATS

Parmi les 48 professionnels de la santé ayant participé à l'enquête, les infirmiers étaient les plus représentés (47,9 %). La moyenne d'âge était de 39,2 (±5,4) ans et le sex-ratio H/F était de 1,4. Les services visités possédaient le matériel nécessaire pour le lavage des mains à savoir des lavabos fonctionnels, du savon liquide, du gel hydroalcoolique et des essuie-mains à usage unique. La majorité du personnel avait une connaissance moyenne sur le lavage des mains (63,7 %). L'observation des pratiques de lavage des mains a également relevé un niveau de conformité moyen chez 79,1 % du personnel. Les consignes les moins respectées dans le processus étaient celles d'ôter les bijoux et de respecter le

temps minimum défini pour le lavage des mains. La profession était le seul facteur associé au lavage des mains. Ainsi les médecins avaient une meilleure pratique ($p=0,004$). Le niveau de conformité le plus faible a été retrouvé chez les aides-soignants.

CONCLUSION

La formation continue reste d'actualité pour améliorer l'observance du lavage des mains chez l'ensemble du personnel de soins.

P-009

C'EST LA SEMAINE HYGIÈNE DES MAINS : VENEZ JOUER AVEC L'EOH !

MARCHAND Magali⁽¹⁾, **DUBUISSON Magali**⁽¹⁾, CYVOCT Caroline⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Eure-Seine - Hôpital Evreux-Vernon, EVREUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La semaine hygiène des mains est un temps fort dans l'établissement. Afin de renouveler les animations proposées en parallèle du caisson pédagogique, l'EOH a revisité des jeux de société pour les adapter au thème : en 2017, un Jeu de l'oie® ; en 2019 le 1000 Bornes® et le Cochon qui rit®.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les différents jeux et le caisson pédagogique étaient animés par un hygiéniste ou un correspondant en hygiène. Les règles des jeux étaient affichées sur le stand.

Oh les mains ! : le joueur lance un dé et déplace son pion sur un plateau de jeu. La couleur de la case d'arrivée (verte, jaune ou rouge) détermine la difficulté de la question. En cas de bonne réponse, le joueur avance de 1 à 3 cases bonus selon la couleur.

Le jeu des « 1000 litres » : l'objectif est de consommer au moins 1000 litres de SHA. Les participants jouent chacun leur tour, seuls ou en équipe, en piochant une carte avant d'en déposer une sur le jeu ou de se défausser.

Les feux verts sont remplacés par des bonnes réponses à des questions sur l'hygiène des mains. Des attaques (ex : ongles vernis, bague, rupture de stock de SHA...) empêchent la consommation de SHA (25, 50, 100 ou 200 litres), des parades (dissolvant, porte-bijoux, livraison urgente...) permettent d'annuler ces attaques. La gale est une « limitation de consommation » : en l'absence de traitement, la consommation de SHA est limitée à 50 litres.

« À mains nues » : des mains de démonstration de manucure sont habillées de bague, bracelet, alliance, montre, ongles longs ou vernis. En lançant les dés et en répondant à des

questions sur l'hygiène des mains, le joueur peut retirer au fur et à mesure les bijoux et obtenir finalement une main conforme aux pré-requis.

RÉSULTATS

« Oh les mains ! » a attiré 136 professionnels en 2017, 131 en 2018. En 2019, 104 professionnels ont joué « à mains nues » et 52 au « 1000 litres ». Le caisson pédagogique a été utilisé par respectivement 178, 239 et 206 professionnels. Les jeux ont été unanimement appréciés, mais nécessitent des ajustements en temps réel (sélectionner les questions selon les catégories professionnelles, adapter les règles du jeu au temps dont disposent les professionnels...).

Chaque participant est reparti avec un cadeau.

CONCLUSION

Ces nouveaux jeux ont permis d'attirer les professionnels et ont suscité des échanges sur d'autres aspects que la technique de friction. Le caisson pédagogique est toujours apprécié par les participants et reste un outil incontournable de cette semaine. Ces jeux seront également utilisés lors des formations en hygiène en 2020.

P-010

ÉVALUER LES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS EN REDONNANT DU SENS

VENIER Anne-Gaëlle⁽¹⁾, NASSO Raymond⁽²⁾, JARRIGE Bruno⁽²⁾, GUISNEL Sandrine⁽²⁾, PARNEIX Pierre⁽¹⁾, BERVAS Caroline⁽¹⁾, PEFAU Muriel⁽¹⁾, REYREAU Emmanuelle⁽¹⁾, GAUTIER Christophe⁽¹⁾, DUTRECH Rachel⁽¹⁾, DUMARTIN Catherine⁽¹⁾, BAROUX Romane⁽¹⁾, NION-HUANG Michèle⁽³⁾, LEON Audrey⁽³⁾, ARDICHEN Eva⁽¹⁾, QUINTARD Bruno⁽⁴⁾, BROC Guillaume⁽⁵⁾

⁽¹⁾ CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, FRANCE ;

⁽²⁾ CPias Iles de Guadeloupe, Pointe à Pitre, FRANCE ;

⁽³⁾ Santé Publique France, Saint Maurice, FRANCE ;

⁽⁴⁾ Département de psychologie de la santé, Université

Bordeaux Segalen, Bordeaux, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Université

Paul-Valéry Montpellier 3, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En milieu de soins, les professionnels limitent au quotidien la transmission des micro-organismes en se désinfectant les mains. Donner du sens aux pratiques ainsi qu'aux actions d'évaluation est devenu nécessaire. Un audit innovant, basé sur une approche en sciences-humaines et sociales a été créé et mis à disposition des établissements pour répondre à ce besoin.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit vise à évaluer les pratiques déclarées de friction avec un produit hydro-alcoolique des professionnels aux moments clés de la prise en charge de leurs patients/résidents tout en permettant d'identifier les freins et leviers socio-psychologiques. Cet audit recueille aussi l'expérience patient/résident pour éclairer les échanges avec l'équipe. Un algorithme délivre un plan d'action personnalisé qui oriente le service dans ses choix d'actions.

RÉSULTATS

Entre juin et décembre 2019, 457 établissements (de santé et médico-sociaux) ont utilisé l'audit. Au total, 14334 professionnels de santé ont été interrogés dont 1453 médicaux. Les résultats montrent une part de la désinfection par friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains égale à 61 % avec des disparités d'observance de la friction selon les situations cliniques. La réalisation de la friction est mieux respectée avant la pose d'un dispositif invasif (94 %). Les trois principaux freins à la friction hydro-alcoolique déclarés par les professionnels sont la crainte de la nocivité du produit (37 %), le caractère inconfortable ou désagréable du produit (37 %) et le fait de considérer certains soins ou gestes comme non à risque (35 %). Les 4600 patients/résidents interrogés appartenaient majoritairement à la tranche d'âge des 65-84 ans, 74 % d'entre eux pensaient devoir contribuer à évaluer l'hygiène des mains des professionnels de santé, 37 % déclaraient avoir reçu une information dans le cadre de leur séjour sur les moments où, en tant que patient/résident, ils devraient faire une hygiène des mains et y accordaient une importance forte (81 %). Leur expérience rapportait une friction faite par les soignants avant de les toucher dans 76 % des situations.

CONCLUSION

La part encore trop faible de la friction dans l'hygiène des mains par les professionnels fait écho aux freins déclarés par ces derniers. L'hygiène des mains des professionnels est visible positivement par les patients, avec un désir fort de ces derniers d'information complémentaire, trop peu satisfait à ce jour. Ces résultats notent aussi un souhait d'implication en cohérence avec la stratégie annoncée de la Haute Autorité de Santé d'intégrer l'expérience et l'avis du patient dans l'évaluation de la qualité.

P-011

PRÉSENTATION DU JEU « MAINS CLEAN » OU COMMENT OPTIMISER L'HYGIÈNE DES MAINS DES RÉSIDENTS EN JOUANT

MONNOT Émeline⁽²⁾, PACOT Jérôme⁽⁴⁾, DUVERNAY Christine⁽³⁾, ÉDITH Tissot⁽¹⁾, BERJAMY Fatima⁽¹⁾, **FLORET Nathalie⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CPias BFC - CHU Besançon, Besançon, FRANCE ;

⁽²⁾ EMHT - territoire de Dole, Dole, FRANCE ; ⁽³⁾ EMHT - territoire de Quingey, Quingey, FRANCE ; ⁽⁴⁾ EMHT - territoire de Pontarlier, Pontarlier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En établissement médico-social (EMS), dès la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013, il était attendu qu'un programme d'actions prioritaires soit défini par l'établissement avec une attention toute particulière sur la connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents, des règles d'hygiène standard dont l'hygiène des mains.

En région, des formations à l'hygiène des mains des professionnels des EMS ont été déployées par les IDE en hygiène de territoire (IDEHT). Ces formations ont souvent trouvé un écho auprès des résidents et de nombreuses séances de sensibilisation ont été opérées par les IDEHT auprès de ce public.

Acteurs de leur santé, les résidents participent également à la prévention des infections. D'ailleurs, dans le cadre du programme de lutte contre les infections associées aux soins (PROPIAS) 2015, la promotion de l'hygiène des mains de tous les acteurs (professionnels, usagers, résidents...) y est plébiscitée quel que soit le secteur de l'offre de soins.

Dans ce contexte, pour optimiser la sensibilisation des résidents à l'hygiène des mains en EMS, un outil pédagogique ad hoc a été imaginé.

MATÉRIEL & MÉTHODES

En lien avec l'animatrice d'un EMS de la région, un groupe de travail associant les IDEHT et l'Arlin a été constitué pour construire cet outil.

RÉSULTATS

Un jeu de société intitulé « Mains clean » a été développé comprenant un plateau de jeu, des cartes, la règle de jeu et des goodies pour récompenser les résidents au grés de leur progression.

S'appuyant sur une approche ludique et participative, ce jeu se révèle être un réel outil pédagogique qui permet, en s'amusant, de promouvoir l'hygiène des mains aux résidents

en mobilisant leur capacité cognitive et la motricité fine des mains.

D'un point de vue logistique, il appartient aux animateurs (pour les EHPAD) et éducateurs (pour les MAS-FAM) d'identifier les résidents en capacité de participer à ce jeu.

Un exemplaire du jeu a été remis à chaque IDEHT qui assure la co-animation et apporte son expertise sur la thématique de l'hygiène des mains et la prévention des infections.

CONCLUSION

Ce jeu permet de sensibiliser les résidents à l'hygiène des mains de façon ludique, de réaliser et d'intégrer par le jeu, les principes relatifs à l'hygiène des mains (indications, produits, gestuelle) et in fine, de rendre les résidents acteurs de la prévention et la maîtrise du risque infectieux.



P-012

COMMUNICATION POSITIVE AUTOUR DE L'HYGIÈNE DES MAINS

ROBERT Marion⁽¹⁾, **GIUFFRE Nadège**⁽¹⁾, **DUSART Karine**⁽¹⁾, **RENAUD Amélie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Douai, Douai, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'indicateur de Consommation de Solution Hydro-Alcoolique (ICSHA) est diffusé de façon mensuelle à chaque unité. Lors de cette restitution, l'EOH accompagne les résultats d'un message sur l'hygiène des mains créé pour l'occasion. L'objectif est de sensibiliser les professionnels de façon ludique ou humoristique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les résultats de l'ICSHA.3 sont calculés par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et sont restitués de façon mensuelle aux différentes Unités de Soins (US) concernées sous

forme de graphique. Celui-ci montre l'évolution mensuelle et annuelle de l'US par rapport à l'objectif national.

Chaque mois, les résultats sont accompagnés d'un message court de l'EOH, alliant souvent un texte et une illustration. Il peut s'agir :

- d'un message de rappel,
- d'un message en lien avec l'actualité
- ou de communication positive sur le thème de l'hygiène des mains.

RÉSULTATS

Différents messages ont pu ainsi être véhiculés :

- Références à l'actualité : mise en garde contre différentes fake news concernant l'utilisation de la solution hydro-alcoolique, évolution des épidémies en cours (grippe, gastro-entérite, coronavirus...)
- Messages de rappels : quelle méthode d'hygiène des mains choisir en fonction de la situation, information sur la composition de la solution hydro-alcoolique, intérêt du zéro bijou.
- Des slogans : « Quand le SHA n'est pas là, les bactéries dansent », « Votre sourire est votre plus beau bijou », « L'abus de solution hydro-alcoolique est dangereuse pour la santé des bactéries ! A Frictionner sans modération ».

CONCLUSION

Ces messages permettent à l'EOH de faire des rappels sur l'hygiène des mains. Ils sont régulièrement relayés et affichés dans les unités par les cadres de santé. Nous espérons ainsi favoriser la motivation des équipes et la confiance pluridisciplinaire.



Quand le SHA n'est pas là, les bactéries dansent les bactéries dansent



La solution hydro alcoolique est-elle cancérogène / tératogène ?



Rappels de la Société Française d'Hygiène Hospitalière :

- Seule la **boisson alcoolique** est considérée comme cancérogène par l'OMS, et non les solutions à usage cutané.
- L'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation et du Travail) ne répertorie pas le SHA dans les substances cancérogènes / tératogènes.

Pour en savoir plus : <https://sf2h.net/le-combat-sans-fin>

Alerte Fake news

Les transmissions croisées ?

Je m'en lave les mains !

ME

Et je fais l'hygiène des mains !

Friction Hydro-Alcoolique (FHA) pour toutes les situations.

Lavage au savon doux en cas de mains souillées ou mouillées.

En cas de contact avec le ***Clostridium difficile*** ou la gale : **lavage au savon doux puis FHA.**

Quel type d'hygiène des mains

Qu'est ce que **SHA** contient ??



Composition de la SHA

P-013

HYGIÈNE DES MAINS : MISE EN PLACE D'UNE DÉMARCHÉ MULTIMODALE EN RÉGION

BORGEY France⁽¹⁾, **ROLAND Isabelle**⁽²⁾, **LEVALLOIS Marie-Line**⁽³⁾, **TACK Géraldine**⁽⁴⁾, **CANIVET-THOMASSIN Anne**⁽⁵⁾, **CHAUVIN Corine**⁽⁶⁾, **MARINI Hélène**⁽⁷⁾, **DELANOÉ Corinne**⁽⁸⁾, **RENAUX Véronique**⁽⁹⁾, **OLLIVIER Dominique**⁽¹⁰⁾, **HENRY Liliane**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Normandie, Caen, FRANCE ; ⁽²⁾ CPias Normandie, Rouen, FRANCE ; ⁽³⁾ CH Vire, Vire, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Clinique Des Ormeaux, Le Havre, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CLCC Baclesse, Caen, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CH Bayeux, Bayeux, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CHU de Rouen, Rouen, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CH St James, St James, FRANCE ; ⁽⁹⁾ CH St Valéry en Caux, St Valéry en Caux, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ CHIC Des Andaines, La Ferté-Macé, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains par produit hydro-alcoolique (PHA) est la mesure clé pour la prévention des infections associées aux soins, et son utilisation est reflétée par l'indice de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA). Suite à la réforme territoriale et la création de la nouvelle région en 2017, une analyse de l'ICSHA régional ayant montré des résultats inférieurs à la moyenne nationale, un groupe de travail pluri-professionnel a été constitué pour identifier les freins et leviers relatifs à l'usage des PHA, et proposer des actions de promotion dans le cadre d'une démarche multimodale à l'échelle de la région.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une étude qualitative a été réalisée, associant envoi d'un questionnaire en ligne aux hygiénistes de la région et entretiens semi-directifs téléphoniques. L'analyse de contenu des réponses aux entretiens et au questionnaire a été rassemblé dans un corpus de données, puis dépouillé pour proposer la constitution d'outils, intégrés dans les 5 composantes de la stratégie multimodale de l'OMS.

RÉSULTATS

Au total, 68 réponses au questionnaire et 12 entretiens semi-directifs ont permis de recueillir des données de plus de 50 %

des établissements de santé de la région. Après analyse, ont été élaborés :

- pour l'axe changement de système, afin d'afficher l'implication des responsables, une charte d'engagement de la direction ;
- pour l'axe éducation-formation, pour répondre à la demande d'un outil ludique et répondant aux fake news, un calendrier 2020 -année hygiène des mains- ;
- pour l'axe évaluation des pratiques et communication des résultats, en réponse à la demande de mise à disposition d'un outil moins abstrait que l'ICSHA, un tableur a été construit pour un affichage des résultats avec le nombre de frictions réalisées par patient et par service ;
- pour les rappels et incitatifs sur le lieu de travail, pour répondre aux demandes de slogan amusant, et de rappels sous forme de mises en situations comiques, une affiche humoristique et des saynètes « clés en mains » ; enfin,
- pour développer une culture institutionnelle de sécurité, en répondant aux demandes de rappels sous un format original des pré-requis et des indications des PHA pour les professionnels, des chartes d'engagement des soignants rédigées sous forme de « poésies » ont été proposées.

CONCLUSION

Au-delà de l'impulsion d'une certaine dynamique régionale pour la promotion de l'hygiène des mains, les différents outils proposés, complémentaires de ceux de la mission Matis, sont mis à disposition des établissements de la région pour une promotion des PHA sur le long terme, et feront l'objet d'une évaluation.

P-014

IMPACT D'UN OUTIL DE MONITORING AUTOMATIQUE ET CONTINUE SUR L'OBSERVANCE D'HDM CHEZ LES SOIGNANTS

SI ALI Amine⁽¹⁾, **BROUQUI Philippe**⁽²⁾, **BREHAUT Paula**⁽¹⁾, **CHEREL Olivia**⁽¹⁾, **TISON Myriam**⁽¹⁾, **DELETANG Elisabeth**⁽¹⁾, **SIMON Valentin**⁽¹⁾, **EL ASSALI Abder**⁽¹⁾, **LANCELEUR Francine**⁽²⁾

⁽¹⁾ CH. Intercommunal de Créteil, Créteil, FRANCE ;

⁽²⁾ IHU Méditerranée infection, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'observation directe de l'hygiène des mains (HDM) chez les soignants est la méthode de référence. Les limites de cette méthode (effet Hawthorne) nous ont amenés à étudier l'intérêt d'un Système Automatique de mesure d'observance d'HDM (SAHDM) : monitoring continue de la consommation directe et réel de PHA dans la chambre de patient. Objectif : Impact d'un SAHDM associé à la stratégie multimodale d'OMS de promotion d'HDM, sur le taux d'observance des soignants.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Étude prospective sur 3 ans, non randomisée et observationnelle. 1) Identification des opportunités de friction (IOF) par les soignants eux-mêmes (année 2017). Chaque soignant identifie sur une grille ses propres opportunités de friction lors d'interventions auprès des patients. Les opportunités correspondent aux situations pour lesquelles les soignants estiment qu'une friction est attendue qu'elle ait donné lieu en réalité à une HDM ou non. 2) Campagne d'OMS de stratégie multimodale d'HDM (2018 à 2020) dans 5 services pilotes (Réanimation, Médecine interne, Hépatogastro, Chir. Viscérale et Chir. Gynécologique). Des objectifs d'améliorations ont été fixés : 10 à 20 % d'augmentation de 2018 à 2019 (taux cible entre 70 à 80 %) puis 10 % d'augmentation de 2019 à 2020 (taux cible entre 80 à 90 %). 3) Installation séquentielle d'un SAHDM dans 270 distributeurs PHA : dans les chambres de patient des 5 services pilotes et dans 4 autres services n'ayant pas participé à la campagne OMS. Cet outil ne trace pas les individus. Il permet de mesurer la consommation directe de PHA dans la zone patient, exprimée en nombre de friction (1 prise = 1.5 ml).

RÉSULTATS

1) Etude OIF 2017. (Tableau 1)

2) Campagne OMS de stratégie multimodale d'HDM : 1512 opportunités d'HDM ont été auditées (avant/après), pendant 225 sessions de 20 minutes chacune à raison de 7 observations par session. Le taux d'observance globale d'HDM par service s'est amélioré entre les 2 phases. Trois services ont atteint l'objectif minimum de 70 %, dont deux supérieurs au seuil de 85 %. Une amélioration du taux d'observance entre 70 et 75 % est obtenue dans les 5 indications OMS (Tableau 2)

3) SAHDM : (Tableaux 3 et 4)

CONCLUSION

Les taux d'observance directe d'HDM et les valeurs d'indicateurs ICSHA3 et IOF sont nettement supérieurs à ceux générés par SAHDM. Ce qui reflète très probablement une surestimation en raison de l'effet Hawthorne lié à l'observance et au biais quantitatif de PHA délivrés par la pharmacie. Notre étude se poursuit dans les 7 autres services (Réanimations, Chirurgies, Oncologie, etc.) avec agrégation des données et analyse des résultats.

Identification Opportunités de friction (IOF 2017)

Services enquêtés	Opp théoriques ICSHA 3	IOF réelles par JH En pratique (N)
Méd. interne	10	22
Med Poly	10	27
HGE	10	17
Oncologie	10	23
Réa. Adulte	43	71
Réa. NN	43	47
Chir. digestive	12	19
Chir. pédiatrique	12	23
		N > (ICSHA3)

Tableau 1. Etude OIF 2017

Observance des 5 Services (P₁ et P₂)

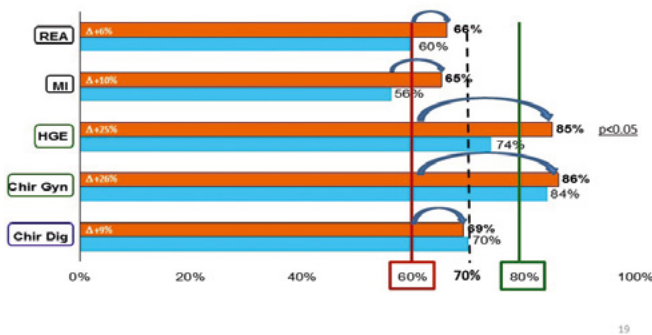


Tableau 2. Résultats d'Observance HDM (5 services pilotes)

SAHDM en médecine interne (décembre 2019):
Tableau de bord du monitoring des frictions PHA dans les chambres de patient

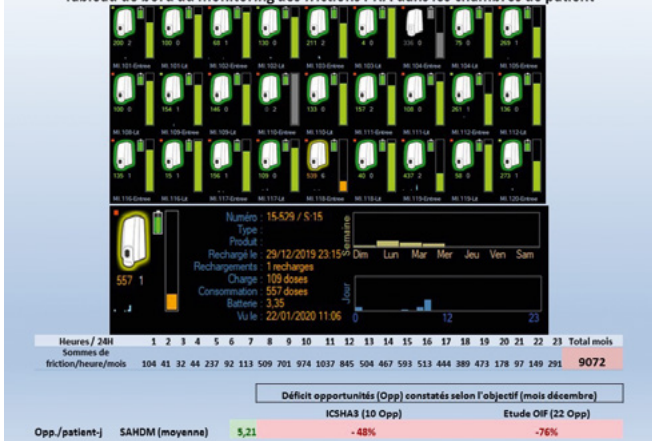


Tableau 3. SAHDM (Synoptique)

Tableau comparatif entre les différents types de mesure d'indicateurs

Indicateur interne (Observance directe d'HDM - 65%)	% Objectif d'atteinte de l'indicateur		Ecart SAHDM / Quantité PHA délivrée (Bois)	
	ICSHA3 (10 Opp)	Etude IOF (22 Opp)	ICSHA3 (10 Opp)	Etude IOF (22 Opp)
Total PHA délivrés = 31 litres (Distributeurs chambre + flacons pompes et poches)	113 %	57 %	54 %	35 %
Distributeurs muraux uniquement = 22 litres (chambres)	80 %	36 %	31 %	14 % (écart faible)
SAHDM (nb prises x 1,5 ml) = 9072 prises = 13,6 litres	49 %	22 %	Ecart de mesure d'indicateurs (14 à 64%)	

Indicateur Gastro (Observance directe d'HDM - 85%)	% Objectif d'atteinte de l'indicateur		Ecart SAHDM / Quantité PHA délivrée (Bois)	
	ICSHA3 (10 Opp)	Etude IOF (22 Opp)	ICSHA3 (10 Opp)	Etude IOF (22 Opp)
Total PHA délivrés = 13 litres (Distributeurs chambre + flacons pompes et poches)	70 %	41 %	29 %	17 %
Distributeurs muraux uniquement = 10 litres (chambres)	53 %	31 %	12 %	7 % (écart faible)
SAHDM (nb prises x 1,5 ml) = 9072 prises = 7,6 litres	41 %	24 %	Ecart de mesure d'indicateurs (7 à 29%)	

Tableau 4. Comparatif SAHDM versus ICSHA3 et OIF

P-015

IMPLICATION DES PATIENTS : UN ENJEU POUR LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

MARCO Léa⁽¹⁾, BERDOT Charlotte⁽¹⁾, SCOTTO Frédérique⁽¹⁾, SIROT Florence⁽¹⁾, CAMBIEN Guillaume⁽¹⁾, BOUSSEAU Anne⁽¹⁾, LALAND Catherine⁽¹⁾, CASTEL Olivier⁽¹⁾, THEVENOT Sarah⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Poitiers, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans les établissements de santé, la fréquence et la qualité des pratiques d'hygiène des mains sont peu optimales avec une observance souvent inférieure à 50 %. La non-observance de l'hygiène des mains par les professionnels contribue à la propagation d'infections nosocomiales. La perception et l'importance accordée par les patients à l'hygiène des mains des soignants ont été évaluées afin de les impliquer dans la prévention des infections associées aux soins

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale anonyme monocentrique à visée descriptive réalisée du 12 Juin 2019 au 15 Juillet 2019. Un questionnaire a été adapté par l'équipe opérationnelle d'hygiène à partir de celui mis à disposition par le Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins en 2019. Le questionnaire a été soumis à 330 patients à raison de 6 patients/service par les correspondants en hygiène de l'établissement.

RÉSULTATS

Le taux de réponse est de 95 % avec une proportion identique d'hommes et de femmes parmi les répondants. La moitié des patients (56 %) a plus de 65 ans. Ils ont un bon ressenti sur la fréquence d'utilisation des PHA par les soignants (moyenne de 7 sur une échelle de perception allant jusqu'à 10). De plus, ils se sentent concernés par l'hygiène des mains et considèrent comme très important le fait que les professionnels utilisent les PHA avant un examen

ou un soin (moyenne 8.7/10). Ils sont favorables à 73 % à contribuer à l'évaluation de l'utilisation des PHA par les professionnels. Pourtant, la majorité des patients considère manquer d'informations sur l'hygiène des mains (81.4 %) et sont en demande d'information.

CONCLUSION

Les patients se sentent concernés par l'hygiène des mains et sont en demande d'informations. Ils souhaitent s'impliquer dans l'évaluation du respect de l'hygiène des mains par les professionnels. Ceci nécessite une compréhension plus approfondie de différents facteurs complexes tels que la relation thérapeutique patient-soignant, le niveau de compréhension du patient et de son rôle dans la participation et enfin l'acceptation de cette démarche par les professionnels.

P-016

HYGIÈNE DES MAINS : FOCUS SUR LES PATIENTS ET LES VISITEURS

DEBAILLE Estelle⁽¹⁾, **BRUCHON Christine**⁽¹⁾, **DEPAIX CHAMPAGNAC Florence**⁽¹⁾, **BARRETO Christine**⁽¹⁾, **GRANDO Jacqueline**⁽¹⁾, **BERGUE Elisabeth**⁽¹⁾, **VAVRIL Candice**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽²⁾

⁽¹⁾ UHE HCL groupement Est, Bron, FRANCE ;

⁽²⁾ Université Lyon 1, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la journée mondiale de l'hygiène des mains, nous avons souhaité évaluer l'information reçue par les patients et les visiteurs concernant les solutions et gels hydro alcooliques (SHA) ainsi que leur utilisation. Nous avons également voulu évaluer l'information donnée par les professionnels aux patients et visiteurs sur l'utilisation des SHA.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un jour donné, nous avons réalisé un audit par questionnaire auprès des patients et des visiteurs (usagers) présents dans les services d'hospitalisation conventionnelle (patients âgés de plus de 6 ans) ainsi qu'aux professionnels.

Le questionnaire patient/visiteur portait sur :

la reconnaissance par les usagers des affiches d'information sur l'hygiène des mains

l'utilisation des distributeurs de SHA

les opportunités d'hygiène des mains,

l'information donnée par les professionnels ainsi que l'importance de recevoir cette information.

Le questionnaire professionnel portait sur l'existence d'informations données aux patients et aux visiteurs.

RÉSULTATS

Nous avons questionné 261 usagers dont 191 patients et 70 visiteurs. 75 % des patients peuvent accéder aux solutions hydro alcooliques. 63 % des usagers utilisent le SHA dont 54 % des patients et 87 % des visiteurs. Pour l'ensemble des usagers, la friction avec la solution hydro alcoolique est réalisée à 51 % en sortant de la chambre et 14 % en entrant dans la chambre. Concernant l'information reçue, seulement 14 % des usagers en ont bénéficié dont 13 % des patients et 17 % des visiteurs mais 81 % des usagers pensent que cette information est importante. 113 professionnels ont été questionnés et ils déclarent informer les patients à 44 % et les visiteurs à 63 %.

Ces résultats mettent en évidence une insuffisance d'information des patients et des visiteurs se traduisant par un défaut d'utilisation des SHA par les usagers. Un plan d'action sous forme d'informations à l'attention des visiteurs et des professionnels est en cours impliquant les correspondants en hygiène.

CONCLUSION

Cet audit nous a permis d'évaluer l'utilisation des SHA par les usagers ainsi que l'existence d'information donnée par les professionnels. Le fait d'avoir également audité les professionnels sur les informations qu'ils donnent aux patients a permis de dégager des axes d'amélioration pour faire évoluer l'utilisation des SHA des usagers.

P-017

HYGIÈNE DES MAINS ET USAGE DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES : PRATIQUES ET FREINS

MARCO Léa⁽¹⁾, **BERDOT Charlotte**⁽¹⁾, **SCOTTO Frederique**⁽¹⁾, **SIROT Florence**⁽¹⁾, **CAMBIEN Guillaume**⁽¹⁾, **BOUSSEAU Anne**⁽¹⁾, **LALAND Catherine**⁽¹⁾, **CASTEL Olivier**⁽¹⁾, **THEVENOT Sarah**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Poitiers, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains est une mesure de base dans la prévention du risque infectieux associé aux soins. Pourtant son observance reste à améliorer chez les professionnels de santé.

L'objectif de l'étude a été d'évaluer les pratiques d'hygiène des mains déclarées par les professionnels et de recueillir les freins à l'usage des produits hydro-alcooliques (PHA).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale anonyme monocentrique à visée descriptive menée auprès d'un échantillon de 1000 professionnels médicaux et non-médicaux. Il a été

distribué 1000 questionnaires, adapté à partir de celui diffusé en 2019 par le CPIas (Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins) Ile de France. Le recueil s'est effectué du 12 Juin au 15 Juillet 2019.

RÉSULTATS

Le taux de réponse est de 70 %. Les répondants étaient principalement des professionnels paramédicaux (79 %) de sexe féminin (81 %) âgées de 25 à 65 ans (86 %). Une majorité de professionnels (90 %) estime que l'hygiène des mains a un rôle majeur dans la prévention du risque infectieux. Les professionnels médicaux déclarent plus fréquemment utilisés exclusivement les PHA que les paramédicaux (60 % versus 21 % $p < 0,001$). Les principaux freins à l'hygiène des mains rapportés par les professionnels sont le risque infectieux qui n'est pas toujours perçu, l'influence du port de gants, le fait d'avoir d'autres priorités et la charge de travail/temps. Les paramédicaux déclarent plus fréquemment les problèmes de tolérance (sécheresse/ irritation ; 68 % versus 47 % $p < 0,001$) et redoutent plus fréquemment la toxicité des PHA que les médicaux (39 % versus 20 % $p < 0,001$).

CONCLUSION

Les freins à l'hygiène des mains et à l'utilisation des PHA en particulier sont différents en fonction des catégories professionnelles. Un plan d'action institutionnel découlant de cette étude a été validé afin de promouvoir l'utilisation des PHA : diffusion institutionnelle des résultats de notre étude et d'informations sur l'efficacité et l'innocuité des PHA, session dédiée lors des journées annuelles de formation des correspondants, formation sur la technique de la friction dans certains secteurs.

P-019

CORRÉLATION ENTRE CONSOMMATION DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES ET OBSERVANCE DE LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE

MONTEIL Catherine⁽¹⁾, NION-HUANG Michèle⁽²⁾, SOUYRI Valérie⁽¹⁾, **FOURNIER Sandra**⁽¹⁾, EOH DES HÔPITAUX DE L'AP-HP.⁽¹⁾

⁽¹⁾ AP-HP, Paris, FRANCE ; ⁽²⁾ SANTE PUBLIQUE FRANCE, SAINT MAURICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Comparer deux méthodes d'évaluation de l'observance de la friction hydro-alcoolique (FHA) dans les services : consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) et observation des pratiques par un auditeur externe au service lors d'un quick-audit.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Sites de l'étude : 22 hôpitaux de court séjour, 170 services. Calcul pour chaque service de la consommation de PHA en rapportant les volumes commandés aux nombres de journées d'hospitalisation (JH). Le résultat est exprimé en nombre de FHA/JH. La médiane [1^{er} quartile, 3^{ème} quartile] est calculée pour les spécialités médecine adulte, chirurgie, réanimation, pédiatrie.

Calcul de l'observance à la FHA dans les services par la méthode du quick audit un jour donné, en évaluant la réalisation de la FHA avant et après contact avec le patient et après retrait des gants. Les résultats sont exprimés en proportion de FHA réalisées sur le nombre d'occasions constatées.

La liaison entre ces deux types d'évaluation de l'observance est testée en calculant le coefficient de corrélation des rangs de Spearman (Stata® 13.0).

RÉSULTATS

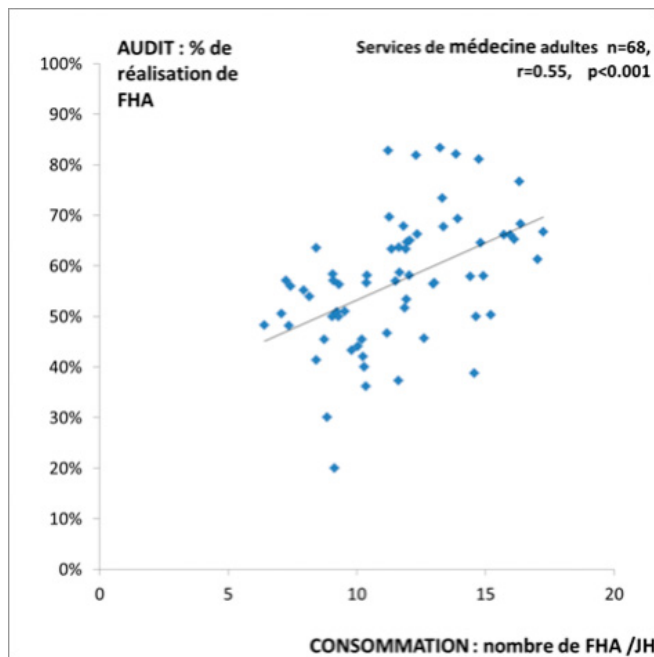
La consommation de PHA par service variait selon la spécialité : médiane à 12 FHA/JH [9, 13] en médecine adulte (68 services), 11 FHA/JH [10, 13] en chirurgie adulte (52 services), 18 FHA/JH [16, 22] en pédiatrie (18 services) et 43 FHA/JH [38, 49] en réanimation (32 services).

Lors de l'audit, 12 000 observations ont été effectuées. Les FHA étaient réalisées dans 58 % des occasions d'hygiène des mains. La proportion variait selon les spécialités (de 56 % en chirurgie à 63 % en réanimation) et entre les services d'une même spécialité.

Les résultats par services obtenus par les deux types d'évaluation (commandes et audit) sont significativement corrélés : le taux de corrélation vaut 0,55 ($p < 10^{-3}$) pour les 68 services de médecine adulte (figure 1), 0,52 ($p < 0,05$) pour les 18 services de pédiatrie, 0,27 ($p < 0,05$) pour les 52 services de chirurgie et 0,39 ($p < 0,05$) pour les 32 services de réanimation.

CONCLUSION

Dans cette étude, les deux méthodes d'évaluation sont cohérentes et complémentaires. La restitution annuelle à chaque service hospitalier de son niveau de consommation lui permet de se situer par rapport aux services de même spécialité et de connaître son évolution temporelle. La concordance des résultats obtenus avec ceux de l'audit observationnel valide et conforte l'utilisation de cet indicateur simple à recueillir et à restituer.



Corrélation entre consommation de PHA et observance de la FHA

P-020

AUDIT « PRÉALABLES À L'HYGIÈNE DES MAINS » DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

KHANAFER Nagham Léa ^(1, 2), **HILLIQUIN Delphine** ^(1, 2), **OLTRA Luc** ⁽¹⁾, **REGARD Anne** ⁽¹⁾, **MARION Elodie** ⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe** ^(1, 2)

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains (HDM) est la mesure de prévention essentielle des infections associées aux soins (IAS). La qualité de la réalisation du geste comprend le respect de certains prérequis. Dans le cadre de l'engagement continu au projet « Missions mains propres », soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé, un audit a été réalisé sur le thème « zéro bijou » aux blocs opératoires (BO) et dans le service de radiologie interventionnelle d'un centre hospitalo-universitaire. L'objectif était de réaliser un état des lieux des prérequis de l'HDM, un jour donné et toutes catégories professionnelles confondues.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les observations ont été réalisées par les membres de l'unité opérationnelle d'hygiène à l'aide d'une grille d'observation contenant 3 critères : (1) la présence ou non de bijoux aux mains et aux poignets (montres, bracelets, bagues, alliances) ; (2) les ongles courts, sans vernis, sans faux ongles et (3) la

tenue à manches courtes. La catégorie professionnelle de la personne observée a été renseignée.

RÉSULTATS

Entre le 13 et le 24 septembre 2019, 228 observations ont été réalisées. La majorité des observations a été effectuée dans les BO (93,4 %). Les professionnels audités étaient : des infirmiers (IDE) (41,2 %), des médecins/internes/externes (32 %), des aides-soignants (ASD) (13,6 %), des manipulateurs radio (5,3 %) et autres (7,9 %).

Des manches longues ont été observées chez 15 professionnels (6,6 %). Les ongles ont été considérés non conformes (longs et/ou avec vernis et/ou faux-ongles) chez 54 professionnels (23,7 %) dont 25,5 % étaient des IDE. Le port d'au moins un bijou, a été constaté chez 39 professionnels (17,1 %). L'alliance et la montre étaient les bijoux les plus portés. Les soignants les plus « porteurs » de bijoux par catégorie professionnelle étaient les médecins/internes/externes (22 %), les IDE (17 %) et les manipulateurs radio (17 %).

CONCLUSION

La réalisation d'une HDM est l'un des gestes fondamentaux de la prévention des IAS et de la transmission de microorganismes. Le port de bijoux et les ongles longs sont associés à des contaminations persistantes des mains. Ces résultats montrent que les consignes « zéro bijou » et « ongles courts » ne sont respectés que chez 83 % et 77 % des professionnels observés. Des actions, en collaboration avec la Direction des Soins et la Commission Médicale d'établissement, sont à poursuivre pour améliorer la qualité de l'hygiène des mains dans notre établissement. Ce type d'audit de réalisation simple apporte des pistes d'intervention avec un impact potentiellement important.

P-021

L'OBSERVANCE AUTOMATISÉE DE L'HYGIÈNE DES MAINS : L'IMPACT D'UNE COMPLIANCE « NORMATIVE -ADAPTATIVE »

AL ASSIL Hanaa ^(1, 2), **A. KASSEM Zeinab** ⁽¹⁾, **MOURAD Ayat** ⁽¹⁾, **EL ROMEH Mouhsina** ⁽¹⁾, **BOUDJEMA Sophia** ⁽²⁾, **LARIBI Karim** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Universitaire Dar Al Amal, Baalbak, LIBAN;

⁽²⁾ Institut hospitalo-universitaire IHU, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La friction hydroalcoolique des mains est une pratique d'hygiène essentielle pour la prévention des infections associées aux soins (IAS). L'observance de ce geste pluriquotidien est la stratégie optée. Elle semble être normative en ciblant la compliance

de pratiques professionnelles aux recommandations. Elle se traduit souvent par des audits observationnels périodiques difficiles, coûteux. La technologie RFID (Radio Frequency Identification) est une alternative à ces audits. Il s'agit d'une observance continue par la collecte automatisée en temps réel des pratiques d'hygiène des mains. Intégré dans une unité de soins intensifs à l'Hôpital Libanais Dar Al Amal, cette technologie trace le parcours du personnel soignant et vise la compliance « normative » de l'hygiène des mains sur un service à haut risque.

L'objectif de cette étude est d'apprécier l'impact de l'appropriation réactive ou adaptative de cette observance automatisée par les professionnels (basée sur la confiance, l'échange, la compétence individuelle et collective et le retour d'expérience).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une étape observationnelle a été menée à l'installation du système RFID dans l'unité de soins intensifs. Elle a été suivie de 2 enquêtes : une pour évaluer le niveau de connaissance sur l'hygiène des mains des professionnels et une autre pour comprendre leur comportement vis-à-vis du système.

Une étude de cohorte a été ensuite menée : Rétrospective (normative - réalisée au mois de juillet 2018) et Prospective (adaptative - réalisée d'août à octobre 2018). Des indicateurs de performance ont été établis pour suivre le niveau de compliance de la consommation de SHA (grâce à la traçabilité automatisée) et une corrélation entre la moyenne de consommation de SHA par jour et par patient (indicateur IcSHA) et le taux des IAS.

RÉSULTATS

La phase initiale d'installation du système RFID visant la compliance « normative » (formation continue aux protocoles, aux suivis et au contrôle) a été marquée par une forte résistance, un refus, une méfiance et le contournement. La deuxième phase adaptative, d'échange, d'apprentissage du retour d'expérience a créé la confiance et l'appréciation. La compliance s'est améliorée ainsi que l'indicateur IcSHA avec une corrélation significative entre la consommation de SHA et le taux des IAS.

CONCLUSION

L'approche adaptative des équipes de soins renforce l'impact de la technologie de l'observance normative (la compliance à la consommation de SHA), contribue à la réduction du taux des IAS, améliore la qualité et la sécurité des soins.

P-022

EVALUATION DE L'HYGIÈNE DES MAINS AU BÉNIN

FONTON Pérince Franel Djidjoho⁽¹⁾, **GBENOU Elsie**⁽¹⁾, **AHOYO Théodora Angèle**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Université d'Abomey-calavi/Ecole Polytechnique d'Abomey-calavi, Cotonou, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Introduction : L'observance de l'hygiène des mains selon les cinq indications de l'Organisation Mondiale de la Santé dans les pays à ressources limitées n'est toujours pas optimale. Nous rapportons ici l'expérience du Bénin sur cinq ans.

Objectif : Évaluer l'observance de l'hygiène des mains et la contamination bactérienne de l'environnement de soins sur une période de cinq ans allant de 2014 à 2018.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale prospective et rétrospective basée sur la collecte de données provenant d'études réalisées dans 25 hôpitaux du Bénin sur une période allant de 2014 à 2018. Les données recueillies ont porté sur : l'observance de l'hygiène des mains du personnel soignant selon les cinq indications; la proportion des bactéries responsables d'infections associées aux soins et la proportion de résistance aux antibiotiques des bactéries isolées. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel RStudio version 3.5.1, le seuil de significativité choisit était de 5 %.

RÉSULTATS

L'observance globale de l'hygiène des mains est de 13 % en 2014 versus 20 % en 2018 (p-value=0,0002), elle a atteint son meilleur résultat en 2016 (27 %). L'observance de l'indication (3: après un risque d'exposition à un liquide biologique) de l'hygiène des mains est de 28 % en 2015, 47 % en 2016 puis de 36 % en 2018 (p-value=0,001).

La modélisation de la proportion de bactéries responsables d'infection associées aux soins montre que le modèle est très bon et explique 68 % de la variabilité de la proportion des bactéries (p-value=0,0001). *Staphylococcus aureus* était la bactérie la plus isolée des bactéries Gram positif 37 % en 2014, 48 % en 2016 puis 42 % en 2018 et *Escherichia coli* était la plus isolée des bactéries Gram négatif 21 %, 13 % puis 17 % respectivement en 2015, 2016 et 2018 (p-value<0,001). 79 % et 83 % respectivement pour la variabilité de la proportion de résistance des bactéries Gram négatif et positif résistant aux antibiotiques sont expliqués par les modèles (p-value=0,001). La proportion de résistance de *Staphylococcus aureus* à l'oxacilline était de 70 % en 2014 pour 48 % en 2018 (p-value<0,001) et celle de

Escherichia coli à la cotrimoxazole était de 63 % en 2014 et 75 % en 2018 (p-value<0,001).

CONCLUSION

L'application de la stratégie multimodale de l'Organisation Mondiale de la Santé dans nos hôpitaux a facilité l'amélioration de l'observance de l'hygiène des mains même si elle n'est pas encore optimale.

P-023

BIOFILM : LE PROCHAIN DÉFI DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

KHOSRAVI Claire ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Diversey France, FONTENAY SOUS BOIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La transmission d'infections associées aux soins de la santé (IAS), causées par des agents multi-résistants aux antibiotiques et pathogènes (par exemple Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) ou bactéries hautement ou multi-résistantes - BMR/BHR), est une préoccupation majeure dans les établissements de santé. L'utilisation de désinfectants est importante pour contrôler et prévenir la transmission de pathogènes, mais les inter-relations entre la souche microbienne, la nature du produit désinfectant utilisé, le temps d'application et la concentration (dosage) ne sont pas bien caractérisées. Le but de cette étude était d'examiner la concentration de différentes natures de produit désinfectant en lien avec leur temps d'application sur l'efficacité bactéricide de S. aureus et P. aeruginosa, y compris les souches cliniquement pertinentes avec des résistances spécifiques (notamment SARM - BMR/BHR).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le peroxyde d'hydrogène accéléré, les composés d'ammoniums quaternaires et l'hypochlorite de sodium ont été testés, à des temps de contact réduits et des concentrations différentes vis-à-vis de quatre souches de P. aeruginosa multi-résistantes et quatre souches de S. aureus résistantes à la méticilline. La méthode EPA MB-25-02 a été utilisée pour mesurer l'efficacité du désinfectant rapporté en tant que réduction logarithmique log₁₀.

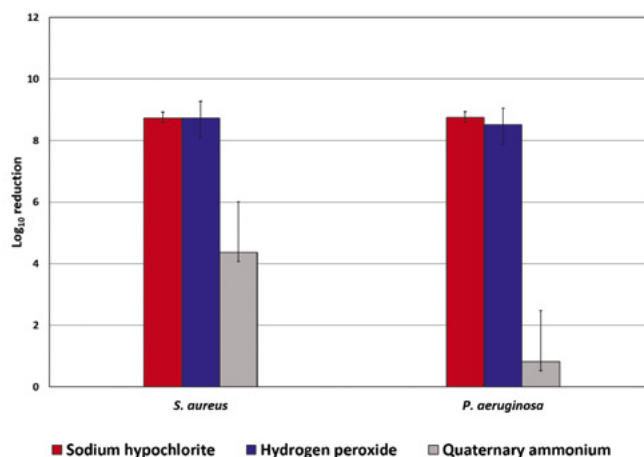
RÉSULTATS

Les concentrations des désinfectants et les temps d'application sont deux critères ayant une influence significative sur l'efficacité de tous les désinfectants testés. Nous n'avons pas pu établir de lien direct entre la résistance aux antibiotiques et la tolérance aux désinfectants dans les conditions de

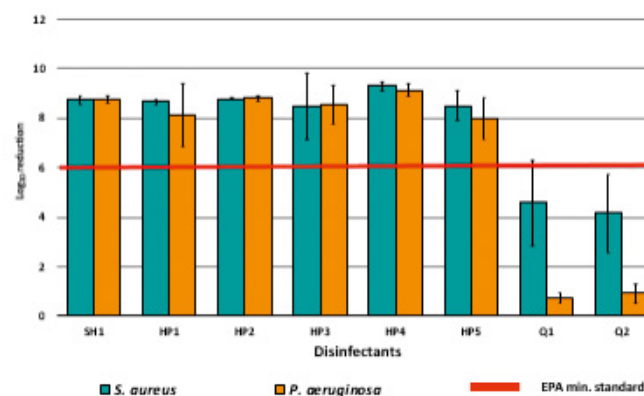
réalisation de ces tests. L'efficacité bactéricide variait entre les souches SARM et P. aeruginosa. La signification clinique des différences de tolérance en matière de désinfection n'a pas encore été élucidée.

CONCLUSION

La méthode quantitative d'efficacité du désinfectant utilisée pour cette étude met en évidence la variabilité inter-souches existant au sein d'une espèce bactérienne. Cette étude démontre également la nécessité d'une méthode de validation des désinfectants qui tient compte de ces variances.



Effet de la nature active de désinfectant sur les biofilms



Comparaison de l'efficacité de désinfectants par rapport à l'étalon de réduction d'au moins 6log₁₀ de l'EPA

P-024

HYGIÈNE EN PHARMACOTECHNIE : AUDIT DE CONFORMITÉ AUX BONNES PRATIQUES DE PRÉPARATION

DUBREUIL Clémentine ⁽¹⁾, LAURENT Vanille ⁽¹⁾, TEIXEIRA Alexandre ⁽¹⁾, FRONTEAU Clémentine ⁽¹⁾, VANDEWOESTYNE Sophie ⁽¹⁾, CORMIER Nicolas ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte de pousses microbiologiques inexpliquées au sein de l'unité de pharmacotechnie et dans un souci d'amélioration continue de la qualité, la conformité en matière d'hygiène aux Bonnes Pratiques de Préparation (BPP) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) datant de 2007 a été évaluée lors de la réalisation d'un audit.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un audit interne a été réalisé à l'aide d'une grille regroupant 86 critères d'hygiène issus des BPP concernant les locaux, le personnel, les préparations et le nettoyage. Les internes en pharmacie affectés au secteur ont audité le cadre de santé, des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) ainsi que des pharmaciens. Un rapport d'audit a été rédigé et présenté à l'équipe.

RÉSULTATS

L'audit retrouve une conformité globale de 65 %. Nous avons relevé un taux de conformité de respectivement 88 % pour les préparations, 70 % pour les locaux, 53 % pour le personnel. Des points forts ont été identifiés : désignation de PPH référents hygiène, formation des nouveaux arrivants à l'hygiène, respect de la procédure d'habillage par le personnel, respect des limites recommandées concernant la contamination particulière et microbiologique au repos ou encore bio-nettoyage quotidien de l'unité. Nous avons également relevé des points d'amélioration : réalisation de contrôles particulière et microbiologique en activité, surveillance supplémentaire après les opérations de maintenance, formalisation des conduites à tenir en cas de dépassement du seuil d'alerte microbiologique et des seuils d'action particulière et microbiologique, mise en conformité des procédures d'habillage pour une zone de classe C (port de cache-barbe, exclusion du maquillage) ou encore la désobstruction des bouches de soufflage afin de permettre un taux de renouvellement d'air conforme aux exigences d'une zone de classe C.

CONCLUSION

Les règles d'hygiène définies par les BPP sont majoritairement respectées au sein de l'unité de Pharmacotechnie. Cet audit a permis d'identifier des points forts tels que le bio-nettoyage quotidien de l'unité, la formation à l'hygiène des mains, le respect des limites recommandées de contamination particulière et microbiologique au repos.

Des actions restent à mener à l'instar du contrôle de la contamination particulière et microbiologique en activité, la mise en place d'une surveillance supplémentaire après les opérations de maintenance. Cet audit pourra être reconduit suite à la mise en place d'actions correctives afin d'évaluer leur pertinence.

P-025

PUNAISES ! CES PETITES BÊTES QUI NOUS EMBÊTENT...

BATTAGLIOTTI Pascale⁽¹⁾, **PLANUS Caroline**⁽²⁾, **ROUBAUD Carine**⁽²⁾, **CHAPUIS Catherine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, Saint Genis Laval, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital De Fourviere, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les punaises de lit envahissent actuellement certains établissements de soins. Nous relatons ici la survenue d'un épisode récidivant dans un hôpital gériatrique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La stratégie de lutte anti-vectorielle est planifiée par la cellule de crise lors de chaque période d'infestation : délimitation du périmètre à traiter par examen clinique des patients et observation visuelle de l'environnement, complétées par une détection olfactive canine ; traitement par vapeur des chambres concernées ; traitement par le froid pour les effets personnels fragiles ou traitement thermique du linge ; contrôle canin de l'éradication.

RÉSULTATS

En mai 2019, 2 chambres sont infestées en service de médecine/SSR et traitées. Cependant, un des patients, transféré en USLD, continue de recevoir les visites de sa famille, source de recontamination de la chambre pendant l'été. En novembre, un nouvel épisode concerne 10 chambres dont 7 en USLD et 3 en médecine/SSR, 1 patient de médecine provenant d'USLD. Deux traitements successifs se sont avérés nécessaires pour obtenir une totale destruction des parasites.

CONCLUSION

L'éradication des punaises de lit a généré de multiples difficultés : certaines mesures préconisées ont été retardées (report de désinsectisation pour une chambre dont l'occupant ne peut être transféré ; présence de meubles et tableaux personnels difficiles à traiter ; ressources humaines insuffisantes pour le débarrasage des chambres concernées et le transfert des patients). Institutionnellement, cette situation entraîne un alourdissement du budget de fonctionnement car la désinsectisation et la détection canine sont coûteuses. La gestion du linge nécessite l'achat de congélateurs ; de nombreux effets personnels et des matelas ont dû être détruits. Le confinement en chambre et la limitation des visites peuvent amener certains patients à souffrir de désocialisation, mesures encore plus difficiles à appliquer chez des patients déments ; les démangeaisons nocturnes accentuent les troubles du

sommeil ; il devient impossible d'envisager un transfert dans un autre établissement. La charge de travail est significativement augmentée et il s'instaure un climat de défiance en accentuant la crainte d'une infestation au domicile des soignants. Le recours à un spécialiste s'avère indispensable pour obtenir un résultat satisfaisant. Le point clé reste la réalisation d'un traitement efficace au domicile familial infesté, ce qui n'a été réalisé que de façon incomplète lors de l'épisode initial.

P-026

ÉVALUATION D'UN PROCÉDÉ DE DSV A EN EMS

POURÉ Lydie⁽¹⁾, LUU DUC Dominique⁽¹⁾, PEREZ Sophie⁽¹⁾, FERRARI Elodie⁽¹⁾, ANDONIAN Clément⁽¹⁾, MANQUAT Gilles⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Métropole Savoie, Chambéry, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De nombreux SSR et EHPAD rencontrent des difficultés d'entretien régulier et approfondi de leurs locaux : salles de rééducation et retours de soins très fréquentés et saturés d'équipements, chambres d'hospitalisation ou d'accueil temporaire occupées par des résidents présentant une infection digestive nécessitant des procédures de désinfection renforcée phagocytant un temps personnel précieux. Cette carence d'entretien est un facteur de risque supplémentaire dans la transmission croisée de microorganismes responsables d'infections. Devant cette situation, nous avons souhaité évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un système de désinfection des surfaces par voie aérienne hors présence humaine géré et mis en œuvre par notre EMH affectée à 39 EMS

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le procédé de DSV A utilisé est mobile et intègre une technologie breveté basée sur la micro nébulisation d'un produit à base d'H₂O₂. Son activité désinfectante est évaluée selon la norme NF T72-281. Il possède une connexion USB et un outil de reporting. Lors des essais, 3ml/m³ était nébulisée en fin de d'activité, après entretien usuel des sols et surfaces, arrêt de la ventilation et étanchéisation des zones de fuite importante. Le temps d'immobilisation du local (aérosolisation, contact, aération) était de 70mn. Les essais de faisabilité ont été réalisés dans 3 établissements différents : 1 chambre de patient contaminé à C. difficile en SSR, 1 chambre d'accueil temporaire et 1 local retour de soins en EHPAD. La faisabilité a été appréciée dans chacun des établissements à partir d'une grille comportant 10 critères. L'efficacité a été évaluée dans 3 salles de rééducation différentes d'un même SSR par 92 prélèvements microbiologiques de surface répartis de façon égales avant et après DSV A. Le niveau de conformité attendu était < 25UFC/boîte contact avec absence de microorganismes indicateurs. 6 témoins permettant de détecter la présence du produit ont été placés sur des surfaces difficilement accessibles.

RÉSULTATS

Concernant la faisabilité 90 % des items (27/30) étaient satisfaisants. Concernant l'efficacité 78,3 % des prélèvements (36/46) étaient conformes après DSV A contre 41,3 % (19/46) avant DSV A. Aucun microorganisme indicateur n'a été retrouvé. Le virage des 6 témoins a confirmé la bonne diffusion du produit. Aucune différence majeure n'a été observée en fonction des sites de test.

CONCLUSION

Ce procédé de DSV A présente une excellente efficacité terrain et une mise en œuvre simplifiée. Il peut compléter les mesures usuelles de maîtrise de certaines situations à risque épidémique avéré lié à réservoir environnemental.

P-027

LE LAVEUR DÉSINFECTEUR D'ENDOSCOPES (LDE) DE TROP...

LAMOUREUX Fabien⁽¹⁾, PAILLAT Delphine⁽¹⁾, DELAOUSTRE Helene⁽¹⁾, MAROLLEAU Jean-Paul⁽¹⁾, BAUER GRANPIERRE Magali⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Cholet, Cholet, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En avril 2019, le bloc opératoire d'un centre hospitalier s'équipe d'un 3^{ème} LDE rajouté en série sur le circuit d'alimentation d'eau. Depuis 2017, les prélèvements de routine sont conformes. La qualification du 3^{ème} LDE est validée. Le mois suivant, les prélèvements de routine des 3 fonds de cuve mettent en évidence une alternance de résultats conformes/non conformes parfois en nappe à *Pseudomonas mosselii*. Une investigation est menée et des mesures sont mises en place.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Lors de l'investigation environnementale, 37 prélèvements sont réalisés au niveau de l'eau d'alimentation des laveurs, des mitigeurs d'eau, des points d'eau annexes et sur des endoscopes. Une cellule de crise réunissant directeur, médecins, hygiénistes, biomédical, cadres de santé, plombier, permet d'analyser la problématique et d'organiser l'activité suite à l'arrêt des LDE. Les endoscopes sont réorientés vers 2 services capables de les prendre en charge (procédure dégradée). Durant l'arrêt des LDE, un cycle d'auto-désinfection quotidien est maintenu.

RÉSULTATS

Les désinfections thermiques et les changements de filtres n'ont pas enrayé la contamination. Celle-ci est probablement

liée à l'absence d'utilisation du LDE après la qualification, à une période de congés et à la complexité du réseau d'alimentation des LDE :

- rajout en série sur un circuit existant,
- positionnement des mitigeurs en amont des LDE (pour atteindre une température de 40°C afin de baisser le temps de cycle à 30 mn).

Début juillet, la contamination des 3 LDE est maîtrisée après remplacement des mitigeurs, puis sur avis du fabricant, des électrovannes, flexibles et raccords. L'activité du bloc opératoire reprend.

Durant l'épisode, aucune infection à *Pseudomonas mosselii* ni aucune contamination d'endoscope n'est recensée et les points d'eau en amont du réseau sont conformes. Les résultats d'une surveillance mensuelle puis semestrielle (soit 6 prélèvements en 2019) signent le retour à la conformité.

Afin de pallier à l'arrêt des 3 LDE du bloc, une partie de l'activité d'endoscopie du plateau technique a été réduite. Le transport des endoscopes, identifiés propre/sale, entre les services a été chronophage.

CONCLUSION

L'origine de la contamination à *Pseudomonas mosselii* est probablement liée à la stagnation de l'eau et la complexité du circuit de montage en série des 3 LDE du bloc et de leurs mitigeurs externes. La problématique liée à un biofilm a été résolue en changeant une partie du circuit allant du mitigeur à l'électrovanne. L'équipe d'hygiène reste vigilante, notamment avec la centralisation prochaine du traitement des endoscopes.

P-028

ALTERNATIVE AUX PRODUITS BIOCIDES POUR LE BIONETTOYAGE EN LABORATOIRE D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)

MOULINIER Charles⁽¹⁾, **FORCE Andre**⁽²⁾, **CURTIL Maxime**⁽¹⁾, **MET Thomas**⁽¹⁾, **BURGUIERE Mathilde**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Groupe Services France, SOPHIA ANTIPOLIS, FRANCE ;
⁽²⁾ Eurofins Biomnis, Institut Rhônealpin IRH, Médicentre Clinique du Val d'Ouest, ECULLY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les composés chimiques dans l'air et sur les surfaces ont un impact direct sur l'environnement des salles de culture et sont des facteurs d'embryotoxicité. L'usage de biocides pour le nettoyage des surfaces doit être raisonné pour limiter les effets néfastes sur le matériel biologique manipulé.

- Valider que le nettoyage des sols par microfibre et eau assure une qualité visuelle et microbiologique au moins équivalente

à l'utilisation du détergent-désinfectant et des tissus à usage unique habituels.

- Diminuer les rejets générés par l'activité de nettoyage

MATÉRIEL & MÉTHODES

Produits :

- Bandeau de lavage en polyester 0,56 dtex.
- Eau du réseau filtrée microbiologiquement

Méthodologie :

- Sélection de 9 points de prélèvement « pires cas » en zone protégée
- Prélèvements par empreinte gélosée
- Comparaison des résultats à la technique de référence et à un témoin positif.

RÉSULTATS

Les résultats sont à considérer dans leur globalité et on observera l'évolution dans le temps, plus que la valeur absolue de chaque point.

Selon les Bonnes Pratiques, les pièces de culture comportent un environnement d'air de classe D (norme EN ISO 14644 sur le plan particulière) et répondent aux normes EN ISO 14698 sur le plan microbiologique.

La valeur limite attendue en salle de culture est étendue à l'ensemble des points de prélèvement, à 50 UFC/25cm².

Le biofilm est éliminé par un décapage mécanisé suivi d'un rinçage. Après 48h de repos des locaux, les prélèvements effectués sont conformes sur 100 % (9) des points.

En reprise d'activité, la méthode microfibre/eau est introduite et les prélèvements réalisés 5 jours consécutifs. Les résultats sont conformes pour 98 % (44) des points, avec une moyenne de 3,6 UFC/25cm². L'unique non-conformité s'explique par l'activité humaine entre le nettoyage et le prélèvement.

Le suivi renforcé durant 3 mois montre un maintien des résultats conformes pour 100 % (27) des contrôles.

CONCLUSION

L'étude démontre que le nettoyage des sols par l'action mécanique de la microfibre imprégnée d'eau satisfait aux exigences en laboratoire d'AMP. La surveillance périodique permettra d'évaluer le maintien des résultats dans le temps.

La méthode entraîne une réduction des rejets en biocides (6.24 L/an) et en usage unique (63 kg/an) pour une surface traitée de 60m². Elle participe au développement durable car les bandeaux de lavage utilisés sont issus de marc de café recyclé.

La maîtrise de la contamination dans les zones les plus sensibles laisse présager une utilisation plus large en secteur non protégé, associé à une réduction importante des rejets.

P-029

ALTERNATIVES À L'UTILISATION DE FONTAINES RÉFRIGÉRANTES POUR LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

GUILMINEAU Nelly⁽²⁾, **FAVREAU Dominique**⁽²⁾, **KAC Guillaume**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHD Vendée, La Roche-sur-Yon, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Georges Mazurelle Établissement Public de Santé Mentale, La Roche-sur-Yon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'évaluation d'un parc de 32 fontaines réfrigérantes (FR) situées sur un Établissement Public de Santé Mentale a montré des signes de vétusté, une non-conformité bactériologique croissante et des maintenances plus difficiles à réaliser. Un sous-groupe de travail multidisciplinaire de la cellule « eau » de l'établissement a été constitué afin d'évaluer et de proposer des solutions alternatives à l'utilisation des FR généralisables sur l'ensemble des secteurs de consultations et d'hospitalisations.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les aspects réglementaires, médicaux, logistiques, architecturaux, liés au développement durable, liés à l'hygiène et économiques ont été abordés lors de 2 réunions du groupe de travail. De ces constats, 4 alternatives aux fontaines réfrigérantes ont été évaluées et comparées au plan économique : les fontaines à bonbonne (4 modèles), l'eau embouteillée (3 marques), l'eau froide du réseau avec mise en pichets et l'eau du réseau distribuée par robinet fontaine (3 modèles). Le coût annuel de ces 5 solutions incluant les coûts d'investissement, de consommables, de maintenance, de contrôles microbiologiques, du traitement des déchets et liés au temps professionnel a été calculé pour une unité d'hospitalisation de 50 lits à raison d'une consommation de 2 litres par jour par patient.

RÉSULTATS

Par rapport aux FR (environ 2000 €TTC/an), les coûts respectifs calculés sont entre 19 et 23 fois supérieurs pour les bonbonnes, entre 7 et 21 fois supérieurs pour les eaux embouteillées, 6 fois supérieurs pour l'eau froide avec pichets. Seul le coût de l'eau du réseau distribuée par robinet fontaine est inférieur de moitié. Les coûts sont fortement impactés par le prix du litre d'eau : réseau (0,002€), eau embouteillée (0,10-0,9€) et 1€ en bonbonne. La mise à disposition d'eau du réseau en pichets demande du temps professionnel et le réaménagement des locaux pour y installer des lieux de stockage. Les FR ne sont pas les plus coûteuses mais comportent un risque de

contamination accru et de mise hors service demandant une réorganisation ce qui les rend plus contraignant.

CONCLUSION

Aucune réglementation n'impose aux établissements de pourvoir aux besoins d'hydratation des usagers et de leurs professionnels de santé avec une eau réfrigérée. Il n'existe pas d'intérêt médical prouvé allant dans ce sens. Au vu des résultats de l'étude, le groupe oriente son avis vers la consommation de l'eau du réseau en robinet fontaine sous réserve d'une surveillance microbiologique plus fréquente à mettre en place pour assurer une eau de qualité.

P-030

LA PASTEURISATION DE L'EAU : LE MIEUX EST-IL L'ENNEMI DU BIEN ?

ROUX Laure⁽¹⁾, **ORY Jérôme**⁽¹⁾, **RICHAUD MOREL Brigitte**⁽¹⁾, **LAVIGNE Jean Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Caremeau, Nîmes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'eau pour soins standard doit répondre à certaines exigences réglementaires. Des traitements substitutifs peuvent être installés en entrée d'établissement afin d'améliorer la qualité microbiologique de l'eau. Dans un contexte de réhabilitation du réseau d'eau, un système de pasteurisation a été proposé et validé dans le cahier des charges par la direction des ressources matérielles de l'établissement de santé. L'objectif de cette étude est de comparer la qualité de l'eau avant/après la mise en place d'un système de pasteurisation.

MATÉRIEL & MÉTHODES

De 2017 à 2019, les indicateurs microbiologiques (IM) de l'eau ont été mesurés tels que la flore aérobie revivifiable (FAR) à 22°C et 36°C (UFC/mL), concentration de *Pseudomonas aeruginosa* (UFC/ml) et des coliformes totaux (UFC/ml). Les niveaux cibles sont ceux répondant à une eau pour soin standard. Le suivi des températures, indicateurs de performance du système de production d'eau chaude, a été réalisé.

En juillet 2018, un système de pasteurisation a été installé pour traiter le réseau d'eau froide et d'eau chaude. En avril 2019, le réseau d'eau froide est court-circuité du système de traitement d'eau par un bypass et le système de pasteurisation changé pour entartrage des échangeurs de plaque.

RÉSULTATS

En 2017, les IM sont conformes pour une eau pour soins standard. En octobre 2018, une non-conformité de l'eau est

constatée ; après passage dans le système ; présence d'un germe pathogène et d'une FAR élevée (variation dans un rapport de 10 par rapport au niveau cible). Après installation du bypass en avril 2019, les IM sont conformes pour une eau pour soins standards. Cependant, à distance du changement du système de pasteurisation, les IM sur eau mitigée se révèle non conforme par une FAR élevée. En sortie de production, la température moyenne est de 33°C.

CONCLUSION

Le suivi des IM du réseau d'eau nous permet d'examiner la performance du système de pasteurisation sur le réseau d'eau d'un établissement de santé. Les conditions d'obtention d'une eau de qualité par pasteurisation, restent conditionnées par un système d'adoucisseur performant, une rechloration obligatoire de l'eau chaude, une maintenance préventive efficace et effective sur les échangeurs à plaques et les systèmes de stockage d'eau chaude sanitaire (ballon de chambrage et ballon tampon). Malgré le respect de ces prérequis, le système de pasteurisation du réseau d'eau ne garantit pas une eau conforme pour soins standard. Par ailleurs, l'installation de ce système nécessite une expertise des services techniques et de l'équipe d'hygiène sur la capacité de traitement d'eau.

P-031

LÉGIONELLOSE ASSOCIÉE AUX SOINS EN EHPAD TOUCHANT UN MEMBRE DU PERSONNEL SOIGNANT

QUENARD Sophie⁽¹⁾, GOSSAY Caroline⁽¹⁾, JARRAUD Sophie⁽²⁾, PELETTE Isabelle⁽¹⁾, **LUU DUC Dominique**⁽¹⁾, MANQUAT Gilles⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Metropole Savoie, Chambéry, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre National de Référence des Legionelles, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous rapportons un cas de légionellose pulmonaire chez un membre du personnel soignant d'un EHPAD dont l'investigation et les analyses microbiologiques ont permis de corréliser la souche clinique et les souches environnementales ainsi que les dysfonctionnements dans l'application des mesures de prévention.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le patient présentait un diagnostic clinique de pneumopathie avec antigénurie *Legionella* positive.

Une culture d'expectorations du patient a été comparée à deux sources environnementales (prélèvements eau chaude et eau froide de 2 chambres de l'EHPAD en culture selon la

norme NF T90-431). Les 3 souches isolées ont été typées par Sequence-Based Typing et Whole Genome Sequencing.

Les mesures de prévention au moment de la contamination du cas : sécurisation des douches par filtration terminale, toilette dans la chambre avec obligation de remplir une bassine d'eau mitigée avec le point d'eau de la salle de bain et ne pas laisser couler l'eau pendant la toilette.

RÉSULTATS

Cas : personnel soignant réalisant les toilettes et l'entretien des locaux présentant une infection pulmonaire compatible avec une exposition professionnelle et investigation environnementale à domicile négative.

Analyses microbiologiques : la souche Lp1 clinique et les 2 souches Lp1 environnementales appartenaient au ST23 endémique en France (10 % des cas de légionellose). Le séquençage du génome complet (WGS) des souches a permis de montrer que ces 3 souches étaient reliées phylogénétiquement et possédaient le même ancêtre commun ce qui était en faveur de cette source de contamination.

Niveau d'application des mesures de prévention de la contamination : l'interrogatoire du patient hospitalisé a montré une très mauvaise application des recommandations : réalisation des toilettes de patients en laissant couler l'eau en permanence dans la salle de bain porte fermée en moyenne pendant 20 minutes.

CONCLUSION

Ce cas de légionellose associé aux soins montre :

- la réalité du risque de contamination à partir d'un réseau d'eau du personnel soignant en EHPAD même en présence de sécurisation par filtration terminale.
- l'intérêt de pouvoir comparer les souches cliniques et environnementales avec l'intervention du CNR qui peut mettre en oeuvre le séquençage du génome complet.
- l'importance de la vérification de l'application des mesures de prévention opérationnelles au cours des soins.

P-032

SURVEILLANCE PROSPECTIVE ENVIRONNEMENTALE ET CLINIQUE À ASPERGILLUS, UNE NÉCESSITÉ EN CAS DE TRAVAUX

MOUET Audrey⁽¹⁾, LEMARIE Annie⁽¹⁾, BAZIN Céline⁽¹⁾, DELAMONTAGNE Alexandra⁽¹⁾, LE HELLO Simon⁽¹⁾, BONHOMME Julie⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Caen, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le projet de reconstruction de notre établissement a débuté par une phase de démolition de bâtiments à proximité de ceux d'hospitalisation. En lien avec les responsables d'opération, le service de mycologie et sur la base des données d'une analyse de risques réalisée selon les recommandations en vigueur, le service d'hygiène a défini une stratégie de surveillance clinique et environnementale globale et des secteurs sensibles. L'objectif est de présenter la méthodologie suivie et de rapporter les résultats.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La surveillance clinique hebdomadaire portait sur le nombre de prélèvements respiratoires positifs à *Aspergillus fumigatus* et autres filamenteux, et les cas d'aspergillose invasive. La surveillance environnementale hebdomadaire incluait 7 points de prélèvement (4 en zones à environnement maîtrisé (ZEM) et 3 hors ZEM) couvrant ainsi l'ensemble de l'hôpital et portait sur la contamination fongique dont les *Aspergillus*. Elle incluait des prélèvements de surfaces et d'air selon les recommandations de la SF2H de mars 2011. Pour chaque surveillance, un bruit de fond des contaminations fongiques (*champignons filamenteux* et *Aspergillus*) a été mesuré au préalable permettant de définir des seuils d'alerte et d'action (selon les règles de Westgard). Pour la surveillance environnementale des ZEM, les normes en vigueur servaient de référentiel.

RÉSULTATS

Les travaux ont débuté en janvier 2019 et duré 6 mois. Les valeurs seuils pour les prélèvements respiratoires, définies sur 2018, retrouvaient pour *Aspergillus fumigatus* un seuil d'alerte supérieur à 9 et d'action à 11 prélèvements cliniques positifs par mois. Pour l'environnement, celles-ci ont été définies pour les points hors ZEM sur le dernier trimestre 2018. Les résultats variaient selon les zones et le type de prélèvement. Sur la période travaux, le nombre de prélèvements respiratoires positifs à *Aspergillus fumigatus* est resté inférieur au seuil d'alerte. 37 campagnes de prélèvements environnementaux ont été réalisées. Le seuil d'action a été atteint 9 fois, toujours hors ZEM sans augmentation significative du taux d'aspergillose invasive mais dont les investigations systématiques ont permis de relier 1 cas aux travaux. L'arrêt du chantier a été nécessaire une fois en raison d'un arrosage inefficace.

CONCLUSION

La stratégie de surveillance a permis d'évaluer en continu l'efficacité des mesures de prévention mises en place, de les adapter sur le chantier et dans les services de soins en cas de résultats anormaux afin de garantir un environnement sécurisé aux patients. Elle sera maintenue tout au long des travaux de construction.

P-033

IMPLANTATION DU BIONETTOYAGE PAR LA MÉTHODE VAPEUR DANS UN EHPAD

CANO Emilie ⁽¹⁾, **MUTENDELA John Kivukuto** ⁽¹⁾, **BERRUE Marine** ⁽¹⁾, **IRIGOYEN Elizabeth** ⁽¹⁾, **MAMER Françoise** ⁽¹⁾, **PINA Patrick** ⁽²⁾

⁽¹⁾ Les Hôpitaux de Lannemezan, Lannemezan, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier de Bigorre, Tarbes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le bionettoyage participe aux actions de prévention du risque infectieux et de transmission des microorganismes en milieu de soins. Si les méthodes traditionnelles (MT) utilisant des produits chimiques sont actuellement les plus utilisées, de nouvelles pratiques se développent telle que la méthode vapeur (MV) qui a démontré son efficacité nettoiyante et désinfectante dans une démarche de développement durable. Devant les difficultés d'entretien des locaux rencontrées dans notre EHPAD (locaux vétustes et professionnels peu formés), nous avons introduit la MV dans une démarche progressive d'accompagnement dans cette unité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le bionettoyage de cet EHPAD de 70 lits est assuré par 10 professionnels ASH. Nous avons procédé :

- A un audit préalable des connaissances et des pratiques.
- A la mise en place la MV après formation des ASH dans le cadre d'un protocole de nettoyage approfondi des chambres et de remise en état de locaux vétustes.
- A un audit final visant à comparer la MT et la MV
- Au recueil par entretien dirigé avec les ASH des avantages et inconvénients des deux méthodes, ainsi que de leur satisfaction.

RÉSULTATS

L'audit de connaissance a montré une bonne perception de l'importance du bionettoyage, mais une connaissance insuffisante sur les produits utilisés. Une faible observance de l'hygiène des mains a été constatée et la même paire de gants était portée pour plusieurs chambres. On constate également une carence en formation continue et un protocole interne inadapté à l'EHPAD.

La période d'essai a montré une nette efficacité visuelle de la MV, d'autant plus que la surface était encrassée. Ces résultats sont de nature à valoriser le travail des ASH.

La comparaison des deux méthodes par les ASH a montré un maniement du nettoyeur vapeur plus pénible (lourdeur du balai, chaleur dégagée) et une durée du bionettoyage plus longue. Mais ces inconvénients sont compensés par le

meilleur résultat de propreté visuelle, l'accessibilité plus facile des zones à nettoyer et le caractère écologique de la méthode.

CONCLUSION

Notre travail a montré que la MV est efficace et acceptée par les professionnels de notre EHPAD. Les inconvénients ergonomiques peuvent être résolus par une formation adaptée, ce qui a été réalisé pendant et après l'essai. L'efficacité visuelle, la mise à disposition d'un procédé de haute technologie et la valorisation du travail des ASH ont permis l'introduction de cette méthode dans notre EHPAD. Des formations théoriques et pratiques ont été organisées pour professionnaliser et valoriser le travail des ASH et la réactualisation du protocole de bionettoyage est en cours.

P-034

SURVEILLANCE DES FLUIDES DE DIALYSE EN HÉMODIAFILTRATION EN LIGNE

BEGRI Rachida⁽¹⁾, **ALLARD Bénédicte**⁽¹⁾, **TESTA Angelo**⁽¹⁾, **IMIÉLA Jean-Paul**⁽²⁾, **BABINET François**⁽³⁾
⁽¹⁾ ECHO, Nantes, FRANCE ; ⁽²⁾ ECHO, Angers, FRANCE ;
⁽³⁾ ECHO, Le Mans, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La Circulaire du 30 janvier 2007 sur l'hémodiafiltration en ligne (HDFL) et la norme NF EN ISO 23500 sur la qualité des liquides de dialyse, diffèrent en terme d'exigences microbiologiques et de rythme des contrôles analytiques des différents dialysats.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Afin d'objectiver notre programme de surveillance des fluides de dialyse en HDFL, une analyse de risque a été menée, tenant compte :

- du bilan de 4 ans de résultats analytiques pour 4 modèles de générateurs HDFL
- des événements indésirables déclarés
- d'une enquête en 2016 sur la qualité et sécurité des ultrafiltres par modèle de générateurs et les préconisations fournisseurs sur la surveillance
- d'un comparatif des référentiels français avec les normes internationales NF EN ISO 235002 et NF EN ISO 116633.
- de l'efficacité médico-économique.

RÉSULTATS

L'analyse des résultats analytiques de 2012 à 2015 des fluides de dialyse (dialysat ultrapur et liquide de substitution) montre :

- Sur 15 706 analyses HDFL en 4 ans, on observe un taux de non-conformités aux premiers contrôles bactériologiques de

0.038 % et de 0 % après suppression des faux-positifs, et en endotoxines de 0.140 % puis 0.051 %.

- Suite aux contre-analyses, aucune non-conformité n'est observée.
- Aucun incident clinique lié à la qualité des fluides de dialyse n'a été signalé sur cette période.

Des études internes fournisseurs indiquent des taux de réduction logarithmique des ultrafiltres variant de 7 à 9 log pour les bactéries et de 3 à 6 log pour les endotoxines.

Selon la norme ISO 23500, les contrôles ne sont pas nécessaires sur les liquides de dialyse si présence d'ultrafiltres, et si leurs instructions d'utilisation ne l'exigent pas : cas des générateurs 5008, ARTIS, DIALOG iQ, DBB-07, DDB-EXA, FLEXYA.

En instance CLIN, le programme de surveillance trimestrielle des fluides de dialyse a été porté à un contrôle annuel de routine quelle que soit la technique de dialyse, les analyses étant jugées non efficaces pour la sécurité des patients et inadaptées face aux moyens humains, logistiques et financiers déployés.

CONCLUSION

La qualité de l'eau doublement osmosée requise, les désinfections des filières de dialyse ainsi que la fiabilité des ultrafiltres en respectant les rythmes de leur changement validé par le marquage CE, garantissent au vu des résultats la qualité finale des fluides de dialyse. Une vigilance particulière des utilisateurs doit être portée au respect du changement des ultrafiltres dès indication par le générateur dont l'alarme n'est pas bloquante.

Année	Parc générateurs de dialyse HDFL	nombre de générateurs HDFL prélevés	dialysat ultrapur		liquide de substitution		Nombre total analyses bactériologiques HDFL	Nombre total analyses endotoxines HDFL
			nombre de non conformités brutes bactériologiques	nombre de non conformités brutes endotoxines	nombre de non conformités brutes bactériologiques	nombre de non conformités brutes endotoxines		
2012	218	214		1		7 ^{***} dont 5 [*]	1509	1810
2013	235	232				1	1669	1872
2014	270	313			3 [*]		2092	2062
2015	308	313			2 [*]		2321	2321
totaux	1025	1072	0	1	3[*]	10^{**}	7851	7855

15706

Taux NC brutes	0,038%	0,140%
Taux NC nettes après suppression faux-positifs	0%	0,051%

Bilans 2012 à 2015 de la surveillance microbiologique des générateurs HDFL

P-035

FAUT-IL PRÉFÉRER L'EAU DU RÉSEAU À L'EAU EN BOUTEILLE À L'HÔPITAL ?

CIOTTI Celine⁽¹⁾, **FERRAO Bruno**⁽¹⁾, **GOURMELON Lea**⁽¹⁾, **GAUDONNET Yannick**⁽²⁾, **LUCET Jean-Christophe**⁽²⁾, **NEROME Simone**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Beaujon, Clichy, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital Bichat, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pour prévenir les infections liées à l'ingestion d'eau, les dernières recommandations de la SFHH de 2016 préconisent

la consommation d'eau embouteillée chez les patients immunodéprimés à risque élevé.

Afin d'évaluer l'intérêt de cette mesure, nous avons mené une étude comparative sur la qualité bactérienne des eaux embouteillées, et de l'eau du réseau de deux sites de notre Groupement Hospitalier.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'étude a porté sur l'eau de source principalement utilisée : Cristaline[®] 1.5L et 0.5L, ainsi que sur les eaux minérales Hépar[®], Volvic[®], et Saint-Yorre[®]. Au total, 76 bouteilles ont été analysées. En parallèle, un échantillon d'eau du réseau a été prélevé dans 30 offices alimentaires.

L'eau embouteillée a été analysée par incorporation d'1 mL dans un milieu plate count agar (PCA), et par filtration de 250 mL sur membranes en nitrate de cellulose à 0.45µm déposées sur géloses Drigalski et Cétrimide. L'eau du réseau a été analysée par incorporation d'1 mL dans un milieu PCA, et par filtration de 100mL sur membrane en nitrate de cellulose à 0.45µm (Millipore[®]) déposée sur géloses Drigalski et Cétrimide. Les géloses ont été incubées à 30°C pendant 72h, avec une lecture quotidienne. La flore mésophile aérobie revivifiable a été dénombrée sur le milieu PCA. Les colonies des milieux Drigalski et Cétrimide ont été identifiées au spectromètre de masse.

RÉSULTATS

L'eau Cristaline[®] présente un inoculum bactérien plus important que l'eau du réseau des offices alimentaires : 73.9 % des bouteilles contiennent plus de 100 UFC/mL de flore mésophile totale, contre 16.6 % des points d'eau. Par ailleurs, 7.2 % des bouteilles de Cristaline[®] contiennent un pathogène opportuniste (*Stenotrophomonas maltophilia*) contre 3.3 % des points d'eau (*Stenotrophomonas maltophilia* et *Pseudomonas aeruginosa*). Les tests effectués sur les eaux minérales Volvic[®], Saint-Yorre[®] et Hépar[®] montrent l'absence de pathogènes, et un faible inoculum de flore mésophile.

Les premiers résultats de nos analyses prouvent que la qualité bactérienne de l'eau du réseau de notre établissement est meilleure que celle de l'eau de source majoritairement délivrée à nos patients, et remettent en question notre attitude vis-à-vis de l'eau de boisson des patients immunodéprimés.

CONCLUSION

La consommation d'eau en bouteille a un impact environnemental et financier non négligeable pour notre établissement. La bonne qualité microbiologique de l'eau du réseau et l'important inoculum bactérien observé dans l'eau en bouteille nous amènent à reconsidérer nos consignes de prévention des infections chez les immunodéprimés.

P-036

MUCORMYCOSES CUTANÉES CHEZ DES PATIENTS D'HÉMATOLOGIE ET CONTAMINATION PAR LE LINGE

LANGLOIS Bénédicte⁽¹⁾, **MOUET**

Audrey⁽¹⁾, *CHANTEPIE Sylvain*⁽¹⁾, *LE HELLO Simon*⁽¹⁾, *BONHOMME Julie*⁽¹⁾

⁽¹⁾ *CHU de Caen, Caen, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les Mucorales sont des champignons filamenteux non septés, présents dans l'environnement, responsables d'infections profondes et graves chez les patients immunodéprimés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un recueil des cas de mucormycoses cutanées, des 5 dernières années, survenues chez les patients hospitalisés dans le secteur protégé d'hématologie d'un CHU, a été réalisé. Pour chacun, les données épidémiologiques, cliniques, microbiologiques et thérapeutiques ont été collectées et une revue de la littérature a été faite.

RÉSULTATS

De 2015 à 2019, 35 cas d'infections fongiques invasives ont été déclarés sur 985 admissions. Parmi elles, 2 patients ont présenté des lésions cutanées de type fasciite nécrosante au cours de leur séjour en hématologie. L'examen mycologique des biopsies cutanées des lésions a mis en évidence dans les 2 cas *Lichtheimia ramosa*.

Ces patients étaient hospitalisés en secteur protégé. Les prélèvements environnementaux de routine ne retrouvaient pas de Mucorales et les lésions étant localisées aux zones d'appui, l'hypothèse de l'origine de ces infections a été attribuée aux vêtements personnels utilisés par le patient. Dans les 2 cas, les patients portaient des vêtements dont l'entretien avait été réalisé par leur famille selon un protocole établi par le service, et non contrôlé par des prélèvements microbiologiques.

La contamination par le linge personnel n'est pas décrite dans la littérature. Seuls trois articles ont mis en évidence un lien entre linge et infections cutanées à Mucorales, rapportant à eux trois au moins 8 patients en 2008 et 2015. Les spores avaient été retrouvées sur le linge de lit ou du patient, fourni par l'hôpital ou des associations. L'origine des contaminations avait été attribuée à une défaillance dans la gestion du linge (lavage, transport, conservation).

CONCLUSION

Ces modes de transmission rares, survenant à l'hôpital, ont été rapportés dans la littérature, nous amenant à nous questionner sur les modalités d'entretien du linge de confort de ces patients fragiles. Un lavage à faible température, un séchage insuffisant ou un stockage inadapté sont autant d'étapes qui peuvent être à l'origine d'une contamination du linge par des spores fongiques. Le Centers for Disease Control américain a quant à lui publié des recommandations sur l'entretien du linge d'hôpital (drap, couvertures, blouse), préconisant un lavage à une température supérieure à 71°C pendant 25 minutes. Des recommandations nationales plus précises sur la prise en charge du linge personnel des patients en secteur stérile seraient bienvenues pour éviter ce type infection.

P-037

TRAITEMENT VAPEUR DES SIPHONS POUR MAÎTRISER LA DIFFUSION DES BMR

SICARD Diane⁽¹⁾, CAVALIÉ Laurent⁽¹⁾, HUC Sandra⁽²⁾, FEUILLOLAY Catherine⁽²⁾, **COUQUET Hélène**⁽¹⁾, MALAVAUD Sandra⁽¹⁾, ROQUES Christine^(1, 2)

⁽¹⁾ CHU TOULOUSE, TOULOUSE, FRANCE ;

⁽²⁾ FONDEREPHAR, TOULOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Ces dernières années, deux épisodes de contamination de siphons par des BMR (*P. aeruginosa* GES et *K pneumoniae* NDM) en réanimation ont pu être rapprochés de cas groupés de colonisations ou d'infections de patients avec ces mêmes bactéries. La réintroduction de la désinfection des siphons par javellisation et leur changement avait permis de contenir ces épisodes. Cependant, la colonisation des siphons reste un problème récurrent, en lien notamment avec la résistance à la désinfection chimique sous forme biofilm. Notre objectif est donc d'évaluer, en réanimation polyvalente, l'intérêt d'un entretien courant par méthode vapeur, par comparaison au protocole de javellisation en vigueur.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Deux bras de 10 box ont été définis, l'un protocole javel, l'autre vapeur (2 applications de 2 minutes). Les siphons sont écouvillonnés, la veille du nettoyage suivant, une fois par semaine pendant 2 mois puis de façon mensuelle. L'écouvillon est placé dans 1 mL de milieu de transport, vortexé, dilué au 1/10 dans de l'eau distillée stérile. Les évaluations de populations (UFC) et recherche de Gram - producteurs de BLSE et/ou carbapénémases sont réalisés par étalement de 100µL sur milieux sélectifs. Les dénombrements sont présentés en considérant 4 classes.

RÉSULTATS

Le nombre d'UFC correspondant à des bactéries présentant des mécanismes de résistance acquise est significativement différent pour les milieux BLSE ($p=0.0022$) et OXA48 ($p=0.0094$) entre les 2 bras. Ce nombre diminue avec le temps pour le bras vapeur. Parallèlement, la fréquence de détection de BMR est plus élevée pour le traitement par javel (61 % contre 33 %). Les BMR identifiées sont des entérobactéries BLSE (majoritairement *E. cloacae* et *E. asburiae* puis *K. pneumoniae*), des entérobactéries productrices de carbapénémase(s) (*C. freundii* NDM et *E. asburiae* NDM), des espèces du genre *Pseudomonas*. On retrouve également de nombreux *S. maltophilia* dans les 2 bras (présence dans 69 % et 52 % respectivement). A 5 mois, 1 seul prélèvement du bras vapeur a conduit à l'isolement de BMR (contre 8 par traitement javel).

CONCLUSION

Ces résultats (intermédiaires) sont encourageants, caractérisés par une réduction en termes de dénombrement et de fréquence de détection de BMR présentes dans les siphons lors d'un entretien par vapeur, par rapport à une désinfection par javel. La vapeur présente plusieurs intérêts i) action détergente et désinfectante sur le biofilm de la portion proximale des siphons, ii) limitation des rejets de chlore, iii) enfin, elle est plébiscitée par le personnel pour sa facilité d'utilisation sans qu'aucun incident ne soit à déplorer.

P-038

IMPACT DES MESURES DE DÉCONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE SUR L'INCIDENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES À PSEUDOMONAS EN RÉANIMATION

FEVRE Margo⁽¹⁾, MOUET Audrey⁽¹⁾, ETHUIN Frédéric⁽¹⁾, DAUBIN Cédric⁽¹⁾, GUITTET Lydia⁽¹⁾, DU CHEYRON Damien⁽¹⁾, THIBON Pascal⁽²⁾, LE HELLO Simon⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Caen, Caen, FRANCE ; ⁽²⁾ CPIAS Normandie, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pseudomonas spp., est un germe opportuniste responsable d'infections associées aux soins (IAS). Depuis 2011, 65 patients infectés ou colonisés à *Pseudomonas aeruginosa* producteur d'une carbapénémase de type VIM-2 (Pyo-VIM2) ont été repérés dans notre établissement, ainsi qu'un réservoir pérenne des Pyo-VIM2 dans les siphons de lavabos. Des mesures de maîtrise en réanimation ont été successivement mises en place : (T0) désinfection des siphons par de l'hypochlorite de sodium et (T1) ajout d'un bio-nettoyage des surfaces avec

un détergent-désinfectant à double dose. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de ces mesures sur l'incidence des IAS à *Pseudomonas* spp. chez les patients de réanimation.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Etude observationnelle avant-après avec groupe contrôle sur 16 mois en réanimation médicale et chirurgicale. Le critère de jugement principal était le taux d'attaque (TA) des IAS à *Pseudomonas* spp (VIM2 et nonVIM2). Le TA des IAS à *Staphylococcus aureus* et à *Enterobacter cloacae* (groupes contrôles) était également mesuré. Le nombre de sujets nécessaire était estimé avec l'hypothèse d'une diminution du TA des *Pseudomonas* spp de 50 % (puissance 80 %, alpha 5 %). La comparabilité des groupes a été étudiée, et les résultats des prélèvements environnementaux décrits.

RÉSULTATS

Au total, 2266 patients ont été inclus (âge médian : 64 ans [IQR : 52-71]). Les caractéristiques des patients avant et après T0 et T1 étaient comparables. Le TA des IAS à *Pseudomonas* spp. (hors VIM-2) avant et après T0 et avant et après T1 était respectivement de 2,7 % et 4,0 % ($p=0,14$) et de 2,9 % et 4,1 % ($p=0,18$). Le TA des Pyo-VIM2 devenait nul à distance de T1. On n'observait pas d'évolution de l'incidence avant/après T0 et T1 dans les 2 groupes contrôle. Les mêmes résultats étaient observés par type de réanimation. La proportion de prélèvements identifiant *Pseudomonas* spp. (hors VIM-2) dans l'environnement (siphons) passait de 36,2 % avant T0 à 18,8 % à distance de T1 ($p=0,01$) et de 32,8 % à 0,9 % ($p<10^{-3}$) pour le Pyo-VIM2.

CONCLUSION

Notre étude a permis de montrer une efficacité des mesures destinées à éliminer le Pyo-VIM2 des siphons en réanimation et leur transmission vers les patients. En revanche, l'impact sur la contamination par *Pseudomonas* spp. (hors VIM-2), bien que significatif, était plus faible, et aucun impact sur le TA des IAS dues à ce germe n'était observé suggérant une origine endogène. Notre étude confirme la nécessité d'appliquer les mesures d'hygiène liées autant à la transmission croisée qu'à l'environnement du fait d'une attribution-source bi-modale des IAS à *Pseudomonas* en réanimation.

P-039

CONTAMINATION ASPERGILLAIRE EN BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION : SOURCES, CONSÉQUENCES ET MESURES CORRECTIVES

MOUET Audrey⁽¹⁾, **LEMARIE Annie**⁽¹⁾, **BAZIN Céline**⁽¹⁾, **DELAMONTAGNE Alexandra**⁽¹⁾, **ANCELLE Amélie**⁽¹⁾, **CLAROTTI Marie-Ange**⁽¹⁾, **BONHOMME Julie**⁽¹⁾, **BENHAIM Annie**⁽¹⁾, **LE HELLO Simon**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Caen, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 14 janvier 2019, le laboratoire Biologie De la Reproduction (BDR) signale au service d'hygiène des contaminations fongiques de leurs cultures d'embryons. L'identification mycologique conclut à une contamination par *Aspergillus fumigatus*. Nous allons vous présenter les résultats des investigations qui ont permis d'identifier le réservoir mais aussi les conséquences pour la BDR et les mesures correctives mises en place.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les investigations ont consisté principalement en la réalisation de prélèvements d'environnement (air et surface) pour la recherche d'*Aspergillus fumigatus* dans la salle de culture embryonnaire. Pour compléter, une description du processus aboutissant à la mise en culture d'embryons et des procédures d'entretien a été réalisée, ainsi qu'une recherche d'interventions techniques sur les 6 mois précédents.

RÉSULTATS

L'analyse du processus n'a pas retrouvé d'écart par rapport aux référentiels. L'entretien des incubateurs CO2 était réalisé avec le détergent désinfectant de surface utilisé à demi-dose. Le laboratoire est classé ISO8 et M100 selon la norme NFS 90-351, et les dernières qualifications opérationnelles étaient conformes. Il possède deux hottes à flux laminaire et 5 incubateurs CO2, dont 4 servent à la culture embryonnaire. Entre le 14/01 et le 08/02, 154 prélèvements d'environnement ont été réalisés : 30 d'air (2 comptages de particules, 13 avec un biocollecteur et 14 par boîte ouverte notamment dans les étuves) et 112 de surfaces. *Aspergillus fumigatus* a été retrouvé dans 3 des incubateurs CO2 et sur le dessus d'une hotte. Le 6 février, le réservoir a été identifié au niveau de bouchons situés sur le côté des incubateurs, permettant l'introduction de sondes de mesure de CO2 à l'intérieur des incubateurs. Les 3 incubateurs ont été inutilisables du 23/01 au 15/03/2019. Les embryons de 6 patientes ont été contaminés ne permettant pas leur implantation.

CONCLUSION

Dans le cadre de l'accréditation COFRAC, la mesure en continu de la température et du CO₂ dans les incubateurs avait été demandée. Les sondes ont été insérées par les bouchons latéraux, engendrant une perte d'étanchéité et une condensation. A partir d'une contamination aspérgillaire survenue probablement au cours d'une intervention technique, un réservoir secondaire s'est créé dans le bouchon d'une des étuves, puis diffusé aux autres à l'occasion du changement des sondes. Depuis leur scellage, aucune contamination n'a été signalée.

P-040

DÉSINFECTION DE NIVEAU INTERMÉDIAIRE DES SONDES ENDOCAVITAIRES : ETUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

GERA DENIS-PETIT Stuti⁽¹⁾, **MONTEIL Catherine**⁽¹⁾, **SOUYRI Valérie**⁽¹⁾, **KHOURI Tania**⁽¹⁾, **HODEN Louise**⁽¹⁾, **FOURNIER Sandra**⁽¹⁾

⁽¹⁾ APHP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis mars 2019, un niveau de désinfection intermédiaire (DNI) des sondes d'échographies endocavitaires est recommandé entre 2 actes. Les éléments entrant en ligne de compte pour le choix du procédé de DNI sont le délai de mise en œuvre, la faisabilité, le volume d'activité, l'impact écologique, l'interface informatique pour la traçabilité et le coût. L'objectif de cette étude est de réaliser une évaluation médico-économique de plusieurs méthodes de DNI.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Quatre méthodes de DNI ont été comparées : lingettes désinfectantes à l'acide peracétique (L1), lingette au dioxyde de chlore (L2), procédé automatisé utilisant les UV et procédé automatisé utilisant le peroxyde d'hydrogène, (H₂O₂).

Coût unitaire pris en compte pour les lingettes ; pour les procédés automatisés : coûts d'achat, de maintenance, des révisions et des consommables.

Le coût par acte des 2 procédés automatisés a été évalué selon le nombre d'actes par jour variant de 10 à 50 et la période d'amortissement de l'appareil variant de 1 à 7 ans (durée de vie moyenne des appareils). Il a été retenu l'hypothèse de 300 jours travaillés par an et une utilisation dans un seul box (appareil non transportable).

RÉSULTATS

Coût par acte de L1, 1,2€ ; de L2, 1,5€.

Pour UV, achat : 15600€, maintenance incluant les consommables 2080€ par an. Au bout d'une année

d'utilisation, le coût par acte décroît de 5,9€ pour 10 actes/j à 1,2€ pour 50 actes/j. Au bout de 7ans, le coût par acte décroît de 1,4 à 0,3€. Il faut 50 actes/j pour obtenir en 1an un coût par acte du procédé UV équivalent à celui d'une lingette L1. Au bout de 3 ans, le procédé devient rentable pour les unités effectuant plus de 25 actes/j. Au bout de 7 ans le procédé est rentabilisé dès 15 actes/j. (fig1)

Pour H₂O₂, achat : 12128€, maintenance 900€ par an, révision 1287€ pour 5000 cycles, consommables approximatés à 2,15€ par cycle. Le coût par acte varie de 6,8€ pour 1 an d'utilisation à 10 actes/j à 2.5€ pour 7ans d'utilisation à 50 actes/j. En 7 ans, le procédé semble rester plus coûteux que les lingettes quel que soit le nombre d'actes. (fig2)

Limites de l'étude : non prise en compte des coûts liés à la traçabilité, au temps humain et évolution des prix des lingettes, appareils et consommables.

CONCLUSION

Les lingettes désinfectantes permettent de répondre rapidement aux nouvelles exigences nationales. Cependant, cette évaluation médico-économique, qui devra être confirmée, suggère que ces procédés automatisés pourraient avoir toute leur place dans les services ayant une activité soutenue. Le coût des consommables et de la maintenance doit être pris en compte dans le calcul.

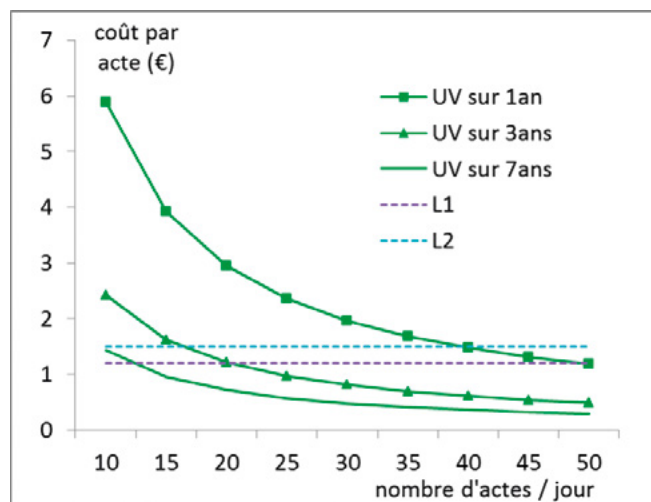


Fig 1. Coût par acte pour le procédé UV selon la période d'amortissement et le nombre d'actes réalisés par jour par box

nb actes / jour	nb années d'amortissement	nb actes total	coût d'un acte en €			
			UV	H2O2	L1	L2
10	1	3000	5,9	6,8	1,2	1,5
25	1	7500	2,4	4,1	1,2	1,5
50	1	15000	1,2	3,3	1,2	1,5
10	3	9000	2,4	4,1	1,2	1,5
25	3	22500	1,0	3,1	1,2	1,5
50	3	45000	0,5	2,7	1,2	1,5
10	7	21000	1,4	3,3	1,2	1,5
25	7	52500	0,6	2,8	1,2	1,5
50	7	105000	0,3	2,6	1,2	1,5

Fig 2. Coûts des différents procédés par acte selon le nombre d'années d'amortissement et le nombre d'actes réalisés par jour par box

P-041

VALIDATION DU BIONETTOYAGE EN SITUATION RÉELLE AU LABORATOIRE DE THÉRAPIE CELLULAIRE (LTC)

ADJIDÉ Crespin Codjo⁽¹⁾, **PETIT Anais**⁽¹⁾, **WEISS Roxane**⁽¹⁾, **OSSART Christèle**⁽²⁾, **RÉGNIER Aline**⁽²⁾, **LACASSAGNE Marie-Noëlle**⁽²⁾, **OBIN Odile**⁽¹⁾, **OUTURQUIN Gaëtan**⁽¹⁾, **DESOUTTER Judith**⁽²⁾, **MULLIÉ-DEMAILLY Catherine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Laboratoire Hygiène Risque Biologique & Environnement, Centre de Biologie Humaine (CBH) - CHU Amiens-Picardie, Amiens, FRANCE ; ⁽²⁾ Laboratoire de thérapie Cellulaire, service d'Hématologie Clinique et Thérapie Cellulaire, CHU Amiens-Picardie, Amiens, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à une visite de l'ANSM, le Laboratoire de Thérapie Cellulaire (LTC) de notre établissement a été mis en demeure de valider son processus de bionettoyage (1)(2).

Au LTC, ce dernier se réalise avec un détergent-désinfectant (DD) en solution prête à l'emploi, bactéricide, levuricide, fongicide et virucide. Un protocole mis en place du 27 novembre au 14 décembre 2018 a permis d'évaluer le bionettoyage en situation réelle.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Pour étudier l'efficacité du bionettoyage en situation réelle, le plateau du Poste de Sécurité Microbiologique (PSM) a été divisé en 9 secteurs. L'objectif était d'évaluer le bon usage et la bonne conservation du détergent-désinfectant (DD). Les tests ont été réalisés à 4 temps distincts, (T1; T2; T3; T4) et à 4 moments différents d'utilisation du DD. Les analyses au laboratoire ont aussi été encadrées par des témoins (cf. Tableau 1).

Les 9 secteurs du PSM ont été prélevés par empreinte à l'aide de géloses count-tact (CT). Les géloses ont été incubées

5 jours à 30°C±2 et les cultures microbiennes dénombrées pour un rendu des résultats en Unités Formant Colonie (UFC). Les résultats ont été interprétés par rapport au référentiel BPTC (2) par le laboratoire d'hygiène

RÉSULTATS

Tous les témoins positif et négatifs donnent des résultats cohérents qui valident les séries d'essais et permettent d'interpréter les résultats.

Les résultats observés sur l'ensemble des tests sont conformes à l'attente, < 1UFC/25cm². Le bionettoyage donne, en situation réelle, les résultats attendus

CONCLUSION

L'efficacité du bionettoyage en situation réelle est validée (2) (3)(4). Le processus en place permet un bionettoyage efficace et évite les transferts de contamination. Le LTC est, sur ce point, conforme au BPF(3). Toute substitution du détergent-désinfectant actuel par un autre devra être validé à minima à l'ouverture, en cours de manipulation et à la fin du flacon.

Bibliographie

1. ICH guideline Q9 on quality risk management step 5.pdf
2. Règles-de-bonnes-pratiques-relatives-a-la-preparation-a-la-conservation-au-transport-la-distribution-et-a-la-cession-des-tissus-des-cellules-et-des-preparations.pdf
3. GUIDE DES BONNES PRATIQUES_Mai 2019_4.pdf.
4. 2017_11_22_guidelines_gmp_for_Advanced Therapy Medicinal Products.pdf

	Ouverture flacon DD	Utilisation DD			Fin flacon
		1 mois	2 mois	3 mois	
Témoins	Témoin DD ouverture	Pulvérisation DD sur 1 gélose count-tact (CT) à l'ouverture du flacon			
	Témoin DD fin utilisation	Pulvérisation DD sur 1 CT à la fin d'utilisation du flacon			
	Témoin Gélose [G(-)]	1 CT	1 CT	1 CT	1 CT
	Témoin fertilité (T(+))	1 CT	1 CT	1 CT	1 CT
Tests	T1 avant désinfection, 15 min après allumage du PSM	9 CT	9 CT	9 CT	9 CT
	T2 après le temps de contact désinfectant	9 CT	9 CT	9 CT	9 CT
	T3 à la fin du processus et avant la désinfection du PSM	9 CT	9 CT	9 CT	9 CT
	T4 4 h après désinfection et avant arrêt du PSM en fin de journée	9 CT	9 CT	9 CT	9 CT

Tableau 1. déroulement de la validation du bionettoyage au LTC

P-042

LE TRI DES DÉCHETS, UN ENJEU QUI PARLE AUX SOIGNANTS

MARCO Léa⁽¹⁾, **FOUASSIN Xavier**⁽¹⁾, **SIROT Florence**⁽¹⁾, **SCOTTO Frederique**⁽¹⁾, **BERDOT Charlotte**⁽¹⁾, **LALAND Catherine**⁽¹⁾, **THEVENOT Sarah**⁽¹⁾, **CASTEL Olivier**⁽¹⁾, **SUSSET Florence**⁽¹⁾, **PAEZ Jerome**⁽¹⁾, **COINDRE David**⁽¹⁾, **BLANCHIER Ludovic**⁽¹⁾, **BOUSSEAU Anne**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Poitiers, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le tri des déchets d'activité de soins est une préoccupation des établissements de santé. Celui-ci nécessite une attention particulière de la part de tous les professionnels de santé, d'autant plus quand ils présentent un risque infectieux. Les erreurs de tri sont parfois en lien avec un défaut d'organisation ou un manque de fonctionnalité des supports de tri. L'objectif de ce travail était de mesurer l'amélioration du tri des déchets grâce à la mise en place de nouveaux outils (supports visuels, supports de tri plus ergonomiques) sans modifier le fond du protocole institutionnel.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un audit réalisé préalablement dans plusieurs services de l'établissement par le prestataire de Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) avait mis en lumière une volonté des professionnels de mieux trier. Parallèlement, il a été observé que les contenants étaient mal positionnés et pas toujours adaptés pour optimiser le tri des déchets. Au regard de ces résultats, un test dans 3 services de médecine d'un même secteur géographique (moyenne de 83 patients/j) a été réalisé. La pesée des DASRI, des Ordures Ménagères (OM) et du papier a été effectuée avant le début des tests. Puis, des supports de tri plus ergonomiques et des affiches plus visuelles ont été mises en place dans ces services. De nouvelles pesées ont été effectuées au cours des six semaines suivant la mise en place de ces actions. Le poids des déchets, exprimé en kilogrammes, a été rapporté au nombre de patients et au nombre de jours de pesées (kg/patient-jour).

RÉSULTATS

Les résultats ont montré une amélioration importante du tri avec notamment une répartition en faveur des OM et du papier versus les DASRI. (Tableau I). Ainsi, le poids des DASRI a fortement diminué (23 %).

Le coût de traitement des déchets est le suivant : 505 euros/tonne de DASRI et 115 euros/tonne d'OM. Le papier est valorisé avec un gain de 10 euros/tonne. En prenant en compte les coûts de traitement et en extrapolant ces résultats

sur l'année 2019 et sur ces 3 services, une économie de plus de 5300 euros aurait été réalisée, permettant ainsi de financer largement les nouveaux équipements mis à disposition.

CONCLUSION

Les professionnels ayant participé aux tests se sont montrés investis dans la démarche. Un groupe de travail institutionnel sur la gestion des déchets a été créé. Avec des outils simples, les erreurs de tris sont corrigées dans une proportion qui peut permettre de financer les supports de tri mis à disposition et de diminuer ainsi notre impact environnemental.

	DASRI	OM	Papier
Poids des déchets avant mise en place des outils (kg/patient-jour)	1,71	1,89	0,14
Poids des déchets après mise en place des outils (kg/patient-jour)	1,31	2,08	0,23
Différence (kg/patient-jour)	-0,40	+0,18	+0,09

Tableau I. Répartition des déchets dans 3 services de médecine avant et après mise en place des mesures d'amélioration du tri des déchets

P-043

BIONETTOYAGE DES LOCAUX : UNE FORMATION EN ACTION !

PERRON Stéphanie⁽¹⁾, **CHAPU Murielle**⁽¹⁾, **TYTGAT-DROUET Sylvie**⁽¹⁾, **HERVOT Lydie**⁽¹⁾, **REHEL Malika**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Saumur, Saumur, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En secteur médico-social, la gestion de l'environnement par tous les professionnels permet d'assurer confort, qualité et sécurité des soins dispensés aux résidents. La méconnaissance du rôle de l'environnement dans la transmission croisée, l'appropriation incomplète des techniques et le non-respect des étapes d'entretien des locaux induisent un risque infectieux chez les résidents. Après un premier apport théorique réalisé en 2017 auprès de l'ensemble des professionnels paramédicaux de 2 EHPAD (190 lits), la direction des soins a souhaité en 2019 une nouvelle sensibilisation à l'entretien des locaux ; l'EOH s'est orientée vers un modèle de formation plus visuelle afin d'imager la contamination environnementale et ainsi permettre une meilleure observance au quotidien des techniques d'entretien des locaux. En résumé : visualiser pour mieux réaliser.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'EOH a réalisé dans la chambre d'un résident une vidéo type « Vie ma vie de résident » : un membre de l'EOH a endossé le rôle du résident et joué une scène au cours de laquelle ses mains sont souillées (toux, éternuement, mouchage...). La contamination des mains est simulée à l'aide de fluorescéine déposée sur les mains du comédien ; les éléments de

l'environnement (mobilier, porte) sont ensuite contaminés par manu-portage. Des arrêts sur image (photographies) sont alors effectués sur ces éléments avec une lumière à ultraviolet ; la présentation simultanée de la vidéo et des photographies objective la contamination de l'environnement par les mains du résident et par extrapolation par toutes les mains. L'entretien des locaux, sa chronologie et ses grands principes sont ensuite mis en image par le biais de vidéos/séquences ; Chacune de ces séquences insiste sur les bonnes pratiques et décrit les étapes à respecter lors de l'entretien quotidien d'une chambre.

RÉSULTATS

Ce nouveau format permet aux professionnels de visualiser l'importance de la contamination environnementale. Suite à cette objectivation, le rappel des bonnes pratiques de bionettoyage prend alors « sens et importance ».

CONCLUSION

Ces vidéos courtes et synthétiques allant à l'essentiel ou « au cœur du métier » permettent une présentation rapide des bonnes pratiques. Elles valorisent également les catégories professionnelles en charge de l'entretien des locaux, répondent à bon nombre de questionnements et peuvent corriger certaines pratiques inadaptées. L'utilisation d'une autre voie de mémorisation / d'apprentissage est très appréciée des professionnels.

P-044

GESTION DE LA CONTAMINATION D'UN GÉNÉRATEUR THERMIQUE POUR CIRCULATION EXTRA-CORPORELLE À MYCOBACTÉRIES ATYPIQUES, QUELS ENSEIGNEMENTS

CHEFSON-GIRAULT Christine⁽¹⁾, **LOTTIN Marion**⁽¹⁾, **GOURICHON Lise**⁽¹⁾, **GROSJEAN Andre**⁽¹⁾, **SKALLI Soumaya**⁽¹⁾, **BOUCHART Francois**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Rouen, Rouen CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'alerte européenne de 2015 de cas d'infections à *Mycobacterium chimaera* (MyC) après chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle, notre établissement s'était mis en conformité pour le remplissage (RP) (eau filtrée (EF) additionnée d'eau oxygénée à 3 %) et la désinfection (DSF) à base d'acide péracétique des générateurs thermiques (GT), leurs contrôles microbiologiques ainsi que le suivi des patients. Après plus de 3 ans sans anomalie, une contamination à MyC est mise en évidence. L'objectif de ce travail est de décrire la gestion de cette alerte.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'alerte a été coordonnée par le laboratoire d'hygiène (LH) en lien avec le bloc et le biomédical : vérification des procédures de DSF et de RP des GT, réalisation de prélèvements de contrôle, suivi des patients.

RÉSULTATS

Mai 2019 : réalisation d'une maintenance au bloc des 3 GT, par le fournisseur.

Août : flore aérobie revivifiable à 22°C (FAR22) au seuil d'action. Le LH prend contact avec le bloc qui change le filtre du point de remplissage et réalise une DSF des GT. Les prélèvements de contrôle montrent une négativation de la FAR22.

Octobre : les prélèvements d'août sont positifs à mycobactéries (My). Des prélèvements de contrôle sont réalisés et montrent une FAR22 indénombrable dans les 3GT malgré une DSF récente. Le LH reprend les recommandations pour s'assurer de la conformité de la procédure locale puis se rend au bloc pour s'assurer de leur mise en œuvre. Le point de remplissage est prélevé et modifié (changement du flexible, du type de filtre, du système d'accroche). Tous les prélèvements de contrôle (GT et EF de remplissage) sont satisfaisants pour la FAR22.

Novembre : tous les prélèvements d'octobre sauf l'EF sont positifs à My avec identification de MyC. Les prélèvements de suivi sont de nouveau anormaux.

Le biomédical contacte le fournisseur qui propose un envoi en maintenance des GT pour DSF approfondie.

CONCLUSION

La gestion de cette alerte a été rendue difficile par les délais de culture et d'identification des My. Elle a toutefois démontré l'importance de la surveillance de l'eau des GT qui doit être coordonnée avec les maintenances et pour laquelle le suivi de la FAR22 seule n'est pas suffisant.

La source de cette contamination reste à confirmer : remplissage avec une eau mal filtrée ou contamination lors de la maintenance de mai. Il est toutefois préoccupant que les procédures de DSF et de RP n'aient pas permis de négativer les prélèvements comme cela avait pourtant été le cas lors de la mise en œuvre initiale des recommandations en 2015 : y aurait-il une source de contamination récurrente ?

P-045

DIX ANS DE SUIVI DE PATIENTS PORTEURS D'ERG À L'HÔPITAL

DEBOSCKER Stéphanie⁽¹⁾, **LAVIGNE Thierry**⁽¹⁾, **SÉVERAC François**⁽¹⁾, **MÉNARD Céline**⁽¹⁾, **GAUDART Jean**⁽²⁾, **MEYER Nicolas**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, FRANCE ; ⁽²⁾ Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) sont rares en France. Ceci est probablement dû à un taux de colonisations maîtrisé par les mesures drastiques mises en place depuis 15 ans. Néanmoins, ces mesures sont parfois difficiles à appliquer et ont un impact sur les patients, l'organisation des services et les soignants qui ne les comprennent pas toujours, notamment quand les patients présentent plusieurs dépistages négatifs. La question de la levée des mesures n'a, à ce jour, pas trouvé de réponse unanime. Au niveau international, la notion de triple dépistage est souvent évoquée.

Nous avons analysé les données des patients porteurs d'ERG suivis depuis 2007 dans notre établissement, pour mieux connaître leurs caractéristiques et améliorer les connaissances sur l'évolution de la colonisation digestive.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Analyse descriptive des patients découverts porteurs d'un *Enterococcus faecium* VanA ou VanB, dans notre établissement, entre 2007 et 2016.

RÉSULTATS

Nous avons inclus 309 patients. Pour 95 %, la découverte s'est faite par dépistage (surveillance active). Sept pourcents ont eu un prélèvement clinique positif.

Pour les 304 patients majeurs, l'âge moyen était de 67 ans. Près de 67 % ont été dépistés car ils étaient patients contact, et moins de 15 % ont été découverts par les dépistages systématiques. Un lien avec l'étranger était connu dans 10 % des cas. Le service le plus concerné était la néphrologie (29 %). La durée de suivi médiane était de 1,5 an. Près de 70 % des cas ont été réhospitalisés après la découverte. La durée moyenne de séjour était de 17 jours. Un peu plus de 88 % des patients (268 patients) ont eu des dépistages de suivi après leur découverte. Parmi eux, 75 patients n'ont eu que le prélèvement de découverte positif. Moins de 8 % de l'ensemble des patients ont eu 3 dépistages négatifs avant de redevenir positifs. Au total, 54 % des patients ont eu un triple dépistage négatif sans aucun positif ensuite, dans un

délai médian de 1,6 mois chez les patients n'ayant pas reçu d'antibiotiques sélectionnant les ERG et 3,8 mois chez ceux en ayant reçus.

CONCLUSION

Devant le faible taux d'infections à ERG en France, la surveillance active est essentielle mais il est important de bien cibler les patients à risque. Dans un délai médian de 3 mois après la découverte, plus de la moitié des patients présentaient un triple dépistage négatif, sans autre dépistage positif ensuite. Il serait intéressant d'étudier plus en détails les critères de levée des mesures proposés par le CCLIN Est en 2008 et par le CDC en 2007.

P-046

ÉCOUVILLONS RECTAUX MACROSCOPIQUEMENT « NON CHARGÉS » EN MATIÈRE FÉCALE : IMPACT POUR LE DÉPISTAGE DES BMR

FARFOUR Eric⁽¹⁾, **LECURU Marion**⁽¹⁾, **DE FONDAUMIERE Marie**⁽¹⁾, **GRADE Floriane**⁽¹⁾, **GRANDIN Sandrine**⁽¹⁾, **MARACHE Annabelle**⁽¹⁾, **BAZZOUNI BARREIRO Gustavo**⁽¹⁾, **KARNYCHEFF Françoise**⁽¹⁾, **LESPRIT Philippe**⁽¹⁾, **VASSE Marc**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Foch, SURESNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La qualité des écouvillons rectaux pour recherche de BMR et BHR impacte directement la sensibilité de l'analyse. Pour les écouvillons visuellement non chargés en matières fécales (« blanc »), seule une culture sur milieu non sélectif permet de valider un résultat négatif. Néanmoins, l'appréciation visuelle de la qualité de l'écouvillon est dépendante de l'opérateur. Les objectifs de ce travail sont d'évaluer : i) l'appréciation de la qualité des écouvillons par les opérateurs ; ii) la qualité des écouvillons considérés comme non chargés visuellement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

- i) L'aspect macroscopique de 12 écouvillons +/- chargés en matière fécale (dont 2 ensemencés avec de l'eau) a été évaluée semi-quantitativement (0 : « blancs » à +++ : très chargés) par 10 opérateurs dont 5 techniciennes de laboratoire.
- ii) Tous les écouvillons rectaux pour recherche de BMR et/ou BHR et visuellement non chargés reçus entre janvier et mars 2019 ont été ensemencés sur milieu chromogène non sélectif en plus de la gélose sélective. La proportion de prélèvement positif à E-BLSE a été calculée et comparée à celle des écouvillons « chargés » pour la même période.

RÉSULTATS

- i) La qualité des écouvillons « blancs » et des plus « chargés » a été correctement appréciée par tous les opérateurs. Les 2 écouvillons les moins « chargés » ont été considérés comme « blancs » par 1 et 3 opérateurs.
- ii) 343 écouvillons ont été inclus dont 179 et 339 pour recherche d'E-BLSE et de BHRé respectivement. 4 (1.2 %) écouvillons « blancs » n'ont pas permis la culture d'Enterobacterales sur milieu non sélectif. Parmi les 179 écouvillons « blancs » pour recherche d'E-BLSE, 30 (16.7 %) étaient positifs à BMR sur milieu sélectif. Pour la même période, la proportion d'écouvillon « chargés » positifs à E-BLSE est de 15.9 %.

CONCLUSION

L'appréciation visuelle de la qualité des écouvillons rectaux est homogène sauf pour les moins chargés. L'absence macroscopique de matières fécale semble avoir un impact faible sur les résultats d'analyse.

En pratique,

- Les préconisations pré-analytiques ne sont pas modifiées ;
- Les écouvillons non chargés sont uniquement ensemencés sur milieux sélectifs appropriés ;
- Des vérifications trimestrielles sont effectuées : pendant 1 semaine, tous les écouvillons rectaux non chargés sont ensemencés en parallèle sur gélose non sélective. Un indicateur est mis en place. Cette stratégie sera appliquée aux écouvillons avec milieux de transport liquide dont l'évaluation de la qualité est plus difficile.

P-047

OPTIMISATION DE LA DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES : IMPACT DE L'EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

DOUILLY Camille⁽¹⁾, **REKSA Annie**⁽³⁾, **DEBART Anne**⁽⁴⁾, **BOYER François**⁽²⁾, **BAJOLET Odile**⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Equipe Opérationnelle d'Hygiène, CHU Reims, Reims, FRANCE ;* ⁽²⁾ *Médecine Physique et réadaptation fonctionnelle, Hôpital Sébastopol, Reims, FRANCE ;* ⁽³⁾ *Soin de suite et de réadaptation, Hôpital Sébastopol, Reims, FRANCE ;* ⁽⁴⁾ *Soin de suite et de réadaptation gériatrique, Hôpital Sébastopol, Reims, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2017, la SPILF a proposé des durées de traitement plus court pour les infections respiratoires (≤7 jours). Un indicateur de qualité HAS est en expérimentation sur ce thème.

Un travail sur l'antibiothérapie et ses indications dans un établissement comportant 8 unités a permis par une collaboration active entre l'EOH et les praticiens d'optimiser les

antibiothérapies dans les infections bactériennes documentées urinaires en l'absence d'équipe mobile d'infectiologie.

L'antibiothérapie étant également prescrite dans le cadre d'infections bactériennes non documentées, comme les infections respiratoires, un travail a été réalisé pour évaluer quotidiennement les antibiothérapies prescrites en particulier celles pour les pneumopathies et de limiter leurs durées à 7 jours.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'étude s'est déroulée prospectivement dans 8 services de 229 lits, du 27/11/19 au 16/01/20.

Les prescriptions d'antibiotiques ont été extraites en créant une requête sur le logiciel informatique Easily® permettant de filtrer exclusivement les patients présents dans les 8 services. Un second filtre permettait d'identifier les patients traités par : amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, ceftriaxone, cefotaxime, quinolones, sulfaméthoxazole-triméthoprime, métronidazole, macrolide lincosamide, synergistines. Un suivi quotidien informatique de chaque patient traité était réalisé, ainsi qu'une visite hebdomadaire. En cas de prescription > à 7 jours, un contact avec les médecins seniors permettait de revoir la prescription.

RÉSULTATS

Sur une période de 50 jours, 79 patients ont reçu une antibiothérapie. Parmi eux, 35 % avaient une pneumopathie, 30 % une infection urinaire, 30 % une infection ostéo-articulaire, 1 % un érysipèle, 1 % une bactériémie.

Concernant les 28 patients traités pour une pneumopathie (17 hommes et 11 femmes ; âge moyen 77 et 74 ans), 19 (68 %) ont reçu amoxicilline-acide clavulanique et 9 ceftriaxone-métronidazole (32 %).

Les durées de prescriptions étaient conformes dans 83 % des cas, 3 patients ont eu 8 jours de traitement. Six interventions (soit ¼ des prescriptions) ont été nécessaires en début d'étude dans 3 services pour corriger 6 durées de traitement (initialement prescrit 10 jours et 17 jours).

CONCLUSION

Ces résultats préliminaires montrent que la prescription d'antibiotiques pour pneumopathie est importante dans les unités de moyen séjour en période hivernale. L'optimisation de la durée de traitement est possible par l'intervention d'un binôme pharmacie-praticien de l'EOH ce qui participe au bon usage des antibiotiques en l'absence d'une équipe mobile d'infectiologie.

P-048

INTÉRÊT D'UN SYSTÈME INFORMATISÉ POUR LA GESTION DES ÉPIDÉMIES BHRE

COLAS Anaïs⁽¹⁾, **LIZON Julie**⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU Nancy, Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de ce travail est de réaliser une étude rétrospective des épisodes épidémiques de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) survenus au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) depuis 2015.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le CHU dispose d'un système informatisé permettant la gestion et le suivi des patients porteurs et contacts BHRe. Ce système comprend les dépistages réalisés au CHU, à domicile et en établissement extérieur. Notre étude concerne les épisodes épidémiques (au moins un cas secondaire généré) survenus entre le 01/01/2015 et le 30/06/2019.

RÉSULTATS

Sur la période étudiée, 14 épisodes épidémiques impliquant 48 patients porteurs et 2465 patients contacts ont été recensés. Le patient source avait un lien avec l'étranger dans 28,6 % des cas. 8 épisodes (56,3 %) concernaient des entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) et 6 (43,7 %) des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG). La durée médiane d'une épidémie était de 26,5j [8;67] (25j [8;57] pour les EPC, 34,5j [18;67] pour les ERV). Le nombre médian de cas secondaires identifiés était de 2 [1;9] (1 [1;3] pour les EPC et 3,5 [1;9] pour les ERV).

En moyenne, 176 patients contacts [47 ; 383] ont été générés par épisode (139,3 [47;356] pour les EPC et 225 [63;383] pour les ERV) dont 1,4 % [0,5 %;2,9 %] se positivent par épisode. Parmi les patients contact, 43,6 % [23,1 %;57,1 %] ont pu être négativés après le comptage pour les motifs suivants : 3 dépistages (56,1 %), 1 dépistage à plus de 60j (15,4 %) et 1 dépistage à plus de 15j (27,9 %). Les perdus de vue représentaient 55,9 % [34,9 %;90,4 %] des patients contact dont 80,2 % [55,1 %;100 %] sans dépistage et 12,6 % [0 %;38,3 %] décès.

Parmi les 34 cas secondaires générés, un lien direct avec un patient porteur a pu être identifié pour 31. La découverte s'est faite au CHU pour 27 patients (79,4 %). Le délai médian de découverte était de 25j [7;95] par rapport au début du comptage. Cette découverte s'est réalisée en présence du patient porteur pour 9 cas et pour 14 cas au premier dépistage post-contage. 8 cas se sont positivés après un ou

deux dépistages négatifs post-contage (dont 2 à plus de 21j post-contage).

CONCLUSION

Le nombre de cas secondaires générés par épisode reste faible. Néanmoins, il est sous-estimé en raison de la difficulté à faire réaliser les dépistages des patients notamment lors du retour à domicile malgré les prescriptions de dépistages.

P-049

RÉSULTATS FRANÇAIS DE L'ENQUÊTE EUROPÉENNE SUR LES COMPORTEMENTS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONCERNANT LES ANTIBIOTIQUES

NION-HUANG Michèle⁽¹⁾, **COLOMB-COTINAT Mélanie**⁽¹⁾, **BERGER-CARBONNE Anne**⁽¹⁾, **RÉSEAU 17 Cpias**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Santé Publique France, Saint-Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de cette enquête était de comprendre les obstacles à une utilisation prudente des antibiotiques pour élaborer des interventions visant à modifier le comportement des professionnels de santé (PS).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une méthode d'échantillonnage par quota pour chaque profession de santé, en ville et en établissement de santé (ES) dans chaque pays a été utilisée.

Un questionnaire de 43 questions a été élaboré au niveau européen. Trente pays ont participé. Il a été distribué via un outil en ligne aux PS. Période de l'étude : 28/01-04/03/2019.

RÉSULTATS

En France, 870 PS (54 % de l'échantillon) ont répondu (648 en ES) : 376 médecins (252/ES), 203 infirmiers/sages-femmes (155/ES), 224 pharmaciens (197/ES), 67 autres PS (44/ES).

Ils affirment savoir ce qu'est la résistance aux antibiotiques (RATB) (95,5 %) et quelles informations délivrer concernant l'usage prudent des antibiotiques et la RATB (88 %). Seulement

71 % (73 % chez les médecins) sont confiants au sujet de leurs connaissances sur le bon usage des antibiotiques.

Ils semblent avoir une plus forte perception de la relation de la RATB avec l'environnement (eaux usées : 74 % ; animaux : 91 %) que leurs collègues européens.

Concernant les 5 moments de l'hygiène des mains, 47 % affirment les connaître. Une majorité reconnaît la nécessité de réaliser une hygiène des mains malgré le port de gant (86 %). Trois quarts des PS considèrent avoir un rôle clé à jouer et 2/3 voient des actions à mener à tous les niveaux : grand public, professionnels, environnement.

La semaine précédant l'enquête, 77 % des médecins en ES (86 %/ville) ont prescrit des antibiotiques, 58 % (96 %/ville) ont prodigué des conseils.

Les raisons évoquées pour ne pas avoir donné de conseils sont : manque de temps (18 %), manque de ressources (19 %), difficultés de compréhension des patients (14 %).

Trois quarts des médecins ont reçu des informations (essentiellement la publication des recommandations) sur la nécessité d'éviter la prescription d'antibiotiques, 70 % ont changé de point de vue mais seulement 35 % des médecins de ville ont changé leur pratique (62 % à l'hôpital) car 100 % considèrent appliquer déjà les recommandations (91 % à l'hôpital).

Les campagnes nationales sont assez bien connues des professionnels de santé (57 %) mais 35 % seulement les considèrent comme efficaces.

CONCLUSION

Cette enquête très détaillée permet de mieux évaluer les connaissances et opinions des PS, en particulier des prescripteurs. Sa principale limite est la faible participation des PS de ville. Elle devrait contribuer à déterminer des clefs pour une communication plus efficace autour de la prévention de la RATB.

P-050

SURCOÛTS GÉNÉRÉS PAR UN RETARD D'IDENTIFICATION DU STATUT BHR D'UN PATIENT

AUREL Caroline⁽²⁾, **CHAPUIS Catherine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils De Lyon, Saint Genis Laval, FRANCE ;

⁽²⁾ Infirmerie Protestante, Caluire, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La mise en place de précautions complémentaires contact (PCC) dès la réadmission des patients porteurs de BHR est essentielle pour éviter toute transmission croisée.

Nous rapportons le surcoût induit par la prise en charge sans PCC d'emblée d'un porteur connu dans un service de médecine et chirurgie cardiologique malgré la présence d'une

alerte dans le dossier informatisé. Ce dysfonctionnement a entraîné la gestion du patient comme une découverte fortuite. Les dépistages des 8 patients contacts du secteur ont mis en évidence un cas secondaire ce qui a nécessité l'instauration d'un secteur de cohorting durant 16 jours.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons évalué et chiffré les coûts directs associés à la surconsommation de consommables pour les PCC, aux dépistages, aux heures de travail générées par la gestion des patients en PCC, à la perte d'activité et la gestion humaine de l'épisode. Les coûts de gestion d'une situation avec PCC d'emblée ont été retirés. Les coûts humains sont basés sur les coûts moyens en personnel. Les coûts liés à la perte d'activité sont estimés sur la base de séjours types représentatifs de l'activité dans ce service.

RÉSULTATS

La découverte d'un cas secondaire a entraîné la mise en place d'un cohorting dans le secteur concerné sans renforcement en personnel mais en bloquant les admissions.

Le surcoût direct total est de 63 949 euros. Le coût en matériel est de 695 euros, les coûts en personnels de 232 euros. Le coût lié à la perte d'activité s'élève à 61 484 euros soit 9 % de la valorisation mensuelle financière du service. Le coût d'opportunité lié au management de l'épisode est de 938 euros.

CONCLUSION

L'établissement conformément aux recommandations dispose d'un système d'identification des patients porteurs lors de leur réadmission. Cette alerte n'a toutefois pas été identifiée et le porteur a été pris en charge en précautions standard pendant plus de 24 heures. Le surcoût est essentiellement lié à la perte d'activité du secteur du fait de la découverte d'un cas secondaire et de la mise en place du cohorting sans pouvoir affirmer que les PCC d'emblée auraient pu éviter cette transmission ou qu'il existe un lien entre les 2 cas. Les coûts indirects tels que l'impact sur les professionnels, les patients et leur famille ont été identifiés mais non inclus dans la démarche car difficilement chiffrables. Cet épisode a permis de revoir et optimiser le système d'alerte.

P-051

MAITRISER UNE ÉPIDÉMIE DE BACTÉRIÉMIES À STREPTOCOQUE A DANS UN SERVICE DE MÉDECINE

SOUYRI Valérie⁽¹⁾, **GERA Stuti**⁽¹⁾, **SALAUZE Béatrice**⁽¹⁾, **ANGERAND Sophie**⁽¹⁾, **MEAUME Sylvie**⁽¹⁾, **CASSETTA Anne**⁽¹⁾, **MORIN Michèle**⁽¹⁾, **FRANCK Nathalie**⁽¹⁾, **KHOURI Tania**⁽¹⁾, **MONTEIL Catherine**⁽¹⁾, **POYART Claire**⁽¹⁾, **TAZI Asmaa**⁽¹⁾, **FOURNIER Sandra**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La survenue rapprochée de cas groupés de bactériémies à *Streptococcus pyogenes* (Streptocoque du groupe A ; SGA) à point de départ cutané, dans deux services (court séjour dermatologie et moyen séjour plaies chroniques) de 2 hôpitaux différents, a conduit à investiguer ces cas non chirurgicaux et non obstétricaux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Investigations menées : étude des caractéristiques des cas, analyse épidémiologique, observation des pratiques de soins (pansements) et d'hygiène (désinfection des mains par la friction hydro-alcoolique (FHA), port des gants, bionettoyage de l'environnement), recensement des effectifs paramédicaux, dépistage des patients et des personnels, comparaison des souches.

RÉSULTATS

Deux épisodes de 11 et 4 cas de bactériémies à SGA sont survenus dans 2 hôpitaux différents, respectivement entre le 01/04 et le 30/09/19 et entre le 01/11 et le 30/11/19, ce qui représente des taux d'attaque respectifs de 4 % et 10 %.

Les patients étaient atteints de pathologies cutanées chroniques (pemphigoïde bulleuse, escarres, ulcères chroniques, plaies diabétiques...), portes d'entrée des bactériémies.

L'observation des pratiques a mis en évidence le recours insuffisant à la FHA et le mésusage des gants, l'absence de port de masque lors des soins de plaies, le bionettoyage insuffisant du matériel commun et du chariot de soins utilisé lors des pansements. Un déficit en personnel paramédical (IDE et/ou AS) à certaines périodes.

Le dépistage des patients des services n'a pas identifié de portage asymptomatique. Un personnel a été identifié porteur. La comparaison des souches a montré 6 épisodes différents, regroupant de 1 à 4 cas. La souche identifiée chez un personnel était différente des souches cliniques.

Des mesures correctives (formations FHA, port de gants), port du masque à usage médical lors des soins de plaies, renforcement

du bionettoyage, précautions complémentaires contact et gouttelettes pour les patients porteurs, accompagnement par l'EOH, réunions de crise itératives ont permis de contrôler ces épisodes.

CONCLUSION

La prévention de la transmission croisée de SGA repose sur un ensemble de mesures associant désinfection des mains, port de masque et bionettoyage du matériel partagé. Comme lors de la réalisation des actes invasifs, en cas de soins sur plaies ouvertes, le masque à usage médical protège les patients de la transmission des germes de la flore oropharyngée des soignants. Le port du masque pour les pansements a été la mesure la plus controversée lors de ces épisodes. Des recommandations nationales seraient utiles pour argumenter la protection des plaies lors des soins.

P-052

PROJET PILOTE D'AUDITS AVEC FEEDBACK DIRECT AUX MÉDECINS PRESCRIPTEURS EN UROLOGIE ET EN MÉDECINE INTERNE

ASSOUVIE Laetitia⁽¹⁾, **CRETENAND François**⁽¹⁾, **ROCHAT Mathilde**⁽¹⁾, **BART Pierre Alexandre**⁽¹⁾, **SENN Laurence**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHUV, Lausanne, SUISSE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'usage inapproprié ou excessif des antibiotiques accélère les phénomènes de résistance. A l'hôpital, 1 patient sur 3 reçoit des antibiotiques; les risques de sélection et d'émergence de bactéries résistantes sont multipliés d'autant. Ces 15 dernières années, notre établissement a vu progressivement les taux de bactéries résistantes augmenter. Il est donc important de développer des stratégies à l'échelle institutionnelle pour garantir l'efficacité des traitements antibiotiques à long terme. En ce sens, le déploiement de notre logiciel de prescription offre de nouvelles perspectives d'interventions en temps réel.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Sur demande du service de médecine préventive hospitalière (SMPH), une requête permettant d'extraire du logiciel les prescriptions de médicaments a été développée en 2019. Il est aujourd'hui possible d'accéder en temps réel aux antibiotiques prescrits.

Dans une phase pilote en urologie et en médecine interne, des audits des prescriptions des quinolones et des carbapénèmes sont menés par le SMPH pendant 2 mois. Dans ces services, des répondants antibiotiques ont été nommés. Lorsqu'une prescription est jugée inadéquate, le répondant est contacté afin de discuter de la prescription. Les référentiels

de cette étude sont le guide local d'antibiothérapie empirique chez l'adulte et les recommandations pour la prophylaxie antibiotique en urologie.

RÉSULTATS

La phase d'évaluation des prescriptions est terminée en urologie. 68 % des prescriptions de quinolones sont conformes. Les non-conformités mises en évidence concernent l'indication, l'adaptation aux résultats microbiologiques, et l'adaptation de la posologie à la fonction rénale. Nous avons également mis en évidence une pratique courante d'antibioprophylaxie avant ablation de sonde urétérale qui ne se trouve pas dans nos référentiels. En médecine interne, 94 % des prescriptions de quinolones sont conformes et l'évaluation des prescriptions de carbapénèmes est en cours.

CONCLUSION

Le pilote en urologie a permis d'optimiser certaines prescriptions conformément aux bonnes pratiques cliniques, et d'identifier des situations cliniques, non connues du SMPH, nécessitant le développement de recommandations internes. La collaboration avec un répondant antibiotique dans le service permet un meilleur relais de l'information au reste de l'équipe.

Les résultats seront présentés aux équipes médicales des services pilotes et au groupe de travail institutionnel anti-infectieux. La pertinence de ce type d'intervention et les ressources nécessaires, seront alors évalués dans la perspective d'un déploiement dans plusieurs secteurs.

P-053

IMPACT DE L'AUTOMATISATION DE L'ENSEMENCEMENT SUR LES PERFORMANCES DU DÉPISTAGE BLSE ET EPC

JEAN Océane⁽¹⁾, MAURAND Audrey⁽¹⁾, CIZEAU Florence⁽¹⁾, DUCELLIER David⁽¹⁾, GOMART Camille⁽¹⁾, FOURREAU Frédéric⁽¹⁾, DECOUSSER Jean-Winoc⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Henri Mondor (AP-HP), Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'automatisation des laboratoires de bactériologie est aujourd'hui en marche, ciblant la phase la plus rébarbative : l'ensemencement. L'impact du passage de l'ensemencement manuel à partir de l'écouvillon à un ensemencement automatisé à partir du milieu de transport sur les performances du dépistage n'a pas été évalué.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons testé prospectivement 107 écouvillons (avec milieu de transport) consécutifs provenant de patients hospitalisés à risque de portage de BHRé. Ces prélèvements ont été ensemencés sur milieux BLSE et milieux EPC « biplate » commercialisés (i) directement par écouvillonnage manuel et en parallèle (ii) par ensemencement automatique (30µL du milieu transport ensemencés par l'automate). La méthode automatisée évaluait également la flore totale sur milieu non sélectif.

RÉSULTATS

En combinant les deux méthodes, 39,3 % (42/107) des patients dépistés étaient porteur d'une BLSE et 2,8 % (3/107) étaient porteur d'une EPC. La méthode d'ensemencement manuelle a permis d'identifier 41/42 BLSE et 3/3 EPC (sensibilité 97,6 % et 100 %, respectivement) alors que la méthode automatisée n'a permis d'identifier que 33/42 BLSE et 2/3 EPC (sensibilité de 78,6 % et 66 %). Concernant la seule discordance de la méthode manuelle, la quantité de BLSE retrouvée par la méthode automatisée était faible (évaluation semi-quantitative : 1+) et la flore totale moyennement abondante (2+). Concernant les 10 discordances de la méthode automatisée, la quantité de BLSE retrouvée par la technique manuelle était importante dans 2 cas (> à 3+) ; dans les autres cas (8/10), la quantité de BLSE / EPC retrouvée par la technique manuelle était faible (1+) et la flore totale évaluée par la méthode manuelle était toujours importante (> ou égale à 3+).

CONCLUSION

L'automatisation des laboratoires de bactériologie et d'hygiène est inévitable. Les conséquences sur les performances du dépistage sont significatives : la sensibilité du dépistage des BLSE et des EPC diminue de 20 à 33 %. Par ailleurs, l'ensemencement direct sur milieux sélectif est moins performant qu'un ensemencement combinant un bouillon d'enrichissement sélectif puis un repiquage sur milieu sélectif (Sadelk, 2020). Ces deux facteurs combinés (ensemencement automatisé et absence de bouillon d'enrichissement) relativisent les résultats des dépistages et leur utilisation pour une politique ciblée d'isolement, lors du choix d'un traitement antibiotique en cas d'infection ou comme indicateur des cas d'acquisition de BMR au sein des services.

P-054

INTÉRÊT DU SÉQUENÇAGE SYSTÉMATIQUE PROSPECTIF PAR WGS DES SOUCHES D'ABRI EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

MAURAND Audrey⁽¹⁾, **MERCIER-DARTY Mélanie**⁽¹⁾, **CIZEAU Florence**⁽¹⁾, **DUCELLIER David**⁽¹⁾, **FOURREAU Frédéric**⁽¹⁾, **GOMART Camille**⁽¹⁾, **DECOUSSER Jean-Winoc**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Henri Mondor (AP-HP), Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Acinetobacter baumannii résistant à l'imipenem (ABRI) est un pathogène opportuniste responsable d'infections graves chez les patients de réanimation. Sa capacité à survivre dans l'environnement, et à se transmettre de façon directe et indirecte entre patients, est bien établie mais parfois difficile à objectiver sur une longue période ou entre différents services. L'objectif de ce travail est de décrire l'intérêt du typage prospectif systématique par séquençage des souches d'ABRI suite à la diffusion sournoise d'ABRI OXA-23 dans notre service de réanimation.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Investigation épidémiologique prospective autour de plusieurs patients infectés ou colonisés à ABRI OXA-23 en réanimation. Séquençage du génome complet (WGS) des souches d'ABRI et comparaison par analyse de leur core genome MLST.

RÉSULTATS

Suite à l'hospitalisation le 17/08/2019 d'un patient mauricien connu porteur d'ABRI OXA-23, notre service de réanimation médicale a connu une diffusion sournoise de cette souche avec mise en évidence au cours des dépistages transversaux successifs de 3 cas secondaires, tous dépistés négatifs à l'admission, et ce malgré la mise en place de mesures d'hygiène renforcées. Le 1^{er} cas secondaire est épidémiologiquement bien relié au cas index, puisque le patient a été pris en charge 5 jours dans un box voisin du cas index (mais par une autre IDE, et AS en marche en avant). En revanche, le 2^e cas secondaire est découvert fortuitement sur un prélèvement pulmonaire 2 semaines plus tard, dans le service de maladies infectieuses, le patient ayant été précédemment hospitalisé en réanimation mais dans un autre secteur que celui des 2 premiers porteurs et sans partage d'équipe soignante. Le dernier cas secondaire a souffert d'une infection invasive à ABRI en réanimation, 5 semaines après le décès des deux premiers porteurs et en l'absence de tout porteur connu dans le service. Bien que l'enquête épidémiologique autour de ces 2 derniers cas ait montré ses limites, aussi bien dans le temps que dans l'espace, l'analyse WGS a confirmé qu'il s'agissait bien d'une souche unique.

CONCLUSION

Suite à cette expérience d'épidémie difficile à caractériser et à maîtriser, nous avons décidé de séquencer à l'avenir par WGS toutes les souches d'ABRI isolées dans notre établissement. Cette caractérisation au coup par coup que permet le WGS, contrairement aux autres techniques de séquençage, devrait nous permettre d'identifier précocement les transmissions croisées dans notre établissement, y compris en l'absence de lien épidémiologique identifié.

P-054bis

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE KÉRATO-CONJONCTIVITES À ADÉNOVIRUS EN CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE

MARINI Hélène⁽¹⁾, **PETEL Tristan**⁽¹⁾, **GUEUDRY-MOUILHADE Julie**⁽¹⁾, **PAYET Judith**⁽¹⁾, **GUET Laurence**⁽²⁾, **CHEFSON Christine**⁽¹⁾, **LEMÉE Véronique**⁽¹⁾, **BOULET Ludivine**⁽¹⁾, **GÉHANNO Jean-François**⁽¹⁾, **MURAINÉ Marc**⁽¹⁾, **MERLE Véronique**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Hôpitaux de Rouen, Rouen Cedex, FRANCE ;

⁽²⁾ CPIAS Normandie, Rouen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Adénovirus est un virus nu très contagieux, résistant aux détergents désinfectants habituels. Nous rapportons la survenue et la gestion d'une épidémie de kérato-conjonctivites (KC) probablement à Adénovirus dans un secteur de consultation (C) d'ophtalmologie.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Ce secteur composé de 12 box, dont 2 d'urgences avec une file active de 60 à 100 patients/jour consultant en urgence ; les C d'urgence sont délocalisées la nuit et le week-end. L'alerte à l'EOH est venue de la médecine du travail prenant en charge un interne d'ophtalmologie pour KC le 25/2/19. L'investigation a inclus : recensement rétrospectif et prospectif auprès de la cadre avec validation par un chirurgien des cas nosocomiaux (KC diagnostiquée dans les 12 jours après passage en C), recueil de la date et du motif de C initiale, courbe épidémique, observations des pratiques, étude du parcours des patients. Des mesures d'action incluant le renforcement des précautions standard, du bio nettoyage et de l'entretien des dispositifs médicaux, et sectorisation et information des patients, ont été mises en place.

RÉSULTATS

Entre le 6/2 et le 25/3/19, 50 KC nosocomiales sont survenues dont une chez un professionnel (interne), en période d'épidémie communautaire. L'identification du virus n'a pas été réalisée, la clinique étant quasi-pathognomonique d'Adénovirus. Tous

des patients avaient initialement consulté aux urgences, la plupart pour corps étranger cornéen, sans qu'un lien puisse être fait avec la délocalisation de la C les soirs ou week-ends. Plusieurs formations (soignants, internes), ont été réalisées par l'EOH sur les précautions standard (en particulier l'hygiène des mains, avec réassurance sur l'efficacité des SHA), et la gestion des déchets. Un box de C d'urgence supplémentaire a été créé pour les patients avec KC. Des documents pour les patients ont été créés : affiches d'incitation à l'hygiène des mains et plaquette sur les pratiques d'hygiène en cas de KC. Les pratiques de bionettoyage ont été revues, avec passage biquotidien d'un détergent désinfectant virucide et mise à disposition de lingettes virucides pour la désinfection des DM et surfaces proches du patient par l'interne, retrait des mentonnières pelables des lampes à fente.

CONCLUSION

Le nombre élevé de cas, et l'amélioration rapide après la mise en place des mesures illustrent l'importance du respect des précautions standard et de leur bonne adaptation au volume d'activité, à l'organisation, et au matériel utilisé en C d'ophtalmologie, afin de contrôler le risque infectieux, chez les patients et les professionnels, en période d'épidémie communautaire.

P-055

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE D'ACINETOBACTER BAUMANNII RÉSISTANT À L'IMIPENÈME EN RÉANIMATION

CHEBREK Lydia⁽¹⁾, **ROBERT Marion**⁽¹⁾, **DUSART Karine**⁽¹⁾, **GIUFFRÈ Nadège**⁽¹⁾, **RENAUD Amélie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Douai, Douai, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Devant une 1^{ère} infection à ABRI chez une patiente de réanimation, l'équipe opérationnelle d'hygiène a rappelé la conduite à tenir habituelle aux équipes de soins. Malgré la sensibilisation, 5 cas d'infection et 1 de colonisation ont été rapportés sur l'épisode de 16 jours. Une recherche de cause est effectuée durant l'épidémie dans l'unité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La sensibilisation en réanimation consiste à insister sur :

1. L'hygiène des mains (ICSHA unité sur la période) par friction hydro-alcoolique notamment après contact avec l'environnement et juste avant le geste aseptique.
2. L'entretien des locaux :

Au quotidien : réaliser un entretien de l'environnement proche et des surfaces deux fois par jour avec un détergent-désinfectant.

En sortie : réaliser un double nettoyage (détergence suivie d'une désinfection, puis renouveler l'opération complète une seconde fois). Enfin, dans la mesure du possible, réaliser un nettoyage vapeur complémentaire.

De porter une attention particulière sur les points d'eau

3. La désinfection du matériel

Des prélèvements de surfaces sont réalisés dans une chambre avec 2 cas successifs.

RÉSULTATS

Les prélèvements de surface réalisés, après double nettoyage puis protocole vapeur, retrouvent une colonisation à ABRI sur le sol et un matelas.

Les aides-soignants de l'unité avouent aimer que les locaux « brillent ». Aussi, ils ont tendance à surdoser le produit (en témoigne le seau décoloré par le produit). Les bandeaux utilisés sont d'ancienne génération : épais et non efficaces. De plus, par manque de temps, ils privilégient l'utilisation de détergent-désinfectant contrairement à la préconisation du protocole détergent puis détergent-désinfectant. Enfin, toujours pour la même raison, l'entretien mécanisé des sols n'est plus réalisé en sortie. L'ensemble de ces éléments contribuent à la formation du biofilm, expliquant la colonisation résiduelle.

CONCLUSION

Le changement des bandeaux de bionettoyage, la remise en place du protocole de bionettoyage ainsi qu'une formation des AS de l'unité ont permis de maîtriser l'environnement, et ainsi de stopper l'épidémie.

P-056

GESTION DE TYPE BHRE D'UNE TRANSMISSION CROISÉE D'ABRI NDM

KDISS Ilyess⁽¹⁾, **LOMONT Alexandra**⁽¹⁾, **JEANNOT Katy**⁽²⁾, **DALIX Aurélie**⁽¹⁾, **DENIS-PETIT Stuti**⁽¹⁾, **TOULEMONDE Pierre-Etienne**⁽¹⁾, **OUBBEA Soumaya**⁽¹⁾, **POTRON Anais**⁽²⁾, **LECOINTE Didier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Sud Francilien, Corbeil-Essonnes, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre National de Référence de la résistance aux antibiotiques, Besançon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème (ABRI) sont des bactéries multi-résistantes, mais en réanimation leur gestion est similaire à celle des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé).

Dans notre service de Neurologie, deux patients grabataires ont été détectés porteurs d'un ABRI exprimant le gène de carbapénémase NDM à quelques jours de distance. Nous décrivons leur gestion par des mesures spécifiques de type BHRé.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Dès le premier cas, les patients contacts ont été prélevés chaque semaine, et dès le second le service a été nettoyé à la vapeur. Les souches ont été caractérisées sur la CMI à l'imipénème et les gènes de résistance aux carbapénèmes. Les Précautions Standard (PS) et Complémentaires Contact (PCC) ont été auditées. L'environnement proche et lointain incluant les chariots de soins et leurs satellites ont été prélevés pour culture et amplification génique.

RÉSULTATS

Le premier cas a été mis en PCC et prélevé dès l'admission car rapatrié. L'ABRI a été isolé sur CarbaSmart et l'amplification génique sur colonie a détecté le gène NDM. Le second cas était présent 3 chambres plus loin depuis 3 mois. Il a été détecté positif à ABRI NDM par le deuxième dépistage des contacts. Les souches produisaient les carbapénémases NDM-1 et OXA-23 avec surproduction de la céphalosporinase naturelle AmpC. Les audits des PS montraient 6 non-conformités sur 25 critères et ceux des PCC l'absence d'affiche (11/19) et de certains équipements (3/19). La souche n'a été détectée que sur l'adaptable et l'assise du fauteuil du second cas. Dix mois après, elle était encore sécrétée par le second cas mais aucun autre n'a été objectivé.

CONCLUSION

La répartition temporo-spatiale des cas et les profils de résistance des souches démontrent une transmission croisée, les audits révélant des failles pouvant en expliquer les mécanismes. Les prélèvements de surfaces valident la qualité de l'entretien à la vapeur mais démontrent un risque de transmission à partir de l'environnement proche, où il n'avait pu être mis en œuvre.

Les services de Neurologie sont à haut risque de transmission croisée car leurs patients, souvent grabataires, ont une charge en soins élevée. Tout gène transférable codant pour la résistance aux carbapénèmes augmente ce risque. Notre service de Neurologie comprend 60 lits avec partage du personnel para-médical, d'où un risque majeur d'épidémie nosocomiale. Le second cas quelques jours après l'admission du premier confirmait la réalité de ce risque et justifiait la

gestion de type BHRé. L'absence de nouveau cas 10 mois après démontre son efficacité.

P-057

DÉPISTAGE DE PATIENT CONTACT BHRÉ PROVENANT D'EHPAD HÉBERGEANT UN PATIENT PORTEUR DE BHRÉ

DIAF Marie-Noelle⁽²⁾, **ZANOVELLO Hélène**⁽²⁾, **MARTIN Isabelle**⁽¹⁾, **FALAISE Betty**⁽²⁾, **DEYGAS Nadine**⁽²⁾, **BATAILLARD Maxime**⁽²⁾, **MARCOUX S**⁽²⁾, **CIBET Martine**⁽²⁾, **GRATTARD Florence**⁽¹⁾, **BERTHELOT Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE ;

⁽²⁾ Hopital du Gier, Saint-Chamond, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre hôpital a été confronté à une épidémie de BHRé de type EPC OXA 48 : 9 cas en septembre-octobre 2017, 9 cas en fin d'année 2017-2018 et 29 cas de fin avril à mi-octobre 2018. Ce dernier épisode, a permis de mettre en place une politique renforcée de détection par Ecouvillonnage Rectal (ER) concernant notamment les patients contact des EHPAD hébergeant des patients porteurs de BHRé qui étaient réadmis dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'exhaustivité de ce dépistage et ses résultats.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Étude descriptive rétrospective couvrant la période du 15 mai 2018 au 15 mai 2019 utilisant les données du système d'information hospitalier et du système de gestion du laboratoire. Les différences de dépistages entre services MCO et entre EHPAD ont été analysées avec évaluation de coût de ces dépistages et de la prévalence de BMR (anciens et nouveaux cas) chez les patients contact.

RÉSULTATS

220 patients ont été identifiés provenant de 8 EHPAD différents (3 internes à l'hôpital et 5 externes), avec 307 hospitalisations (80 sans ER) et 415 consultations (10 avec ER). Au total, 448 ER de dépistage ont été réalisés aux cours des hospitalisations. Il n'y a pas eu de découverte de nouvelle BHRé. Le pourcentage de dépistage de ces patients selon les services MCO variait de 37 % à 88 %. Concernant les BMR, les dépistages réalisés ont permis de découvrir 10 nouvelles BMR pendant cette période. Le cout des dépistages a été calculé à 7168 euros. Ce dépistage était mieux réalisé pour les EHPAD extérieurs à l'établissement que pour ceux en interne (OR = 2,2, IC 95 % [1,32-3,75]).

CONCLUSION

Cette évaluation a permis de montrer que le dépistage des patients contacts de patients BHRé provenant d'EHPAD a été réalisé pour 74 % des hospitalisations. Il n'y a pas eu de découverte de nouvelle colonisation par BHRé chez ces patients. Bien que lourd et difficile à mener ce travail a permis de valoriser le travail des professionnels de santé pour maîtriser le risque de dissémination de BHRé.

P-058

CANDIDA PARAPSILOSIS : PERSISTANCE D'UN CLONE AU SEIN D'UN BLOC OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

ORY Jérôme⁽¹⁾, **IMBERT Sébastien**⁽²⁾, **FEKKAR Arnaud**⁽³⁾, **CHLILEK Alexandre**⁽¹⁾, **RICHAUD MOREL Brigitte**⁽¹⁾, **CELLIER Nicolas**⁽¹⁾, **SOTTO Albert**⁽¹⁾, **LAVIGNE Jean-Philippe**⁽¹⁾, **SASSO Milène**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Caremeau, Nîmes, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Pellegrin, Bordeaux, FRANCE ; ⁽³⁾ APHP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Candida parapsilosis, une levure fréquemment isolée dans les candidoses invasives, a été rapportée comme responsable d'épidémies, principalement dans les services de réanimation. Les mains des personnels soignants et le matériel médical sont les principales sources décrites de transmission horizontale. En 2019, plusieurs souches de C. parapsilosis issues de prélèvements per-opératoires ont été détectées chez des patients d'orthopédie. Dans cette étude, nous décrivons l'investigation de ces cas ainsi que les mesures mises en place.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Tous les patients du service d'orthopédie présentant des échantillons positifs à C. parapsilosis entre 2016 et 2019 ont été inclus dans cette étude. Ces souches ont été comparées par typage par microsatellite. En parallèle, des prélèvements de surface par écouvillonnage ont été effectués à la recherche de C. parapsilosis au sein du bloc opératoire et ensemencés sur milieu chromogène sélectif. L'investigation est orientée autour des pratiques du chirurgien, du type de chirurgie et de la salle d'intervention. Les caractéristiques des patients ont été collectées (âge, sexe, score ASA...).

RÉSULTATS

Sept isolats de C. parapsilosis ont été identifiés sur l'ensemble des patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique depuis 2016 (un isolat en 2016, deux en 2018 et quatre en février/mars 2019). Les prélèvements étaient issus d'interventions chirurgicales tels que la prothèse de genou et de hanche, la pose de fixateur externe et clous.

Ces opérations ont eu lieu dans des salles du bloc opératoire et des chirurgiens différents. L'âge médian des patients était de 61 ans (14-85) avec 50 % d'homme. Aucune comorbidité n'a été observée. Le typage des souches par microsatellites a révélé deux clones pour six patients, dont un présent depuis 2016. Sur un total de 104 prélèvements environnementaux réalisés, aucun C. parapsilosis n'a été identifié. Plusieurs mesures de prévention des infections ont été mises en place : (i) bionettoyage des salles du bloc opératoire et de l'arsenal (ii) formation et sensibilisation du personnel soignant aux prérequis en hygiène et à la désinfection de l'environnement.

CONCLUSION

Cette étude a révélé la persistance d'un clone de C. parapsilosis au sein du bloc opératoire de chirurgie orthopédique. L'échec de mesures de préventions des infections, tel qu'un bionettoyage non adapté, pourrait expliquer la persistance de ce clone. En l'absence de C. parapsilosis retrouvé dans l'environnement, une investigation cutanée auprès des soignants doit être envisagée.

P-059

BILAN BHRE, FRANCE 2019

POUJOL Isabelle⁽¹⁾, **COLOMB-COTINAT Mélanie**⁽¹⁾, **LÉON Audrey**⁽¹⁾, **SAVITCH Yann**⁽¹⁾, **SOING-ALTRACH Sophan**⁽¹⁾, **BERGER-CARBONNE Anne**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le signalement externe des infections nosocomiales (SIN) mis en place par décret en 2001 est dématérialisé depuis 2012 via l'application e-SIN. Les Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé) - entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC), entérocoques faecium résistants aux glycopeptides (ERG) - sont signalées depuis 2004. Devant l'augmentation constante de ces SIN, e-SIN a intégré, en 2017, un formulaire dédié aux SIN de colonisation/infection à BHRé. Ce travail présente le bilan 2019 des SIN de BHRé.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'analyse des données 2019 a été effectuée avec le logiciel Stata[®]14.2 à partir de 11 variables documentées dans le formulaire e-SIN.

RÉSULTATS

En 2019, 2 509 SIN de BHRé ont été enregistrés dans e-SIN : 359 ERV et 2 180 EPC. On observe la poursuite de l'augmentation du nombre de SIN de BHRé.

Ces SIN provenaient de 455 établissements de santé (ES) : 33 % en Ile de France, 17 % dans les Hauts de France et 15 % en Auvergne-Rhône-Alpes. Trois quarts des SIN correspondaient à des colonisations digestives, 2 % à des bactériémies. Seuls 39 % des patients avaient un lien identifié avec l'étranger. Parmi les EPC, *E. coli* (869), *K. pneumoniae* (635), *C. freundii* (317) et *E. cloacae* (314) étaient les plus fréquentes. Les carbapénémases étaient : OXA-48 (70 %), NDM (20 %), VIM (5 %), KPC (4 %). Parmi les ERG documentés, 82 % étaient VanA et 18 % VanB.

Des cas secondaires ont été identifiés dans 13 % des épisodes dont 269 d'EPC et 66 d'ERV, majoritairement dans les Hauts de France, en Auvergne-Rhône-Alpes et Grand-Est.

Dès l'admission, (sans précision sur la BHRé) des mesures de Précautions standard étaient appliquées dans 46 % des épisodes et des précautions complémentaires contact (PCC) dans 42 % des situations. A la découverte de la BHRé, les PCC étaient systématiquement mises en place. Les cas groupés survenaient plus fréquemment dans les épisodes où les PCC n'étaient pas en place dès l'admission. Le dépistage des contacts concernait 87 % des épisodes. L'envoi de souches au CNR était rapporté dans 56 % des épisodes.

CONCLUSION

La diffusion des BHRé se poursuit au sein des ES, mais avec peu d'infections. Les informations présentées ici sous-estiment l'étendue de la diffusion, le signalement des BHRé n'est pas obligatoire et le suivi des épisodes n'est pas toujours complété dans e-SIN. La France reste néanmoins un des rares pays d'Europe à maintenir des taux d'infection < 1 % dans le réseau EARSNet, preuve de l'efficacité des mesures mises en place.

P-060

ANALYSE DES CAUSES PROFONDES D'UNE ÉPIDÉMIE DE SALMONELLA ENTERICA DANS UN HÔPITAL DE RÉÉDUCATION PÉDIATRIQUE

JACQUES-GUSTAVE Emmanuelle⁽¹⁾, **GAUDICHON Agnès**⁽¹⁾, SERINGE Elise⁽¹⁾, MACÉ Muriel⁽²⁾, ASTAGNEAU Pascal⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Ile-de-France, Paris, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre hospitalier de Rambouillet, Rambouillet, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Durant un mois, une épidémie de salmonellose s'est déroulée dans une unité d'un hôpital pédiatrique de soins de suite et de réadaptation et a concerné 8 patients sur 12. L'objectif de ce

travail est d'analyser les causes ayant entraîné la survenue de l'épidémie ainsi que les différents facteurs qui y ont contribué afin de prévenir l'apparition de nouveaux cas par la mise en place d'actions correctives

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'investigation de cette épidémie ainsi que les audits de pratiques réalisés dans les services et la restitution des observations ont permis d'identifier les causes immédiates, contributives et latentes permettant d'expliquer cette épidémie par une méthode d'analyse de risques de type Alarm.

RÉSULTATS

Le non-respect des précautions standard (PS) est la cause immédiate de cette épidémie. Les facteurs contributifs sont liés à des patients dont l'âge et l'entourage familial très présent compliquent l'application des mesures d'hygiène, la transmission de germes étant favorisée notamment par une gestion des excréta lourde liée aux pathologies digestives des enfants. L'absence de local dédié à la gestion des excréta est un facteur environnemental non négligeable, de même que le déficit en matériel de bionettoyage ou de tenues professionnelles. Les supports pour équipements de protection individuelle non adaptés ainsi qu'une quantité conséquente de jouets dont certains non nettoyables contribuent à la persistance du germe dans l'environnement. Concernant le personnel, un défaut de formation aux PS existe notamment chez le personnel socio-éducatif pour qui ces notions sont absentes de la formation initiale. Au niveau des facteurs liés à la tâche, l'absence de procédure de bionettoyage est problématique. L'épuisement de l'encadrement, la multiplicité des intervenants ou l'absence de référent hygiène dans le service constituent les facteurs liés à l'équipe.

Les causes latentes de l'épidémie sont organisationnelles et institutionnelles, le déficit en personnel lié à la localisation excentrée de l'établissement ne permet pas de dégager un temps dédié à la formation continue. La présence à temps partiel d'une équipe opérationnelle d'hygiène multisites qui limite le suivi rapproché de l'épidémie ou l'absence de culture de sécurité sont également des facteurs favorisant.

CONCLUSION

L'identification de ces défaillances a permis d'expliquer la survenue de cette épidémie mais surtout de mettre en place un plan d'actions visant à remanier l'organisation et a permis d'éviter la survenue de nouveaux cas.

P-061

ÉPIDÉMIE À BHRE : IMPACT DU REGROUPEMENT GÉOGRAPHIQUE SANS PERSONNEL DÉDIÉ

RAHAL Andrea ⁽¹⁾, DEBOSCKER Stephanie ⁽¹⁾,
TURCAN Beatrice ⁽¹⁾, **LAVIGNE Thierry** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Strasbourg, Strasbourg, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion des patients porteurs de BHRe est devenue un défi quotidien des EOH. Les recommandations nationales sont parfois difficiles à appliquer par l'incapacité à obtenir du personnel dédié et l'impossibilité de stopper les transferts et admissions de patients.

Suite à une épidémie à BHRe au sein d'un service de médecine spécialisée de notre établissement, un regroupement a été mis en place pour contenir l'épidémie et gérer le flux de patients fréquemment hospitalisés. Les patients porteurs ont été regroupés dans une des 3 unités du service, sans personnel ni locaux dédiés. Ce travail cherche à évaluer l'efficacité d'un regroupement géographique (RG) des patients porteurs de BHRe, sans personnel dédié et sans arrêt des admissions.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Tous les patients du service ont été suivis entre le 01 janvier et le 10 juillet 2019. Le RG a été mis en place le 6 avril. La période 1 est la période sans RG, la période 2 avec RG.

Le service est composé de 3 unités : les soins intensifs (SI), le service de médecine (S1) et le service post greffe (S2). Le secteur de regroupement a été défini au sein de S1 et ne s'applique pas aux patients des SI. Le RG a été calqué sur l'organisation de l'équipe paramédicale (IDE-AS) en journée, distinguant 2 secteurs de 8 lits au sein de S1.

Durant les 2 périodes d'étude, l'exposition a été calculée par le nombre de patients-jours (PJ) exposés à au moins un patient porteur de BHRe. Le taux d'incidence a été obtenu par le nombre de nouveaux cas BHRe divisé par l'effectif de PJ exposés.

RÉSULTATS

On observe une diminution du nombre de PJ exposés aux BHRe au sein de S1 et S2 entre la période 1 et 2 (respectivement 3 215 vs 2 755 PJ exposés) pour un nombre de PJ hospitalisés équivalent sur les deux périodes (4 317 vs 4 304 PJ hospitalisés). Pour les SI, on observe 405 et 364 PJ exposés sur la période 1 et 2, pour 1075 vs 656 PJ hospitalisés sur les deux périodes.

Au total, au niveau du service, nous avons recensé 54 nouveaux cas sur la période 1 et 17 nouveaux cas sur la période 2. Les taux d'incidence étaient respectivement de 15 contre 5 pour 1 000 PJ exposés.

CONCLUSION

Le cohorting (locaux dédiés, personnel dédié) reste la référence pour endiguer une épidémie. Cependant, le RG participe à la mise en place d'une organisation des soins selon une marche en avant. Le RG sans personnel dédié associé au renforcement de l'hygiène des mains et du bionettoyage, a montré son efficacité. Cela a permis de réduire l'exposition des patients et de contenir l'épidémie dans l'ensemble des 3 unités du service, sans arrêt des transferts et des admissions.

P-062

ÉPIDÉMIE À KLEBSIELLA PNEUMONIAE NDM-1 : PRÉVENTION, PRISE EN CHARGE ET ENQUÊTE ENVIRONNEMENTALE

RANGER Mathilde ⁽¹⁾, MEYER Sylvain ⁽¹⁾, FREDON Fabien ⁽¹⁾, LOUSTAUD-RATTI Véronique ⁽¹⁾,
JACQUES Jérémie ⁽¹⁾, CARRIER Paul ⁽¹⁾, CYPPIERRE Anne ⁽¹⁾,
BARRAUD Olivier ⁽¹⁾, CASTANIE Laurence ⁽¹⁾, BILLAC Émilie ⁽¹⁾,
RIFFAUD Sylvie ⁽¹⁾, PLOY Marie-Cécile ⁽¹⁾, COUVE-DEACON Elodie ⁽¹⁾,
D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Limoges, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les Entérobactéries Productrices de Carbapénémases (EPC) sont régulièrement à l'origine d'épidémies hospitalières. Parmi elles, *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase NDM (Kp NDM) devient de plus en plus fréquente. Entre août et décembre 2019, les services d'hépatogastro-entérologie (HGE) et de chirurgie digestive (CDGE) ont été confrontés à une épidémie de Kp NDM.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La gestion des porteurs et des cas contacts a été réalisée en accord avec les recommandations du HCSP. Les précautions contact complémentaires (PCC) ont été renforcées pour la prise en charge des porteurs en particulier pour la gestion des excréta. Un secteur de cohorting pour tous les porteurs a été ouvert au niveau des soins intensifs de CDGE pour regrouper les patients porteurs, et des secteurs « contact » et « indemne » ont été organisés dans les 2 services. Des cellules de crise pluri-hebdomadaires ont été organisées. Le bionettoyage a été renforcé par l'utilisation d'un produit sporicide compte tenu de son action plus rapide. L'investigation réalisée a inclus des prélèvements d'environnement et d'endoscopes ainsi qu'une enquête épidémiologique des liens entre les patients.

RÉSULTATS

Au total, 34 porteurs de Kp NDM ont été détectés (3 découvertes fortuites et 31 cas secondaires) présentant 8 infections (7 bactériémies et 1 abcès hépatique) et 3 décès. Aucun décès n'a été attribué aux infections. Cette souche était résistante à quasiment tous les antibiotiques usuels (sensibilité à la gentamicine et à la fosfomycine uniquement). Les patients infectés traités par aztréonam en association avec ceftazidime/avibactam ont évolué favorablement. La sectorisation des services et le personnel dédié ont permis le contrôle de l'épidémie mais un cohorting global aurait été préférable. Le suivi post-épidémie a été assuré par des dépistages réguliers. La gestion de cette épidémie a généré une liste de 989 patients contacts et la réalisation de 1620 prélèvements de dépistage. L'enquête environnementale n'a pas permis d'identifier de réservoir. Tous les prélèvements d'endoscopes étaient négatifs mais l'hypothèse d'une transmission par un duodéno-scopie reste fortement suspectée sur le plan épidémiologique.

CONCLUSION

Nous avons été confrontés à une épidémie difficile à contrôler liée à une souche hautement diffusible de Kp NDM. La transmission a perduré malgré la mise en place des mesures de contrôle et l'absence de réservoir environnemental.

P-063

SUIVI DES PATIENTS PORTEURS DE BHRE ET DE LEURS CONTACTS PAR L'ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

GOCKO Corinne⁽¹⁾, **GUINAND Stéphanie**⁽¹⁾, **GRANJON Valérie**⁽¹⁾, **GAGNAIRE Julie**⁽¹⁾, **FORISSIER Christine**⁽¹⁾, **GRATTARD Florence**⁽¹⁾, **BERTHELOT Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations du HCSP stipulent la nécessité d'un suivi rapproché des porteurs de BHRe et de leurs contacts par les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) afin de limiter le risque de dissémination. Nous avons voulu évaluer l'évolution au cours du temps de ce suivi sur la période 2010-2019.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Compilation prospective des données des patients porteurs de BHRe. Marquage informatique des patients porteurs et de leurs contacts par les infirmières de l'EOH pour alerte informatique en cas de réadmission ; suivi des dépistages rectaux et de leurs résultats ; aide à l'organisation de la prise en charge de patients porteurs de BHRe dans l'établissement avec analyse des besoins et travail avec la direction des soins pour renforcer

les équipes et sectoriser ; planification des prélèvements et analyse des résultats en lien avec la microbiologie

RÉSULTATS

Depuis 2010, notre établissement a recensé 76 patients porteurs de BHRe avec 268 admissions (3520 journées d'hospitalisation) ayant généré 6833 contacts. 23 patients porteurs de BHRe sont décédés sans lien avec le portage de BHRe. Au cours du temps, il est noté une augmentation progressive du nombre de retours de patients porteurs de BHRe ainsi que de leurs contacts. Concernant les circonstances de découverte de la BHRe, la proportion des patients porteurs connus porteurs venant d'un autre établissement a augmenté mais pas celle des découvertes fortuites. Grâce au suivi mis en place et à la stratégie de renforcement des équipes et de dépistage microbiologique des contacts la situation a été maîtrisée avec, sur 5 ans, seulement 1 cas secondaire.

CONCLUSION

Le travail de suivi des patients porteurs de BHRe et de leurs contacts est très lourd pour les EOH, particulièrement pour les infirmières, et le laboratoire de microbiologie. En parallèle d'un travail de fond sur la formation des professionnels de santé sur les précautions standard d'hygiène ce suivi a permis de préserver l'épidémiologie bactérienne de notre établissement.

Variable	2015	2016	2017	2018	2019
Nb retours des patients colonisés BHRe	14	144	177	193	280
Nb consultations patients BHRe	5	91	124	136	230
Nb hospitalisations patients BHRe	9	53	53	57	50
Nb retours contacts BHRe	1615	3065	5362	4005	3602
Nb consultations contacts BHRe	1356	2386	4273	3347	3076
Nb hospitalisations contact BHRe	259	679	1089	658	526
Nb de cas secondaires	0	1	0	0	0

Epidemiologie des BHRe 2015-2019

P-064

INVESTIGATIONS AUTOUR DE 2 CAS DE DIPHTÉRIE AU SEIN D'UN CHU**JOLIVET Sarah** ⁽¹⁾, CHOPINDorothee ⁽¹⁾, TENG François ⁽¹⁾, SURGERS Laure ⁽¹⁾, BOQUE Patricia ⁽¹⁾, MAM Lakena ⁽¹⁾, DHENIN Gil ⁽¹⁾, GOUOT Cyril ⁽¹⁾, BADELL Edgar ⁽²⁾, TOUBIANA Julie ⁽²⁾, BRISSE Sylvain ⁽²⁾, LALANDE Valérie ⁽¹⁾, BARBUT Frédéric ⁽¹⁾⁽¹⁾ Hôpital Saint Antoine, AP-HP, Paris, FRANCE ; ⁽²⁾ CNR des Corynebactéries du complexe diphtheriae, Institut Pasteur, Paris, FRANCE**INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Deux patients atteints de diphtérie ont été signalés à l'équipe opérationnelle d'Hygiène (EOH) d'un CHU en 2018 et 2019. Les objectifs sont de décrire ces 2 cas ainsi que les mesures de prévention mises en place dans le milieu hospitalier.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Toute personne exposée aux sécrétions pharyngées ou à des plaies des patients a été considérée comme « contact » et a été suivie selon les recommandations du HCSP et de la DGS de 2011. La liste des personnes « contact » a été réalisée par l'EOH avec les services concernés et le personnel a été suivi par le service de Santé au travail.

RÉSULTATS

Le 1^{er} patient âgé de 33 ans a consulté aux urgences pour panaris au doigt, mis à plat au bloc opératoire à J1. Il avait eu peu avant un accident de moto lors d'un voyage au Mali. *Corynebacterium diphtheriae* a été isolée à partir du pus de panaris et la souche a été déterminée porteuse du gène tox, codant pour la toxine diphtérique par le CNR à J5 du prélèvement.

Le 2^{ème} patient est un migrant de 16 ans, d'origine afghane, en France depuis 1 mois, qui a consulté à la polyclinique pour angine et panaris à l'orteil (mis à plat au bloc opératoire). Les prélèvements microbiologiques réalisés au bloc opératoire sont revenus positifs à *C. diphtheriae*, déterminée porteuse du gène tox à J6 par le CNR. Suite au diagnostic, ces 2 patients ont été hospitalisés dans le service de maladies infectieuses en précautions complémentaires « contact » et « gouttelette » et signalés à l'ARS. Ils ont été traités par amoxicilline pendant 14 jours, ont reçu une sérothérapie anti-diphtérique administrée en réanimation et leur vaccination a été mise à jour. Des échantillons pharyngés pour recherche de portage ont été pratiqués à J0, J2, J15 et J30 de la prise en charge. Pour le 1^{er} patient uniquement, un prélèvement pharyngé était positif à *C. diphtheriae* porteuse du gène tox à J2 et il

a été traité par azithromycine pendant 3 jours, puis contrôlé négativement à J15 et J30.

Au total, 48 membres du personnel ont été en contact. Ils ont été adressés au service de Santé au travail pour prélèvement pharyngé à la recherche de *C. diphtheriae*, traitement prophylactique par azithromycine (n=28) et mise à jour du rappel de vaccination si le dernier datait de plus de 5 ans. Il n'y a pas eu de cas secondaire. Aucun autre patient n'a été identifié comme « contact ».

CONCLUSION

La diphtérie est une pathologie contagieuse rare mais sévère et ré-émergente. Lors de la prise en charge dans les établissements de santé, elle nécessite l'intervention sans délai de l'EOH et du service de santé au travail pour prévenir la transmission.

P-065

COMPLIANCE DU PERSONNEL SOIGNANT AU DÉPISTAGE DES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES ÉMERGENTES DANS UN CHU**MAILLARD Sarah** ⁽¹⁾, **MASSON Claire** ⁽¹⁾, **GALLOUCHE Meghann** ⁽¹⁾, **GINER Céline** ⁽¹⁾, **SAVIUC Philippe** ⁽¹⁾, **SHUM Jacqueline** ⁽¹⁾, **MALLARET Marie Reine** ⁽¹⁾, **LANDELLE Caroline** ⁽¹⁾⁽¹⁾ CHU Grenoble Alpes, Grenoble Cedex, FRANCE**INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Une procédure de dépistage des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé) est en place dans notre établissement. Les indications du dépistage sont : soins hors de France l'année précédente, multi-hospitalisation, mutation d'un autre établissement ou d'un EHPAD et contagion avec un patient porteur de BHRé. L'objectif de ce travail était d'évaluer la compliance du personnel soignant vis-à-vis des indications du dépistage de BHRé.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons inclus 12 services de court séjour, selon 2 groupes : mise en évidence dans le service entre 2011 et 2019 de 2 « patients BHRé » ou plus (groupe 1) ou de moins de 2 patients BHRé » (groupe 2). Un enquêteur a interrogé les patients des 12 services, pendant 1 mois, entre leur 3^e et 5^e jour d'hospitalisation sur leurs indications de dépistage. Les critères d'exclusion étaient l'absence du patient dans sa chambre au moment du passage, l'incapacité de communiquer ou le refus du patient. Les prélèvements de dépistage réalisés dans les 4 jours suivant l'entrée dans le service d'hospitalisation ont ensuite été recherchés. Un taux de dépistage conforme a été calculé avec la formule : (nombre

de dépistages réalisés après indication conforme / nombre d'indications de dépistages) x 100.

RÉSULTATS

L'étude a porté sur 8 services de médecine et 4 de chirurgie entre le 29 avril et le 24 mai 2019. Sur les 528 patients inclus, 308 (58,3 %) ont pu être interrogés ; 138 (44,8 %) avaient une indication de dépistage, 44 (31,8 %) ont été dépistés dans le service d'hospitalisation audité et 18 (13,1 %) dans un service d'amont, soit un taux de dépistage conforme global de 44,9 %. Un total de 76 patients (55,1 %) n'a pas été dépisté alors qu'ils avaient une indication et 21,7 % (37/70) patients sans indication ont été dépistés. Le taux de compliance au dépistage était statistiquement plus important pour les services du groupe 1 (78,0 %) que pour les services du groupe 2 (26,1 %) ($p < 0,001$) et pour les services de médecine (51,4 %) par rapport aux services de chirurgie (22,6 %) ($p = 0,008$). L'indication la plus respectée était les patients ayant reçu des soins hors de France (66,6 %). Parmi les 138 patients avec indication de dépistage, 1 seul a été dépisté positif.

CONCLUSION

Moins de la moitié des patients hospitalisés avaient une indication de dépistage ; 44,9 % des patients ayant une indication de dépistage ont été dépistés. La sensibilisation des équipes est encore à renforcer notamment dans les services de chirurgie ou qui n'ont jamais hébergé de patient porteur de BHRé. Notre procédure sera à adapter aux nouvelles recommandations nationales sur les BHRé.

P-066

ÉPIDÉMIE À BHRÉ DANS UN CHG : IMPACT D'UNE STRATÉGIE HORS RECOMMANDATIONS

NOTTEBAERT Sandrine⁽¹⁾, **BLASSEL Ingrid**⁽¹⁾, **MALFAIT Sandrine**⁽¹⁾, **SALEZ Fabienne**⁽¹⁾, **PETIT Anne Emilie**⁽¹⁾, **PICHENOT Marie**⁽¹⁾, **VACHÉE Anne**⁽¹⁾, **LAURANS Caroline**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans les Hauts de France, le nombre de patients porteurs d'EPC progresse, et de plus en plus d'établissements sanitaires et médico-sociaux sont concernés par des épidémies. Confrontés à 2 épidémies dans 2 secteurs complexes, l'une en pneumologie, l'autre dans un service de Court Séjour Gériatrique, nous avons dû adapter les recommandations en vigueur afin de faire face au potentiel risque de diffusion à l'ensemble de l'établissement

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le service de Pneumologie (38 lits) a accueilli fin 2018 un patient connu porteur d'EPC. En 2019, le service s'est trouvé confronté à divers épisodes de transmission croisée : devant l'incompréhension des mécanismes de transmission et la possible ampleur du nombre de porteurs, nous avons décidé de concentrer nos efforts sur le respect des Précautions Complémentaires Contact (PCC) pour les patients porteurs connus et des Précautions Standard (PS) pour les patients contacts (arrêt des PCC sauf exposition très à risque). Des dépistages systématiques ont été réalisés à l'entrée et à la sortie du service. Il n'y a pas eu de cohorting mis en place. Parallèlement à cet épisode, et parfois avec des patients communs dans les 2 services, une autre épidémie s'est déclenchée au CSG, service doté de 47 lits, répartis sur 3 étages, avec du personnel partagé. Les porteurs ont été regroupés sur un étage, des tenues professionnelles de couleur ont été dédiées aux soignants du secteur, avec changement obligatoire de tenue en changeant de secteur, mais sans mettre en place de vrai cohorting

RÉSULTATS

En pneumologie, à partir du cas index d'octobre 2018, 19 cas secondaires ont été identifiés. De juin à septembre 2019, 430 dépistages ont été réalisés. A partir d'octobre, aucun nouveau cas n'a été découvert. Au CSG, 9 cas ont été pris en charge de juin à septembre 2019, conduisant à la réalisation de 500 dépistages malgré la sectorisation du personnel. Une analyse approfondie de causes a été réalisée avec le service de pneumologie, afin de comprendre comment éviter de nouveau la survenue de transmission croisée. L'impact financier de l'épidémie est en cours d'analyse.

CONCLUSION

Malgré une charge de travail importante, en période de congés estivaux, la stratégie mise en place en pneumologie nous a permis de sortir de la crise. En comparaison avec une prise en charge plus classique en CSG, le nombre de dépistages n'a pas été très différent. Dans les 2 cas, la transmission croisée s'est arrêtée. L'étude de l'impact financier de ces 2 stratégies, à analyser à la lueur des nouvelles recommandations, nous permettra de guider nos choix lors de possibles prochaines épidémies.

P-067

ECBU : PERTINENCE DE L'EXAMEN ET PRESCRIPTION EXCESSIVE D'ANTIBIOTIQUES

PERRON Stéphanie⁽¹⁾, **MORVAN Pauline**⁽¹⁾, **ILIESCU Victor**⁽¹⁾, **BAUDOUX Véronique**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Saumur, Saumur, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'infection urinaire est la deuxième cause de prescription des antibiotiques en établissement de santé, après les pneumonies (ENP 2017). L'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) est trop souvent systématique, réalisé devant des symptômes divers et conduisant à l'identification de bactériuries asymptomatiques puis à la prescription d'antibiotiques ayant un impact sur l'écologie digestive et l'émergence de bactéries multirésistantes. Les objectifs de cette étude étaient triples : évaluer la part des ECBU réalisés de manière justifiée ou non/ évaluer parmi les ECBU non pertinents, la part d'entre eux conduisant à une antibiothérapie, et enfin, évaluer le respect des règles de bon usage des antibiotiques prescrits.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été proposée aux établissements conventionnés avec une équipe mobile d'hygiène. Les établissements devaient inclure au minimum les 30 derniers ECBU réalisés. Les données recueillies étaient relatives au patient, au motif de prescription de l'ECBU et enfin à l'antibiothérapie et à sa réévaluation. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel Epi-Info®.

RÉSULTATS

8 établissements (3 CH, 1 SSR, 3 EHPAD et 1 MAS) représentant 1032 lits ont participé. 260 ECBU ont été inclus. 74.6 % des patients avaient plus de 75 ans. L'ECBU était réalisé en raison de signes cliniques dans 66.2 % des cas et pour contrôle après traitement dans 6.5 % des cas. Au total, 30.7 % des ECBU étaient non pertinents (variant de 11 % à 43 %). Selon les établissements, 18 à 100 % des ECBU non pertinents ont conduit à une antibiothérapie. En moyenne, 53.5 % des ECBU réalisés ont donné lieu à une prescription d'antibiotiques : les 3 classes les plus prescrites étaient les C3G (39.6 % des antibiotiques avec variation de 25 % à 74 % selon les établissements), les fluoroquinolones (20.1 %, variant de 14 % à 29 %) et l'amoxicilline +/- AC (19.4 %). La réévaluation de l'antibiothérapie était réalisée au delà de 3 jours dans 53 % des cas.

CONCLUSION

Des pratiques hétérogènes ont été mises en évidence par cette EPP. Une restitution des résultats a été réalisée au sein des établissements et a fait l'objet d'échanges avec les cadres de santé, IDE et médecins. Afin d'accompagner au mieux la diffusion des bonnes pratiques, une fiche mémo « l'ECBU en 10 points » a été élaborée par la commission des antibiotiques d'un établissement et proposée à tous les établissements sanitaires et médicosociaux du territoire, afin de corriger les pratiques avant la réalisation d'une nouvelle EPP.

P-068

DIFFICULTÉS D'ACCUEIL D'UN PATIENT PORTEUR DE BHR EN SSR

AVRIL Catherine⁽¹⁾, **GAMBAROTTO Karine**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CPias Océan Indien, Saint-Denis, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le nombre de BHR ne cesse d'augmenter dans notre région, essentiellement en raison de la proximité des îles voisines ayant une capacité plus limitée dans l'offre de soins spécialisé. En 2019, 85 patients porteurs de BHR ont été pris en charge, dans les établissements de la région (0.1 pour 1000 habitant). A l'issue de la période aigue, le transfert de ces patients en SSR a été refusé, à plusieurs reprises, par l'établissement d'aval, avec des conséquences pour le patient, mais également pour les services hospitaliers ne pouvant libérer des lits. Nous avons donc voulu, à travers une enquête, comprendre les freins à l'accueil de ces patients dans nos structures SSR afin de pouvoir leur proposer un meilleur accompagnement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les 11 SSR de la région ont été sollicités par mail pour répondre à un questionnaire. L'objectif était d'évaluer la prise en charge de patient BHR à travers l'organisation, la politique existante (dépistage et protocole de prise en charge) et les mesures mises en place. Pour finir, l'établissement était questionné sur sa capacité à prendre en charge ces patients, et sur les freins éventuels à cette prise en charge.

RÉSULTATS

8 SSR ont répondu (72 % des SSR), parmi lesquels, 3 avaient déjà pris en charge un patient porteur de BHR. Aucun hygiéniste n'est accessible dans 40 % des SSR. Néanmoins, 75 % ont une politique de dépistage des BHR et 87 % un protocole de prise en charge de ces patients. Cependant, les mesures préconisées sont parfois excessives, dépassant parfois les recommandations : excès de dépistages, port de charlotte, vaisselle spécifique ... pouvant rendre cette prise en charge trop lourde pour le personnel. Finalement, seules 25 % des SSR se disent en capacité d'accueillir des patients porteurs de BHR, argumentant le risque pour les autres patients et la surcharge de travail engendrée, avec des moyens humains déjà limités. L'absence de chambre individuelle avec sanitaires disponibles reste la raison souvent officiellement évoquée.

CONCLUSION

Le manque d'expérience face à ces patients génère de l'inquiétude, et la majorité (75 %) des SSR ne se sent pas en mesure d'accueillir un patient porteur de BHR.

Pourtant, il existe souvent une politique de prise en charge bien définie mais imposant des mesures parfois trop contraignantes, voir excessives, difficilement réalisable par les soignants.

Ces difficultés doivent être prises en compte pour mener une réflexion collective afin de définir un accompagnement adapté avec des mesures raisonnables.

P-069

EMERGENCE ET GESTION DU RISQUE DE DIFFUSION DES EPC EN CORSE, 2012-2018

RIFFIER Anne⁽¹⁾, GRAZIANI Paul⁽³⁾, DE PERETTI Françoise^(2,6), CAVALLARO Christiane⁽²⁾, BERTEI Dominique⁽²⁾, DORTET Laurent⁽⁴⁾, BERGER CARBONNE Anne⁽⁵⁾, **MAHAMAT Aba**^(2,6)

⁽¹⁾ Clinique Maymard, BASTIA, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Notre Dame de la Miséricorde, Ajaccio, FRANCE ; ⁽³⁾ CH Bastia, Bastia, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Santé Publique France, Saint-Maurice, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CPias de Corse, Ajaccio, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'analyse épidémiologique régionale de transmission des Entérobactéries Productrices de Carbapénémases (EPC) est essentielle à la compréhension et à l'ajustement des politiques régionales de maîtrise de diffusion des EPC.

Les objectifs de ce travail étaient de : (i) décrire l'émergence et la diffusion des EPC dans notre région de 2012 à 2018; (ii) décrire la gestion du risque de transmission chez les porteurs d'EPC au regard des recommandations de 2013

MATÉRIEL & MÉTHODES

La population d'étude était constituée des patients pour lesquels un signalement a été fait. Etaient inclus, tous les patients porteurs infectés ou colonisés par une EPC de 2012 à 2018. La base des données a été constituée des données des laboratoires de biologie, du CNR de Résistance aux antibiotiques ainsi que d'E-Sin.

RÉSULTATS

L'émergence des EPC dans notre région a été caractérisée par la survenue de 3 vagues d'épidémies en 2012, 2013 et 2015. A partir de 2016, nous observons une circulation sporadique et régionale des EPC avec cependant une évolution contrastée intra régionale. Parmi les 102 bactéries associées aux épisodes d'EPC, *K.pneumoniae* a été l'espèce majoritaire (72 %) suivie d'*E.coli*(14 %) et *E.cloacae*(9 %). Concernant le mécanisme

de résistance, OXA-48 était impliqué dans 80 % des épisodes d'EPC loin devant KPC (17 %).

Au total, 102 patients ont été colonisés (70 %) ou infectés. Il y a eu 80 cas index et 21 cas secondaires. Le ratio H/F était de 2.3 pour un âge médian de 66ans. Chez les colonisés, le portage digestif (56 %) et urinaire (34 %) étaient majoritaires. L'infection urinaire (70 %) et les bactériémies (20 %) étaient les principales infections. L'information sur le lien avec l'étranger étant peu renseignée (<5 %), les cas index étaient a priori associés aux soins. Lors de la prise en charge des cas, les mesures barrières appliquées comprenaient les précautions contacts (93 %), du personnel dédié (49 %) ou un renfort en personnel paramédical (18 %). Pour la gestion des contacts, ont été réalisés : leur recensement (92 %), les 3 dépistages hebdomadaires (89 %) et un arrêt des transferts (42 %).

En cas d'épidémie, une sectorisation a été mise en place (62 %), un arrêt de transferts (59 %) ou des admissions (59 %) ainsi que les 3 dépistages des contacts (97 %).

CONCLUSION

Nous observons depuis 2016, une diffusion régulière des EPC dans notre région sans endémicité. L'absence d'information sur le lien des patients avec l'étranger ou avec les CHU de notre région voisine, reste l'un des points faibles de notre surveillance dans un contexte de forte mobilité

P-070

SIPHONS DE RÉANIMATION CHIRURGICALE ET ÉPIDÉMIE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTEUR DE CARBAPÉNÉMASE, UN AN APRÈS

CHEFSON-GIRAULT Christine⁽¹⁾, CONSIGLIO Mélanie⁽¹⁾, QUATREMARE Elodie⁽¹⁾, MARINI Hélène⁽¹⁾, LEMEE Ludovic⁽¹⁾, BOYER Sophie⁽¹⁾, VEBER Benoît⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Rouen, Rouen CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2011, notre établissement est régulièrement confronté à la prise en charge de patients porteurs de *Pseudomonas aeruginosa* producteur de carbapénémase (PAPC). Un protocole de désinfection du point d'eau de la chambre à la sortie du patient suivi de prélèvements de contrôle existe depuis plusieurs années. Dans les services de réanimation, une procédure de javellisation systématique des siphons est pratiquée depuis 2016 à la sortie des patients grâce à un système de siphon à occlusion. Le service de réanimation chirurgicale a connu 2 épisodes successifs de transmissions croisées de PAPC entre octobre 2018 et janvier 2019. L'objectif de ce travail était d'évaluer la contamination des siphons à PAPC un an après.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Entre le 25/11 et le 10/12, des écouvillonnages ont été réalisés dans tous les siphons du service soit 23 lavabos de chambres, 5 points infirmiers, 2 points des SAS d'entrée du service et 7 points d'eau de locaux autres. Les écouvillons ont été ensemencés en bouillon Eugon additionné d'un disque d'imipenem à 10µg (IMP) puis incubés à 36°C. Les bouillons positifs ont été repiqués sur géloses CPS et cétrimide avec des disques d'IMP et de ceftazidime (CAZ) avec lecture après incubation 24h à 36°C. En cas de sensibilité diminuée à IMP et/ou CAZ, un antibiogramme complet a été réalisé avec recherche de carbapénémase. En parallèle des prélèvements d'eau ont été réalisés sur tous les robinets pour recherche de PAPC avec filtration de 100 ml sur gélose cétrimide incubée à 36°C.

RÉSULTATS

Sur les 37 prélèvements d'eau, 5 ont montré la présence de *P. aeruginosa* non producteur de carbapénémase. Concernant les 37 siphons, 4 ont été trouvés positifs à PAPC : 3 siphons de chambre de patient et 1 siphon d'un point d'eau des SAS d'entrée. Les 3 chambres concernées avaient hébergé des patients porteurs de PAPC lors de l'épidémie alors que les prélèvements réalisés à la sortie du patient puis 15 jours après avaient été retrouvés négatifs. Compte tenu de l'échec sur le long cours de la procédure de javellisation pour éradiquer le PAPC, les 4 siphons ont été changés.

CONCLUSION

La découverte de la persistance d'une contamination à PAPC des siphons un an après des contrôles négatifs pose réellement la question de l'efficacité des mesures de désinfection malgré l'utilisation de systèmes à occlusion et de l'opportunité d'une surveillance systématique des siphons dans les services de réanimation.

P-071

EVALUATION DE LA GESTION DES DASRI DANS UN CENTRE HOSPITALIER

LEDOC Pierre⁽¹⁾, **LE BIHAN Marie-Renée**⁽¹⁾,
NEULIER-LOZINSKI Caroline⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La bonne gestion des DASRI contribue à la protection du personnel vis-à-vis des accidents d'exposition au sang mais aussi à la prévention du risque infectieux lié aux déchets.

La gestion des DASRI doit répondre à une réglementation stricte vis-à-vis notamment de l'emballage, de l'entreposage et de l'élimination de ces déchets. Le service de prévention du

risque infectieux a mené un audit afin d'évaluer la gestion des DASRI dans l'établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit, inspiré de l'enquête régionale sur la gestion des déchets du réseau des hygiénistes du centre, comportait 2 parties :

Une observation des locaux d'entreposage intermédiaire et des pratiques de gestion des DASRI dans les services de soins, Une évaluation des pratiques professionnelles par questionnaire sur le choix de filière entre DASRI ou DAOM.

RÉSULTATS

19 services de soins et 17 locaux d'entreposage intermédiaire ont été observés en juin 2019.

Concernant les locaux d'entreposage intermédiaire, 4 avaient une signalétique sur la porte, 11 une porte fermée, 4 étaient visuellement propres, aucun avait un entretien tracé, 4 possédaient un distributeur de SHA, tous avaient des conteneurs pour DASRI, 2 avaient des DASRI identifiés au nom du service, 1 seul avait des sacs ou cartons de DASRI avec la date de fermeture, 9 avaient des sacs de DASRI directement sur le sol et 12 avaient du matériel non approprié.

Les 19 services audités possédaient les différents types de stockage de DASRI : sacs (42), cartons (1) et collecteurs OPCT (42). Les niveaux de remplissage étaient conformes sauf pour 11 collecteurs OPCT. 1 seul collecteur OPCT était fermé temporairement et 11 n'étaient pas sur un support stable et adapté.

36 professionnels ont réalisé le questionnaire sur le choix de filière entre DASRI ou DAOM : 21 IDE, 13 AS et 2 ASH. 31 répondants avaient connaissance de la procédure de gestion des déchets. Les 12 items sur le choix de filière étaient correctes pour plus de 80 % des répondants sauf pour les items « masque chirurgical en cas de grippe » et « sonde urinaire » ou 50 % et 66 % de réponses correctes étaient observées.

CONCLUSION

Suite à cet audit, nous avons rappelé aux équipes soignantes via les cadres de santé la nécessité d'identifier et dater les sacs, cartons ou collecteurs de DASRI.

Nous avons fait intervenir notre prestataire pour mise en place des supports de collecteurs OPCT manquants et rappel du montage et de l'intérêt de la fermeture temporaire des collecteurs OPCT. Les locaux d'entreposage intermédiaire ont été équipés en SHA et la signalétique adaptée mise en place. La traçabilité du bionettoyage reste à mettre en place.

P-072

ÉVALUATION DE LA GESTION DES EXCRETA AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER

LEDUC Pierre ⁽¹⁾, **HILAIRE Jean-Christophe** ⁽¹⁾, **NEULIER-LOZINSKI Caroline** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion des excreta fait partie de l'actualisation des précautions standard (PS) de 2017. En effet, les bonnes pratiques de gestion des excreta sont essentielles pour maîtriser la diffusion des bactéries digestives qui sont les principaux microorganismes isolés lors des infections associées aux soins. L'objectif de cet audit était d'évaluer la politique générale de l'établissement, décrire et recenser l'ensemble des éléments nécessaires à une bonne gestion des excreta mis à disposition dans le centre hospitalier (CH).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons utilisé la grille d'audit gestion des excreta mis à disposition par le GREPHH en 2018.

Il s'agissait d'un audit mixte comportant une analyse documentaire pour évaluer les procédures, les équipements, la formation ainsi qu'une évaluation un jour donné des ressources en termes de locaux, d'équipements et de consommables au sein du CH.

RÉSULTATS

32 services de soins ont été audités en janvier 2019. Le CH obtient 13/34 points concernant la politique de gestion des excreta.

2 services étaient encore équipés de douchettes. Le CH dispose de 32 locaux utilitaires sales mais aucun n'est conforme à toutes les caractéristiques d'agencement de propreté et d'entretien et aucun ne dispose de tous les équipements nécessaires à l'application des PS ou des équipements nécessaires à l'entretien des contenants réutilisables.

Le CH possède 26 lave-bassins (LB) : aucun ne réunisse l'ensemble des exigences en termes de formation, maintenance et conditions d'utilisation (absence de maintenance préventive annuelle, de formation des utilisateurs et de traçabilité de l'entretien).

CONCLUSION

Ce travail a montré un recueil d'excreta non optimisé et des locaux utilitaires sales mal équipés.

Suite à cet audit, la procédure de gestion des excreta a été rédigée, tous les locaux utilitaires équipés de SHA et d'EPI (tablier à usage unique, gants). Il a été rappelé aux services

le bon usage des LB et la nécessité de tracer bionettoyage du local utilitaire sale et du lave-bassin. Les affiches humoristiques du CPIAS Auvergne Rhône Alpes ont également été utilisées afin de promouvoir le risque lié à la gestion des excreta.

Un travail en collaboration avec la direction des achats est également en cours afin de réfléchir à l'intérêt à l'avenir de remplacer nos LB par des sacs protecteurs à usage unique car ils permettent de mieux limiter la transmission croisée pour un même coût.

P-073

FACTEURS FAVORISANTS DES ISO CHEZ LES PATIENTS OPÉRÉS À LA CUTO DU CNHU-HKM AU BÉNIN

DEGBEY Cyriaque ^(1,3), **HOUNGNANDAN Augustino** ⁽²⁾, **SOPOH Ghislain** ⁽¹⁾, **MAKOUTODE Michel** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum Ouidah de l'Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, BÉNIN ; ⁽²⁾ Institut National Médico-Sanitaire, Cotonou, BÉNIN ; ⁽³⁾ Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, Cotonou, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections du site opératoire figurent parmi les trois causes les plus fréquentes des infections nosocomiales et contribuent significativement à une prolongation du séjour hospitalier. Elles résultent de l'action conjuguée de plusieurs facteurs et représente une préoccupation pour la santé publique.

L'objectif était d'étudier les facteurs favorisant des infections du site opératoire chez les patients opérés à la Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédique du CNHU-HKM de Cotonou.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui avait porté sur une population de 35 patients opérés et 10 infirmiers. La méthode d'échantillonnage a été non probabiliste avec la technique de l'exhaustivité pour les cibles. Les mesures statistiques usuelles ont été utilisées en fonction du type de variables : moyennes, écart-types, pourcentages. Le test de Chi² de Pearson a été utilisé pour vérifier l'indépendance entre la variable dépendante et les variables indépendantes étudiées. Le seuil de signification considéré est $p < 0,05$.

RÉSULTATS

L'Age moyen des infirmiers était de 40,6 ans et la majorité des opérés avaient un âge compris entre 25 et 39 ans. Les principaux facteurs favorisant la survenue des infections

du site opératoire étaient : le niveau d'étude des patients ($p=0,003$) et la réutilisation des bandes ayant servi pour le pansement ($p=0,004$). Néanmoins des facteurs potentiels ont été notés : la situation économique des patients, la mauvaise qualité du matériel technique pour les pansements et le séjour préopératoire.

CONCLUSION

Les infections du site opératoire demeurent une préoccupation majeure. Des facteurs associés ont été retrouvés tant du côté des patients et des infirmiers. Il urge de pallier ces différents facteurs afin de réduire au maximum la survenue des infections du site opératoire.

P-074

VISITE DE RISQUE PRÉCAUTIONS STANDARD : RÉALISATION ET RÉSULTATS

CONRATH Elodie⁽¹⁾, TISSERAND Concetta⁽¹⁾, KROMMENAKER Cindy⁽¹⁾, FORIN Jérôme⁽¹⁾, THEIS Sabine⁽¹⁾, BARBIER Marie-José⁽¹⁾, **REGAD Marie⁽¹⁾**, LIZON Julie⁽¹⁾, FLORENTIN Arnaud^(1, 2)

⁽¹⁾ CHRU-Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy, FRANCE ;

⁽²⁾ Université de Lorraine, Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le respect des précautions standard (PS) constitue le socle de la prévention des infections associées aux soins. Suite à l'actualisation des recommandations nationales en 2017 et des procédures internes, une visite de risque a été déployée dans un centre hospitalier universitaire. Elle a pour objectifs d'évaluer le respect des PS ainsi que les compétences et les savoirs les concernant, toutes catégories professionnelles confondues.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La visite de risque a été menée par 4 paramédicaux hygiénistes dans les secteurs d'hospitalisation. Elle a associé l'évaluation des moyens, l'observation de l'HDM et des pratiques lors des soins et l'interrogatoire des professionnels sur leurs connaissances et leurs formations. Les grilles de recueil comportaient une soixantaine de critères différents comme le port et le retrait des équipements de protection individuelle (EPI), leur disponibilité dans les salles, la gestion environnementale ou encore l'information des nouvelles mesures des PS et la notion des 5 indications à l'HDM.

RÉSULTATS

91 services de soins ont été audités, concernant la conformité de la salle de soins (73 %), de la réserve (75 %), de la salle de

décontamination (80 %) et des chambres (89 %). 529 soins et 1 727 indications à l'HDM ont été audités. L'observation des soins montrent que la gestion de l'environnement est bien respectée (filière de traitement du linge adéquate à 98 %, tri des déchets à 95 %). Le port (69 %) et le retrait des EPI (81 %), en particulier les gants, sont des axes d'amélioration. Les gants entraînent le non-respect à l'HDM. Après un contact avec un liquide biologique, 30 % des HDM n'étaient pas réalisées dont 2/3 dus au port de gants. L'utilisation des conteneurs à aiguilles reste à corriger (observation de seulement 8 % de fermeture temporaire au moment des visites). 472 personnes ont été interrogées sur leur savoir théorique (67 % connaissent la procédure interne des PS, 1 414 citations d'indications à l'HDM) et sur leurs formations et informations (60 % informés en amphithéâtre des nouvelles mesures du guide des PS et 59 % du guide des déchets).

CONCLUSION

Ce travail, réalisé en quelques mois (de l'élaboration à l'envoi des rendus), a permis de faire une cartographie de l'application des PS à l'échelle de l'établissement et toute catégorie professionnelle confondue. Des écarts ont été mis en évidence et ont fait l'objet de mise en place d'actions correctrices personnalisées pour chaque service. Une prochaine visite sera programmée pour évaluer la bonne application des actions.

P-075

AUDIT GESTION DES EXCRETA : RÉALISATION ET RÉSULTATS

CONRATH Elodie⁽¹⁾, REGAD Marie⁽¹⁾, KROMMENAKER Cindy⁽¹⁾, FORIN Jérôme⁽¹⁾, TISSERAND Concetta⁽¹⁾, THEIS Sabine⁽¹⁾, BARBIER Marie-José⁽¹⁾, LIZON Julie⁽¹⁾, FLORENTIN Arnaud^(1, 2)

⁽¹⁾ CHRU de Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy, FRANCE ;

⁽²⁾ Université de Lorraine, Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention de la transmission des entérobactéries résistantes aux antibiotiques reste une priorité. La gestion des excréta (GeX) est primordial pour lutter contre leur diffusion. Suite à 2 épidémies mettant en cause la GeX (lave-bassin (LB) en panne ou non utilisé), notre centre hospitalier universitaire (CHU) a décidé d'effectuer un état des lieux complet dans ce domaine.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit de GeX avait pour référentiel le protocole national 2019 du GREPHH. Il était axé sur l'analyse documentaire (politique de l'établissement, procédures, formations), la description des secteurs de soins et l'évaluation des moyens, des locaux utilitaires sales et des lave-bassins (LB).

RÉSULTATS

La politique de l'établissement était conforme à 82 %. Les moyens documentaires (procédure de renouvellement des matériels) et le plan de formation (nouveaux arrivants) sont à renforcer. L'équipe d'hygiène a réalisé 89 audits regroupant 106 unités fonctionnelles d'hospitalisation. 1354 patients étaient hospitalisés lors de l'audit : 45 % utilisaient des bassins et 35 % des protections anatomiques. 100 % des secteurs utilisaient des contenants réutilisables. 100 % des secteurs ont présenté au moins une non-conformité concernant les moyens pour la GeX (contenants en quantité insuffisante, en mauvais état ou sans couvercle). 93 locaux utilitaires sales ont été audités. Ces derniers possédaient un LB (100 %) et étaient en général propres (98 %), avaient des distributeurs de SHA (91 %) et des supports à déchets (93 %). 1,1 % des locaux étaient entièrement équipés pour l'application des précautions standard et l'entretien des contenants. Les axes d'amélioration sont la traçabilité de l'entretien quotidien (70 %) et l'approvisionnement en équipement de protection individuelle (74 % gants, 27 % tablier, 9 % masques). 94 LB datant de 1985 à 2019 étaient fonctionnels : 97 % en état de marche et 94 % facilement accessibles. Les corrections à établir concernent la traçabilité de l'entretien des LB (14 %), leur propreté (71 %), la mise en place d'une maintenance préventive (62 %), la sensibilisation régulière des personnels à l'utilisation et l'entretien des matériels (18 %) et la suppression du stockage de bassins sales alors que le LB est disponible (20 % des cas).

CONCLUSION

Cet audit a réalisé une cartographie de la Gex et des équipements utilisés au sein du CHU. Des écarts ont été soulevés devant faire l'objet d'actions correctrices afin de maîtriser la diffusion des entérobactéries résistantes aux antibiotiques.

P-076

ANTIBIOTHÉRAPIE DES INFECTIONS URINAIRES : ENCORE DES EFFORTS À FAIRE !

LEPAINTEUR Margaux⁽¹⁾, **MIROLO Christian**⁽¹⁾,
JEBLAOUI Asma⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Sud-Essonne, Etampes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un audit clinique prospectif sur l'antibiothérapie des infections urinaires a été réalisé en médecine, gériatrie aigue, chirurgie et soins de longue durée d'un centre hospitalier général pendant 1 mois afin de vérifier le contexte de prescription des antibiotiques et l'adhésion aux dernières recommandations de la SPILF.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Tous les ECBU réalisés chez les patients des services concernés étaient inclus et les antibiotiques prescrits évalués par un groupe d'étude (clinicien, biologiste, hygiéniste) en regard de la situation clinique.

RÉSULTATS

Sur 176 ECBU prélevés, 33 (19 %) ont donné lieu à une prescription pour infection urinaire chez 32 patients (17 femmes, 15 hommes) la plupart sans sonde urinaire (79 %). Parmi ces ECBU, 84 % étaient monomicrobiens avec une majorité d'entérobactéries (21/28, 75 %), 2 BLSE). Chaque épisode d'infection urinaire (IU) a été analysé selon les recommandations actuelles de la SPILF et validés avec le groupe d'étude. Seuls 4/33 (12 %) épisodes validaient tous les critères (indication, choix probabiliste, choix curatif, posologie, voie d'administration et durée de traitement).

Les principales causes d'antibiothérapie non-conforme étaient :

1. la durée de traitement (31 % de conformité) trop courte chez l'homme (60 % des traitements des IU masculines arrêtés trop tôt) ou trop longue chez la femme (dans 41 % des IU).
2. le choix de l'antibiotique curatif (55 % de conformité) lié à une désescalade non faite chez la femme, à la poursuite du traitement probabiliste pour des ECBU négatifs ou à une prescription de beta-lactamines chez l'homme au lieu de privilégier les fluoroquinolones ou le sulfaméthoxazole.

CONCLUSION

A la suite de cet audit, des rappels ont été faits aux cliniciens sur les bonnes pratiques de réalisation d'un ECBU (indications et antiseptie) ainsi que sur la juste prescription des antibiotiques en cas d'infections urinaires avec mise à disposition d'un guide d'antibiothérapie actualisé.

P-077

ANALYSE TERRITORIALE DE L'AUDIT NATIONAL SUR LA GESTION DES EXCRETA

CANDON Christine⁽¹⁾, DEBRAY Harmony^(2, 3), DELALANDRE Julie^(4,5), DESCHAMPS Aurélie⁽¹⁾, LEGOUIL Cécile⁽⁶⁾, LÉGER Marie-Aimée⁽¹⁾, LEPRÉVOST Julie⁽¹⁾, MARTIN Pascaline⁽¹⁾, ROELENS Céline^(7,8,9), TACK Géraldine⁽¹⁰⁾, THIERRY Martine⁽¹⁾, **BOURDON Sandra**⁽¹⁾, GIBERT Laure⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier du Havre, Montivilliers, FRANCE ;

⁽²⁾ CHI du Pays des Hautes Falaises, Fécamp, FRANCE ;

⁽³⁾ Clinique de l'Abbaye, Fécamp, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Hôpital Privé de l'Estuaire, Le Havre, FRANCE ; ⁽⁵⁾ SSR le Petit Colmoulins, Harfleur, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CHI Caux Vallée de Seine, Lillebonne, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CH de la Risle, Pont Audemer, FRANCE ; ⁽⁸⁾ EHPAD les Franches Terres, Beuzeville, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Hôpital Local, Saint Romain de Colbosc, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ Clinique des Ormeaux, Le Havre, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La filière hygiène de notre Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) regroupant 6 établissements ainsi que 4 établissements privés de la région ont créé un groupe de travail (« Hôpitaux de l'Estuaire ») et d'échanges sur les pratiques d'hygiène. Dans ce cadre, il a été décidé d'analyser ensemble les résultats de l'audit national sur la gestion des excreta (audit GEX). Il s'agissait pour chaque établissement de comparer ses résultats à ceux obtenus pour le territoire.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A partir de l'application informatique GEX, un rapport de résultats a été obtenu pour chacun des établissements et pour l'ensemble du groupe.

RÉSULTATS

Des protocoles concernant la gestion des excreta existaient pour tous les hôpitaux. Les conditions d'élimination des excreta y figuraient. Ils prenaient en compte le nettoyage quotidien extérieur du LB (40 %), la maintenance technique annuelle (30 %), les modalités d'approvisionnement des sacs protecteurs de bassin (40 %) mais ne précisaient jamais les modalités de vérification des lave bassins (LB).

Les locaux utilitaires sales étaient propres (77 %) mais la traçabilité de l'entretien quotidien n'était pas effectuée (35 %). Une distinction entre zones propre et sale était réalisée (70 %).

Le local sale n'était pas toujours équipé de PHA ou d'EPI. Il comprenait un LB (85 %), un évier ou un bac (37 %), un plan

de travail pour égouttage (42 %), un lieu de stockage pour le matériel dans une zone adaptée (76 %).

Le personnel était dans la moitié des cas sensibilisé à l'utilisation du LB depuis moins de 2 ans.

Une maintenance préventive était réalisée dans 32 % des établissements.

Les LB étaient propres (68 %) et les buses étaient sans tartre et propres (52 %). La traçabilité de l'entretien était effectuée pour 36 % des établissements.

CONCLUSION

Cette collaboration a permis à chacun de se comparer aux autres établissements dans le but d'améliorer les pratiques d'hygiène autour de la gestion des excreta. Un plan d'action commun a été établi : les items manquants dans les protocoles seront précisés, le local sale sera équipé de PHA et les EPI mis à disposition. L'entretien du local, du LB doivent être effectués et tracés et une maintenance préventive organisée. Par ailleurs, les solutions déjà adoptées dans certains établissements vont permettre aux autres de les mettre en place. Une évaluation à distance sera nécessaire pour s'assurer que les actions correctives ont été réalisées.

P-079

SURVEILLANCE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES SURVENANT SUR PICC LINE EN HOSPITALISATION À DOMICILE

JOFFRAUD Magali⁽²⁾, BERNARD Delphine⁽²⁾, CHAPUIS Catherine⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils De Lyon, Saint Genis Laval, FRANCE ;

⁽²⁾ Soins Et Sante - Hospitalisation A Domicile, Rillieux La Pape, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les patients d'hospitalisation à domicile (HAD) sont souvent porteurs d'un abord veineux central et l'utilisation du PICC line y est de plus en plus fréquente. N'ayant aucune représentation chiffrée des complications liées aux PICC line, nous avons souhaité mener une action de surveillance dans un établissement d'HAD ayant en moyenne 300 patients pris en charge.

L'étude de ce travail a pour objectif de décrire la nature et de mesurer la fréquence des complications liées à l'utilisation des PICC line en HAD, ainsi que les conséquences pour les patients.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier menée sur une période de 6 mois. Les patients porteurs d'un PICC Line bénéficiant d'une première prise en charge en HAD sont inclus.

Les données sont recueillies à partir des dossiers patients informatisés et portent sur les complications obstructives, infectieuses et mécaniques.

RÉSULTATS

Entre Septembre 2018 et février 2019, 166 patients porteurs d'un PICC line ont été inclus. Pour 60,24 % d'entre eux, la modalité principale de prise en charge était « Traitement Intra Veineux ». La durée moyenne d'exposition aux PICC line était de 30 jours. 27 patients (16,3 %) ont présenté un évènement indésirable dont le délai médian de survenu était de 20 jours. Sur les 166 patients, 11,45 % ont présenté une infection, incluant les réactions cutanées, les infections locales et générales, 3 % ont présenté une obstruction et 1,81 % ont présenté un problème de positionnement. Il n'a pas été mis en évidence d'association entre les facteurs de risques présumés et les complications. L'ensemble des patients a bénéficié d'une coordination téléphonique et/ou d'une visite à domicile. 14 patients sur 27 ont été transférés à l'hôpital. 18 PICC Line ont été retirés, 11 nouvelles voies ont été reposées.

CONCLUSION

Cette démarche s'intègre dans une politique globale de gestion des risques liés à ces dispositifs médicaux comprenant en particulier des actions de formation auprès des infirmiers libéraux parfois peu familiers à ce matériel. Cette étude a permis de confirmer la réalité des évènements indésirables sur PICC line et donc l'importance de la prévention. Le plan d'action consistera d'une part à améliorer la traçabilité et les modalités de surveillance des dispositifs, d'autre part à poursuivre les actions de formation et l'évaluation des pratiques professionnelles.

P-080

VISITE DE RISQUES EN SECTEUR DE MATERNITÉ, ÉVALUER LE RISQUE INFECTIEUX AUTREMENT

OBERGER Nathalie⁽²⁾, **MOREAU Nathalie**⁽²⁾, **CHAPUIS Catherine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils De Lyon, Saint Genis Laval, FRANCE ;

⁽²⁾ Clinique du Val d'Ouest, Ecully, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention des infections chez les parturientes et les nouveaux nés fait partie des actions prioritaires que doit mettre en œuvre toute maternité. Nous présentons les résultats d'une visite de risque dans une maternité de niveau 2 réalisant 2700 accouchements par an. L'objectif est de réaliser un état des lieux des pratiques de tous les professionnels de santé

dans les secteurs de salle d'accouchement et de suite de couches et de définir des actions d'amélioration.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Des outils de mesure sont construits à partir de la méthodologie de visite de risque de l'HAS et des différents référentiels en vigueur sur la gestion du risque infectieux en maternité. Toutes les catégories professionnelles sont invitées à répondre à un questionnaire sur leurs pratiques en amont de la visite. Lors de la visite, les enquêteurs suivent le parcours patient, observent les pratiques à risque et les locaux et réalisent un interview des professionnels présents. Une restitution à chaud est effectuée à la fin de la visite puis programmée à une distance de 1 mois en présence des acteurs.

RÉSULTATS

Les questionnaires de pratiques déclarés ont été renseignés par 86,5 % des professionnels du secteur. 22 professionnels de santé ont été interviewés, 27 observations pour la toilette du nouveau-né (15 professionnels), 17 observations de toucher vaginal (12 sages-femmes), 14 observations de sondage urinaire (14 professionnels observés).

L'hygiène des mains et les modalités de réalisation des actes techniques sont satisfaisantes.

Les principaux axes d'amélioration portent sur le port de tablier et de lunettes de protection, la gestion des dispositifs médicaux (prétraitement, stockage), l'utilisation des collecteurs pour objets perforants et la mise en œuvre des précautions complémentaires.

CONCLUSION

La visite de risques est une méthode d'analyse des risques a priori qui s'intègre dans la démarche globale de gestion des risques associés aux soins. Elle combine plusieurs modes de recueil des informations et permet d'intégrer l'ensemble des catégories professionnelles et d'avoir ainsi une vision globale de la gestion du risque infectieux dans un secteur. La restitution rapide favorise l'implication des professionnels et la mise en œuvre d'un plan d'action. La démarche permet de renforcer une dynamique d'échanges et de travail entre l'équipe opérationnelle d'hygiène et les équipes du bloc obstétrical et des services d'hospitalisation.

P-081

AUDIT ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE

LEFEBVRE Annick⁽¹⁾, **BAJOLET Odile**⁽¹⁾, **DOUILLY Camille**⁽¹⁾, **DEGERMANN Caroline**⁽¹⁾, **MATHIEU Nathalie**⁽¹⁾, **COUSIN-NGUYEN Julie**⁽¹⁾, **VALLET-TADEUSZ Lydie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Reims, Reims, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'antibioprophylaxie est un moyen de prévention majeur des infections de site opératoire. Des recommandations concernant les types d'interventions concernées, la molécule à utiliser, la dose, le délai injection-incision, et les éventuelles réinjections sont émises par la SFAR et régulièrement actualisées. Les protocoles sont adaptés dans chaque service de notre établissement et validés par la commission des anti-infectieux. L'objectif de cet audit est de s'assurer du respect des protocoles d'antibioprophylaxie.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une trentaine d'interventions a été sélectionnée sur une période donnée pour chaque spécialité. La totalité des interventions nécessitant une antibioprophylaxie étaient incluses pour la chirurgie digestive, gynécologique, neurochirurgie, ORL, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique, chirurgie thoracique, urologie, et la chirurgie vasculaire. Seuls étaient sélectionnés les pontages aorto-coronariens pour la chirurgie cardiaque, la chirurgie prothétique de 1^{ère} intention pour la chirurgie orthopédique et la chirurgie de la cataracte pour la chirurgie ophtalmologique. La prescription lors de la consultation de pré-anesthésie était recherchée ainsi que, pour l'administration : la molécule, la dose, le délai entre l'injection et l'incision pour la première injection. Enfin, la conformité des réinjections était évaluée sur les mêmes critères et sur le nombre de réinjections en fonction de la durée d'intervention.

RÉSULTATS

L'antibioprophylaxie a été évaluée pour 334 interventions dans 13 services de chirurgie. La prescription était retrouvée dans 21,7 % des cas, et la molécule utilisée dans 97,9 % des cas. Celle-ci était conforme au protocole pour 97,6 % des dossiers, avec une dose conforme dans 94,8 % des cas. L'injection avait été réalisée avant incision dans 96,0 % des cas et les réinjections étaient conformes dans 67,0 % des cas seulement, avec une variabilité selon les services de chirurgie. Enfin, la conformité globale pour l'ensemble des critères d'administration était de 79,2 %.

CONCLUSION

Cet audit montre un bon respect global des protocoles. Toutefois, la prescription est rarement retrouvée lors de la consultation de pré-anesthésie et le nombre de réinjections n'est pas toujours adéquat.

P-082

ETAT DES LIEUX DE LA TRAÇABILITÉ DE LA PRÉPARATION CUTANÉE DE L'OPÉRÉ DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT

VALLET-TADEUSZ Lydie ⁽¹⁾, **BAJOLET Odile** ⁽¹⁾, **COUSIN-NGUYEN Julie** ⁽¹⁾, **MATHIEU Nathalie** ⁽¹⁾, **DEGERMANN Caroline** ⁽¹⁾, **LEFEBVRE Annick** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Reims, Reims, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La préparation cutanée de l'opéré (POP) contribue à la prévention des Infections du Site Opératoire (ISO) en réduisant le risque de contamination per opératoire d'origine endogène. Sa traçabilité est un élément essentiel qui sera recherché lors de toute investigation d'ISO.

Nous évaluons tous les ans par secteur chirurgical la traçabilité de la POP avec un retour fait aux équipes paramédicales. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux global de la traçabilité de la POP au sein de notre établissement et de comparer par rapport à 2015 avant l'informatisation du dossier patient.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Au cours du 2^{ème} semestre 2019, 30 dossiers de 2019 par secteur chirurgical ont été sélectionnés et analysés à l'aide d'une grille d'audit. Sur celle-ci sont recueillies les données suivantes : type d'hospitalisation, type de chirurgie, présence ou non de la fiche de traçabilité institutionnelle, le nom de l'IDE ayant rempli la fiche, la traçabilité de l'information donnée au patient, la vérification de la dépilation si nécessaire, la vérification de l'hygiène bucco-dentaire, la traçabilité de la réalisation de la douche la veille de l'intervention et de celle du jour de l'intervention avec l'horaire et le produit utilisé. Ces données ont ensuite été comparées à celles recueillies en 2015 selon la même méthodologie.

RÉSULTATS

En 2015, 422 dossiers avaient été analysés, 450 l'ont été en 2019. La proportion de chirurgie programmée est supérieure en 2019 avec 96 % versus 89 %, par contre le taux d'hospitalisation conventionnelle a diminué (75 % versus 88 %). Les autres résultats sont présentés dans le tableau 1.

CONCLUSION

Cet audit montre que bien que la fiche de traçabilité soit présente dans les dossiers de façon plus importante en 2019 grâce à l'informatisation, celle-ci n'est toujours pas entièrement remplie. La réalisation de la douche par exemple est moins bien renseignée, mais quand elle est renseignée sa

description est plus complète (horaire, produit utilisé). Le travail de pédagogie vis-à-vis de l'importance de cette traçabilité est à poursuivre.

	Fiche traçabilité institutionnelle	Nom de l'IDE ayant complété la fiche	Information sur la préparation cutanée donnée au patient	Dépilation vérifiée	Vérification hygiène Bucco-dentaire	Douche la veille	Douche le jour même	Horaire de la douche le jour même	Produit utilisé pour la douche
2015	81%	70%	44%	63%	64%	73%	81%	45%	56%
2019	90%	65%	66%	76%	55%	73%	79%	59%	73%

Tableau 1. Pourcentage des dossiers conformes pour les différents critères

P-083

PRATIQUES DE DÉSINFECTION DES SONDES D'ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE AVANT MARS 2019

HODEN Louise⁽¹⁾, NION-HUANG Michèle⁽¹⁾, MONTEIL Catherine⁽¹⁾, **FOURNIER Sandra**⁽¹⁾, RÉSEAU DES EOH DE L'AP-HP.⁽¹⁾

⁽¹⁾ DOMU - EOH - siège APHP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En mars 2019, le Ministère de la Santé et la SF2H ont recommandé d'appliquer un niveau intermédiaire pour la désinfection entre deux actes des sondes d'échographies endovaginales, endorectales et transoesophagiennes. Une évaluation des pratiques en cours avant la publication de ces recommandations a été menée dans 17 hôpitaux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Questionnaire administré par voie informatique aux équipes pratiquant des actes d'échographie endocavitaire ou assimilés (nasofibroscopie, manométrie oesophagienne et rectale) de 17 hôpitaux.

RÉSULTATS

Dans les 73 unités des 17 hôpitaux ayant répondu concernant l'échographie endocavitaire :

86 % utilisent une gaine avec marquage CE pour protéger la sonde.

40 % utilisent un sachet unidosé de gel d'échographie.

78 % réalisent un essuyage à sec de la sonde, après retrait de la gaine, à la recherche de souillure.

36 % réalisent une DNI systématique entre deux actes, 48 % en cas de rupture de la gaine ou souillure visible.

La méthode de DNI la plus utilisée est le trempage/immersion dans l'acide peracétique.

35 % utilisent des procédés automatisés par UV ou peroxyde d'hydrogène.

52 % nettoient systématiquement les éléments non immergeables de la sonde entre deux actes.

42 % réalisent un bionettoyage de l'environnement entre deux actes.

40 % effectuent une DNI en fin de vacation.

56 % assurent une traçabilité patient-sonde-procédé de désinfection.

La désinfection des nasofibrosopes souples non stérilisables a été évaluée dans 15 unités. 1 unité/15 effectue systématiquement une DNI entre 2 actes, les autres si souillures ou rupture de la gaine. Cette DNI est réalisée en lave-endoscope dans 8/15 cas, par immersion dans l'acide peracétique dans 5/15 cas et peroxyde d'hydrogène dans 2 cas.

La désinfection des manomètres rectaux et œsophagiens a été évaluée dans 5 unités. 2 unités/5 effectuent une DNI entre 2 actes, utilisant des lingettes détergentes-désinfectantes.

CONCLUSION

Cette étude montre que les pratiques d'hygiène pour l'entretien des sondes d'échographies endocavitaires étaient très diverses avant la publication des recommandations. La majorité des équipes avaient des pratiques conformes aux recommandations en vigueur, pour ce qui concerne le niveau de désinfection entre deux actes au moment de l'étude. En revanche, d'autres axes d'amélioration ont été mis en évidence (bionettoyage, traçabilité...). Les nasofibrosopes souples non stérilisables et les sondes de manométrie devraient être concernées par les mêmes recommandations. Une évaluation devra être réalisée pour s'assurer de l'évolution des pratiques au regard des nouvelles recommandations.

P-084

ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES D'INFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES À ENTEROBACTER AU BLOC OPÉRATOIRE

MONGARDON Béatrice⁽¹⁾, **BOUQUET Cathy**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier Sélestat-Obernai / GHSO, Sélestat, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dès le début de l'année 2019, les signalements internes et l'analyse des résultats des prélèvements per-opérateurs mettent en évidence une augmentation du nombre de reprises d'interventions ostéo-articulaires consécutives à des infections.

Le signalement de deux Infections du Site Opérateur (ISO) consécutives, à une semaine d'intervalle survenues exactement dans le même délai avec un même agent infectieux orientent vers le début d'une épidémie.

Le but de notre analyse approfondie est d'identifier les causes de survenue de ces ISO successives à Enterobacter, conforter nos hypothèses puis, au-delà, revoir certaines pratiques au bloc opératoire.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons préalablement réalisé un tableau synoptique des cas puis réalisé une Analyse Approfondie des Causes (AAC) selon la méthode des 5 M (diagramme d'Ichikawa) à partir des résultats de nos investigations (données dossiers patients, observations des pratiques, prélèvements environnementaux).

RÉSULTATS

Ce travail d'investigation a permis de mettre en exergue différentes problématiques : glissements comportementaux chez les différents intervenants, pratiques de bionettoyage en essoufflement, manquements dans les opportunités d'hygiène des mains, inadéquation de l'architecture du bloc liée à l'augmentation et à la diversification des activités.

Ces constats nous ont alors permis de cibler nos actions :

- la re-sensibilisation aux règles d'hygiène et la communication auprès des équipes afin que celles-ci se sentent acteurs des solutions et adoptent les changements nécessaires
- l'introduction d'un dispositif de bionettoyage à la vapeur afin de maîtriser le développement du biofilm
- la mise en place d'un suivi environnemental par prélèvements de surface afin de mesurer le niveau de maîtrise de la biocontamination

CONCLUSION

Vécue comme une infortune, cette « bouffée épidémique » d'ISO a permis de reconsidérer certaines pratiques et in fine de s'inscrire dans un rebond d'amendement général.

La présence régulière de l'EOH au bloc opératoire pour soulever les leviers de l'amélioration de la qualité puis l'adhésion stricte et constante de l'ensemble des professionnels aux mesures d'hygiène sont essentiels au succès de la gestion du risque infectieux dans ce milieu à haut risque.

P-085

RÉALISATION D'UN AUDIT SUR L'UTILISATION DES ANTISEPTIQUES

BAILLIE Constance⁽¹⁾, **FOQUE-FONTENOY Carole**⁽¹⁾, **BASILE Audrey**⁽¹⁾, **HUART Claire**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'antisepsie constitue un élément important dans la maîtrise du risque infectieux lié à un acte infirmier.

Nous avons souhaité réaliser un état des lieux des pratiques et vérifier l'application des protocoles institutionnels concernant l'utilisation des antiseptiques dans notre établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un questionnaire ciblant 30 actes infirmiers a été élaboré par l'unité d'hygiène, en lien avec la pharmacie. Pour chaque acte était évalué le nombre de temps d'antisepsie et le(s) antiseptique(s) utilisé(s). Les entretiens ont concerné 5 services de soins : les urgences, la réanimation, l'hématologie, l'unité de maladies infectieuses et la néphrologie. En parallèle, la validité des flacons d'antiseptiques a été vérifiée lors de notre passage dans les services.

RÉSULTATS

50 infirmiers ont été audités. Certains actes retrouvent 100 % de conformité aux protocoles : la pose d'une sonde vésicale, le sondage aller-retour, les infections intraveineuses / intramusculaires et sous cutanées et le pansement de type chirurgical.

Un taux de conformité entre 80 et 100 % est retrouvé pour la ponction veineuse (90 %), la manipulation des voies centrales (93.8 %) la manipulation des robinets de perfusions (90 %), le prélèvement d'ECBU pour un patient non sondé (86.3 %), la désinfection des flacons d'hémoculture et de médicaments (respectivement 90 % et 82 %).

Lors d'un prélèvement d'ECBU chez un patient sondé, 87 % des agents réalisent une antisepsie, mais seule la moitié d'entre eux utilisent un antiseptique alcoolique. 44 % des agents ne réalisent pas d'antisepsie lors de la vidange du sac à urine. Moins d'1 agent sur 4 respecte l'antisepsie en 4 temps pour la pose et le pansement de cathéter périphérique. Pour la réalisation des hémocultures, la plupart des agents utilisent un antiseptique alcoolique (94 %) mais seuls 34 % d'entre eux respectent les 2 temps d'antisepsie. Concernant les voies centrales (pose/ ablation/ pansement de voie centrales), le nombre de temps d'antisepsie est respecté dans plus de 80 % des cas, mais environ 1 agent sur 3 utilise un antiseptique dermique. Seul 1 agent sur 3 réalise une antisepsie pour la

nutrition entérale et l'aspiration endotrachéale, et 1 sur 2 lors de la manipulation de canules. Le jour de l'enquête 77.8 % des flacons d'antiseptiques n'étaient pas datés et environ 5 % étaient périmés.

CONCLUSION

Les entretiens ont été suivis d'une restitution immédiate à l'agent et de rappels sur les bonnes pratiques. Au niveau institutionnel, certains protocoles sont en cours de révision et une réflexion est portée sur l'utilisation des antiseptiques alcooliques et dermiques.

P-086

IMPACT D'UN CHANGEMENT DE PROTOCOLE D'ANTIBIOPROPHYLAXIE SUR LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE APRÈS CÉSARIENNE

KUCZEWSKI Elisabetta⁽¹⁾, AMOUR Selilah⁽¹⁾, VALDEYRON Marie-Laure⁽⁵⁾, CAILLAT-VALLET Emmanuelle⁽⁴⁾, BATTIE Catherine⁽³⁾, GAUCHERAND Pascal⁽³⁾, DORET-DION Muriel⁽³⁾, BARRETO Christine⁽²⁾, GRANDO Jacqueline⁽²⁾, **VANHEMS Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon / Groupement Hospitalier Centre (Hôpital E. Herriot), Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon / Groupement Hospitalier Est (Unité d'Hygiène et Épidémiologie), Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Hospices Civils de Lyon / Groupement Hospitalier Est (Hôpital Femme-Mère-Enfant), Lyon, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Hospices Civils de Lyon / Groupement Hospitalier Sud (CPIAS Auvergne Rhône Alpes), Saint Genis Laval, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Centre Hospitalier Pierre Oudot, Bourgoin-Jallieu, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Bien que largement recommandées, les pratiques d'administration de l'antibioprophylaxie pour césarienne n'étaient pas complètement consensuelles au moment de l'étude. L'objectif de ce travail était de comparer l'effet de deux changements de modalités d'antibioprophylaxie sur le risque d'infection du site opératoire (ISO) en maternité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A partir de la base de surveillance des infections du post-partum d'une maternité de niveau 3 (4500 accouchements/an), ayant participé au réseau MATER du CCLIN Sud Est pour des périodes allant de 4 à 12 mois/an, nous avons considéré les cas de césarienne (20,8 % des accouchements). Nous avons comparé deux périodes : 2012-2013 (période 1, injection de l'antibioprophylaxie pour césarienne au moment du clampage du cordon et doublement non systématique de la dose en cas

d'obésité sévère) et 2015-2016 (période 2, injection 30 mn avant l'incision, quand possible, et doublement systématique de la dose en cas d'obésité sévère (indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35 kg/m²). Les Ratios Standardisés d'Infections Nosocomiales (RSIN) relatifs aux ISO calculés par le réseau MATER ont été comparés entre les deux périodes.

RÉSULTATS

Les caractéristiques de la population (n=1918 patientes) sont restées comparables pendant les deux périodes. En période 1, le nombre d'infections observées était supérieur au nombre d'infections attendues : RSIN à 1,33 (p=0,04) en 2012 et 1,07 (p=0,12) en 2013. Inversement, en période 2, le nombre d'infections observées était inférieur au nombre d'infections attendues : RSIN à 0,20 (p=0,03) en 2015 et 0,69 (p=0,23) en 2016. Le taux d'ISO pendant la période 1 était de 2,0 % (n=29), avec 6,9 % d'infections profondes et un délai moyen de 11,0 (±4,6) jours. En période 2, le taux d'ISO a diminué à 0,7 % (n=3), avec aucun cas d'infection profonde et un délai moyen de 18,0 (±11,1) jours. La stratification du taux d'ISO selon les classes d'IMC (<25, 25≤IMC≤35, >35) montre la disparition des cas d'ISO dans la période 2 chez les patientes avec IMC>35 kg/m².

CONCLUSION

Ces résultats montrent une diminution significative du RSIN suite au changement du moment d'injection de l'antibioprophylaxie pour césarienne et au doublement systématique de dose en cas d'obésité sévère. Ces deux changements, actuellement recommandés par la SFAR, ont contribué à avoir un effet protecteur contre les ISO acquises par la mère suite à une césarienne. Le passage de l'antiseptique aqueux à alcoolique et la délivrance d'une ordonnance de sortie avec soins à domicile pour la cicatrice en cas d'obésité sévère pourraient avoir contribué en partie à cette diminution.

P-087

CHIRURGIE DU CANAL CARPIEN : QUEL IMPACT SUR LES ISO EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT D'AIR

RICHAUD MOREL Brigitte⁽¹⁾, CHLILEK Alexandre⁽¹⁾, ORY Jérôme⁽¹⁾, SUELVES Laurence⁽¹⁾, SOTTO Albert⁽¹⁾, LAVIGNE Jean Philippe⁽¹⁾, MARES Olivier⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Carêmeau, Nîmes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2018, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a été sollicitée par un chirurgien orthopédiste pour mettre en place un parcours de soin optimisé pour la chirurgie du canal carpien

sous échographie. La technique consiste à une libération du nerf médian par une section du ligament annulaire réalisée à l'aide d'un couteau spécifique sous échoguidage. L'intervention dure de 14 à 20 minutes, anesthésie locale comprise. À l'issue de l'acte, le patient peut rentrer chez lui immédiatement. Une consultation de contrôle a lieu deux mois après l'intervention. Or, ces interventions sont réalisées dans une salle dédiée " office surgery « ou chirurgie de la main en circuit court ne disposant pas de traitement d'air.

Pour rappel, la Norme NFS 90 351 d'avril 2013, relative aux zones à environnement maîtrisé précise une classe de risque 3 pour une chirurgie d'orthopédie sans implant articulaire, qui correspond à une salle ISO7.

L'objectif primaire de cette étude était d'évaluer l'impact de l'absence de traitement d'air sur la survenue d'infections du site opératoire (ISO).

L'objectif secondaire était de s'assurer de la mise en œuvre des mesures d'hygiène incontournables pour ce type de chirurgie.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un suivi prospectif des ISO a été effectué par le chirurgien parmi tous les patients opérés depuis 2018. Un audit des pratiques d'hygiène a été réalisé par l'EOH à l'aide d'une grille comportant les items suivants :

- la préparation du patient,
- la réalisation de l'acte,
- le bionettoyage.

RÉSULTATS

Au cours de ces 2 dernières années, 125 patients ont été opérés et aucune infection n'a été recensée.

L'audit des pratiques a concerné 6 gestes réalisés par le chirurgien orthopédiste.

Sur les 31 items de cette grille, 18 (58 %) ont été conformes.

Les actions d'amélioration à mettre en œuvre ont concerné :

- la traçabilité de l'hygiène des mains des patients,
- la technique de désinfection chirurgicale des mains,
- le respect du temps de séchage de l'antiseptique lors de la préparation cutanée,
- la désinfection des mains par friction au retrait des gants,
- le port des EPI pour le bionettoyage des surfaces hautes,
- la traçabilité du bionettoyage entre deux actes,
- la Prévention des AES.

CONCLUSION

L'absence de traitement d'air n'était pas corrélée à la survenue d'ISO. Les pré-requis en hygiène ont été respectés et des actions d'améliorations ont été réalisées. Ce travail a été intégré à une EPP.

P-089

AMÉLIORATION DU RENDEMENT DES HÉMOCULTURES

*FILIDEI Karine⁽²⁾, DOBRAS Marie⁽²⁾, ANGLADE Emmanuelle⁽³⁾, MARI Lelia⁽²⁾, **BELLON Odile⁽¹⁾***

⁽¹⁾ CH Brignoles, Brignoles, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre de gériatrie départemental CGD13, Marseille, FRANCE ;

⁽³⁾ Laboratoire Cerballiance, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le rendement des prélèvements d'hémocultures est parfois faible et pourtant coûteux : temps, cout des réactifs, cout des traitements. Devant ce constat (<1 %) le CLIN de la structure (560 lits) a décidé d'intervenir, le faible taux de positivité de ces prélèvements pouvant provenir de plusieurs causes : mauvaise indication, mauvaise technique ou les deux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un rendu systématique des résultats avec la notion du remplissage de chaque flacon a été organisé par le laboratoire. Une formation des prescripteurs et des préleveurs a été mise en place en concertation avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), la direction des soins et le laboratoire.

Un audit de la pratique du prélèvement des hémocultures a été planifié.

La diffusion du suivi du taux d'hémocultures positives, négatives et contaminées pour la structure et pour les services a été améliorée.

RÉSULTATS

L'audit en temps réel du prélèvement a été décevant, le personnel omettant d'avertir l'EOH le plus souvent. Un audit de connaissance l'a remplacé mettant en évidence des lacunes et de fausses idées parfois même enseignées dans les IFSI.

Dans le mois qui a suivi les premières formations, les premiers résultats positifs ont été constatés : diminution nette du nombre d'analyses prescrites, augmentation du nombre de flacons positifs avec diminution du nombre de flacons contaminés et cela sans diminution de la qualité des soins des patients.

Le nombre de flacon prélevé a diminué presque de moitié, le taux de positivité initialement inférieur à 1 %, a progressé passant de 1 à 5 % et pouvant aller même jusqu'à 10 % en Aout 2019. Le taux de flacons contaminés s'est abaissé restant inférieur au taux cible de 3 % (< à 1 %).

Cependant le dernier trimestre 2019 une augmentation du nombre de prélèvement et une diminution du nombre de flacons positifs (2 % seulement) a été constaté.

CONCLUSION

Avec un recul de deux ans l'analyse des résultats montre une efficacité certaine des interventions mais avec une nécessité d'entretenir les formations régulièrement tous les six mois : aux changements des stages d'interne pour les médecins et deux fois par an pour rappel pour les anciens et pour information pour les nouveaux arrivants.

P-090

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE EN ORTHOPÉDIE AU VIETNAM

ORY Jérôme⁽¹⁾, **VINH VU Hai**⁽²⁾, **HUNG PHAN Tien**⁽²⁾, **CARENO Elodie**⁽¹⁾, **CROUZET Julien**⁽¹⁾, **LAUREILLARD Didier**⁽¹⁾, **LAVIGNE Jean Philippe**⁽¹⁾, **SOTTO Albert**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Caremeau, Nîmes, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, HaiPhong, VIET NAM

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections du site opératoire (ISO) sont une des plus fréquentes infections associées au soin dans les établissements de santé. Dans les pays émergents, la prévalence des ISO se situe entre 4,5 % et 14,3 % (OMS, 2016). Peu d'enquêtes de prévalence ont été effectuées au Vietnam sur les ISO ou sur l'utilisation d'antimicrobiens en chirurgie.

L'objectif principale de cette étude est d'estimer la prévalence des ISO. Secondairement, nous cherchons à évaluer l'impact de l'antibiotic stewardship (PAS) et des mesures principales de prévention du risque infectieux en chirurgie orthopédique au Vietnam.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Entre 2016 et 2019, le PAS et les mesures de prévention du risque infectieux ont été mises en place au sein du bloc opératoire et dans le service d'orthopédie (66 lits). Ces mesures sconsiste à former sur la prescription d'antibiotiques, la préparation cutanée de l'opéré, l'hygiène des mains et la désinfection des instruments chirurgicaux.

Suite à ces actions, deux enquêtes de prévalence des ISO et de la prescription des antibiotiques ont été réalisées en 2016 et en 2019. Ces enquêtes ont été effectuées selon les méthodes de l'ECDC. Plusieurs caractéristiques des patients ont été enregistrées : type de chirurgie, antibioprofylaxie, microorganisme identifié et facteurs de risque associés aux ISO.

RÉSULTATS

La prévalence des ISO est respectivement de 7,8 % (n=4/51) et 5,4 % (n=2/37) en 2016 et en 2019 (p>0.05; Student

test). Le microorganisme le plus fréquemment retrouvé est *Staphylococcus aureus*. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1.

Concernant l'antibioprofylaxie, les céphalosporines de troisième génération sont majoritairement prescrites plus de 48h sur les deux périodes.

CONCLUSION

La surveillance et la prévention des infections du site opératoire en orthopédie est incontournable dans les pays émergents tel que le Vietnam. Malgré une non significativité, la prévalence des ISO en orthopédie a tendance à diminuer sur ces trois dernières années. Ce programme se poursuit par des formations innovantes comme l'elearning et la simulation par la vidéo en vue de perfectionner la préparation cutanée de l'opéré et d'améliorer les prescriptions d'antibiotiques, notamment sur leurs durées et le choix des molécules.

	EP 1 (n=51)	EP 2 (n=37)
Sex ratio homme, n (%)	19,6%	32,5%
Age (moyenne ± sd)	43,7 ± 1,75	46,2 ± 2,11
IMC (moyenne ± sd)	21,2 ± 15,4	21,7 ± 14,5
Score de NNIS	1,15	0,64

Caractéristiques cliniques des patients

P-091

RÉALISATION D'UN AUDIT DE TRAÇABILITÉ EN ENDOSCOPIE

BAILLIE Constance⁽¹⁾, **HAVERBEQUE Emilie**⁽¹⁾, **INGHELIS Yves**⁽¹⁾, **HUART Claire**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La traçabilité est un élément important dans la maîtrise du risque infectieux en endoscopie. Afin de réaliser un état des lieux et se mettre en conformité avec les exigences de la Haute Autorité de Santé, un audit a été organisé dans les services d'endoscopie de notre établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit, réalisé par un binôme de l'unité d'hygiène, a concerné les 5 services d'endoscopie (ORL, consultations, urologie, endoscopie digestive, bloc). Il s'agit d'un audit de dossiers qui s'appuie sur les grilles établies par le GREPHH en 2016. Les sessions d'évaluation ont été suivies de restitution immédiate avec mise en place d'un plan d'action.

RÉSULTATS

Les informations autour de l'acte endoscopique (identité du patient, type d'acte, opérateurs type d'endoscope) étaient retrouvées systématiquement, mais l'heure et le lieu était manquants dans 40 % des cas. Les informations relatives aux endoscopes étaient retrouvées dans minimum 80 % des cas, sauf la date de mise en service (60 %). Pour un acte endoscopique donné, les 5 patients précédents/ suivants étaient systématiquement identifiés. Pour les services concernés par les prélèvements microbiologiques des endoscopes et /ou de l'eau bactériologiquement maîtrisée (EBM), toutes les informations étaient tracées (circonstances du prélèvement, délai traitement-prélèvement, identité des préleveurs, méthode de prélèvement, méthode d'analyse, résultats, fréquence de prélèvements) à l'exception d'un secteur pour lequel aucun contrôle de l'EBM n'était réalisé. Le lot du filtre et sa date de pose était retrouvée, mais aucun des services ne traçait l'historique des changements de filtre. Un seul d'entre eux possédait l'ensemble des informations relatives à la maintenance des endoscopes (type de maintenance, date d'envoi en maintenance, motif, opérateur, nature des opérations, traitement au retour de maintenance). Il existe un cahier de traçabilité de traitement des endoscopes (avec à minima le type et les circonstances de traitement) pour 4 spécialités sur 5. Les informations concernant la maintenance du laveur désinfecteur des endoscopes (1 seul secteur concerné) n'étaient pas archivées au niveau du service.

CONCLUSION

La restitution immédiate de l'audit a permis de réajuster les non conformités : création d'un cahier de vie par endoscope si non existant, ajout d'un contrôle de l'EBM pour un service, traçabilité du changement des filtres, dossier partagé avec le biomédical... Un audit de traçabilité est prévu en fin d'année 2020 pour assurer le suivi de la mise en conformité des services d'endoscopie.

P-092

VACCINATION ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : QUELLES STRATÉGIES POUR AMÉLIORER LA COUVERTURE VACCINALE ?

SERINGE Elise⁽¹⁾, **CYRILLE Stacy**⁽¹⁾, **LEBASCLE Karin**⁽¹⁾, **ASTAGNEAU Pascal**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Ile-de-France, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les professionnels de santé (PS) représentent une population à risque majoré d'infection grippale et sont également des vecteurs de transmission du virus dans les établissements de

soins (ES). La vaccination antigrippale des PS est donc une des mesures essentielles pour éviter la transmission de la grippe à leurs patients. Malgré les recommandations actuelles, la couverture vaccinale (CV) antigrippale des PS reste faible en France.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la CV antigrippale des PS exerçant en ES et d'identifier les barrières à la vaccination, et ainsi promouvoir les mesures qui pourraient améliorer la couverture vaccinale.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Étude descriptive réalisée après la saison grippale 2018-2019. Un questionnaire en ligne a été adressé aux équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) de la région. Les questions portaient sur la CV antigrippale des PS de l'établissement et sur leurs barrières à la vaccination. Il était également demandé aux EOH d'identifier les stratégies qu'elles considéraient comme efficaces pour améliorer la CV antigrippale dans leur établissement.

RÉSULTATS

Au total, plus de 35 % (N=141) des ES de la région ont participé à cette enquête. La couverture vaccinale antigrippale moyenne (IC 95 %) était de 24.4 % [22.2-26.6] pour l'ensemble des PS, plus importante pour les personnels médicaux (43.5 % [38.5-48.5]) (médecins et sages-femmes) que pour les personnels paramédicaux (22.6 % [19.9-25.3]) (IDE et AS). Les principales barrières à la vaccination identifiées étaient : le doute concernant l'efficacité de la vaccination (86 %), suivi par la crainte des effets indésirables (66 %) et enfin l'influence des médias sociaux (45 %) (n=141). Les stratégies les plus efficaces pour améliorer la CV antigrippale des PS pour les ES ayant testé ces actions étaient : 1) être vacciné directement dans son service par ses collègues (n=119; 79 %), 2) la mise en place d'un chariot mobile (n=79; 78 %), et 3) la création de stands de vaccination à des endroits stratégiques (n=62; 61 %). Cette enquête réalisée chaque année depuis 2016 a montré parmi la cohorte d'établissements participants (n=23) une augmentation significative de la couverture vaccinale antigrippale des PS (de 20.2 % en 2016 à 24.4 % en 2019).

CONCLUSION

Malgré une légère augmentation de la CV par rapport aux années précédentes, celle-ci reste très inférieure à ce qui est attendu. Une meilleure information des PS sur le vaccin antigrippal associée à un programme de vaccination combinant différentes actions doivent faire partie des mesures à mettre en place dans les établissements.

P-093

ÉVALUATION DES PRATIQUES : AUDIT DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE AU BLOC OPÉRATOIRE

REGAD Marie⁽¹⁾, **LIZON Julie**⁽¹⁾, **CHARMILLON Alexandre**⁽¹⁾, **ALB Ionel**⁽¹⁾, **MEYER Florence**⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections du site opératoire (ISO) se situent au deuxième rang par ordre de fréquence décroissante des infections nosocomiales, derrière les infections urinaires (une infection sur quatre) et ex-aequo avec les pneumopathies (une infection sur six). Etant la première cause de mortalité (38 % des décès) et morbidités chez les patients opérés ; des mesures de lutte contre ces ISO sont primordiales. Une antibioprophyllaxie (ATBP) adaptée fait partie des mesures de prévention.

L'objectif était d'évaluer la conformité des pratiques professionnelles vis-à-vis de l'ATBP par rapport aux recommandations de l'établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique. Tous patients adultes opérés entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 ont été inclus. Le référentiel utilisé est le référentiel antibiotique lorrain : l'antibioguide 2016 qui est basé sur les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation datant de 2010. L'audit a concerné six services : la chirurgie digestive, la maternité, la neurochirurgie, l'orthopédique, la cardio-vasculaire, la vasculaire. 30 dossiers ont été tirés au sort par service. Neuf critères repris du référentiel de la HAS ont été évalués.

RÉSULTATS

La répartition entre hommes et femmes était homogène avec un ratio de 1,07. La moyenne d'âge était de 56 ans et le score ASA moyen de 1,9. 178 dossiers ont été évalués et 141 ATBP ont été prescrites. Les interventions étaient considérées comme urgentes dans 25,3 % (45) des cas. Des taux de conformité supérieurs à 80 % ont été observés pour sept critères : l'indication de l'ATBP (85 %), la molécule (90 %), la dose (82 %), les ré injections per opératoire (87 %), la durée de prescription (98 %), la mention de l'ATBP dans le dossier anesthésie (100 %) et le remplissage de l'item ATBP dans la check-list (88 %). Les deux critères les moins conformes étaient la traçabilité des particularités liées au terrain du patient avec notamment l'absence traçabilité de l'indice de masse corporelle (IMC) pour 98 dossiers (55 %) et le délai d'injection conforme pour 48 interventions (37 %).

CONCLUSION

L'audit réalisé a mis en évidence les mêmes critères non-conformes que lors d'un premier tour réalisé en 2014. Les axes d'amélioration sont la prise en compte de la double dose lorsque l'IMC > 35 kg/m² et l'amélioration du délai d'injection de l'ATBP avant incision. La réalisation d'audits successifs et prospectifs pourrait permettre une meilleure application de mesures correctives.

Service	Indication ATBP	Particularités du patient	Molécule	Dose	Délai d'injection	Ré injections per opératoire	Durée de prescription
Maternité	96	24	96	88	5	100	100
Chirurgie Digestive	90	30	91	91	25	95	96
Neurochirurgie	30	40	50	50	8	80	100
Chirurgie cardio vasculaire	96	60	91	90	53	95	100
Chirurgie orthopédique	100	25	100	86	45	100	95
Chirurgie vasculaire	96	55	100	84	80	50	100

Taux de conformité (%) par indicateur et par service

P-094

VACCINATION ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX : CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN 2019

SERINGER Elise⁽¹⁾, **DESLANDES Antoine**⁽¹⁾, **LEBASCLE Karin**⁽¹⁾, **ASTAGNEAU Pascal**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Ile-de-France, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les établissements médico-sociaux (ESMS) accueillent des populations particulièrement vulnérables. La vaccination antigrippale des professionnels de santé (PS) de ces établissements est une mesure essentielle pour éviter la transmission du virus à ces patients. La couverture vaccinale (CV) antigrippale des PS reste faible en France et peu de données sont disponibles sur la CV des PS exerçant dans ces établissements.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la CV des PS des ESMS d'Ile-de-France et les connaissances des professionnels concernant la grippe et ses moyens de prévention, et d'identifier les freins à la vaccination chez ces professionnels.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Etude descriptive réalisée après la saison grippale 2018-2019. Deux questionnaires en ligne ont été adressés à l'ensemble des équipes de coordination des ESMS de la région. Un questionnaire était destiné à recueillir des informations concernant la CV globale de l'établissement et un autre questionnaire était à destination des professionnels afin d'évaluer leurs connaissances concernant la grippe et ses

moyens de prévention et d'identifier leurs freins individuels à la vaccination.

RÉSULTATS

Au total, 130 ESMS (environ 23 %) de la région ont participé à cette enquête dont la majorité était des Ehpad (83 %). La CV antigrippale moyenne (IC 95 %) était de 40 % [35 %-44 %] pour l'ensemble des PS, significativement plus élevée en Ehpad (43 % [38 %-48 %]) que dans les autres ESMS (18 % [9 %-27 %]). En tout, 783 professionnels ont répondu à l'enquête, dont 44 % d'aides-soignants (AS) et 23 % d'IDE, exerçant majoritairement en Ehpad. La CV moyenne des IDE était plus élevée que celle des AS, 58 % versus 35 %. Les connaissances concernant la grippe et ses moyens de prévention étaient hétérogènes selon le statut vaccinal et la fonction exercée, les non vaccinés et les AS ayant les moins bonnes connaissances. Ils avaient par ailleurs tendance à sous-estimer le risque représenté par la grippe pour leurs patients. Le premier motif de recours (N=361) à la vaccination était de se protéger soi-même, puis protéger ses patients. Le principal motif de refus de vaccination était la peur des effets indésirables (40 %).

CONCLUSION

La CV des PS en ESMS est nettement insuffisante au regard des patients fragiles dont ils s'occupent. Les idées reçues sur l'efficacité du vaccin et ses effets indésirables sont associés pour une part importante des PS au refus de la vaccination. Comblé ces lacunes au cours de la formation initiale et de la formation continue pourrait améliorer le recours à la vaccination des personnels et ainsi réduire la morbidité des patients.

P-095

VACCINATION ANTIGRIPPALE : CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

SERINGE Elise⁽¹⁾, **DESLANDES Antoine**⁽¹⁾, **LEBASCLE Karin**⁽¹⁾, **ASTAGNEAU Pascal**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Ile-de-France, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La grippe est un problème majeur de santé publique, responsable d'une morbi-mortalité importante chaque année. La vaccination des professionnels de santé (PS) est une des principales mesures de prévention de la diffusion de la grippe. Malgré les recommandations actuelles, la couverture vaccinale (CV) antigrippale des PS reste faible en France, moins de

25 % pour ceux exerçant en établissement de santé et peu de données sont disponibles concernant les PS exerçant en ville. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la CV antigrippale des professionnels libéraux, d'identifier leurs barrières individuelles à la vaccination et d'évaluer leurs connaissances et pratiques concernant la transmission de la grippe et les moyens de prévention.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Étude descriptive réalisée pendant la saison grippale 2018-2019. Un questionnaire en ligne a été adressé aux professionnels libéraux exerçant en Ile de France (médecins, sages-femmes, infirmiers et kinésithérapeutes) via les URPS concernées. Les questions portaient sur leur CV antigrippale et sur leurs motifs de refus et d'acceptation de la vaccination mais également sur leurs connaissances et pratiques concernant la transmission du virus grippal et ses moyens de prévention (masque et vaccination).

RÉSULTATS

Au total, 556 professionnels ont participé à l'enquête, majoritairement des infirmiers (56 %) et des kinésithérapeutes (43 %). Aucun médecin ni sage-femme n'a répondu à l'enquête. La CV antigrippale moyenne rapportée (IC 95 %) était de 63 % [59.3-67.5], plus importante chez les IDE (71 %) que chez les kinésithérapeutes (57 %). Les principales raisons pour se faire vacciner étaient de se protéger soi-même (51 %) puis de protéger ses patients (37 %). Parmi les PS refusant la vaccination (n=182), les 3 principaux motifs de refus étaient : l'utilisation d'autres méthodes de prévention (37 %) comme l'homéopathie, le doute concernant l'efficacité de la vaccination (30 %) et l'opposition à la vaccination antigrippale (30 %). Les PS qui refusaient la vaccination avaient plus de méconnaissance : seuls 59 % d'entre eux savaient que le vaccin antigrippal ne peut pas transmettre la grippe contre 79 % de ceux qui étaient vaccinés (p<0.0001)

CONCLUSION

La CV antigrippale des PS libéraux est plus élevée que celle des PS exerçant en établissement de santé. Néanmoins, les idées reçues sur l'efficacité du vaccin et ses effets indésirables restent une problématique importante. Comblé ces lacunes par la formation initiale et la formation continue pourrait être un levier efficace pour lever ces freins.

P-097

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES SUR L'ENTRETIEN DE L'ENVIRONNEMENT PROCHE DU PATIENT (EPP)

POGGIO Monique⁽¹⁾, **FRANCONY Monique**⁽¹⁾, **FERIGATO Christelle**⁽¹⁾, **GROS Sylvie**⁽¹⁾, **MALLAVAL Franck-Olivier**⁽¹⁾, **HAPPEDAY Bruno**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Métropole Savoie, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hôpital est composé de 975 lits MCO/SSR. Le bio nettoyage est réalisé par l'équipe centralisée d'Agents des Services Hospitaliers (ASH) intervenant pour les zones communes, chambres patient (sol, cabinet de toilette) avec entretien complet des chambres au départ des patients jusqu'à 17h. L'entretien de l'EPP et l'entretien au départ patient après 17h sont fait par les Aide Soignants (AS).

Un comité de pilotage est créé en 2016. Il est composé de la Direction des Soins, d'AS, d'ASH, de cadre de santé et formateur, de l'EOH, d'une statisticienne. Son objectif est d'accompagner la démarche d'amélioration continue de la prestation paramédicale sur l'entretien.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une méthodologie en plusieurs étapes est retenue.

Définition du périmètre de l'environnement proche du patient précisant les zones à entretenir et leur fréquence au moyen d'une procédure.

Programmation d'une évaluation sur 21 services concernant l'organisation paramédicale (audit organisationnel), les connaissances (audit des connaissances), les savoirs faire (audit de pratiques).

Audit organisation pour identifier les moyens par un questionnaire sur 3 mois en 2017.

Audit de connaissances par auto évaluation par les AS et IDE. Audit de pratique de nov.2017 à mars 2018 sous forme d'audit croisé entre service.

RÉSULTATS

Le taux de réponse de l'audit organisationnel atteint 100 % (N=21). La procédure est connue des cadres mais passe à 70 % pour les paramédicaux. L'activité d'entretien apparait dans 90 % des fiches d'activités AS et passe à 50 % pour les IDE. Certains matériels ne sont pas adaptés (chariot, seau) même si produits et livraisons sont conformes.

Pour l'audit de connaissance, 72 % d'AS et 66 % d'IDE ont répondu au questionnaire (N=413). La procédure est connue

partiellement mais les points à entretenir et leur fréquence sont globalement bien connus.

Pour l'audit des pratiques il y a 417 observations. Les points de contact ne sont pas toujours entretenus (conformité globale à 70 %). La coordination des interventions AS /ASH reste à optimiser même si la répartition des tâches est identifiée.

CONCLUSION

Après exploitation des évaluations, un plan d'action est déployé avec un axe prioritaire ; reconnaître et faire reconnaître l'activité de l'entretien de l'EPP en tant qu'activité soignante à part entière.

L'activité d'entretien doit apparaitre dans 100 % des fiches de postes AS.

Un chariot dédié à l'AS avec guéridon de soin et chariot ménager intégré est déployé.

L'entretien de l'EPP est traçable dans le dossier patient.

Un audit de pratique comparatif est prévu en 2020.

P-098

EXCRÉTA : LANCEZ L'ALERTE EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICOSOCIAUX

BERNET Claude⁽¹⁾, **GENGLER Marie-Elisabeth**⁽¹⁾, **MACHUT Anaïs**⁽¹⁾, **SAVEY Anne**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle (Hospices Civils de Lyon), Saint-Genis-Laval, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la gestion d'épidémies de gastro-entérites aiguës en établissements médicosociaux (EMS), la structure régionale d'appui des infections associées aux soins a identifié une difficulté commune : la gestion des excréta (pour rappel inclus dans les Précautions standard).

L'objectif de ce travail a été de proposer un état des lieux de l'usage des bassins et/ou des laveurs-désinfecteurs de bassins (LDB) afin d'engager les professionnels via les directeurs et équipes mobiles d'hygiène (EMH) dans une meilleure gestion des excréta à l'aide d'un outil pédagogique et d'une communication simple.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Action couplée d'évaluation des pratiques et de sensibilisation en EMS proposée au niveau national. Deux auto-questionnaires évaluant 9 points-clés de la gestion des excréta ont été élaborés : un pour les EMS avec LDB, un pour ceux sans LDB. Un dessinateur humoriste a illustré chaque point critique accompagné des mesures correctives correspondantes. Les EMH et directeurs d'EMS ont été informés de la démarche en septembre 2019 par mail. Les grilles de recueil, l'outil d'analyse (résultat personnalisable par un poster) et les

affiches illustrant chaque critère ont été accessibles en ligne. Les données renvoyées jusqu'au 15 janvier 2020 par les EMS volontaires via l'application en ligne ont donné lieu à une analyse descriptive par Excel[®] 2010.

RÉSULTATS

Au 15 janvier 2020, la démarche a fait l'objet de 7330 consultations sur le site Internet illustrant l'intérêt des EMS pour cette thématique ; 32 EMS ont renvoyé leurs données : 30 Ehpad, 2 FAM, soit 58 services évalués. Plus de la moitié ont moins de 80 places ; 7 régions sont représentées, avec une majorité d'EMS en ARA (72 %).

Vingt-six LDB répartis dans 20 services ont été évalués. L'évaluation identifie 4 points critiques majeurs : en cas de dysfonctionnement ou panne, housses protectrices de bassins, pots de chaise garde-robe non utilisés matériel non vidé systématiquement dans le LDB, produits non changés si LDB non propre ou entartré (figure 1).

Pour les 21 EMS sans LDB, 38 services ont été évalués. Les 4 points critiques majeurs identifiés sont : matériel non vidé systématiquement dans un vidoir, non usage des couvercles, non port d'équipements de protection individuelle et housses protectrices non utilisées en cas d'épidémie ou autre (figure 2).

CONCLUSION

Ces outils ludiques, d'emploi simple et rapide, associant des méthodes d'évaluation et de communication sont accessibles à tout professionnel. Les EMS doivent les faire vivre en local, avec un recours possible à l'expertise des EMH et/ou de la structure régionale d'appui.

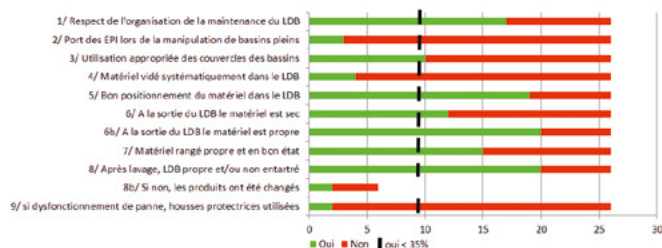


Figure 1. Résultats pour les services avec LDB (n=26 LDB)

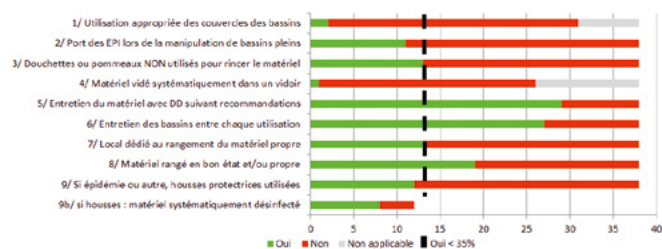


Figure 2. Résultats pour les services sans LDB (n=38 services)

P-099

SURVEILLANCE DE LA SURVENUE DE COMPLICATIONS INFECTIEUSES CHEZ DES PATIENTS ADULTES PORTEURS DE PICC-LINE

POULY Émilie⁽¹⁾, RANGER Mathilde⁽¹⁾, BATAILLE Camille⁽¹⁾, RIFFAUD Sylvie⁽¹⁾, RIGAUDIE Marie-Claire⁽¹⁾, CASTANIE Laurence⁽¹⁾, PLOY Marie-Cécile⁽¹⁾, COUVE-DEACON Elodie⁽¹⁾, **D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CHU de Limoges, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les cathéters centraux à insertion périphérique (PICC-Line ou PICC) sont des dispositifs médicaux implantables nécessitant une traçabilité de la pose et de l'utilisation. D'après l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales de juin 2017, leur utilisation est en augmentation. Les objectifs de cette étude sont d'analyser les complications infectieuses chez des patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PICC et d'évaluer le respect de la traçabilité des soins, ainsi que la pertinence du maintien du dispositif.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cette étude prospective a été réalisée sur 6 mois à partir des dossiers de patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PICC. Le recueil des données sur le patient, la pose, la traçabilité et la survenue de complications infectieuses a été effectué avec les logiciels Crossway[®] et Cyberlab[®] à J0, J7, J14, J21, J28, M2, M3 et M6 et par contact du médecin référent.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, 108 PICC ont été posés sur 102 patients. Le délai moyen entre la demande et la pose du PICC était de 6,1 jours. Les principales indications de pose étaient : chimiothérapies anticancéreuse et anti-infectieuse. La densité d'incidence des infections est de 3,87 pour 1000 jours cathéter. Dans 30 % des cas, les infections étaient acquises dans notre établissement. Au total, 14 patients ont présenté une bactériémie en lien avec le PICC entre J11 et J169. Le délai de survenue de la bactériémie était supérieur à 4 semaines dans 79 % des cas. Les germes impliqués étaient principalement des bactéries d'origine digestive et des Staphylocoques et 4 patients ont été infectés par une bactérie multirésistante aux antibiotiques. De plus, 6 patients ont présenté une infection locale avec retrait du PICC entre J6 et J118. Par ailleurs, 45 % des patients ayant déclaré une infection durant cette étude avaient déjà présenté des complications infectieuses liées à un PICC. A J7, la traçabilité exhaustive des soins et surveillances était de 16 % et la fréquence de changement du pansement

était conforme à 61 %. Enfin, la réévaluation de la pertinence du maintien du PICC n'était jamais tracée

CONCLUSION

Les infections liées aux cathéters sont souvent évitables et les résultats de notre étude sont en faveur d'un manque de tracabilité et de surveillance. On note également une part importante d'infections acquises au domicile des patients. Une action de sensibilisation des infirmiers libéraux est envisagée. De plus, pour pallier aux non-conformités observées sur la traçabilité des soins en cours d'hospitalisation, une fiche de recommandations sur l'utilisation des PICC a été rédigée.

P-100

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LA PONCTION D'ASCITE (PA)

SEVESTRE Audrey⁽¹⁾, **JUNCHAT Armelle**⁽¹⁾, **D'ALTEROCHE Louis**⁽¹⁾, **PICON Laurence**⁽¹⁾, **ANON Benjamin**⁽¹⁾, **PINSON Elisabeth**⁽¹⁾, **LEFAY-LEMOIGNE Patricia**⁽¹⁾, **QUENTIN Roland**⁽¹⁾, **MORANGE Virginie**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU TOURS, TOURS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les PA font partie des gestes techniques appris pas les étudiants en médecine lors de leurs stages en Hépatogastroentérologie (HGE) au CHU. Une procédure institutionnelle datant de 2008 était obsolète, ce qui nous a motivé pour réaliser un état des lieux des pratiques de la PA et actualiser la procédure.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un audit d'observation des étudiants en médecine dans 5 services du pôle digestif a été réalisé du 7 février au 26 mars 2017. Notre attention s'est portée sur les Précautions Standard (PS) et l'antisepsie cutanée lors de ponction d'ascite en HGE.

RÉSULTATS

Les étudiants en médecine observés ont réalisés 39 poses, 31 ablations de cathéters de ponction et 33 prélèvements d'ascite. Pour la prévention des Accidents d'Exposition au Sang (AES), il existe des comportements à risque lors de l'évacuation d'aiguille (recapuchonnage dans 6 % des cas, désadaptation manuelle de l'aiguille 18 % et dépose transitoire avant évacuation 74 %). Lors des hygiènes de mains (HDM), l'observance des pré-requis est meilleure chez les opérateurs que pour les aides, 87 % vs 46 %. Sur les 213 hygiènes de mains attendues, 46 % ont été réalisées. Plus on avance dans le soin, moins les hygiènes de mains sont accomplies. La moitié des antisepsies cutanées étaient en 4 temps et l'autre moitié en 2 temps alors que la peau

était toujours visuellement propre. Quant aux pansements, on note l'utilisation d'un rouleau de sparadrap non stérile (75 %) ce qui est non-conforme pour le maintien du cathéter. Après ablation du cathéter, des pansements stériles sont utilisés dans 61 % des cas, ce qui est conforme.

CONCLUSION

L'audit a permis un retour factuel des pratiques, l'amélioration des pratiques et la réactualisation de la procédure en impliquant l'ensemble des intervenants. Dorénavant, l'ensemencement des flacons d'hémocultures est réalisé par le laboratoire de bactériologie (prévention des AES). Après validation en bureau de CLIN, l'antisepsie en 4 temps avec un antiseptique alcoolique est réalisée. Pour les pansements, des sutures stériles plus longues et des pansements adaptés sont utilisés. Dans le cadre des PS, le port du masque est positionné pour l'opérateur, l'aide et si possible le patient. La procédure a été adaptée en format poche pour les externes en médecine. Nous avons aussi élaboré un dépliant d'information pour le patient et une affiche PA pour la formation du personnel soignant. Un audit de pratique est programmé pour évaluer l'application de la procédure ; D'autant plus qu'une augmentation de 38 % du nombre de PA réalisées dans notre CHU est notée entre 2016, début de notre travail, et 2019 (627 à 866)



Étapes importantes dans la ponction d'ascite

P-101

PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE TUNISIEN

EZZI Oifa⁽¹⁾, **AMMAR Asma**⁽¹⁾, **AYEDI Yosr**⁽¹⁾, **OMRI Nihel**⁽¹⁾, **NJAH Mansour**⁽¹⁾, **MAHJOUR Mohamed**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le taux des infections nosocomiales est souvent considéré comme mesure de la qualité des soins et de l'efficacité des systèmes de santé. L'identification et la connaissance de la distribution des infections nosocomiales constituent les premières étapes de leur prévention. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre travail, ayant comme objectif de déterminer le taux de prévalence des infections associées aux soins et d'identifier leurs facteurs de risque dans un centre hospitalo-universitaire tunisien.

MATÉRIEL & MÉTHODES

On a mené une enquête transversale de prévalence dans les services hospitaliers durant la période allant du 11 au 20 Novembre 2019.

Cette enquête a concerné tous les patients hospitalisés depuis plus de 48 heures dans les services inclus.

La définition des infections nosocomiales adoptée était celle du Center of Disease Control (CDC) USA-Atlanta.

Une régression logistique pas à pas descendante a été réalisée afin d'identifier les facteurs de risque indépendants de l'infection.

RÉSULTATS

Parmi les 373 patients inclus dans l'étude, 66 avaient au moins une infection nosocomiale, soit un taux de prévalence de patients infectés de 17,7 %.

Au total, 72 infections nosocomiales ont été identifiées chez ces patients une prévalence d'infections nosocomiales de 19 %.

Les infections les plus fréquentes étaient les infections cathéter veineux périphérique (CVP) (36,7 %) suivies par le sepsis clinique (15,2 %) et les infections du site opératoire (12,6 %). Les facteurs de risque indépendants de survenue d'infection associée aux soins étaient : le genre masculin, la neutropénie, l'exposition au CVP, cathéter veineux central et à la ventilation mécanique.

CONCLUSION

Le taux de prévalence des infections associées aux soins est assez élevé dans notre établissement. Des actions ciblées pour la prévention des infections sur CVP, jugées dans la majorité des cas évitables, ont été mises en place. Ces actions comportent notamment la rétro-information des services inclus pour mieux les sensibiliser sur l'ampleur du problème; programmer des séances de formation pour le personnel sur les bonnes pratiques de mise en place, manipulation et retrait du CVP et l'évaluation des pratiques professionnelles relatives à ce risque.

P-102

TRAÇABILITÉ ET CONFORMITÉ DE LA PRÉPARATION CUTANÉE ET DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE PRÉ-OPÉRATOIRE : L'HEURE DU BILAN

CHEN Elisabeth⁽¹⁾, **LECURU Marion**⁽¹⁾, **FARFOUR Eric**⁽¹⁾, **BAZZOUNI-BARREIRO Gustavo**⁽¹⁾, **SZEKELY Barbara**⁽¹⁾, **KARNYCHEFF Françoise**⁽¹⁾, **LESPRIT Philippe**⁽¹⁾, **VASSE Marc**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Foch, Suresnes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le suivi des infections du site opératoire (ISO) permet d'améliorer les pratiques et de prévenir leur survenue. Les principaux critères de prévention des ISO sont la préparation cutanée (PC) et l'antibioprophylaxie (ABP). Ces thématiques seront évaluées par la nouvelle mission nationale de surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle (SPICMI). L'objectif de ce travail est d'évaluer et de comparer la conformité de la PC et de l'ABP entre 2015 et 2019 à partir du dossier de soin informatisé, afin de cibler nos actions pour la mission SPICMI.

MATÉRIEL & MÉTHODES

10 dossiers patients ont été tirés au sort par spécialité en 2015 et 2019. La conformité de la PC s'appuyait sur la réalisation des 3 étapes présentes dans nos recommandations locales : douche au savon antiseptique la veille (J-1) et le jour de l'opération (J0), nettoyage au savon antiseptique (N) et double antisepsie alcoolique (DA) au bloc. Pour tous les actes d'endoscopie l'analyse n'a porté que sur la douche à J-1 et J0. La conformité globale de l'ABP était évaluée sur l'indication de l'ABP, la molécule utilisée, la posologie, le délai d'administration (DL) (30 à 60 minutes avant incision) et le renouvellement selon la durée de la chirurgie.

RÉSULTATS

90 dossiers ont été étudiés pour l'ABP et la PC à J-1 et J0 ; 75 en 2015 et 71 en 2019 pour le N/DA au bloc. La traçabilité de la PC en 2015 et 2019 était respectivement de 58,9 % (n=53) et 75,6 % (n=68) à J-1 (p=0,03) ; de 53,3 % (n=48) et 74,4 % (n=67) à J0 (p=0,005) ; et de 10,7 % (n=8) et 45,1 % (n=32) (p<0,001) pour le N/DA au bloc. La PC était conforme à 6,7 % (n=5) en 2015 et à 32,4 % (n=23) en 2019 (p<0,001).

La conformité globale de l'ABP était en 2015 de 45,5 % (n=41) et de 60 % (n=54) en 2019 (p<0,05). L'indication était conforme à 90 % et 94,4 %, la molécule à 93,4 % et 98,5 %, la posologie à 91,8 % et 95,4 %, le renouvellement à 93,4 % et 95,4 % et le DL à 32,7 % et 58,5 %. Le DL était trop court surtout en endoscopie urologique. 15 patients ont reçu une ABP après l'incision en 2015 et 3 en 2019.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'objectiver une amélioration de la PC et de l'ABP et d'identifier les points à améliorer : pour la PC, un manque de traçabilité et un faible taux de conformité surtout au bloc. Une sensibilisation à l'importance de la traçabilité de la PC pourra être menée lors des audits d'observation au bloc dans le cadre de la mission SPICMI. Pour l'ABP la traçabilité est toujours réalisée. C'est sur le délai d'administration de l'ABP, souvent trop court, que nos efforts devront se porter, surtout sur les actes d'endoscopie urologique.

P-103

AUDIT DE LA TRAÇABILITÉ DES PRÉCAUTIONS CONTACT EN CAS DE BMR DANS LE DOSSIER INFORMATISÉ

GERBIER-COLOMBAN Solweig ⁽¹⁾, **HILLIQUIN Delphine** ⁽²⁾, **ALLAIN Emmanuelle** ⁽¹⁾, **GRISI Béatrice** ⁽²⁾, **ELIAS Christelle** ⁽²⁾, **CRACCO Béatrice** ⁽²⁾, **DEPAIX-CHANPAGNAC Florence** ⁽³⁾, **GARDES Sophie** ⁽¹⁾, **MARION Elodie** ⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite, FRANCE ;

⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Hospices Civils de Lyon, Bron, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Tous les 2 ans, depuis 2013, une surveillance des bactéries mutirésistantes (BMR), et un audit des précautions complémentaires d'hygiène (PCH), sont réalisés dans les établissements d'un CHU.

L'exhaustivité et la qualité de la mise en place des PCH s'est améliorée de 2013 à 2017 pour atteindre respectivement 87,4 et 93,0 %. Malgré une exhaustivité des prescriptions <70 %, les prescriptions étaient correctes à 92,8 %. Ce défaut d'exhaustivité nous a amenés à travailler sur la traçabilité

des PCH dans le dossier patient informatisé (DPI). Ainsi une Macro-cible « Précautions complémentaires » a été mise en place en octobre 2018 et promue par les équipes opérationnelles d'hygiène. L'objectif de l'audit en 2019 était d'évaluer la traçabilité des PCH pour les patients porteurs de BMR.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit des PCH a été mené en octobre et novembre 2019 dans un CHU. Les patients, pour lesquels une BMR a été identifiée selon le protocole BMR- RAISIN 2017 au cours d'hospitalisation, ont été inclus. La traçabilité des PCH dans la macro-cible « Précautions complémentaires », dans une autre cible ou autre endroit du DPI, et la prescription médicale ont été recherchés pour chaque patient inclus.

RÉSULTATS

Les PCH étaient tracées à au moins 1 endroit du DPI évalué dans 186 / 280 observations (66,4 %). Il n'y avait pas de différence significative selon l'origine, importée/acquise, de la BMR (p=0,70), ni selon la clinique, infection/colonisation (p=0,75). L'exhaustivité variait selon les spécialités de 50 en chirurgie à 84 % en réanimation.

Les PCH étaient tracées dans la macro-cible « Précautions complémentaires » à 41,2 % pour les services où elle était disponible (hors réanimation). Lorsqu'elle était utilisée, ce qui était tracé était conforme à 90,1 %. Pour 27,5 % des observations, les PCH étaient tracées dans un autre endroit du DPI, soit en complément de la macro-cible, soit en remplacement (autre cible, pancarte).

Les prescriptions étaient tracées dans 108/208 (38,6 %) des dossiers audités. Elles étaient conformes à 93,5 %.

CONCLUSION

Un an après sa mise en place, et malgré sa promotion, la macro-cible « précautions complémentaire » est encore peu utilisée, comme la prescription. Les hypothèses pour expliquer cette traçabilité à améliorer sont : connaissance encore à développer de l'outil de traçabilité, banalisation des BMR au profit d'autres germes (BHRé, grippe, tuberculose).

Cependant, la traçabilité des PCH reste importante dans la prévention de la transmission croisée et permet une connaissance du statut du patient pour tous les secteurs de soins et tous les professionnels intervenant auprès du patient.

P-104

INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS UNE UNITÉ DE RÉANIMATION CHIRURGICALE : INCIDENCE ET PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

EZZI Olfa⁽¹⁾, **AMMAR Asma**⁽¹⁾, **HADDED Nihel**⁽¹⁾, **AYEDI Yosr**⁽¹⁾, **FERHI Fehmi**⁽¹⁾, **BEN JAZIA Khaled**⁽¹⁾, **NJAH Mansour**⁽¹⁾, **MAHJOUR Mohamed**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des infections nosocomiales est prioritaire en réanimation, secteur à haut risque du fait de l'état critique des patients et de leur exposition aux dispositifs invasifs. L'objectif de notre travail était de déterminer le taux d'incidence et la densité d'incidence des IN en réanimation ; de décrire le profil épidémiologique des patients ayant acquis une infection nosocomiale afin d'identifier ses facteurs de risque.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude d'observation, prospective d'incidence, menée durant 09 mois en 2019 au service de réanimation chirurgicale dans un centre hospitalo-universitaire tunisien rentrant dans le cadre des activités de la surveillance épidémiologique des IAS dans notre établissement. Cette surveillance est basée sur une approche clinique : recueil simultané des facteurs de risque liés au patient et à son hospitalisation et des complications infectieuses pouvant survenir. Seules les infections nosocomiales survenant plus de deux jours après l'entrée du patient dans le service de réanimation ont été prises en compte. Les critères de CDC ont été adoptés pour définir les différentes IAS. Une régression logistique pas à pas descendante a été effectuée pour identifier les facteurs associés aux IAS.

RÉSULTATS

81 patients ont été inclus dans cette étude. Le sexe ratio était de 2,11 et l'âge moyen était 50,34 ans ±20 ans. La durée médiane de séjour était de 4 days (IQR=2-9). Le taux d'incidence globale des IAS était de 18,5 % et la densité d'incidence était de 31,9/1000 jours d'hospitalisation. Les sites les plus fréquents étaient les pneumopathies (60 %), les infections sur cathéter veineux central (20 %) et les infections urinaires (10 %). Sur les 20 infections identifiées, 9 ont été documentées microbiologiquement (45 %). L'*Acinetobacter baumannii* était le germe responsable dans 60 % des cas suivi par le *Pseudomonas aeruginosa* (20 %).

CONCLUSION

La mise en place d'une surveillance épidémiologique des infections nosocomiales constitue un préalable obligatoire à tout programme de lutte contre le risque infectieux associé aux soins, permettant d'orienter et de mieux cibler les programmes de prévention et de rendre plus aisée l'évaluation des actions de lutte.

P-105

AUDIT DES PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES EN CAS DE GRIPPE CONFIRMÉE VIROLOGIQUEMENT DANS UN CHU

GERBIER-COLOMBAN Solweig⁽¹⁾, **ALLAIN Emmanuelle**⁽¹⁾, **DE SANTIS Nathalie**⁽¹⁾, **GARDES Sophie**⁽¹⁾, **KHOUIDER Nadine**⁽¹⁾, **MAURANNE Catherine-Cécile**⁽¹⁾, **LINA Bruno**⁽²⁾
⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, Pierre-Bénite, FRANCE ;
⁽²⁾ Hospices Civiles de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La grippe entraîne chaque hiver des épidémies hospitalières dans notre CHU. Pour la saison 2018-2019, l'équipe opérationnelle d'hygiène en lien avec le laboratoire de virologie a mis en place une surveillance de tous les cas de grippe, associée à un audit des précautions complémentaires d'hygiène de type gouttelettes (PCG). L'objectif est de décrire la mise en place des PCG en termes d'observance, de prescription, de moyens, et traçabilité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit des PCG a été réalisé du 1^{er}/01 au 28/02/2019. Tous les cas de grippe prélevés sur l'établissement et confirmés virologiquement - PCR grippe A ou B - et encore présents au moment des résultats ont été inclus. Les patients non hospitalisés n'ont pas été inclus. Les critères évalués étaient : la mise en place des PCG, la prescription, la traçabilité dans le dossier, et la mise à disposition d'équipements de protection individuelle (EPI) devant la chambre.

RÉSULTATS

Au cours de la période, 258 observations ont été réalisées. L'observance de la mise en place des PCG était de 86 % (222/258), celle de la prescription des précautions était de 47,7 % (123/258). Le délai de mise en place des PCG était de 1 jour en médiane après le prélèvement. Lorsque les PCG

étaient prescrites l'observance des PCG était de 97,6 %, vs. 76,5 % en l'absence de prescription ($p < 0,001$).

La traçabilité des PCG était retrouvée à 63,1 % dans le dossier de soins. Elle était de 50 % lorsque les PCG étaient prescrites vs. 7 % en l'absence de prescription.

Les EPI étaient mis à disposition à 98 % pour les gants et les tabliers, 92 % pour les masques chirurgicaux, 71 % pour les appareils de protection respiratoire, et 19 % pour les lunettes de protection.

CONCLUSION

La mise en place des PCG dès la suspicion de grippe est un élément important de la prévention de la transmission croisée. L'observance était correcte à plus de 86 % mais pouvait être améliorée par la prescription médicale des PCG. Les PCG étaient parfois mises en place tardivement après le début des signes cliniques. Les EPI étaient globalement bien mis à disposition pour appliquer les PCG. Cependant il existe une marge de progression importante sur la mise à disposition des lunettes de protection. Une surveillance active des cas de grippe a permis à l'EOH de recommander de manière ciblée les précautions au fur et à mesure de la survenue des cas et d'être vigilants en cas de survenue de cas nosocomiaux.

P-106

SURVEILLANCE PROSPECTIVE DES ASPERGILLOSES INVASIVES DANS UN CHU : UN INDICATEUR DE L'IMPACT DES TRAVAUX

BONHOMME Julie⁽¹⁾, DELAMONTAGNE Alexandra⁽¹⁾, LE HELLO Simon⁽¹⁾, MOUET Audrey⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Caen, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les *Aspergillus* sont les champignons filamenteux les plus fréquemment responsables d'infections fongiques invasives (IFI) d'origine respiratoire. Ils sont en particulier incriminés lorsque les IFI sont liées aux travaux. De 2013 à 2018 dans notre établissement, la surveillance des aspergilloses invasives (AI) était rétrospective et semestrielle. Dans le contexte de la future reconstruction de l'hôpital, le service d'hygiène hospitalière a souhaité développer une surveillance prospective des cas d'AI afin d'optimiser les mesures de prévention associées aux travaux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A partir de 2019, le recensement des cas d'AI prouvées et probables (selon les critères de l'EORTC) est prospectif grâce au signalement des cliniciens et du service de microbiologie, dès que deux antigénémies aspergillaires consécutives ou les cultures de prélèvements respiratoires sont positives.

Le service d'hygiène hospitalière établit alors un rapport d'investigation basé sur les critères de l'EORTC, le parcours hospitalier et les facteurs environnementaux, ce qui lui permet de confirmer ou non l'AI et d'établir son origine. Elle est définie comme nosocomiale si elle survient dans un délai supérieur à 10 jours après l'admission, communautaire si elle survient dans les 3 premiers jours et indéterminée entre 4 et 10 jours. L'incidence des AI est également calculée annuellement.

RÉSULTATS

Entre 2013 et 2018, une augmentation progressive des cas d'AI a été établie, entre 6 et 11 cas par an, soit une incidence globale estimée entre 1,7 et 3,2 cas pour 100 000 journées d'hospitalisation (JH), avec une hausse parallèle de l'incidence des AI nosocomiales, passant de 0,9 à 2,1 cas. En 2019, l'organisation mise en place entre les services d'hygiène hospitalière et de microbiologie a été efficace : douze AI ont été détectées de manière prospective, dont 5 sont nosocomiales, 2 communautaires et 5 indéterminées, soit une incidence globale de 3,54 cas pour 100 000 JH et une incidence d'AI nosocomiales de 1,48 cas.

CONCLUSION

La démarche de signalement et d'investigation coordonnée entre les services de microbiologie et d'hygiène hospitalière, développée au cours de l'année 2019, a été fructueuse. Dans le contexte d'une augmentation progressive constatée des AI, notamment nosocomiales, et de travaux d'excavation annoncés prochainement, cette méthode de surveillance va permettre un repérage précoce des AI nosocomiales, ce qui facilitera l'adaptation rapide des mesures de prévention individuelles et collectives mises en place dans le cadre des travaux de reconstruction.

P-107

COMPORTEMENTS ET COMMUNICATION ENGAGEANTE : AMÉLIORER L'OBSERVANCE À LA TRAÇABILITÉ

ALBERTINI Thibaut^(1, 2), FLOREA Olga⁽¹⁾, GONIN Jeremy^(1, 3), TISSOT-DUPONT Hervé⁽¹⁾, BROUQUI Philippe⁽¹⁾, BOUDJEMA Sophia⁽¹⁾
⁽¹⁾ Aix Marseille Univ, IRD, IHU-Méditerranée Infection, MEPHI, Marseille, FRANCE ; ⁽²⁾ Aix-Marseille Univ, IRD, Institut Méditerranéen des Sciences de l'Information et de la Communication, Marseille, FRANCE ; ⁽³⁾ Aix-Marseille Univ, APHM, INSERM, IRD, SESSTIM, Hôpital Timone, BioSTIC, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Comment faire changer les comportements des soignants pour améliorer l'observance au protocole et diminuer les risques d'infection nosocomiale ?

Dans une démarche de facilitation de routine, un outil de traçabilité embarqué a été déployé sur un service de soin. Nos travaux questionnent les processus de communication et de transmission de l'information impliquant les soignants sur les IAS et sur l'utilisation de cet outil. Nous attachons une attention particulière à l'impact de cette communication sur la traduction de l'information en comportement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

En mobilisant le cadre théorique et méthodologique de la communication engageante, nous avons conçu un dispositif collaboratif et participatif susceptible d'améliorer les pratiques individuelles et collectives. Plus concrètement, les infirmier.e.s ont été invités, dans des conditions expérimentales particulières et reproductibles, à faire émerger leurs savoirs experts, au cours d'une intervention de groupe d'une heure sur l'utilisation de l'outil embarqué.

Afin de montrer l'effet de l'intervention, nous avons calculé les conformités à la traçabilité des cathéters veineux périphériques (VVP). 14 infirmier.e.s ont été inclus dans l'essai et monitorés pendant 9 mois. Il y a eu un refus et un perdu de vue. Tous les actes de type insertion, entretien ou ablation ont été observés sur le terrain et comparés aux données saisies sur l'outil. A l'issue des trois premiers mois d'observation, nous avons appliqué le dispositif de communication. Ensuite, nous avons observé les évolutions des conformités à la traçabilité.

RÉSULTATS

L'analyse s'est faite selon deux modalités, carte de contrôle doublé d'une analyse en série de donnée chronologique pour laquelle a été intégré l'effet du nombre de vacation sur la compliance.

Les soignants observés améliorent de façon stable dans le temps leur compliance à la traçabilité des cathéters en passant de 27.6 % (IC= [25.3 ; 30.0]) de conformité avant la formation à 47.4 % (IC= [45.0 ; 49.9]) après (Fig.1). Les résultats de la formation sur la conformité sont significatifs ($p < 0.05$), elle augmente par 2.42 (odd ratio) (IC= [1.88 ; 3.11]) les chances d'effectuer la traçabilité par l'outil pour les actes liés au VVP.

CONCLUSION

La communication engageante et les savoirs experts pourraient à terme, fournir des méthodes efficaces pour faire évoluer les comportements des soignants en matière de sécurité des soins. Les déterminants de l'engagement (individuel Vs. collectif) peuvent être des indicateurs pour définir les stratégies de communication futures.



Fig. 1. Conformité à la traçabilité des insertions, ablations et surveillances des cathéters VVP portant sur 90 vacances effectuées par les I.D.E. ayant reçu l'intervention engageante (n=12) (Conformité = (nb actes tracé)/(nb acte obs))

P-108

PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX PEROPÉRAIRE : EXPÉRIMENTATION DE L'OUTIL DU SPICMI

ROBERT Marion⁽¹⁾, **GIUFFRÉ Nadège**⁽¹⁾, **DUSART Karine**⁽¹⁾, **RENAUD Amélie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Douai, Douai, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2020, la nouvelle mission nationale SPICMI propose un outil d'évaluation du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle. Cet outil a pu être testé dans notre Centre Hospitalier fin 2019. L'objectif est de réaliser un état des lieux du risque infectieux dans notre bloc opératoire et si nécessaire, de proposer des perfectionnements pour cet outil.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'audit a été réalisé à partir de la version de travail de la grille de la mission SPICMI. Les critères évalués étaient : la toilette préopératoire, la dépilation, l'antibioprophylaxie, le nettoyage et l'antisepsie de la zone opératoire.

Conformément à la méthodologie du SPICMI, les données pouvaient être recueillies soit dans le dossier du patient, soit auprès des professionnels ou encore directement auprès des patients.

L'auditeur était un étudiant IBODE en stage à l'EOH. L'objectif était de réaliser un minimum de 30 observations au bloc opératoire.

RÉSULTATS

39 observations ont été réalisées par l'IBODE dans 7 spécialités chirurgicales différentes, soit 17h d'observation en cumulé. Quand une dépilation est réalisée, celle-ci est faite par tonte sauf pour un patient qui s'est rasé à son domicile. Pour l'antibioprophylaxie, l'indication est conforme à 92 %, la posologie à 62 % et le délai à 14 %. Le lavage de la peau

est fait dans 75 % de cas. De la Polyvidone alcoolique a été utilisée sur les muqueuses pour 3 patients, soit 7 % des observations. Le séchage de l'antiseptique était spontané et complet dans 67 % des cas.

CONCLUSION

Les critères évalués dans la grille nous ont semblé pertinents et en adéquation avec les attentes de l'encadrement et des médecins du bloc opératoire. Il est également enrichissant de pouvoir impliquer les professionnels du bloc et les patients dans le recueil des données. En revanche, cette surveillance est très chronophage, surtout si nous souhaitons observer le nettoyage et l'antisepsie de la zone opératoire. Nous attendons la méthodologie complète de la surveillance afin d'étudier la faisabilité en fonction des effectifs de l'EOH.

P-109

IMPLICATION DES AUDITEURS CLINIQUES DANS L'ÉVALUATION DU BIONETTOYAGE PAR PRÉ-IMPRÉGNATION

PINSON Elisabeth⁽¹⁾, **ORTEGA Beatrice**⁽¹⁾, **ROY Marie-Joséphé**⁽¹⁾, **JUNCHAT Armelle**⁽¹⁾, **VASSAL Christophe**⁽¹⁾, **BOILEAU Jean-Yves**⁽¹⁾, **QUENTIN Roland**⁽¹⁾, **MORANGE Virginie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU TOURS, TOURS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

À l'occasion du changement des chariots de bionettoyage, la méthode de bionettoyage par pré-imprégnation a été mise en place pour l'entretien des sols. Ainsi la procédure de bionettoyage a été révisée incluant une vidéo de démonstration. Le déploiement progressif de janvier 2018 à Mars 2019 a permis de former 1115 professionnels (présentation de la technique et prise en main d'1 heure).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un audit pour évaluer la conformité des pratiques de bionettoyage par observation documentaire et observation des pratiques a été réalisé de mai à juillet 2019, validé par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et la Direction des soins. Il a permis également d'évaluer le respect des précautions standard et la gestion documentaire associée à la pratique de bionettoyage par pré-imprégnation. 15 auditeurs cliniques de l'établissement préalablement formés ont réalisé l'audit avec 15 observations attendus par auditeur. Les résultats sont saisis dans le logiciel SPHINX® et analysés collégialement par les auditeurs un jour donné.

RÉSULTATS

L'ensemble des pôles sont audités avec une répartition homogène des services et des professionnels parmi les 169 observations. Le dépoussiérage des sols préalable à la méthode de pré-imprégnation est réalisé dans 62.5 % des observations (105/168). Le protocole de lavage par pré-imprégnation est supérieur à 75 % de conformité pour les étapes clés (imprégnation et élimination des bandeaux, méthode de la godille). La traçabilité du bionettoyage est réalisée dans 68.5 % des cas sur différents supports (111/162). Les prérequis à l'hygiène des mains (HDM) sont conformes à 66,5 % (109/164). L'HDM est réalisée dans 49,5 % (212/428) des HDM attendues. Les différents supports de formation à cette méthode de bionettoyage sont accessibles en moyenne dans 31,5 % des services.

CONCLUSION

Les étapes clés de la méthode de pré-imprégnation sont réalisées par les professionnels avec un axe d'amélioration sur le dépoussiérage préalable. La mise à disposition de la procédure de bionettoyage, des fiches techniques et de la vidéo de démonstration doit être effective et tracée. Le support de traçabilité de bionettoyage doit être homogène pour l'ensemble de l'établissement. Cet audit montre la nécessité de maintenir des ateliers autour de l'HDM dans les services. Ce travail a permis également de sensibiliser les auditeurs cliniques dans la prévention du risque infectieux de l'établissement.

P-110

L'ANALYSE DES RISQUES LIÉS AU LAVAGE CHIRURGICAL PAR LA GRILLE AMDEC

DJENNA Zoheir^(1, 2), **TOBBI Ayache**^(1, 3)

⁽¹⁾ Université Batna 2, BATNA, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ Service de Neurochirurgie, CHU Benflis, BATNA, ALGÉRIE ; ⁽³⁾ SEMEP, CHU Benflis, BATNA, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le lavage des mains demeure la première mesure préventive des infections nosocomiales. L'observance des soignants à ce geste quotidien est très faible, ne dépassant que rarement 50 %.

L'analyse des facteurs de risque liés au lavage chirurgical des mains au bloc opératoire par la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Notre étude s'est basée sur l'utilisation d'une méthode de gestion de risque infectieux. L'analyse préventive d'une conception d'un système en étudiant toutes les sources

possibles de défaillances de ses composantes et en déterminant ses effets sur le comportement et la sécurité des soins. Au total elle a mis en évidence tous les risques potentiels.

RÉSULTATS

L'analyse a révélé 21 défaillances, regroupées en 03 niveaux de risque avec 03 codes couleurs. Six défaillances avec un code couleur vert, qui nécessitent une surveillance. Sept défaillances avec un code couleur orange, sont à traiter. Huit défaillances avec un code couleur rouge, prioritaires nécessitant une action urgente dont la méconnaissance, le non-respect de la chronologie des étapes, le non-respect de la durée de lavage et le non-respect des zones à laver.

L'équipe d'hygiène hospitalière a élaboré des fiches de protocoles de lavage simple, friction chirurgicale des mains, des fiches de traçabilité d'entretien des blocs, de signalement des BMR et la préparation cutanée de l'opéré. Ces fiches validées au CLIN. Une formation a été effectuée pour le personnel soignant sur la base de ces protocoles affichés au niveau des blocs opératoires.

CONCLUSION

L'évaluation du lavage chirurgical par la méthode AMDEC permet de faire des actions correctrices spécifiques contre des défaillances bien identifiées de gravité variables.

P-111

INCIDENCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS : MOTEUR DE CHANGEMENT

MEUNIER Olivier⁽¹⁾, **BURGER Sandrine**⁽¹⁾, **SANTASOUK Jérôme**⁽¹⁾, **EXINGER Julien**⁽¹⁾, **KRIBS Marc**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

A partir des données du laboratoire et en collaboration avec les médecins correspondants en hygiène des services de soins, nous mesurons en continu l'incidence des infections associées aux soins. Les résultats permettent à l'EOH de proposer des campagnes de prévention ciblées sur des problèmes identifiés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le paramétrage du logiciel de gestion des prélèvements et résultats bactériologiques permet d'extraire les résultats bactériologiques positifs adressés au laboratoire 48 heures après l'admission du patient (définition de l'infection associée aux soins). A partir de ces données, le service d'hygiène adresse au médecin correspondant du service une fiche signalétique du cas pour la validation clinique du diagnostic d'infection

et de son caractère communautaire ou à l'inverse « acquis en cours d'hospitalisation » (IAS). L'enquête se déroule en continu depuis le 1^{er} octobre 2016. Le nombre d'IAS est alors rapporté mensuellement à l'activité de l'établissement et permet de calculer l'incidence pour 100 admissions ou pour 1000 JH à l'échelle de l'hôpital ou par spécialité. L'évolution des résultats est présentée aux instances et sert d'argument pour de nouvelles campagnes de sensibilisation au risque et de la recherche de cause.

RÉSULTATS

Pour les années 2017, 2018 et 2019, les incidences d'IAS sont respectivement de 4.7, 4.7 et 4.4 IAS pour 1000 JH ou 2.5, 2.4 et 2.3 IAS pour 100 admissions. En 2019, elles sont de 1.6, 6.9, 0.8, 1.4 et 24.6 IAS / 100 admissions respectivement pour les services de médecine, de gériatrie, du pôle mère-enfant, de chirurgie et de réanimation. Les IAS urinaires représentent 54 % des IAS, 14 % sont des bactériémies, 15 % des infections respiratoires et 13 % des infections profondes ou d'organe.

CONCLUSION

Les incidences mensuelles peuvent être comparées entre elles, étudiées par service, par spécialité, par site infecté et donnent lieu de la part de l'EOH à des conseils et à des enquêtes ciblées. L'enquête implique les médecins des services et ceci, au plus près des cas par le relevé hebdomadaire en espérant ainsi induire un réflexe prévention. Ces résultats sont présentés aux instances et aux correspondants en hygiène. Ils permettent de repérer les dérives dans un secteur et proposer des actions correctives et programmes de prévention ciblés.

P-112

AUDIT DE L'OBSERVANCE ET LA TRAÇABILITÉ DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CRACCO Béatrice⁽¹⁾, **GRISI Béatrice**⁽¹⁾, **DANANCHE Cédric**^(1, 3, 4), **VANHEMS Philippe**^(2, 3, 4), **ELIAS Christelle**^(1, 3)

⁽¹⁾ Unité d'Hygiène et Épidémiologie, Groupement Hospitalier Nord, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Unité d'Hygiène et Épidémiologie, Groupement Hospitalier Centre, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Université Claude Bernard Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Laboratoire des Pathogènes Émergents, Équipe Épidémiologie et Santé internationale, Centre international de recherche en infectiologie, INSERM U1111, CNRS 5308, ENS, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention de la transmission croisée est une priorité dans le contrôle et la maîtrise de la diffusion des agents infectieux à l'hôpital. Les Précautions Complémentaires d'Hygiène (PCH), mises en place en complément des précautions standard, sont des mesures barrières permettant de limiter la propagation d'agents infectieux à fort pouvoir de dissémination à partir d'un patient ou de son environnement immédiat.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'observance de la mise en place et de la traçabilité des PCH chez un patient infecté ou colonisé ou à titre préventif dans un centre hospitalier universitaire.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'observation des PCH a été réalisée le 14 Février 2019 dans toutes les unités d'hospitalisation conventionnelle et de réanimation adulte d'un CHU de 716 lits par 44 correspondants en hygiène. Toute chambre signalée par une affiche de PCH apposée sur la porte ou par un support mobile d'isolement était inclus dans l'étude. Ont été recueillis le type d'affiche, le matériel et les équipements de protection individuelle via un questionnaire. Un audit de dossier a été par la suite réalisé par l'équipe d'hygiène pour évaluer la conformité du type de PCH avec le statut infectieux du patient ainsi que la traçabilité des transmissions des PCH dans le dossier patient informatisé. Les données ont été saisies sur Epidata et analysées via Stata 14.0.

RÉSULTATS

Au total, 76 observations ont été recueillies, parmi elles, 37(48 %) PCH Contact, 29(38 %) PCH Gouttelettes, 7(9 %) PCH Air et 3(4 %) PCH « Clostridium difficile ». 66(87 %) affiches apposées sur la porte étaient de dernière version et 63(83 %) chambres bénéficiaient d'un support mobile d'isolement. 59(78 %) observations avaient un matériel adapté au type de PCH. 61(81 %) des PCH observées étaient conformes au statut infectieux du patient. La transmission des PCH dans le dossier patient informatisé a été retrouvée pour 41(53 %) observations. Les résultats de conformité par type de PCH sont décrits dans le Tableau.

CONCLUSION

Cet audit montre des résultats satisfaisants sur l'observance de la mise en place des PCH par les équipes de soins. Une meilleure sensibilisation sur la traçabilité des PCH dans le dossier patient informatisé permettrait d'accroître les connaissances des soignants sur l'outil de traçabilité et d'améliorer davantage leur observance afin de mieux maîtriser l'apparition et la transmission d'agents infectieux à l'hôpital.

	PCH Contact	PCH Gouttelettes	PCH Air	PCH Clostridium	Total
Effectif (n, %)	37	29	7	3	76
Conformité matériel (affiche + support + équipement de protection individuelle) (n, %)	26 (70.2%)	26 (89.7%)	5 (71.4%)	2 (66.7%)	59 (77.6%)
Conformité du statut infectieux (n, %)	25 (67.6%)	26 (89.7%)	7 (100%)	3 (100%)	61 (80.3%)
Conformité de la traçabilité des PCH (n, %)	22 (59.5%)	12 (41.4%)	5 (71.4%)	2 (66.7%)	41 (53.9%)
Conformité totale (matériel + affiche + statut infectieux + transmission) (n, %)	1 (2.7%)	0	0	0	1 (1.3%)

Résultats des conformités par type de PCH.

P-113

MISE EN PLACE DE LA TRAÇABILITÉ INFORMATISÉE DE LA PRÉPARATION CUTANÉE AU RADIOBLOC

LECURU Marion⁽¹⁾, **CHEN Elisabeth**⁽¹⁾, **FARFOUR Éric**⁽¹⁾, **OULD-SAID Zohra**⁽¹⁾, **MELLOT François**⁽¹⁾, **BAUDE Stéphane**⁽¹⁾, **BAZZOUNI-BARREIRO Gustavo**⁽¹⁾, **KARNYCHEFF Françoise**⁽¹⁾, **LESPRIT Philippe**⁽¹⁾, **VASSE Marc**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Foch, Suresnes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La préparation cutanée est une étape importante pour prévenir les infections associées aux soins (IAS) lors de la pose de chambre implantable (CCI) au radiobloc. Le support de traçabilité sous format papier de cette préparation cutanée au radiobloc de notre établissement rend l'investigation des cas d'IAS sur CCI moins aisée et s'ajoute aux nombreuses autres traçabilités saisies manuellement par les équipes.

Pour rationaliser la traçabilité papier et permettre un gain de temps pour le personnel chargé de cette étape et pour l'EOH lors des investigations des IAS, une traçabilité informatique sous forme de code barre sur une fiche plastifiée (Fig.1) a été mise en place au radiobloc.

Scanné à la fin de l'acte dans le même logiciel que celui utilisé pour la cotation des actes, il permet l'implémentation de l'information des étapes la préparation cutanée (nettoyage au savon antiseptique, première et deuxième antiseptie alcoolique) et le produit utilisé (iode ou chlorhexidine) dans le compte rendu de pose du DMI. L'objectif de ce travail est d'évaluer le taux de cette traçabilité informatique et la satisfaction du personnel.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les dossiers de 30 patients ayant eu une pose de CCI après mise en place du dispositif par code barre ont été sélectionnés par tirage au sort par le service qualité. Les critères recherchés étaient : la présence de la traçabilité de la préparation cutanée dans le compte rendu de pose informatisé. Le taux de satisfaction a été évalué à l'aide d'un questionnaire remis au personnel du radiobloc.

RÉSULTATS

Pour 28 des 30 dossiers, la pose de CCI a été retrouvée dans le dossier informatique. Pour 2 patients la pose n'a pas été retrouvée. La traçabilité de la préparation cutanée par code barre a été réalisée dans 57,1 % des cas (16/28) et pour 42,9 % (12/28) elle n'a pas été utilisée. Pour les soignants ayant répondu au questionnaire (n=10/16), l'utilisation du code barre facilite l'étape de traçabilité (90 %, n=9/10). Le support plastifié était adapté pour 100 % des répondants et la satisfaction globale était de 100 %.

CONCLUSION

Le code barre est scanné dans le logiciel propre à l'imagerie, ce qui facilite la traçabilité et évite l'ouverture de plusieurs supports informatiques. Ce système récemment mis en place n'est pas encore assez utilisé, un rappel devra être fait auprès des équipes pour en favoriser l'usage. Globalement cette méthode simple d'amélioration de la traçabilité de la préparation cutanée est satisfaisante pour le personnel du radiobloc et nous permettra par la suite de supprimer la traçabilité papier lorsque le taux informatique sera consolidé.



Figure 1. support des codes barres de la traçabilité de la préparation cutanée.

P-114

REPÉRAGE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) EN TEMPS RÉEL

NOYE Stéphanie⁽¹⁾, QUENTIN Roland⁽¹⁾, JUNCHAT Armelle⁽¹⁾, CONNAN Sophie⁽¹⁾, COUET Christine⁽¹⁾, MORANGE Virginie⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU TOURS, TOURS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors de l'enquête nationale de Prévalence de 2017, les ISO se classent au deuxième rang des infections les plus courantes. La Mission nationale de Surveillance et Prévention du risque

Infectieux en Chirurgie et Médecine Interventionnelle (SPICMI) encourage également l'utilisation des Systèmes d'Information Hospitalier (SIH). Un système automatisé d'alerte vers l'EOH de repérage des ISO en temps réel pour 3 types d'interventions prioritaires en chirurgie cardiaque, thoracique et gynécologique a été mis en place.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Lors de la programmation de l'intervention d'un patient, le chirurgien choisit un libellé parmi une liste d'intervention paramétrée manuellement par un groupe de travail de chirurgiens. L'outil informatique utilisé est le dossier informatique patient partagé. Une alerte mail comprenant l'identité du patient, le nom de l'intervention, le temps opératoire et le score ASA, est envoyée à l'EOH dès qu'il y a dans les 30 jours une réintervention pour un patient dont le libellé est une intervention de chirurgie cardiaque, thoracique et gynécologique avec notions d'infections (liste définie par l'EOH). Dès réception, une IDE de l'EOH analyse les données cliniques et bactériologiques à la recherche d'une ISO qui sont colligées dans Excel®.

RÉSULTATS

En 2018, 59 alertes ont été traitées dont 39 ISO et 20 interventions non en lien avec une ISO.

Parmi les 39 ISO, 28 médiastinites libellés sur 551 libellés de chirurgie cardiaque (5,1 %) ont été repérés. En chirurgie mammaire, 9 ISO signalées via l'alerte sur 401 interventions (2,2 %) et pour la chirurgie thoracique, 2 ISO sur 181 interventions (1,1 %). En outre, les données extraites ne sont pas exhaustives car l'alerte se base sur des libellés entrés manuellement par les chirurgiens et non sur les codifications CCAM. Par ailleurs, il existe un libellé « urgence ou autre procédure » qui n'entre pas dans cette alerte.

CONCLUSION

Un axe d'amélioration serait de s'appuyer sur les données du codage CCAM permettant l'exhaustivité du recueil des données d'ISO. Actuellement le croisement des données CCAM et de Millennium® ne peut pas être automatisé. Cependant ce système permet une veille des ISO pour les 3 chirurgies ciblées. Il permet d'avoir des données d'ISO rapidement lors de cas groupés signalés. Les données seront à comparer avec les données recueillies dans le cadre de la mission SPICMI pour évaluer la performance de cette alerte.

P-115

AUDIT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES D'INJECTION INTRA-VITRÉENNES DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

PÉRARD Myriem⁽¹⁾, **OBERGER Nathalie**⁽²⁾, **CRACCO Béatrice**⁽¹⁾, **KODJIKIAN Laurent**⁽¹⁾, **DENIS Philippe**⁽¹⁾, **DANANCHÉ Cédric**⁽¹⁾, **GRISI Béatrice**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽³⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Nord - Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Faculté de Médecine, Université de Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE ; ⁽³⁾ Service Hygiène Epidémiologie Infectiologie et Prévention, Pôle Santé Publique, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Avec une incidence de 0,02 pour 100 actes, l'injection intravitréenne (IVT) est la seconde cause d'endophtalmie après la chirurgie de la cataracte. Suite à la survenue d'un cas d'endophtalmie sur notre site, un audit a été réalisé afin de vérifier les pratiques et les conditions d'asepsie lors de cet acte.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les IVT sont réalisées en ambulatoire dans 2 salles dédiées. Un audit par observation directe des pratiques professionnelles portant sur les locaux, la tenue des opérateurs et du patient, le geste technique et le bionettoyage a été réalisé par l'équipe opérationnelle d'hygiène pendant 7 jours en octobre 2018

RÉSULTATS

Au total, 22 gestes réalisés par 6 médecins et 7 IDE ont été observés.

La gestion de l'air du local n'était pas optimale : dans 20 % des cas la ventilation n'était pas arrêtée, la porte entre les 2 salles n'était jamais fermée et des ouvertures intempestives des portes sur le couloir étaient observées pendant l'acte.

Le bionettoyage en ouverture de salle et en fin de vacation était toujours correct. Le bionettoyage entre 2 patients était réalisé sans gants dans 59 % des cas, et dans 27 % des cas le bionettoyage du guéridon était oublié.

La conformité de la tenue des intervenants différait selon les catégories professionnelles observées : la tenue des personnels paramédicaux était toujours conforme, alors que la tenue des professionnels médicaux était conforme dans 83 % des cas, la non-conformité majoritaire étant un port

du masque chirurgical non optimal. La tenue du patient était toujours conforme.

La préparation cutanée était toujours conforme (déterSION + antiseptie), mais le temps de contact de l'antiseptie oculaire était <2 minutes dans 28 % des cas.

Les conditions d'asepsie pour la manipulation des dispositifs médicaux stériles étaient toujours respectées. Tous les collyres unidoses étaient ouverts de façon aseptique mais une friction des mains n'était jamais réalisée avant instillation. Dans 59 % des cas, les produits injectables utilisés étaient en seringue prête à l'emploi.

Il n'a pas été observé d'information au patient relative à l'hygiène des mains à mettre en œuvre avant et après l'installation des collyres post-IVT.

CONCLUSION

Une affiche « les incontournables lors d'une IVT » a été créée et diffusée. Elle reprend les axes d'amélioration mis en évidence, notamment tenue professionnelle conforme, hygiène des mains, délai d'action de l'antiseptique oculaire, bionettoyage à mettre en œuvre entre 2 patients, information sur l'hygiène des mains des patients.

P-116

AUDIT DES PRATIQUES LIÉES AU RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPHTALMOLOGIQUE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

ELIAS Christelle^(1, 3), **PERARD Myriem**⁽¹⁾, **CRACCO Béatrice**⁽¹⁾, **LAURENT Kodjikian**⁽⁴⁾, **DENIS Philippe**⁽⁴⁾, **VANHEMS Philippe**^(2, 3), **DANANCHE Cédric**^(1, 3), **GRISI Béatrice**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unité d'Hygiène et Épidémiologie, Groupement Hospitalier Nord, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Unité d'Hygiène et Épidémiologie, Groupement Hospitalier Centre, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽³⁾ Université Claude Bernard Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Service d'Ophthalmologie, Groupement Hospitalier Nord, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'endophtalmie, considérée comme une infection du site opératoire, est l'une des complications les plus redoutées suite à une chirurgie ophtalmologique. Dans le cadre de la déclaration obligatoire des endophtalmies, le service d'ophtalmologie nous signale systématiquement les cas pris en charge afin de réaliser une investigation. Suite à 5 signalements reçus entre Janvier et Mai 2019, une investigation de chaque cas d'endophtalmie a été menée. L'objectif était de réaliser un audit sur les pratiques professionnelles d'hygiène et

d'asepsie afin de mettre en lumière des points critiques dans la prévention du risque infectieux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un audit d'observation des pratiques professionnelles relatives aux règles d'hygiène et d'asepsie a été mené sur 3 jours en Juillet 2019. Les phases pré-opératoire, per-opératoire et post-opératoire ont été investiguées. Les données ont été collectées via un questionnaire standardisé par l'unité d'hygiène.

RÉSULTATS

En phase pré-opératoire, 25 observations ont été collectées, parmi elles, 74 % des patients avaient une tenue conforme. Aucune instillation de collyre n'était retrouvée conforme (ouverture sans compresse imbibée d'antiseptique). En phase per-opératoire, 26 observations ont été recueillies dont 18(69 %) concernaient des chirurgies de cataracte. 19(73 %) personnels para-médicaux et 21(81 %) professionnels médicaux avaient une tenue conforme. La déterision était conforme pour 25(95 %) observations. Un non-respect du conditionnement en unidose a été observé avec l'utilisation systématique de povidone iodée ophtalmique en flacon multidose. Seules 5(21 %) administrations d'antibioprophylaxie par céfuroxime étaient conformes avec une préparation extemporanée et réalisation d'une friction hydro-alcoolique au préalable. Le bionettoyage en fin d'intervention était retrouvé conforme dans 1(5 %) cas. En phase post-opératoire, 18 observations ont été collectées où seulement 6 % du personnel délivre l'intégralité des consignes au patient pour le retour à domicile.

CONCLUSION

Des points critiques ont été mis en évidence. Cela permet la mise en œuvre d'actions correctives afin de limiter le risque d'apparition d'infections nosocomiales, telles que :

- Respect de la tenue professionnelle (zéro bijou, port du masque en salle)
- Respect des dosettes à usage unique en phase de déterision et d'antiseptie
- Réalisation d'une friction hydro-alcoolique avant tout geste à risque
- Gestion aseptique des collyres ouverts à l'aide de compresses imbibées d'antiseptique
- Respect de la zone d'environnement maîtrisé
- Réalisation d'un bionettoyage des surfaces hautes entre chaque intervention

P-117

LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX SOINS : ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DE CINQ ANNÉES

HANNACHI Hajer⁽¹⁾, CHEBIL Dhekra⁽¹⁾, BHIRI Sana⁽²⁾, SAID LAATIRI Houyem⁽²⁾, **MERZOUGUI Latifa**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service de prévention et de sécurité des soins Ibn Eljazzar, Kairouan, TUNISIE; ⁽²⁾ Service de prévention et de sécurité des soins Sahloul, Sousse, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévalence des infections associées aux soins (IAS) augmente de façon alarmante dans les pays à faible revenu. En Tunisie, le fardeau des IASs n'est pas encore bien décrit. Nous avons cherché à analyser les facteurs de risque associés de manière indépendante aux IASs chez les patients hospitalisés à l'hôpital Ibn El jazzar au cours des cinq dernières années

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous réalisons chaque année une enquête de prévalence, dans le cadre du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales à l'hôpital Ibn Eljazzar. Il s'agit d'une étude transversale de la prévalence sur une journée avec une seule voie. Tous les services ont été inclus dans l'enquête, à l'exception des services d'urgence et d'hémodialyse en raison de leur très courte durée de séjour. La collecte des données a été réalisée à l'aide de la fiche NosoTun (enquête nationale sur la prévalence des IASs). Une régression logistique a été effectuée pour identifier les facteurs de risque indépendants des IASs

RÉSULTATS

Sur cinq ans, la prévalence des IASs variait de 10,4 % en 2014 à 6,8 % en 2018. En 2014, les facteurs de risque indépendants d'IAS étaient l'utilisation d'un cathéter veineux périphérique, d'un cathéter veineux central et d'une intervention chirurgicale. Les unités de soins intensifs et les services chirurgicaux étaient indépendamment associés à la survenue d'IAS. En 2015 et 2016, en plus des facteurs déjà mentionnés, l'alimentation parentérale a également été identifiée comme facteur de risque indépendant. En 2017 et 2018, des facteurs intrinsèques comme le diabète et l'immunodépression ont été identifiés comme facteurs de risque indépendants des IASs.

CONCLUSION

L'identification des facteurs de risque qui contribuent à développer les IAS peut soutenir la mise en œuvre de stratégies de prévention, maximisant ainsi la sécurité des patients.

P-118

MANAGEMENT DES RISQUES HOSPITALIERS LIÉS AUX DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX

MAHJOUR Mohamed⁽¹⁾, **EZZI Olfa**⁽¹⁾, AMMAR Asma⁽¹⁾, ROUIN Souad⁽¹⁾, BANNOUR Wadiaa⁽¹⁾, HÉLLALI Radhia⁽¹⁾, NJAH Mansour⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Délivrer des soins produits obligatoirement des déchets d'activités de soins qui exposent à plusieurs risques, entre autres, les risques infectieux. Le management des risques liés aux déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) en milieu hospitalier est tributaire des stratégies déployées par l'établissement, du niveau d'observance des soignants des bonnes pratiques d'hygiène concernant la gestion des DASRI mais aussi des perceptions du personnel quant à l'intérêt de la meilleure gestion de ce risque et sa contribution à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Notre objectif est d'établir un constat relatif aux connaissances, attitudes et pratiques des infirmiers relatifs à la gestion des DASRI dans notre institution de santé.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Etude descriptive transversale menée en 2019 dans un CHU dont la capacité hospitalière est de 800 lits, au niveau de 19 services ayant une activité de soins avec hospitalisation. L'instrument de mesure est un questionnaire préétabli, pré-test et auto-administré auprès d'un échantillon représentatif de 162 infirmiers exerçant dans les services de soins inclus à l'étude. Saisie et analyse des données par le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

Taux de réponse est 93,2 % (151/162). Parmi les répondants 134(91 %) ont une ancienneté de plus de 5ans. 89 % soulèvent l'importance du tri à la source devant se faire par le soignant producteur. 68 % des interrogés reconnaissent correctement les recommandations de conditionnement des DASRI selon leurs catégorisations. 88 % identifient correctement tous les risques liés aux accidents d'exposition au sang (AES) en pratique de nursing. 37,4 % affirment qu'ils ont été victime d'AES dont le mécanisme principal notifié est la piqure (68 %). La circonstance la plus pourvoyeuse de survenue d'AES est la manipulation des objets piquants, coupants et tranchants (35 %). Les répondants soulèvent dans 89 % des cas l'importance de renforcer la formation continue pour la meilleure gestion des DASRI institutionnel.

CONCLUSION

Les stratégies de gestion des DASRI au niveau de notre établissement de santé nécessitent des améliorations ce qui souligne l'importance de l'actualisation du plan d'action institutionnel en plus de l'implémentation d'une stratégie de promotion des bonnes pratiques de manipulation des DASRI dans tous les services de soins et auprès de tous les soignants quel que soit leur grade, statuts ou niveau d'exercice des soins.

P-118bis

INTÉGRATION DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DE RÉANIMATION AU SYSTÈME D'INFORMATION

LOTTIN Marion⁽¹⁾, CONSIGLIO Mélanie⁽¹⁾, GOUIN Philippe⁽¹⁾, RIGAL Romain⁽²⁾, BOULET Ludivine⁽¹⁾, LESOUF Valérie⁽¹⁾, PETEL Tristan⁽¹⁾, TIRARD Florence⁽¹⁾, CHAMPFALLY Anne⁽¹⁾, **MARINI Hélène**⁽¹⁾, MERLE Véronique⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Hôpitaux de Rouen, Rouen Cedex, FRANCE ;

⁽²⁾ Philips, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2010, nous disposons d'une surveillance (Su) homogène des infections nosocomiales (IN) dans nos 4 services de réanimation adulte (Réa) reposant sur un recueil papier par les soignants de Réa et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). L'objectif de ce travail était d'intégrer ce recueil au nouveau dossier patient informatisé (DPI) de Réa et d'automatiser l'édition des résultats.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons constitué un groupe de travail avec un médecin anesthésiste réanimateur (MAR), référent métier pour le DPI de Réa, une IDE et un praticien de l'EOH, et un consultant technique (CT) du logiciel métier.

Un cahier des charges a établi les données à recueillir pour la Su, les calculs à réaliser et une maquette de rapport de résultats.

Le paramétrage du DPI a été réalisé par le MAR, la construction des requêtes et rapports de résultats par le CT, en lien avec l'EOH. Les tests ont été réalisés par tous les membres de l'EOH.

RÉSULTATS

Toutes les données du dénominateur de la Su (patients et séjours inclus, et dispositifs invasifs (DI)) étaient déjà intégrées au DPI, et leur récupération automatique a été mise en place. Pour le numérateur, nous avons créé une fiche spécifique à la surveillance dans le DPI : l'EOH saisit les IN dans cette fiche,

avec date, type et cas d'IN, DI associé et germes, après chaque staff hebdomadaire pluridisciplinaire de validation des IN.

Deux requêtes ont été établies : une pour le dénominateur avec une ligne par DI ; et une concernant les IN avec une ligne par IN et comprenant les données patient, les caractéristiques de l'IN et du DI associé le cas échéant. Une requête quotidienne DI permet de repérer rapidement les données manquantes, nombreuses au début.

Le rapport automatisé de résultats est en cours de construction. Il sera modifiable après édition de façon à intégrer l'interprétation des résultats par l'EOH.

CONCLUSION

L'intégration de la Su au DPI permet d'utiliser les données saisies en routine par les soignants, sous réserve d'un contrôle de l'absence de données manquantes par une requête régulière et intuitive, indispensable pour garantir la qualité des données.

Passée la période de paramétrage et de tests, le gain de temps pour les équipes de Réa et pour l'EOH est majeur grâce une parfaite intégration au DPI.

Cette organisation devrait permettre de repérer plus rapidement une augmentation des taux d'IN et de faciliter les investigations des transmissions croisées. L'extraction de données pour la participation au dispositif de Su national sera testée en 2020.

P-119

PROGRAMME D'AMÉLIORATION DES FREINS À LA CONFORMITÉ DE LA TENUE AU BLOC OPÉRATOIRE

BEOLA Paxti⁽¹⁾, BESSY Charline⁽¹⁾, MARTINEZ Emmanuel⁽¹⁾, VERDIER Lisa⁽¹⁾, MATHURIN Sylvie⁽¹⁾, D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie⁽¹⁾, LACLAUTRE Nathalie⁽¹⁾, **COUVÉ-DEACON Elodie**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Dupuytren, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Bloc Opératoire (BO) est un environnement maîtrisé où sont pratiqués des actes invasifs à haut risque infectieux. Une grande attention doit donc être portée à la maîtrise des comportements et notamment au respect de l'habillement dédié en fonction des zones du BO. Nous avons constitué un groupe d'étudiant infirmier anesthésiste (EIADE) dont l'objectif était d'évaluer l'impact d'un programme d'identification et d'amélioration des freins à la conformité de la tenue vestimentaire au BO.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le programme comportait un 1^{er} audit utilisant une grille évaluant la tenue et les freins déclarés à la conformité de l'habillement dédié au BO. Les résultats obtenus ont ensuite été utilisés pour organiser deux séances d'échanges dirigés avec les IADES du bloc. Ces séances portaient sur les principaux freins identifiés associés à un outil cognitif (OC) sous forme d'affiche disposées à la sortie des vestiaires homme et femme, à l'entrée du bloc et dans la salle de repos. Afin d'évaluer l'impact dans le temps de ces séances et de l'OC, un 2^{ème} audit était prévu juste après l'information et un 3^{ème} après un délai de 4 mois d'affichage de l'OC.

RÉSULTATS

Le premier audit a été réalisé en octobre 2019, totalisant 33 observations avant la formation. Les principales non-conformités de la tenue dédiée au BO portaient sur le port de masque, les articles coiffants et le zéro bijoux ; et les principaux freins à la conformité que nous avons identifiés étaient (figure 1) : le manque de matériel, de connaissances, de formations et de rigueur. Nous avons donc axé l'OC et les séances d'information autour ces freins. La phase d'évaluation de l'impact de ce programme a débuté avec la réalisation du 2^{ème} audit, en novembre 2019, totalisant 30 observations, et nous a permis de constater une amélioration modérée. Le 3^{ème} audit est prévu en mars 2020, après plusieurs mois d'affichage de l'OC, observé par de nombreux professionnels. Cela nous permettra d'évaluer celui-ci en analysant les résultats dans la durée et en les comparant aux précédents.

CONCLUSION

Généralement, nous avons constaté que les professionnels connaissent les recommandations de conformité de la tenue dédiée au BO, mais l'audit montrait des non-conformités dans les pratiques. Les formations et l'outil proposés semblent avoir un bénéfice sur la conformité de l'habillement et nous pourrions confirmer cet impact à l'issue du 3^{ème} audit en mars 2020.

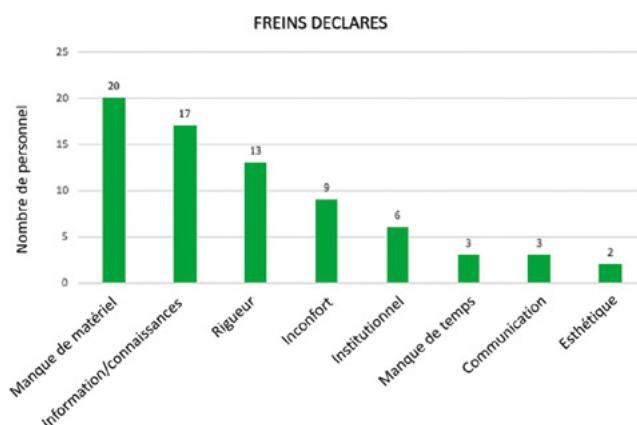


Figure 1. Freins déclarés par le personnel, à la conformité de la tenue dédiée au BO lors du premier audit

P-120

SCORE DE SUIVI DE VISITE DE RISQUE EN HYGIÈNE

FOUCAN Tania ⁽¹⁾, **BAHEUX SAHEB Sandrine** ⁽¹⁾, **BALAGA Anne Marie** ⁽¹⁾, **PICHON FOUCAN Nathalie** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU DE GUADELOUPE, Pointe-à-Pitre, GUADELOUPE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La visite de risque est une méthode de gestion de risque a priori utilisée en hygiène hospitalière, et ayant bénéficié en 2018 de la mise en place d'un guide méthodologique par le GREPHH. Il s'agit d'un outil très efficace mais toutefois un peu chronophage (une journée entière devant être prévue pour sa réalisation).

L'EOH, dans un souci d'appui aux unités de soins, cherchait à mettre en place un outil permettant de créer un score facilement reproductible, peu chronophage, reprenant des thèmes habituels en hygiène hospitalière, avec des items « obligatoires », adapté spécifiquement aux problématiques rencontrées dans l'établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une fiche de recueil, composée de plusieurs thèmes, assortis chacun de plusieurs items (hygiène des mains, hygiène des locaux, gestion des déchets, gestion du linge propre, gestion du local intermédiaire, gestion des patients porteurs de BMR, gestion de l'eau, douche préopératoire, suivi des indicateurs mensuels), a été conçue ; chaque thème bénéficiant d'une note pondérée en fonction des réponses (image 1).

Un tableur Excel a été créé afin de réaliser pour un service donné, le calcul de la note et le suivi de son score.

La visite a été présentée en réunion de cadres.

RÉSULTATS

Les premières visites ont été organisées en 2017, dans chaque service, en présence du cadre et du CHH et ont duré 2 heures. Suite à cette première visite, un bilan a été rendu à chaque service comprenant :

- un radar de benchmark pour les thèmes
 - des actions correctives proposées pour chaque dimension
- Il a ensuite été décidé de faire un suivi tous les 6 mois dans chaque service avec, en plus du bilan de la visite, le rendu d'un graphe couleur permettant le suivi de l'évolution des visites semestrielles.

CONCLUSION

Cette visite est très appréciée par les cadres de santé qui l'utilisent comme outil de management pour la qualité des soins, permettant un réajustement des pratiques.

La dimension « patient » est également prise en compte avec un court entretien sur la connaissance de son statut BMR.

De plus, cet outil peut évoluer en fonction de chaque établissement : pour le nôtre, dans la prochaine version, la dimension « excréta » sera étudiée avec notamment la gestion des lave-bassins.

Enfin, c'est aussi un atout répondant aux exigences de la HAS dans la procédure de certification quant à la culture qualité et sécurité des soins.

thèmes	items	Note sur
Hygiène des mains	gestion de flacons de SHIA port de bijoux	9
Hygiène des locaux	Traçabilité propreté visuelle	23
Gestion des déchets	Collecteurs sacs DASRI	13
Gestion du local intermédiaire	Déchets Linge sale	10
Gestion de patients porteur de BMR	mise en place des précautions information du patient	11
Gestion de l'eau	gestion des points d'eau et des douches sécurisées	11
Douche préopératoire	connaissance des soignants traçabilité	8
Suivi des 3 indicateurs mensuels par le service	ICSHA Déchet traçabilité de l'entretien	3

Thèmes, items et notes

P-121

ENQUÊTE DE CONNAISSANCES ET PRATIQUES SUR LES VALVES

POULY Émilie ⁽¹⁾, **VELLA Claire** ⁽¹⁾, **BRISCHOUX Sonia** ⁽¹⁾, **BONNET Stéphanie** ⁽¹⁾, **PLOY Marie-Cécile** ⁽¹⁾, **COUVE-DEACON Elodie** ⁽¹⁾, **D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Dupuytren, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les valves bidirectionnelles et anti-retour sont des dispositifs médicaux (DM) très utilisés pour le montage des lignes de perfusion. Trois modèles de valves sont disponibles dans l'établissement ainsi que dix DM avec valve(s) pré-montée(s) (perfuseurs, prolongateurs, tubulures, raccords et robinets). L'objectif de l'enquête est d'évaluer les connaissances et l'utilisation des valves dans les principaux services utilisateurs.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une grille d'audit a été élaborée sur les connaissances des professionnels de santé sur les valves et leurs modalités d'utilisation dans le montage des lignes de perfusion. Le questionnaire rempli par entretien avec le personnel infirmier des principaux services utilisateurs de valves bidirectionnelles et anti-retour comprenait une partie de reconnaissance des

valves et une partie concernant l'utilisation (désinfection, rinçage, manipulations).

RÉSULTATS

Au total, 32 infirmiers ont été audités dans 8 services. Concernant les connaissances sur les valves, 97 % des personnes auditées connaissaient les DM disponibles dans le service. Seulement 26 % savaient reconnaître une valve bidirectionnelle. Concernant l'utilisation, tous les professionnels audités déclaraient réaliser une désinfection du site d'administration avant injection ou prélèvement avec un antiseptique alcoolique ou avec de l'alcool. Seuls 31 % d'entre eux réalisent une friction de 15 secondes minimum avant et après déconnexion. Tous les professionnels déclaraient manipuler les connectiques avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique alcoolique ou d'alcool. Après utilisation, 81 % des professionnels déclaraient réaliser un rinçage de la valve, 27 % d'entre eux le font en « pulsé » (soit 7 infirmiers). La fréquence de changement de la valve est conforme dans 97 % des cas. Enfin, 93 % des professionnels pensaient qu'il ne faut pas mettre de bouchon sur une valve bidirectionnelle.

CONCLUSION

Les principales difficultés révélées par cette enquête sont : difficultés de reconnaissance des valves, non-respect du temps de friction pour la désinfection, absence de rinçage systématique après utilisation, rinçage pulsé très peu pratiqué, non connaissance de l'impossibilité de mettre un bouchon sur les valves bidirectionnelles. A l'issue de l'enquête, les résultats ont été présentés aux professionnels des services audités. Deux documents ont été rédigés : une fiche de bon usage des valves bidirectionnelles et une fiche décrivant les 3 types de valves existantes (anti-retour, anti-siphon et bidirectionnelle) accompagnée d'un tableau présentant les DM référencés dans l'établissement.

P-122

QUALITÉ DU MATÉRIEL MÉDICO-TECHNIQUE UTILISÉ DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE LA ZONE COTONOU 6, BÉNIN

DEGBEY Cyriaque^(1,2), **MAMADOU Tatiana**⁽³⁾, **KEDOTE Marius**⁽¹⁾, **MAKOUTODE Michel**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum Ouidah de l'Université d'Abomey-Calavi, Ouidah, BÉNIN ; ⁽²⁾ Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, Cotonou, BÉNIN ; ⁽³⁾ Centre de santé d'Akogbato, Cotonou, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La qualité des équipements médico-techniques est essentielle pour la prévention des infections associées aux soins et services. Le présent travail avait pour objectif d'évaluer la qualité du matériel médico-technique utilisé dans les formations sanitaires de la zone sanitaire Cotonou 6 au Bénin.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et évaluative. La population d'étude était constituée de 30 prélèvements de matériels médico-techniques réalisés par écouvillonnage et de 60 prestataires de soins. La méthode d'échantillonnage était non probabiliste avec la technique de choix raisonné pour le matériel médico-technique et la technique de commodité pour les prestataires de soins. Le matériel médico-technique écouvillonné était les pinces, les paires de ciseau, les sondes urinaires et les plateaux.

RÉSULTATS

Les résultats avaient montré que 18,3 % du personnel connaissaient la durée de la stérilisation du matériel médico-technique et 58,3 % connaissaient les étapes de la stérilisation. 66,67 % du matériel médico-technique utilisé dans les services étaient contaminés par *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* et *Pseudomonas aeruginosa*.

CONCLUSION

Il urge de renforcer les capacités des prestataires intervenant dans le processus de stérilisation pour la réduction des infections associées aux soins.

P-123

UN PLAN D'ACTION POUR SÉCURISER L'UTILISATION DES DISPOSITIFS À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE TYPE PICC-LINE ET MIDLINE

HUBAS Lucile⁽¹⁾, **HOVASSE Christine**⁽¹⁾, **JAN Karine**⁽¹⁾, **BOUFFLERS Yoann**⁽¹⁾, **AMARSY Rishma**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Lariboisière, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un écart de pratiques a été identifié en février 2018 lors de la manipulation d'un PICC-Line, dont l'utilisation est récente dans notre établissement.

Dans un contexte organisationnel difficile (diminution de participants en formation continue, turn-over important, absence d'évaluation des pratiques), nous avons alors établi

un plan d'action pratique afin de sécuriser les pratiques autour des nouveaux dispositifs intravasculaires type PICC-Line et Midline.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Axe 1 - Nous avons d'abord réalisé un état des lieux par audit des connaissances dans les services utilisant ces dispositifs.

Axe 2 - Des sessions d'information par les laboratoires fournissant ces dispositifs ont été organisées puis des sessions de formation par une équipe interne de référents cathéters.

Afin d'autonomiser les équipes, un parcours professionnalisant est proposé à un référent nommé dans chaque service de soins.

Axe 3 - De nouveaux outils sont élaborés pour la prise en charge et le suivi.

RÉSULTATS

Axe 1 - 51 IDE dans 8 services ont participé à l'audit conduit en mars 2018. L'état des lieux a montré une méconnaissance significative du dispositif et des bonnes pratiques de manipulation :

22 % des IDE interrogés pensent que le PICC-Line est un cathéter périphérique

Seul 63 % des IDE connaissent la durée de vie de ces dispositifs
La fréquence de réfection de pansement et de changement de la ligne principale ne sont connus que dans la moitié des cas
86 % des soignants interrogés réclament une formation sur ce dispositif

Axe 2 - Les sessions d'information PICC-Line puis Midline dispensées par les laboratoires concernés ont été suivies par 69 participants. Les sessions de formation par l'équipe « cathéter » ont quant à elles été suivies par 25 participants. Enfin, 16 IDE référents KT ont d'ores et déjà validé le parcours professionnalisant et 2 IDE sont en cours de validation.

Axe 3 - Les nouveaux outils créés sont : une fiche réflexe « embolie gazeuse », un livret de suivi et un guide intégrant chaque étape de prise en charge. Ils ont été déployés à partir d'octobre 2019.

CONCLUSION

La mise en place de ce projet pluridisciplinaire a permis de renforcer le dispositif de formation et d'intégrer une expertise « cathéter » au sein de chaque secteur de soins. Les nouveaux supports permettent d'accompagner les équipes dans la gestion des dispositifs au quotidien comme dans les situations d'urgence et de répondre au cadre réglementaire de traçabilité. Un audit des pratiques professionnelles permettra d'évaluer l'efficacité des actions mises en place et de réajuster si besoin.

P-124

QUEL DÉLAI MAXIMUM D'UTILISATION POST-DÉSINFECTION POUR LES ENDOSCOPES UROLOGIQUES SOUPLES ?

HOUIX Morgane⁽¹⁾, LE GALLOU Florence⁽¹⁾, BODET Nathalie⁽¹⁾, BOURIGAULT Céline⁽¹⁾, MUET Françoise⁽¹⁾, BROUARD-BARBEAU Christelle⁽¹⁾, FAUVEAU Séverine⁽¹⁾, FERRONNIERE Nathalie⁽¹⁾, LEPELLETIER Didier⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les endoscopes urologiques souples sont des matériels non autoclavables pénétrant dans des cavités stériles, classés comme critiques et devant bénéficier d'une désinfection de haut niveau avant utilisation (instruction n°220 du 04/07/16). L'objectif de ce travail était de déterminer le délai maximal acceptable d'utilisation de ces appareils après désinfection.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons réalisé :

- une enquête téléphonique auprès de 29 CHU pour connaître leurs pratiques (2018),
- un recueil des délais observés dans notre établissement (2018),
- une analyse des résultats des contrôles microbiologiques des appareils en fonction du délai entre désinfection et prélèvement (entre 2013 et 2019).

RÉSULTATS

Sur les 29 CHU interrogés, 3 utilisaient des gaines à usage unique et 4 stérilisaient les endoscopes urologiques par STERRAD. Pour les 22 CHU effectuant une désinfection de haut niveau, 3 utilisaient sans délai les appareils et les 19 autres rapportaient un délai médian d'utilisation post-désinfection de 3 heures (0h30-12h). Dans notre établissement, le délai médian d'utilisation post-désinfection était de 2h30 en consultation (0h21-6h12) et de 49 minutes (0h07-5h32) au bloc. Pour 64 prélèvements microbiologiques de nos appareils effectués de 2013 à 2019, le délai de prélèvement post-désinfection variait de 0 minute à 4h55. Il n'a pas été observé de lien entre le temps depuis la désinfection et le résultat du contrôle microbiologique (test exact de Fisher, $p < 0,1$) et les 3 résultats en niveau d'action étaient observés moins de deux heures après désinfection. Depuis 2013, nous n'avons pas eu de déclaration d'infections en lien avec l'utilisation d'endoscopes urologiques dans notre hôpital.

CONCLUSION

Pour des raisons pratiques de distance entre les services, il existe fréquemment un délai entre la désinfection des endoscopes urologiques et leur utilisation. Après étude des pratiques internes et externes, et analyse des données microbiologiques disponibles dans notre établissement, nous avons choisi de fixer un délai maximum de 4 heures post-désinfection pour leur utilisation, tout en restant vigilants sur la déclaration des infections post-endoscopie.

	Délai < 0,5 h		0,5 ≤ délai < 1 h		1 ≤ délai < 2 h		2 ≤ délai < 3 h		3 ≤ délai < 5 h	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
Routine	2	2	0	1	2	1	0	0	0	0
Retour maintenance	7	2 (1 action)	7	4 (1 action)	7	5 (1 action)	7	1	1	3
Contrôle post NC	1	1	3	1	2	3	1	0	0	0

Interprétation des résultats :

C = conforme si <1 UFC sans micro-organismes indicateurs (MOI)

NC = non conforme si 1 à 4 UFC sans MOI (niveau d'alerte interne) ou ≥5 UFC ou MOI (niveau d'action interne)

Résultats microbiologiques en fonction du délai de prélèvement par rapport à la désinfection

P-125

COMMENT SÉCURISER L'UTILISATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX DANS LE CADRE D'UN ACHAT OU DE PRÊT

FORIN Jérôme⁽¹⁾, **LIZON Julie**⁽¹⁾, **REGAD Marie**⁽¹⁾, **GAUDAIRE Gabrielle**⁽¹⁾, **MIENS Pauline**⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU Nancy, Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'entretien des dispositifs médicaux (DM) fait partie des précautions standards. Dans leur réactualisation de 2017, il est rappelé qu'avant utilisation, il faut vérifier que le DM a subi une procédure d'entretien appropriée au niveau requis et qu'après utilisation, il faut nettoyer et/ou désinfecter le DM avec une procédure appropriée. La complexité croissante des DM, les recommandations d'entretien de certains fabricants non conformes à la réglementation française, voir inapplicables, rendent la procédure d'achat et/ou de prêt ainsi que l'entretien des DM en service de soins complexe à mettre en œuvre.

L'objectif de ce travail est de mettre en place un circuit sécurisé de prise en charge des DM dans le cadre des procédures d'achat, de prêt et de mise à disposition (MAD).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le manque de communication structurée entre le Département Biomédical et l'EOH a engendré des retards dans le déploiement de dispositifs innovants, faute de procédure

d'entretien adaptée et/ou inapplicable, voire à l'absence de celle-ci. Les deux services ont décidé conjointement de programmer des rencontres trimestrielles. Ces échanges ont permis la création d'un document à destination des contrats de prêt, MAD et d'achat.

RÉSULTATS

Une annexe « désinfection des DM et accessoires/ consommables » a été insérée dans tous les contrats. Cette dernière reprend les différents niveaux de traitement des DM ainsi que, pour chaque niveau, le procédé et/ou les produits référencés sur l'établissement. Chaque fabricant a l'obligation de remplir l'annexe. Il certifie que son dispositif et/ou accessoires sont compatibles avec les procédés et/ou produits référencés. L'EOH analyse l'annexe et vérifie que les informations soient en accord avec le niveau de risque infectieux du DM. Cette annexe permet un traitement simplifié des demandes avec une réactivité accrue pour un meilleur service rendu aux utilisateurs. Depuis sa mise en place, les fabricants remplissent l'annexe sans quoi le contrat ne pourra pas aboutir, ce qui a permis de fluidifier la mise en place des contrats. En cas de soucis, l'EOH reste à disposition pour rencontrer le fabricant afin de trouver une solution pour la prise en charge du DM.

CONCLUSION

Une communication régulière entre le Biomédical et l'EOH est un prérequis indispensable pour sécuriser l'utilisation des DM. La création d'un document a permis de responsabiliser et d'engager le fabricant dans le circuit de prise en charge du DM sur l'établissement. Il est également un aide pour le service achat dans le choix des dispositifs.

P-126

GUIDE D'UTILISATION DES VALVES POUR LES LIGNES VEINEUSES

LEBEL Anne-Sophie⁽¹⁾, **VIEL Marie-Thérèse**⁽¹⁾, **FERRIER Véronique**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHI Elbeuf, Saint-Aubin-les-Elbeuf, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis quelques années, de nombreuses valves existent sur le marché : Valve anti siphon (VAS), Valve anti retour (VAR), Valve bidirectionnelle (VB). Leur identification et utilisation restent encore complexes et peuvent être source d'erreur.

L'objectif est de faciliter et d'améliorer les connaissances des soignants en vue d'optimiser et de contribuer à la sécurité des soins. L'utilisation de la bonne valve au bon endroit associée aux règles d'hygiène permettent de garantir des soins de qualité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Suite à un audit réalisé dans un établissement de santé, il est apparu des dysfonctionnements sur l'utilisation des différentes valves des lignes veineuses. Une équipe pluridisciplinaire s'est réunie pour faire un bilan des attentes des services de soins. Une étude et une synthèse des différents documents de référence ont permis une réflexion sur le bon usage et l'entretien de valves.

Une rencontre avec des soignants nous a conforté dans notre démarche quant au mésusage des valves sur les lignes veineuses.

RÉSULTATS

Il nous a semblé nécessaire d'élaborer pour les soignants un guide pratique sur l'utilisation et l'entretien des valves. Ce livret en format poche est un outil d'aide qui permet de choisir, positionner et entretenir les valves sur les lignes veineuses.

CONCLUSION

Ce guide, distribué dans les services, à l'attention des soignants, permet une identification rapide de la valve à choisir, comment l'utiliser et l'entretenir selon les recommandations nationales d'hygiène. Ce guide sera utilisable par tous les établissements quel que soit le fournisseur de valves en place.

P-127

SPONDYLODISCITE À STAPHYLOCOCCUS SACCHAROLYTICUS POST-CIMENTOPLASTIE

*AMBROGI Vanina⁽¹⁾, MASSIP Clémence⁽¹⁾, ALVAREZ Muriel⁽¹⁾, GRARE Marion⁽¹⁾, BASSELERIE Hubert⁽¹⁾, REISZ Émilie⁽¹⁾, HAMMOUCHE Farida⁽¹⁾, PORTAL Margot⁽¹⁾, BRASILES Agnès⁽¹⁾, **VERDEIL Xavier⁽¹⁾**
⁽¹⁾ CHU Toulouse, TOULOUSE, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Staphylococcus saccharolyticus est un cocci Gram +, bactérie aéro anaérobie facultative, présent chez 20 à 24 % de la population (front, aisselles). Ce staphylocoque à coagulase négative peut donner des complications septiques graves (infection osseuse, de prothèse).

Nous rapportons ici un cas de spondylodiscite à *S. saccharolyticus* survenue après cimentoplastie réalisée pour tassement vertébral ostéoporotique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cet évènement indésirable a donné lieu à : un signalement d'infection associée aux soins sur e-SIN, une déclaration de matériovigilance, un audit observationnel de cimentoplasties réalisé par l'IDE hygiéniste en radiologie interventionnelle,

une analyse de risques multi-disciplinaire avec l'équipe mobile d'infectiologie (EMI), la bactériologie, la radio interventionnelle, la rhumatologie, la matériovigilance et l'équipe d'hygiène hospitalière (EOH).

RÉSULTATS

Description du cas : Cet homme de 73 ans, nécessite une cimentoplastie T6 en radiologie interventionnelle pour ostéoporose fracturaire T4-T5-T6. Un syndrome infectieux apparaît 10 jours après (rachialgies inflammatoires, fièvre, frissons). L'IRM réalisée montre une spondylodiscite T6-T7 avec abcès épidual. La culture des flacons anaérobies de 2 paires d'hémocultures retrouve *S. saccharolyticus* méti-S (pousse en 72h). L'apparition de signes neurologiques (globe urinaire, paraparésie) exige une décompression médullaire en urgence : la culture de l'abcès retrouve la même souche de *S. saccharolyticus* méti-S (variant à petites colonies).

L'EOH est informée par l'EMI de la rareté du germe et de la gravité de l'infection. Un signalement e-SIN est fait ; celui de matériovigilance est fait à distance (Ciment F20 Teknimed[®]). Audit observationnel (cimentoplastie) : les pratiques étaient satisfaisantes, la check-list HAS spécifique à la radio interventionnelle était toujours renseignée. Quelques points étaient à améliorer : veiller à changer de gants stériles à chaque temps, ne pas préparer à l'avance la table d'instrumentation, bien positionner le champage pour éviter un décollement.

Analyse de risque multi-disciplinaire : Les facteurs retrouvés étaient : liés au patient (immunodépression), liés aux tâches en radio interventionnelle (non-respect du temps de contact de l'antiseptique, gestion du tablier de protection), liés à l'environnement (matériel mis en place, ouvertures de portes).

CONCLUSION

Cette analyse de risques a permis de faire le point sur les pratiques en radiologie interventionnelle, les procédures invasives rhumatologiques au lit du malade, l'antibioprophylaxie en radiologie interventionnelle (Céfazoline 2g).

P-128

EFFICACITÉ ANTISEPTIQUE DE 5 PROCÉDURES DE DÉSINFECTION CUTANÉE EX VIVO À L'AIDE D'UN MODÈLE EXPÉRIMENTAL

***SANTASOUK Jérôme⁽¹⁾**, BURGER Sandrine⁽¹⁾, FERSING Tania⁽¹⁾, UNTEREINER Cécile⁽¹⁾, HANSSSEN Catherine⁽¹⁾, MEUNIER Olivier⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En parallèle des études in vivo publiées régulièrement sur l'efficacité et la comparaison des procédures pour l'antisepsie

de la peau saine, nous avons testé sur un modèle expérimental les séquences habituellement utilisées en clinique. Nous voulons ainsi vérifier l'intérêt ou non de la phase de déterision avant l'application du produit antiseptique et mesurer l'avantage de l'alcool entrant dans la composition des produits commercialisés. Les conclusions doivent aider l'hygiéniste dans ses choix de produits et procédures.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Des lambeaux de peau de pieds de porc sont utilisés comme modèle expérimental pour l'application de 5 procédures pour l'antisepsie cutanée sur peau saine. Des prélèvements bactériologiques par empreintes gélosées (rendement d'extraction : 11 % reproductible) sont réalisés sur une moitié de chaque lambeau de peau. Les procédures d'antisepsie cutanée différentes (A à E) sont chacune mises en œuvre sur 3 lambeaux. Après séchage complet (temps de contact), un prélèvement bactériologique est réalisé à l'autre moitié des lambeaux. Les prélèvements sont incubés 24h à 37° et les colonies microbiennes sont dénombrées (UFC/cm²). Les moyennes et écarts-types des prélèvements témoins sont comparés aux moyennes et écarts-types des prélèvements après désinfection. Ainsi l'on mesure l'efficacité antiseptique de chaque procédure antiseptique par la réduction logarithmique de la charge microbienne.

RÉSULTATS

Le dénombrement moyen des colonies des géloses témoins est homogène (2.3 log en moyenne, e.t. 0.19). Les réductions de la charge microbienne de chaque procédure sont les suivantes par ordre croissant d'efficacité :

A : 0.14 log (e.t. 0.26) NS ; E : réduction de 0.70 log (e.t. 0.37) p=0.03 ; B : 0.79 log (e.t. 0.78) p=0.03 ; D : 0.81 log (e.t. 0.56) p=0.03 ; C : 1.60 log (e.t. 0.72) p=0.02.

CONCLUSION

La contamination bactérienne naturelle des lambeaux de peau de porc est homogène, stable et suffisamment importante pour mesurer l'efficacité des procédures antiseptiques. La texture est celle d'une peau humaine et le modèle est pertinent pour mesurer l'efficacité des produits appliqués sur la peau saine. Les résultats des différents tests confirment que : 1- les antiseptiques même alcooliques (B, C, D) ne permettent au mieux qu'une réduction d'un log de la charge microbienne de la peau saine ; 2- l'étape de déterision avant la désinfection est essentielle lorsque le produit utilisé n'est pas un antiseptique alcoolique (Procédure E). Un produit commercialisé est très efficace en une seule application (C). En revanche, la procédure A ne semble pas apporter l'efficacité requise.

P-129

SURVEILLANCE PROSPECTIVE DES PICC-LINE

FERSING Tania⁽¹⁾, **HANSEN Catherine**⁽¹⁾, **BURGER Sandrine**⁽¹⁾, **SANTASOUK Jerome**⁽¹⁾, **MEUNIER Olivier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les PICC-Lines trouvent leurs indications de plus en plus fréquemment dans notre établissement. Après avoir proposé des formations aux IDE, évalué leurs connaissances et le respect des pratiques, nous avons mis en place un suivi longitudinal des PICC-Lines posés à l'hôpital sur une période de 6 mois. Nous souhaitons ainsi évaluer l'incidence des complications sur PICC-Line.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Pour chaque PICC-Line posé dans notre hôpital (du 01/01 au 31/07) sont notés : âge, sexe, service, date de pose, côté, marque, nombre de voies, suture et/ou compresse et indications (traitements prévisibles). Puis la surveillance quotidienne porte sur l'état et la réfection du pansement, la fréquence d'utilisation, les prélèvements sanguins, la qualité des rinçages et la description des complications éventuelles. Le recueil d'informations est fait par observation directe par l'EOH du site d'insertion du PICC et du pansement, suivie d'un échange avec les IDE.

RÉSULTATS

58 PICC-Lines posés (54 patients) dans 14 services différents. Les patients sont suivis au cours de leur hospitalisation et 14 patients ont pu être suivis hors hôpital (autre établissement, HAD...). Durée d'utilisation : 1 à 57 j (moy : 12 j). Dans 9 cas, le PICC-Line est arraché par le patient après 1 à 15 j (moy : 6.3 j), 9 patients sont décédés et 1 est perdu de vue. Au final, dans 15 cas, le PICC-Line a été retiré sur prescription à la fin du traitement après 2 à 35 j d'utilisation (moy : 15 j). Pose au bras gauche : 70 % ; PICC fixé par pansement spécifique et points de suture : 45 % ; Compresse masque le point d'insertion 22 %. Indications : capital veineux faible, antibiothérapie, nutrition parentérale, transfusion itérative... Complications : 10 obstructions (15,5 %) ; 5 infections (8,6 %) respectivement à 11, 13, 20, 21 et 25 jours après la pose. Pansement sale : le patient peut rester plusieurs jours avec un pansement sale.

CONCLUSION

Les PICC-Lines sont des dispositifs médicaux sensibles de prescription récente et les IDE ne sont pas tous formés aux exigences de ces cathéters centraux. Par ce suivi longitudinal,

nous voulions avoir des données chiffrées sur le risque de complications pour étayer nos discours par des faits objectifs. Ce suivi quotidien dans les services renseigne l'EOH sur les messages qu'il convient de réitérer tant sur la technique de pose et de fixation (suture) que les impératifs du changement des pansements (dès que sale ou décollé et tous les 7 j), la technique du rinçage pulsé... Ces données intègrent le discours de l'EOH lors des formations et travaux pratiques proposés aux IDE de l'hôpital et du secteur sanitaire.

P-130

VVP : COMPLICATIONS ET FACTEURS DE RISQUE

FERSING Tania⁽¹⁾, MEUNIER Olivier⁽¹⁾, AHO Serge⁽²⁾, HANSSEN Catherine⁽¹⁾, SANTASOUK Jerome⁽¹⁾, BURGER Sandrine⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE ;

⁽²⁾ CHRU Dijon, Dijon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La VVP est un acte de soins très fréquent à l'hôpital. Près de 30 % des patients ont une VVP dès leur admission aux urgences, puis pour les suites de leur prise en charge. Pour éviter que ce soin ne soit banalisé, nous avons réalisé une enquête d'observation des points d'insertion des cathéters pour mesurer le risque infectieux lié à ces dispositifs qui sont autant de portes d'entrées infectieuses potentielles et rechercher les facteurs de risque de complications sur lesquels nous pourrions agir préventivement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'EOH s'est déplacée dans les services pour observer, un jour donné, les points d'insertion des VVP des patients adultes hospitalisés en service de médecine ou chirurgie (exclus : réanimation, consultations, pédiatrie). A l'aide d'une grille diagnostique, nous avons évalué la qualité du pansement et l'état cutané au niveau du point d'insertion. La grille de recueil décrit précisément les éléments cliniques à rechercher et propose des indices :

0 : pour absence de signe clinique,

1 : écoulement, pansement décollé ou sale,

2-0, 2-1, 2-2, 2-3, 2-4 : sensibilité, rougeur, œdème, cordon veineux et/ou pus,

3-0, 3-1 : perfusion para veineuse ou non perméabilité du cathéter. Parallèlement sont notés, pour chaque VVP, la date de pose par rapport à la date de l'enquête, la qualité du capital veineux, le site anatomique et le côté de pose par rapport au côté dominant du patient.

RÉSULTATS

279 VVP ont été ainsi inspectées. 84 % sont en place depuis moins de 96 h. 41 pansements sont sales ou décollés (15 %), l'information a été donnée au service immédiatement pour réfection sans délai. Parmi les complications locales observées, on note : indice 2-0 dans 13 cas, 2-1 dans 2 cas, 2-2 dans 4 cas, 2-3 dans 1 cas et 3-0 dans 1 cas. Ce sont finalement 5 % des VVP qui présentent des signes cliniques mineurs nécessitant une surveillance renforcée et 2,5 % des VVP qui présentent des signes cliniques nécessitant des soins locaux et le retrait du cathéter.

Les complications sont plus fréquentes pour les VVP posées au niveau du poignet (23 %), du côté dominant (8.9 %) et après 2 à 4 jours d'utilisation (13 %). En associant dans un score les éléments sur lesquels l'IDE peut souvent agir : site anatomique, côté/côté dominant, durée, les complications surviennent dans 19 % pour un score > 3/5 (versus 6 % pour un score < 3/5), différence significative.

CONCLUSION

Cette étude nous permet de rappeler les consignes relatives à la qualité de la pose et de l'entretien d'une VVP en se basant sur des résultats d'observations objectives.

P-130

UNE ÉQUIPE PARAMÉDICALE POUR POSE, SUIVI ET SURVEILLANCE DES MIDLINES

POSPISIL Florence⁽¹⁾, MOREAU Alban⁽¹⁾, LAGUIN Stéphanie⁽¹⁾, BOMBAIL Mélanie⁽¹⁾, RAMIER Marie France⁽¹⁾, MICHEL Jean Marc⁽¹⁾, THIBAUT Sébastien⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier Henri Duffaut, Avignon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Mise en place et indications ciblées de Midline par une équipe paramédicale, pour pose de matériel, suivi des équipes et surveillance des patients

L'offre, en voies de longue durée, comprend des chambres implantables, des voies veineuses centrales mises au bloc opératoire, (BO) et des Picc-line en radiologie. L'essai de pose de Midline par des IADE au BO puis en radiologie ensuite, accompagnés par la pharmacie et le SLIN a eu lieu

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le SLIN, la pharmacie et l'équipe d'anesthésie ont proposé un essai de Midline. Un protocole et un algorithme de choix des cathéters sont rédigés. Des formations ont lieu pour les I.A.D.E.S. Un essai de 8 mois s'est déroulé au BO. Les services de soins et les I.D.E. libérales ont été formés par le S.L.I.N. à l'utilisation, l'entretien, la réfection du pansement. Le S.L.I.N.

et une interne en pharmacie ont suivi les patients par le D.P.I. en intra-hospitalier ou à domicile. Un essai de 5 mois s'est déroulé ensuite en radiologie par des manipulateurs radio formés.

RÉSULTATS

Au bloc opératoire, 40 patients ont été suivis pour un Midline posé pour une antibiothérapie prolongée, un capital veineux faible ou des vomissements gravidiques. Ils ont été posés par les I.A.D.E.S en veine basilique, céphalique, médiane, ou humérale. 20 % des Midlines sont en échec de pose et 5 % non fonctionnels à 24 heures. La durée de maintien a été de 12,5 jours.

Le suivi a pu être mené sur 30 dispositifs médicaux. 20 % des patients ont présentés des complications entraînant le retrait du Midline ; à savoir des I.A.S. locales, systémiques ; ou thrombose. En radiologie interventionnelle 41 patients ont reçu un Midline pour une antibiothérapie prolongée, un capital veineux faible, ou autre. Les Midlines ont été posés par les manipulateurs radios, 95 % avec succès, dans la veine basilique, brachiale ou céphalique. La durée de pose a été de 11,5 jours. Le suivi a été effectué pour tous les patients. 12 dispositifs médicaux sur 40 ont été retirés précocement ; 22,5 % des patients ont présenté des complications à type d'infections locales, systémiques, thromboses et obstruction

CONCLUSION

Les résultats sont mitigés et le taux d'infection n'est pas négligeable. Cependant l'établissement de santé a fait le choix de la confiance en l'équipe de manipulateurs radio, dans l'amélioration de son expérience et la poursuite de l'essai du Midline avec une aide à la décision et un projet de création d'une équipe mobile d'accès vasculaire dans l'établissement

P-131bis

PRATIQUES D'HYGIÈNE EN HÉMODIALYSE : ÉTAT DES LIEUX DANS LES UNITÉS PRATIQUANT L'HÉMODIALYSE EN FRANCE.

MARINI Hélène⁽¹⁾, **BELLET Véronique**⁽¹⁾, **WURTZ Blandine**^(1, 2), **COUCHOUD Cécile**⁽²⁾, **LOTTIN Marion**⁽¹⁾, **LEGRIX Marlène**⁽³⁾, **SCHAPMAN Laetitia**⁽⁴⁾, **GUET Laurence**^(1, 5), **BOULET Ludivine**⁽¹⁾, **VERGNES Hervé**⁽⁸⁾, **LEBARON Christine**⁽¹⁾, **CONSIGLIO Mélanie**⁽¹⁾, **VERMEULIN Thomas**⁽⁶⁾, **MAKHLOUFI John**⁽¹⁾, **GÉHANNO Jean-François**⁽¹⁾, **BAGHDADI Nouara**⁽⁷⁾, **EDET Stéphane**^(1, 2), **LE ROY Franck**⁽¹⁾, **MERLE Véronique**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Hôpitaux de Rouen, Rouen Cedex, FRANCE ;

⁽²⁾ Registre REIN-Agence de la Biomédecine, Saint

Denis, FRANCE ; ⁽³⁾ Clinique de l'Europe, Rouen,

FRANCE ; ⁽⁴⁾ Clinique Héméra, Yvetôt, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CPIAS

Normandie, Rouen, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Centre de Lutte Contre

le Cancer Henri Becquerel, Rouen, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CHRU

de Lille, Lille, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CPIAS Occitanie, Toulouse, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hémodialyse (HMD), avec des abords vasculaires (AV) répétés auprès de patients fragiles, est une activité de soin à haut risque infectieux ayant fait l'objet de recommandations de la SF2H en 2005. Depuis, le contexte en matière de prévention et contrôle du risque infectieux (PCI) a évolué avec de nouvelles recommandations (antisepsie cutanée avant geste invasif), de nouveaux matériels et produits, et de nouveaux risques (BHRé). L'objectif de ce travail était de décrire les pratiques et les difficultés en matière de PCI, particulièrement pour les AV, en HMD adulte en France.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un questionnaire décrivant les pratiques de PCI a été élaboré à partir d'une revue de la littérature et en s'appuyant sur le protocole de visite de risque en HMD du GREPHH. Les thèmes abordés étaient la gestion des AV, l'organisation des soins, la formation, les démarches de gestion des risques, l'hygiène des mains, le bionettoyage, les risques professionnels, la prévention de la transmission croisée ; 200 UD ont été tirées au sort parmi les 1189 UD françaises répertoriées par le registre REIN (UD de pédiatrie, de réanimation, de dialyse péritonéale exclusive exclues). Les UD acceptant de participer ont reçu le questionnaire par mail pour préparer les réponses. Elles ont ensuite été contactées par une IDE hygiéniste qui les interrogeait sur leurs éventuelles difficultés en PCI. Les données ont été saisies et analysées sur EpiInfo.

RÉSULTATS

103 UD (35 % centres lourds, 45 % UD médicalisées, 57 % unités d'autodialyse) ont accepté de participer soit 12 % IC95 % [7,2-10,4] des UD françaises) ; 97 % [67,9-84,2] des UD interrogées bénéficiaient d'une EOH, qui participait au remplissage du questionnaire dans 95 % des cas, et à l'entretien téléphonique dans 77 % des cas. Concernant les AV, 83,5 % [75,2-89,8] des UD réalisaient une surveillance des infections sur AV et presque toutes avaient un protocole de branchement de CVC et/ou de fistule artério-veineuse (FAV). Dans 55,4 % des UD utilisant des CVC, le branchement pouvait être réalisé seul, ce qui était critiqué lors des entretiens téléphoniques, cette situation n'étant pas décrite dans le protocole de l'UD dans 76 % des cas. Sur FAV, la technique du boutonhole était utilisée dans 34,3 % [75,2-89,8] des UD, qui rapportaient être insuffisamment formées, et manquer de protocoles pour ce geste.

CONCLUSION

Notre enquête a permis de faire un état des lieux des pratiques d'hygiène en HMD sur le territoire français. Les entretiens téléphoniques ont permis d'identifier des préoccupations et des besoins en matière de PCI en HMD, notamment sur les AV.

P-132

AIDE COGNITIVE POUR PRÉVENIR LE RISQUE INFECTIEUX LIÉ À L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS AU BLOC OPÉRATOIRE

AUSSEL Lina⁽¹⁾, COSTA-COSTA Laurie⁽¹⁾, GODYNS Céline⁽¹⁾, DENYS Benjamin⁽¹⁾, RÉJASSE Anabelle⁽¹⁾, MATHURIN Sylvie⁽¹⁾, D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie⁽¹⁾, LACLAUTRE Nathalie⁽¹⁾, **COUVÉ-DEACON Elodie⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CHU Dupuytren, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2018, selon l'InVS 20 % des patients hospitalisés étaient porteurs d'un cathéter veineux périphérique (CVP) et 7,6 % développaient une infection. En 2017, l'enquête de prévalence de notre hôpital rapportait 31,5 % de patients porteurs de CVP, exposant d'autant plus au risque de bactériémie. Un groupe d'étudiants infirmiers anesthésistes (EIADE) a été constitué pour élaborer un projet d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. L'objectif est d'évaluer l'apport d'un outil cognitif (OC) sur la préparation et l'administration des médicaments injectables au bloc opératoire (BO).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un 1^{er} audit a été effectué utilisant deux grilles évaluant la préparation et l'administration des médicaments. Les résultats

obtenus ont été utilisés pour réaliser un OC sous forme d'affiche, présenté aux IADE lors de deux réunions. L'OC a été affiché dans un sas sur deux des BO adulte et pédiatrique du CHU. Un 2^{ème} audit a été réalisé avec et sans l'affichage de l'OC. Les EIADE ont réalisé les observations et l'analyse des résultats avant présentation, avec et sans l'OC.

RÉSULTATS

Le 1^{er} audit en 2018 comprenait 34 observations puis après affichage de l'OC, le deuxième les 21 et 22/01/2019 comprenait 70 observations, en deux bras : sans (34 observations) et avec l'OC (36 observations). Globalement, nous avons noté une amélioration des pratiques après la présentation de l'OC (figure 1), accentué dans les sas où il est affiché. Le retour d'audit avait eu un impact positif. Pour l'ouverture des ampoules et des flacons, la présence de l'OC faisait augmenter de 10 % la conformité. L'amélioration la plus importante était la conservation des plateaux dans un emballage (de 15 à 41 %). Pour l'administration, les deux axes d'amélioration majeurs étaient la réalisation d'une friction hydroalcoolique avant l'injection (de 8 à 45 %) et la désinfection des robinets (de 0 à 22 %). Enfin, plus de professionnels ont remplacé de bouchon stérile des robinets à chaque injection (0 à 22 %). Certains dispositifs médicaux n'étaient pas en quantité suffisante pour travailler correctement.

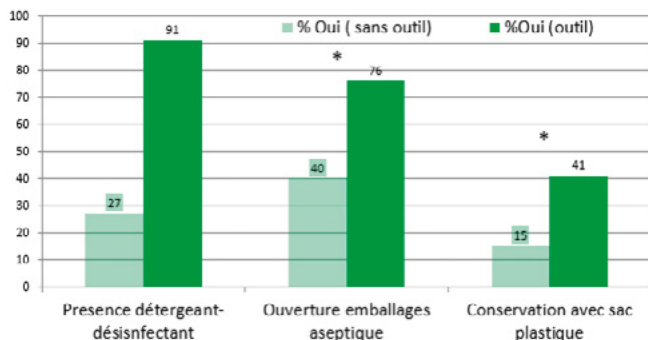
CONCLUSION

En règle générale, les professionnels du BO connaissent les recommandations en matière d'hygiène et d'asepsie, mais une dérive des pratiques survient avec le temps. Nous avons observé une amélioration des pratiques professionnelles suite au retour sur le 1^{er} audit et avec l'utilisation de l'OC, mais les professionnels ne ressentent pas le besoin de l'avoir. Un rappel régulier des pratiques et un travail avec la pharmacie devront être fait.

Apport de l'outil cognitif

* : différence statistiquement significative

Préparation plateau d'anesthésie



Administration des médicaments

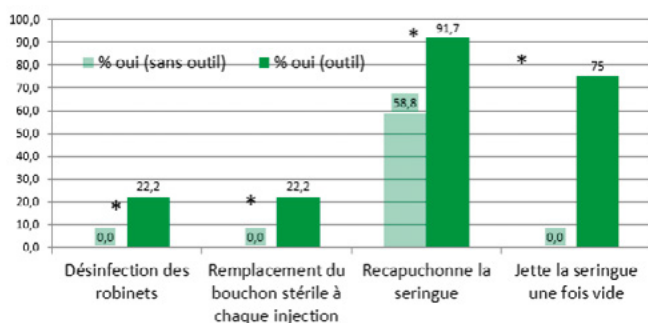


Figure 1. Apport de l'outil cognitif : améliorations significatives dans la préparation du plateau d'anesthésie et l'administration des médicaments

P-133

ÉTAT DES LIEUX SUR LES CONNAISSANCES DES IDE SUR LE PICCLINE

AITBOUHRIM Lalla⁽¹⁾, **DOS-REIS Jennyfer⁽¹⁾**, COLAS Émilie⁽¹⁾, COHEN Thierry⁽¹⁾

⁽¹⁾ CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNALE VILLENEUVE SAINT GEORGES, VILLENEUVE SAINT GEORGES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis Juin 2017, la pharmacie a référencé le PICCline. En coopération avec l'unité d'hygiène, nous avons rédigé les supports de formation des IDE et d'information aux patients. Les difficultés rencontrées par les soignants, nous imposent de réaliser un état des lieux sur les connaissances des IDE. En effet, nous rencontrons un turnover important des équipes soignantes avec une absence de formation continue. De plus, nous enregistrons des cas d'infections sur piccline et d'obstructions répétées de piccline.

L'objectif est d'évaluer les connaissances des IDE sur le PICCline et d'identifier les besoins de formation sur le bon usage de ce dispositif.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un questionnaire élaboré par les pharmaciens et validé par l'hygiéniste, est diffusé aux IDE des services accueillant des patients porteurs de PICCline (maladie infectieuse, gastrologie, pneumologie et cardiologie). Il comporte 3 items : caractéristiques des répondants, connaissances du dispositif et les soins infirmiers associés au PICCline.

RÉSULTATS

Dix-neuf IDE ont répondu dont douze sont récemment diplômés (moins de 3 ans). 18/19 IDE signalent qu'elles n'ont pas eu de formation spécifique. Le protocole d'entretien du PICCline est connu pour 63 % des IDE. La réfection du pansement/stabilisateur est effectuée tous les 7 jours pour 11/19 (57 %) des IDE. Les signes du bon fonctionnement d'un PICCline (reflux, signes inflammatoires) sont connus pour 15/19 (79 %) des répondants. De plus, quatre IDE indiquent que le PICCline correspond à une voie périphérique, et seulement 4/19 IDE changent un pansement souillé. Le protocole de désobstruction est connu chez 7/19 (36 %) des répondants. Les graduations du PICCline ne sont pas vérifiées ni après les soins, ni au retrait.

CONCLUSION

Globalement, les réponses sont conformes aux procédures de soins infirmiers du PICCline. Cependant, l'étude souligne une absence de mesure de la longueur extériorisée du PICCline et une méconnaissance du protocole de désobstruction. Ce travail nous a permis d'affiner un plan de formation adapté aux attentes et besoins des jeunes équipes soignantes. Une évaluation post-formation permettra de mesurer l'intérêt de cette formation et l'évolution des connaissances des IDE sur le PICCline.

P-134

FAUT-IL TRAITER LA BACTÉRIURIE ASYMPTOMATIQUE EN PRÉ OPÉATOIRE ?

CHOUCAIR Jacques⁽¹⁾, BASSIL Yara⁽¹⁾

⁽¹⁾ Université saint joseph, Hôtel dieu de France, Beyrouth, LIBAN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La bactériurie asymptomatique est définie par la présence de plus de 105 CFU de bactéries/ml dans les urines sans symptômes évocateurs d'infection urinaire.

Elle a été longtemps considérée une source d'infection du site opératoire et donc traitée en pré opératoire ce qui n'a pas contribué aux résultats attendus et devenu conflictuel. Ce sujet rarement évoqué dans la littérature nous a conduit à mener une étude afin d'évaluer l'approche pratique de ce sujet.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective consistant à consulter les dossiers de patients devant subir des chirurgies orthopédiques, cardiaques et urinaires afin de déceler la présence de bactériurie asymptomatique puis d'infection du site opératoire. Par la suite, on s'est basé sur les résultats des examens cyto bactériologiques des urines (ECBU) réalisés en pré opératoire et les cultures de plaies en post opératoire. L'étude statistique est faite par le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

90/600 patients opérés pour des chirurgies orthopédiques, cardiovasculaires et uro-génitales ont répondu aux critères d'inclusion dans cette étude. 11 avaient une bactériurie asymptomatique non traitée dont 2 qui ont développé une infection post-opératoire : une infection clinique à culture négative et l'autre causée par un Staphylocoque à coagulase négative qui n'était pas présent dans les urines en pré opératoire.

CONCLUSION

La bactériurie asymptomatique selon nos résultats et ceux publiés dans la majorité des articles évoquant ce sujet, ne doit pas être traitée avant la chirurgie vue qu'elle n'entraîne pas d'infection du site opératoire mis a part les infections urinaires symptomatiques pré opératoires qui doivent être traitées aussitôt.

Il faut traiter la bactériurie asymptomatique uniquement en cas de chirurgies urinaires invasives et chez la femme enceinte. Dans les cas de malades immunodéprimés, la décision de traiter la BA est au cas par cas. D'autre part, la réduction de l'incidence des infections post opératoires nécessite un contrôle rigoureux des facteurs en relation avec le patient, la chirurgie et l'antibioprophylaxie administrée selon la durée et la dose appropriées. Tout cela vise à réduire l'usage inapproprié d'antibiotiques pour pallier au problème de résistance.

Tableau 6: Diagramme des resultants de l'ECBU pre op

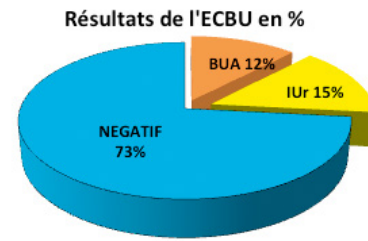
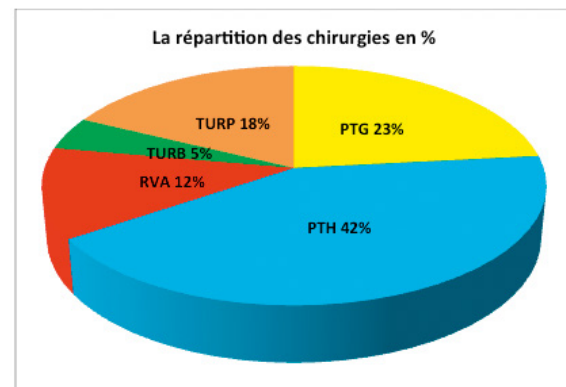


Tableau 7: Les espèces presents en cas d'ABU/UTI

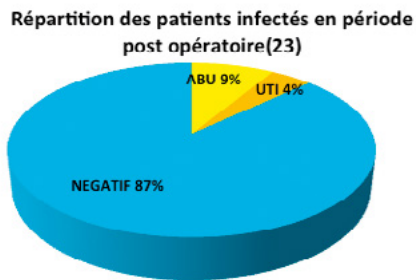
	Espèces présentes			
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	66	73.3	73.3	73.3
E.coli	11	12.2	12.2	85.6
E.coli BLSE	4	4.4	4.4	90.0
K.pneumoniae	1	1.1	1.1	91.1
K.pneumoniae BLSE	1	1.1	1.1	92.2
P.aeruginosa	2	2.2	2.2	94.4
P.mirabilis	3	3.3	3.3	97.8
P.mirabilis/E.coliBLSE	1	1.1	1.1	98.9
Polymorphe	1	1.1	1.1	100.0
Total	90	100.0	100.0	

Résultats des ECBU en pre opératoire

Répartition des patients selon les différentes chirurgies	
Prothese totale de la hanche (PTH)	38
Prothese totale du genou (PTG)	21
Resection trans uretrale de la prostate (TURP)	16
Resection trans uretrale de la vessie (TURB)	4
Remplacement valvulaire (RV)	11



La répartition des malades selon le type de chirurgie



Les patients infectés en post opératoire

		Traités ou non		Total	
		non	oui		
ECBU(- ou ABU ou UTI)	ABU	1	10	0	11
	Negatif	66	0	0	66
	UTI	0	0	13	13
Total		67	10	13	90

Le taux d'infections chez les patients infectés urinaires ou porteurs de bactériurie asymptomatique

P-135

LES OLYMPIADES DE L'HYGIÈNE : UN PROGRAMME D'HYGIÈNE LUDIQUE SUR 1 AN !

LEDUC Pierre⁽¹⁾, BAZIRE Nathalie⁽¹⁾, MORCET Ninette⁽¹⁾, LE BIHAN Marie-Renée⁽¹⁾, HILAIRE Jean-Christophe⁽¹⁾, **NEULIER-LOZINSKI Caroline⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CH de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'EOH a mis en place un programme de communication ludique mensuelle sur 1 an pour améliorer les pratiques sur la tenue professionnelle (TP), les précautions standard (PS) et complémentaires (PC).

MATÉRIEL & MÉTHODES

En mars/avril 2019 un état des lieux pré-campagne est effectué avec un audit sur la TP et freins aux SHA. Ce programme organisé sous forme de jeux a pour but de fédérer les services autour de messages simples d'hygiène tout en changeant les modes de communication usuels. La participation aux actions et les bonnes réponses sont récompensées par des points permettant un classement des équipes. Les olympiades de l'hygiène ont démarré avec un concours de slogans sur l'hygiène des mains (HDM) pour la journée du 5 mai puis se sont poursuivies par des actions mensuelles de l'EOH. Une remise officielle aux 3 meilleures équipes de médailles et de lots aura lieu en mai 2020. Un bilan de l'apport de cette campagne sera réalisé en avril 2020 : nouvel audit TP et freins aux SHA, évolution de l'ICSHA, questionnaire d'évaluation de cette campagne.

Mai/septembre 2019, février 2020 : Chariot itinérant sur HDM avec caisson pédagogique, opération zéro bijou avec boîtes de pétri, jeu de mise en situation sur PS et PC.

Juin/juillet/août 2019 : Affiche humoristique avec teasing en 2 temps sur la TP, affiches sur HDM avec les 2 slogans gagnants.

Octobre/novembre/décembre 2019, mars 2020 : quiz sur les gants, masques, SHA et PS. Chaque quiz rappelle un jeu de société.

Janvier 2020 : question hebdomadaire disponible sur le site intranet de l'EOH dont l'objectif est de faire connaître le site et ses onglets.

Mars 2020 : participation des usagers avec un set de table sur l'hygiène.

RÉSULTATS

Nos audits pré-campagne montrent que les équipes connaissent les indications des SHA mais beaucoup de questions sur la tolérance et toxicité. ICSHA est en baisse dans de nombreux services malgré des resensibilisations des équipes. Seuls 48.8 % des soignants audités (N=646) ont une TP totalement conforme (tenue, bijoux, cheveux, ongles). Il y a eu une bonne participation à nos actions : 52 slogans proposés lors du concours, en moyenne 300 participants à chaque chariot avec beaucoup d'échanges lors de ces moments, 100 quiz en moyenne remplis par jeu. Les affiches en 2 temps ont suscité beaucoup de discussions.

CONCLUSION

Les équipes semblent apprécier ce nouveau mode de communication. Nous avons déjà pu constater quelques changements de comportement notamment vis-à-vis des bijoux. Le jeu et la compétition permettent de fédérer les services autour de l'hygiène. Nos évaluations d'avril permettront de conforter ces premiers résultats.

P-136

LE MYSTÈRE DE LA CHAMBRE 512

BRIDEY Céline⁽¹⁾, LIZON Julie⁽¹⁾, CHARMILLON Alexandre⁽¹⁾, LEGOFF Antoine⁽¹⁾, COLOMBO Murielle⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CHRU de Nancy, Vandoeuvre les Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La semaine sécurité patient permet de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé aux enjeux de la sécurité des soins. Le cru 2019 avait pour thème « le bon usage des antibiotiques (ATB) » pour contribuer à lutter contre l'antibiorésistance. Ce travail avait pour objectif de créer et de mettre en place

un serious game à l'échelle d'un groupement hospitalier territorial (GHT) pendant cette semaine.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un escape game a été choisi comme format d'action afin de sensibiliser les professionnels de santé et usagers aux risques inhérents à la prise en charge des patients. Un groupe de travail pluridisciplinaire, constitué de professionnels des différents établissements du GHT, a été constitué afin d'élaborer le scénario du jeu en partenariat avec une société extérieure. Pour compléter l'action, des jeux ludiques sur le bon usage des antibiotiques et l'antibiorésistance ont été mis en place. Une large communication a été déployée sur tous les établissements du GHT : affiches, posters, flyers, réalisation d'un teaser.

RÉSULTATS

1 009 participants ont été plongés dans l'univers de la chambre 512, 30 minutes avant la chute de la patiente. Les équipes, composées de 5 participants, ont dû résoudre différentes énigmes pour découvrir la cause de la chute dans un temps imparti. Des indices étaient cachés et éparpillés afin d'obtenir des codes secrets. L'équipe devait par exemple reconstituer une affiche avec les différentes étapes de la friction hydro-alcoolique pour récupérer un code. La phase de jeu était suivie d'un débriefing qui permettait d'aborder et d'échanger sur les 11 risques ou erreurs ou thèmes de prévention intégrés au jeu. A la sortie de l'escape game, les participants étaient sensibilisés au bon usage des antibiotiques et l'antibiorésistance par la réalisation de jeux ludiques, comme retrouver l'origine virale ou bactérienne des pathologies à l'aide de vignettes à remettre au bon endroit. Des messages clés sur ces deux thèmes étaient diffusés via une vidéo en continu et retranscrits sur un flyer distribué à l'ensemble des participants.

CONCLUSION

Cette formule d'action a permis de sensibiliser les usagers, le grand public et plus de 1000 professionnels de santé toutes catégories professionnelles confondues sur les risques inhérents à la prise en charge des patients et au bon usage des ATB. Cet escape game a été très apprécié car il a permis également de mettre en place un esprit d'équipe, une entraide et favoriser la communication entre les membres d'une équipe en apprenant tout en s'amusant.

P-137

LA CLASSE INVERSÉE : MÉTHODE PÉDAGOGIQUE APPLIQUÉE À L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

CALVEZ Maryse⁽⁵⁾, COHEN Franck⁽¹⁾, DIARTE Elsa⁽⁴⁾, DUBOUIL Sophie⁽³⁾, HAVET Frédérique⁽⁵⁾, JOBARD Sophie⁽²⁾, LAGADEC Nicole⁽³⁾, LE GRAND Valérie⁽⁵⁾, LESCOUR Françoise⁽⁶⁾, LORGUILLOUS Patricia⁽²⁾, **MARIE Véronique**⁽¹⁾, ROUZAULT Aurélie⁽³⁾, TALBOURDET Aurélie⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Yves Le Foll, Saint-Brieuc, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier Guingamp, Guingamp, FRANCE ;

⁽³⁾ Centre Hospitalier De Lannion, Lannion, FRANCE ;

⁽⁴⁾ Centre Hospitalier De Treguier, Treguier, FRANCE ;

⁽⁵⁾ Centre Hospitalier De Paimpol, Paimpol, FRANCE ;

⁽⁶⁾ Centre Hospitalier De Begard, Begard, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'harmonisation des contenus de formation au sein des Instituts de Formation des Professionnels de Santé (IFPS) et dans un souci de rendre nos formations dynamiques et centrées sur la pratique soignante, les Équipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH) du territoire ont souhaité expérimenter la pédagogie inversée. Ce modèle vise à prendre connaissance de la théorie en amont, à travers différents supports tels que de courtes vidéos (capsules), puis de consacrer les séances en présentielle à des mises en pratiques. L'objectif de ce travail est de rapporter notre expérience dans l'utilisation de cette méthode comme modèle d'apprentissage en hygiène hospitalière sur la thématique de l'hygiène buccodentaire, sujet souvent délaissé dans les instituts de formation et sur lequel nous travaillons depuis plusieurs années.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un groupe de travail a été constitué, composé des EOH des 6 établissements du territoire, de l'IFPS de l'établissement support ainsi que de 2 étudiants en licence professionnelle audiovisuelle. Au total, quatre journées ont été nécessaires pour définir le contenu des capsules, rédiger le story-board puis réaliser le tournage des vidéos. Le matériel multimédia était fourni par l'université dans le cadre de la licence des étudiants. Les enregistrements ont eu lieu au sein des locaux de l'IFPS.

RÉSULTATS

Au total, 9 capsules ont été réalisées comme « la physiologie de la cavité buccale », « le soin de bouche », ... Elles durent en moyenne 4 minutes. Les étudiants de l'IFPS ont pris connaissance de l'apport théorique par le visionnage des capsules (durée : 30 minutes) sur un temps dédié au sein de

l'IFPS. La mise en application s'est déroulée à distance sur une séance de 2h30. Un premier temps est consacré à des questions éventuelles sur la théorie, le second temps est dédié à des mises en situation pratique au travers d'ateliers : réalisation d'un soin de bouche, utilisation de la grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire, entretien de prothèses dentaires...

CONCLUSION

Le modèle de la pédagogie inversée répond aux attentes des EOH et des étudiants aides-soignants pour qui l'apprentissage des mesures d'hygiène est plus concret. Cette méthode a toute sa place au sein de la formation continue des professionnels de santé. Nous travaillons avec les services de formation continue, la direction des ressources humaines et les services informatiques pour déployer ces capsules dans le cadre de la mise en place du e-learning. Ainsi, les étudiants et professionnels de santé bénéficieront de la même formation sur ce thème.

P-139

JOUER POUR MIEUX RÉVISER LES PRÉCAUTIONS STANDARD

VENIER Anne-Gaëlle⁽¹⁾, **NASSO Raymond**⁽²⁾, **JARRIGE Bruno**⁽²⁾, **PARNEIX Pierre**⁽¹⁾, **BERVAS Caroline**⁽¹⁾, **PEFAU Muriel**⁽¹⁾, **GAUTIER Christophe**⁽¹⁾, **GUINEL Sandrine**⁽²⁾, **DUTRECH Rachel**⁽¹⁾, **REYREAU Emmanuelle**⁽¹⁾, **BAROUX Romane**⁽¹⁾, **NION-HUANG Michèle**⁽³⁾, **LEON Audrey**⁽³⁾, **DUMARTIN Catherine**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, FRANCE ; ⁽²⁾ CPias Iles de Guadeloupe, Pointe à Pitre, FRANCE ; ⁽³⁾ Santé Publique France, Saint Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les précautions standard sont les mesures d'hygiène à appliquer par tout soignant pour tout patient en tout lieu de soin. Pourtant, en fin de formation initiale ou après des années d'exercice professionnel, elles peuvent être mal connues et mal appliquées. Un outil ludo-éducatif innovant a été créé et mis à disposition des professionnels de santé et usagers pour permettre de les réviser et d'ancrer les connaissances.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cet outil est un jeu sérieux gratuit utilisable par tous. Il est disponible en ligne ou téléchargeable, partageable avec toute plateforme d'enseignement de type moodle existante. Basé sur les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, il a été conçu pour activer les mécanismes d'apprentissage chez le joueur. Dans un environnement inspiré de la science-fiction, le joueur choisit de vivre son

expérience en tant que médecin ou patient, choisit un univers (établissement de santé, établissement médico-social ou ville) pour en gagner le passeport et devient le maître des précautions standard en remportant tous les passeports (diplôme nominatif d'attestation de réussite). Une salle d'entraînement permet de réviser spécifiquement l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, la tenue vestimentaire, ou le risque d'exposition aux produits biologiques.

RÉSULTATS

De juillet 2018 à décembre 2019, 5206 joueurs ont été recensés dont 2118 médicaux et 2273 paramédicaux et 72 représentants d'usagers, majoritairement issus du secteur sanitaire (78 %). Près de 3000 joueurs ont obtenu au moins un passeport, dont 1168 avec au moins 3 passeports (= diplôme). Près de 500 ont obtenu un trophée en salle d'entraînement. La répartition des joueurs sur le territoire note des disparités avec un maximum de joueurs dans huit régions : Nouvelle-Aquitaine, Ile de France, Hauts de France, Grand-Est, Auvergne Rhône-Alpes, Occitanie et Provence Alpes Côte d'Azur et Centre Val de Loire. Le caractère moodle du jeu a permis son partage avec 5 universités et un groupement régional d'instituts de formation en soins infirmiers. Une équipe support assure le soutien aux utilisateurs et a pu aider spécifiquement une cinquantaine de structures dans leur stratégie pédagogique.

CONCLUSION

Au final l'outil voit son utilisation mensuelle augmenter. Il peut encore être promu en régions, dans les établissements de santé, médico-sociaux, universités et écoles, par les hygiénistes, CPias et associations d'usagers. Pour augmenter son audience une application mobile sera proposée en 2021. Une évaluation de son impact sur les pratiques réelles est aussi en cours.

P-140

PARTENARIAT IFSI - EOH : SENSIBILISER DÈS LA FORMATION INITIALE

ROBERT Marion⁽¹⁾, **DUSART Karine**⁽¹⁾, **GUFFRE Nadège**⁽¹⁾, **RENAUD Amélie**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Douai, Douai, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2016 a été mis en place un partenariat entre notre Centre Hospitalier et un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Ce programme impliquant la direction des soins, la direction de la qualité et l'EOH s'étale sur les trois ans de formation et vise à l'amélioration de la qualité des soins. En première année, l'objectif du partenariat est de sensibiliser

à l'hygiène hospitalière les stagiaires d'aujourd'hui et les professionnels de demain.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le partenariat prévoit une formation théorique auprès des étudiants de première année. Celle-ci est dispensée au cours du premier semestre par les membres de l'EOH. Les formations portent sur les bases d'hygiène hospitalière, l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins, les précautions standard et complémentaires.

Au cours du deuxième semestre, une mise en situation leur est proposée. Elle consiste en la mise en place d'un audit sur la tenue professionnelle des équipes paramédicales du centre hospitalier. Les étudiants sont formés au préalable sur la posture de l'auditeur par les professionnels de l'EOH et de la direction de la qualité. Des groupes de travail sont constitués pour préparer ces audits : critères à auditer, mode de recueil et d'analyse des données. Les étudiants réalisent les observations en binôme. Les données sont ensuite vérifiées par l'EOH. L'analyse et la restitution sont réalisées en collaboration entre l'IFSI et l'EOH.

RÉSULTATS

La formation théorique est dispensée sous la forme suivante : Deux séances de cours magistraux (soit 6h30)

Une séance de quizz (3h)

Une demi-journée de travaux pratiques soit 5 ateliers (bon usage des équipements de protection individuelle, hygiène des mains, bionettoyage...)

Une séance de cas cliniques sur le choix des précautions complémentaires à mettre en place (3h)

Concernant l'audit tenue, le partenariat a permis d'auditer 616 professionnels paramédicaux en 2017, 582 en 2018 et 518 en 2019. Les observations sont réalisées de jour comme de nuit.

CONCLUSION

Le partenariat sous sa forme actuelle répond aux attentes des formateurs de l'IFSI, des étudiants et des professionnels de l'EOH. La formation théorique permet aux étudiants d'être sensibilisés à l'hygiène hospitalière avant de commencer les stages de mise en pratique. La réalisation de l'audit permet de sensibiliser à la fois les étudiants et les professionnels de notre centre hospitalier. De plus, cela permet aux étudiants de se familiariser avec la méthodologie de l'audit et les bases de la qualité.

P-141

HYGIÉNISTES : ENTRE DÉSIRS, ASPIRATIONS ET RÉALITÉ DE TERRAIN

ARDICHEN Eva⁽¹⁾, *NASSO Raymond*⁽²⁾, *BAROUX Romane*⁽¹⁾, *NION-HUANG Michèle*⁽³⁾, *JARRIGE Bruno*⁽²⁾, *PARNEIX Pierre*⁽¹⁾, *DUMARTIN Catherine*⁽¹⁾, ***VENIER Anne-Gaëlle***⁽¹⁾

⁽¹⁾ *CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, FRANCE* ; ⁽²⁾ *CPias Iles de Guadeloupe, Pointe à Pitre, FRANCE* ; ⁽³⁾ *Santé Publique France, Saint Maurice, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le référentiel métier des professionnels de prévention des infections associées aux soins définit le périmètre d'action et le socle de compétence de cette profession passionnante, mais, sur le terrain, qu'en est-il vraiment ? Les hygiénistes de terrain sont à écouter pour permettre d'adapter les outils nationaux et régionaux à leur réalité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A l'occasion du XXX^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière à Strasbourg, des entretiens semi-dirigés ont été menés par une psychologue clinicienne auprès de 20 professionnels de terrain. Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat. La grille d'entretien questionnait les raisons pour lesquels ces professionnels avaient choisi cette voie, leurs aspirations et préoccupations principales, les actions qu'ils parvenaient à mettre en place, ainsi que les freins qu'ils rencontraient dans leur pratique quotidienne. Les entretiens ont été analysés de façon qualitative.

RÉSULTATS

Le choix de la spécialité était volontaire pour 60 % des professionnels interrogés, pour faire de la formation (30 %), pour le caractère transversal et humain de cette spécialité (30 %) et pour l'intérêt porté aux maladies infectieuses (30 %). Les préoccupations principales étaient la maîtrise du risque infectieux (35 %), l'amélioration de la qualité des soins (20 %), réussir à impliquer les professionnels sans les contraindre (20 %) ; 10 % ont cité l'intérêt du patient. Leurs actions étaient majoritairement des actions de formation et d'information (100 %), mais aussi d'évaluation (60 %), de réflexion (45 %), de gestion environnementale (35 %) et d'investigation (20 %) ; 15 % avaient des contacts fréquents avec les professionnels de terrain. Les freins auxquels ils étaient confrontés étaient institutionnels, telles que le manque régulier de soutien de l'institution (90 %), le manque de temps dédié (60 %) et le manque de moyens (35 %). Les freins étaient aussi individuels, avec des professionnels de terrain décrits

comme pouvant manquer d'intérêt ou d'implication, résistants au changement et aux messages (80 %). Ils étaient 70 % à expérimenter régulièrement des difficultés personnelles de communication avec les autres professionnels.

CONCLUSION

Cette étude montre un désir fort d'une culture commune du risque infectieux et des actions transversales diversifiées. Cependant, les hygiénistes se trouvent confrontés à des difficultés de terrain pour lesquelles des solutions peuvent être trouvées en matière d'outils et de conditions de travail. Ces résultats pourront orienter les outils nationaux et régionaux à venir.

P-142

DÉTERMINANTS DES PRATIQUES PRÉVENTIVES DU PÉRIL FÉCAL CHEZ LES SOIGNANTS

ARDICHEN Eva⁽¹⁾, NASSO Raymond⁽²⁾, JARRIGE Bruno⁽²⁾, PARNEIX Pierre⁽¹⁾, DUMARTIN Catherine⁽¹⁾, BROC Guillaume⁽⁴⁾, QUINTARD Bruno⁽³⁾, **VENIER Anne-Gaëlle**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, FRANCE ;

⁽²⁾ CPias Iles de Guadeloupe, Pointe à Pitre, FRANCE ;

⁽³⁾ Département de psychologie de la santé, université Bordeaux Segalen, Bordeaux, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Université Paul-Valéry Montpellier 3, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Prévenir l'apparition et la transmission de germes fécaux représente un défi complexe dans la prévention des infections et la sécurité du patient : une bonne observance des précautions standards et complémentaires est un enjeu majeur. Cependant, la littérature montre que les professionnels de santé éprouvent des difficultés au respect des recommandations. Cette étude a pour objectif de mettre en lumière une meilleure compréhension de pratiques des soignants, de leurs freins et de leurs leviers, concernant cette problématique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Dans cette optique, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de professionnels de santé dans deux régions. Quinze entretiens individuels et trois focus groupes (totalisant 12 soignants) ont été conduits puis analysés. La grille d'entretien investiguait notamment les aspects représentationnels des germes et virus fécaux, la perception du risque, les moyens préventifs mis en place pour éviter leur apparition et propagation, ainsi que les freins à

l'observance des recommandations. Des analyses thématiques et lexicographiques ont ensuite été réalisées.

RÉSULTATS

Les résultats montrent que la visibilité des cas, des symptômes et certaines caractéristiques du patient influencent la perception du risque de transmission. Le type de bactérie, de service et de profession amène aussi à une variation de l'évaluation du danger. Pour y faire face, les soignants préconisent une prévention en amont, notamment par une vigilance accrue des pratiques d'hygiène recommandées, ainsi qu'un matériel adapté et une bonne utilisation de celui-ci. Pour limiter la propagation, ils soulignent l'importance d'une bonne identification du patient et un bon respect des précautions complémentaires. Cependant, la compliance aux recommandations semble relever de facteurs individuels, notamment un manque de connaissances participant au manque d'intérêt et à un risque minimisé, ainsi qu'une difficulté de remise en question des pratiques. Des facteurs institutionnels tels que des contraintes temporelles liées à un manque d'effectif sont également mis en lumière, ainsi qu'un manque de moyens et parfois des difficultés d'identification du patient.

CONCLUSION

L'observance des recommandations préventives concernant le péril fécal apparaît être un problème multifactoriel. Des stratégies de prévention efficaces et durables ont en ce sens été proposées, ciblant tant le niveau management que soignant, notamment dans une logique de formation et de communication.

P-143

« NUDGE MANAGEMENT DE LA FONCTION ASH PAR UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA FORMATION CONTINUE »

BAHEUX SAHEB Sandrine⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier universitaire de Guadeloupe, Pointe-à-Pitre, GUADELOUPE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'incendie qui a assombri l'image médiatique de notre établissement en 2017 a mis en exergue des problématiques en rapport avec l'entretien des locaux : absence de formations des agents des services hospitaliers (ASH) depuis 2015, non-respect des procédures et défaut de matériel.

La direction s'est donc fixée un objectif celui d'« Hôpital propre » afin de redonner confiance aux différents acteurs. Fin

2018, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) a eu pour mission de reformer la totalité des ASH.

A l'instar des autres catégories professionnelles, l'ASH est le seul à ne pas bénéficier d'une formation diplômante. Ces manques de repères ne facilitent pas son intégration au sein des équipes soignantes, et génèrent une démotivation liée à un manque de valorisation de la fonction ASH.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Comment accompagner l'encadrement et lui fournir les leviers managériaux nécessaires pour assurer la qualité des soins dans un environnement maîtrisé ?

L'EOHH a choisi d'abandonner la forme traditionnelle qui consistait à regrouper les ASH sur une journée avec une présentation magistrale et a proposé une formation expérientielle. Le contenu de la formation a été adapté aux spécificités polaires avec un apport théorique et des ateliers pratiques à distance (exercices de mise en situation, chambres des erreurs...)

L'objectif pédagogique était de permettre à l'apprenant d'assurer l'entretien des locaux et l'hygiène autour du repas en maîtrisant le risque infectieux.

Les objectifs spécifiques ont été définis afin de diriger les ASH vers une analyse réflexive et de les amener à une autoévaluation pour réajuster leurs pratiques.

Les ASH ont bénéficié de 8 heures de formation réparties en 3 ou 4 séquences comptant 15 participants au maximum afin de favoriser les échanges et de mieux connaître les difficultés des agents.

Un questionnaire de satisfaction et une attestation ont été remis aux ASH ayant suivi la totalité des séquences.

Une analyse par pôle a été restituée aux cadres en réunion de direction.

RÉSULTATS

Cette nouvelle approche pédagogique est plus chronophage mais permet de remobiliser les connaissances des apprenants à chaque séquence.

Axée sur le « Nudge Management », elle permet un réajustement avec les cadres de proximité par rapport aux écarts de pratique, au bon usage du matériel et à la traçabilité. Tous les agents ont été satisfaits et souhaitent poursuivre ce modèle de formation.

CONCLUSION

Aujourd'hui, grâce à des bases constructives nous pouvons poursuivre nos objectifs et réaliser un plan d'entretien des locaux en collaboration avec l'encadrement et les ASH de chaque unité.

P-143bis

UN JEU SÉRIEUX INNOVANT EN HYGIÈNE : ESCAPE GAME VIRTUEL « CRISE SUR L'ÎLE ALPHA »

PETEL Tristan⁽¹⁾, **MARINI Hélène**⁽¹⁾, **SYRYKH Sandrine**⁽²⁾, **GILES Murielle**⁽²⁾, **LOTTIN Marion**⁽¹⁾, **GUNDERMANN Nicole**⁽¹⁾, **CHEINISSE Véronique**⁽¹⁾, **MOREL Dany**⁽³⁾, **VINCENT Wilfried**⁽³⁾, **MERLE Véronique**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Hôpitaux de Rouen, Rouen Cedex, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre de Formation Continue de l'Université de Rouen - Normandie, Mont Saint Aignan, FRANCE ;

⁽³⁾ Lycée Gustave Flaubert, Rouen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'utilisation des jeux sérieux en hygiène est croissante. Les escape games (EG) se développent en présentiel, mais sont chronophages et mobilisent plusieurs formateurs pour un nombre restreint de formés. Nous avons créé un EG virtuel sur les précautions standard et complémentaires (PS, PC), dont nous rapportons ici l'évaluation.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un scénario a été élaboré : le joueur, enfermé dans le cabinet du Pr Carbavanko, doit en sortir en moins d'une heure en résolvant 5 énigmes mobilisant ses connaissances sur les PS et PC. Le scénario a été transcrit sur un logiciel permettant de rendre l'EG jouable sur ordinateur, seul ou à plusieurs, en présentiel ou à distance. L'EG se termine par un feedback des performances du/des joueur(s) et un débriefing permettant de confirmer et d'approfondir les connaissances en fonction des points faibles et forts. Nous avons évalué cet EG dans trois promotions d'étudiants : imagerie médicale (formation initiale), IBODE (formation spécialisée), DU de prévention des infections nosocomiales (formation continue). Selon le modèle de Kirkpatrick, l'évaluation reposait sur un test de connaissance avant/après EG (20 questions donnant une note sur 20), et un questionnaire de satisfaction (8 items, dont satisfaction globale, expérience de jeu, intérêt du debriefing, impact perçu sur la mise à jour des connaissances, notés sur 10).

RÉSULTATS

47 étudiants ont participé à l'évaluation de l'EG : 25 étudiants de 1^{ère} année d'imagerie et 16 étudiants IBODE de 2^{ème} année ayant joué en présentiel, et 6 étudiants de DU ayant joué à distance. La note globale de connaissances était significativement améliorée après l'EG (moyenne de 12,3 après l'EG vs. 10.2 avant, p=0,001, test de Wilcoxon). Par exemple, le port de gants non systématique dans les

PCC (70 % après vs. 23 % avant, $p < 0,001$ test de Fisher), et l'association PS et PCA pour la rougeole (30 % après vs. 8 % avant, $p = 0,01$ test de Fisher) étaient mieux connus après. Les médianes de satisfaction globale, de perception de mise à jour des connaissances, d'intérêt pour le jeu étaient respectivement de 8, 9 et 9.

CONCLUSION

Notre EG virtuel est un outil innovant, qui permet d'améliorer les connaissances des étudiants sur les PS et PC en formation initiale et continue, et pourrait être utilisé pour l'ensemble des professions de santé. La satisfaction des étudiants après EG était excellente, même si quelques bugs, maintenant corrigés, sont venus perturber l'expérience de jeu. Des améliorations prenant en compte les résultats de l'évaluation continuent d'être apportées ; l'EG pourra prochainement être réalisé sur tablette.



L'affiche de l'Escape Game



Une scène du jeu : le cabinet du Pr Carbavanko où se déroule l'escape game



Une énigme : la bonne hygiène des mains pour le bon soin



Les étudiants à l'épreuve de l'escape game

P-144

UN MOYEN DE COMMUNICATION ORIGINAL SUR LE BON USAGE DES BANDETTES URINAIRES EN EHPAD

VERNOTTE Emmanuelle⁽¹⁾, **TENDRON Valérie**⁽²⁾, **FAUCHE Karine**^(1,2), **BOTHUAN Véronique**⁽²⁾, **BERGERON LE DEUT Hélène**⁽²⁾, **PELTIER Sandra**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier du Penthièvre et du Poudouvre, **QUINTIN, FRANCE** ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier du Penthièvre et du Poudouvre, **LAMBALLE, FRANCE**

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections urinaires en EHPAD sont particulièrement fréquentes. Leur diagnostic chez la personne âgée est complexe et peut entraîner par excès une antibiothérapie inutile. Face à une présence médicale ponctuelle, infirmier(e)s (IDE) et aide-soignant(e)s (AS) se trouvent souvent dans l'obligation d'assurer la prise en charge précoce des infections urinaires. Il était donc important de connaître leurs pratiques pour les guider au mieux dans la démarche diagnostique.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Deux enquêtes ont été menées en parallèle dans nos EHPAD qui comptent 763 lits :

- un questionnaire de pratiques professionnelles à destination des IDE et AS concernant les BU (bandelettes urinaires) et les ECBU (examen cytobactériologique des urines)
- un audit rétrospectif de dossiers des résidents ayant eu un ECBU dans les trois derniers mois de l'année 2018.

RÉSULTATS

Nous avons choisi d'orienter d'abord notre réflexion sur une étape clef dans le diagnostic d'une infection urinaire : la BU. D'après l'audit de dossiers, la décision de réaliser une BU est prise par le médecin dans 51 % des cas puis par l'IDE (35 %) et enfin par l'AS (14 %). Par contre, l'acte est essentiellement infirmier (81 %) mais peut être aussi effectué par l'AS (19 %). Le questionnaire de pratique a mis en évidence des connaissances parfois imprécises sur les éléments à prendre en considération avant la réalisation d'une BU (plus de 80 % des soignants pensent que des urines malodorantes sont un motif à cet examen).

De ces constats a émergé l'idée de communiquer sur le bon usage des bandelettes urinaires au plus près de leur utilisation, en imaginant une « sur-boîte » dans laquelle serait glissée celle présente dans les chariots de soins et qui rappellerait ainsi les critères d'utilisation.

Nous avons présenté un premier prototype à différentes instances pour valider les informations inscrites sur la boîte, en accord avec les dernières recommandations sur le sujet. Une période d'essai s'est ensuite déroulée dans un service et en accord avec les remarques rapportées, la sur-boîte ou « BU-box » a été modifiée pour être ensuite diffusée à l'ensemble des services.

CONCLUSION

Distinguer une infection urinaire d'une simple colonisation représente un véritable enjeu chez la personne âgée, afin de réserver les traitements anti-infectieux aux seules infections. En EHPAD, les IDE et AS doivent donc avoir les bons réflexes concernant l'usage des BU. La « BU-box » est un outil que nous leur proposons et qui s'intègre dans une démarche ayant pour objectif la pertinence de la réalisation des ECBU.



BU-box

P-146

FORMATION AUX PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES EN RÉANIMATION PAR LA CHAMBRE DES ERREURS

LE QUILLIEC Nadia⁽¹⁾, POUJAUD Virginie⁽¹⁾, EON Laura⁽¹⁾, RÉNIER Charline⁽¹⁾, BAUDOUIIN Amélie⁽¹⁾, KOUATCHET Achille⁽¹⁾, **LEGEAY Clément**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU d'Angers, Angers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En réanimation, la prévalence des bactéries multi-résistantes, ainsi que les tableaux infectieux variés, exigent aussi une bonne appropriation des précautions complémentaires (PC) de type contact (PCC), gouttelettes (PCG) et air (PCA), ainsi que des précautions spécifiques (pour *Clostridium difficile* ou la gale - PCS). Cette étude a pour objectif d'évaluer l'amélioration du niveau de connaissance autour des PC, des soignants en réanimation médicale (RM) après une formation par la chambre des erreurs.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Du 08/04/2019 au 03/05/2019 un questionnaire de 66 questions thématiques portant sur les précautions standard, PCC, PCS, PCA, PCG mais également sur l'isolement protecteur a été remis au personnel (infirmiers et cadres - IDE, aide-soignant -AS et médecins et internes - MED) de 3 unités de RM (3 fois 8 lits), l'unité de soins continue (10 lits) et le caisson hyperbare.

Ensuite, 3 chambres des erreurs ont été installées. Une sur les PCC/PCG (scénario bactérie hautement résistante émergente - BHRé et Grippe), une sur les PCS (scénario *Clostridium difficile*) et une sur les PCA (scénario tuberculose). De 7 à 8 erreurs devaient être identifiées dans chacune de ces chambres. 8 soignants pouvaient participer par rotation, sur un temps

total de 45 min (5 de briefing, 10 min dans la chambre et 15 min de débriefing).

Un second tour du même questionnaire a été distribué au personnel de la réanimation du 25/11/2019 au 20/12/2019. Les résultats ont été comparés par test du Khi² ou test exact de Fisher.

RÉSULTATS

Du 26/07/2019 au 06/09/2019, 81 soignants ont été passés par les 3 chambres des erreurs sur 18 séances, soit 56,25 % des effectifs paramédicaux de la réanimation. 67 personnes ont répondu au 1^{er} tour et 40 au 2^{ème} (respectivement 38 et 20 IDE, 20 et 19 AS, 9 et 1 MED). Au 1^{er} tour, les PCG, PCC et PCS étaient mieux maîtrisées que les PCA (respectivement 73 %, 69 %, 70 % et 55 % de bonnes réponses). Les résultats du questionnaire se sont significativement améliorés entre le 1^{er} et le 2nd tour, passant de 66 % à 73 % de réponses globales correctes ($p < 0.001$). Sur 35 questions directement adressées par la chambre des erreurs, 26 (74 %) ont donné lieu à de meilleurs résultats au second tour qu'au premier.

CONCLUSION

Un exercice de type chambre des erreurs permet d'améliorer les connaissances des soignants sur les précautions complémentaires d'hygiène. Cet outil est notamment utile pour sensibiliser sur des risques peu fréquents, avec des précautions moins bien maîtrisées par les soignants. Il offre un cadre ludique avec une bonne satisfaction des participants.

P-147

ABORDER LA VACCINATION GRIPPALE DES SOIGNANTS : ET POURQUOI PAS PAR UN FILM D'ANIMATION ?

BONJOUR Thierry⁽¹⁾, LETAIEF Hind⁽²⁾, ROUX Laure⁽¹⁾, ORY Jérôme⁽¹⁾

(1) CHU Caremeau, Nîmes, FRANCE ; (2) CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Selon les objectifs de couverture vaccinale inscrits dans la loi, les professionnels de santé devraient être vaccinés à 75 % contre la grippe saisonnière. Malgré de nombreuses campagnes d'information, en 2018-2019 seuls 35 % des professionnels de santé exerçant étaient vaccinés contre la grippe. Pouvoir communiquer autrement auprès des personnels soignants pour rappeler l'importance de cette vaccination est un enjeu essentiel. Notre objectif a été de réaliser un nouvel outil de communication afin de promouvoir d'une manière originale la vaccination antigrippale des personnels soignants.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La création du projet a débuté en mars 2018 autour des membres du service santé au travail et de l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'outil de communication choisi est le motion design ou animation graphique via l'outil d'édition vidéo (Adobe). Ce film a pour objectif de démystifier la vaccination en apportant des éléments factuels et vise à aider les professionnels à faire leur choix. La diffusion s'est réalisée au début de la campagne vaccinale le 28 octobre 2019. Les moyens de diffusion au sein de notre établissement de santé sont le site internet de l'établissement et des affiches avec QR code (figure). Au niveau national, le film est accessible librement via Youtube mais aussi les réseaux sociaux comme LinkedIn, Instagram, Facebook et Tweeter.

RÉSULTATS

Le film s'intitule « Sylvie et le vaccin contre la grippe », il raconte l'histoire d'une infirmière qui hésite une année de plus à se faire vacciner contre la grippe. Il est accessible sur youtube via le lien <https://www.youtube.com/watch?v=pBQRtVqBsvA>. La durée du film est de 6 min 39. Au 29 janvier, la vidéo sur Youtube comptabilise 19 630 vues avec 95 % de satisfaction (194/203). Sur les réseaux sociaux, cette vidéo a été visionnée 1091 via LinkedIn et tweeté plus de 100 fois sur Tweeter (#TagTaSylvie). Cette vidéo a été utilisée par les CPIAS de plusieurs régions et par des réseaux professionnels tel que grippe.net et l'association de formation dans la prévention du risque infectieux à la Réunion.

CONCLUSION

Ce film a pour objectif d'être un outil facile d'accès pouvant être utilisé comme campagne d'information « prêt à l'emploi » pour ouvrir la discussion sur la vaccination avec des professionnels de santé ou des étudiants, qui au contact quotidien avec leurs patients sont plus à risque de contracter et de propager le virus de la grippe. Le film d'animation est un nouvel outil de communication. Cependant, une campagne multimodale sur la vaccination semble indispensable pour sensibiliser le maximum de professionnels de santé.



Affiche

P-148

ENSEIGNEMENT DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE : CHAMBRE DES ERREURS ET PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE

BOIRON Emmanuel⁽¹⁾, GAGNAIRE Julie⁽¹⁾, MARTIN Isabelle⁽¹⁾, MENVUOIDIDIOT Patricia⁽¹⁾, **BERTHELOT Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La simulation en santé est une des méthodes permettant une meilleure formation des étudiants en médecine. Cette méthode a sa place dans le champ de l'hygiène hospitalière notamment par la mise en situation type chambre des erreurs. A partir du travail réalisé par la SF2H lors du congrès de Tours en 2015 montrant l'intérêt de cet outil pédagogique, elle a été utilisée chez des étudiants de médecine de 4^{ème} année à la fin du cursus d'enseignement de la microbiologie et de l'inféctiologie avec participation pour chacun à 2 scénarii de mise en place des précautions complémentaires d'hygiène (PCH).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Évaluation par chaque étudiant des 2 chambres des erreurs pour la mise en place des PCH (grippe et C. difficile) sur une période de 4 ans. A la fin de chaque séance les étudiants devaient choisir une note entre 0 et 10 avec possibilité de commentaires écrits.

RÉSULTATS

Les 2 chambres des erreurs ont été très appréciées par les 487 étudiants comme en témoignent les résultats des notations des 2 scénarii. On constate une homogénéité des notations selon les années (90 % des formations réalisées par un même enseignant). Les commentaires écrits ont montré une très grande satisfaction des étudiants vis-à-vis de cette méthode de simulation. Comparativement les résultats de l'évaluation du congrès SF2H de Tours, chez 432 participants ayant réalisé un scénario, avaient retrouvé 79,4 % d'appréciations jugeant la méthode très intéressante et intéressante dans 20,4 % des cas.

CONCLUSION

Cet enseignement de fin d'année permet de mettre en application les connaissances acquises par les étudiants. Cette méthode pédagogique, plébiscitée par l'évaluation des étudiants, permet de nombreuses interactions / échanges entre étudiants et avec l'enseignant.

Variables	année			
	2016	2017	2018	2019
Nb étudiants présents	132	130	118	117
Nb répondants	130	125	115	117
Moyenne scénario grippe	8,2	8,4	8,3	8,2
Médiane scénario grippe	8	8	8	8
Extrêmes scénario grippe	6 - 10	6 - 10	3 - 10	4 - 10
Moyenne scénario C. difficile	8,3	8,5	8,5	8,4
Médiane scénario C. difficile	8	8	9	8
Extrêmes scénario C. difficile	4 - 10	5 - 10	4 - 10	5 - 10

Évaluation chambre des erreurs 2016 - 2019

P-149

IMPORTANCE DE LA FORMATION EN FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE MEILLEURE HYGIÈNE DES MAINS

BOIRON Emmanuel⁽¹⁾, GAGNAIRE Julie⁽¹⁾, MARTIN Isabelle⁽¹⁾, MENVUOIDIDIOT Patricia⁽¹⁾, **BERTHELOT Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains est l'un des 10 points clés édictés par l'OMS pour la sécurité des patients. Améliorer l'hygiène des mains des futurs médecins est un enjeu important de façon à minimiser le risque de transmission croisée de microorganismes entre patients mais aussi pour que les praticiens puissent en faire la promotion lors de leur exercice médical

MATÉRIEL & MÉTHODES

Évaluation de l'apport de l'enseignement de l'hygiène dispensé au cours de différentes années et dans différentes spécialités (microbiologie, infectiologie, gestion des risques...) par analyse des travaux pratiques réalisés chez des étudiants de 3^{ème} année de 2015 à 2019. Chaque année, chaque étudiant, vérifie sa technique d'hygiène des mains a été réalisé grâce à un caisson pédagogique avec lampe UV et solution hydro-alcoolique (SHA) fluorescente. Pour chaque étudiant étaient recueillies les données de non-conformité d'hygiène des mains grâce à une image des 2 mains montrant les zones non couvertes par la SHA après passage au caisson pédagogique. Les comparaisons statistiques ont utilisé le test du Chi2 et le Chi2 de tendance.

RÉSULTATS

Au fil des années pour chaque nouvelle promotion il y a eu une amélioration statistiquement significative de la conformité de l'hygiène des mains lors de la réalisation d'une friction hydro-alcoolique avec le caisson pédagogique ($P < 0,001$). Concernant les zones des mains non correctement désinfectées, le nombre global de non-conformités rapporté au nombre d'étudiants a également diminué. Alors que la population générale est très majoritairement droitier on note que les zones oubliées prédominent sur la main gauche.

CONCLUSION

Cet exercice réalisé en TP, permettant de corriger sa technique d'hygiène des mains, montre que les zones oubliées pour la désinfection par SHA prédominent à gauche. Au fil des années, les différentes promotions d'étudiants en médecine de 3^{ème} année ont amélioré de façon statistiquement significative leur technique d'hygiène des mains.

Année	2015	2016	2017	2018	2019
Nb d'étudiants convoqués en TP	134	143	147	146	131
Nb de présents audités	132	126	134	114	124
Nb de procédures d'hygiène des mains parfaitement conformes	21	38	36	47	49
Nb de procédures non conformes	111	88	98	67	75
Nb global de zones mains sans SHA / ensemble audités	381	293	242	197	236
Main gauche / droite	272/109	164/129	186/56	131/66	174/62
% global de conformité/audités	15,9%	30,2%	26,9%	41,2%	39,5%

Conformité hygiène des mains des étudiants TP 2015 - 2019

P-151

TRAITEMENT DES ENDOSCOPES : TRANSFERT DE COMPÉTENCES DE L'ENDOSCOPIE VERS LA STÉRILISATION CENTRALE

CHARPENTIER Corine⁽¹⁾, **DELORME Martine**⁽¹⁾, BOUVIN Florence⁽¹⁾, CLAVIER-BATY Valérie⁽¹⁾, RAJEZAKOWSKI Sylvain⁽¹⁾

⁽¹⁾ CENTRE HOSPITALIER DE NIORT, NIORT CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à la recommandation des experts visiteurs d'améliorer les sites de traitements des endoscopes souples non autoclavables et après la réussite de la prise en charge des endoscopes d'urologie par la stérilisation centrale, il a été décidé de centraliser le traitement de tous les endoscopes à la stérilisation. Toutefois, ce projet implique le transfert des compétences vers le personnel de la stérilisation et nécessite une organisation et une planification de la formation.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cette formation comporte une partie théorique, déjà réalisée par l'EOH, puis une partie pratique et une période de tutorat pour chaque famille d'endoscope. Dans un premier temps, elle sera consacrée aux endoscopes digestifs et se déroulera parallèlement à l'installation de la salle de traitement et à la qualification des Laveurs-Désinfecteurs d'Endoscopes (LDE). Elle concerne 8 agents déjà formés au traitement des endoscopes d'urologie.

RÉSULTATS

Pour les endoscopes digestifs, le plan de formation s'étale sur 4 mois. La formation théorique assurée par un binôme praticien-IDE EOH a fait l'objet de 2 sessions de 4 agents. La formation à l'utilisation des LDE sera réalisée lors de l'installation par le fournisseur. La formation pratique aura lieu en salle de traitement centralisée. Pour chaque catégorie d'endoscope, elle détaillera l'architecture interne, les étapes du traitement, le traitement renforcé et la technique de prélèvement microbiologique. Elle sera réalisée par un binôme fabricant-IDE référente et/ou EOH. Les catégories d'endoscopes digestifs seront étudiées par complexité croissante d'architecture, sur un total de 7 journées pour la totalité du parc. Le tutorat durera 9 semaines, en parallèle de la qualification de performance des cuves de LDE. Au final, le temps formateur prévu est de 136 heures. A raison de 18 heures par agent à former, cela représente un total de 144 heures de formation pour les agents.

CONCLUSION

Ce transfert de compétences impose un programme de formation accélérée et mobilise sur un volume d'heures important les formateurs internes et les agents à former, tout en assurant la continuité des activités d'endoscopie digestive et de stérilisation. Ce volume d'heures ne tient pas compte du temps nécessaire à l'organisation de ce plan de formation, ni du temps d'évaluation finale à titre individuel, qui permettra d'habiliter les personnels de la stérilisation. Un processus identique mais moins chronophage sera organisé pour la centralisation du traitement des endoscopes de pneumologie, qui a été planifiée dans un second temps.

P-152

ABORDS VASCULAIRES : LA PRATIQUE AU BOUT DES DOIGTS !

DEPAIX Florence⁽¹⁾, **BRUCHON Christine**⁽¹⁾, **BERGUE Elisabeth**⁽¹⁾, **GRANDO Jacqueline**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽²⁾

⁽¹⁾ HCL - Groupement Hospitalier Est, BRON, FRANCE ;

⁽²⁾ Université Lyon 1, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

110 105? 2 730?

Ces nombres correspondent à la quantité de dispositifs intravasculaires (DIV) fournis par la pharmacie de notre établissement en 2018, soit environ 111 000 voies veineuses périphériques (VVP) et près de 3 000 voies veineuses centrales (VVC) ou artérielles.

La surveillance prospective des bactériémies nosocomiales à staphylococcus aureus acquises, porte d'entrée abords vasculaires, sur notre établissement a mis en évidence une augmentation statistiquement significative des taux d'incidence entre 2014 et 2016. Notre Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) a donc recherché des outils pédagogiques innovants pour sensibiliser les professionnels aux bonnes pratiques.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Depuis 2016, nous avons développé une stratégie de formation par ateliers pratiques afin que les professionnels puissent renforcer leurs connaissances et leurs pratiques.

Ils se déroulent en groupe de 6 à 14 personnes, sur une durée de 1h30 environ, repartis en 2 temps :

Reconnaître les différents DIV en mettant à disposition les cathéters et réaliser sa carte d'identité (nom, modalités de pose, durée de vie, fréquence de changement, ...)

Un brainstorming et un jeu des 7 erreurs sur les bonnes pratiques (perfusion, pansement, traçabilité...). Après

chaque étape, un débriefing est réalisé avec l'ensemble des participants, ce qui permet de réajuster leurs savoirs.

Un film clôture la séance et un flyer des incontournables est remis en fin de formation

RÉSULTATS

Depuis la mise place de ces ateliers, la densité d'incidence de bactériémie porte d'entrée DIV a diminué de 0,13 en 2015 à 0,06 en 2018 (figure 1 : taux d'incidence des bactériémies porte d'entrée DIV), pour revenir à des taux comparables à ceux de 2012.

Près de 300 professionnels IDE, MER, sage femmes ont été formés en 4 ans. L'analyse de la fiche d'évaluation de cette formation met en évidence un taux de satisfaction proche des 100 %. L'évaluation de ces ateliers, nous a permis d'identifier la méconnaissance des différents types de cathéters. C'est également l'occasion pour les professionnels de visualiser les cathéters centraux dans leurs globalités et mieux comprendre les risques.

Les correspondants en hygiène se sont appropriés la méthode et la déploient dans leurs services auprès de leurs collègues ou des étudiants.

CONCLUSION

Tous ces résultats sont des indicateurs permettant de suivre l'efficacité des actions de terrain et l'appropriation des recommandations par les professionnels. Ce type d'animation est à ce jour déployé sur d'autres établissements.

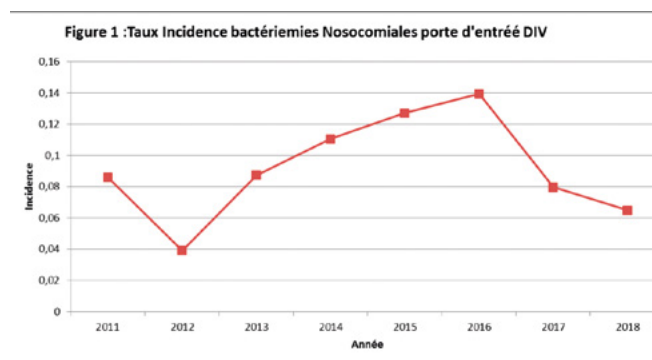


Figure 1. Taux Incidence bactériémies Nosocomiales porte d'entrée DIV

P-153

« PANIQUE À L'HÔPITAL », SAUREZ-VOUS ÉVITER UNE ÉPIDÉMIE ?

BATAILLE Camille⁽¹⁾, **POULY Émilie**⁽¹⁾, **RANGER Mathilde**⁽¹⁾, **COIFFE Frédéric**⁽¹⁾, **PLOY Marie-Cécile**⁽¹⁾, **D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie**⁽¹⁾, **COUVÉ-DEACON Elodie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Limoges, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'apprentissage par le jeu crée l'interaction entre le formateur et les participants. Ce mode d'enseignement accueille de nombreux retours positifs dans la littérature. Dans le cadre de la semaine sécurité patient (SSP) de novembre 2019 sur le thème de la résistance aux antibiotiques, nous avons développé une formation des personnels sous la forme d'un jeu ludique et rapide (<20 min) dont l'objectif était de sensibiliser le joueur aux infections associées aux soins (IAS), à leur prévention et à la résistance aux antibiotiques.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons créé un jeu de plateau représentant différents secteurs d'un hôpital (salle de soins, chambre de patient, laboratoire, bloc opératoire...) (Image 1). Une « fiche patient » décrivait le cas clinique d'un patient hospitalisé qui présentait des signes d'IAS durant son séjour. Le but pour le joueur était de découvrir quelle IAS avait contractée le patient, avec quel agent infectieux et par quel mode d'infection, en se déplaçant dans l'hôpital à l'aide d'un dé pour obtenir des indices. Des cases « ? » permettaient aux joueurs de découvrir un indice supplémentaire en répondant à des questions sur la résistance aux antibiotiques, et donc de les sensibiliser sur ce thème. Lorsque les joueurs avaient trouvé l'IAS, l'agent infectieux et le mode d'infection, ils se rendaient à l'« unité d'hygiène » du jeu, pour déterminer les mesures de prévention de la transmission croisée à mettre en place (précautions standard +/- précautions complémentaires).

RÉSULTATS

Le jeu a été proposé par créneaux de 2h, 4 après-midis durant la SSP. Les sessions de jeu duraient en moyenne 20 minutes, par groupe de 4 joueurs. Nous avons proposé 2 scénarios : 1 grippe et 1 pneumopathie acquise sous ventilation mécanique. 64 soignants ont participé, avec des réponses aux questionnaires de satisfaction très positives. Le format du jeu et son visuel ont été travaillés avec le service communication de notre établissement et ont beaucoup plu. La participation au jeu a été l'occasion de répondre à de nombreuses interrogations, de sensibiliser à la vaccination contre la grippe en cette période de campagne vaccinale et de rappeler l'enjeu de la résistance aux antibiotiques.

CONCLUSION

Nous avons développé une activité ludique de formation sous la forme d'un jeu de plateau adaptatif et réutilisable à volonté par d'autres équipes. L'adaptation des scénarios et des cases « ? » permet de cibler un thème de formation précis. Ce jeu a eu beaucoup de succès, tant au niveau esthétique que par l'échange créé. Nous envisageons un projet d'évaluation de l'impact de ce jeu sur les connaissances des personnels.



Plateau de jeu

P-154

LA SEMAINE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS : LES ÉTUDIANTS DE L'IFSI SE MOBILISENT

UNTEREINER Hervé⁽¹⁾, VERGNES Christine⁽¹⁾,
ORMANCEY Julie⁽¹⁾, MEUNIER Olivier⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pour la semaine de la sécurité du patient 2019, les étudiants de l'IFSI se sont mobilisés dans le cadre de l'unité d'enseignement 5.06.S6 (analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles) sur le thème de l'hygiène des mains, la vaccination et le bon usage des antibiotiques.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Après plusieurs séances de travail, chaque groupe d'étudiants a proposé un slogan attractif (message validé par l'EOH) et proposé une mise en page illustrée pour réaliser une affiche. Les graphistes professionnels ont pris le relais auprès des étudiants pour apporter leur expérience en communication visuelle.

RÉSULTATS

Selon ce processus d'élaboration de supports visuels, 9 affiches ont été réalisées pour communiquer le plus efficacement possible auprès des visiteurs et des professionnels de santé. Les slogans ont été respectivement associés à des visuels susceptibles d'interpeler le lecteur : « N'abandonne pas ton SHA, frictionne toi ! », « Pour son bien, je me lave les mains », « Avec le SHA, tout s'en va », « Lavez-vous les mains, les microbes feront moins les malins », « Super vaccin : un petit Pic pour moi, un grand Paf contre les antibiotiques », « Les plus malins feront leurs vaccins »... Les affiches imprimées au format A1 ont été présentées au public dans les différents hall d'accueil de l'établissement et le couloir menant au self des personnel pendant toute la semaine.

CONCLUSION

Les étudiants de l'IFSI ont ainsi rempli les objectifs de leur UE, ils ont participé activement à des actions de formation et de sensibilisation directement auprès des visiteurs et des professionnels de l'établissement. Ils se sont appropriés le sujet, développé leur esprit critique et ont montré leur engagement dans l'apprentissage. C'est une aide précieuse pour l'EOH dans ses missions de promotion de la prévention et de l'hygiène hospitalière. En faisant porter le message par les étudiants, futurs professionnels qui ne seront plus à convaincre, on pense faire changer le comportement et les habitudes vers plus d'hygiène pour les années à venir. L'apport des professionnels de la communication est indéniable. Même si le bénéfice de ces actions est difficile à mesurer, elles restent nécessaires pour maintenir l'information des soignants.

P-155

« SARM EN SCÈNE » POUR LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

DELARUE Sabine⁽²⁾, ANTHONY Carine⁽²⁾, **MEUNIER Olivier**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE ;

⁽²⁾ La Grafenbourg, Brumath, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La promotion auprès des professionnels de santé, de l'hygiène hospitalière, de la lutte contre la dispersion des bactéries résistantes aux antibiotiques (BMR) et de l'hygiène des mains est la mission permanente de l'EOH qui doit multiplier les supports didactiques et ludiques pour informer et sensibiliser chacun. Nous avons proposé aux services de notre établissement un concours photos sur le thème de la menace « BMR » pour évoquer de façon suggestive la nécessité du respect des consignes d'hygiène hospitalière.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une peluche (40 x 50 cm) figurant un staphylocoque étiqueté « SARM » par son fabricant a été confiée aux services de soins de l'établissement dans le cadre d'un concours photos intitulé « SARM en scène ». Les équipes participantes devaient s'approprier un message et mettre en scène la peluche pour la photographier. Les résidents et patients, les visiteurs et les membres du Covirisq hygiène étaient invités à voter pour la meilleure photographie. L'équipe gagnante a été récompensée par un lot attractif offert par l'établissement.

RÉSULTATS

Sur les 15 services que compte l'établissement, 13 ont joué le jeu du « SARM en scène » et ont proposé des photographies originales et amusantes.

CONCLUSION

Par le concours photos « SARM en scène » nous proposons une formation ludique où l'apprenant est acteur de son apprentissage. En recevant la peluche « SARM », l'apprenant ou l'équipe cherche à la mettre en scène dans une situation évocatrice du risque :

d'infection avec une bactérie reconnue pathogène, de dispersion d'une bactérie réputée responsable d'épidémie ou de cas groupés

de résistance avec une bactérie connue pour être une BMR... Ensuite, l'équipe qui met en scène le SARM propose une ou plusieurs solutions comme l'hygiène des mains, l'usage des solutions hydro-alcooliques, la désinfection, le nettoyage, les protections individuelles... solutions mises en scène pour la photographie.

Formation simple à mettre en place pour l'EOH qui mobilise les professionnels des services sur les thèmes de l'hygiène et de la prévention, les professionnels sont alors ACTEURS de la transmission du message.

P-156

INTÉGRATION DE L'HYGIÈNE À LA FORMATION PAR SIMULATION DES NOUVEAUX INTERNES

PAQUIS Marie-Pierre⁽¹⁾, HERRERO Astrid⁽¹⁾, HAYNES William⁽¹⁾, CARR Julie⁽¹⁾, CLARIVET Béatrice⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La simulation en santé s'est intégrée au cours des dernières années dans la formation en prévention du risque infectieux par les hygiénistes. Dans notre établissement, des sessions de simulation sur les gestes invasifs sont organisées par l'équipe opérationnelle d'hygiène, dans le cadre des formations institutionnelles. Cependant, ces formations ouvertes à tous sont uniquement suivies par les paramédicaux et les occasions de toucher le personnel médical restent peu fréquentes. L'objectif est d'intégrer l'hygiène à des simulations ayant pour thème principal une prise en charge médicale.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La formation s'est déroulée lors de l'école de la chirurgie à destination des futurs internes de la région, qui intégrait à la fois des sessions théoriques et pratiques. Les ateliers de mise en situation ont eu lieu dans des salles haute-fidélité de la plateforme de simulation de la faculté de médecine. Le scénario réalisé en collaboration avec les hygiénistes consistait à la prise en charge d'un patient en isolement contact (PCC) et présentant une hémorragie post opératoire sur drain. En plus de la simulation, un rappel des pré-requis à l'hygiène des

mains et une sensibilisation à l'aide d'un caisson pédagogique ont été réalisés.

RÉSULTATS

Au total, 27 internes répartis en 3 groupes ont assisté à ces ateliers. Le scénario de 10-15 mn (après briefing) était suivi d'un débriefing d'environ 30 mn réalisé par un chirurgien, un réanimateur et un binôme médecin/IDE hygiéniste. Les principaux écarts observés en hygiène étaient : l'absence d'hygiène des mains, l'absence de port de tablier avant entrée dans la chambre et examen clinique d'un patient en PCC et le port de gants systématique en l'absence d'indication et maintenu tout au long de la simulation avec passage du patient à l'environnement (scope, téléphone...).

CONCLUSION

Cette approche permet d'aborder la manière de gérer une situation plus ou moins complexe (examen clinique, diagnostic et prise de décision, appel du médecin sénior, ...) tout en intégrant le risque infectieux. Ce procédé sera pérennisé chaque année pour les nouveaux internes en chirurgie, ainsi que pour les internes en réanimation. Il permet un rappel des bases en hygiène pour les nouveaux internes issus de facultés différentes et ayant eu une formation initiale hétérogène. Des ateliers sont également organisés dans un service de réanimation, permettant de toucher des internes de tous niveaux. Cette méthode pourrait être étendue à d'autres spécialités et serait une manière d'améliorer les pratiques du personnel médical.

P-157

RISQUE AES EN EHPAD : LES RECOMMANDATIONS ÉCRITES NE SUFFISENT PAS

BANGUY Christine⁽¹⁾, AVRIL Catherine⁽¹⁾
⁽¹⁾ CPIas Océan Indien, Saint-Denis, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2015, une enquête régionale a permis de faire un état des lieux sur la gestion du risque d'AES chez les IDE en Ehpad. Les questions portaient sur la présence de matériel sécurisé, l'identification des situations à risques et la perception du risque par l'IDE et la prise en charge en cas d'AES. Les pratiques non conformes avaient été identifiées et des axes d'amélioration proposés. Des plaquettes informatives sur les bonnes pratiques pour limiter le risque d'AES ont été diffusées (CPIAS et COREVIH). Cinq ans après, l'enquête est renouvelée selon la même méthodologie afin d'évaluer l'évolution de la situation dans les Ehpad.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le questionnaire, destiné aux infirmières, a été adressé en novembre 2019 par mail à tous les Ehpad de la région sous la responsabilité du directeur ou du cadre. Les documents (papier), complétés ont été récupérés par mails ou directement auprès de l'établissement. Une analyse descriptive des connaissances et des pratiques professionnelles est faite sous Excel, et suivi d'une analyse comparative entre les réponses obtenues en 2015 et ceux de 2019.

RÉSULTATS

- 16 Ehad (sur 18) ont participé à l'enquête. 73 IDE ont répondu aux questions en 2019 (73 réponses également en 2015). Peu de changements ont été observés entre les 2 enquêtes.
- Parmi les pratiques non conformes, on note l'absence de gant lors des gestes à risques, avec pour certains gestes une augmentation du nombre de soignants ne portant jamais de gants
- 26 % (versus 36 % en 2015) des soignants disent recapuchonner parfois les aiguilles.
- 14 % (n=10) ont été victimes d'AES dans les 12 mois précédents (comparable à 2015),
- 2 sur 10 ont fait saigner immédiatement après la piqure (idem en 2015),
- 6 sur 10 disent ne pas l'avoir déclaré en accident de travail (4/10 en 2015)

CONCLUSION

Les AES en Ehpad sont souvent liés à une injection sous cutanée, perçue comme à faible risque de contamination, d'autant plus que réalisée sur une population âgée, qui, elle non plus n'est pas perçue comme à risque virale. Ces 2 enquêtes nous montrent peu d'évolution en 5 ans sur les pratiques décrites par les IDE. La diffusion d'affiches, de plaquettes aussi pédagogiques soient elles, ne semble pas permettre aux soignants de s'approprier l'information, qui est sans doute noyée parmi tant d'autres semblant plus importante pour le soignant. Nous devons améliorer nos méthodes de sensibilisation aux AES dans les Ehpad en analysant plus précisément les perceptions des soignants face aux risques. Des réflexions sont en cours pour utiliser des méthodes innovantes afin d'améliorer l'efficacité de nos messages.

P-158

LA RÉFLEXION COLLECTIVE AU SERVICE DE LA FORMATION INDIVIDUELLE : ACTIONS !

PERRON Stéphanie⁽¹⁾, CHAPU Murielle⁽¹⁾, TYTGAT-DROUET Sylvie⁽¹⁾, HERVOT Lydie⁽¹⁾, REHEL Malika⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Saumur, Saumur, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En secteur médico-social, la connaissance et l'application des précautions standard (PS) par tous les professionnels permettent d'assurer qualité et sécurité des soins dispensés aux résidents. L'appropriation incomplète des bonnes pratiques, relevée lors d'audits menés par l'EOH, induit un risque infectieux par transmission croisée chez les résidents et les professionnels. Conformément aux attentes du PROPIAS 2016-2018, une actualisation des connaissances de l'ensemble des professionnels paramédicaux de 2 EHPAD (190 lits) a été réalisée en 2017, par le biais d'apports théoriques relatifs aux PS. La direction des soins a ensuite demandé à l'EOH de poursuivre la formation sous un versant pratico-pratique, ludique et participatif, à destination de l'ensemble des professionnels paramédicaux de ces structures.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Afin d'aider les professionnels à visualiser les bons équipements de protection, les bons gestes, au bon moment, l'EOH a souhaité construire un outil de formation participatif « Précautions standard en action ! ».

RÉSULTATS

L'outil se compose de cartes/jeu « actions » à repositionner dans une suite logique et chronologique du déroulé d'un soin/d'une prise en charge proposé(e) : toilette complète, gestion des excréta, hypodermoclyse, bio-nettoyage en cas de liquides biologiques au sol, etc. Les situations concernent différentes catégories professionnelles (IDE, AS, ASH) ; Ces cartes « actions » intègrent la gestion du linge, des déchets, des excréta, de l'environnement mais aussi le port des différents équipements de protection. Par ailleurs, dans le souci de valoriser les gestes d'hygiène des mains et opportunités, des cartes « action-hygiène des mains » de couleur bleue ont été ajoutées. Les sessions d'1h30 se déroulent en deux temps : les participants sont tout d'abord répartis en sous groupe pour réfléchir ensemble à deux situations de soins. La réponse attendue est ensuite présentée et argumentée de façon plénière. Dans un second temps, la dynamique étant amorcée, d'autres situations de soins sont proposées et traitées de façon collective et interactive.

CONCLUSION

La réalisation de ces formations participatives pratico-pratiques permet des échanges adaptés à chaque professionnel et à son niveau d'acquisition/d'application des précautions standard. La reconnaissance des bonnes pratiques déjà acquises est valorisante pour le professionnel. L'utilisation d'une autre voie de mémorisation / d'apprentissage est très appréciée.

P-159

GESTION DES ÉPIDÉMIES HIVERNALES EN EHPAD : ÊTES-VOUS PRÊTS ?

ROUX Laure ⁽¹⁾, **GARAU Carine** ⁽¹⁾, **BURTIN Antonella** ⁽¹⁾, **ORY Jérôme** ⁽¹⁾, **LAVIGNE Jean Philippe** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *chu Nîmes, Nîmes, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'Anticipation des situations épidémiques hivernales d'Infections Respiratoires Aigues (IRA) et de Gastro Entérite Aigue (GEA) en EHPAD reste incontournable afin d'assurer une continuité de prise en charge de qualité. Chaque année, l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) réalise une campagne de prévention des épidémies hivernales de Septembre à Décembre.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'autonomie des EHPAD devant la survenue des cas groupés d'IRA ou de GEA.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'EMH a évalué les ressources documentaires et matérielles nécessaires à la gestion des épidémies hivernales par l'intermédiaire d'un formulaire (Red Cap[®]) soumis à l'encadrement. La qualité et la disponibilité de ces outils et équipements ont été vérifiées par l'EMH. L'accès à la vaccination antigrippale des soignants a également été évaluée.

Les ressources documentaires attendus sont : Fiche réflexe, check list, accès à la vaccination anti grippale.

Les consommables attendus sont : Solution hydroalcoolique (SHA), masques chirurgicaux, détergent désinfectant virucide (NF14476) ou eau de javel, sac protecteur, Test Rapide d'Orientation Diagnostique grippale (TROD)

RÉSULTATS

Les ressources documentaires et matérielles ont été évaluées dans 48 EHPAD pour l'IRA et 56 pour la GEA.

Pour les IRA, on note que la totalité des établissements disposent de SHA et en majorité de masques chirurgicaux (95.8 % (46/48)). Aucun TROD n'était disponible dans les EHPADs. En termes d'organisation, 8.3 % des Directions ne prennent pas en charge la vaccination antigrippale pour leurs salariés.

Pour les GEA, 47.3 % (26/56) n'ont pas mis en place les sacs protecteurs ou alternatives en prévision de situations infectieuses spécifiques et 85.5 % (47/55) des structures ne disposent pas de désinfectant virucide.

Les résultats des ressources adaptées présentes dans les structures sont présentés dans le tableau 1.

CONCLUSION

L'accompagnement des équipes par la pédagogie reste indissociable de l'assurance d'une mise à disposition de matériel efficace et adapté.

Cet état des lieux nous permet de dire que malgré la présence de matériel dans les structures, le choix de leur qualité en lien avec leur performance fait défaut. Un réajustement des besoins, de l'accès aux outils et aux équipements a été fait sur site et en début de période de circulation virale, un rappel auprès des responsables des structures a été effectué ainsi qu'une sensibilisation de la direction à la vaccination.

Par un état des lieux individuel, nous souhaitons que les équipes puissent assurer rapidement la mise en œuvre des mesures barrières grâce à la formation et à l'accès aux ressources.

	Matériel / Document nécessaire en cas D'IRA (n=48)	Matériel / Document nécessaire en cas de GEA (n=56)
Solution Hydroalcoolique	100%	100%
Masques chirurgicaux	95.8% (46/48)	
TROD grippe	0% (0/48)	
Check list : Gestion de l'épidémie	43.5% (20/48)	48.2% (27/56)
Fiche réflexe	87% (40/48)	71.7% (40/56)
Sac protecteur		52.7% (30/56)
Tablier plastique		89.5% (50/56)
Désinfectant virucide		14.2% (8/55)
Eau de Javel 2.6% 1litre		71.7% (40/56)

Tableau 1. Ensemble du matériel et documents nécessaires en cas d'épidémie de GEA et IRA sur un ensemble de 56 EHPAD.

P-160

FORMATION PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES : DYNAMIQUE D'UNE PÉDAGOGIE ACTIVE PAR SIMULATION SUIVI D' UN ANCRAGE DES CONNAISSANCES

BONNOTTE Sandrine ⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU DIJON BOURGOGNE, Dijon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En assurant une démarche de gestion des risques à postériori concernant des cas d'infections sur PicLine, nous avons élaboré un plan d'action visant formalisant une nouvelle approche pédagogique innovante. Depuis 2017, Nous avons élaboré la formation des précautions complémentaires avec une pédagogie active par la simulation guidée par le rapport de mission de l'HAS de 2012 et le Propias de 2015. Dans cette dynamique de formation, élément clef de développement des compétences, comment pérenniser les savoirs en assurant un ancrage des connaissances ?

MATÉRIEL & MÉTHODES

Aux vues des indicateurs ciblés dans les résultats d'audits, le problème de « défaut d'application des précautions

complémentaires » a été identifié. Les scénarios ont été rédigés à partir de ce constat de pratiques non conformes. Partant de l'hypothèse de la nature exponentielle de l'oubli du philosophe Hermann Ebbinghaus précisant que « sans aucune sollicitation particulière de la mémoire ni mise en application des nouvelles connaissances, 90 % de ce que nous apprenons est oublié dans les 3 jours ». Pour cela nous procédons en deux temps ; tout d'abord, une remobilisation des précautions standard envoyé un mois avant la formation à l'apprenant. Puis dans un second temps un quizz sur les précautions complémentaires réaliser en début et en fin de formation puis reconduit à distance, à 1 semaine, un mois et 3 mois et 6 mois. Ce dispositif ainsi mis en place pour lutter contre le faible taux de rétention des apprenants

RÉSULTATS

En 2019, 60 professionnels ont réalisé cette formation. Les retours de questionnaires sont de 100 % avant et après formation, sont stables à 70 % à 1 et 3 mois après la formation puis diminuent à 35 % à 6 mois. On note une moyenne de bonnes réponses en début de formation de 63,18 % puis de 95 % en fin de formation. Le suivi à distance confirme un léger fléchissement de 89,5 % à 1 semaine, 82 % à 1 mois, 77 % à 3 mois et 73 % à 6 mois. La courbe de bonnes réponses diminue au cours du temps mais reste cependant au-dessus du taux de bonnes réponses avant formation. Une évaluation par type de question permet d'identifier quels points des précautions complémentaires restent assimilés et quels sont ceux qu'il faut reprendre

CONCLUSION

Cette formation par simulation permet de remobiliser les connaissances des professionnels sur les précautions standard pour maîtriser ensuite les précautions complémentaires avec une dynamique active des apprenants. Le dispositif d'ancrage des connaissances assure la remobilisation ses savoirs au fil du temps pour les maintenir dans leurs pratiques

Q1 : Je porte des gants dès que je rentre dans la chambre d'un patient en Précautions Complémentaires (PC) Contact
 Vrai Faux

Q2 : Un patient est suspecté d'avoir une grippe, quel type de masque dois-je porter ?
 Chirurgical FFP2

Q3 : Un patient est en PC *Clostridium difficile*, je dois réaliser une toilette complète au lit, quel(s) équipement(s) dois-je porter ? (plusieurs réponses possibles)
 une surblouse manches longues UU tablier plastique des gants UU un masque chirurgical

Q4 : Au CHU de Dijon, en sortant de la chambre d'un patient en PC *Clostridium difficile*, je réalise une hygiène des mains avec :
 une SH A du savon doux de la BETADINE Scrub®

Q5 : J'accueille dans mon service un patient rapatrié sanitaire, que dois-je faire ? (plusieurs réponses possibles)
 Rien je le signale au SEHH je mets en place des PC Contact

Q6 : En cas de recommandation de mise en place de PC par le SEHH,
 je ne trace rien, il y a l'information sur la porte j'ouvre une nouvelle cible dans le DPI
 je réponds à la cible du service d'hygiène

Q7 : En cas de mise en place de PC Gouttelettes + Contact, je stocke le matériel (masque, SH A, tablier plastique...) à l'extérieur de la chambre ?
 Vrai Faux

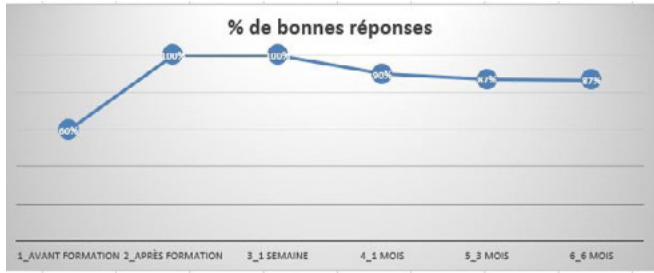
Q8 : En cas de PC Contact *Clostridium difficile*, lors de sa visite, la famille fera/metra : (plusieurs réponses possibles)
 un masque chirurgical des gants UU un tablier plastique un lavage antiseptique des mains avant de sortir une SH A avant de sortir

Q9 : Le patient est suspecté de tuberculose, le médecin prescrit la mise en place de PC Air. A-t-il raison ?
 Vrai Faux

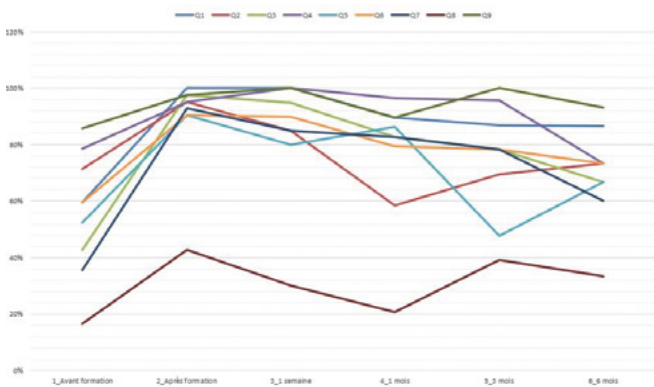
Q10 : Le patient présente des signes de gastro-entérite, vous venez de réaliser un prélèvement, quelle autre action mettez-vous en œuvre ? (1 seule réponse)

/10

Questionnaire PC



Ex question 1 Port Gant PCC.bonnes réponses questionnaire PC



Courbe ancrage des connaissances PC

P-161

VACCINATION ANTIGRIPPALE : AVIS DES SOIGNANTS

CHOUCAIR Jacques⁽¹⁾, **HATAB Najat**⁽¹⁾, **ABDELMALAK Soha**⁽¹⁾
⁽¹⁾ universite saint joseph, hotel dieu de france, beyrouth, LIBAN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La grippe est une maladie respiratoire contagieuses due aux virus influenza. Elle est légère à sévère parfois nécessitant une hospitalisation ou même une intubation entraînant parfois la mort.

Les âgés, petits enfants, multitarés, immunodéprimés et femmes enceintes sont à risque de complications. La meilleure prévention qu'on connaisse est la vaccination annuelle.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un questionnaire écrit à questions à réponses fermées est distribué au personnel médical et para médical d'un centre hospitalier univerversitaire de 444 lits. Il recueille des données démographiques (âge, sexe, années d'expérience, profession), la volonté de se vacciner ou pas, la cause de l'acceptation ou du refus. Les résultats sont analysés sur Excel.

RÉSULTATS

59/469 médecins, internes et résidents en plus de 281/432 infirmiers, 216 aide-soignants, 17 du personnel administratif, 17 du personnel paramédical, une pharmacienne et un physiothérapeute ont répondu validement au questionnaire. 6 réponses sont perdues ou sont non valides. Au total, 300 (50,6 %) acceptent de se vacciner et 292 refusent. La moyenne d'âge des acceptants est de 36,3 ans avec 13 ans en moyenne d'expérience contre 35 ans de moyenne d'âge des refusants avec 11,5 ans d'expérience. On retrouve, parmi les acceptants : 27 médecins, 119 aide-soignants, 138 infirmiers, 10 parmi le personnel para médical, 5 parmi le personnel administratif et une pharmacienne. Les refusants avaient émis des causes erronées (je ne cesse d'avoir des syndromes grippaux après avoir été vacciné 63 %, je suis enceinte 2,4 %, je crains les vaccins à virus vivant 11 %) et illusoires (je crains tout genre de vaccination 7,5 %, pas envie de se vacciner 4 %, rarement atteint de grippe 3,7 %).

CONCLUSION

Le taux de personnes vaccinées reste bas. Les médecins sont les moins disciplinés ainsi que le personnel para médical et administratif qui se sentent moins concernés. En chiffre absolus, les infirmières sont les plus nombreuses à répondre et être vaccinées, suivies par les aides-soignantes, le personnel administratifs, les médecins et les employés. Il reste un grand effort de formation et d'information pour répondre à l'appel de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant la vaccination antigrippale.

Profession					
Comptez vous vous vacciner?	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Non	Médecin	32	10,8	11,0	11,0
	Aide soignant	97	32,8	33,2	44,2
	Personnel administratif	12	4,1	4,1	48,3
	Valid Infirmier	143	48,3	49,0	97,3
	Personnel paramédical	7	2,4	2,4	99,7
	Physio	1	,3	,3	100,0
	Total	292	98,6	100,0	
Missing	99	4	1,4		
Total	296	100,0			
Oui	Médecin	27	8,9	9,0	9,0
	Aide soignant	119	39,4	39,7	48,7
	Personnel administratif	5	1,7	1,7	50,3
	Valid Infirmier	138	45,7	46,0	96,3
	Personnel paramédical	10	3,3	3,3	99,7
	Pharmacien	1	,3	,3	100,0
	Total	300	99,3	100,0	
Missing	99	2	,7		
Total	302	100,0			

Profession des repondants

N 302	n	%
Augmente l'immunité contre le virus de l'influenza	140	46.4
C'est bon pour la santé	46	15.2
Le vaccin prévient que j'attrape le virus de la grippe	118	39.1
Le vaccin prévient que les membres de ma famille attrapent le virus de la grippe	42	13.9
Toutes les raisons déjà citées en haut	17	5.6
Autres	17	5.6

Raisons d'acceptation de se vacciner

N296	n	%
Je crains les vaccins vivants	32	11
Je n'ai pas cessé d'avoir un syndrome grippal après le vaccin	183	62.7
J'ai une douleur pour plus d'une semaine	51	17.5
Je n'ai aucune idée à propos du vaccin	17	5.8
Je crains tout genre de vaccination	22	7.5
Prix d'achat est élevé	1	0.3
Je ne sais pas ou je dois faire le vaccin	5	1.7

Raisons de refus de se vacciner 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	245	82,8	82,8	82,8
Allergie	1	,3	,3	83,1
Aucun	1	,3	,3	83,4
Autre	1	,3	,3	83,8
Grossesse	7	2,4	2,4	86,1
Inefficace	2	,7	,7	86,8
Etude Inefficace	3	1,0	1,0	87,8
Jamais fait	1	,3	,3	88,2
Jamais grippé	5	1,4	1,4	89,5
Je préfère ne pas le faire	1	,3	,3	90,2
Me sens bien sans	1	,3	,3	90,5
Pas besoin	8	2,7	2,7	93,2
Pas catégor à risq	1	,3	,3	93,6
Pas de réponse	1	,3	,3	93,9
Pas envie	1	,3	,3	94,3
Pas nécessaire	4	,7	,7	95,6
Pas pensé	2	,7	,7	96,3
Pas pour toute grippe	1	,3	,3	96,6
Pas utile	3	1,0	1,0	97,6
Peu grippé	2	,7	,7	98,3
Raisons médicales	4	1,3	1,3	99,7
Sous traitement	1	,3	,3	100,0
Total	296	100,0	100,0	

Raisons de refus de se vacciner 2

P-162

CAMPAGNE DE VACCINATION ANTIGRIPPALE MULTIMODALE

LEDUC Pierre⁽¹⁾, BAZIRE Nathalie⁽¹⁾, HILAIRE Jean-Christophe⁽¹⁾, LE BIHAN Marie-Renée⁽¹⁾, MORCET Ninette⁽¹⁾, MAHE Agliane⁽¹⁾, ASTAKHOV Mariana⁽¹⁾, BOUCHARLAT Marie⁽¹⁾, BUONACCORSI Annie⁽¹⁾, **NEULIER-LOZINSKI Caroline⁽¹⁾**

⁽¹⁾ CH de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin d'augmenter la couverture vaccinale contre la grippe, l'EOH et le Service de Santé au Travail (SST) ont mis en place une intervention multimodale dont l'objectif était de développer une communication forte autour de la grippe et de multiplier les points de vaccination.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La campagne a tout d'abord été basée sur l'information et la communication : affiches, flyer questions/réponses sur la grippe et le vaccin diffusé à tout le personnel, images humoristiques sur la grippe sur les écrans de veille des PC des services de soins. Une charte d'engagement rappelant l'importance de la vaccination et des mesures barrières a également été signée par le directeur, la directrice des soins, le président de CME, le directeur des ressources humaines et le chef de service de l'EOH. Cette charte a été diffusée à l'ensemble du personnel sous forme d'affiche. Des référents médicaux grippe dans la plupart des services ont pour mission d'informer sur la grippe et de proposer la vaccination en interne. L'EOH forme des référents IDE ou AS volontaires qui diffusent plus facilement les bons messages auprès de leurs pairs. L'EOH et le SST proposaient également des réunions d'information dans les services qui le souhaitent. Nous avons aussi communiqué de façon plus ludique autour de la grippe en organisant un escape game dont le but était de retrouver l'antidote de la pandémie grippale en résolvant énigmes et jeux tout en intégrant des messages de santé publique. Nous proposons suite au jeu un échange sur la grippe et la vaccination pour ceux qui le souhaitent.

Les possibilités de vaccination ont été largement augmentées : augmentation des plages horaires du SST, 2 cafés de la vaccination au self et vestiaires, chariot itinérant de la vaccination de jour et de nuit.

Enfin, a été mis en place un compteur de la vaccination mis à jour tous les 15 jours sous la forme d'un totem seringue présent sur 3 grands lieux de passage : entrée du self, de la pharmacie, et des laboratoires. L'objectif de ce compteur était de montrer la dynamique sur le CH et d'organiser une cohésion autour de la vaccination contre la grippe.

RÉSULTATS

La couverture vaccinale est passée de 36.4 % (2018/2019) à 41.9 %. Cette campagne a été bien accueillie par le personnel et l'escape game très apprécié.

CONCLUSION

Cette campagne multimodale semble porter ses fruits. Au vu du succès de l'escape game, cette expérimentation sera renouvelée en 2020/21. A noter que l'augmentation de la couverture vaccinale demande un investissement majeur de l'EOH et SST.

P-163

LE BON USAGE DES ANTISEPTIQUES : EST-CE AUTOMATIQUE ?

LIZON Julie⁽¹⁾, BOSCHETTI Emmanuelle⁽¹⁾, RAFFY Françoise⁽¹⁾, DEMORE Béatrice⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU de Nancy, Vandoeuvre les Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Tout comme les antibiotiques, les antiseptiques (ATS) sont soumis à des règles de bon usage (BU) dans le but de conserver leur efficacité et diminuer le risque de résistance. Les ATS sont des produits pharmaceutiques largement utilisés dans le monde hospitalier cependant les règles de BU sont en réalité peu connues des professionnels de santé. L'objectif de ce travail était de promouvoir le BU des ATS par la collaboration étroite entre l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et la pharmacie.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons décidé de mettre en avant l'utilisation de désinfectant alcoolique sur peau saine chez l'adulte. Des sessions d'information ont été portées par l'EOH tant en services qu'en amphithéâtre avec présentation des produits à disposition dans l'établissement. Un support pédagogique a été créé pour aider au choix des ATS en fonction des soins. A l'issue, la dotation des ATS des armoires à pharmacie a été remise à jour selon le nouveau référentiel et les besoins du service. Les pharmaciens référents de pôle ont accompagné et suivi le changement des pratiques en communiquant notamment sur l'évolution de la consommation des ATS ciblés.

RÉSULTATS

Au total, 1 126 professionnels de santé ont bénéficié d'une information sur le BU répartis comme suit : 665 infirmiers, 2 médecins, 50 cadres de santé, 176 aides-soignants et 233 autres. 13 interventions se sont déroulées en amphithéâtre

touchant 45 professionnels et 69 ont eu lieu au sein des services touchant 1081 agents. Concernant la consommation des ATS, les ATS alcooliques ont vu leur consommation augmenter montrant l'impact de l'information sur le BU des ATS. Ainsi, la Chlorhexidine alcoolique 0,5 % a augmenté de 3 146 unités en 2017 à 14 219 en 2019 (+352 %). De même, la Chlorhexidine alcoolique 2 % (prête à l'emploi) est passée de 24 733 unités en 2017 à 100 965 en 2019 (+300 %). L'association Chlorhexidine/benzalkonium/alcool benzylique, largement utilisé chez l'adulte, a diminué, passant de 130 611 unités en 2017 à 35 225 en 2019 (-73 %). Il est désormais réservé exclusivement à la pédiatrie. Enfin, nous avons limité l'utilisation de la Chlorhexidine aqueuse à 0,2 % uniquement à la pédiatrie en cas de brûlure. Sa consommation a chuté largement passant de 80 368 unités en 2017 à 29 769 en 2019 (-63 %).

CONCLUSION

Le BU des ATS n'est pas automatique et les pratiques anciennes restent ancrées chez les professionnels. La collaboration entre hygiénistes et pharmaciens permet une efficacité des actions mises en place avec des résultats concrets et plus rapides.

P-165

RÉSULTATS DE L'EXPÉRIMENTATION D'UN INDICATEUR NATIONAL SUR LA VACCINATION ANTIGRIPPAL DU PERSONNEL HOSPITALIER

BEJAQUI Meriem⁽¹⁾, MESSARAT-HADDOUCHE Zineb⁽¹⁾, ASSMANN Karen⁽¹⁾, VEIL Raphael⁽¹⁾, MORIN Sandrine⁽¹⁾, MAY-MICHELANGELI Laetitia⁽¹⁾

⁽¹⁾ Haute Autorité de Santé, Saint-Denis, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La grippe est responsable d'épidémies nosocomiales au sein des établissements de santé (ES). La prévention repose en priorité sur la vaccination. La couverture vaccinale des professionnels de santé est estimée à 35 % en 2019, ce qui reste insuffisant pour atteindre une immunité de groupe. Afin de réduire la transmission nosocomiale de grippe, un indicateur de qualité et de sécurité des soins mesurant le taux de personnel hospitalier vaccinés dans les ES est en développement. L'objectif de ce travail est de décrire son expérimentation sur un échantillon d'ES afin de tester son acceptabilité et sa faisabilité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A partir de l'analyse de la littérature et du cadre réglementaire, un groupe de travail composé d'experts et de représentants de patients a défini les paramètres de l'indicateur envisagé.

La population concernée est le personnel de l'hôpital recensé par la statistique annuelle des ES (SAE). Est mesuré le taux de personnel vacciné contre la grippe parmi l'ensemble du personnel recensé. Une grille de recueil des données, un questionnaire destiné à évaluer la politique vaccinale, des consignes de remplissage, et un questionnaire de faisabilité ont été produits. Une campagne de communication a été menée pour recruter des ES volontaires. L'enquête a eu lieu via le logiciel Sphinx[®] du 15 mars au 16 mai 2019.

RÉSULTATS

133 ES se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation, dont 120 ont répondu au questionnaire de faisabilité. L'indicateur a été jugé intéressant pour 75 % des ES. L'accès aux données de vaccination a été facile pour les personnels vaccinés dans l'ES, difficile pour les personnels vaccinés en dehors de l'ES avec une information mal ou non retrouvée dans plus de la moitié des cas. Ces données non exhaustives ont permis d'estimer une médiane de 22 % de personnel vaccinés (1^{er} quartile : 13 % ; 3^e quartile : 30 %). Concernant l'évaluation de la politique vaccinale, 98 % des ES organisent une campagne de vaccination contre la grippe ; 98 % mettent à disposition du personnel des vaccins gratuits ; 99 % facilitent la vaccination au sein de l'ES et 92 % surveillent la couverture vaccinale.

CONCLUSION

Cette expérimentation a permis de constater que l'indicateur envisagé était accepté mais que sa faisabilité demandait des ajustements : une consolidation de l'outil et des documents l'accompagnant est nécessaire pour optimiser la remontée de l'information de vaccination, en particulier concernant le personnel vacciné hors de l'ES. Un nouveau test fin 2020 permettra de mesurer ses qualités métrologiques, prérequis indispensable avant un déploiement national.

P-166

RÉSULTATS DE L'EXPÉRIMENTATION D'UN INDICATEUR NATIONALE DE BONNES PRATIQUES DE PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES CONTACT

BEJAQUI Meriem⁽¹⁾, ASSMANN Karen⁽¹⁾, MESSARAT-HADDOUCHE Zineb⁽¹⁾, MORIN Sandrine⁽¹⁾, MAY-MICHELANGELI Laetitia⁽¹⁾
⁽¹⁾ Haute Autorité de Santé, Saint-Denis, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'application des mesures de précautions complémentaires contact (PCC) en complément des précautions standard est fortement recommandée pour garantir la maîtrise du

risque de diffusion des micro-organismes émergents à haut potentiel de transmission croisée. Un indicateur de qualité et de sécurité des soins évaluant la qualité de ces pratiques est en cours de développement. L'objectif de ce travail est de décrire les résultats de son expérimentation sur un échantillon d'établissements de santé (ES) afin de tester son acceptabilité et sa faisabilité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A partir de l'analyse de la littérature, un groupe de travail composé d'experts et de représentants de patients a défini l'indicateur envisagé. Il mesure le taux de séjours en médecine, chirurgie ou obstétrique de patients porteurs ou infectés par une bactérie hautement résistante émergente, un Clostridium difficile, une entérobactérie productrice de bêta lactamases à spectre étendu, ou un staphylocoque doré résistant à la méticilline pour lesquels la mise en place de PCC a été réalisée selon les recommandations. Les critères recherchés dans le dossier patient sont la mise en place des PCC et l'information au patient. Un cahier des charges, une grille de recueil, des consignes de remplissage, un questionnaire destiné à évaluer l'organisation autour des pratiques de PCC, et un questionnaire de faisabilité ont été produits. Une campagne de communication a été menée pour recruter des volontaires. Ceux-ci ont été invités à auditer 20 dossiers tirés aléatoirement. L'enquête a eu lieu via le logiciel Sphinx[®] du 20 novembre au 20 décembre 2018.

RÉSULTATS

24 ES se sont portés volontaires, dont 21 ont saisi le questionnaire de faisabilité. L'accès aux données a été facile pour 76 % des ES, et l'outil a été jugé intéressant pour 91 % d'entre eux. La médiane est estimée à 6h pour le temps total passé à la saisie (1^{er} quartile 4h, 4^{ème} quartile 13h), et à 19 min pour le temps par dossiers (1^{er} quartile 13 min, 4^{ème} quartile 24 min). 479 dossiers ont été saisis dont 21 (4 %) ont été exclus. La trace de la mise en place des PCC a été retrouvée pour 302 dossiers. La trace d'une l'information au patient de son statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant des PCC a été retrouvée pour 34 dossiers.

CONCLUSION

Cette expérimentation a permis de constater que l'indicateur envisagé était accepté par les professionnels de santé et faisable après ajustements. Une nouvelle expérimentation menée fin 2019 et dont les résultats seront bientôt disponibles permettra de valider ses qualités métrologiques avant un déploiement national prévu en 2020.

P-167

RÉSULTATS DE L'EXPÉRIMENTATION D'UN INDICATEUR NATIONAL DE BONNES PRATIQUES D'ANTIBIOTHÉRAPIE POUR INFECTION RESPIRATOIRE BASSE

MESSARAT-HADDOUCHE Zineb⁽¹⁾, **BEJAOU Meriem**⁽¹⁾, ASSMANN Karen⁽¹⁾, ROUSSEAU Flavie⁽¹⁾, MORIN Sandrine⁽¹⁾, MAY-MICHELANGELI Laetitia⁽¹⁾
⁽¹⁾ Haute Autorité de Santé, Saint Denis, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les bactéries multirésistantes aux antibiotiques (ATB) sont responsables de 12500 décès et 158000 infections par an en France. La prévention repose sur la maîtrise de leur diffusion et la réduction de l'exposition aux ATB. La feuille de route interministérielle contre l'antibiorésistance préconise de limiter la prescription des ATB à 7 jours pour les infections les plus courantes. Un indicateur de qualité et de sécurité des soins visant à évaluer la durée d'ATB prescrite chez des patients présentant une infection respiratoire basse (IRB) dans les établissements de santé (ES) est en cours de développement. L'objectif de ce travail est de décrire son expérimentation sur un échantillon d'ES afin de tester son acceptabilité et sa faisabilité.

MATÉRIEL & MÉTHODES

A partir de l'analyse de la littérature, un groupe de travail composé d'experts et de représentants de patients a défini l'indicateur envisagé. Il mesure le taux de séjours d'au moins 24h en médecine, chirurgie ou obstétrique de patients avec une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie de 7 jours ou moins a été prescrite. Une analyse d'au moins 20 dossiers concernés a été demandée. Une grille de recueil, un questionnaire destiné à évaluer les pratiques organisationnelles dans l'ES, des consignes de remplissage, et un questionnaire de faisabilité ont été produits. Une campagne de communication a été menée pour recruter des ES volontaires. L'enquête a eu lieu via le logiciel Sphinx[®] du 20 novembre au 20 décembre 2018.

RÉSULTATS

22 ES ont participé, 21 ont saisi le questionnaire ES et 18 celui de faisabilité. L'indicateur a été jugé intéressant pour 94 % d'ES et l'accès aux données facile pour 78 %. 541 dossiers ont été saisis dont 117 (22 %) exclus. 424 dossiers présentaient au moins une prescription d'ATB pour IRB. La durée de l'antibiothérapie n'excédait pas 7 jours pour 226 (53 %) dossiers. 71 % d'ES ont réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sur la conformité de la prescription d'ATB, 81 % d'ES ont participé à une enquête de prévalence de

patients traités par ATB et 90 % ont du temps dédié au conseil en antibiothérapie.

CONCLUSION

Cette expérimentation a permis de constater que l'indicateur envisagé était accepté par les professionnels de santé et faisable après ajustements. Une nouvelle expérimentation menée fin 2019 et dont les résultats seront bientôt disponibles permettra de valider ses qualités métrologiques avant un déploiement national prévu en 2020.

P-169

COUVERTURES VACCINALES ROUGEOLE COQUELUCHE ET VARICELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, FRANCE, 2019

VAUX Sophie⁽¹⁾, FONTENEAU Laure⁽¹⁾, PÉFAU Muriel⁽²⁾, VENIER Anne-Gaëlle⁽²⁾, GAUTIER Arnaud⁽¹⁾, SOING ALTRACH Sophan⁽¹⁾, PARNEIX Pierre⁽²⁾, LEVY-BRUHL Daniel⁽¹⁾

⁽¹⁾ Santé publique France, Saint-Maurice cedex, FRANCE ;

⁽²⁾ CPIAS Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En France, les vaccinations contre la rougeole, coqueluche et varicelle sont recommandés pour les soignants. Les objectifs sont d'estimer les couvertures vaccinales (CV) nationales et régionales des professionnels de santé en établissements de santé (ES).

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'enquête a été conduite de mai à juillet 2019 selon un sondage à trois degrés (ES, services et professionnels). Les enquêtes individuelles ont principalement été conduites par les équipes opérationnelles d'hygiène. Les analyses prennent en compte le plan de sondage, un redressement post-stratification et des régressions de Poisson pour les analyses multivariées.

RÉSULTATS

Parmi les 273 ES sollicités, 167 ont été inclus, ainsi que 8 594 professionnels (DOM : 26 ES, 1 110 professionnels). La CV contre la rougeole (au moins 1 dose) est estimée à 73,3 % [IC95 % : 71,0-75,5] chez les professionnels sans antécédents de rougeole. Elle varie en fonction de l'âge (< 40 ans : 88 %, ≥ 40 ans : 59 %), de la profession (médecin : 78 %, sage-femme : 82 %, infirmier : 73 %, aide-soignant : 72 %), du type de service (gynéco-obstétrique : 82 %, réanimation ou avec patients immunodéprimés : 78 %) et de la région. La CV contre la coqueluche est estimée à 53,5 % [IC95 % : 49,9-57,0] et varie en fonction de la profession (médecin :

62 %, sage-femme : 70 %, infirmier : 54 %, aide-soignant : 49 %), du service (pédiatrie : 73 %, gynéco-obstétrique : 62 %), de l'âge, du sexe, de la région et de la présence d'un référent vaccination dans le service. La CV contre la varicelle est estimée à 26,4 % [23,0-30,2] chez les professionnels sans antécédents de varicelle et varie en fonction de la profession (médecin : 31 %, sage-femme : 23 %, infirmier : 29 %, aide-soignant : 20 %), du service (réanimation ou patients immunodéprimés : 29 %, gynéco-obstétrique : 19 %, pédiatrie : 17 %), de l'âge et de la région. En tenant compte des antécédents de rougeole (37 %) et de varicelle (87 %), 15 % des professionnels restent à vacciner contre la rougeole (<40 ans : 11 %, ≥ 40 ans : 18 %), et 10 % contre la varicelle (<30 ans : 6 %, ≥ 50 ans : 16 %). L'apport du carnet de vaccination par 22 % des professionnels a permis de valider les données déclaratives de ces professionnels et d'estimer les CV à 2 doses.

Les comparaisons avec les données de CV de 2009 montre des augmentations des CV rougeole (+23 points) et coqueluche (+39 points) et une stabilité pour la varicelle (-3 points). Ces évolutions sont contrastées en fonction des types de professionnels.

CONCLUSION

Les CV méritent d'être encore renforcées notamment dans les services accueillant les patients les plus à risque pour ces pathologies.

P-170

DÉPISTER PLUS POUR ISOLER MIEUX : INTÉRÊT D'UN SCORE INDIVIDUEL DE RISQUE ÉPIDÉMIQUE BHRE

FOURREAU Frédéric⁽¹⁾, MAURAND Audrey⁽¹⁾, HACQUIN Bruno⁽¹⁾, DECOUSSER Jean-Winoc⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (AP-HP), Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le dépistage des porteurs est à la base de la politique de maîtrise des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) en France. La situation hospitalière actuelle ne permet plus de disposer de personnel dédié. La multiplication des patients porteurs de BHRe identifiés et les contacts ainsi générés peuvent paralyser l'activité des services de soins concernés et celle de l'EOH. Nous avons associé à notre politique ambitieuse de dépistage (incluant depuis 2015 les séjours de plus de 30 jours à l'étranger dans l'année précédente) un score évaluant le risque de cas secondaire afin de limiter le nombre des contacts générés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons analysé les épidémies de 2018 et nous avons établi un score à partir des données bactériologiques (espèce), cliniques (dépendance et comportement du patient, besoin en soins de nursing et soins infirmiers, antibiothérapie) et du fonctionnement du service (ICSHA, audit observance hygiène des mains et postes vacants).

Le score a été ensuite validé sur 14 épidémies et 100 hospitalisations de 2017 à 2019.

Nous l'avons ensuite testé prospectivement sur 6 mois : un score inférieur à 9 permettait la création de témoins de dissémination (TD) à la place de contacts. Les TD étaient transférés en précautions standard en chambre double avec un dépistage hors exposition. L'impact de ce score en termes de contacts et de nombre d'épidémies (au moins 1 cas secondaire) a été évalué comparativement aux données de 2018.

RÉSULTATS

Notre score permet rétrospectivement un bon classement des patients porteurs à risque épidémique (X^2 à 14.4 ($p < 0.01$)). La situation épidémiologique s'est dégradée en 2019 : le nombre de patients porteurs hospitalisés (171 vs 78), le nombre de nouveaux patients porteurs (59 vs 40) et surtout le nombre de journées d'hospitalisation de porteurs (2095 vs 1521) ont augmenté en 2019. Malgré ces augmentations, l'application du score BHRE a permis de diminuer le nombre de patients contacts (1969 vs 2171) sans augmenter le nombre d'épidémies (4 en 2018 et 3 en 2019). Le nombre d'équipes dédiées demandées par l'EOH a diminué d'un facteur 7.

CONCLUSION

Notre score permet de sélectionner objectivement les porteurs à moindre risque de dissémination dont les contacts peuvent être pris en charge en précautions standard. Il doit encore être challengé rétrospectivement sur des épidémies survenues dans d'autres établissements. L'exhaustivité du dépistage des témoins de dissémination, difficile à obtenir, est essentielle à sa validation prospective.

P-171

PARCOURS DES PATIENTS « CONTACTS BHRE » : AVANT TOUT NE PAS NUIRE ?

FOURREAU Frédéric⁽¹⁾, MAURAND Audrey⁽¹⁾, HACQUIN Bruno⁽¹⁾, DECOUSSER Jean-Winoc⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (AP-HP), Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La politique actuelle de gestion des patients « contacts » d'une bactérie Hautement Résistante et émergente (BHRe) est basée sur un principe de précaution à visée collective : mise en précautions complémentaires contacts en chambre individuelle afin d'éviter l'exposition de nouveaux patients. Très efficace pour la maîtrise collective des BHRe, l'impact individuel de ces mesures sur le patient contact a été peu évalué.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons étudié les parcours de soins des patients « contacts » lors de 2 épidémies et 1 découverte fortuite de BHRe. Les paramètres évalués ont été le délai de transfert vers un SSR et le retour à domicile pour défaut de structure d'aval. Pour les délais, la comparaison a été effectuée avec les valeurs moyennes du service à la même période (données assistantes sociales) ou du secteur du service non concerné par l'épidémie.

RÉSULTATS

La 1^{ère} épidémie a entraîné l'arrêt des transferts pendant 21 jours, puis pour 10 patients un délai supplémentaire de 2,2 jours du transfert vers un SSR (n=5) ou un retour à domicile /EPHAD par défaut de structure d'aval (n=5). La seconde épidémie a été à l'origine d'un délai supplémentaire de 6,7 jours pour les transferts de 7 patients et d'un retour à domicile non initialement prévu pour 7 patients. La découverte fortuite d'un porteur de BHRe a entraîné un délai supplémentaire pour le transfert vers un SSR de 3 jours. Les transferts vers des structures à l'intérieur du groupe hospitalier semblaient moins impactés. En 2019 2000 contacts ont été générés sur l'établissement, 8 ont été trouvés porteurs et aucun infecté par une BHRe.

CONCLUSION

Le parcours de soins d'un patient est lié à de nombreux facteurs (pathologie, comorbidités, période de l'année...). Si le portage BHRe constitue clairement un frein dans le parcours de soins des patients, l'impact semble également significatif pour les patients contacts. Les solutions sont (i) un dépistage rapide par PCR des patients à risques de portage dès leur admission et (ii) une approche individuelle de la prise en charge de chaque porteur pour limiter la génération de contacts, (iii) la constitution de filière de soins privilégiée pour les contacts. Alors que le bénéfice individuel prévaut chez les soignants, par exemple dans le cadre d'obligation vaccinale, les patients contacts, « dommages collatéraux » de la politique BHRe sont quant à eux impactés significativement dans leur parcours de soins. Ils devraient également bénéficier de la devise des hygiénistes : « avant tout, ne pas nuire ».

P-172

DISPOSITIF MOBILE D'HYGIÈNE EN EHPAD : PREMIER RETOUR D'EXPÉRIENCE

AVENARD Anne Laure⁽¹⁾, **CHARPENTIER Corine**⁽¹⁾, **BOUVIN Florence**⁽¹⁾, **CORNUAU Laurence**⁽¹⁾, **MUREAU Brigitte**⁽²⁾, **DELORME Mar**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier De Niort, Niort Cedex, FRANCE ;
⁽²⁾ Groupe Hospitalier Et Medico-Social Du Haut Val De Sèvres Et Du Mellois, Saint Maixent L'école, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2018, l'ARS de notre région a proposé de financer l'expérimentation d'un dispositif mobile d'hygiène en EHPAD. L'objectif de ce projet est de promouvoir l'hygiène au sein de ces établissements et de leur proposer un appui dans la maîtrise du risque infectieux. Notre établissement s'est porté volontaire et son EHPAD a été désigné porteur du projet.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Malgré l'absence du recrutement de 0,2 Equivalent Temps Plein (ETP) de praticien, l'Équipe Mobile d'Hygiène (EMH) a commencé en mai 2019 suite au recrutement d'une cadre IDE, correspondante en hygiène. L'IDE est installé dans le service d'hygiène de l'établissement support. Il dispose de ses moyens logistiques et techniques, de ses ressources documentaires et s'appuie sur les compétences de l'équipe.

Les EHPAD ayant intégré le projet ont été choisis en priorisant ceux appartenant au Groupement de Coopération Social et Médico-Social ou ayant une direction, un médecin coordonnateur et des correspondants en hygiène.

RÉSULTATS

Les EHPAD retenus sont au nombre de 10, sur 11 sites, soit environ 930 lits, dans un rayon de 28 km autour de l'établissement support. Des conventions ont été signées avec tous.

Deux réunions inter-EHPAD ont été organisées dans l'établissement support pour présenter le dispositif, les modalités de fonctionnement et la méthodologie de travail.

A ce jour, les auto-évaluations, avec l'outil du Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH), ont été réalisées pour tous les sites. Ceci a permis de rencontrer les professionnels et de visiter les locaux. La restitution auprès des directions et médecins coordonnateurs a été faite pour tous, avec finalisation du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) et élaboration du plan d'actions pour 3 d'entre eux.

Douze journées de formation sur l'hygiène des mains ont été organisées sur tous les sites. Une journée thématique de promotion de la vaccination contre la grippe a été organisée

et ouverte aux 10 EHPAD ; 9 journées de sensibilisation supplémentaires ont été faites sur sites. Deux réunions avec l'ARS ont été organisées pour suivre l'avancement du projet.

CONCLUSION

Dans l'attente du recrutement de praticien pour prendre la responsabilité du projet, l'immersion de l'IDE dans le service d'hygiène, sa formation de cadre de santé et de correspondante en hygiène et son expérience de terrain ont permis le démarrage du projet.

De plus, l'appui du CPIAS a permis de fédérer les dispositifs de la région, a favorisé la dynamique et les échanges entre professionnels dans l'objectif de mettre en place des outils communs.

P-173

ÉVOLUTION 2016 / 2019 DE LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA GRIPPE DES SOIGNANTS D'UN CHG

LAURANS Caroline⁽¹⁾, **CUSSET Patricia**⁽¹⁾, **VANDAELE Laurence**⁽¹⁾, **KODARIN Daphné**⁽¹⁾, **BLASSEL Ingrid**⁽¹⁾, **NOTTEBAERT Sandrine**⁽¹⁾, **MALFAIT Sandrine**⁽¹⁾, **GRESSIER Jenny**⁽¹⁾, **DELEMASURE Jean**⁽¹⁾

⁽¹⁾ centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des campagnes de vaccination contre la grippe à destination des soignants sont organisées chaque année dans ce centre hospitalier général (1200 lits, 3000 salariés). Cependant, la couverture vaccinale des professionnels n'était que de 14 % en 2016, bien loin de l'objectif de 75 % fixé par la loi de santé publique de 2004. Cette prise de conscience, appuyée par une dynamique régionale, a fait de la couverture vaccinale des professionnels de santé contre la grippe un axe majeur d'amélioration de l'établissement.

MATÉRIEL & MÉTHODES

En s'inspirant d'une stratégie multimodale, un COPIL a été créé en 2017. A partir de 3 services tests, des freins à la vaccination au sein du personnel ont été identifiés, puis des actions spécifiques mises en place (sensibilisation des professionnels, modification de séances de vaccination, suivi et restitution des résultats...) avec l'appui des correspondants « risque infectieux » du service. Le COPIL a mesuré l'impact de ces nouvelles campagnes antigrippales en comparant les couvertures vaccinales (CV) avant et après l'intervention, et entre services. En 2018, les actions validées par le COPIL ont

été étendues à d'autres services volontaires. En 2019, les organisations ont fait l'objet d'un protocole institutionnel.

RÉSULTATS

Parallèlement aux séances de vaccination organisées par la Médecine du Travail, des services se sont approprié la campagne de vaccination. Des affiches reprenant les principaux freins ont été réalisées et diffusées dans l'établissement, appuyées les années suivantes par les affiches proposées par le CPIAS des Hauts de France en lien avec l'ARS. Des outils (support informatique, réunions dédiées dans les services, guide de vaccination...) ont été développés afin de permettre une autonomie des services de soins, tout en ayant une coordination à l'échelle de l'institution via le COPIL. En 3 ans (2017, 2018, 2019) le taux de couverture vaccinale de l'établissement a doublé, passant de 16 à 33 % ce qui représente plus de 400 nouveaux vaccinés. Le suivi par pôle et par catégorie professionnelle de la CV permet d'affiner les actions à poursuivre ou à initier par service ou par catégorie professionnelle, tout en identifiant les « leaders » les plus à même de porter le travail dans leur service.

CONCLUSION

La communication engageante mise en place dans le service a probablement permis cette progression, ainsi que le soutien institutionnel, tant local que régional. Elle a également permis d'améliorer la dynamique du service autour de la gestion du risque infectieux, en positionnant le correspondant IDE du service comme un référent essentiel de proximité.

P-174

ÉVALUATION PAR INTERVIEW DE L'EXPÉRIENCE PATIENT DU RISQUE INFECTIEUX

TRIVIER Dominique⁽¹⁾, **DHOLLANDE Cassandre**⁽¹⁾, **GALINIER Quentin**⁽¹⁾, **ROSTAM Chloé**⁽¹⁾, **DERHOURI Samy**⁽¹⁾, **DAOUD Leila**⁽¹⁾, **MAHY Arnaud**⁽¹⁾, **FAUQUEUR Anne**⁽¹⁾, **BONNET Nathalie**⁽¹⁾, **AUBIN Nadine**⁽¹⁾, **CHATELET Céline**⁽¹⁾, **ABRAHAM Gérard**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH SCHAFFNER, Lens, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors de la semaine sécurité patient nous avons mené une enquête auprès des usagers afin d'appréhender leur perception du risque infectieux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Validation par le CLIN d'une action auprès des usagers durant la semaine sécurité des patients du 18 au 22 novembre 2019 Réunion d'un groupe de travail comportant l'EOH dont externes de médecine, une élève IBODE (enquêteurs) et le représentant des usagers

Rédaction d'un questionnaire visant : vaccination, antibiothérapie, hygiène des locaux, des usagers, des mains des professionnels, prévention.

Test du questionnaire auprès de 2 patients

Entretien au lit du patient dans chaque service de médecine, chirurgie et obstétrique afin d'interviewer 5 patients interrogeables (les parents en pédiatrie) et hospitalisés depuis >48h proposés par le médecin ou cadre du service.

Après cet échange remise commentée d'un livret à tous les patients.

Saisie et traitement des données (Excel).

RÉSULTATS

3 parmi 16 services, 106 patients informés ont donné leur accord et ont été rencontrés (1 seul refus exprimé)

La principale source d'information des patients est le professionnel de santé tout âge confondu (>40 % chez les moins de 30 ans et jusqu'à 80 % chez les plus de 75 ans), puis les sites internet principalement les pour les moins de 30 ans (30 %) mais le chiffre décroît avec l'âge. Quel que soit l'âge on note le même intérêt pour TV/radio (20 %) et alors que les réseaux sociaux ne sont pas un recours (0 %)

La prescription d'un vaccin a un rôle préventif pour le patient ou son entourage pour seulement 36 % des patients interrogés. Les antibiotiques ne pas sont le seul moyen de lutter contre les infections pour 60 %.

Par ailleurs, 44 % les considèrent actifs sur les virus mais seulement 34 % pensent qu'ils sont efficaces sur la grippe

70 % estiment que la source principale de microbes est humaine dont autres patients (62 %) puis professionnels de santé (8 %), pour 27 % elle est liée aux locaux.

Pour 92 %, la désinfection par SHA diminue le risque de transmission et pour 74 % les bijoux diminuent la qualité de l'hygiène des mains.

CONCLUSION

Les patients ont généralement de bonnes connaissances des modes de transmission des infections sauf la grippe à laquelle l'adhésion vaccinale reste modeste. Le traitement des infections virales reste confus.

Les patients sont observateurs voire critiques vis-à-vis du respect des bonnes pratiques d'hygiène des professionnels de santé.

La relation soignant/soigné est à développer pour la certification 2020 et pour la sécurité des soins notamment dans le contrôle du risque infectieux

P-175

ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA GESTION DES EXCRÉTA EN EHPAD

TOUZAC Gwenaëlle ⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Grenoble, La Tronche, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion des dispositifs de recueil des excréta constitue un facteur essentiel de prévention des risques infectieux et sanitaires liés au péril fécal. En EHPAD les pratiques manuelles, pourtant déconseillées, sont très répandues au détriment d'autres méthodes, plus adaptées mais qui nécessitent un investissement financier. Afin d'offrir une vision plus juste des coûts et d'induire une évolution des moyens mais aussi des pratiques au sein des établissements, le choix de l'étude médico-économique s'est imposé pour comparer 3 procédés : Sacs Protecteurs (SP), Laveur Désinfecteur de Bassins (LDB) et Entretien Manuel (EM).

MATÉRIEL & MÉTHODES

Pour cette étude, une enquête a été menée auprès de 24 EHPAD, via des questionnaires administrés aux cadres de santé et à différents soignants. Les données recueillies ont servi à calculer pour chaque structure, les coûts engendrés pour chaque procédé. Leur efficacité ensuite été comparé par la réalisation de 28 prélèvements microbiologique par gélose contact sur des seaux de chaises percées.

RÉSULTATS

En moyenne, le coût lié à l'usage des SP se révèle être le plus important avec 0,91€ par utilisation. Pour les LDB, on obtient un montant moyen de 0,74€ par cycle. Enfin l'EM, réalisé en chambre, se révèle être le procédé le moins onéreux avec 0,53€ par entretien.

Concernant les résultats microbiologiques, on observe un taux de conformité de 100 % pour les prélèvements réalisés sur les seaux entretenus au LDB. Ceux utilisés avec des SP sont conformes à 64 %. Aucun prélèvement effectué sur les seaux entretenus manuellement n'est conforme, soit un taux de conformité de 0 % pour l'EM.

CONCLUSION

Malgré un coût nettement inférieur pour la procédure manuelle, cette option n'est pas envisageable au vu de l'inefficacité de la méthode et de la diffusion des germes digestifs dans l'environnement. Pour le LDB, les coûts d'achat et de maintenance sont à ajouter, or la faible quantité de réceptacles généralement utilisés en EHPAD ne justifie pas ces dépenses. Néanmoins, son efficacité et sa capacité à nettoyer

différents types de dispositifs (urinaux, baignoire, etc.) pourrait être intéressant dans le cadre d'un usage ponctuel, voire programmé. L'utilisation des SP apparaît globalement comme la méthode la plus appropriée en EHPAD avec un coût certes plutôt élevé, mais un gain de temps soignant qui n'est pas négligeable. Des alternatives sont également possibles à moindre frais avec les sacs « artisanaux » pour un coût moyen d'environ à 0,55€ par utilisation.

P-176

CONTAMINATION ASPERGILLAIRE D'UNE CHAMBRE ÉQUIPÉE D'UN TRAITEMENT D'AIR MOBILE : POURQUOI TENIR COMPTE DE L'ARCHITECTURE

MOUET Audrey⁽¹⁾, **LEMARIE Annie**⁽¹⁾, **BAZIN Céline**⁽¹⁾, **MORENO Valérie**⁽¹⁾, **CHANTEPIE Sylvain**⁽¹⁾, **DAMAJ Gandhi Laurent**⁽¹⁾, **LE HELLO Simon**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Caen, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2013, quatre chambres conventionnelles d'hématologie avec sas ont été équipées d'un dispositif mobile de traitement d'air pour l'accueil de patients à risque élevé (ponctuel) et intermédiaire. Les chambres disposaient d'une salle de bain (caisson préfabriqué) accessible par le sas, sauf pour une directement par la chambre (ChA). Le service d'hygiène les a qualifié (selon la norme NF S 90-351) et a validé leur utilisation. Une surveillance microbiologique de l'environnement a été mise en place. Les bonnes pratiques d'hygiène suivent les recommandations pour la prise en charge des patients immunodéprimés à risque élevé et les maintenances des appareils sont programmées tous les 6 mois. A partir de 2016, une contamination environnementale par *Aspergillus fumigatus* a été identifiée en ChA. Nous allons présenter les investigations, leurs conclusions, et l'impact sur l'activité du service.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La surveillance annuelle des chambres inclut des comptages de particules, des prélèvements microbiologiques de l'air et des surfaces. Pour la ChA, la salle de bain est incluse dans la surveillance. Les normes d'une zone 3 sont appliquées avec recherche et identification de champignons.

RÉSULTATS

Entre 2016 et 2019, 414 prélèvements d'environnement ont été réalisés en ChA (149 d'air et 265 de surfaces). Entre octobre et novembre 2016, tous les prélèvements retrouvaient *Aspergillus fumigatus* (33 prélèvements) avec un réservoir identifié au niveau du siphon de la douche. Le dispositif de

traitement d'air était fonctionnel, et des travaux au niveau du siphon ont permis un retour à la normale. En mai 2018, la contamination environnementale aspergillaire est réapparue, avec un réservoir toujours situé dans la salle de bain. Le caisson a été retiré, une nouvelle salle de bain créée avec un accès par le sas. Au total la chambre a été indisponible 9 mois. Les prélèvements réalisés sur le caisson retrouvaient *Aspergillus fumigatus*. Aucun cas d'aspergillose n'a été relié à cet épisode.

CONCLUSION

La chambre ChA ne présentait pas de défaut de construction à la base, mais l'introduction du dispositif mobile de traitement d'air a probablement perturbé le flux d'air entre la chambre et la salle de bain favorisant le maintien de l'humidité et la formation de moisissures autour du caisson responsables d'une contamination de l'air et des surfaces par *Aspergillus fumigatus* dans la chambre. Cet événement nous rappelle que l'architecture d'une chambre est un paramètre incontournable à intégrer dans les projets d'installation de dispositifs mobiles de traitement d'air.

P-177

TRAITEMENTS D'AIR MOBILES ET PROTECTION DES PATIENTS D'UN SERVICE D'ONCO-HÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE DÉLOCALISÉ POUR TRAVAUX

HIGNARD Mathilde⁽¹⁾, **TIRARD Florence**⁽¹⁾, **SCHNEIDER Pascale**⁽¹⁾, **LEBLOND Pascaline**⁽¹⁾, **MARINI Hélène**⁽¹⁾, **CHEFSON-GIRAULT Christine**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Rouen, Rouen Cedex, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le service d'immunologie-hématologie-oncologie-pédiatrie est centre greffeur de moelle osseuse pédiatrique pour la région. La fermeture de ce service hébergeant fréquemment des patients à haut risque d'aspergillose invasive n'est donc pas envisageable y compris lorsque des travaux importants de restructuration sont annoncés pour une durée de 4 mois. L'objectif de ce travail était de décrire et d'évaluer l'organisation mise en place pour prévenir le risque aspergillaire lors de ces travaux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les mesures de prévention ont consisté à transférer tout le service dans l'unité de saisonnalité pédiatrique fermée durant l'été. Neuf des 14 chambres de l'unité ont été équipées de différents systèmes de traitement d'air mobiles : des dispositifs de type A des sociétés X (AX) et Y (AY) permettant l'obtention d'une classe ISO 7 pour 6 chambres dites d'aplasie et des

dispositifs de type B dans 3 chambres dites à flux permettant d'obtenir sous un plafond soufflant avec filtre HEPA une classe ISO 5 et une ISO 7 dans le reste de la pièce. Les contraintes et bénéfices respectifs des dispositifs ont été expliqués aux équipes cliniques par l'EOH, notamment l'absence de protection autour du lit nécessitant l'adaptation des protocoles habituels. Des prélèvements hebdomadaires de surveillance ont été réalisés du 9/07 au 31/10 dans au moins une chambre de chaque type (sans dispositif, avec AX, AY ou BX). Les cas possibles d'aspergillose invasive devaient être signalés à l'EOH par l'équipe clinique.

RÉSULTATS

Pendant les 17 semaines de la période de travaux, 883 prélèvements ont été réalisés. Dans les chambres d'aplasie, la classe ISO 7 a été obtenue dans 96 % des cas et plus de 65 % des prélèvements d'air étaient positifs à au moins 1 UFC/m³ champignon filamenteux (CF). Dans les chambres à flux, la classe ISO 5 n'a pu être obtenue que dans environ 50 % des cas obligeant pour l'une des chambres à remplacer le dispositif BX par un dispositif B de la société Y. La classe ISO 6 était cependant atteinte dans plus de 70 % des cas. Parallèlement, 42 % des prélèvements d'air étaient positifs à CF mais aucun *Aspergillus* sp. n'a été retrouvé sous le flux. Aucun cas d'aspergillose invasive n'a été diagnostiqué chez les patients.

CONCLUSION

Ce travail a montré qu'il est possible de déplacer un service d'onco-hématologie dans des locaux d'hospitalisation classique en utilisant des dispositifs complémentaires de traitement d'air, sans cas d'aspergillose diagnostiqué. Toutefois, les performances en situation réelle des dispositifs utilisés ne correspondaient pas toujours aux résultats attendus.

P-178

RÉALISATION D'UNE ESCAPE ROOM AU COURS DE NOTRE CAMPAGNE DE VACCINATION ANTIGRIPPALE

LELUC Pierre ⁽¹⁾, **LE BIHAN Marie Renée** ⁽¹⁾,
NEULIER-LOZINSKI Caroline ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La couverture vaccinale du personnel est de 36,4 % en 2018-2019 dans notre centre hospitalier (CH). Ce chiffre insuffisant doit être amélioré afin de protéger les patients, les proches et soi-même contre cette pathologie. Dans le cadre de notre campagne antigrippale 2019-2020, nous avons mis en place une nouvelle approche de communication via l'escape

room afin de sensibiliser le personnel du CH à la grippe et à sa vaccination.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La mise en place de l'escape room a été réalisée par l'équipe opérationnelle d'hygiène qui a élaboré le scénario et les énigmes, géré les inscriptions et organisé la communication autour de celle-ci (en lien avec le service de communication du CH). Un questionnaire d'évaluation était remis aux participants afin d'avoir leurs avis sur cet outil et quels messages de santé publique les participants avaient retenus.

RÉSULTATS

L'escape room a eu lieu pendant 3 jours du 2 au 5 décembre et a permis d'accueillir 16 équipes de 4 personnes. La finalité de l'escape room était de retrouver l'antidote (accompagné d'un livret « tout savoir sur la grippe ») dans le laboratoire de la première victime de la pandémie grippale. Le temps imparti était de 25 min pour résoudre les différentes énigmes (indices à trouver, réaction colorimétrique à effectuer, code secret à découvrir, etc.). Des messages de santé publique sur les indications à l'hygiène des mains, le port du masque de soins et la vaccination antigrippale étaient également présents dans cette escape room. 2 membres de l'EOH étaient présents afin d'expliquer le principe de l'escape room, chronométrer les équipes, réaliser une photo souvenir et répondre aux éventuelles interrogations sur la grippe et sa vaccination soulevées par ce jeu.

L'analyse des 62 questionnaires a notamment révélé que l'ensemble des participants avait jugé cet outil pédagogique intéressant ou très intéressant auquel la note moyenne de 9.22/10 a été attribué et que 58/60 participants avaient retenu un message de santé publique. 8/30 participants non vaccinés comptent se faire vacciner suite à leur participation à l'escape room.

CONCLUSION

Cette escape room a reçu un excellent accueil des participants de par son approche ludique, son décor esthétique et son originalité pour faire la promotion de la vaccination antigrippale. Le concept sera réitéré l'année prochaine avec un scénario différent tout en améliorant la communication afin de sensibiliser un plus grand nombre de personnes.

P-179

INFECTIONS FONGIQUES INVASIVES LIÉES À DES FACTEURS ORGANISATIONNELS DANS UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

HILLIQUIN Delphine⁽¹⁾, **REGARD Anne**⁽¹⁾, **KHANAFER Nagham**⁽¹⁾, **MARION Elodie**⁽¹⁾, **CASSIER Pierre**⁽²⁾, **RIMMELÉ Thomas**⁽¹⁾, **BERTIN-MAGHIT Marc**⁽¹⁾, **MARTIN Olivier**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot - Hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital de la Croix-Rousse - Hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections nosocomiales peuvent survenir suite à des soins ou une exposition/contamination environnementale telle que la contamination de l'air. Afin de réduire ce risque, un traitement d'air est mis en place dans les unités accueillant des patients à Haut Risque d'Infection (HRI). L'objectif de ce travail était d'investiguer la survenue d'une série d'infections fongiques invasives dans une unité de soins intensifs

MATÉRIEL & MÉTHODES

En décembre 2018, 3 infections fongiques invasives nosocomiales ont été rapportées chez 3 patients hospitalisés dans 3 chambres différentes d'une unité de soins intensifs de patients brûlés d'un centre hospitalo-universitaire : 2 infections à Mucorales (1 *Rhizopus microsporus* et 1 *Lichtheimia* spp.) et 1 infection à *Aspergillus fumigatus*. L'unité est composée de 10 chambres avec flux d'air en surpression. Deux chambres possèdent un flux d'air réversible. Chaque chambre est composée d'un SAS et de 2 portes (1) porte couloir-SAS (2) porte SAS-chambre. Des prélèvements d'air dans 2 chambres, des investigations concernant les composantes structurelles (fonctionnement de la centrale de traitement d'air) et organisationnelles dont l'observation des comportements des soignants ont été menées par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)

RÉSULTATS

Les prélèvements d'air effectués retrouvent la présence de 4 UFC/mL d'*Aspergillus versicolor* et 12 *Penicillium* sp dans une chambre et 6 UFC/mL d'*Aspergillus versicolor* dans la seconde. Les composantes techniques de la centrale de traitement d'air (cascade de filtration, gradient de pression, taux de renouvellement et régime de distribution) étaient conformes. Les observations menées dans l'unité ont montré la présence de poussières au niveau des grilles de soufflage, de cartons dans un SAS, une disposition inadéquate des plaques de faux plafond, une ouverture permanente d'au moins une des portes menant au service en raison de l'absence de

visibilité, l'ouverture d'au moins une des 2 portes des chambres conduisant à une inefficacité du traitement d'air ainsi que le décartonnage effectué dans le couloir menant au service avec présence de portes ouvertes. Suite à ces observations, des interventions des services techniques ont eu lieu ainsi qu'une série de formation menée par l'EOH sur le bon comportement en zone d'air maîtrisé (ZEM)

CONCLUSION

Ces investigations montrent l'importance du bon fonctionnement des ZEM pour l'accueil des patients à HRI liées à l'environnement. Le comportement des soignants doit être considéré comme une des principales cibles sur laquelle agir afin de limiter l'apparition d'infections liées à l'air.

P-180

ÉVALUATION DE LA PRÉVENTION DES ASPERGILLOSES INVASIVES CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE LEUCÉMIE MYÉLOÏDES AIGÜES

SALIOU Philippe⁽¹⁾, **BARON Raoul**⁽¹⁾, **NEVEZ Gilles**⁽¹⁾, **PAYAN Christopher**⁽¹⁾, **IANOTTO Jean-Christophe**⁽¹⁾, **COUTURIER Marie-Anne**⁽¹⁾, **GUILLERM Gaëlle**⁽¹⁾, **QUINIO Dorothee**⁽¹⁾, **BERTHOU Christian**⁽¹⁾, **LE BARS Hervé**⁽¹⁾, **LE CLECH Lenaïg**⁽²⁾
⁽¹⁾ CHRU DE BREST, Brest, FRANCE ; ⁽²⁾ centre hospitalier de Cornouaille, Quimper, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'aspergillose invasive (IA) est la maladie fongique invasive (IFD) la plus répandue chez les patients neutropéniques. L'environnement est la principale source d'aérosolisation des spores d'*Aspergillus*, en particulier lors de travaux de bâtiments. Les directives internationales recommandent des mesures de protections environnementales lors des travaux mais la prophylaxie antifongique n'est pas clairement indiquée. Notre objectif était de déterminer l'efficacité de la prophylaxie antifongique par le posaconazole sur l'incidence de l'IA dans la population de leucémie myéloïde aiguë et de déterminer l'intérêt de cette prophylaxie associée aux filtres HEPA pendant les travaux hospitaliers.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons inclus les patients traités pour leucémie myéloïde aiguë dans un service d'hématologie protégé de janvier 2009 à décembre 2015. Nous avons comparé l'incidence de l'AI dans le groupe traité par posaconazole de 2012 à 2015 à l'incidence de l'AI dans le premier groupe qui n'a pas reçu de prophylaxie antifongique (de 2009 à 2011). La survie globale

à un an a également été analysée à l'aide de la méthode de Kaplan - Meier.

RÉSULTATS

245 patients ont été recrutés dont 151 traités par posaconazole. 23 IA ont été diagnostiquées entre 2009 et 2011 (sans prophylaxie antifongique), puis 31 entre 2012 et 2015 (avec posaconazole) sans différence statistique entre les densités d'incidence (0,34 pour 100 jours d'hospitalisation vs 0,30 pour 100 jours d'hospitalisation, $p = 0,71$). La densité d'incidence des IA a augmenté pendant les travaux de construction (2,40 pour 100 jours d'hospitalisation contre 0,28 pour 100 jours d'hospitalisation, $p < 0,0001$). La densité d'incidence de l'AI a diminué de manière significative pendant les périodes de construction lorsque la prophylaxie au posaconazole a été utilisée (1,59 pour 100 jours d'hospitalisation contre 4,87 pour 100 jours d'hospitalisation $p < 0,0001$).

CONCLUSION

Notre étude suggère, pour la première fois, l'intérêt de la prophylaxie antifongique en plus de la filtration HEPA dans la prévention de l'IA lors de travaux de construction hospitalière.

P-181

ÉVALUATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION ANTIGRIPPALE 2018/2019 DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

PIERSON-MARCHANDISE Marion^(1, 2), KADRI Sarah⁽²⁾, COUVREUR Virginie⁽¹⁾, **BROCHART-MERLIN Julie**⁽¹⁾, BOUTTÉ Cécile⁽¹⁾, BETTENS Isabelle⁽¹⁾, GIGNON Maxime^(1, 2)

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Universitaire Amiens Picardie, Amiens, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Picardie Jules Verne, Amiens, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Malgré la recommandation de vaccination contre la grippe saisonnière pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale des professionnels de santé reste insuffisante.

La campagne de vaccination antigrippale 2018/2019 menée dans notre établissement a inclus des actions de communication et la vaccination gratuite des professionnels volontaires dans le service de santé au travail ou au sein même de leur service par un médecin du travail ou un référent « grippe ».

L'objectif de notre enquête était d'évaluer les actions menées lors de cette campagne vaccinale.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une enquête anonyme par questionnaire informatisé a été diffusée via les adresses mails professionnelles de tous les employés et sur l'intranet de l'établissement.

Ce questionnaire mesurait la satisfaction des professionnels concernant l'information sur la grippe et le vaccin, l'information sur les modalités de vaccination et la facilité de se faire vacciner au sein de l'établissement.

RÉSULTATS

Nous avons obtenu 802 réponses, soit un taux de participation 11,8 %.

Les professionnels étaient majoritairement satisfaits des informations reçues concernant la grippe et le vaccin (89,6 %) et des informations sur les possibilités de se faire vacciner (88,4 %).

Parmi les personnes non vaccinées, 36,7 % ont déclaré que plus d'informations sur la grippe et la vaccination pourraient les inciter à se faire vacciner.

Parmi les personnes vaccinées, 91,8 % avaient été vaccinées au sein de l'établissement, dont 72,9 % vaccinées au sein même de leur service (par un référent ou un médecin du travail).

Se faire vacciner dans l'établissement était considéré facile par 86,1 % des personnes interrogées. Cette proportion n'atteignait que 53,6 % chez les personnes vaccinées en dehors de l'établissement.

La majorité des professionnels qui envisagent de se faire vacciner lors de la campagne 2019/2020 souhaiterait être vaccinée par un membre de son service.

CONCLUSION

Les professionnels interrogés étaient satisfaits tant des informations reçues que des possibilités de se faire vacciner au sein de l'établissement.

Cependant le faible taux de participation pourrait refléter un manque d'intérêt pour cette vaccination. Ces résultats invitent donc à renforcer les actions engagées lors de la prochaine campagne vaccinale en multipliant les moyens de communication et en multipliant les référents « grippe » pour faciliter la vaccination des professionnels au sein de leur service, tout en continuant de proposer d'autres modalités de vaccination.

P-182

VACCINATION ANTIGRIPPALE CHEZ LES PROFESSIONNELS : CONNAISSANCE ET PERCEPTION

MARCO Léa⁽¹⁾, **FOUASSIN Xavier**⁽¹⁾, **CHEVALIER Clémentine**⁽¹⁾, **CATROUX Mélanie**⁽¹⁾, **COLLEVILLE Christelle**⁽¹⁾, **CAMBIEN Guillaume**⁽¹⁾, **GUIHENNEUC Jérémy**⁽¹⁾, **BOUSSEAU Anne**⁽¹⁾, **LALAND Catherine**⁽¹⁾, **CASTEL Olivier**⁽¹⁾, **THEVENOT Sarah**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Poitiers, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2018, la couverture vaccinale contre la grippe était seulement de 16.5 % chez les professionnels de notre établissement. Nous avons souhaité réaliser un état des lieux des habitudes vaccinales antigrippales des professionnels et apprécier les motivations ainsi que les freins à cette vaccination afin d'adapter les prochaines campagnes de promotion de la vaccination antigrippale.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale anonyme monocentrique à visée descriptive effectuée du 4 Juin au 15 Juillet 2019. Un questionnaire adapté de celui diffusé en 2007 par l'Observatoire Régional de la Santé de Franche-Comté a été validé par un groupe de travail pluridisciplinaire (Infectiologues, Médecins du travail, Médecins de Santé Publique et Direction). Un échantillon aléatoire stratifié de 1000 professionnels représentatif a été sélectionné sur l'ensemble du personnel de l'établissement. Une analyse univariée et multivariée ont permis de déterminer les facteurs associés à une meilleure adhésion à la vaccination.

RÉSULTATS

Le taux de réponse est de 45 %. La majorité déclare avoir un contact quotidien avec les patients (82 %). Pendant la campagne de vaccination 2018-2019, 29 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été vaccinées, en majorité les professionnels médicaux (74 %). L'analyse univariée a montré que l'adhésion à la vaccination est liée au fait d'exercer une profession médicale ($p < 0.0001$), d'être un homme ($p < 0,05$) d'avoir de bonnes connaissances sur la grippe et les mesures de prévention ($p < 0,05$), au fait d'avoir déjà contracté la grippe ($p < 0,05$). En analyse multivariée, seule la profession reste associée avec l'adhésion à la vaccination ($p < 0.001$). Parmi les non vaccinés, les principaux freins de la vaccination sont l'efficacité du vaccin jugée trop faible, la crainte des effets secondaires, l'utilisation d'autres moyens de prévention (homéopathie), le fait de ne pas se sentir concerné ou par négligence/oubli. Les non vaccinés ont également déclaré

que si des séances de vaccination étaient organisées dans leur service, 34 % ($n=313$) se feraient vacciner. La moitié des professionnels est plutôt défavorable à l'obligation de vaccination antigrippale.

CONCLUSION

Apprécier les motivations et les freins à la vaccination contre la grippe a permis d'adopter un nouveau plan d'actions pour la campagne 2019-2020. La communication a été centrée sur l'efficacité et l'innocuité du vaccin. Les professionnels ont également pu être vaccinés dans leur service. Les premières données de couverture vaccinale montrent déjà l'efficacité de ces mesures.

P-183

MASQUE SYSTÉMATIQUE ET GRIPPES NOSOCOMIALES : SERVICES ENGAGÉS VERSUS NON ENGAGÉS

FORGET Virginie⁽¹⁾, **GROS Sylvie**⁽¹⁾, **BARNÉOUD-ROUSSET Émilie**⁽¹⁾, **EOH Chms**⁽¹⁾, **FOURNERET VIVIER Aurélie**⁽¹⁾, **POGGIO Monique**⁽¹⁾, **GROSJEAN Jérôme**⁽¹⁾, **DUMOLLARD Carine**⁽¹⁾, **PELLICIER Alicia**⁽¹⁾, **FORESTIER Emmanuel**⁽¹⁾, **MALLAVAL Franck-Olivier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Métropole Savoie, Savoie, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le port du masque est recommandé quel que soit le statut vaccinal pour le personnel et visiteur au contact d'un patient avec pathologie à transmission respiratoire gouttelette et pour le patient atteint mais non pas recommandé en systématique en période grippale. Avant l'épidémie, CLIN et EOH ont proposé le port du masque systématique aux services (patients hors chambre, professionnels et visiteurs dans les couloirs et chambres) durant la saison 2018/2019. L'objectif était de comparer le taux de gripes nosocomiales entre services engagés et non engagés. L'objectif secondaire était de comparer le taux de vaccination des professionnels entre services engagés et non engagés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'engagement des services a été demandé avant le début du port du masque décidé en CAI selon l'épidémiologie locale (positivité tests) et régionale (dépassement seuil épidémique). Les cas de gripes nosocomiales définis par PCR positive et apparition des signes après 72h d'hospitalisation étaient suivis prospectivement en MCO, SSR, USLD, EHPAD. Le nombre de gripes nosocomiales rapporté au nombre de patients présents plus de 72h a été comparé entre les services engagés et non engagés par test de Khi2 ou Fischer selon les conditions d'application.

RÉSULTATS

Au total, 37 services étaient engagés, 47 ne l'étaient pas. Le début du port du masque a été annoncé le 22/01/2019, la fin le 15/03/2019. En services engagés, 12 cas de grippe nosocomiales étaient recensés sur 2056 patients (0,58 %), 48 en non engagés sur 3525 (1,36 %) différence significative ($p=0,006$). Un total de 65 (3,16 %) patients avait une grippe communautaire en services engagés, 131 (3,17 %) en non engagés. En sous-analyse MCO-SSR : 11 cas nosocomiaux en services engagés sur 1584 (0,69 %), 43 en non engagés sur 3266 (1,32 %), différence à la limite de la significativité ($p=0,053$), EHPAD-USLD : 1 en engagé sur 472 (0,21 %), 5 en non engagés sur 259 (1,93 %), différence significative ($p=0,023$). Un total de 276 professionnels était vacciné en services engagés (32,7 %) vs 419 en non engagés (30,5 %), $p=0,27$, différence non significative.

CONCLUSION

Le taux de grippe nosocomiales était inférieur en services engagés, malgré des biais (non engagés portant le masque lors d'épidémies, ou dès leurs premiers cas nosocomiaux jusqu'à la fin de l'épidémie, ou décalé de la période d'engagement, évitant potentiellement des cas). Les ICSHA des services engagés et non engagés seront comparés ultérieurement. Le port du masque prévient la transmission d'autres pathogènes. Ces résultats nous amènent à recommander le port du masque systématique en période épidémique grippale.

P-184

INVESTIGATIONS DES SITUATIONS À RISQUE DE TRANSMISSIONS NOSOCOMIALES DE TUBERCULOSE DANS UN CHU

FAVRELLE Louise⁽¹⁾, **MARION Elodie**⁽¹⁾, **DUMITRESCU Oana**⁽²⁾, **HILLIQUIN Delphine**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, Hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital de la Croix Rousse, Hospices civils de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des cas de transmission nosocomiale de tuberculose maladie (TB) à *Mycobacterium tuberculosis* sont rapportés. La transmission peut concerner les patients ou les soignants et est fonction de la durée d'exposition et des caractères de contagiosité du patient. L'objectif était de décrire les cas de TB ainsi que leur évolution.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les déclarations obligatoires de TB sont envoyées à l'unité d'hygiène et d'épidémiologie (UHE) d'un CHU de 1100 lits

par le laboratoire de microbiologie ou le centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT). Des précautions complémentaires Air (PCA) sont recommandées pour la prise en charge des formes pulmonaires. L'étude du parcours du patient et de sa contagiosité permet de considérer ou non des patients contacts (PtC). Les personnels contacts sont gérés par le service de médecine et santé au travail (SMST). Les cas de TB maladie ont été observés sur la période du 1/01/16 au 30/11/19. L'incidence est rapportée pour 1000 patients-jour.

RÉSULTATS

Soixante-dix-neuf patients hospitalisés ont été diagnostiqués avec une TB. La majorité était des hommes (60,8 %, $n=48$), l'âge moyen était de 49 ans. Les localisations étaient pulmonaires (65,8 %, $n=52$), extra pulmonaires (22,8 %, $n=18$) et mixtes (11,4 %, $n=9$). Parmi les 68 souches testées, 9 résistances (13,2 %) aux antituberculeux ont été retrouvées dont 1 à la rifampicine et l'isoniazide, 1 à la rifampicine et 3 à l'isoniazide. Les patients ont été admis aux urgences ou via les permanences d'accès aux soins de santé dans 70,9 % ($n=56$) des cas. Concernant les TB pulmonaires ($n=61$), 72,1 % ($n=44$) présentaient une toux, 59,0 % ($n=36$) des BAAR à l'examen direct des prélèvements respiratoires et 37,7 % ($n=23$) des cavernes à l'imagerie pulmonaire. Le taux d'incidence était de 0,04 en 2016 et 0,11 en 2019 soit une augmentation de 198 % des cas ($p<10^{-3}$). Des PtC ($n=118$) ont été identifiés dans 47,5 % ($n=29$) des cas de TB pulmonaire avec une moyenne de 4,2 PtC par cas (min=1 ; max=11). Les facteurs de vulnérabilité des PtC étaient en majorité un traitement immunosuppresseur ($n=35$), une insuffisance rénale chronique sévère ($n=27$) et un antécédent de transplantation d'organe solide ($n=15$). Les patients avaient majoritairement voyagé récemment en Afrique (64,6 %, $n=51$) ou en Europe de l'est (13,9 %, $n=11$). Aucun cas secondaire n'a été identifié lors des dépistages des PtC.

CONCLUSION

Une augmentation de l'incidence des cas de TB est observée en 2019. La collaboration étroite entre CLAT, équipes soignantes, SMST, laboratoire de microbiologie et UHE permet la prévention de la diffusion des TB pulmonaires et la limitation du nombre de PtC.

P-185

RETOUR SUR LA COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ D'UN CHU

LOQUET Aurore⁽¹⁾, **PERRIN Agnès**⁽¹⁾, **SALEMBIER Alexandra**⁽¹⁾, **DALLE Edouard**⁽¹⁾, **ROUSSIA Mathilde**⁽¹⁾, **BOUAMRIA Nadia**⁽¹⁾, **FLAMBARD Annelise**⁽¹⁾, **GLEIZES Marion**⁽¹⁾, **TRONCHON Isabelle**⁽¹⁾, **WALOCHA Valérie**⁽¹⁾, **LOUKILI Noureddine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'extension des obligations vaccinales des professionnels de santé aux vaccins recommandés fait l'objet d'une réflexion des autorités de santé. Notre établissement a participé en 2019 à l'enquête nationale de couverture vaccinale. L'objectif de ce travail était de comparer nos résultats (couverture vaccinale antigrippale, freins et motivations à l'égard de la vaccination) aux données nationales.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cette étude a été conduite selon les modalités de l'enquête nationale. Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée entre Juin et Juillet 2019. Les professionnels de santé inclus étaient des médecins, infirmier(e)s et aides-soignant(e)s en poste stable dans l'établissement. L'enquête a inclus 5 services dits « sensibles » pour le risque infectieux : maladies du sang (secteurs conventionnels et protégés), oncologie, greffe et réanimation et 2 services tirés au sort parmi les autres disciplines médicales. Les données de couverture vaccinale, les freins et motivations du personnel de notre établissement ont été comparés aux résultats nationaux.

RÉSULTATS

L'étude a inclus 149 professionnels, âgés en moyenne de 38.5 ans (SD=±10.6). La couverture vaccinale antigrippale était de 35.6 % (34.8 % en national). Elle variait selon l'âge : 27.3 % chez les moins de 30 ans à 42.9 % chez les 50 ans et plus, et selon la profession : 66.7 % des médecins, 34.7 % des infirmier(e)s et 20.8 % des aides-soignant(e)s. Les principaux freins relevés étaient un « doute sur l'efficacité du vaccin antigrippal » (52.1 %) ainsi que « la crainte des effets secondaires du vaccin » (46.9 %). La mesure incitative la plus efficace était de faciliter l'accès à la vaccination sur de larges plages horaires (ex : dans le service). Les professionnels de notre CHU se vaccinaient en premier lieu pour protéger les patients (79.2 %) et se protéger (64.2 %). Ils étaient moins nombreux à se déclarer défavorables à l'obligation vaccinale

antigrippale qu'au niveau national (34.9 % contre 44.1 %, $p=0.025$).

CONCLUSION

La couverture vaccinale antigrippale des professionnels de notre CHU bien que supérieure aux chiffres nationaux reste insuffisante pour garantir la protection des patients les plus fragiles. Ce résultat doit être interprété avec précaution, les professionnels interrogés travaillant majoritairement dans des services dits « sensibles ». Les médecins et le personnel des services dits « sensibles » étaient les 2 catégories les plus favorables à l'obligation vaccinale. Ils étaient également les mieux vaccinés. Ces résultats vont permettre à notre établissement d'ajuster la stratégie des prochaines campagnes vaccinales.

P-186

INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES NOSOCOMIALES : INCIDENCE ET INTÉRÊT DE LA SURVEILLANCE

CAMBIEN Guillaume⁽¹⁾, **MARCO Léa**⁽¹⁾, **PORCHERON Camille**⁽¹⁾, **QUESADA Louise-Hoa**⁽¹⁾, **LEVEQUE Nicolas**⁽¹⁾, **BOUSSEAU Anne**⁽¹⁾, **LALAND Catherine**⁽¹⁾, **CASTEL Olivier**⁽¹⁾, **THEVENOT Sarah**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU La Milétrie, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Si les infections bactériennes nosocomiales font l'objet d'une surveillance au sein des établissements de santé, il n'en est pas de même pour les infections virales. Pour ces infections, seules les épidémies nosocomiales sont rapportées et signalées. Nous avons souhaité mettre en œuvre une surveillance rétrospective des infections respiratoires virales nosocomiales (IRVN) dans notre établissement afin d'en mesurer l'incidence.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'étude descriptive monocentrique s'est déroulée sur le 1^{er} trimestre des années 2016, 2017, 2018 et 2019 à partir des résultats virologiques disponibles dans le logiciel du laboratoire de notre établissement (1700 lits). La surveillance a porté sur les virus suivants : Influenza A et B, Parainfluenza, Rhinovirus, Virus Respiratoire Syncytial, Metapneumovirus, Adenovirus et Coronavirus. Pour chaque virus, une durée maximale d'incubation a été déterminée à partir de données de la littérature. Une origine nosocomiale a été retenue lorsque le prélèvement positif avait été réalisé plus de x jours (x = durée maximale d'incubation) après l'admission du patient. La gravité des cas nosocomiaux a été évaluée sur le critère d'une admission en Réanimation ou d'un décès dans les 30 jours suivant le diagnostic puis par l'analyse des courriers

médicaux. Les indicateurs suivants ont été établis pour chaque virus : fréquence de l'infection /100 patients admis, densité d'incidence des IRVN/1000 journées d'hospitalisation, fréquence des admissions en Réanimation et létalité des IRVN.

RÉSULTATS

Le tableau I présente les résultats pour le virus de la grippe, virus le plus fréquemment à l'origine de cas nosocomiaux (166 cas sur les 4 périodes) et pour l'ensemble des virus étudiés sans distinction d'espèce. Les résultats obtenus pour chacune de ces espèces seront présentés lors du congrès.

Concernant la gravité sur les 4 périodes :

- Réanimation : 17 patients atteints d'IRVN ont été admis en Réanimation, avec un lien établi entre IRVN et admission en Réanimation pour 3 d'entre eux.
- Létalité : 72 patients atteints d'IRVN sont décédés, avec un lien établi entre le décès et l'IRVN pour 4 cas de grippe. La létalité par grippe nosocomiale est donc de 2,4 % (4/166).

CONCLUSION

Le suivi des IRVN va être pérennisé au sein de notre établissement afin de mettre en évidence des infections nosocomiales non détectées par le système actuel de surveillance restreint aux infections bactériennes. Ces éléments permettront de sensibiliser les professionnels à la prévention de la transmission des infections respiratoires, en général, et à la vaccination concernant la grippe, en particulier.

	2016	2017	2018	2019	Total
Influenza virus					
nombre de cas (communautaires+IRVN)	175	284	447	374	1280
fréquence /100 admissions	1,02	1,70	2,60	2,23	1,9
nombre de cas d'IRVN	13	64	52	37	166
incidence des IRVN/1000 JH	0,09	0,44	0,37	0,27	0,29
Ensemble des virus respiratoires					
nombre de cas (communautaires+IRVN)	697	1076	1079	1105	3957
fréquence /100 admissions	4,00	6,40	6,46	6,60	5,8
nombre de cas d'IRVN	60	127	108	79	374
incidence des IRVN/1000 JH	0,04	0,88	0,77	0,57	0,65

Tableau I. Fréquence et incidence des infections respiratoires virales nosocomiales au 1^{er} trimestre 2016, 2017, 2018 et 2019. Résultats présentés pour l'ensemble des virus étudiés et pour la grippe en particulier (IRVN= infections respiratoires

P-187

MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE VACCINATION : IMPACT SUR LA COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE

BIANGOMA Sandrine⁽¹⁾, BERENGER-RIAL Nathalie⁽²⁾, SONNET Nelly⁽²⁾, SERRADEILL Christine⁽¹⁾, **METAIS Catherine**⁽¹⁾, VALLE Marie-Annick⁽¹⁾, THONIARD Claudine⁽¹⁾, THIERRY Manuela⁽¹⁾, FOUCARD Catherine⁽¹⁾, LECHAT Jérôme⁽¹⁾, SAIDI Faycal⁽¹⁾, BLOUIN Patrick⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Sud Seine et Marne, Fontainebleau, FRANCE ;

⁽²⁾ ARS ile de France - Délégation Départementale Seine-et-Marne, Lieusaint, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Face au constat d'une couverture vaccinale antigrippale (CVA) très faible dans notre établissement, nous avons étudié sur 2 campagnes successives, les connaissances des professionnels de santé (PS) sur la vaccination antigrippale (2017/2018), puis les motivations et les freins à la vaccination (2018/2019). Il en est ressorti un important manque de confiance envers le vaccin, malgré une bonne connaissance du risque potentiel de gravité de la grippe.

En juillet 2019, un projet d'expérimentation régional sur 3 ans est initié en lien avec l'ARS (en application du II de l'article 61 de la loi du 22 décembre 2018). L'objectif est d'améliorer la CVA des PS. La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), médecins, pharmaciens, directeur, médecin du travail) a permis de définir et de mettre en oeuvre des actions innovantes.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Campagne multimodale articulée sur 2 axes :

1. Sensibiliser et promouvoir la vaccination antigrippale
2. Faciliter l'accès à la vaccination avec la mise en place d'une équipe mobile de vaccination (EMV) composée de l'EOH (1 praticien hygiéniste, 1 cadre hygiéniste, 2 infirmières hygiénistes et 1 aide-soignante), de l'infirmière mobile d'hygiène (IMH) en EHPAD et du renfort d'une infirmière retraitée

Actions mises en oeuvre :

- Diffusion large d'un flyer vaccination antigrippale (VAG) agrafé aux fiches de paie des PS
- Réalisation de posters et campagne d'affichage
- Communication intranet et journal interne
- 3 modalités de vaccination proposées sur la période du 21 octobre au 13 décembre 2019 :
 - Par l'EMV
 - Par le service de santé au travail (SST)
 - Par un PS habilité du service dans son service de soins

RÉSULTATS

La CVA globale est passée de 14 % (2018/2019) à 28,3 % pour la campagne 2019/2020 (voir tableau 1).

Sur les 686 vaccinations réalisées, 67 % (n=457) ont été assurées par l'EMV, 24 % (n=165) par la SST, 8 % (n=58) entre pairs dans les services et 1 % (n=6) en ville.

CONCLUSION

Cette campagne a permis d'accroître la CVA des PS (+102 %). Ce vif succès est lié au déploiement d'une EMV (67 % des vaccinations), inexistante les années précédentes. Elle a pu voir le jour grâce au partenariat et au financement régional. En vaccinant au plus près du soin, en apportant aux PS des messages clairs et argumentés quant aux bénéfices de la VAG, l'EMV a démontré son intérêt dans l'amélioration de la CVA des PS.

	Saison 2019/2020	Saison 2018/2019
Couverture vaccinale globale	28,3% (686/2420)	14% (315/2246)
• Médicaux	40,0% (117/293)	19,2% (53/276)
• Paramédicaux	28,2% (499/1772)	12,9% (219/1692)
• Autres (administratifs, techniciens, etc...)	19,7% (70/355)	15,5% (43/278)

Tableau 1. Résultats de la couverture vaccinale antigrippale (saison 2019/2020 et 2018/2019)

P-188

IMPACT DES DIRECTIONS SUR LA VACCINATION ANTIGRIPPALE DES EHPAD

DEBUISSON Sylvie⁽¹⁾, **VULLIET Geneviève**⁽¹⁾, **DEVIS Maud**⁽¹⁾, **KUHN Jean Philippe**⁽¹⁾, **GALAS HADDAD Murielle**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier Annecy Genevois, Pringy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2015, le groupe hygiène de la filière gériatrique (FG) animé par l'équipe mobile d'hygiène (EMH) retient la vaccination antigrippale du personnel d'EHPAD comme axe de travail. Un sous-groupe vaccination (SGV) propose dès 2016 aux 32 EHPAD (2520 lits) de la FG non rattachés à un CH des actions ciblées sur le personnel des EHPAD, en plus des campagnes vaccinales réalisées par l'EMH in-situ. En 2017, les équipes dirigeantes (directeurs, médecin coordonnateurs (MédCo) et Idec) sont ciblées via une réunion annuelle préparatoire grippe. L'implication des directions au travers de leur participation active à cette réunion permet-elle de faire évoluer le taux de couverture vaccinale du personnel (tCVP) ?

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les réunions préparatoires grippe sont organisées mi-septembre.

Elles s'articulent en 4 à 5 séquences comprenant :

Un bilan épidémiologique local et régional de la saison hivernale précédente

L'évolution et positionnement dans la FG des couvertures vaccinales des résidents et du personnel

Des retours d'expérience sur la préparation et gestion des épidémies (approche du directeur, du MédCo)

La présentation des travaux du SGV et consultation de l'auditoire sur les actions futures

Un point sur la coordination hôpital/ehpad (circuit de l'alerte et articulation ehpad/EMH/infectiologie en l'absence de MédCo)

Les campagnes EMH in situ, se déroulent à la demande, au moment des relèves, en 3 temps :

Présentation du bilan épidémiologique de l'année précédente et des couvertures vaccinales

Rappel sur la grippe et le vaccin

Atelier interactif sur les représentations et freins à la vaccination

RÉSULTATS

Tous les ehpad mènent une campagne affichée, proposent la vaccination du personnel sur site et ont exclu l'homéopathie
Tableau des taux de CVP

CONCLUSION

La réunion semble permettre une progression des tCVP (+25 %), en cohérence avec l'estimation de la récente enquête réalisée par Santé Publique France. L'EMH souhaite à l'avenir, contractualiser une action double systématique (réunion couplée d'une campagne in situ) avec les ehpad de la FG.

	tCVP moyen 2016	tCVP moyen 2019	p	Médiane de progression
EHPAD filière (N=32)	26% [6 ; 57%]	44% [14% ; 92%]	<0,001	+15%
EHPAD avec participation à la réunion préparatoire grippe de 2017 à 2019 (N=9 ; 25% des lits)	27% [12 ; 49]	48% [27 ; 90]	<0,001	+25%
EHPAD avec une campagne vaccinale EMH de 2017 à 2019 (N=5 ; 15% des lits)	24% [11 ; 38]	63% [34 ; 92]	p<0,001	+38,5%
L'EHPAD avec campagnes EMH + réunion préparatoire grippe (N=1)	12%	65%	p<0,001	+53%
EHPAD avec campagnes EMH ou réunion préparatoire grippe irrégulières (N= 16 ; 52% des lits)	25% [7 ; 57%]	2019 = 35% [14% ; 88%]	p<0,001	+9%

Tableau des taux CVP

P-189

EAU FROIDE SANITAIRE : UNE SOURCE SOUS-ESTIMÉE DE LÉGIONELLOSE NOSOCOMIALE ?

KHOURI Tania ⁽¹⁾, **GERA DENIS-PETIT Stuti** ⁽¹⁾,
MONTEIL Catherine ⁽¹⁾, **SOUYRI Valérie** ⁽¹⁾, **FOURNIER Sandra** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Siège APHP -Service de Prévention du Risque Infectieux- Département Management, Qualité, Gestion des Risques, Crises -Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'enquête autour d'un cas de légionellose nosocomiale (LN) est principalement axée autour des prélèvements d'eau chaude sanitaire (ECS). L'objectif de cette étude est d'analyser les épisodes de LN survenus dans une région afin d'évaluer la pertinence de réaliser des prélèvements d'eau froide sanitaire (EFS) de façon systématique lors de l'enquête autour d'un cas.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Etude rétrospective multicentrique observationnelle sur une période de 11 ans (2009-2019) recueillant les caractéristiques des épisodes de LN signalés aux autorités sanitaires dans une région : origine nosocomiale, devenir du patient, stratégie d'échantillonnage (lieux, eau chaude, eau froide, premier et deuxième jet), résultats des prélèvements.

RÉSULTATS

En 11 ans, 62 signalements de LN ont été rapportés par 24 hôpitaux, dont 20 ont une origine nosocomiale certaine (32 %), 42 une origine nosocomiale probable. Cinq cas groupés ont été rapportés (entre 2 à 3 cas). Neuf patients sont décédés. Dans 34 des 62 cas (55 %), au moins un prélèvement du réseau d'eau était positif : dans 17 cas il s'agissait de l'ECS seule, dans 8 cas de l'ECS et l'EFS, dans 9 cas l'EFS seule. Les prélèvements du réseau d'EFS ont donc permis d'identifier une source environnementale dans 9 cas sur 62 qui n'auraient pas été identifiés si l'ECS seule avait été prélevée. Les prélèvements d'EFS positifs ont concerné des douches, lavabos, douchettes rince-bassin, fontaine à eau, WC, vidoir et système de ventilation.

CONCLUSION

Cette étude confirme que l'EFS est une source de contamination qui doit être considérée dans l'enquête réalisée autour des cas de LN d'autant plus que la hausse des températures estivales influe sur la température et la qualité microbiologique de l'EFS.

P-190

IMPACT DES SENSIBILISATIONS À LA VACCINATION SUR LA COUVERTURE VACCINALE ANTIGRIPPALE DES PROFESSIONNELS D'EHPAD

TROUILLOUD Kae ⁽¹⁾, **AMSELLEM-DUBOURGET Sylvie** ⁽¹⁾, **LARROUMES Nadine** ⁽¹⁾, **LIEUTARD Martine** ⁽¹⁾, **MONTERRAT Julien** ⁽¹⁾, **RUBAN-AGNIEL Françoise** ⁽¹⁾, **CHAPUIS Catherine** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, Saint Genis Laval, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La vaccination est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission de la grippe et ses complications notamment pour les professionnels de santé et de surcroît pour ceux exerçant dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Les soignants expriment souvent une réticence à la vaccination. Une équipe mobile d'hygiène à destination des EHPAD (EMHE) a créé pour eux une sensibilisation à la vaccination.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'EMH se déplace dans les établissements afin de rencontrer les professionnels des EHPAD par sessions de 45 à 60 min.

La sensibilisation commence par donner une vision globale sur la vaccination : notions de transmission/prévention, réponse immunitaire du corps au vaccin, à l'attaque ultérieure par ces germes et surtout innocuité des vaccins (composition, réactions au vaccin).

Ensuite, un temps d'échange avec les professionnels leur permet d'exprimer leurs inquiétudes vis-à-vis de la vaccination (présence d'adjuvants, avoir la grippe malgré le vaccin...) et des fake-news. Les réponses aux questions récurrentes sont documentées au préalable.

L'impact de cette formation est mesuré en comparant les taux de vaccination antigrippale des professionnels des 35 résidences où a eu lieu ou non, la sensibilisation entre 2017 et 2018 inclus, et dont les données sur les vaccinations sont exhaustives.

RÉSULTATS

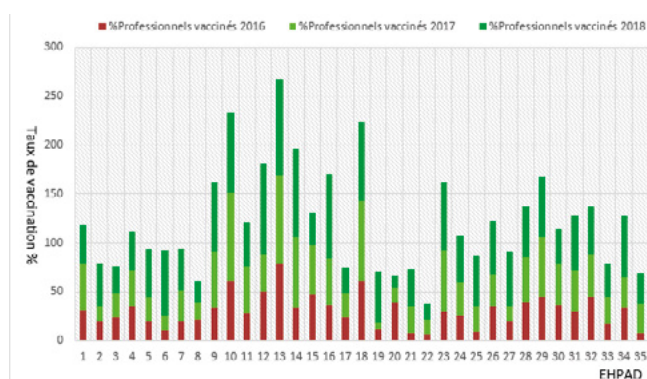
Les 35 EHPAD inclus (1811 professionnels) avaient un taux de vaccination antigrippale moyen de 30,7 % en 2016, 39,2 % en 2017, et 51,8 % en 2018. On observe que l'augmentation de la couverture vaccinale est plus importante dans les 28 EHPAD où les professionnels ont reçu cette sensibilisation (12 augmentent de plus de 100 % en 2 ans ; 6 entre 50 et 100 % ; 6 entre 25 et 50 %). Parmi eux, 2 diminuent et 2 restent stables. 7 n'ont pas eu la sensibilisation (4 ont stagné et 3 ont augmenté de plus de 80 % dont 1 a fait une formation en interne).

CONCLUSION

Cette sensibilisation permet d'aborder la vaccination de façon plus factuelle, pragmatique et pédagogique tout en donnant la parole aux professionnels. Ceci a permis à nombre d'entre eux de se rassurer et ainsi de se faire vacciner. De 2016 à 2018, sur les 35 EHPAD, le taux de vaccination du personnel est passé de 30,7 % à 51,8 % soit une progression de 40,7 % en 2 ans et de plus de 20 % par an. Une enquête de Santé publique France d'octobre 2019 a estimé la couverture vaccinale des professionnels d'EHPAD en France de 31,9 % et en région ARA de 33 %.

L'impact reste établissement dépendant, l'institution devant conforter les professionnels dans cette démarche.

L'EMHE conjuguera donc cette formation au futur.



Taux de vaccination contre la grippe des professionnels d'EHPAD 2016-2018

P-191

LES FAMILLES : AUTRE CIBLE DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE EN EHPAD

GALAS HADDAD Murielle⁽¹⁾, **DEBUISSON Sylvie**⁽¹⁾, **VULLIET Geneviève**⁽¹⁾, **CHAREYRAS Sophie**⁽¹⁾, **KUHN Jean-Philippe**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Annecy Genevois, Epagny Metz-Tessy, FRANCE ; ⁽²⁾ EHPAD Les Couleurs du Lac, Saint Jorioz, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le groupe hygiène de la filière gériatrique (FG), équivalent du CLIN des trois secteurs de soins gériatriques, a défini comme axes prioritaires la gestion des épidémies de grippe et la vaccination antigrippale du personnel. Depuis 2016 un sous-groupe vaccination (SGV) pluridisciplinaire propose des actions de sensibilisation progressivement orientées vers 3 cibles : le personnel, les résidents, les familles. Des actions dédiées sont menées par l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH). De façon à ajuster celles destinées aux familles des 32 EHPAD (2520 lits) non rattachés à un centre hospitalier, une enquête vaccination/port de masque est menée en décembre 2018/ janvier 2019.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un questionnaire a été élaboré par le SGV, abordant :

- les liens familiaux, âge, sexe du répondeur
- ses visites : durée, fréquence
- sa perception du vaccin/la vaccination antigrippale à titre personnel et pour son proche
- sa perception/observance du port du masque lorsqu'il est indiqué ou proposé pour tous sur une période prolongée (phase épidémique dans la région).

Le questionnaire, rempli en 10 minutes, était disposé aux bornes d'accueil des EHPAD et envoyé par mail aux familles.

RÉSULTATS

Les 304 répondants sont des femmes à 69,4 %, de 51 à 65 ans (51,6 %), >65 ans (36,8 %), enfants (75,3 %), frères ou sœurs (17,4 %) des résidents de 28 EHPAD. La fréquence des visites est hebdomadaire (38,8 %) ou pluri-hebdomadaire (37,5 %). Elles durent entre 1 et 3 h (51,6 %), 30 minutes à 1 h (31,9 %), plus de 3h (9,5 %) ou moins de 30 minutes (5,9 %). Les répondants se font vacciner chaque année à 36,2 %, jamais à 52,6 % (dont 34,5 % des >65ans et 59,2 % des 51-65 ans). Parmi ceux qui ne se vaccinent jamais, 31,3 % prennent un traitement homéopathique, 28,8 % ne se sentent pas concernés par la grippe et 19,4 % disent ne jamais l'avoir eu ou jugent que le vaccin est inefficace (6,9 %), qu'il rend malade ou est dangereux (4,4 % respectivement). Les répondants sont à 89,7 % favorables à la vaccination de leur proche. Quant au port du masque, 11 % ne sont pas convaincus de son efficacité, mais 83,2 % le portent quand la consigne est donnée. Ils porteraient le masque systématiquement à 60,5 % si un port prolongé est demandé, mais indiquent qu'ils sont à disposition si besoin que dans 37,2 % des cas.

CONCLUSION

Ce travail oriente la sensibilisation à la vaccination nécessaire à destination des familles, concernées pour partie par le schéma vaccinal et vaccinées dans des proportions moindres que les soignants (taux vaccinal moyen FG = 44 %), $p < 0,001$. Dans ce contexte, le port du masque fera également l'objet d'une sensibilisation adaptée du SGV dès 2020.

P-193

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF MOBILE D'HYGIÈNE DANS UN DÉPARTEMENT

LEVEZIEL Montaine⁽¹⁾, **PAINEAU Céline**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Poitiers, Poitiers, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre d'un projet financé par l'ARS Nouvelle Aquitaine, une unité mobile d'hygiène (EMH) a été créée en mai 2019.

Elle est constituée d'un PH hygiéniste, coordonnateur du projet et d'un infirmier hygiéniste. L'objectif de ce projet est de répondre à l'amélioration de la prévention du risque infectieux dans les établissements médico sociaux, objectif prévu par la PROPIAS

MATÉRIEL & MÉTHODES

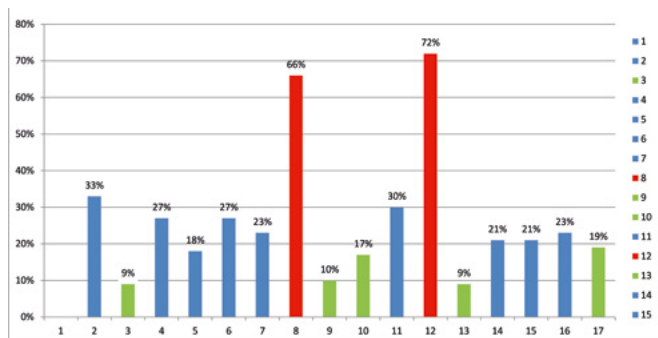
Un appel à projet a été envoyé à l'ensemble des EHPAD du département en expliquant les objectifs du projet. Un état des lieux a tout d'abord été effectué à l'aide du DARI et un programme d'actions a été ensuite établi en fonction d'axes d'actions prioritaires suite à l'envoi d'un questionnaire aux EHPAD répondantes.

RÉSULTATS

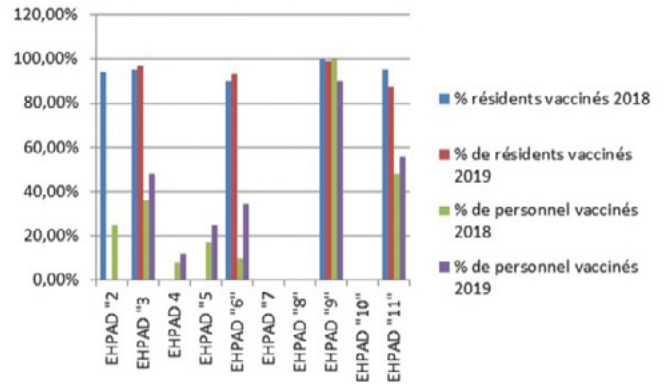
17 EHPAD ont répondu favorablement et ont conventionné avec l'EHPAD support du projet. Des formations précautions standard et vaccination antigrippale ont été entreprises dans chaque EHPAD, ainsi que la mise en place d'audit linge et tri des déchets. Des indicateurs de suivi pour rendre compte de l'impact de la mise en place de l'EMH ont également été élaborés : ICSHA et pourcentage de vaccination antigrippal chez les résidents et le personnel (légende 1et 2).

CONCLUSION

Au bout de 6 mois d'existence, le bilan pour les EHPAD est plutôt positif avec une adhésion de l'ensemble des acteurs relais pour l'EMH (médecin coordonnateur et infirmier coordonnateur, direction). L'accueil reçu lors des interventions a toujours été bienveillant et une attente concernant leur pratique d'hygiène de la part des acteurs de terrain a été ressentie.



Indicateur sha



Indicateur vaccination antigrippal

P-195

LUTTE CONTRE L'EXPOSITIONS DU PERSONNEL DE SOINS À LA MVE DANS VILLE DE BUTEMBO

HOUNDO Bienvenu⁽¹⁾, **OUSMAN Kevin B**⁽¹⁾, **MWESHA Didier**⁽¹⁾, **KABEGO Landry**⁽¹⁾, **SIMISSI Armand**⁽¹⁾

⁽¹⁾ *Organisation mondiale de la Santé, Butembo, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La 10ième épidémie d'Ebola dans le Nord Kivu et l'Ituri, déclarée officiellement le 1^{er} Août 2018 est la plus grande épidémie d'Ebola de toute l'histoire de la RDC.

Avec une particularité liée à l'insécurité et les accès géographiques difficiles aux zones de santé à cause de la saison pluvieuse, les interventions à mener dans le cadre de la riposte sont très difficiles.

La quasi absence des mesures de Prévention et Contrôle des Infections dans les Structures de Santé de la province du Nord Kivu ont entraîné un nombre élevé d'infection à la MVE chez les prestataires de Soins avec pour la ville de Butembo 80 agents de santé infectés dont 65 % d'infirmier contre 5 % de médecins infectés.

Pour garantir la sécurité du personnel de soins de 1^{ère} ligne dans la zone opérationnelle de Butembo, une approche a été mise en place, il s'agit de la stratégie intégrée de renforcement des formation Sanitaires.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Cartographie des structures de santé par niveau de risque infectieux sur la base d'une évaluation et mise en place de paquet PCI par niveau de structure

Responsabilisation des Médecins Chefs de Zones de Santé, des corporations des Médecins, des infirmiers et des tradipraticiens. Harmonisation des indicateurs de performance et mise en place d'un outils Score card sur koBo Collecte

Utilisation des smartphones pour la collecte des données dans les Structures de Santé cibles

Mise en place et accompagnement des plans d'amélioration des structures sanitaires ciblées.

Mise en place des comités d'hygiène et de sécurité et les points focaux PCI dans les structures de santé.

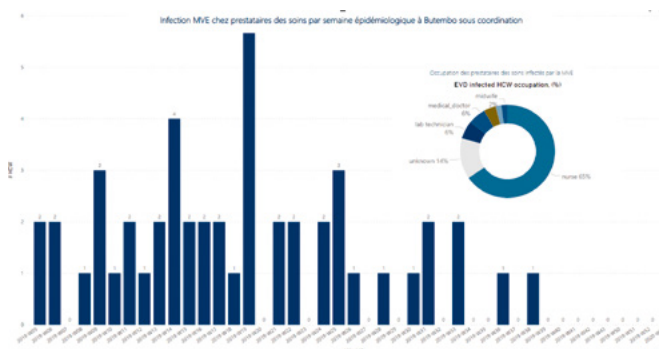
RÉSULTATS

Le dernier cas d'infection à la MVE chez le Personnel de Soins remonte à la semaine épidémiologique 39, de cette semaine jusqu'à la 52 ieme semaine, aucun cas n'a été rapporté.

CONCLUSION

L'ensemble des stratégies adoptées au contexte de sécurité qui ont été mise en œuvre, ont permis d'arrêter l'infection chez le personnel de soins de 1^{ère} à la 39 semaine épidémiologique de 2019. A ce jour la Sous coordination de Butembo est au 119ième jour zéro notification de cas d'infection à la MVE chez le Personnel de Santé.

Le maintien de la compliance des Prestataires de soins au respect des mesures de Précaution Standard et l'intégration des équipements de protection dans le système d'approvisionnement des médicaments essentiels restent encore un défis.



Dynamique de l'infection à la MVE chez le Personnel de santé

P-196

ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES D'HYGIÈNE DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

BELLOT-KHAZIM Laura ⁽¹⁾, LEFEBVRE Annick ⁽¹⁾, TADEUSZ-VALLET Lydie ⁽¹⁾, **BAJOLET Odile** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Reims, Reims, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention des infections associées aux soins intègre depuis de nombreuses années la médecine dite de « ville ». Si des recommandations des bonnes pratiques en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville sont disponibles, nous avons souhaité évaluer leur application dans la pratique quotidienne (cabinet médical et visites) des médecins généralistes d'un département de la région Grand Est et le niveau de contamination bactérienne des stéthoscopes de visite.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 200 médecins généralistes ainsi qu'une analyse de la charge microbiologique des stéthoscopes de visite de 27 médecins volontaires.

RÉSULTATS

Le taux de réponses était de 22,5 % (45 participants). Seuls 22,4 % des médecins ont été formés à l'hygiène. L'application des précautions standard dans les cabinets médicaux est satisfaisante dans certains domaines : utilisation des SHA pour l'hygiène des mains (99,8 %), matériel à usage unique pour les actes invasifs (80 %), utilisation de container spécifique DASRI pour les objets coupants-tranchants (95,6 %). Certaines mesures sont peu respectées : le port du masque chirurgical en cas de toux (60 %), la désinfection du stéthoscope entre chaque patient (6,7 %), l'absence de bijou mains/avant-bras (12,2 %). Lors des visites, entre chaque patient, seuls 38 % des médecins réalisent une hygiène des mains et 12,1 % désinfectent leur stéthoscope. La médiane de la charge bactérienne des stéthoscopes de visite est de 83,5 UFC/25cm² [6-271] avec sur 5 membranes la présence de bactéries potentiellement pathogènes (*S. aureus*, entérobactéries). L'entretien du cabinet médical est assuré principalement par les médecins (29,2 %) ou par un agent qualifié (46,3 %). Seules 22 % des personnes sont formées et la fréquence d'entretien les jours travaillés n'est que de 61 %. Le taux de vaccination varie selon la qualification. L'entretien n'est pas optimal en terme de formation des personnes, de fréquence, de type de produits.

CONCLUSION

Les précautions standards dans les cabinets de médecine générale du département sont partiellement respectées voire inexistantes au domicile du patient comme dans d'autres départements français. Il faudrait mener une campagne d'information en médecine de « ville » sur les risques de transmission d'agents pathogènes par le matériel médical non critique et rappeler que les méthodes de prévention sont simples et non coûteuses.

P-197

LES ALLERGIES PROFESSIONNELLES CHEZ LE PERSONNEL DE SANTÉ : RÉSULTAT D'ENQUÊTE EN 2019

BRAHIMI Ghania⁽¹⁾, **SLAOUTI Sarah**⁽¹⁾, **CHARCHARI Meroua**⁽¹⁾, **CHETITAH Aida**⁽¹⁾, **EL KECHAI Amel**⁽¹⁾, **CHABAN Khadija**⁽¹⁾, **DAHLI Ahlem**⁽¹⁾, **BOUDEBOUZ Zabida**⁽¹⁾, **LAYES Selma**⁽¹⁾, **LAHOUSSA Khalil**⁽¹⁾, **AIT SEDDIK Sarah**⁽¹⁾, **LARINOUNA Amel**⁽¹⁾, **BELKAID Rosa**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU BENI MESSOUS, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le travail en milieu de soins représente une activité à risque important d'allergies professionnelles.

Objectifs

Déterminer la fréquence des affections allergiques au latex et aux produits à usage hospitalier (les produits d'hygiène des mains et les produits désinfectants de surfaces et d'instruments).

Proposer des moyens préventifs.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré aux personnels de santé (médical, paramédical et agents d'entretien) présents au moment de la passation du questionnaire. Le relevé des données s'est déroulé du 05 au 07 Décembre 2019, dans l'ensemble des services de notre CHU. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur le logiciel EPI 6 info.

RÉSULTATS

Au total 317 personnes ont participé à l'enquête il s'agit du personnel médical dans 48,89 % (155/317), paramédical dans 40,06 % (127/317) et agents d'entretien dans 11,04 % (35/317). Le sex-ratio est de 0,40. L'âge moyen est de 33,99 ans +/- 11 ans. On retrouve la notion d'antécédent personnel d'atopie auprès de 40,4 % (128/317) du personnel et la rhinite allergique est le symptôme le plus fréquemment cité (dans 67,2 % des cas).

87,38 % (277/317) du personnel utilisent les gants quotidiennement et/ou occasionnellement, parmi eux 24,2 % (67/277) présentent une réaction allergique. 28,35 % (19/67) ont consulté chez le médecin et le prick test est revenu positif dans 26,31 % (5/19), soit une fréquence de la population latex positif de 1,8 % (5/277).

Pour ce qui est de l'allergie aux produits d'hygiène des mains, 87,06 % (276/317) utilisent fréquemment les produits. 12,31 % (34/276) présentent une réaction allergique, elle est due au savon doux dans 6,88 % (19/276) des cas et à la solution hydro alcoolique dans 5,43 % (15/276) des cas. Pour les produits désinfectants de surfaces et d'instruments, 43 % (162/377) personnes les utilisent quotidiennement ou occasionnellement, 24,07 % (39/162) présentent une réaction allergique, dont 4,93 % (8/162) sont dus aux produits détergents et 19,13 % (31/162) sont dus aux produits désinfectants ou détergents-désinfectants.

CONCLUSION

Cette enquête montre la fréquence des affections allergiques chez le personnel de santé. Cependant comme elle est basée sur une interview se rapportant à des événements rétrospectifs et déclaratifs elle mérite d'être complétée par une étude prospective avec un suivi en collaboration avec la médecine de travail pour une prise en charge de maladie professionnelle.

P-198

IMPACT D'UN NOUVEAU GÉNÉRATEUR DE DIALYSE SUR LES DASRIA

BEGRI Rachida⁽¹⁾, **IMIELA Jean-Paul**⁽²⁾, **LEMOINE Laura**⁽³⁾, **MARTEAU Gilles**⁽⁴⁾, **TESTA Angelo**⁽¹⁾

⁽¹⁾ ECHO, Nantes, FRANCE ; ⁽²⁾ ECHO, Angers, FRANCE ;

⁽³⁾ ECHO, Les Sables d'Olonne, FRANCE ; ⁽⁴⁾ ECHO, Laval, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'impact environnemental de nos activités médicales est une préoccupation grandissante, en particulier en hémodialyse, traitement qui consomme des ressources (eau, électricité) et produit des déchets d'activité de soins. Selon notre expérience, 1,32 kg [1,28 - 1,40] de DASRIA sont produits par séance, majoritairement dus aux lignes et dialyseurs.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons évalué dans une étude pilote sur 2 unités, l'impact du générateur 6008 sur le poids des DASRIA comparé aux générateurs 5008. L'hypothèse est une réduction des DASRIA avec 6008 du fait du design compact et léger de son set artériovoineux, de son utilisation possible pour toutes les

thérapies, indifféremment en uni-puncture ou bi-puncture, et de la purge automatique du circuit en fin de séance.

RÉSULTATS

Le tableau illustre les résultats obtenus :

La réduction moyenne des DASRIA est de 0.247 kg/séance, avec un impact plus grand avec des lignes uni-punctures. Une purge « incomplète » n'est pas délétère.

Sur la base du résultat de - 0.231 kg DASRIA/séance lié au design du set artériovoineux et à la purge automatique, le poids des DASRIA sur 6008 pourrait être réduit de 1,8 Tonnes par générateur en 10 ans en centre ambulatoire (5 patients/poste) et de 1,3 T en 12 ans en UAD (3 patients/poste). Cet écart est plus important avec des sets uni-punctures.

CONCLUSION

Outre un moindre impact environnemental, la 6008 pourrait avoir un impact économique par la réduction du coût de traitement des DASRIA (Moindre coût de destruction, collectes possiblement divisées par trois en passant sous le seuil des 100Kg hebdomadaires fixé par la réglementation). Des études plus larges et une comparaison avec d'autres générateurs sont nécessaires pour évaluer plus finement ces impacts.

Résultats globaux	Comparaison traitement		Comparatif selon la purge du circuit extracorporel sur 6008			
	Poids moyen selon le générateur (n=15)*	Unipuncture (n= 5)*	Bipuncture (n= 8)*	Complète (n=6)*	Incomplète (n=5)*	Non Déterminée (n=7)*
5008	0,965 [1,139-0,728]	0,967	0,963	0,919	0,988	1,043
6008	0,717 [0,611-0,815]	0,694	0,732	0,685	0,767	0,689
Delta	-0,247	-0,274	-0,231	-0,234	-0,221	-0,354

* : nombre de séances réalisées dans les mêmes conditions sur chaque générateur
Dialyseurs : Elisio 25H (n=1), FX CorDiax 1000 (n= 7), FX CorDiax 800 (n=1), FX 80 (n=1)
TS 1,0 SL (n=2), TS 2,1 SL (n=1). Thérapie : 10 séances HDF post-dilution et 3 séances d'HDF

Poids moyen des DASRIA (kg) en fin de séance

P-199

QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR EN STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES ET LIBÉRALES

BAUDET Alexandre⁽¹⁾, **BAURÈS Estelle**⁽²⁾, **BLANCHARD Olivier**⁽³⁾, **GUEGAN Hélène**⁽⁴⁾, **GUILLASO Monique**⁽¹⁾, **LE CANN Pierre**⁽³⁾, **GANGNEUX Jean-Pierre**^(3, 4), **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Université de Lorraine, Faculté de Médecine, Département d'Hygiène, des Risques Environnementaux et Associés aux Soins, Nancy, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Rennes, EHESP, Rennes, FRANCE ; ⁽³⁾ Université de Rennes, EHESP, Irset (Institut de recherche en santé, environnement et travail), Rennes, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Université de Rennes, Laboratoire de parasitologie-mycologie, Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La qualité de l'air des structures médico-sociales et libérales ne bénéficie que d'une exploration très limitée. L'objectif de notre étude était de décrire qualitativement et quantitativement la contamination microbiologique, chimique et particulière de l'environnement intérieur de ces structures.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Des campagnes de prélèvements et mesures ont été réalisées en été et hiver 2018-2019 dans deux villes françaises (une à l'Est, l'autre à l'Ouest). Cinq sites ont été investigués dans chacune des deux villes : deux structures médico-sociales pour seniors (EHPAD et résidence seniors) et trois structures libérales de santé (cabinet médical généraliste, cabinet dentaire et pharmacie). Les microorganismes ont été collectés par prélèvements cycloniques de l'air et écouvillonnages de surfaces. Les bactéries et mycètes ont été cultivées pour dénombrement et identification, plus antibiogrammes des bactéries pathogènes. Des bactéries et virus cibles ont été recherchés par PCR. Une large gamme de composés chimiques (40 composés organiques volatils (COV) et 13 composés organiques semi-volatils), les particules fines (PM_{2,5}), ainsi que des paramètres ambiants.

RÉSULTATS

Les cultures bactériennes et fongiques ont respectivement révélé des concentrations médianes de 14 et 7 UFC/m³ dans l'air et 243 et 4 UFC/100cm² sur les surfaces. Les cabinets dentaires et médicaux présentaient bien moins de microorganismes dans leur environnement intérieur que les pharmacies et structures médico-sociales. Les trois principales familles bactériennes identifiées étaient Staphylococcus, Micrococcus et Bacillus. Les deux principales familles fongiques étaient Cladosporium et Penicillium. Très peu d'espèces pathogènes ont été trouvées ; elles étaient sensibles aux antibiotiques à l'exception d'un Staphylococcus aureus multirésistant et d'une entérobactérie productrice de bêta-lactamases. Les COV retrouvés aux concentrations médianes (µg/m³) les plus élevées étaient des alcools (éthanol : 370,9 et isopropanol : 23,6), cétones (acétone : 18,8) et aldéhydes (formaldéhyde : 11,4 et acétaldéhyde : 6,5). Les salles présentaient une concentration médiane en PM_{2,5} de 9,3 µg/m³.

CONCLUSION

L'air intérieur comporte un mélange complexe de polluants retrouvés en concentrations assez faibles, en deçà des valeurs guides de l'air intérieur. Notre étude montre une contamination de l'air intérieur inférieure à celle des logements mais plus élevée qu'à l'hôpital. Les concentrations élevées en éthanol et isopropanol peuvent être mises en relation avec l'utilisation de solutions hydroalcooliques et désinfectants.

P-201

DISPOSITIF DE TÉLÉSIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, FRANCE, E-SIN : 2012-2018

SAVITCH Yann⁽¹⁾, LÉON Audrey⁽¹⁾, SOING-ALTRACH Sophan⁽¹⁾, COLOMB-COTINAT Mélanie⁽¹⁾, **POUJOL Isabelle**⁽¹⁾, BERGER-CARBONNE Anne⁽¹⁾

⁽¹⁾ Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le dispositif de signalement externe (SIN) des IAS, créé par décret en 2001, alerte les autorités sanitaires et les structures d'appui de la survenue d'événements sentinelles. La dématérialisation du dispositif, dès 2012, a simplifié le processus de signalement et fluidifié les échanges entre les acteurs. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'adhésion des établissements de santé (ES) sur la période 2012-2018.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un ES se caractérise par un numéro FINESS Juridique (entité administrative) et un numéro FINESS géographique (FG). Pour l'étude, le FINESS Juridique (FJ) a été utilisé. La base initiale, régulièrement actualisée, a été constituée à partir de 2 274 FJ. Pour être en capacité de signaler, l'ES doit disposer d'un praticien en hygiène (PH) créateur de la fiche et d'un responsable SIN (RS), émetteur.

L'étude a porté pendant la période 2012-2018 sur : (i) l'appropriation du dispositif par les ES, en calculant par région, la proportion de FJ ayant signalé sur le nombre de FJ en capacité de signaler ; (ii) la répartition annuelle des types d'ES ayant signalé ; (iii) la classification par nombre de SIN effectués et leur répartition en fonction du type d'ES ; (iv) l'évolution annuelle du nombre d'ES ayant signalé.

RÉSULTATS

Au niveau national, 93 % des 2 274 FJ, enregistrés dans la base e-SIN, sont en capacité de signaler et plus de la moitié d'entre eux a signalé. Parmi eux, 27 % seulement ont effectué plus de 10 SIN. Quarante-quatre pour cent ont réalisé entre 2 à 10 SIN et 29 % 1 seul SIN. Pendant la période, le nombre d'ES ayant signalé a augmenté de 26 % passant de 554 à 697.

De façon homogène, les Centres Hospitaliers (C.H) Régionaux Universitaires et les CH représentent plus de 70 % des ES ayant signalé et 72 % de ceux qui ont effectué plus de 10 SIN. La moitié des ES n'ayant effectué qu'un seul SIN sont des établissements de soins de courte durée (Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)) et de soins de suite et réadaptation (SSR). Parmi les ES qui n'ont jamais signalé, plus de la moitié sont

des SSR privés, des structures de dialyse et des CH spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales.

CONCLUSION

Cette étude montre que le signalement des IN est utilisé par un nombre croissant d'ES mais les marges de progression restent importantes en termes de fréquence de ces SIN. L'analyse des ES qui signalent peu ou pas montre une majorité d'ES moins concernés par les IAS. Ces résultats rappellent la nécessité de communiquer à nouveau sur le SIN afin de motiver les ES, en particulier ceux de MCO pour signaler plus régulièrement.

P-202

VACCINATION ANTIGRIPPALE DES SOIGNANTS ET RISQUE DE GRIPPE NOSOCOMIALE CHEZ LES PATIENTS

AMOUR Sélilah⁽¹⁾, BÉNET Thomas⁽⁵⁾, RÉGIS Corinne⁽³⁾, ROBERT Olivier⁽¹⁾, FONTANA Luc⁽²⁾, LINA Bruno⁽⁴⁾, POZZETTO Bruno⁽²⁾, BERTHELOT Philippe⁽²⁾, **VANHEMS Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Centre - Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Saint-Etienne, Saint-Etienne, FRANCE ; ⁽³⁾ Université de Lyon - Université Claude Bernard Lyon 1, Villeurbanne, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Hospices Civils de Lyon - Groupement Hospitalier Nord - Laboratoire de virologie, Lyon, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Santé publique France Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des cas de grippe nosocomiale (GN) surviennent lors de chaque saison grippale. L'exposition à des soignants ou des patients grippés sont des sources de GN. L'objectif de cette étude était d'estimer l'effet de la vaccination antigrippale des personnels soignants (PS) sur le risque de GN chez les patients hospitalisés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une surveillance prospective multicentrique des patients ayant un syndrome grippal (SG) a été menée au sein de deux centres hospitalo-universitaires (CHU) durant 2 saisons grippales (2013-14 et 2014-15). Une étude cas-témoins nichée dans cette surveillance a été réalisée. Un SG était défini par une fièvre $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (en l'absence de prise d'antipyrétiques) et une toux ou une douleur pharyngée. Chaque patient inclus a eu un prélèvement nasal et une recherche systématique de la grippe par PCR. Un cas de GN était un patient ayant une grippe virologiquement confirmée et ayant débuté ses symptômes $\geq 72\text{h}$ après son admission dans le service. Un témoin était un patient ayant un SG durant son hospitalisation mais avec

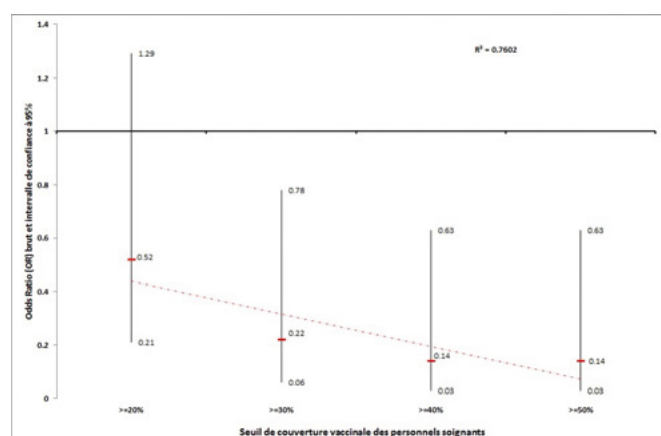
une PCR grippe négative. Le taux de couverture vaccinale (CV) des PS de chaque service participant a été mesuré à partir des données exhaustives des services de médecine du travail. Une régression logistique a été réalisée. Un ajustement a été fait sur le sexe, la présence d'une source potentielle de SG dans le service dans les 5 jours précédents le début du SG et la CV individuelle.

RÉSULTATS

Au total, 165 patients ont été inclus : 24 GN et 141 témoins. L'âge médian des patients étaient de 84 ans, 94 (57 %) étaient des femmes et 68 (41 %) étaient vaccinés contre la grippe. Le taux médian de CV des PS dans les services était de 18 % (1 % à 71 %) avec une moyenne de 32 % : il était de 13,5 % chez les GN contre 18 % chez les témoins ($p=0,02$). Chez les paramédicaux, il était plus faible dans les services ayant des GN que chez les témoins (5 % et 12 % respectivement ($p<10^{-2}$)). Enfin, chez les médecins, il n'était pas significativement différent entre les deux groupes. La présence d'une source potentielle de grippe était de 50 % pour les GN contre 21 % pour les témoins ($P<10^{-2}$). L'Odds Ratio (OR) brut diminuait de 0,52 (intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) 0,21-1,29) à 0,14 (IC95 % 0,03-0,63) lorsque le seuil de CV des PS dans le service augmentait de 20 % à 50 % (figure). De même, après ajustement, l'OR diminuait de 0,59 (IC95 % 0,21-1,65) à 0,28 (IC95 % 0,06-1,34).

CONCLUSION

La prévention et le contrôle de la grippe nosocomiale impliquent de multiples mesures dont la vaccination des soignants est un déterminant majeur à prendre en compte par les établissements de soins.



ORbrut (IC95 %) en fonction du seuil de couverture vaccinale des personnels soignants

P-203

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (IAS) APRÈS GREFFE DE REIN ET/OU PANCRÉAS

MUNIER-MARION Elodie⁽¹⁾, **DANANCHÉ Cédric**⁽¹⁾, **AMOUR Selilah**⁽¹⁾, **LÉVI Charlène**⁽¹⁾, **BADET Lionel**⁽¹⁾, **MORELON Emmanuel**⁽¹⁾, **POUTEIL-NOBLE Claire**⁽¹⁾, **BÉNÉT Thomas**⁽²⁾, **VANHEMS Philippe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Centre, Lyon, FRANCE ;

⁽²⁾ Santé Publique France, Cellule Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les IAS sont des complications fréquentes en post-transplantation précoce. L'objectif était d'estimer l'incidence des IAS chez les transplantés du rein et/ou pancréas.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une surveillance standardisée chez les greffés du rein et/ou pancréas a été menée dans un CHU (900 lits). Tous patients (pat.) greffés entre le 1/10/2013 et le 31/12/2017 ont été suivis pendant leur séjour et jusqu'à 30 jours (j) après la greffe. Les IAS incluaient les infections urinaires (IU), bactériémies, infections de site opératoire (ISO) et pneumopathies. L'incidence est rapportée pour 1000 pat. j à risque. La 1^{ère} IAS par site et par pat. était retenue pour l'analyse. Des régressions de Poisson ajustées sur âge, sexe, score ASA et période ont été utilisées pour évaluer le risque d'IAS.

RÉSULTATS

Au total, 756 pat. (21,476 pat.-j) ont été inclus (650 greffés du rein, 16 pancréas et 90 rein-pancréas). L'âge moyen était de 52 ans (min-max : 19-81) et 60 % étaient des hommes. Les principales pathologies ayant conduit à une greffe étaient une néphropathie diabétique (24 %), une glomérulopathie (23 %) ou une maladie génétique (13 %). L'incidence des IAS était de 4,8 (intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) : 3,9-5,8; N=102), celle-ci était de 10,0 (IC95 % : 6,6-14,4) chez les pat. greffés rein-pancréas ou pancréas et de 4,0 (IC95 % : 3,1-5,0) chez les greffés du rein ([Ratio d'Incidence ajusté (RIa)]=3,2; IC95 % : 1,9-5,4). Une diminution semestrielle de 10 % de l'incidence a été identifiée [RIa de 0,9 (IC95 % : 0,84-0,99)]. Les 4 microorganismes les plus fréquemment isolés étaient E. coli (29 %), E. faecalis (16 %), E. cloacae (12 %) et P. aeruginosa (12 %). L'incidence des IU, bactériémies, et pneumopathies était respectivement de 3,1 (IC95 % : 2,4-3,9), 1,2 (IC95 % : 0,8-1,8) et 0,3 (IC95 % : 0,1-0,8), sans différence selon l'organe transplanté. Les ISO concernaient 4 % des pat. (incidence : 1,2; IC95 % : 0,8-1,7). L'incidence était de 5,9 (IC95 % : 3,5-9,4) chez les greffés rein-pancréas ou pancréas et de 0,5 (IC95 % : 0,2-0,9) chez les greffés

rénaux (Rla=13,9; IC95 %: 5,3-36,6). Concernant les greffes avec donneur décédé, 40,2 % des liquides de conservation d'organe étaient contaminés, avec un Staphylocoque à coagulase négative dans 53 % des cas.

CONCLUSION

13 % des patients greffés rein et/ou pancréas ont présenté au moins une IAS pendant le séjour post-transplantation. L'IAS et le micro-organisme les plus fréquents étaient l'IU et E coli. Les taux d'IAS variaient selon le site infecté et l'organe transplanté. Ce taux diminue ces dernières années. Une description des IAS chez ces patients permet d'adapter les mesures préventives.

P-204

CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES RÉPERTORIANTE LES SOLLICITATIONS DES ÉTABLISSEMENTS

CHARTIER Margaux⁽¹⁾, **GERMAIN Jeanne-Marie**⁽²⁾, **FONTAINE Erika**⁽¹⁾, **JAN Véronique**⁽²⁾, **DAY Fabienne**⁽¹⁾, **ANGIBAUD Marion**⁽¹⁾, **LE BORGNE Magali**⁽²⁾, **BOURGEOIS Jocelyne**⁽¹⁾, **PIEDNOIR Emmanuel**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Bretagne, Rennes, FRANCE ; ⁽²⁾ CPias Bretagne, Brest, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Avec la restructuration des Centres d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins, notre CPias est organisé sur deux sites distincts. Il est apparu nécessaire de créer un outil commun pour recenser les demandes d'appui que nous recevons des 3 secteurs de l'offre de soins. L'objectif est de partager les demandes, les réponses et d'assurer la traçabilité entre les deux sites de notre CPias. De plus, cet outil nous permet une analyse rapide du nombre d'appels, des établissements demandeurs et des thèmes abordés, nous permettant ainsi d'être plus efficient.

MATÉRIEL & MÉTHODES

La saisie de ces données se fait à partir d'un formulaire créé à l'aide d'une application permettant la saisie des données en ligne. L'exportation du fichier permet de consulter la base sur les deux sites et retrouver des données précises. L'analyse des données de la base est réalisée avec un logiciel statistique. Après un contrôle de la qualité des données, une analyse descriptive des conseils donnés a été réalisée. Ainsi, les variables recensées sont : la date, la fonction des appelants, la ville, le statut et le type de leurs établissements, les thèmes des demandes.

RÉSULTATS

En 2019, le CPias a répondu à 640 sollicitations (moyenne 2,6 conseils par jour ouvré). 83,3 % des demandes sont issues de notre région, 70,2 % proviennent d'établissements publics, 49,5 % sont des établissements de santé, 32,5 % des établissements et services médico-sociaux et 4,5 % du secteur de la ville. 47,7 % de ces demandes sont faites par des hygiénistes (infirmiers et praticiens). Les principaux thèmes sont les suivants : bactéries multirésistantes et hautement résistantes émergentes (16,0 % des demandes), surveillance/signalements (12,6 %), environnement/entretien des locaux (9,3 %), infections respiratoires aiguës et gastro-entérites aiguës (7,7 %), hygiène des mains (6,6 %). De même, l'analyse géographique a montré qu'une zone de notre région est très lacunaire en matière d'appels ; ce qui nous amène à aller vers ces acteurs de soins locaux.

CONCLUSION

La facilité d'utilisation de l'outil favorise un remplissage exhaustif. Preuve en est, le nombre de sollicitations a fortement augmenté par rapport à l'année précédente (396 en 2018). L'analyse descriptive permet de mettre en avant le peu de lien avec le secteur de la ville. Cela nous conforte dans notre choix de continuer à travailler davantage avec eux.

P-205

LA TRANSMISSION CROISÉE EN CHANSON

ZARZA Anne-Marie⁽¹⁾, **CORRESPONDANTS Hygiène Hospitalière**⁽¹⁾, **SMITH Myriam**⁽¹⁾, **MARTEL Christophe**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Privé Drôme Ardèche Ramsay Générale de Santé, Guilhaud-Granges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'établissement a choisi de mener une action de sensibilisation dans le cadre de la semaine nationale sur la sécurité des patients 2019, dont le thème était « les antibiotiques sont précieux, utilisons les mieux ». L'objectif était de mener une action « coup de poing hygiène », via un support ludique, sur la prévention de la transmission croisée pour limiter les infections, et diminuer la consommation d'antibiotiques.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un support vidéo type karaoké a été proposé dans notre établissement (environ 570 salariés). Ce projet a réuni 18 correspondants en hygiène hospitalière (CHH) lors de 2 réunions de 2h : élaboration du projet en mars 2019, prises de vues, enregistrement de la bande son. Les photos, films, texte et chant ont été réalisés par les CHH avec l'aide de l'EOH sur le temps de travail ou personnel. L'animation photos et le

montage vidéo ont été réalisés par l'infirmière hygiéniste de mars à septembre 2019. Le projet a été présenté au comité de direction, encadrement et CLIN. La diffusion en interne via intranet et lors des journées sécurité patients a été validée. La demande au responsable internet de diffusion en externe a été refusée dans un premier temps (utilisation d'images protégées), entraînant une modification du montage (utilisation d'images libres), puis la diffusion en externe via la page Facebook de l'établissement et LinkedIn a été encouragée.

RÉSULTATS

Cet outil vidéo ludique type karaoké (environ 5 minutes) nous présente « Coli le microbe », son mode de transmission et les mesures barrières pour limiter sa diffusion. Cette vidéo a été visualisée en interne via l'intranet et lors de 4 journées sécurité patients par 140 professionnels (médical, para médical et administratif). En externe, la vidéo comptabilise plus de 400 vues à ce jour. A la suite de la diffusion de cette vidéo, nous avons bénéficié de 3 candidatures spontanées pour le rôle de correspondant en hygiène. Une présentation à une journée inter professionnelles en hygiène est programmée en 2020.

CONCLUSION

Ce support ludique a généré étonnement, enthousiasme et échanges constructifs sur la transmission croisée. Les retours des professionnels en interne et des visionneurs internet ont été très satisfaisants. L'accueil favorable encourageant à une diffusion élargie a valorisé le travail effectué. L'aide précieuse des responsables communication et internet auraient dû être anticipée afin d'éviter des rectifications chronophages (double montage). Ce travail collaboratif a montré qu'un réseau de CHH peut être fédéré et impliqué sans mesure autour l'EOH pour un projet initié, élaboré et porté en équipe.

P-206

LES PRÉCAUTIONS STANDARD EN AFFICHE : UN RÉEL DÉFI !

DAY Fabienne⁽¹⁾, **ANGIBAUD Marion**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CPias Bretagne, Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'actualisation des Précautions Standard (PS) en 2017, la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) crée un dépliant les détaillant. En complément de ce travail et pour répondre à la forte demande des établissements sanitaires et services médico-sociaux, une affiche a été conçue. L'objectif est de réunir les PS sur un seul document pouvant être mis à disposition des professionnels et affiché dans les 3 secteurs de l'offre de soins. Cet outil se veut concis, attractif et original.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Un groupe de travail a été mis en place pour travailler sur une affiche, grand format, qui prendrait sa source dans le dépliant de la SF2H. Le cahier des charges était de produire un document riche en iconographies, coloré pour être attrayant et respectant le code couleur du dépliant de la SF2H. La finalité est d'obtenir un outil affichable, visuel et original. Les lieux d'affichage proposés sont les vestiaires, la salle de transmission ou bureau infirmier et les locaux dits sales type vidoir, local déchets ou linge sale, selon l'architecture des lieux. Cette affiche a été soumise pour avis, aux équipes opérationnelles d'hygiène des 2 CHU de la région et au réseau des IDE hygiénistes mutualisés en établissements et services médico-sociaux. Elle a aussi été envoyée dans 4 CPias, dont le CPias porteur de la mission 5 (en charge de la communication et de la documentation au niveau national), pour relecture et validation.

RÉSULTATS

Une affiche en format A3 a été réalisée. Le titre de l'affiche est situé au centre, ainsi que les notions de : soin, lieu, patient et professionnel. Un cercle blanc au pourtour, met en exergue 1 objectif prioritaire par mesure. Ensuite, 6 quartiers respectant les couleurs du dépliant de la SF2H, présentent les 6 mesures : hygiène des mains, équipement de protection individuelle, hygiène respiratoire, gestion des excréta, gestion de l'environnement et prévention des accidents avec exposition au sang. Chaque thème est illustré par 2 à 4 photos et de courts messages écrits renforcent les mesures.

CONCLUSION

C'est un vrai défi que de vouloir présenter les précautions standard sur un même document. L'affiche a reçu un très bon accueil auprès des relecteurs. Elle est disponible en téléchargement libre sur le site du CPias, et va être proposée à la mission 5. En parallèle, plusieurs exemplaires seront envoyés aux établissements et services médico-sociaux.

Il est prévu prochainement de proposer ce document dans un format mémo de poche.

P-207

PROCÉDURES DE RAPPEL PATIENT EN ENDOSCOPIE : RETOUR D'EXPÉRIENCE

REGAD Marie⁽¹⁾, **LIZON Julie**⁽¹⁾, **FORIN Jérôme**⁽¹⁾, **LATARCHE Clotilde**⁽¹⁾, **CHEVAUX Jean Baptiste**⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la surveillance microbiologique des endoscopes, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est alertée lors de la présence d'un prélèvement non conforme sur un endoscope avec identification d'un microorganisme indicateur. Une évaluation des risques est réalisée pouvant aboutir à un rappel patient.

Notre objectif est de partager l'expérience de cinq procédures rappel patient sur l'année 2019.

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'évaluation des risques pilotée par l'EOH, ciblée prioritairement sur le risque de transmission virale, est réalisée pour les patients ayant eu une endoscopie entre le dernier prélèvement négatif et la date de non-conformité. Pour chaque patient, l'EOH recherche un facteur de risque viral en croisant plusieurs sources : PMSI (diagnostics principal et associés), dossier patient (antécédents à risque, exposition à risque, comportements à risque, vaccination (hépatite B)) et biologie (hépatite B, C, VIH). L'EOH liste les cinq patients qui ont eu un acte à la suite du ou des patients identifiés comme à risque et recherche des éléments permettant de déterminer si le patient est sujet au rappel patient. Une cellule enquête-action est alors déclenchée pour organiser le rappel patient.

RÉSULTATS

Entre février et juin 2019, cinq procédures de rappel patient ont été initiées. L'EOH a analysé 818 dossiers à la recherche de facteurs de risque viral. Trois alertes ont été clôturées en l'absence de patients à risque identifiés. Concernant les deux autres alertes, huit patients à risque ont été identifiés : un porteur VIH, six VHB et un VHC. En cellule enquête-action, le risque de transmission croisée pour le VIH a été écarté eu égard aux données de la littérature. Au final, 14 patients exposés à un risque de transmission virale hépatique ont fait l'objet d'un rappel. Parmi eux, six étaient vaccinés contre le VHB. Les bilans biologiques des huit autres patients se sont avérés négatifs vis-à-vis des virus concernés. Le rappel patient est organisé grâce à un kit comprenant : un consentement éclairé à faire signer au patient, une ordonnance de prescription du bilan biologique (VHB, VHC) et des éléments de langage pour aider le médecin à expliquer la situation au patient.

CONCLUSION

Au total, aucune transmission croisée n'a été mise en évidence. Cependant, il reste difficile d'évaluer le risque de transmission lors d'une endoscopie selon les données disponibles actuellement. Les patients ont tous vécus positivement le rappel, mais il est légitime de s'interroger sur la balance bénéfiques / risques pour le patient.

P-208

PRÉSENTATIONS ATYPIQUES DE TUBERCULOSE PULMONAIRE EN GÉRIATRIE ET RISQUE PROFESSIONNEL

VAILLANT Laetitia ^(1, 2), **DE VILLELONGUE Cédric** ⁽²⁾, **FOSSEY-DIAZ Virginie** ⁽²⁾, **SAWICKI Bénédicte** ^(1, 2), **LUCET Jean Christophe** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Bichat Claude Bernard, Paris, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital Bretonneau, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le risque professionnel de tuberculose chez les soignants est avéré et fait l'objet de recommandations actualisées qui peuvent être complexes à mettre en place, notamment chez des patients âgés avec de longues durées d'hospitalisation et pouvant présenter des formes atypiques.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Revue rétrospective et descriptive entre 2016 et 2018 des cas non bacillifères hospitalisés, des précautions complémentaires de type air (PCA) mises en place autour des cas suspects et confirmés de tuberculose et des investigations des cas contacts parmi les professionnels.

RÉSULTATS

Une première patiente de 79 ans, d'origine marocaine, a été hospitalisée pour décompensation cardiaque et altération de l'état général. Le diagnostic était suspecté en scanner thoracique (micronodules diffus) à presque 2 mois d'hospitalisation. Un second patient caucasien de 89 ans, a été hospitalisé pour lombosciatique chronique d'horaires mixtes et amaigrissement. Le diagnostic était suspecté à 1 mois sur un infiltrat micronodulaire majoré observé sur un second scanner. Les deux patients sont décédés avant le diagnostic. Ils avaient chacun un antécédent de tuberculose. Pour ces patients, les PCA ont été mises en place dès les suspicions de diagnostic de tuberculose et levées à réception des 3 examens directs négatifs. Les délais de positivation en culture étaient respectivement de 17 et 14 jours. La définition d'exposition à un cas proposée par le GERE a été retenue par le médecin du travail et l'équipe de prévention du risque infectieux. Du fait du retard du diagnostic, un dosage des quantiférons à 3 mois a été principalement réalisé pour les professionnels exposés. Pour le 1^{er} cas, 69 contacts ont été identifiés, quatre professionnels ont été suivis en infectiologie pour une IL potentiellement récente avec un soignant ayant reçu une prophylaxie. Pour le second cas, 28 contacts ont été identifiés mais aucun n'a fait l'objet d'un suivi en maladie infectieuse ni reçu de prophylaxie.

CONCLUSION

Ces 2 cas atypiques plaident pour une recherche plus systématique par scanner thoracique et BK tubages de tuberculose pulmonaire en cas d'altération de l'état général inexplicée chez des patients âgés aux antécédents de tuberculose. L'investigation approfondie réalisée chez les professionnels exposés à des formes atypiques semble justifiée dans le cadre d'hospitalisation avec exposition prolongée et plus à risque malgré des PCA respectées.

P-209

SAGA DE LA PÉNURIE D'EPI AU CHU

TURCAN Béatrice⁽¹⁾, **HERNANDEZ Céline**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Strasbourg, Strasbourg, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Au printemps 2020, alors que l'épidémie de Covid-19 se répandait à l'échelle mondiale, et que les professionnels tentaient par tous les moyens de s'approvisionner en masques, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène du CHU découvrait l'envers du décor et s'improvisait logicienne.

C'est cette expérience, et les leçons que les divers protagonistes ont pu en tirer, que nous nous proposons d'aborder ici.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Une description de l'organisation des approvisionnements au CHU et des différents acteurs de la filière permettra de planter le décor de la comédie dramatique qui s'est jouée malgré nous, et dans laquelle, de frayeurs en rebondissement, les protagonistes ont déployé des trésors d'imagination.

RÉSULTATS

La pièce qui s'est jouée a vu défiler, par ordre d'apparition un SOS du responsable du pôle logistique, des réclamations de l'encadrement, des contrôles et validations quotidiennes de commandes, des rationnements de livraisons, des inventaires hebdomadaires, des réquisitions, des vols de masques, des sécurisations de stocks, des évaluations de besoins, des déterminations de dotation, des livraisons individualisées, des déploiements d'aide-logistique, des distributions contingentées, des restrictions de consommation, des dons, des tests et validation, des fabrications de masques, des réceptions de modèles improbables, des interpellations des syndicats, des appels de l'encadrement, des mails des équipes médicales, des interpellations d'agents, des newsletters, des publications sur l'intranet, des critiques, des insultes, des félicitations ... et une médaille !

En saison 2, la saga des masques a été remplacée par celle des sur-blouses et valait bien un défilé de mode, puisque le

traditionnel « les costumes sont de ... » s'est soldé par « du stock d'état ».

Enfin, le scénariste de la saison 3 a su lui apporter une pointe d'exotisme avec les désormais célèbres KN95 !

CONCLUSION

A l'heure où nous finalisons ce synopsis, la pièce est loin d'être terminée, mais grâce à un formidable travail de collaboration, à l'implication des différents acteurs, à la compréhension des figurants, aucun professionnel n'a manqué des équipements de protection nécessaires pour assurer sa mission, qu'il soit soignant, technicien, administratif ... A posteriori, une analyse des événements et des réponses apportées a permis de mettre en place des actions correctives, tels que des indicateurs de signes de tensions sur les approvisionnements.

P-210

MASQUE CHIRURGICAL : EFFICACITÉ CONTRE LES CLUSTERS NOSOCOMIAUX DE SARS-COV-2

KHEDIM BELAL Jamila⁽¹⁾, **KDISS Ilyess**⁽¹⁾, **QUATRECOUPS Axelle**⁽¹⁾, **BOUSSOUKAYA Rym**⁽¹⁾, **LECOINTE Didier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil-Essonnes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les précautions standard (PS) ont été le premier rempart face à l'acquisition nosocomiale de SARS-Cov-2 dès le début de la pandémie. A ne mettre qu'en cas de toux lors de la 1^{ère} vague, le masque chirurgical a par la suite été obligatoire, au point de devenir aussi systématique que les PS, à appliquer dans tout contexte de soins.

Dans notre établissement, deux clusters nosocomiaux sont survenus lors de la 1^{ère} et de la 2^{ème} vague dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation de Gériatrie, très engagé dans le respect des PS.

Le but de ce travail était d'évaluer l'impact du port et du non port de masque chirurgical dans la survenue de ces clusters, quand les PS sont respectées.

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'analyse des rapports de signalement rédigés par les praticiens hygiénistes a servi au calcul de l'incidence de la maladie pour chaque cluster et à lister les hypothèses les plus probables des causes de leur survenue, à la lumière des recommandations et de leur évolution entre les deux clusters.

RÉSULTATS

Le 1^{er} cluster a inclut 7 cas : 4 membres du personnel soignant (cas index) et 3 patients. Visites interdites, l'acquisition nosocomiale de la première patiente était due aux soins enveloppants prodigués par le cas index encore asymptomatique, sans port de masque chirurgical. Les hypothèses de transmission croisée inter personnel ont été jugées très probables et celles de transmission croisée inter patients écartées. La principale cause de survenue de ce cluster a été identifiée comme étant le non port permanent du masque chirurgical par le personnel soignant et les patients quel que soit leur statut infectieux.

Le 2^{ème} cluster a inclut 3 cas chez les patients (cas index) dont 2 nosocomiaux. Sa principale cause de survenue a été identifiée comme étant le non port du masque chirurgical par les patients (transmission croisée inter patients ou par les visiteurs). Le portant en toute circonstance depuis des mois, tout le personnel soignant a été dépisté et aucun cas positif n'a été détecté.

L'incidence lors du 1^{er} cluster a été de 19 % et celle lors du second de 4 %. La P-value au test de Fisher était de 0.03 avec un intervalle de confiance à 95 %. L'incidence a été 4,75 fois plus élevée durant la 1^{ère} vague.

CONCLUSION

Le port systématique du masque chirurgical a permis la diminution significative de l'incidence de la maladie, dans un service où les PS sont respectées depuis plusieurs années. La place systématique qu'il occupe désormais dans la pratique des soins lui suggère un rôle aussi indispensable que les PS.

P-211

RECRÉER DU LIEN AVEC LES RÉFÉRENTS HYGIÈNE EN PÉRIODE COVID

CANDON Christine⁽¹⁾, DESCHAMPS Aurélie⁽¹⁾, LANGLOIS Dorothée⁽¹⁾, LEGER Marie-Aimée⁽¹⁾, LEPREVOST Julie⁽¹⁾, Sandra Bourdon¹, **GIBERT Laure**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier du Havre, Le Havre, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des référents en hygiène sont présents dans la plupart des services de notre établissement. Ils assurent le lien entre l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et les services de soins. Habituellement, deux journées de rencontre sont prévues par an. Ces réunions sont l'occasion de leur faire part des actualités en hygiène, des résultats d'audits, de maintenir leurs connaissances en hygiène (quiz, jeux de rôles...)... Or, durant la période COVID, ces journées ont été supprimées. Afin de ne pas rompre le lien entre les référents et l'EOH, il a été décidé, en mars 2021, de mettre en place chaque mois

des « CLAP hygiène », vidéos de très courte durée sur des thématiques d'hygiène.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Les « CLAP Hygiène » ont été filmés avec un téléphone portable et montés via l'application I. Movie. Ces vidéos sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Un lien pour y accéder a été envoyé à l'ensemble des référents et à l'encadrement. Un questionnaire de satisfaction a été envoyé avec la première vidéo.

RÉSULTATS

Notre EOH a décidé de créer tous les mois un « CLAP hygiène ». Ces vidéos de très courte durée abordent de façon ludique des thématiques d'hygiène variées. Un planning des thèmes à aborder a été établi en début d'année en fonction notamment des fiches d'événements indésirables reçues et de protocoles à diffuser : présentation du programme d'actions du CLIN, préparation cutanée avant un acte interventionnel, entretien des points d'eau... Le questionnaire de satisfaction envoyé avec la première vidéo est en cours d'analyse.

CONCLUSION

Cette approche novatrice doit nous permettre de conserver un lien avec les référents en hygiène de l'établissement dans l'attente de pouvoir les réunir à nouveau.

Elle ne permet certes plus l'échange direct mais elle présente l'avantage de ne pas être limitée par les mesures barrière liées au COVID (regroupement limité) ou encore par les disponibilités des professionnels de service.

Le lien et la formation continue de nos correspondants privilégiés restent ainsi maintenus.

Cette approche originale pourrait être poursuivie et même destinée à un public plus large que celui des référents pour aborder de façon ludique des thématiques d'hygiène.

P-212

ÉVALUATION DES APPAREILS DE PROTECTION RESPIRATOIRE LORS DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19

ORY Jérôme^(1, 2), CARENO Elodie⁽¹⁾, BARRIGAH BENISSAN Koko^(1, 2), ROUX Laure⁽¹⁾, RICHAUD-MOREL Brigitte⁽¹⁾, LAVIGNE Jean-Philippe^(1, 2)

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Universitaire de Caremeau, Nîmes, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Montpellier, Nîmes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'apparition du SARS-CoV-2, des mesures risques épidémiques émergents ont été mises en place par l'ensemble

des établissements de santé entraînant des tensions d'approvisionnement sur les masques FFP2. L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité des FFP2 avant leurs utilisations lors de la crise sanitaire.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Ces évaluations concernent la présence du marquage CE, la conformité des normes relatives aux appareils de protection respiratoire (APR) (EN 149 : 2001 +A1 2009) et la date limite d'utilisation. En complément, des contrôles visuels sont réalisés sur l'intégrité des conditionnements, la solidité des attaches et sur l'aspect du masque. L'étanchéité des masques est évaluée par le test d'ajustement (Fit Check) avec 3 testeurs minimum avec morphologies faciales hétérogènes, suppléé par un test d'ajustement qualitatif (Fit test).

RÉSULTATS

La totalité des masques testés possède les normes attendues ou normes équivalentes. Seulement 15 masques ont réussi le test d'étanchéité. L'ensemble des masques avec une plicature verticale avec la norme chinoise KN95 n'a pas réussi le test.

CONCLUSION

Le professionnel doit connaître les indications précises du port du masque FFP2, et maîtriser le test d'étanchéité (Fit check). Il permet de garantir une protection optimale mais reste réserver à des indications ciblées. La prévention du risque de transmission du SARS-CoV-2 ne se limite pas au seul port d'un APR, mais aussi par une protection oculaire, une hygiène des mains adaptée et une désinfection régulière des surfaces.

P-213

LA PLACE D'UNE EOH À L'INTERFACE ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DANS LE CONTACT TRACING COVID-19

PYOT A ⁽¹⁾, PROVENT AL ⁽¹⁾, **DEMANGE MG** ⁽¹⁾, POGGIO M ⁽¹⁾, FOURNERET-VIVIER A ⁽¹⁾, FORESTIER E ⁽¹⁾, MALLAVAL FO ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le contact tracing (CT) permet d'identifier les contacts d'un cas contagieux. Dans le contexte d'épidémie COVID, c'est un outil majeur pour casser la chaîne de transmission. En ville, le CT qui est géré par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) a gagné en efficacité. Dans notre établissement le CT des patients découverts Covid à l'hôpital était confié à l'équipe médicale. Il a été constaté que sa réalisation était non

systématique. Dans un but de santé publique afin de minimiser le risque de cas secondaires (communautaire et nosocomial), l'EOH s'est portée volontaire pour coordonner ce CT.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Ce projet a été présenté en cellule de crise COVID, au CLIN.

Les actions suivantes ont été pilotées par l'EOH :

- Réflexion sur une organisation du CT avec les professionnels concernés : EOH, Directeur médical de crise, Département information médicale, Direction des soins, Direction Qualité.
- Prise de contact avec la CPAM, pour l'envoi des données par serveur sécurisé.
- Demande de temps affecté à l'EOH, dédié au CT (1.2 équivalent temps plein infirmier et 0.5 secrétariat)
- Création d'un formulaire informatique permettant de recueillir les informations nécessaires au CT : période de contagiosité, identification des cas contacts et co-exposés en intra-hospitalier (IH) et extra-hospitalier (EH) ...
- Création d'un protocole Contact tracing : réception quotidienne de la liste des patients covid (source laboratoire), tri des patients relevant du CT, identification des contacts IH (logiciel établissement) et EH (entretien au lit du patient). Saisie et transmission des données à la CPAM. Prise en charge des contacts EH et IH retournés à domicile par la CPAM et des contacts IH encore hospitalisés par l'EOH en lien avec l'unité de soins.
- Traçabilité du CT dans le dossier du patient.

RÉSULTATS

Cette organisation est opérationnelle depuis le 8/02. Au 20/04/2021, le CT, réalisé pour 177 patients découverts COVID lors de leurs hospitalisations a permis d'identifier 313 contacts : 41 IH (médiane = 1 (0-17)) et 272 EH (médiane = 0 (0-4)) et 65 co-exposés

CONCLUSION

La création d'une équipe CT spécifique, rattachée à l'EOH, a permis un recensement plus exhaustif, un traitement de ces données plus rapide et efficace. Le circuit de CT ainsi clarifié permet une gestion des cas en temps réel et d'atteindre l'objectif : plus vite identifié, plus vite isolé et dépisté. Et donc agir sur la chaîne de transmission afin de limiter l'impact de l'épidémie de COVID (nombre de cas, filière de soins) en attendant la vaccination de la population.

P-214

UN AN DE SURVEILLANCE HEBDOMADAIRE DE LA CONCENTRATION D'ARN SARS-COV-2 DANS LES EFFLUENTS DES BÂTIMENTS D'UN CHU : UN INDICATEUR D'AIDE À LA DÉCISION EN CELLULE DE CRISE COVID-19

TOUBIANA Mylène^(1, 2), LICZNAK-FAJARDO Patricia^(2, 3, 4), MONFORT Patrick^(1, 2), **JUMAS-BILAK Estelle**^(2, 3, 4)

⁽¹⁾ CNRS, Montpellier, France ; ⁽²⁾ HydroSciences, Montpellier, France ; ⁽³⁾ Université Montpellier, Montpellier, France ; ⁽⁴⁾ CHU de Montpellier, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Au cours de la crise pandémique COVID-19, la surveillance des eaux usées de station d'épuration s'est imposée comme un nouvel outils permettant d'évaluer la dynamique du SARS-CoV-2 à l'échelle d'un territoire. La même stratégie sur les effluents d'un bâtiment permet d'alerter sur la présence ou l'augmentation du nombre d'occupants excréant le SARS-CoV-2 dans leurs selles. Dans notre CHU, les patients COVID+ connus ou suspects sont accueillis dans un bâtiment (LAPC+) alors que le bâtiment contiguë (LAPC-) n'héberge que des patients COVID négatifs a priori. Les effluents des 2 bâtiments sont évacués dans des canalisations indépendantes. Nous avons réalisé un an de suivi hebdomadaire de la concentration de SARS-CoV-2 dans les effluents des deux bâtiments.

MATÉRIELS & MÉTHODES

500 mL d'eau usée sont prélevés chaque mardi de mai 2020 à avril 2021. Après centrifugation et ultrafiltration de 40 mL, l'ARN viral est extrait par un kit commercial. La quantification des ARN est alors réalisée par PCR digitale selon le protocole du laboratoire IAGE. Le nombre de patients COVID+ du bâtiment LAPC+ est évalué chaque jour de prélèvement en tenant compte du type de gestion des excréta (sur dossier infirmier). Les eaux usées de la station d'épuration de la métropole et d'un bâtiment universitaire proche du CHU sont analysées en parallèle.

RÉSULTATS

Le taux d'ARN de SARS-CoV-2 dans les eaux usées de la métropole suit la même dynamique que l'incidence locale, en étant souvent prédictif. Le taux d'ARN de SARS-CoV-2 dans les effluents des deux bâtiments diffèrent nettement au temps t et va de <104 à 3,6 106 copies / L pour LAPC+ et de <104 à 6,6 105 copies / L pour LAPC-. La dynamique observée pour le bâtiment LAPC+ suit globalement le nombre de patients

hospitalisés même si on observe un nombre de copies moindre pour le même nombre de patients en période de circulation du variant UK. Le faible taux d'ARN dans les effluents de LAPC- montre l'absence de circulation massive cachée de virus et valide les mesures mises en place pour limiter l'entrée de patients, agents et visiteurs COVID+ en secteurs non COVID.

CONCLUSION

L'indicateur ARN de SARS-CoV-2 dans les effluents du CHU est devenu un indicateur précieux présenté en cellule de crise. La surveillance de LAPC+ a permis de calibrer le signal observé dans l'eau en le reliant à un nombre de patients émetteurs en conditions réelle de soins alors que la surveillance de LAPC- nous a indiqué l'absence de circulation virale ou de cluster cachés.

P-215

EXPERTISE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L'INFECTION DANS UN SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE AU COURS DE LA PANDÉMIE COVID

THEVENIN Marie-Jo⁽¹⁾, VITAL-HEILBRONN Aurélie⁽¹⁾, PAGANI Jean-Luc^(1, 2), JOSEPH Christine⁽¹⁾, PLOUHINEC Valérie⁽¹⁾, SENN Laurence^(1, 2), CHICHE Jean Daniel^(1, 2), GRANDBASTIEN Bruno^(1, 2)
⁽¹⁾ CHUV, Lausanne, SUISSE ; ⁽²⁾ Université de Lausanne, Lausanne, SUISSE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 4 mars 2020, un 1^{er} patient Covid 19 était admis en Médecine intensive. La progression de la pandémie et l'afflux d'admissions a conduit l'établissement, notamment les soins intensifs (SI) à se restructurer.

Cette gestion de crise a impliqué une coordination entre de multiples partenaires impliquant largement l'équipe PCI, experte en gestion du risque infectieux.

Les objectifs de ce retour d'expérience sont 1) de décrire la mise en place de stratégies exceptionnelles aux SI et 2) d'évaluer l'impact de ces changements sur les indicateurs ciblés PCI.

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'équipe médico-soignante des SI a dû réorganiser complètement ses activités : locaux, matériel et personnel. L'évolution temporelle de l'épidémie, des connaissances scientifiques et des recommandations ont guidé ces remaniements.

Parallèlement, la surveillance en routine des indicateurs PCI a été poursuivie.

RÉSULTATS

Cinq unités de SI supplémentaires ont été créées (passage de 36 à 85 lits). Selon la géographie (open space, types de box) et la modularité des régimes de pression, les mesures de PCI ont été adaptées : choix de la protection respiratoire, signalétique à chaque lit, circulations sécurisées, identification de zones de stockage.

Les difficultés d'approvisionnement ont conduit à devoir évaluer de nombreuses références d'équipements de protection individuelle (masques : n=16).

Les équipes médicales et soignantes ont été renforcées par 600 collaborateurs issus de 17 secteurs ; tous ont bénéficié d'un encadrement et de formations spécifiques, dont 80 sessions assurées par l'équipe PCI.

Les collaborateurs PCI ont apporté leur soutien aux équipes médico-soignantes des SI : actualisation constante des recommandations (17 versions successives), présence accrue sur le terrain, rencontres médico-soignantes tri-hebdomadaires pour le suivi PCI des patients.

Les indicateurs d'impact, comparés à 2019 étaient l'observance de l'hygiène des mains (86 % vs 81 %), l'incidence des bactériémies (10,2/1000 patient-jours (pj) vs 7,3), de MRSA (0,4/1000 pj vs 0,6) non statistiquement différents ou encore les cas Covid nosocomiaux (aucun).

CONCLUSION

La collaboration entre les équipes médico-soignantes PCI et SI a permis d'adapter les recommandations et de maîtriser le risque infectieux Covid ou non. Ce défi a montré les élans de solidarité, la complémentarité avec la PCI, la réactivité de ces 2 équipes et l'importance de communiquer avec cohérence dans un contexte médiatique parfois discordant.

P-216

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉUNION : LE VIRUS EST BLOQUÉ AUX PORTES DE L'INTRA HOSPITALIER DEPUIS PLUS 1 AN !

CHARTIER *Éric*⁽¹⁾, DEWALLE *Stéphanie*⁽¹⁾, **FRÖMME Cécile**⁽¹⁾

⁽¹⁾ EPSMR, Saint-Paul de la Réunion, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Arrivé sur le territoire réunionnais le 11 Mars 2020, le SARS Cov2 a de suite plongé l'EPSM-R dans une démarche offensive de préservation sécuritaire des patients.

L'EPSMR c'est 2 établissements d'intra (224 lits) et 60 structures extra.

La vie en collectivité des patients implique une organisation particulière pour prévenir la propagation virale.

Sous couvert d'une cellule de crise Covid-19 réunie hebdomadairement depuis le 20 Mars 2020, L'EPSM-R s'est organisé immédiatement et n'a eu cesse de se réajuster sur la base des recommandations Ministérielles, Préfectorales et celles formulées par les sociétés savantes en hygiène et droits du patient.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Ré organisation de la vie intra hospitalière avec la création d'un pavillon d'accueil unique dès le 26 mars 2020 avec test PCR impératif avant que le patient regagne un service.

Création un service Covid+ pour isoler les patients atteints

Production intensive de l'EOH avec protocoles et affiches créés, formations de tous les soignants, communication largement étendue grâce à un document « Plan Covid » réajusté régulièrement et envoyé par mailing à tous les professionnels. Gestion de l'anxiété des professionnels et patients et très grande transparence des directions dans toutes les thématiques de crise (EPI, GHA, recommandations officielles et fake news).

Contact tracing organisé en lien avec l'ARS. Séances de dépistage in situ proposées.

Après quelques mois et vue la complexité géographique des 2 établissements d'intra : création de 2 chambres d'accueil dédiées aux patients en attente de résultats PCR sur St Benoit. Pour l'extra hospitalier : Réorganisation des services avec appui téléphonique et visio de toute la file active, création originale d'un questionnaire de non isolement basé sur des questions ouvertes.

Création d'une ligne insulaire Psy Covid : 0800 200 840, pour tous les soignants et de la population réunionnaise

Organisation de la vaccination du personnel dès janvier

RÉSULTATS

Depuis le début des tests PCR obligatoires d'entrée jusqu'au 30 mars 2021, l'EPSMR a accueilli 1702 patients en intra, et seulement 3 tests PCR sont revenus positifs.

CONCLUSION

L'EPSMR a pris en charge 3 patients positifs en 1 an.
 Les organisations d'accueil sont toujours en place.
 Le service Covid+ pensé et créé est en « sommeil »
 Discussion éthique sur les droits du patient et la libre circulation vs son incapacité à respecter les gestes barrières et s'isoler géographiquement de lui-même jusqu'au résultat du test PCR.
 Grande mobilisation et dynamisme du personnel.

P-218

DIFFUSION DU SARS-COV2 DANS UN SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE, ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES PAR LA MÉTHODE ALARM

GAUDICHON A⁽¹⁾, **SAMBOURG J**⁽¹⁾, **DANCIN V**⁽¹⁾, **ASTAGNEAU P**⁽¹⁾

⁽¹⁾ *CPias Ile-de-France, Paris, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'investigation d'un cluster patients/soignants de Covid-19 en service d'oncologie, une analyse approfondie des causes a été conduite afin de mettre en évidence les facteurs contributifs à cette diffusion pour éviter une nouvelle poussée épidémique.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Après description de l'épidémie et mise en œuvre des mesures de gestion, une analyse a posteriori des causes profondes a été réalisée selon la méthode Alarm.

RÉSULTATS

Au total, 24 cas (42 % de patients et 56 % de soignants) ont été identifiés sur une période de 2 semaines dans un service d'oncologie de 14 lits. Le taux d'attaque chez les patients était proche de 70 %.

Les causes immédiates étaient le non-respect des mesures barrières, des précautions standard et complémentaires gouttelettes/contact.

Les facteurs contributifs étaient :

+ liés aux patients immunodéprimés : maladie d'abord totalement asymptomatique suivie d'une aggravation brutale en sortie d'aplasie ; forte présence de l'entourage dans un contexte de soins palliatifs rendant les mesures barrières difficiles à appliquer

+ liés aux professionnels : utilisation excessive d'équipement de protection individuelle à l'origine de mauvaises pratiques, un relâchement des mesures barrières dans le contexte estival ou la présence d'un soignant chez qui le diagnostic était difficile à poser

+ liés à l'équipe : organisation d'un repas convivial entre professionnels

+ liés à l'environnement du service : nombreuses chambres doubles, salle de détente exiguë et borgne ou bureaux partagés entre professionnels et rafraîchis par ventilateur.

Les causes latentes mises en évidence étaient :

+ Organisationnelles : manque d'effectif paramédical en période estivale contraignant à faire travailler des professionnels dont la PCR était positive, sous-dimensionnement de l'EOH et cloisonnement des tâches entre la médecine du travail gérant les cas chez les professionnels et l'EOH gérant les cas chez les patients.

+ Institutionnelles : établissement avec un manque de résilience vis à vis du risque épidémique puisqu'il a souvent été confronté à des épisodes épidémiques ces dernières années.

CONCLUSION

Les causes profondes identifiées dans cet épisode ont souvent été partagées lors d'autres clusters. Cela a permis d'illustrer la pertinence des recommandations et leur impact en cas de non-respect. Ces exemples concrets ont permis d'appuyer les messages à faire passer auprès des soignants, des patients ou des familles.

P-219

LA PLACE DE L'EOH DANS LA GESTION DE LA CRISE COVID ?

TISSERAND C⁽¹⁾, **LIZON J**⁽¹⁾, **COLAS A**⁽¹⁾, **REGAD M**⁽¹⁾, **FLORENTIN A**⁽¹⁾

⁽¹⁾ *CHRU de Nancy, Vandoeuvre les Nancy, FRANCE*

CONTEXTE/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a accompagné les professionnels de santé dans les services « COVID » afin d'informer et former les équipes aux mesures de prévention du risque infectieux lors de la prise en charge des patients suspects ou atteints de la COVID-19.

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'EOH est passée en binôme 7 jours sur 7, dans les services de façon systématique de jour comme de nuit. La formation sur le terrain d'une durée de trente minutes comportait une partie théorique à l'aide d'une affiche pédagogique « PC COVID 19 » et une partie pratique. Enfin, un temps d'échange avec les équipes était réalisé afin de répondre à leurs interrogations.

RÉSULTATS

Au total, depuis le 1^{er} mars 2020, 2294 passages ont été effectués dans les services « COVID » : 351 dans les services

de réanimations et soins continus, 1855 dans les services MCO. Nous avons observé trois pics en Mars, Octobre 2020 et Janvier 2021 qui correspondent aux trois pics épidémiques de l'établissement. 2747 personnes ont été formées toutes catégories confondues : IDE, AS, ASH, Cadres de santé, Sages-femmes, Auxiliaires de puériculture, Médecins, Internes Kinésithérapeutes, Ambulancier brancardier, Etudiants en renfort COVID, Techniciens de laboratoire. L'affiche « PC COVID » nous a permis d'aborder le mode de transmission du virus, les équipements de protection individuelle (EPI) à mettre en place, la gestion de l'environnement (notamment le bionettoyage, la gestion des dispositifs médicaux ou encore la gestion des déchets) et la gestion des excréta lors de la prise en charge d'un patient suspect ou atteint. Cette affiche était ensuite apposée sur la porte des chambres. La formation pratique comprenait une séance Habillage /Déshabillage (notamment des EPI de substitution comme l'utilisation de surblouses en plastique), pose et retrait de gants, réalisation du test d'étanchéité pour l'appareil de protection respiratoire de type FFP2. Toutes les questions d'ordre pratique ont alimenté une foire aux questions classées par thème, disponible sur l'INTRANET de l'établissement et en lien direct avec nos fiches techniques. Des vidéos sous forme de tuto ont complété la formation.

CONCLUSION

Cette formation a permis des échanges et des corrections rapides des pratiques. Le passage quotidien a permis un ajustement constant des mesures suivant l'évolution des connaissances scientifiques, la pluralité des recommandations, disponibilité des EPI... Nous avons bénéficié d'un renfort de professionnels nous permettant de former tous les services « COVID ».

P-220

GESTION D'UN CLUSTER DE CAS DE COVID-19 EN NÉPHROLOGIE

LOQUET Aurore⁽¹⁾, **GLEIZES Marion**⁽¹⁾, **PERRIN Agnès**⁽¹⁾, **LOUKILI Nouredine**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous rapportons l'expérience de gestion d'un cluster de cas de COVID-19 ayant touché les patients et le personnel d'un service de néphrologie entre le 19/01/21 et le 01/02/2021

MATÉRIELS & MÉTHODES

Le service de néphrologie comprend 33 lits répartis sur 3 unités. Le secteur « greffe » a donné l'alerte le 19 janvier suite à la découverte d'un premier patient positif au Sars-Cov-2. En

parallèle, d'autres patients sont découverts en secteur « IRA » et des cas apparaissent parmi le personnel. L'investigation de l'épidémie a consisté en un recueil des données des patients, l'observation des pratiques, la réalisation d'un tableau synoptique et d'une courbe épidémique.

RÉSULTATS

Cette épidémie a touché 23 patients dont 19 cas nosocomiaux ainsi que 23 professionnels. A la fin du cluster, 8 décès sont à déplorer chez les patients dont 6 parmi les cas nosocomiaux (sans certitude sur l'imputabilité directe de l'infection). Le séquençage des souches a été réalisé chez 8 des patients et était négatif pour le variant VOC 202012/01 UK. Au total, trois réunions de crises ont été organisées en présence de la direction des soins. Plusieurs mesures de prévention ont été recommandées : renforcement des précautions standard, précautions complémentaires spécifiques pour les patients « contact » et « COVID confirmés », renforcement de la désinfection de l'environnement et du matériel partagé, dépistages hebdomadaires des patients et dépistages du personnel, suspension des visites, arrêt temporaire des admissions, regroupement des patients COVID. Le 22 janvier, face à l'augmentation incontrôlée des cas parmi les patients et le personnel, le service a suspendu temporairement l'activité de greffe. Fin Janvier, un service dédié aux patients COVID de 14 lits est ouvert et permet le transfert des cas de néphrologie. Un bionettoyage renforcé est organisé dans le service. Des prélèvements d'environnement sont effectués dans les chambres des cas confirmés ainsi que dans la salle de pause du service. Ces prélèvements reviennent négatifs. Aucun autre cas n'est découvert dans le service après le 01 Février

CONCLUSION

La grande vulnérabilité des patients de néphrologie au Sars-Cov-2 ainsi que la fatigue du personnel soignant ont joué un rôle dans l'ampleur de cette épidémie. La création d'un secteur dédié, le bionettoyage renforcé du service et la sensibilisation du personnel ont été des mesures décisives dans la résolution de ce cluster. La maîtrise de la diffusion du Sars-CoV-2 dans le secteur a été possible grâce à une coopération entre l'équipe opérationnelle d'hygiène, les professionnels du service et la direction des soins.

P-221

ÉPIDÉMIOLOGIE DES ENTEROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNEMASES (EPC) EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (ES) EN 2020 À PARTIR DES DONNÉES DU SIGNALEMENT DES IAS (SIN) ET DU CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE (CNR) DE L'ANTIBIORÉSISTANCE : QUEL IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 ?

POUJOL Isabelle ⁽¹⁾, **SOING-ALTRACH Sophan** ⁽¹⁾, **BERGER-CARBONNE Anne** ⁽¹⁾, **DORTET Laurent** ⁽²⁾, **EMERAUD Cécile** ⁽²⁾, **BONNIN Remy** ⁽²⁾, **JOUSSET Agnès** ⁽²⁾, **NAAS Thierry** ⁽²⁾

⁽¹⁾ Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE ;
⁽²⁾ CNR Résistance aux Antibiotiques, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2012, la plateforme e-SIN enregistre les SIN d'infections/colonisations à EPC. Parallèlement, le CNR de la résistance aux antibiotiques reçoit des souches d'EPC pour expertise microbiologique.

Ce travail décrit les résultats 2020 du SIN et du CNR et l'impact de la pandémie COVID sur l'épidémiologie des EPC dans les ES.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Les signalements d'EPC effectués sur le volet BHR de la plateforme e-SIN sont analysés par Stata 15.1.

Les souches de sensibilité diminuée aux carbapénèmes sont adressées au CNR par des laboratoires volontaires hospitaliers (65 %) ou de ville (35 %). Les souches d'EPC sont typées par séquençage total.

RÉSULTATS

En 2020, 1352 (1 688 cas) signalements d'EPC ont été reçus, soit 38 % de moins qu'en 2019. Cette diminution a été marquée depuis mars 2020, début des signalements de COVID associée aux soins. Les dépistages rectaux restent les prélèvements « source » les plus fréquents mais sont en diminution (65 % vs 73 % en 2019). Les principales entérobactéries sont *E. coli*, *K. pneumoniae*, *C. freundii*, *E. cloacae*. Les carbapénémases de type OXA-48 restent au premier plan (65 %) suivies des NDM (25 vs 18 % en 2019).

Par rapport à 2019, le nombre de cas médian par épisode de cas groupé (CG) a diminué (de 2,5 à 2) tandis que la part des SIN d'EPC correspondant à des CG et le % de cas secondaires parmi les cas étaient stables (13 et 20 %). A l'admission du cas index, les Précautions Complémentaires Contact (PCC) étaient moins souvent appliquées (34 vs 40 %). En l'absence

de mesures adaptées, le dépistage était réalisé dans 88 % des SIN vs 91 %.

En 2020, 3289 souches de sensibilité diminuée aux carbapénèmes ont été reçues par le CNR pour expertise, soit 24,3 % de moins qu'en 2019. Parmi les 67 % produisant une carbapénémase, les principales familles identifiées sont OXA-48-like (63 vs 71 % en 2019), NDM (20 vs 17 % en 2019), VIM (9 vs 6 % en 2019) et KPC (3 %). La part des prélèvements de dépistage a diminué (-19,8 % / 2019) corrélant parfaitement avec la baisse de celle des *E. coli* parmi les EPC (25,5 vs 30 %) au profit de germes « hospitaliers » notamment *C. freundii* (19 vs 15,4 %) et *E. cloacae* (17,2 vs 12,7 %). En revanche, la part des EPC responsables d'infection augmente (+47,1 %).

CONCLUSION

En 2020, les données des SIN d'EPC et le CNR observent la même diminution des cas. Les mesures mises en place pour la pandémie COVID-19 et les échanges réduits avec l'étranger ont pu avoir un impact positif, mais la moindre application des PCC et la diminution de la part des dépistages font craindre une sous-estimation de la diffusion des EPC en ES.

P-222

IMPACT DE LA QUALITÉ DE L'HYGIÈNE DES MAINS SUR LA TRANSMISSION CROISÉE COVID19

MATHIAUD C ⁽¹⁾, **THONIARD C** ⁽¹⁾, **DAUPHIN V** ⁽¹⁾, **NOEL C** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupe hospitalier Sud Ile de France, Melun, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La consommation de solution hydro-alcoolique (SHA) reflète le niveau d'application de l'hygiène des mains par la friction. Cette dernière améliore la maîtrise du risque de transmission croisée de microorganismes manuportés et contribue ainsi à la baisse du taux d'infections associées aux soins. La surveillance de cette consommation s'exprime au travers de l'indicateur ICSHA3. Les précautions complémentaires Covid19 n'imposent pas le port systématique de gants mais insistent sur une hygiène des mains. En 2020, le territoire national a souffert de deux vagues de contamination par le SARS Cov2. Dans l'hôpital, de nombreux clusters ont été identifiés sur la deuxième vague et non sur la première. L'objectif de cette étude est de comparer la consommation de SHA entre ces deux vagues et mesurer l'impact de cette différence sur le risque de transmission manu portée.

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'hôpital comprend 6 pôles d'activité sanitaire (médecine, chirurgie, mères-enfants, gériatrie, Urgences-Réa, psychiatrie).

L'ICSHA 3 est utilisé pour chaque unité de soins, et calculé pour chaque période (1^{ère} vague, 2^{nde} vague). Chaque cluster identifié pendant la deuxième vague a fait l'objet d'une investigation par l'EOH et d'un bilan.

RÉSULTATS

Lors de la 1^{ère} vague chaque pôle a atteint ou dépassé son objectif ICSHA3. L'ICSHA 3 calculé pour la période était de 124.7 % (février - avril). En seconde vague (octobre - décembre), 5 pôles sur 6 ont vu leur score ICSHA 3 diminuer. L'ICSHA 3 calculé pour la seconde vague est passé à 83 %. En 1^{ère} vague aucun cluster n'a été identifié, en seconde vague, 15 clusters ont été identifiés et répartis comme suit : pôle médecine (9), pôle psychiatrie (3), pôle mères-enfants (1), pôle gériatrie (2).

CONCLUSION

Lors de la 1^{ère} vague, certains facteurs confondants sont à prendre en compte : le renfort important en professionnel de santé, le contexte psychologique (stress, inquiétude) des professionnels face à la crise sanitaire générant une consommation SHA plus importante. Lors de la seconde vague, le renfort en personnel n'a pas eu lieu. La seconde vague a été moins intense mais plus longue dans le temps. Les soignants étaient dans un état d'esprit plus serein mais avec une certaine fatigue entraînant probablement des moments où la vigilance quant à leur gestuelle était irrégulière. La baisse de consommation de SHA couplée à l'objectivation des transmissions croisée sur la même période, permet de confirmer un lien de cause à effet du fait d'une moins bonne qualité d'hygiène des mains.

P-223

AUDIT OBSERVATIONNEL COVID19, APPLICATION DES GESTES BARRIÈRES EN SERVICES CLUSTER

FRADIN B ⁽¹⁾, **DELFORGE A** ⁽¹⁾, **JEUNESSE K** ⁽¹⁾, **TOUSSAINT N** ⁽¹⁾, **GALLON O** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Intercommunal Nord-Ardenne, Charleville-Mézières, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors de la seconde vague de la pandémie du COVID19 les personnels soignants ont été plus infectés et plusieurs services de MCO de notre établissement sanitaire ont été déclarés cluster. Pour tenter de comprendre leur origine, la cellule de suivi Covid a décidé la réalisation d'un audit d'observations de l'application et du respect des précautions standard et des mesures barrières au SARS-CoV par l'Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

MATÉRIELS & MÉTHODES

Pour réaliser cet audit l'EOH a rédigé quatre grilles destinées à évaluer les gestes et comportements à risque des professionnels : pendant les soins (16 items dont 6 sur l'hygiène des mains pour lequel si un était manquant la conformité globale était de 0), dans les lieux communs et couloirs (10 items), dans les salles de pauses (16 items), et dans les vestiaires (14 items).

RÉSULTATS

Les résultats par grille ont été les suivants :

Pendant les soins : 52 grilles ont été effectuées avec un score de conformité global pour l'hygiène des mains de 26 %, de plus le port de gants en systématique est observé dans 53 % des observations. Autre point observé est le port de portait une visière ou lunettes de protection dans 40 % des cas dont 50 % les nettoyaient après utilisation.

Dans les lieux communs ou couloir de circulation : 67 grilles ont été effectuées avec un score de conformité de 86 % sur le port du masque et pour lequel 74 % des professionnels interrogés connaissaient les modalités du changement de masque de soins en vigueur. L'item sur le respect de la distanciation sociale a obtenu un score de 68,7 %.

Dans les salles de pauses : 26 grilles réalisées ont objectivé une absence d'affichage du nombre de professionnels soignants maximum autorisés pour respecter la distanciation sans masque dans 40 % des cas. Quand la salle était occupée, les règles de distanciation sociale étaient respectées dans 70 % des cas.

Dans les vestiaires collectifs : 13 observations réalisées avec des résultats globaux honorables d'autant que les quelques non conformités recueillies concernaient l'absence de solution hydro-alcoolique au sein de 3 vestiaires mais toujours un point d'eau, du savon liquide et des essuie mains à usage unique.

CONCLUSION

D'une manière générale cet audit nous a permis d'une part de répondre à la cellule de suivi Covid et de cibler les comportements à risque.

Plus précisément, nous avons pu après l'analyse des résultats en partenariat avec la Direction des Soins définir et prioriser des axes d'améliorations qui concernent l'hygiène des mains, le port des EPI (principalement autour du masque de soins) et le respect de la distanciation sociale.

P-224

INVESTIGATIONS AUTOUR DES CAS DE COVID : BILAN D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

VIVIER L⁽¹⁾, **COPPRY M**^(1, 2), **DE BASTIANIC**⁽¹⁾, **CAVE C**⁽¹⁾, **RANGER M**⁽¹⁾, **POULY E**⁽¹⁾, **LASHERAS A**⁽¹⁾, **ROGUES AM**^(1, 2)

⁽¹⁾ CHU de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les nombreuses actions ayant mobilisé les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) depuis le début de la crise sanitaire, l'investigation autour d'un cas de COVID est indispensable pour limiter la diffusion intra hospitalière du SARS-CoV-2. Nous décrivons le bilan des investigations réalisées dans le cadre du contact tracing intra hospitalier pour chaque cas patient de COVID identifié.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Depuis la semaine 32-2020, une requête informatique quotidienne informe l'EOHH de tous les cas de COVID chez les patients hospitalisés dans l'établissement (ES). Pour chaque cas, une recherche de contacts patients et professionnels est réalisée, avec vérification du respect des précautions d'hygiène tout au long du parcours du cas, pour information et conduite à tenir. Les contextes de découverte fortuite (en l'absence de précautions COVID dès l'admission) étaient relevés. Un cas nosocomial était défini selon le délai en jours (J) entre la date d'entrée et la date du diagnostic : possible]2-7J], probable]7-14J] ou certain >14J.

RÉSULTATS

Entre les semaines 32-2020 et 10-2021, 1619 investigations ont été réalisées (5 à 82 patients par semaine ; moyenne=50). La découverte de COVID était fortuite dans 25 % des cas (403 patients) avec des contextes de diagnostic variables de diagnostic : après contage n=113, devant tout symptôme évocateur n=104, avant acte n=69, avant transfert n=20, autre n=97). La COVID était potentiellement d'acquisition nosocomiale chez 257 patients (16 %) : 63 possibles (52 % dans un cluster), 79 probables (75 % dans un cluster) et 115 certains (70 % dans un cluster). Au total les 1619 investigations ont identifié 223 sujets contacts : 191 patients et 32 professionnels. Les situations à risque retenues, étaient : pour les patients contacts, l'hébergement en chambre double (43 %), le partage d'un espace commun (39 %), la déambulation (15 %), plus rarement le non-respect des précautions standard renforcées (PSR) ; pour les professionnels contacts, principalement le non-respect des

PSR. Un suivi a été possible pour 125 patients contacts dont 24 se sont avérés secondairement positifs (20 en chambre double).

CONCLUSION

Nous soulignons la fréquence des situations à risque de transmission, notamment lors des découvertes fortuites et la part non négligeable des acquisitions nosocomiales. L'investigation systématique autour des cas a permis de réajuster les pratiques des services cliniques, d'adapter les messages institutionnels et d'identifier des cas potentiellement acquis dans l'établissement.

P-225

FACTEURS DE RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALE À SARS COV-2

JOLIVET Sarah⁽¹⁾, **MOENNE-LOCOZ Pierre**⁽¹⁾, **MARTIN Laura**⁽¹⁾, **GOUOT Cyril**⁽¹⁾, **DHENIN Gil**⁽¹⁾, **AURAIX Juliette**⁽¹⁾, **MORAND-JOUBERT Laurence**⁽²⁾, **BARBUT Frédéric**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, FRANCE ;

⁽²⁾ Sorbonne Université, AP-HP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les patients hospitalisés sont à haut risque de développer une infection à SARS-CoV-2 nosocomiale en raison des contacts avec les patients infectés, les soignants ou les visiteurs et de leurs facteurs de risque individuels. L'objectif est d'identifier les facteurs associés à l'infection nosocomiale à SARS-CoV-2.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Il s'agit d'une cohorte rétrospective. Ont été inclus tous les patients entre 03/2020 et 04/2020 avec une recherche de SARS-CoV-2 positive sur un prélèvement nasopharyngé > 5 jours après l'admission sans signes clinique évocateur ni prélèvement positif à l'admission. Ces patients ont été comparés par régression logistique à des patients avec un prélèvement nasopharyngé négatif > 5 jours après l'admission. Pour chaque patient, ont été recueillis : données démographiques, comorbidités, dates et services d'hospitalisation, provenance, hospitalisation en chambre seule, exposition à des soignants infectés par la COVID-19 dans le service sur la même période. Les différentes mesures de prévention mises en place étaient : limitation (02/03) puis arrêt (17/03) des visites, port du masque systématique pour tous les soignants (19/03) et réalisation d'une PCR SARS-CoV-2 avant hospitalisation en chambre double.

RÉSULTATS

Au total, 123 patients ont été inclus dont 98 SARS-CoV-2 négatifs (80 %) et 25 patients positifs (20 %) tous symptomatiques. L'âge médian était de 69 ans (intervalle interquartile [IIQ] 55-80 ans), 77 % présentaient au moins une comorbidité (diabète, antécédent cardiovasculaire, obésité ou immunodépression). La majorité provenait de leur domicile (72 %). Le délai médian entre l'admission et la date de la PCR était de 10 jours (IIQ 7-20 jours). Parmi eux, 35 % étaient en chambre double et 78 % ont été exposés à un soignant COVID-19 +. Un antécédent cardiovasculaire était associé à un prélèvement positif > 5 jours après l'admission (OR= 3,25 ; IC95 % 1,13-9,38, p=0,03). L'exposition à des soignants COVID-19 + augmentait le risque, mais de manière non significative (OR= 3,93 ; IC95 % 0,86-17,9, p=0,08). A l'inverse l'hospitalisation en chambre double n'était pas associée (OR= 1,05 ; IC95 % 0,42-2,64, p=0,90) à l'acquisition de SARS-CoV-2.

CONCLUSION

Les mesures mises en place ont permis de limiter les cas nosocomiaux durant la 1^{ère} vague. L'hospitalisation en chambre double n'a pas été identifiée comme un facteur à l'inverse de l'exposition aux soignants bien que non significatif. Ces résultats sont à confirmer sur un plus grand nombre de patients.

P-226

DESCRIPTION DES CAS NOSOCOMIAUX DE COVID-19 DANS UN CHU PARISIEN

JOLIVET Sarah⁽¹⁾, **COUTURIER Jeanne**⁽¹⁾, **DESLANDES Antoine**⁽¹⁾, **GOUOT Cyril**⁽¹⁾, **DHENIN Gil**⁽¹⁾, **AUDRAIN Nathalie**⁽¹⁾, **MORAND-JOUBERT Laurence**⁽²⁾, **BARBUT Frédéric**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, FRANCE ;

⁽²⁾ Sorbonne Université, AP-HP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des cas de COVID-19 nosocomiaux ont rapidement émergé après le début de l'épidémie avec des conséquences pour les patients en termes de morbidité et mortalité. L'objectif est de décrire les cas de COVID-19 nosocomiaux dans notre établissement (CHU Parisien).

MATÉRIELS & MÉTHODES

Tous les cas de COVID-19 nosocomiaux ont été inclus entre le 01/09/2020 et le 15/04/2021. Un cas était classé par l'EOH comme nosocomial possible si identifié (début des symptômes ou date de PCR+ si asymptomatique) > 2 jours et ≤ 14 jours après l'admission et nosocomial certain si identifié > 14 jours

après l'admission. Un cluster était défini par la présence en moins de 14 jours d'au moins 2 cas (2 patients ou 1 patient et 1 soignant) avec un possible lien épidémiologique. Des mesures (dépistage patients et soignants autour des cas, arrêt des transferts, des admissions et des visites et renforcement des mesures barrière) étaient mises en place en cas de cluster selon les recommandations institutionnelles.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, 150 COVID-19 nosocomiaux ont été identifiés (83 certains et 67 possibles) soit 12 % des patients diagnostiqués COVID-19 à l'hôpital. Parmi eux, 10 % étaient positifs après leur sortie (transfert SSR, MCO, SAU ou dépistage extérieur). Le délai médian entre l'admission et la PCR+ était de 21 jours pour les cas certains et de 10 jours pour les cas possibles. L'âge médian était de 79 ans (intervalle interquartile [IIQ] 68-87 ans). La mortalité à 30 jours après la PCR+ était de 25 %. La majorité des cas étaient symptomatiques (73 %). Ils appartenaient à un cluster dans 93 % des cas ; 13 % étaient liés directement à un voisin COVID-19 en chambre double et 1 % à un visiteur COVID-19. Le nombre médian de cas par semaine était de 4 (range 1-16).

CONCLUSION

Nos données montrent que la part d'infection à SARS-CoV-2 acquises à l'hôpital est élevée, montrant l'importance des gestes barrières et des mesures de contrôle des clusters.

P-227

INFLUENCE DU PORT DU MASQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE COVID-19 SUR LE TAUX DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT DES EMS DU CANTON DE VAUD - SAISON 2020/2021

VAN DER KAA Brigitte⁽¹⁾, **PETIGNAT Christiane**⁽¹⁾, **ATTINGER Monica**⁽¹⁾, **HIMANA Immaculée**⁽¹⁾, **HEQUET Delphine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHUV, Lausanne, SUISSE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La vaccination contre la grippe du personnel soignant permet de diminuer la morbidité et la mortalité chez les personnes vulnérables dont font partie les résidents des établissements médico-sociaux (EMS). Le personnel soignant des EMS sont donc incités à se faire vacciner contre la grippe chaque année. Dans le canton de Vaud (Suisse), le vaccin contre la grippe est offert par la Santé Publique au personnel soignant des EMS qui pourra se faire vacciner gratuitement sur son lieu de travail.

Suite à une diminution de la couverture vaccinale chez le personnel soignant sur plusieurs années, le port du masque est devenu obligatoire en 2015/16 pour le personnel soignant non-vacciné contre la grippe, dès le franchissement du seuil épidémique et durant toute la période épidémique.

Nous souhaitons estimer l'impact de l'obligation du port de masque dès 2015/16 pour les non-vaccinés ainsi que l'impact de la pandémie de CoVID-19 avec le port du masque pour tous les professionnels sur le taux de vaccination contre la grippe dans les EMS du canton de Vaud.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Sur mandat de la Santé Publique, l'Unité Cantonale Hygiène, Prévention et Contrôle de l'Infection (UHPCI) récolte annuellement les taux de vaccination du personnel soignant des EMS du canton de Vaud. Elle les reporte ensuite dans un rapport qui est adressé aux EMS. Nous analysons ces taux depuis la saison 2008/09

RÉSULTATS

Le taux de vaccination contre la grippe du personnel soignant des EMS vaudois était de 42 % en début de surveillance (2008//10) et a ensuite diminué à 35 %. Suite à la directive imposant le port du masque pour le personnel non vacciné, ce taux a augmenté progressivement pour atteindre 47 % en 2019/20. Avec l'introduction de l'obligation du port du masque pour tout le personnel durant la saison 2020/21 ce taux a chuté à 37 %.

CONCLUSION

L'obligation du port du masque pour les non-vaccinés dès 2015 a permis d'augmenter le taux de couverture vaccinale contre la grippe des professionnels travaillant en EMS. Le port du masque obligatoire pour tous en 2020/21 en raison de la pandémie de CoVID-19 a eu un impact direct sur les taux de vaccination contre la grippe du personnel soignant avec une chute de 10 %. Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière des professionnels de la santé est directement lié aux mesures de protection imposées au personnel et donc au port du masque. Il conviendra de revoir les mesures incitatives à la vaccination du personnel des EMS dans la lutte contre la grippe saisonnière, car le gold standard reste la vaccination.

P-228

GESTES BARRIÈRES : ANIMATION D'UNE SÉQUENCE PÉDAGOGIQUE COLLABORATIVE AUPRÈS DE COLLÉGIENS

PROVENT Anne Laure⁽¹⁾, **DEMANGE Marie-Gabrielle**⁽¹⁾, **BERARD Anne**⁽¹⁾, **GACHET Anouk**⁽¹⁾, **MALLAVAL Franck-Olivier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le respect des gestes barrières (GB) est essentiel pour maîtriser l'épidémie de COVID-19. Un Centre Hospitalier (CH) et une Communauté de Commune (CC) ont répondu à l'Appel à Manifestation d'Intérêt d'une Agence Régionale de Santé en proposant une intervention (ITV) d'éducation aux GB dans un collège. L'objectif était de travailler sur l'intérêt des GB et leur application au travers de situations pratiques, en partant du constat du quotidien des élèves et de leurs préoccupations.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Un groupe de travail a établi le plan d'action du projet (membres de la CC, du CH, du collège) avec notamment une ITV dans toutes des classes animée par un binôme : un ou deux membre(s) de l'EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène) ; IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) ou pharmacien et/ou IDE UTEP (Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient). Une évaluation des connaissances en amont a permis d'adapter son contenu. Une évaluation qualitative a ensuite été réalisée.

RÉSULTATS

Toutes les classes du collège (14, 340 élèves) ont reçu l'ITV en février 2021.

Dans le quizz préalable, les points les moins maîtrisés étaient (% de bonnes réponses) le mode de contamination (50), l'intérêt du port du masque (51), l'HdM (35) et la vaccination (17). Pendant l'ITV, la réalisation d'un métaplan a permis d'identifier les représentations des élèves sur les GB et d'adapter le discours pédagogique. 56 % des réponses évoquaient une définition des GB (port du masque, hygiène des mains, HdM ou distance physique), 44 % leur ressenti et les impacts psychosociaux. 22 % concernaient la pénibilité, les restrictions engendrées et seulement 8 % la protection ou sécurité apportée. Des rappels théoriques sur la transmission des agents infectieux, des mises en situation pratiques et une animation sur l'HdM ont été proposés. Au final, l'ITV a été jugée intéressante ou très intéressante (84 % des élèves). 46 % déclarent avoir mieux compris les GB, 38 % vouloir essayer de modifier leur comportement et 25 % voulaient en reparler à leur entourage.

CONCLUSION

Malgré la médiatisation sur les GB et la COVID, on constate un besoin d'informations adaptées aussi à la jeunesse et personnalisées pour mieux comprendre et appliquer les mesures. Dans l'attente d'une vaccination de la population, leur application rigoureuse participe à la lutte contre la pandémie. Ce travail, avec ses 3 visions complémentaires (EOH, UTEP, collège) a permis une bonne adhésion et participation des élèves. La collaboration entre un collège et un CH est une voie à explorer pour toucher une autre partie de la population et lutter les maladies infectieuses.

P-229

WAKED&CO- WATCH OF KNOWLEDGE ON EMERGENT DISEASES&COVID 19 : UN NOUVEL OUTIL POUR FACILITER LA VEILLE ET LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RIBADEAU-DUMAS Florence ^(1, 2), **PLIER Valérie** ⁽²⁾, **VIMONT Guillaume** ⁽²⁾, **BILLON-DENIS Emmanuelle** ⁽²⁾, **SAUVET Fabien** ⁽²⁾, **RENARD-DUBOIS Sylvie** ^(1, 2), **CHENNAOUI Mounir** ⁽²⁾

⁽¹⁾ Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, FRANCE ; ⁽²⁾ Ministère des Armées, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En contexte de maladies émergentes, la veille scientifique présente un intérêt particulier pour guider le travail des chercheurs, cliniciens, biologistes, hygiénistes et orienter la réponse sanitaire. Une mutualisation et une automatisation des capacités de veille éviterait à chacun de déployer une énergie qui pourrait être dédiée à la recherche et à l'action. Pour faire face à cet objectif, l'outil Waked&Co (WATCH of Knowledge on Emergent Diseases-Covid 19) a été développé dès mars 2020 par le Ministère des Armées.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Ce travail utilisant l'Intelligence Artificielle a été développé en télétravail en méthode agile, en utilisant WhatsApp®, Zoom® pour les échanges sur le projet, Google doc® pour définir les mots clés d'indexation, Gitlab® pour développer le code, Elastic search® en outil BI et Kibana® en outil de visualisation. Waked&Co a été hébergé par le ministère des armées, successivement sur Google Cloud, OVH puis Azur en fonction des opportunités offertes par les hébergeurs et mis gracieusement à disposition des décideurs, des chercheurs et du public dès avril 2020 sur le module « veille » de la plateforme <https://covid-19.sante.gouv.fr> du Ministère des Solidarités et de la Santé.

RÉSULTATS

Au 20/04/21: Waked&CO permet d'identifier 1 399 250 références bibliographiques pour la période de 1960 à nos jours grâce à des robots qui centralisent et trient automatiquement en temps réel les données en provenance de 8 moteurs de recherche spécialisés en littérature indexée ou non (Arxiv, Biorxiv, Mdpi, Medrxiv, Pubmed, Researchsquare, Science direct, Wiley), dont 163 223 en rapport avec les mots clés « SARS », « MERS », « covid » ou « coronavirus » et 130 782 avec le seul mot clé covid.

La recherche peut être affinée dans un tableau bord à l'aide d'un moteur de recherche, de filtres, de nuages de mots, d'une cartographie, d'une frise chronologique ou de donuts. Le résultat donne accès à une liste exportable en csv d'articles avec lien « doi » cliquable.

CONCLUSION

La victoire de l'Innovation des Acteurs Publics attribuée au ministère des Armées pour la mise au point de cet outil met en avant son caractère innovant et performant.

Des fonctionnalités permettant la traduction automatique du chinois en anglais, l'automatisation de la synthèse de la littérature en rapport avec des questions posées en texte libre, l'activation d'alertes concernant l'apparition de pathologies ou de symptômes ont été développées et devraient pouvoir enrichir dans un avenir proche la version publique.

P-230

RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UN ÉPISODE DE CAS GROUPÉS DE COVID EN HÔPITAL DE JOUR D'ONCO-HÉMATOLOGIE

VIVIER L ⁽¹⁾, **BOULESTREAU H** ⁽¹⁾, **CHEVRIER S** ⁽¹⁾, **TOUZAIN B** ⁽¹⁾, **DEBUS L** ⁽¹⁾, **CARRE Y** ⁽¹⁾, **COPPRY M** ^(1, 2), **ROGUES AM** ^(1, 2)

⁽¹⁾ CHU de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Retour d'expérience suite au signalement de 4 infections à SARS-COV2 survenus chez des patients après à une hospitalisation le 21 décembre 2020 en hôpital de jour (HDJ) d'onco-hématologie adulte

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'investigation a consisté en l'étude des dossiers des patients, de leur localisation au sein des 5 salons de 3 fauteuils et des 3 chambres simples de l'HDJ, de l'organisation de leur prise en charge, des soins réalisés, de leur circuit au sein de l'établissement et des professionnels rencontrés. Un tableau synoptique a été réalisé. Un dépistage par RT-PCR a été

organisé pour tous les patients hospitalisés ce même jour et l'ensemble des professionnels présents. Un rappel des bonnes pratiques et des actions d'amélioration ont été proposés.

RÉSULTATS

Malgré des mesures barrières et des précautions standard renforcées en place lors des soins, 9 des 28 patients immunodéprimés pris en charge en HDJ ce même jour ainsi qu'un accompagnant ont finalement été identifiés positifs. Ces patients étaient localisés dans 2 salons et 1 chambre seule. La chronologie des symptômes est en faveur d'un contage lors de la prise en charge en HDJ pour 6 d'entre eux ; les 3 autres ayant une transmission intrafamiliale et l'accompagnant un contage communautaire. Quatre patients et l'accompagnant vont décéder.

Au total, 21 des 31 professionnels présents ce jour-là ont pu être dépistés, un seul s'est avéré positif : une AS qui avait servi déjeuner et collation à tous les patients positifs, seuls moments où ceux-ci étaient démasqués. Rétrospectivement elle s'est souvenue avoir eu des symptômes frustrés dans les 2 jours précédents la prise en charge des patients.

Une réorganisation des repas a été faite pour éviter le démasquage de tous les patients en même temps. Les carafes à eau, partagées, ont été remplacées par des petites bouteilles d'eau individuelles. Un bionettoyage approfondi des salles de consultation, salons, chambres et salles de soin, ainsi que des sanitaires et des matériels partagés ont été préconisés. L'aération des locaux a été renforcée.

CONCLUSION

L'origine précise de la contamination reste non élucidée dans la mesure où l'AS a dû respecter les mesures barrières et notamment le port du masque. Aucun nouveau cas patient ou professionnel n'a été à déplorer par la suite. Cet événement nous rappelle de ne pas négliger la possibilité d'une transmission par contact pour le SARS-COV2.

P-231

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE VISITE SUR SITE POUR LA GESTION DE CLUSTERS EN EMS

MECHKOUR S⁽¹⁾, **ALAWWA R**⁽¹⁾, **WYNDELS K**⁽²⁾, **PAROUX P**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cpias HDF, Lille, FRANCE ; ⁽²⁾ CIRE HDF, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Cpias a été sollicité en appui et expertise sur site pour la gestion de clusters en EMS.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des pratiques observées et de dégager des leviers d'actions pour la maîtrise du risque infectieux en EMS.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Une grille de visite a été élaborée afin d'évaluer des critères par observation et d'autres par entretien avec le personnel. Les données recueillies portaient sur le bilan épidémiologique, l'organisation des soins, le respect des mesures de contrôle : HDM, EPI, gestion des excréta, environnement, mesures barrières, formation, communication. La saisie et l'analyse des grilles ont été réalisées grâce à un outil Excel automatisé.

RÉSULTATS

Lors de la deuxième vague (oct/nov) 13 clusters en EMS ont été visités. La durée moyenne des épisodes était de 41 jours. Le nombre de cas cumulés s'élevait à 952 cas dont 625 résidents et 327 professionnels. 45 hospitalisations et 89 décès cumulés ont été déplorés. La mise en place d'un secteur Covid ou le regroupement des cas était majoritairement non réalisable (92 %). Une équipe a été dédiée par la moitié des structures mais seulement de jour. Plus de la moitié des EMS ne disposait pas d'un correspondant hygiène désigné (69 %) ni d'une convention avec une EOH (77 %). Les prérequis (85 %), la technique de friction (100 %) et les opportunités d'HDM ne sont pas acquis (92 %). Le port d'un masque FFP2 était systématique dans 69 % des structures, non adapté à la morphologie des visages dans 78 % des cas et le fit check n'était jamais réalisé.

Le port de gants avant l'entrée de la chambre et l'absence de changement de gants entre chaque soin étaient systématiques. Le respect des distanciations en salle de pause était respecté par moins de 50 % des équipes. Les locaux n'étaient pas aérés régulièrement dans 70 % des cas. Dans plus de 80 % des structures, le personnel permanent et intérimaire n'était ni formé au PS en contexte COVID ni évalué. Dans de nombreux EMS les résidents étaient déambulants avec un mauvais port du masque.

CONCLUSION

Ce travail met en exergue la nécessité de former en masse le personnel des EMS aux précautions standard. Notre Cpias a adapté son offre de formation en webinaire pour toucher un grand nombre de structures. Il est aussi indispensable de renforcer l'expertise en hygiène dans ces structures en déployant les EMH sur le territoire et en incitant les EOH de proximité à établir des conventions d'hygiène.

P-232

LES BULLES SOCIALES EN EHPAD

BARANOVSKY Sophie^(1, 2), **CHAIZE Pascale**⁽²⁾, **BURTIN Antonella**⁽²⁾, **JUMAS-BILAK Estelle**⁽¹⁾

⁽¹⁾ HydroSciences Montpellier, IRD, CNRS, Univ Montpellier, Montpellier, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Montpellier, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2021, les EHPAD ont bénéficié d'une vaccination de masse contre la COVID. Mais le virus du Sars-CoV-2 continue de circuler activement en communautaire et l'émergence des variants pose question sur l'efficacité de la vaccination. C'est pourquoi nous avons proposé aux 48 EHPAD que nous suivons une organisation sous forme de bulles sociales afin de permettre une reprise d'activité sociale au sein des EHPAD, tout en évitant des clusters massifs.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Un protocole a été écrit suite à des observations que nous avons réalisées. Les objectifs de ces bulles sociales sont de 1) briser l'isolement des résidents, 2) minimiser la diffusion du virus dans l'établissement en cas de cluster, 3) anticiper une sectorisation en cas de cluster, 4) maintenir des activités collectives dans un contexte de circulation active du virus en communautaire.

RÉSULTATS

Nous avons proposé 4 mesures à appliquer pour les résidents d'une même bulle : 1) le partage des repas, 2) des activités en commun 3) la prise en charge par une même équipe de soins et, 4) le regroupement des chambres dans une même zone géographique. Nous avons listé les mesures sécurisantes, les différents obstacles auxquels peuvent être confrontés les EHPAD et des propositions de solutions.

CONCLUSION

Ce type d'organisation est une base de réflexion pour les mois à venir car elle permet de maintenir des activités collectives, tout en sécurisant les EHPAD et en empêchant des clusters massifs. Cela peut être aussi transposable pour d'autres infections.

P-233

COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA RÉGION NORMANDIE PENDANT LA PHASE II DE L'ÉPIDÉMIE - ÉTUDE MULTICENTRIQUE

THIBON Pascal⁽¹⁾, BRETON Pierre⁽¹⁾, MOUET Audrey⁽¹⁾, **BIDON Antoine**⁽¹⁾, HAUPAIS François⁽¹⁾, DARRIGAN Caroline⁽²⁾, GAUTIER Pauline⁽¹⁾, LETOURNEUR Thomas⁽²⁾, PERILLEUX Emeline⁽²⁾, SEGUINEAU Charles⁽²⁾, THIBON Paul⁽²⁾, HENRY Liliane⁽¹⁾, AR GOUILH Meriadeg⁽¹⁾, BORGEY France⁽¹⁾, LE HELLO Simon⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU, Caen, FRANCE ; ⁽²⁾ Normandie Université, Caen, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'épidémie de COVID-19 a touché la France au début de l'année 2020 avec un premier cas détecté le 24 janvier. L'augmentation rapide du nombre de cas et de clusters a mené au confinement total du pays le 17 mars 2020. Les connaissances sur la transmission du SARS CoV-2 étant limitées, les précautions maximales ont été mises en place pour la prise en charge des patients symptomatiques. Malgré tout, de nombreux professionnels de santé se sont retrouvés exposés au virus.

Les objectifs de ce travail étaient de déterminer l'incidence de la COVID-19 parmi les professionnels de santé et de décrire les cas de transmission nosocomiale durant la phase précoce de l'épidémie.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Une étude descriptive multicentrique a été menée à l'échelle régionale, incluant 52 établissements de santé Normands (France) et représentant 30 533 professionnels de santé. Elle couvre la période du 3 au 27 mars 2020, avant que ne soit atteint le seuil d'incidence de 10 cas pour 100 000 habitants. Des enquêtes épidémiologiques ont permis d'identifier les chaînes de transmission. Puis, un questionnaire individuel standardisé a permis de recueillir les données suivantes : les mesures barrières utilisées lors des contacts avec le cas index, le moment et la durée du contact ainsi que les signes cliniques pour les formes symptomatiques.

RÉSULTATS

Le taux d'incidence de la COVID-19 parmi les professionnels de santé était de 2.7‰. Parmi 19 situations (dont 13 clusters), 10 étaient des cas de transmission entre professionnels de santé et 9 des cas de transmission d'un patient à un professionnel. Le taux d'attaque global était 13.7 % (IC95 %, 10.6 %-17.3 %), et 68 professionnels ont été concernés (10 cas index, 58 cas secondaires, avec 27 classés comme cas certains). Dans 29 % des cas de transmission, le cas secondaire n'a été exposé que pendant la phase pré symptomatique du cas index, 48 % des cas pour les transmissions entre professionnels et 10 % pour les transmissions de patient à professionnel (p=0.0002). Le double port du masque, par le cas index et le cas secondaire, n'a jamais été rapporté lors des cas de transmission. Les autres équipements de protection individuelle n'ont été utilisés que rarement.

CONCLUSION

Ce travail descriptif montre que les professionnels sont exposés à la transmission nosocomiale du SARS CoV-2. L'intervalle en série moyen (5.1 jours) suggère que cette transmission peut avoir lieu avant l'apparition des symptômes chez le cas index. Le port systématique du masque et la distanciation sociale

dans les établissements de santé doivent être maintenus; ils sont essentiels dans la lutte contre cette épidémie.

P-234

DYNAMIQUE DE DISSÉMINATION DU SARS-COV-2 DANS L'ENVIRONNEMENT DE CHAMBRES DE PATIENTS ATTEINTS DE LA COVID-19

LE NEINDRE Killian ⁽¹⁾, **COUTURIER Jeanne** ⁽¹⁾, **GOUOT Cyril** ⁽¹⁾, **JOLIVET Sarah** ⁽¹⁾, **MAJERHOLC Mickael** ⁽¹⁾, **SUPPLISSON Pierre** ⁽¹⁾, **TAN Céline** ⁽¹⁾, **LAZARE Christelle** ⁽¹⁾, **TRIBOULLOIS Laurence** ⁽¹⁾, **MORAND-JOUBERT Laurence** ⁽¹⁾, **BARBUT Frédéric** ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le risque de transmission de SARS-CoV-2 par l'environnement reste aujourd'hui controversé et nécessite des investigations complémentaires. Une évaluation de la contamination environnementale des patients atteints de la Covid-19 a été réalisée au sein d'un CHU en 3 phases : phase 1 (avril 2020) = état des lieux, phase 2 (mai à août 2020) = évaluation de l'efficacité du bio-nettoyage puis phase 3 (février à avril 2021) = analyse des facteurs de risque de contamination de l'environnement.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Des prélèvements de surface (5 à 10 surfaces par chambre, 100 cm² par écouvillonnage) et des prélèvements d'air (1000L, biocollecteur utilisant des membranes de gélatine) ont été réalisés dans les chambres de patients ayant un diagnostic positif à SARS-CoV-2. Les prélèvements ont été effectués à distance du bio-nettoyage (à l'exception de certains prélèvements en phase 2). Les échantillons ont été analysés par RT-qPCR. Les variables suivantes ont été analysées dans le cadre de la phase 3 : le type de service (médecine, réanimation), le type de ventilation et le débit d'oxygène ≥ 6L, le délai entre la date de prélèvement positif et celle des prélèvements environnementaux, le mode d'aération de la chambre, l'origine de l'infection (nosocomiale versus communautaire) et le variant du virus.

RÉSULTATS

Phase 1 : l'état des lieux a suggéré une importante contamination de l'environnement des patients positifs au SARS-CoV-2 avec 80 % (4/5) des chambres ayant au moins une surface contaminée, soit 22 % (11/50) de surfaces contaminées.

Phase 2 : les résultats ont indiqué une diminution de la contamination des surfaces, passant de 7 % (10/154) avant bio-nettoyage à 2 % (3/139) après bio-nettoyage (p=0,09).

Phase 3 : une contamination de l'environnement par SARS-CoV-2 a été détectée pour 22 % (11/49) des chambres incluses, représentant 7 % (14/211) des surfaces et 2 % (1/49) des prélèvements d'air dont 47 % (7/15) rendus faiblement positifs ou douteux. Les surfaces les plus souvent contaminées étaient le rebord de fenêtre (42 %, 5/12) et le sol (13 %, 5/39). Aucune des variables analysées ne semble avoir d'impact significatif sur le risque de contamination de l'environnement par le SARS-CoV-2, exceptée la ventilation assistée qui était associée à un risque plus faible de contamination par rapport à l'absence de ventilation (p=0,03).

CONCLUSION

La contamination environnementale des surfaces et de l'air est relativement faible. Les différents facteurs potentiellement impliqués dans le risque de transmission de SARS-CoV-2 ne semblent pas avoir de réel impact sur la dissémination environnementale.

P-235

ÉPIDÉMIE DE COVID DANS UN EHPAD : LA VACCINATION NE FAIT PAS TOUT !

DE BASTIANI C ⁽¹⁾, **COPPRY M** ^(1, 2), **COUDROY V** ⁽¹⁾, **DUBOS M** ⁽³⁾, **THIEL E** ⁽³⁾, **SALLES N** ⁽¹⁾, **SALY M** ⁽¹⁾, **OLLIVIER S** ⁽¹⁾, **VERDUN-ESQUER C** ⁽¹⁾, **ROGUES AM** ^(1, 2)

⁽¹⁾ CHU de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE ; ⁽²⁾ Université de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) accompagnés par l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) mise en place en 2020 à Bordeaux, plusieurs se sont trouvés confrontés à une épidémie de COVID, alors que les mesures étaient en cours d'assouplissement, compte-tenu de la vaccination des résidents. Nous faisons le retour de l'expérience d'une de ces épidémies.

MATÉRIELS & MÉTHODES

EHPAD de 120 lits sur 3 étages, avec un GIR moyen pondéré de 722 et 81 agents. Couverture vaccinale anti-COVID chez les résidents de 89 % et de 56 % chez les agents. Précautions Standard renforcées (PSR) en place depuis un an.

Description chronologique et analyse de l'épidémie sur la période du 10/03 au 16/04/21.

RÉSULTATS

Description chronologique :

19/03 : alerte suite au diagnostic de COVID (variant anglais) la veille chez une élève aide-soignante, travaillant au 1^{er} étage depuis le 12/03 avec des symptômes. Mise en place des précautions COVID sur le 1^{er} étage et maintien des PSR sur les autres étages. Arrêt des activités, repas collectifs et des visites sur l'EHPAD. Dépistage large : 3 résidents vaccinés asymptomatiques et 2 agents contacts non-vaccinés symptomatiques détectés au 1^{er} étage.

26/03 : 3 nouveaux cas résidents vaccinés symptomatiques au 1^{er} étage.

29/03 : Dépistage large : 9 résidents (dont 1 non vacciné) et 4 agents asymptomatiques identifiés sur les 3 étages. Mise en place des précautions COVID uniquement pour les cas isolés.

01/04 : 1 résident non vacciné diagnostiqué sur symptômes au 1^{er} étage.

06/04 : Dépistage massif : 1 résident asymptomatique (2 PCR antérieures négatives) détecté au 1^{er} étage.

10/04 : 1 agent positif (probable contage familial).

16/04 : Dépistage large : aucun nouveau cas résident ou professionnel.

Au total, l'épidémie a concerné 17 résidents (4 symptomatiques : 3 avec une forme peu grave et 1 décès) et 7 agents.

Analyse : Retard à l'éviction du cas index professionnel entraînant un retard à la mise en place des mesures spécifiques.

Diffusion à 3 résidents des autres étages malgré les mesures et la vaccination.

CONCLUSION

Diffusion épidémique malgré la vaccination large des résidents et de plus de la moitié des agents, du fait d'un retard à l'éviction d'un professionnel dans un EHPAD jusqu'alors épargné. Cette expérience est en faveur d'un maintien de la vigilance en collectivité de personnes âgées malgré la vaccination, notamment vis-à-vis des professionnels temporaires. Une alerte et des mesures efficaces précoces doivent rester en vigueur pour limiter la diffusion du SARS-COV2.

P-236

ÉPIDÉMIOLOGIE DES ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES (ERG) EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ES) EN 2020 À PARTIR DES DONNÉES DU SIGNALEMENT DES IAS (SIN) ET DU CNR DE L'ANTIBIORÉSISTANCE : QUEL IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 ?

POUJOL Isabelle ⁽¹⁾, SOING-ALTRACH Sophan ⁽¹⁾, **BERGER-CARBONNE Anne** ⁽¹⁾,

CATTOIR Vincent ⁽²⁾, AUGER Gabriel ⁽²⁾

⁽¹⁾ Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE ;

⁽²⁾ CNR Résistance aux Antibiotiques, Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2012, la plateforme e-SIN enregistre les SIN d'infections/colonisations à ERG. Parallèlement, le CNR de la résistance aux antibiotiques reçoit des souches d'ERG pour expertise microbiologique.

Ce travail décrit les résultats 2020 du SIN et du CNR et l'impact de la pandémie COVID sur l'épidémiologie des ERG dans les ES.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Les signalements d'EPRG effectués sur le volet BHRé de la plateforme e-SIN sont analysés par Stata 15.1.

Toutes les souches reçues au CNR sont caractérisées phénotypiquement (identification par spectrométrie de masse MALDI-TOF, antibiogramme en diffusion, détermination des CMI) et génotypiquement (PCR des gènes van) et celles potentiellement impliquées dans des cas groupés sont comparées par spectroscopie infra-rouge à transformée de Fourier (IRTF) et/ou par séquençage entier du génome (WGS).

RÉSULTATS

En 2020, 196 (327 cas) signalements d'ERG ont été reçus, soit 45 % de moins qu'en 2019. Cette diminution a été marquée depuis mars 2020, début des signalements de COVID associée aux soins. Les dépistages rectaux restent les prélèvements « source » les plus fréquents mais sont en diminution (73 vs 80 % en 2019).

Le mécanisme de résistance vanA reste le plus fréquent (64 vs 68 % en 2019). Par rapport à 2019, le % de CG parmi l'ensemble des SIN d'ERG a diminué (16 vs 18 %) mais le nombre médian de cas par CG est passé de 2 à 3 et la part des cas secondaires parmi l'ensemble des cas a augmenté (40 vs 32 %). A l'admission du cas index, les Précautions Complémentaires Contact (PCC) étaient moins souvent

appliquées (41 vs 53 %). En l'absence de mesures adaptées, un dépistage était moins réalisé (88 vs 95 %).

Après une forte hausse de 2016 à 2019, le nombre de souches reçues au CNR a diminué en 2020 (n = 654) de moitié par rapport à 2019 (n = 1272). Sur les 654 souches d'entérocoques reçues en 2020, 524 (80,1 %) ont été confirmées comme ERG, majoritairement *E. faecium* (515 (98,3 %)). La part des prélèvements de dépistage a diminué (- 10 % / 2019). Le gène vanA reste majoritaire parmi les ERG (419 (80 %)) suivi du gène vanB (98 (19 %)). Le laboratoire a effectué 42 comparaisons (232 souches) qui ont permis d'identifier 75 clones différents.

CONCLUSION

En 2020, les SIN d'ERG et le CNR observent une diminution importante des cas. Les mesures mises en place pour la pandémie COVID-19 et les échanges réduits avec l'étranger ont pu avoir un impact positif, mais la moindre application des PCC, l'augmentation du nombre de cas secondaires au sein des CG signalés et la diminution de la part des dépistages font craindre une sous-estimation de la diffusion des ERG en ES.

P-237

MISE EN ŒUVRE D'UNE FORMATION PAR SIMULATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX (EMS) PENDANT LA PANDÉMIE DU COVID-19

QUALLA-WIDMER Laetitia⁽¹⁾, **HEQUET Delphine**⁽¹⁾, **PETIGNAT Christiane**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHUV, Lausanne, SUISSE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis mars 2020, les soignants des EMS est au cœur de la pandémie de CoVID-19. Le CoVID-19 a mis en évidence le manque de respect des mesures de prévention des infections par les soignants des EMS. Dans ce contexte, l'Unité cantonale vaudoise d'hygiène prévention et contrôle de l'infection (HPCI) a développé dans l'urgence un programme de formation par simulation pour combler ces lacunes. L'objectif était de renforcer les compétences des soignants afin qu'ils dispensent des soins sûrs et efficaces, tout en se protégeant de la propagation de l'infection.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Les infirmières en prévention des infections ont défini les objectifs d'apprentissage, identifié le contenu académique, élaboré une stratégie d'enseignement adaptée à tous les styles d'apprentissage. Après avoir élaboré des scénarios de soins simples et complexes ciblant les objectifs d'apprentissage, elles ont défini l'environnement idéal et un choix de matériel.

Ensuite, une formation a été organisée pour les d'infirmières en prévention des infections en utilisant une vidéo des scénarios de simulation.

RÉSULTATS

Chaque session consistait en une simulation conduite par une infirmière de prévention des infections à partir d'une sélection de 5 scénarios pertinents et réalisables. Une session comptait en moyenne 12 participants, dont des infirmiers, des aides-infirmiers et du personnel médico-technique.

Les participants ont été placés dans des situations de soins grâce à une simulation humaine par jeu de rôle. Avant chaque session de simulation, ils ont bénéficié d'un rappel sur le mode de transmission des micro-organismes, les précautions standard et les précautions complémentaires. Les participants ont été informés du contexte, puis ils ont joué le scénario. Un débriefing a été réalisé après chaque session.

Les problèmes pertinents identifiés portaient sur la mauvaise utilisation de la surblouse dans les précautions gouttelettes, le non-respect des normes d'hygiène des mains et sur le port de gants. Les apprentissages réalisés lors de chaque session ont été rapidement diffusés aux autres professionnels de l'EMS. De juin 2020 à mars 2021, 67/160 (42 %) EMS ont participé à ce programme de formation par simulation. Plus de 1 800 soignants ont été formés. 109 sessions de simulation ont été menées sur 10 mois.

CONCLUSION

Grâce à des scénarios de simulation, les éléments essentiels de la prévention des infections peuvent être mis en avant. Les soignants peuvent être exposés à des scénarios de soins critiques et avoir la possibilité de réagir sans crainte ni risque pour le résident.

P-238

BILAN DES SIGNALEMENTS DE CAS GROUPÉS DE COVID-19 SUR LA PLATEFORME E-SIN, FRANCE, 2020

TOULEMONDE Pierre-Etienne⁽¹⁾, **POUJOL Isabelle**⁽¹⁾, **SOING-ALTRACH Sophan**⁽¹⁾, **LEON Audrey**⁽¹⁾, **BERGER-CARBONNE Anne**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Santé publique France, Saint-Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis mars 2020, la plateforme de signalement e-SIN est utilisée par les établissements de santé (ES) pour signaler les cas nosocomiaux de COVID-19.

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'étude a porté sur les cas groupés (CG) de COVID-19 nosocomiaux (plus de 2 cas en 7 jours) signalés en France en 2020. Les signalements (SIN) de COVID-19 sont analysés dans une base Microsoft® Excel (2016).

RÉSULTATS

En 2020, 4.352 SIN de COVID-19 nosocomiales ont été émis, dont 1.845 CG représentant 18.778 cas patients (60 %), 12.574 cas soignants (40 %) et 10 cas visiteurs. Les CG comprennent en moyenne 17 cas [3-371].

La répartition par service de ces CG est la suivante : médecine (828), SSR (567), SLD et secteur Ehpad (169), chirurgie (139), soins intensifs (42), urgences (35), gynécologie-obstétrique (13) et services non cliniques (51) (imagerie, laboratoire, cuisine...).

Les régions qui ont le plus signalé de CG sont : Ile-de-France (n=248), Provence-Alpes-Côte d'azur (n=244) et Auvergne-Rhône-Alpes (n=232). La répartition régionale a varié au cours de l'année 2020.

Les principales hypothèses formulées pour expliquer la transmission du virus sont : (1) la découverte fortuite d'un cas au premier plan en médecine, chirurgie et SSR, SLD, secteur Ehpad, (2) les pauses/transmissions entre professionnels sur leur lieu de travail qui sont au premier plan en gynécologie-obstétrique, imagerie et urgences. En soins intensifs les 2 hypothèses sont évoquées de façon équivalente.

Des mesures correctives sont renseignées dans 1.621 (85 %) des CG. Parmi ces CG, le dépistage et le renforcement des mesures barrières sont au premier plan dans tous les types de service. Les mesures suivantes : arrêt des admissions, arrêt des visites et transfert en secteur COVID sont moins citées dans les services de court séjour, et plus fréquemment en SSR, SLD et secteur Ehpad.

CONCLUSION

La transmission nosocomiale de Covid19 est une réalité à prendre en compte pour maîtriser plus généralement la diffusion du virus. Elle prend des aspects différents selon les services. Les patients représentent la plus grande part des cas, souvent parce que le cas index n'est pas identifié à l'admission. Ce constat incite à renforcer les précautions standard, le dépistage et les mesures barrière spécifiques dès l'identification des cas. Une part importante des cas groupés implique des professionnels souvent contaminés lors des pauses ou transmission pendant lesquelles le strict respect des mesures barrières doit être maintenu.

P-239

CLUSTERS INTRA-HOSPITALIER DE COVID-19, CHAMBRES DOUBLES ET MESURES BARRIÈRES

LE BRETON E⁽¹⁾, SAÏDANI N⁽¹⁾, LE GALL F⁽¹⁾, ROLLAND-JACOB G⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Cornouaille, Quimper, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'incidence communautaire faible de COVID-19 (79,9 cas pour 100.000 habitants au 14/11/2020), notre établissement a été confronté à la survenue de plusieurs clusters intra-hospitaliers de 11/2020 à 02/2021, nécessitant la mise en place d'une politique de suivi et de mesures de protection graduées. Les objectifs de ce travail étaient de décrire la population, analyser les facteurs de risque et modes de transmission, les mesures barrières et de dépistage mises en place ainsi que l'impact en termes de morbi-mortalité de ces clusters.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Recueil prospectif d'une base de données, extraction des données avec analyse observationnelle descriptive.

RÉSULTATS

Les clusters concernaient 62 patients (34 %, moyenne d'âge 76,5 ans, ratio H/F 1,7) au cours d'un séjour hospitalier en hospitalisation complète et 116 professionnels (66 %, moyenne d'âge 41,6 ans, ratio H/F 0,36). Les clusters successifs de patients sont survenus sur une période de 13 semaines dans 7 unités de médecine. Parmi les patients, 21 (34 %) sont décédés. Les 116 professionnels travaillaient dans 24 unités, 65 (56 %) en unités cluster, 28 (24 %) en unités dédiées COVID, 12 (10 %) dans des unités transversales, 11 (9,5 %) dans d'autres unités. Les souches testées par séquençage appartenaient essentiellement au CLADE 20A.EU2 (souche majoritaire en Europe).

CONCLUSION

Lors de cette 2^e vague épidémique, des clusters se sont constitués malgré le strict respect du port des EPI recommandés et les formations dispensées au respect des mesures barrières. De manière à identifier, avant toute hospitalisation, les patients en incubation ou asymptomatiques, un dépistage systématique par test antigénique nasal des patients accueillis au SAU a été déployé. De même, le dépistage 2 fois par semaine de tous les patients et professionnels des unités cluster a été organisé. Enfin, pour éviter tout risque d'aérosolisation non contrôlée, le port de masque FFP2 en systématique par les professionnels

a été mis en place dans les unités clusters jusqu'à 14 jours suivant la survenue du dernier cas de chaque cluster. Les facteurs de risque de transmission les plus fréquemment rapportés étaient la contamination croisée entre patients en chambres doubles (35 patients, 56,5 %), l'exposition des patients à un patient déambulant (15 patients, 24 %). Les patients décédés présentaient des comorbidités associées. Le respect strict des mesures barrières et de dépistage a permis d'arrêter la diffusion du SARS-CoV-2 au sein de notre établissement, avec un dernier cas patient des clusters survenu le 21/01/2021.

P-240

CLUSTERS NOSOCOMIAUX DE COVID-19 DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PENDANT LA DEUXIÈME VAGUE ÉPIDÉMIQUE : QUELLES LEÇONS EN TIRER ?

DANANCHE Cédric^(1, 2), **MARION Elodie**⁽¹⁾, **FASCIA Pascal**⁽¹⁾, **GERBIER-COLOMBAN Solweig**⁽¹⁾, **ELIAS Christelle**^(1, 2), **BARRETO Christine**⁽¹⁾, **GRISI Béatrice**⁽¹⁾, **GARDES Sophie**⁽¹⁾, **VANHEMS Philippe**^(1, 2)

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ CIRI (centre international de recherche en infectiologie), INSERM, CNRS, ENS de Lyon, Université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Comparée à l'été 2020, la France a connu en octobre dernier une forte accélération de l'incidence de la COVID-19, se traduisant par une deuxième vague épidémique et un nouveau confinement le 29/10/2020. Parallèlement, une augmentation des clusters nosocomiaux de COVID-19 a été observée. L'objectif de cette étude était de décrire ces clusters dans notre CHU pendant la deuxième vague épidémique.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Les clusters de COVID-19 (≥3 cas patients ± professionnels) survenus entre le 01/09/2020 et le 31/03/2021 ont été recueillis prospectivement. Le caractère nosocomial chez les patients a été défini selon 3 catégories en fonction du délai entre l'admission et le diagnostic : origine nosocomiale certaine (délai >14 jours (j)), probable (8 à 14 j), possible (3 à 7 j). Le nombre de cas de patients et professionnels, le type de service, la durée du cluster, le nombre de décès de patients toutes causes dans le mois suivant le cluster ont été collectés. Les facteurs contributifs à une extension du cluster ont été identifiés.

RÉSULTATS

92 clusters, représentant 1092 personnes (729 patients et 324 professionnels) ont été observés. Leur durée médiane était de 10 j (intervalle interquartile [IIQ] 6,0-16,0). Les clusters ont concerné le plus grand nombre de patients en médecine (n=33 clusters, 232 patients [31,8 %]), en SSR gériatrique (n=17, 183 patients [25,1 %]), en court séjour gériatrique (n=17, 130 patients [17,8 %]) et en soins de longue durée (n=7, 101 patients [13,9 %]). 170 cas (23,3 %) étaient nosocomiaux certains, 186 (25,5 %) nosocomiaux probables, 372 (51,0 %) nosocomiaux possibles. Le nombre médian de patients au sein des clusters était de 6 (IIQ : 4-10) et de professionnels était de 3 (IIQ : 1-7). 172 décès de patients (23,7 % des cas) dans le mois suivant le cluster ont été rapportés. Les principaux facteurs contributifs observés étaient la présence associée de professionnels infectés (65,0 %), les chambres doubles (34,8 %), les visites (30,4 %) et la déambulation des patients (8,7 %). D'autres facteurs tels que les douches partagées, l'ouverture en permanence des portes des chambres (notamment lors d'aérosols), l'observance insuffisante des mesures barrières par les professionnels en zone commune ont été évoqués.

CONCLUSION

L'incidence des clusters a été importante pendant la deuxième vague épidémique, malgré les mesures de prévention mises en œuvre et l'expérience des professionnels acquise lors de la première vague. Différents facteurs ont diminué l'applicabilité des mesures. Une adaptation des organisations et de l'environnement hospitalier à ce contexte pandémique est nécessaire.

P-241

DÉPISTAGE COVID-19 : L'ADMINISTRATION DE MEOPA (MÉLANGE EQUIMOLAIRE D'OXYGÈNE ET DE PROTOXYDE D'AZOTE) COMME AIDE À LA RÉALISATION DES PRÉLÈVEMENTS NASOPHARYNGÉS PROFOND (PNPP) CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA)

BOUQUIE Régis⁽¹⁾, **SUJOL Guillaume**⁽¹⁾, **CANO Charlène**⁽¹⁾, **BAUDRY Emilie**⁽¹⁾, **NABONNE Julie**⁽¹⁾, **BERTRAN Marie**⁽¹⁾, **LAMINI Sophie**⁽¹⁾, **BOBO Joy**⁽¹⁾, **HUYNH Sylvie**⁽¹⁾, **HENRY Claire**⁽¹⁾, **PALIX Christine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH de Thuir, Thuir, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion de la crise du covid-19 dans un établissement de soin en santé mentale nécessite la mise en place de mesures préventives, d'un suivi clinique et d'un dépistage des nouveaux

arrivants ou des cas symptomatiques afin de protéger les patients et les soignants. Ceci est particulièrement vrai dans les unités prenant en soin de patients atteints de TSA. Nous avons été confrontés au cours de la crise à des difficultés de réalisation du PNPP destiné à la recherche du SARS-Cov2 par PCR chez ces patients.

Compte tenu de l'incapacité de certains patients à respecter les mesures barrières, il était indispensable d'effectuer un dépistage du SARS-Cov2 par PNPP. Dans un contexte associant agitation et opposition de la part du patient et impériosité à connaître le statut infectieux du patient, du MEOPA pouvait être utilisé pour faciliter l'acte de prélèvement et le rendre moins traumatisant / anxiogène.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Les indications de la PCR pour des patients atteints de TSA étaient les suivantes :

- symptomatologie compatible avec une COVID19
- patients cas contact,
- dépistage en cas d'intolérance au confinement
- incapacité à respecter les mesures barrières.

Les conditions de mise en place du PNPP sous MEOPA étaient les suivantes :

- les patients étaient réassurés, apaisés et accompagnés de personnes de confiance
- Les personnels soignant étaient en nombre suffisant en cas de crise
- Les patients selon leurs capacités de compréhension se voyaient expliqué le protocole et les besoins pour leur santé de réaliser le PNPP
- Le MEOPA n'était administré qu'en cas d'échec des interventions de réassurance et d'apaisement

RÉSULTATS

Tous les patients inclus dans l'étude ont pu bénéficier d'une recherche du SARS-COV-2 par PCR sur PNPP.

8 patients sur 40 ont bénéficié de MEOPA pour le PNPP, tous les prélèvements sous MEOPA ont pu être réalisés, et correctement réalisés. Aucun problème de tolérance au MEOPA n'a été observé et tous les résultats de PCR ont pu être rendus par le laboratoire.

CONCLUSION

La balance bénéfice risque du dépistage systématique des patients présentant TSA n'est favorable que si le prélèvement est fait au « bon endroit, au bon moment ». L'usage du MEOPA peut faciliter la réalisation du prélèvement et donc la sensibilité du test. La sécurité d'utilisation du MEOPA est connue, son usage est simple, l'effet sédatif est rapidement obtenu et se dissipe en quelques minutes. Le MEOPA a permis la réalisation d'un PNPP conforme chez tous les patients inclus dans l'étude.

P-242

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE LA MISE EN PLACE D'UNE ÉQUIPE MOBILE D'HYGIÈNE POUR LES EHPAD

BARANOVSKY Sophie ^(1, 2), **CHAIZE Pascale** ⁽¹⁾, **JUMAS-BILAK Estelle** ⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU de Montpellier, Montpellier, FRANCE ;

⁽²⁾ HydroSciences Montpellier, IRD, CNRS, Univ Montpellier, CHU de Montpellier, Montpellier, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous avons participé à la mise en place d'une équipe mobile d'hygiène, début février 2020. La création de cette équipe a coïncidé avec le début de l'épidémie de COVID en France. Face aux clusters massifs dans les EHPAD, nous avons dû mettre en place une stratégie afin de prévenir la diffusion du virus et de limiter les cas lorsque le virus est déjà entré dans un EHPAD.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Dans un 1^{er} temps, nous avons réalisé un bilan complet des mesures barrières à adopter selon le contexte épidémique des EHPAD et de la situation communautaire afin de préparer au mieux les EHPAD à la survenue de cas. Si un EHPAD était déjà confronté à des cas COVID, nous avons réalisé un bilan de la situation de cet EHPAD, par visite virtuelle ou par visite sur site et des formations courtes et originales, sous forme de questions réponses, ont été dispensées aux agents sur les bonnes pratiques d'hygiène.

RÉSULTATS

Au total, en 2020, nous avons accompagné 50 EHPAD, réalisé 88 visites sur site et 22 visites virtuelles. 874 agents ont été formés aux bonnes pratiques d'hygiène. Le fait d'intervenir dans de nombreux établissements avec des configurations très différentes nous a permis de nous confronter à différentes situations et ainsi de pouvoir créer des check-listes exhaustives des mesures barrières à mettre en place afin de se prévenir les clusters et de limiter les cas lors de clusters massifs.

CONCLUSION

Cette épidémie de COVID nous a permis de tisser des liens très rapidement avec les EHPAD de notre GHT et de montrer l'intérêt des équipes mobiles d'hygiène dans les EHPAD. Ces dispositifs de proximité, qui sont en train de se mettre en place progressivement en France, apparaissent alors comme des dispositifs indispensables à la continuité de soins des patients et permettent d'accueillir des résidents en EHPAD ayant des pathologies de plus en plus lourdes.

P-243

BILAN DU TRACING CENTRALISÉ DE 500 SOIGNANTS POSITIFS POUR LE SARS-COV-2 PAR UN SERVICE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : COMPARAISON ENTRE LES PÉRIODES DE CIRCULATION DU VIRUS SAUVAGE ET DU VARIANT UK - LIGNAGE B.1.1.7

VO-HOANG Yen^(1, 2), BARANOVSKY Sophie⁽²⁾, PLAT Rodney⁽²⁾, ROMANO-BERTRAND Sara^(1, 2, 3), GRAU Delphine⁽²⁾, CLARIVET Béatrice⁽²⁾, JUMAS-BILAK Estelle^(1, 2, 3)

⁽¹⁾ Université Montpellier, Montpellier, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Montpellier ; ⁽³⁾ PHYSE-HSM

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le tracing des cas et des contacts est une des mesures clés du contrôle de la pandémie SARS-CoV-2. Notre service d'Hygiène Hospitalière (HH) a centralisé l'ensemble du tracing des cas et des contacts pour les patients hospitalisés et pour les agents du CHU qu'ils soient exposés en milieu intra- ou extra-hospitalier. Les dossiers de 500 cas d'agents hospitaliers avec RT-PCR SARS-CoV-2 positive ont été étudiés et les principales données obtenues ont été croisées et comparées entre les vagues COVID-19 de l'automne 2020 et du printemps 2021 majoritairement liées au SARS-CoV-2 sauvage et au variant UK - lignage B.1.1.7., respectivement.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Etude observationnelle et comparative entre deux périodes épidémiologiques marquées. Le service d'HH est alerté par un système automatique de signalement des agents/patients positifs pour le SARS-CoV-2 ainsi que par déclaration individuelle selon une procédure validée par la direction de l'hôpital. Les contacts sont recherchés et classés en 3 niveaux d'exposition (Très Haut, Intermédiaire, Faible) grâce à un arbre décisionnel. Les agents répondent à un questionnaire par téléphone ou email et les données sont compilées puis analysées, en particulier par comparaison des 2 périodes épidémiologiques.

RÉSULTATS

Les principaux résultats concernent le nombre de jours travaillés avec un statut COVID+ probable, le nombre et le type de contact avec des patients et agents, le nombre de cas secondaires en fonction de l'origine supposée de la contamination des agents hospitaliers, du port et du type de masque, du statut vaccinal, de la contamination SARS-CoV-2 préalable et du variant. La contamination extra-

hospitalière des soignants domine et en intra-hospitalier, la transmission sociale, prédominante en première période, cède du terrain en deuxième période en faveur de transmissions impliquant des patients. Un focus sur le taux de transmission intrafamiliale autour des agents en éviction est aussi réalisé. La comparaison des 2 périodes épidémiologiques évoque des particularités liées au variant UK.

CONCLUSION

La centralisation du tracing au sein d'une même équipe d'investigateurs assure une approche intégrative des cas et des contacts, qui permet de suivre en temps réel les éventuelles modifications de l'épidémiologie locale, d'ajuster les pratiques de tracing et les grilles d'évaluation des risques après contact. La centralisation du tracing par un service d'HH permet d'être très réactifs pour les interventions sur site dès les prémices de clusters.

P-244

ÉPIDÉMIOLOGIE LOCALE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX : EXPÉRIENCE VAUDOISE

RICCIO Coralie⁽¹⁾, QALLA-WIMMER Laetitia⁽¹⁾, NAHIMANA-TESEMO Marie-Immaculée⁽¹⁾, PETIGNAT Christiane⁽²⁾

⁽¹⁾ CHUV, Lausanne, SUISSE ; ⁽²⁾ Direction Générale de la Santé Vaud, Lausanne, SUISSE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'épidémie de Sars-Cov 2 a touché beaucoup d'établissements médico-sociaux (EMS). Les résidents sont des personnes à risques de complications de par leur âge, leurs comorbidités et parfois leurs pathologies psychiatriques. L'identification et la prise en charge précoce des résidents positifs à la CoVID-19 permet de limiter la propagation virale dans les EMS.

L'objectif est de récolter des données disponibles afin de comprendre le mode propagation du SARS-CoV 2 et de freiner la transmission du virus en EMS. Le but étant d'améliorer les pratiques de contrôle de l'infection et d'adapter les stratégies préventives.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Récolte des données via l'Office du Médecin Cantonal, les EMS ou la plateforme de déclaration centralisée. Chaque alerte est traitée par un infirmier en prévention et contrôle des infections (PCI) qui contacte l'EMS ou se déplace si besoin pour définir ensemble d'une stratégie. L'infirmier rédige une consultation qui reprend les recommandations de prise en charge et de dépistages afin d'éviter une flambée de cas.

Un suivi quotidien ou pluri-hebdomadaire est assuré jusqu'à résolution de l'épidémie. Lorsque l'EMS ne compte plus de résident CoVID-19 positif, un rapport final est rédigé pour clôturer l'épidémie.

RÉSULTATS

La première vague a duré du 9 mars 2020 au 23 juin 2020. 62 EMS/163 ont été touchés soit 38 % des EMS vaudois et certains EMS ont eu deux épisodes. Le taux d'attaque moyen est de 16 % (1-62 %). Environ 700 résidents/5178 (14 %) ont été affectés par l'épidémie. 400 résidents ont eu une infection documentée et 300 résidents ont présenté une clinique compatible avec la CoVID-19 mais sans résultat microbiologique ; avec 5 % des décès (255/5178).

Lors de la deuxième vague allant du 10 Aout 2020 au le 31 décembre 2020, 104 EMS/163 (64 %) ont été touchés. Le taux d'attaque moyen est de 38 % (6-91 %). 1914/5178 (37 %) résidents affectés par l'épidémie, soit deux fois plus que lors de la première vague avec un taux de décès de 8 % (426/5178). La durée moyenne des flambées de cas était de 5 semaines (2 -10 semaines).

CONCLUSION

Les EMS ont été fortement impactés par la deuxième vague plus longue et plus forte. Le dépistage systématique a conduit à une détection précoce des résidents asymptomatiques. Le renforcement des mesures de prévention, la collaboration avec les EMS et les multiples interventions des infirmiers en PCI ont permis de détecter et de combler certaines lacunes en PCI et de maîtriser des nombreuses flambées.

P-245

COVID -19 : RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UNE COLLABORATION POUR DES MESURES BARRIÈRES COORDONNÉES ENTRE VILLE ET HÔPITAL

PROVENT Anne Laure⁽¹⁾, **GACHET Anouk**⁽¹⁾, **PICOT Cyndie**⁽²⁾, **ROGEAUX Olivier**⁽¹⁾, **MALLAVAL Franck-Olivier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry, FRANCE ; ⁽²⁾ Mairie, Chambéry, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans une ville de taille moyenne, une collaboration ville-hôpital a été suite à un appel à manifestation d'intérêt de l'Agence Régionale de Santé. L'objectif était de sensibiliser la population aux gestes barrières (GB), d'apporter une information adaptée et ciblée sur les GB à la population (avec une attention particulière aux publics en situation de précarité) et ainsi freiner la propagation du virus.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Un groupe de travail composé de membres de la collectivité, du milieu associatif et d'hospitaliers (médecin de l'Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient et pharmacien de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, EOH) a identifié les actions à mener en réponse aux besoins exprimés par la population.

Des supports de communication sur les GB, facilement compréhensibles, avec une charte graphique locale et harmonisée (flyer d'information, cartes illustrées pour les collégiens, affiches) ont été élaborés avec un dessinateur professionnel. L'objectif était de les utiliser en allant vers, pour apporter de l'information et engager le dialogue.

RÉSULTATS

Différentes actions ont été mises en place entre novembre 2020 à janvier 2021 :

Une campagne d'affichage commune sur l'agglomération (panneaux publicitaires, bus etc) et le CH. Des affiches spécifiques ont été diffusées dans les établissements pour personnes âgées.

Une campagne d'information en ville, menée par le milieu associatif, avec la participation des infectiologues du CH, de l'EOH et de la mairie. Le CH leur a fourni une formation spécifique sur la COVID et les GB. Des actions d'information (renforcées dans les zones dites sensibles) dans les différents quartiers avec : présence sur les marchés, à la sortie des écoles, dans les foyers de jeunes travailleurs, auprès des professionnels de santé libéraux, bailleurs sociaux ... Plus de 8000 flyers ont été distribués et un relai dans les médias locaux a été organisé.

Création sur le CH et en ville de kits anti-Covid, (400 et 1000 unités), comprenant notamment le flyer, des masques et du gel hydro alcoolique.

Une formation des agents de la ville avec mise à disposition d'un enregistrement.

CONCLUSION

Lors de la 2^{ème} vague de COVID-19, pour limiter les contaminations en ville et leur impact hospitalier, une collaboration ville-hôpital a été mise en place. Différentes actions coordonnées ont été réalisées au plus près des populations et de leurs besoins. Si aucune évaluation n'a pu être faite de l'impact de ces actions en termes de santé publique, une dynamique de collaboration s'est installée entre les différents acteurs pour de futurs projets (ex vaccination anti-COVID).

P-246

PLACE DE LA DÉSINFECTION DES SURFACES PAR VOIE AÉRIENNE PENDANT LA 2^{ÈME} VAGUE COVID-19 : UN MOYEN DE SÉCURISER LES SOINS ET LIMITER LE RISQUE ÉPIDÉMIQUE ?

REGAD Marie⁽¹⁾, **LIZON Julie**⁽¹⁾, **COLAS Anaïs**⁽¹⁾, **POLO Caroline**⁽¹⁾, **MASUREL Caroline**⁽¹⁾, **TISSERAND Concetta**⁽¹⁾, **CONRATH Elodie**⁽¹⁾, **FLORENTIN Arnaud**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU de Nancy, Vandoeuvre les Nancy, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Introduction : Entre novembre et décembre 2020, des cas groupés de contamination professionnels et patients sans source de contamination identifiée se sont déclarés au sein de cinq services distincts de notre établissement. Dans ce contexte, le Département Territorial d'Hygiène et de Prévention du Risque Infectieux (DTPRI) a proposé la mise en place dans ces services de désinfections de surfaces par voie aérienne (DSVA) des chambres lors de la sortie d'un patient hospitalisé plus de 24 heures. Leur but est de sécuriser l'environnement avec une désinfection de haut niveau permettant d'atteindre l'ensemble des surfaces mais aussi de soulager le personnel en évitant la réalisation de doubles désinfections. Les DSVA ont ensuite été étendues au 1^{er} janvier 2021 à tous les services lors de la sortie d'un patient atteint de la COVID-19, en raison notamment de l'apparition des variants plus épidémiogènes.

Objectif : Notre objectif était de partager l'expérience et l'éventuel impact sur l'acquisition nosocomiale de la COVID-19 chez les patients hospitalisés au sein de notre établissement suite à la mise en place des DSVA.

MATÉRIELS & MÉTHODES

L'évaluation se base sur des données de surveillance recueillies par le DTPRI. Dès réception d'un résultat RT-PCR positif au SARS-CoV-2 d'un patient hospitalisé au sein de l'établissement, une investigation a été réalisée afin de déterminer le caractère nosocomial ou non de l'infection.

RÉSULTATS

1 339 DSVA ont été réalisées avec une moyenne de 10,79 DSVA par jour. Depuis l'étendue en janvier 2021 des DSVA, le DTPRI a constaté trois clusters. Ces derniers étaient différents de ceux connus précédemment et n'impliquaient soit qu'exclusivement les professionnels soit qu'exclusivement les patients ; d'autre part les sources de contamination ont rapidement été identifiées (situation avec port du masque non applicable pour les professionnels de santé ou encore une gestion non conforme des chambres doubles). Enfin, la proportion des cas nosocomiaux de COVID-19 possibles ou

certain est passée de 21 % soit 67 cas sur 314 dépistés avant la mise en place des DSVA à 13,5 % soit 84 cas sur 624 dépistés après, diminution significative ($p < 0,05$)

CONCLUSION

La mise en place des DSVA associée à la diffusion des moyens de prévention pourrait être un des moyens ayant permis de sécuriser les soins et limiter le risque épidémique au sein de l'établissement pendant la période critique de la deuxième vague COVID-19. Une évaluation de l'effet psychologique des DSVA sur les professionnels nous semble intéressante à réaliser.

P-247

BÉNÉVOLES ET TRANSMISSION DES MICRO-ORGANISMES À L'ÈRE DE LA COVID-19 : CONNAISSANCES AVANT ET APRÈS UNE FORMATION DÉDIÉE VALIDANT UN « PASSEPORT HYGIÈNE »

MAURAND Audrey⁽¹⁾, **SABOURIN Nadine**⁽¹⁾, **HACQUIN Bruno**⁽¹⁾, **BOULMIER Stéphanie**⁽¹⁾, **BONIN Christel**⁽¹⁾, **FOURREAU Frédéric**⁽¹⁾, **DECOUSSER Jean-Vinoc**^(1, 2)

⁽¹⁾ Groupe Hospitalier Henri Mondor, AP-HP, Créteil, FRANCE ; ⁽²⁾ Université Paris Est Créteil, Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La diminution drastique des visites à l'hôpital a été mal vécue par les patients lors de la 1^{ère} vague de COVID-19, en particulier en Gériatrie. Les bénévoles constituent une alternative aux visites des familles et, formés, ils peuvent promouvoir les précautions d'hygiène auprès des patients. L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances des bénévoles avant et après une formation théorique et pratique, dans un contexte de pandémie

MATÉRIELS & MÉTHODES

D'août 2020 à mars 2021, 162 bénévoles ont été formés par l'EOH sur les 5 sites du Groupe Hospitalier. L'évaluation théorique comportait 3 x 5 questions sur l'hygiène des mains (Hdm), la transmission des microorganismes et les infections. Les observations pratiques portaient sur la friction hydro-alcoolique (FHA) des mains en caisson pédagogique et la mise/retrait du masque de soins

RÉSULTATS

Les caractéristiques des bénévoles étaient les suivantes : sexe féminin (73 %) ; représentants des usagers (7 %), des cultes (19 %) et visiteurs bénévoles (70 %) ; ≥ 3 ans d'étude post-

bac (47 %) ; retraités (52 %). 17 % étaient des soignants et 12 % avaient déjà reçus une formation en hygiène. Avant formation, le pourcentage global de bonnes réponses était de 56 %, variant de 36 % (Hdm) à 72 % (transmission). Il n'y avait pas de différence significative entre hommes/femmes, ni soignants/non-soignants. En revanche, le niveau d'étude ($p=0,005$), le fait d'être actif/retraité ($p=0,008$) ou formé/non formé ($p=0,017$) constituaient des différences significatives. Après formation, le pourcentage de bonnes réponses était de 78 % soit une augmentation très significative de 22 %, variant de 73 % (Infections) à 86 % (Hdm). Seul le niveau d'étude constituait une différence de connaissances significative ($p=0,003$) après formation. Pour finir, la formation pratique améliorait la technique des 7 étapes de FHA (1 % de conformité versus 53 % après formation) ainsi que les règles de mise/retrait du masque (14 % versus 66 %)

CONCLUSION

Les bénévoles constituent des collaborateurs efficaces pour rompre la solitude des patients mais, de part leur activité transversale, peuvent aussi être vecteurs de microorganismes. L'épidémie de COVID-19 a permis de mettre en place une formation à leur intention, qui a révélé des connaissances lacunaires en particulier en termes d'Hygiène des mains. Ce « passeport » a néanmoins permis d'accroître leurs connaissances théoriques et pratiques et, par extension, de participer à la sensibilisation des patients aux gestes d'Hygiène dans ce contexte de pandémie. L'évolution dans le temps de ces connaissances et leur mise en pratique au quotidien restent à évaluer

P-248

SIMCLEAN : UN PROGRAMME DE FORMATION PAR LA SIMULATION ADAPTÉ AU CONTEXTE SANITAIRE

SANCHEZ K⁽¹⁾, CAILLEAUX G⁽¹⁾, **SLIMANI S**⁽¹⁾, PHILIPPOT G⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU de Martinique, Fort de France, FRANCE

⁽²⁾ Centre de Simulation en santé de Martinique, Le Lamentin, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre région dispose d'un Centre de Simulation en Santé de niveau 3. Des formateurs hygiénistes y proposent un programme de formation intitulé SIMCLEAN. D'abord ciblé sur l'hygiène aux urgences, ce programme a été revu et adapté à la crise sanitaire liée au Covid-19 en se fixant comme objectifs pédagogiques la maîtrise de l'hygiène des mains, la maîtrise des précautions complémentaires air-gouttelettes, le juste port des équipements de protection individuelle (EPI) pour la prise en charge d'un patient Covid+.

MATÉRIELS & MÉTHODES

SIMCLEAN est une session d'une journée s'adressant au personnel médical, paramédical et ASH de l'établissement. La matinée inclut 2 scénarii adaptés au public, choisis parmi une liste de 4, abordant des notions fondamentales issues des précautions standard et complémentaires. Trois d'entre eux (grippe, bronchiolite, varicelle) font appel à un mannequin haute-fidélité. Le quatrième, portant sur la tuberculose, intègre un patient simulé choisi parmi les apprenants. L'après-midi est consacrée au Covid-19 au travers d'un scénario décrivant une patiente de 80 ans en unité Covid. La session se termine par une activité ludique sur le juste port des gants. Un pré et post test d'autoévaluation encadrent la session. Une vidéo « habillage-déshabillage Covid » tournée par l'EOHH et le service de communication sert de support pédagogique. La séance est évaluée par les apprenants à l'aide d'un questionnaire.

RÉSULTATS

Depuis la mise en place de cette nouvelle version de SIMCLEAN en septembre 2020, une cinquantaine d'agents de toutes fonctions a suivi la formation. A chaque session, une confusion sur le mode de transmission du Coronavirus et le rôle des différents masques a été constatée. Les débriefing ont permis de corriger ces confusions, d'optimiser le port des EPI, de maîtriser les indications de la friction hydroalcoolique et de soulager les craintes du personnel face au Covid19. L'analyse des taux de bonnes réponses entre le pré et post tests a confirmé l'efficacité de la formation. Les questionnaires d'évaluation de la formation ont mis en avant le grand intérêt des apprenants pour la pédagogie active.

CONCLUSION

L'adaptation de la formation SIMCLEAN a permis de proposer une session adaptée au contexte sanitaire et particulièrement appréciée des apprenants. Le scénario « Covid19 », existant initialement sous forme d'atelier procédural, a pu être facilement transformé en scénario et intégré au programme complet. Cette formation est proposée mensuellement au personnel de notre établissement.

RÉSUMÉS DES POSTERS COMMENTÉS CONGRÈS

PC-01

CELLULE RÉGIONALE D'ÉPIDÉMIOLOGIE GÉNOMIQUE, NOUVELLE STRUCTURE ET RETOUR SUR L'INVESTIGATION MICROBIOLOGIQUE D'UNE ÉPIDÉMIE À BHRE

GRAVEY François⁽¹⁾, BERGEY France⁽¹⁾, HERLUISSON-PETIT Isabelle⁽²⁾, BORDERAN Guy-Claude⁽³⁾, MIGNOT Loïc⁽³⁾, MOUET Audrey⁽¹⁾, FINES-GUYON Marguerite⁽¹⁾, JOIN-LAMBERT Olivier⁽¹⁾, THIBON Pascal⁽¹⁾, **LE HELLO Simon**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Caen Normandie, Caen, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Falaise - CH Argentan, Argentan, FRANCE ; ⁽³⁾ CH Avranches - Granville, Avranches, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les missions des CPIas figurent l'aide aux investigations et l'appui à la gestion des épisodes infectieux associés aux soins, particulièrement en cas d'épidémie due à une BHRe. Avec le soutien de l'ARS, nous développons une Cellule régionale d'épidémiologie génomique (CREM) qui, grâce à l'essor du séquençage à haut-débit, a pour objectif d'identifier avec certitude les mécanismes de transmission. Nous présentons ici les résultats d'une investigation réalisée par la CREM d'une épidémie de colonisations à entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) dans un établissement de santé.

MATÉRIEL & MÉTHODES

En décembre 2019, un établissement signalait plusieurs patients colonisés par des EPC de type OXA-48. Un recours à la cellule régionale a été proposé à l'établissement afin de caractériser les modes de transmission. La première souche pour chaque patient est envoyée pour séquençage complet du génome : 6 souches d'*Escherichia coli* (dont un potentiel cas index isolé 6 mois avant), 2 *Citrobacter* spp. et 3 *Klebsiella* spp. Afin de rechercher une diffusion régionale des souches, 11 autres EPC OXA-48 isolées d'autres établissements en 2019 ont été séquencées.

Des analyses *in silico* des génomes (MLST, résistome ou mapping) ont été réalisées ainsi que des comparaisons ciblées sur les plasmides contenant le gène OXA-48.

RÉSULTATS

Les souches produisaient toutes des carbapénémases, de type oxacilline : oxa-48 (n=20) et oxa-181 (n=2), mais appartenaient à des populations bactériennes assez diverses, en genres, espèces et types MLST. Les comparaisons au nucléotide près ont permis de confirmer 2 transmissions

bactériennes (pour 2 *E. coli* OXA-48 et pour 2 *Klebsiella pneumoniae* OXA-181) au sein de l'établissement concerné.

L'analyse des plasmides OXA-48 a permis de révéler une structure unique et transmissible pour 8 souches d'espèces différentes, avec 7 souches sur 11 de l'établissement concerné par l'épidémie dont le cas index et une souche isolée d'un autre établissement de la région.

CONCLUSION

L'amplitude de l'épidémie a été réajustée grâce à une approche fine d'analyse génomique des souches bactériennes, permettant de confirmer une faible transmission bactérienne, une forte transmission de plasmides et de déceler un certain nombre de cas sporadiques. L'investigation génomique de cette épidémie éclaire d'un jour nouveau la possible circulation régionale endémique d'un plasmide OXA-48 porté par une diversité d'entérobactéries. Des études complémentaires vont être réalisées afin de mieux préciser les modalités de colonisation des patients, et les mesures de prévention qui pourraient en découler.

PC-02

ANALYSE DES CAS NOSOCOMIAUX DE COVID-19 ET APPORT DU WHOLE-GENOME SEQUENCING DANS L'INVESTIGATION DES CLUSTERS

COUTURIER Jeanne⁽¹⁾, GRANGER Benjamin⁽²⁾, JARY Aude^(2, 3), LEDUCQ Valentin^(2, 3), JOLIVET Sarah⁽¹⁾, ROBERT Jérôme⁽²⁾, DENIS Michel⁽⁴⁾, SALAUZE Béatrice⁽⁵⁾, GOLDSTEIN Valérie⁽²⁾, MARCELIN Anne-Geneviève^(2, 3), BARBUT Frédéric⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, FRANCE ;

⁽³⁾ Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé

Publique, Paris, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, FRANCE ; ⁽⁵⁾ AP-HP, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Durant les différentes vagues de la pandémie de COVID-19, des cas nosocomiaux et des clusters incluant des patients et des soignants ont été rapportés malgré l'application des gestes barrières. Les objectifs de ce travail étaient de préciser la fréquence et la mortalité des cas nosocomiaux de COVID-19 et de déterminer l'apport du whole-genome sequencing (WGS) dans l'investigation des clusters et la compréhension des mécanismes de transmission.

MATÉRIELS & MÉTHODES

Entre le 01/09/2020 et le 30/11/2020, tous les cas nosocomiaux de COVID-19 (PCR positive avec début des symptômes >48h d'hospitalisation) du GH ont été investigués par les EOH. Un cluster était défini par au moins 2 cas (2 patients ou 1 patient et 1 soignant) en moins de 14 jours avec un possible lien épidémiologique. Douze clusters représentatifs ont été sélectionnés pour analyse par WGS (NextSeq, Illumina). Après alignement des génomes, un arbre phylogénétique a été construit par la méthode du « maximum de vraisemblance ». Un patient ou un soignant dont la souche virale présentait plus de 2 single nucleotide polymorphisms (SNP) de différence avec les autres souches du cluster en était exclu.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, 159 cas nosocomiaux de COVID-19 ont été identifiés, représentant 10 % des COVID-19 hospitalisés. Le sex ratio H/F était de 0,83 et l'âge médian de 68±22 ans. 33 % des cas étaient asymptomatiques. L'incidence hebdomadaire moyenne était de 0,31/100 hospitalisations [0,05-0,87] avec un pic observé le 19/10/2020. L'incidence des cas nosocomiaux évoluait parallèlement à l'incidence des cas chez les soignants et en milieu communautaire. 80 % des cas appartenaient à un cluster épidémiologique, avec un total de 32 clusters. Le temps de doublement était de 12,8 j [8,6-25,5]. La mortalité à J30 était de 22 %, dont 84 % des décès probablement imputables au COVID-19.

Au total, les 12 clusters sélectionnés pour analyse phylogénétique comprenaient 127 patients et 81 soignants. Le génome viral complet a pu être obtenu pour 112 prélèvements (55 soignants et 57 patients). Le WGS a confirmé l'appartenance au cluster épidémiologique pour 76 cas (68 %), et l'a infirmée pour 32 cas (29 %). Dans 4 cas (3 %), le cluster d'appartenance était différent de celui identifié par l'enquête épidémiologique. Différentes souches virales ont pu être identifiées au sein d'un même cluster.

CONCLUSION

Les cas nosocomiaux de COVID-19 sont fréquents et associés à une mortalité élevée. Les analyses phylogénétiques ont permis de confirmer la circulation de souches entre soignants et patients, sans pouvoir déterminer avec certitude le sens de la transmission

PC-03

SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS ASSOCIÉES AUX MIDLINES AVEC PROLONGATEUR INTEGRE

ALLAIRE Alexandra⁽¹⁾, **LEROTY Stephanie**⁽¹⁾, **PAIN Severine**⁽¹⁾, **ROBERT Marlene**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier Mémorial France - États-Unis, Saint-Lo, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les midlines sont posés depuis 2016 au sein de l'établissement mais le nombre de poses et de signalements d'événements indésirables qui en découlent ont augmenté depuis 2018. En parallèle le nombre de poses de Picc a diminué. Suite à ce constat, une surveillance annuelle des complications a été mise en place afin de définir les axes d'amélioration.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Les midlines sont posés par les anesthésistes en salle de réveil. La liste des patients inclus dans l'étude est établie à partir du planning du bloc opératoire. Le suivi des midlines (pose, retrait) et de leurs complications est réalisé par le praticien de l'EOH à l'aide du dossier patient informatisé. L'ensemble des données est enregistré dans un tableur Excel. Le suivi des patients est assuré jusqu'à la date du retrait du midline, de façon à mesurer la durée d'exposition au risque.

RÉSULTATS

196 midlines ont été posés en 2019 dont 185 ont pu être suivis. Cela représente 2881 journées de cathétérisme. On retrouve comme indication le mauvais capital veineux dans 65 cas. Parmi les molécules administrées, les antibiotiques sont prépondérants (125), mais on retrouve la nutrition parentérale dans 11 cas. La durée moyenne de maintien est de 16 jours [0 - 77 jours].

34 complications ont été répertoriées (18.4 %). Leur répartition est la suivante : déplacement (12 cas), obstruction (10 cas), infection bactériémique (5 cas), saignement (2 cas), thrombose (2 cas), infection locale (1 cas), extravasation (1 cas), hématome du bras (1 cas).

Concernant les infections bactériémiques, un staphylocoque à coagulase négative a été retrouvé dans 4 bactériémies (hémoculture et cathéter positifs). Dans le cinquième cas, il s'agit d'un E. cloacae multirésistant. Dans 4 cas, une nutrition parentérale avait été administrée. Les délais d'infections vont de 7 à 21 jours. Le taux d'incidence d'infections bactériémiques liées aux midlines est de 1.74 pour 1000 jours-cathéters.

CONCLUSION

Cette surveillance a mis en évidence un taux de complications non négligeable, y compris infectieuses et sera poursuivie en 2020. A la suite de ce constat, une sensibilisation des personnels infirmiers a été effectuée par passage en service concernant l'antisepsie et le rinçage pulsé et des praticiens et internes sur les indications et durée de pose des midlines (fiche d'information par mail et formation des nouveaux internes). Le protocole a par ailleurs été révisé et diffusé suite aux recommandations de 2019.

PC-04

LE MARATHON DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

MEUNIER Olivier⁽¹⁾, **FERSING Tania**⁽¹⁾, **BURGER Sandrine**⁽¹⁾, **HANSSEN Catherine**⁽¹⁾, **SANTSOUK Jerome**⁽¹⁾, **NORTH Sandrine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Cette année, l'EOH a proposé aux services de l'hôpital de participer au 2^{ème} Marathon de l'hygiène hospitalière, soit un engagement individuel et collectif pour valider 42 étapes ou missions pour améliorer les performances du service dans la lutte contre les IAS. Les services participants doivent répondre à des questions, produire des documents et des photos, recueillir des consentements et des signatures, s'impliquer, s'engager et enquêter : volonté affichée de l'EOH d'un engagement collectif des professionnels des services de soins de se mobiliser autour du risque infectieux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le 2 septembre, un livret de 12 pages est remis aux cadres de santé des services. Il contient les 42 étapes du Marathon à valider, avec une date butoir fixée au 2 décembre. Les 7 premiers kms concernent l'organisation de la lutte contre les IAS du service (engagement, signalement) ; les kms 8 à 19 sont dédiés à l'hygiène des mains (ICSHA, campagne de promotion, engagement zéro bijou, enquête interne...) ; les kms 20 à 24 sont dédiés à la prévention des AES (affiche, procédure, kit, campagne...) ; les kms 25 à 28 concernent la transmission croisée et le risque épidémique ; les kms 29 à 32 la vaccination antigrippale ; enfin, les derniers kms sont validés par les participations des ASH, AS, IDE... aux formations dispensées par l'EOH. Une affiche reprenant les étapes est distribuée pour le suivi dans le service.

RÉSULTATS

Sept services ont participé et ont tous validé les 42 étapes dans les délais. Un classement a pu être fait en fonction de la date de validation de l'ensemble du livret par les équipes

qui se sont vu remettre officiellement des prix, médailles et diplômes par le directeur de l'établissement.

CONCLUSION

Le Marathon de l'hygiène hospitalière est une idée originale qui a permis aux équipes de s'engager collectivement autour du thème de la prévention, répondre à des questions, obtenir des signatures, participer à des formations ou chercher des idées de campagne pour la sensibilisation de chacun à l'hygiène des mains, au bon usage des SHA et à la prévention des AES et à la vaccination antigrippale. Tous les professionnels sont sollicités : les médecins, les internes, les cadres, les IDE, AS et ASH sur des thèmes qui sont chers à l'EOH. Des prix attractifs participent à la motivation des équipes. Cet engagement collectif devrait voir s'améliorer la qualité des soins dans les services qui ont joué le jeu. L'annonce du Marathon est en soi un outil de sensibilisation et de promotion de l'hygiène et de l'EOH au sein de l'hôpital.

PC-05

DÉLAI DE COLONISATION ET DÉCOLONISATION À EPC OU ERV DES PATIENTS D'UN CHU

RANGER Mathilde⁽¹⁾, **MBELE NGASSA Prisca**⁽¹⁾, **RIFFAUD Sylvie**⁽¹⁾, **CASTANIÉ Laurence**⁽¹⁾, **PLOY Marie-Cécile**⁽¹⁾, **D'HOLLANDER-PESTOURIE Nathalie**⁽¹⁾, **COUVÉ-DEACON Elodie**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Dupuytren, Limoges, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé) sont un enjeu de santé publique mondiale. Nous avons réalisé cette étude pour mieux comprendre les durées de colonisation et décolonisation des patients suivant les dépistages d'Entérobactéries Productrices de Carbapénémase (EPC) et d'Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV) réalisés dans notre CHU.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons étudié des données rétrospectives entre mai 2015 et mars 2019 des patients porteurs de BHRé de l'ensemble de l'hôpital. Un patient était colonisé s'il présentait au moins une culture positive à EPC ou ERV à partir d'un prélèvement clinique ou d'un dépistage de portage digestif. Les patients étaient considérés décolonisés après 3 dépistages négatifs à 72h d'intervalle. Pour chaque porteur, la durée de colonisation était le délai entre la date de découverte de la BHRé et le dernier prélèvement de dépistage positifs. La durée de décolonisation était le délai entre le premier résultat bactériologique positif et le premier dépistage négatif. Une

analyse statistique par la méthode Kaplan-Meier a permis de donner le délai de survenue de l'évènement en jours. Nous avons aussi répertorié les antibiotiques reçus par les porteurs pour en évaluer l'association avec les délais de colonisation et décolonisation.

RÉSULTATS

Au total, 140 patients porteurs de BHRé ont été suivis, dont 83 EPC et 57 ERV. Parmi les porteurs d'EPC, les délais moyens de colonisation et décolonisation étaient respectivement de 139 jours (IC95 % [85 ; 192]) et de 217 jours (IC95 % [133 ; 302]). Chez les porteurs d'ERV, les délais moyens de colonisation et décolonisation étaient respectivement de 156 jours (IC95 % [92 ; 221]) et 302 jours (IC95 % [165 ; 439]). Sur les 83 porteurs d'EPC, 34 avaient reçu une antibiothérapie avant la colonisation, principalement des bêta-lactamines (43 %) et des fluoroquinolones (16 %). Parmi les 57 porteurs d'ERV, 46 avaient reçu des antibiotiques avant la colonisation dont plus de 50 % des bêta-lactamines. Nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre la prise d'antibiotiques et les délais de colonisation et décolonisation, mais la puissance de notre étude était limitée par le faible nombre de patients inclus dans les sous-groupes d'analyse.

CONCLUSION

Cette étude apporte des précisions sur les délais de portage de BHRé pouvant aider la prise de décision dans les stratégies de gestion des BHRé. La durée de décolonisation retrouvée est en accord avec les délais de sortie des listes de suivi des patients porteurs et contacts proposés dans les dernières recommandations du HCSP.

PC-06

ÉPIDÉMIE DE KP-NDM EN RÉANIMATION : LES SIPHONS À L'ORIGINE D'UN RÉSERVOIR ENVIRONNEMENTAL

BOURIGAULT Céline⁽¹⁾, **ANDREO Anaïs**⁽¹⁾, **GUILLEY-LERONDEAU Blandine**⁽¹⁾, **DEMEURE DIT LATTE Dominique**⁽¹⁾, **MAHE Pierre-Joachim**⁽¹⁾, **CHAMPIN Philippe**⁽¹⁾, **LORBER Julien**⁽¹⁾, **LE FLOCH Ronan**⁽¹⁾, **LE GALLOU Florence**⁽¹⁾, **BODET Nathalie**⁽¹⁾, **GUILLE DES BUTTES Anne-Claire**⁽¹⁾, **GUILLOU Delphine**⁽¹⁾, **HENNETIER Nathalie**⁽¹⁾, **JUVIN Marie-Emmanuelle**⁽¹⁾, **BIRGAND Gabriel**⁽¹⁾, **CORVEC Stéphane**⁽¹⁾, **ASEHNOUNE Karim**⁽¹⁾, **LEPELLETIER Didier**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 10/09/2018, un patient (cas index) est admis en réanimation pour une détresse respiratoire aiguë, sans notion de lien avec l'étranger. Une souche de *Klebsiella pneumoniae* productrice d'une NDM (KP-NDM) est isolée sur une hémoculture le 18/09/2018. Nous rapportons les mesures mises en place pour maîtriser l'épidémie et l'investigation conduite à la recherche d'un réservoir environnemental.

MATÉRIEL & MÉTHODES

1) Surveillance prospective des colonisations/infections (prélèvements cliniques, dépistage rectal systématique hebdomadaire et à la sortie des patients avant transfert); 2) Audit des pratiques, 3) Prélèvements d'environnement à la recherche d'un réservoir (matelas, appareils médicaux communs, siphons des chambres), 4) Caractérisation moléculaire des souches cliniques, de portage et d'environnement et 5) Mise en place d'une stratégie de contrôle de la diffusion épidémique.

RÉSULTATS

Entre septembre 2018 et juillet 2019, 9 cas de KP-NDM ont été diagnostiqués (5 infections et 4 colonisations) et 377 patients contacts ont été identifiés. Tous les cas étaient hospitalisés dans le même secteur du service (3 chambres en commun). La durée médiane de séjour des porteurs étaient de 19 jours (min-max : 1-67 jours). Le délai médian entre l'admission des porteurs et l'isolement de la souche épidémique était de 11 jours (min-max: 4-32 jours). Les patients porteurs ont bénéficié de mesures spécifiques : précautions contacts, gélification des excréta, gestion des liquides issus du soin (dialyse) et équipe paramédicale dédiée.

Entre janvier et juin 2019, 49 prélèvements d'environnement ont été réalisés. Les siphons des lavabos de 2 chambres ont été les seuls prélèvements retrouvés positifs : l'un avec une

KP-NDM et l'autre avec un *Enterobacter cloacae* NDM. Les souches cliniques et environnementales de KP-NDM étaient identiques en biologie moléculaire. En août 2019, les siphons des chambres ont été remplacés par un système limitant l'aérosolisation à partir de l'eau stagnante du siphon. Aucun nouveau cas n'a été détecté depuis.

CONCLUSION

Les siphons contaminés ont probablement été un relai dans la transmission croisée de cette épidémie. La persistance d'un réservoir environnemental explique la durée de cette épidémie (1 an) et la difficulté de contrôle malgré le cohorting et les précautions complémentaires. En cas de persistance de la diffusion dans les secteurs critiques, une attention particulière doit être portée pour limiter la contamination des siphons en complément des recommandations nationales BHRé.

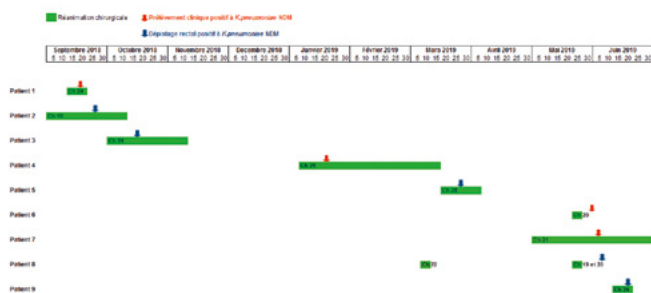


Tableau synoptique

PC-07

ENTEROBACTER SPP : RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES ET TOLÉRANCE AUX BIOCIDES

REBIAHI Sid Ahmed⁽¹⁾, **BOUTARFI Zakaria**⁽¹⁾,
RAHMOUN Malika⁽¹⁾, **GALVEZ Antonio**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Université de Tlemcen, Tlemcen, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'environnement hospitalier peut constituer un réservoir d'agents pathogènes nosocomiaux qui hébergent un nombre important d'éléments génétiques mobiles, pouvant contribuer à la propagation et à l'émergence des gènes de résistance. Ceci étant la conséquence de l'utilisation de grandes quantités d'agents antimicrobiens dans les hôpitaux, l'objectif de ce travail a été de caractériser l'état de résistance des souches d'*Enterobacter* vis-à-vis des antimicrobiens en recherchant une possible corrélation entre les gènes de résistance.

MATÉRIEL & MÉTHODES

77 isolats d'*Enterobacter* ont été identifiés par séquençage de l'ADNr 16S. La tolérance aux biocides a été déterminée par la

technique de microdilution et la résistance aux antibiotiques par diffusion des disques. Les déterminants génétiques de la résistance aux antimicrobiens ont été étudiés par PCR en utilisant les amorces appropriées. Les gènes codant pour la pompe à efflux actifs recherchés étaient *mdfA* et *oqxA*, et *OqxAB*. Pour la résistance aux β -lactamines : *blaTEM*, *blaPSE*, *blaCTX-M* et *blaCTX-M-2*, *blaNDM-1*, *blaIMP*, *blaOXA-23* et *blaVIM-2*. Les autres déterminants génétiques étudiés étaient les suivants : *tet B*, *tet C* et *tet D* ; *aac (6?)-Ib*; *aadA*, *floR*, *dfrA12* et *dfrA15* ; *sul1*, *sul2* et *sul3*. Et les gènes *qacA/B*, *qacH*, *qacΔ1*, pour les biocides.

RÉSULTATS

Deux espèces d'*Enterobacter* ont été retrouvées : *E. cloacae* et *E. hormaechei*. La résistance aux antibiotiques a surtout concerné les β -lactamines. Les niveaux de tolérance aux biocides étaient élevés pour l'hexachlorophène et pour le chlorure de benzalkonium. Les gènes bêta-lactamases à spectre étendu ont été respectivement détectés chez 44,2 %. Les autres gènes de résistance aux antimicrobiens fréquemment détectés étaient *aac(6')-Ib* et *sul2*. Une corrélation entre la présence des gènes de tolérance aux biocides et celle des gènes de résistance aux antibiotiques a été détectée, elle a été qualifiée de faible dans certains cas entre les gènes *qac* et les gènes *bla* et faiblement positive entre le gène *qacA/B* et les gènes *sul2*, *sul3*, *tet B*, *tet D*, *aadA* et *dfrA12*.

CONCLUSION

Ces travaux révèlent une tolérance inquiétante aux biocides chez les souches d'*Enterobacter*. La tolérance aux biocides pourrait être l'un des facteurs de la co-sélection de la résistance aux antibiotiques et de la persistance des souches résistantes aux antibiotiques en milieu hospitalier. Les résultats soulignent la nécessité d'établir de nouvelles stratégies et d'explorer d'autres alternatives, y compris les nouvelles formulations, pour lutter contre ces bactéries sur les surfaces avant qu'elles n'atteignent les patients.

PC-08

IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19 SUR L'OBSERVANCE D'HYGIÈNE DES MAINS DES SOIGNANTS MESURÉS PAR UN SYSTÈME AUTOMATIQUE DE SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE DIRECTEMENT DANS LES CHAMBRES DES PATIENTS

SI ALI Amine⁽¹⁾, **CHEREL Olivia**⁽¹⁾, **BREHAULT Paula**⁽¹⁾, **SCHORTGEN Frédérique**⁽¹⁾, **GARRAIT Valérie**⁽¹⁾, **JUNG Camille**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Créteil, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'observation directe de l'hygiène des mains (HDM) chez les soignants est la méthode de référence. Sa limite (effet Hawthorne) nous a conduit à étudier l'impact d'un Système de surveillance Automatique d'observance d'HDM (SAHDM) dans les chambres de patients.

Matériels & Méthodes

En décembre 2019, des dispositifs ont été installés dans les distributeurs de PHA (distributeurs connectés). Objectif : étudier l'Impact de l'épidémie Covid-19 sur d'observance d'HDM des soignants en Médecine Interne (MI) et en Réanimation adulte (Réa). Quatre périodes (P) de surveillance : P1 (pré-épidémie Covid-19) ; P2 (1^{er}e vague) ; P3 (entre les deux vagues) ; P4 (2eme vague)

RÉSULTATS

Entre le 01/02 et le 30/11/2020, 64173 séjours hospitaliers ont été enregistrés dont 1049 en MI et 697 en Réa. En mars et avril 2020, 200 heures de formation en HDM et précautions Covid ont été dispensées à 575 soignants. En MI, le nombre de frictions / 100 patients-jours était en moyenne de 5,71 (\pm 0,32) pendant la P1 et a augmenté à 19,40 (\pm 1,27, $p < 0,0001$) pendant la P2 et 17,66 (\pm 0,69) au cours de la P3, puis a diminué à 7,99 (\pm 0,21, $p < 0,0001$) au cours de la P4. Au contraire, ce nombre était relativement constant en Réa, quelle que soit la période. Alors que le nombre de frictions / 100 patients-jours était en moyenne toujours supérieur au seuil de 43 fixé en Réa, Le service de MI avait un nombre moyen de frictions / 100 patients-jours en dessous de son seuil à 10 dans les périodes 1 et 4. L'observance HDM en fonction de la présence ou de l'absence de patients COVID positifs ont été comparés dans chaque service. En MI, cette observance était plus élevée dans la chambre des patients COVID 19 versus Non COVID au cours de la P2 (16,10 \pm 17,04 vs 9,31 \pm 10,75, $p = 0,01$) et la P4 (12,69 \pm 11,26 vs 7,54 \pm 2,38, $p < 0,0001$). La même augmentation a été observée en Réa lors de la P2 (46 \pm 17,04 vs 18,79 \pm 10,75, $p < 0,0001$), tandis qu'elle ne

différait pas selon le statut COVID au cours de la P3 (46,92 \pm 16,30 vs 47,71 \pm 12,62, $p = 0,59$). Les facteurs associés à l'observance d'HDM ont été évalués dans chaque unité. En MI, elle était indépendamment associée aux nombre de soignants, à la présence de plus de 20 soignants / jour et inversement associée à la présence de plus de 24 patients hospitalisés / jour. En revanche en Réa, cette observance n'était associée qu'au nombre de soignants présents.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'évaluer l'impact de la pandémie Covid-19 sur l'observance d'HDM mesurée par SAHDM. En Réa, même si l'observance était plus élevée dans la P2, elle est restée élevée au fil du temps à l'inverse de la MI.

PC-09

TRANSMISSION INATTENDUE DE LÉGIONELLOSE NOSOCOMIALE EN SECTEUR PROTÉGÉ

JOLIVET Sarah⁽¹⁾, **COUTURIER Jeanne**⁽¹⁾, **GOUOT Cyril**⁽¹⁾, **DHENIN Gil**⁽¹⁾, **NESA Didier**⁽¹⁾, **LAZARE Christelle**⁽¹⁾, **JARRAUD Sophie**⁽²⁾, **BERAUD Laetitia**⁽²⁾, **GINEVRA Christophe**⁽²⁾, **DESCOURS Ghislaine**⁽²⁾, **MOHTY Mohamad**⁽¹⁾, **BARBUT Frédéric**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Saint Antoine, AP-HP, Paris, FRANCE ;
⁽²⁾ Centre national de référence des Légionelles, Hospices Civils de Lyon, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Deux cas certains de légionellose nosocomiale ont été diagnostiqués en octobre 2019 par antigénurie à J22 et J23 d'hospitalisation dans le service d'hématologie, alors même que l'environnement était protégé (filtre anti-légionelle au niveau du robinet du lavabo et de la douche et consommation d'eau embouteillée). La mise en culture du LBA pour un des 2 patients a permis d'isoler Legionella pneumophila sérotype 1 (Lp1).

MATÉRIEL & MÉTHODES

L'investigation des cas a concerné l'analyse des dossiers, les caractéristiques des réseaux d'eau, l'utilisation et l'entretien des points d'eau. Une enquête environnementale a été réalisée. L'eau des douches, du lavabo et de la cuvette des toilettes des 2 chambres ainsi que de l'eau du réseau ont été analysées selon la norme NF T90-431. Les souches isolées ont été caractérisées par Whole Genome Sequencing (WGS). Un arbre phylogénétique basé sur les SNPs a été construit.

RÉSULTATS

Les 2 patients ont été hospitalisés en hématologie respectivement pour découverte récente d'une LAM et pour rechute neuro-méningée de LAL. Un des 2 patients a été hospitalisé en réanimation au décours de la légionellose. Après interrogatoire des 2 patients, il s'est avéré que les filtres des douches avaient été retirés récemment soit par le patient lui-même (car le débit d'eau était insuffisant) soit par un personnel (pour faciliter le bionettoyage). L'enquête environnementale a montré une contamination par Lp1 du réseau d'eau chaude (ECS), de l'eau froide (EF) des toilettes, du retour de boucle et de l'arrivée générale d'EF. Le WGS a été réalisé sur 8 souches environnementales et la souche clinique. Toutes les souches appartenaient au même ST-1. La souche clinique était identique aux souches isolées dans l'ECS, mais différente des souches isolées dans l'EF des toilettes et de l'arrivée générale d'EF. Les actions mises en place ont consisté en : 1) sur le réseau d'ECS : vérification de la sécurisation des points d'usage et mise en place d'affiches pour les patients, rappel sur les filtres aux équipes et à la société de bionettoyage, choc chloré, augmentation de la température de production, installation d'une chloration continue et d'un nouvel échangeur à plaque et 2) sur le réseau d'EF : sécurisation des toilettes par installation d'abattants et javellisation bihebdomadaire des toilettes.

CONCLUSION

La contamination a eu lieu probablement à partir d'inhalation d'aérosols contaminés dans les douches, dans un service sécurisé pour le risque de légionelle. Ce cas souligne l'importance de la vérification de la présence des filtres et de l'information des patients et des soignants.

PC-10

RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UNE CONTAMINATION D'UN TECHNICIENNE LABORATOIRE PAR BRUCELLA MELITENSIS DANS UN CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL

REGUEME Alexandre ⁽¹⁾, **DEGREDEL
Maxime** ⁽²⁾, BLASSEL Ingrid ⁽¹⁾, NOTTEBAERT
Sandrine ⁽¹⁾, MALFAIT Sandrine ⁽¹⁾, BLANCKAERT
Karine ⁽²⁾, VACHÉE Anne ⁽¹⁾, LAURANS Caroline ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, FRANCE ;
⁽²⁾ CPIAS des Hauts de France, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Début décembre 2018, un patient présentant une fièvre au retour d'un séjour en Algérie a été pris en charge au service des urgences. Des hémocultures ont été prélevées et l'examen microscopique a permis la mise en évidence de coccobacilles à

Gram négatif. Devant l'échec d'identification par spectrométrie de masse, une identification conventionnelle biochimique a dû être réalisée et a permis d'identifier *Brucella melitensis* sur le résultat de l'hémoculture. Deux mois plus tard, en février 2019, on découvre une brucellose chez un membre du personnel du laboratoire ayant manipulé le prélèvement microbiologique du cas index. L'objectif du travail a été d'apprendre et de faire partager les connaissances concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, pour éviter la survenue d'évènements comparables.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Une analyse des causes a été menée à partir d'investigations basées sur des hypothèses de mécanisme de transmission de l'agent infectieux. Une étude épidémiologique descriptive, une recherche active de cas supplémentaires, une observation des pratiques de prévention du risque infectieux au sein du laboratoire de bactériologie ont été réalisées pour investiguer cette infection nosocomiale

RÉSULTATS

L'analyse des causes a permis de mettre en évidence des causes immédiates de survenue de cet évènement, telles qu'une hygiène des mains et un port d'équipement de protection pas toujours conformes au niveau recommandé, un possible examen olfactif des cultures, la base de données du spectromètre de masse ne permettant pas le diagnostic de la brucellose ; mais aussi des causes latentes telles qu'un défaut de perception du risque infectieux, un manque d'expérience dans la gestion des cas de brucellose, un manque de formations et d'audits récents sur les précautions standard et complémentaires au laboratoire, et un patient index paucisymptomatique n'ayant pas permis d'évoquer le diagnostic avant les résultats de microbiologie.

CONCLUSION

Ce cas de contamination de brucellose chez un technicien de laboratoire peut être d'origine multiple. Cet évènement a permis la mise en évidence de défaillances dans le respect des précautions standard ainsi que le maintien de pratiques de laboratoire non recommandées. Une restitution de l'analyse des causes avec l'équipe du laboratoire de microbiologie a permis une prise de conscience collective du risque d'exposition aux agents infectieux, et d'établir un plan d'action d'amélioration.

PC-11

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : QUELLES SONT LES HABITUDES DES MÉDECINS ?

MEUNIER Olivier⁽¹⁾, **FERSING Tania**⁽¹⁾, **SANTASOUK Jérôme**⁽¹⁾, **BURGER Sandrine**⁽¹⁾, **HANSEN Catherine**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans les établissements de santé, les EOH focalisent volontiers leurs actions et audits sur le personnel para médical plus nombreux. Nous avons voulu interroger les médecins à propos de leurs habitudes relatives à l'hygiène des mains, la désinfection de leur stéthoscope et la vaccination antigrippale.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Le lien vers un questionnaire élaboré sur un site internet a été adressé aux médecins via la messagerie interne. En quelques secondes, ils pouvaient répondre de façon anonyme par « toujours », « souvent », « rarement » ou « jamais » aux 3 questions relatives à l'hygiène des mains « en entrant » et « en sortant » de la chambre et « ostensiblement devant le patient ». Le questionnaire demande s'ils portent encore des bijoux aux mains et/ou poignets, s'ils respectent les consignes « précautions complémentaires » (PC) et celles relatives à leur tenue professionnelle. A propos de la désinfection du stéthoscope, les questions sont : est-ce un dispositif à risque ? A quelle fréquence et comment le désinfectent-ils ? Enfin, le questionnaire les interroge sur leur vaccination antigrippale. Le même questionnaire avait été utilisé en 2015.

RÉSULTATS

55 médecins ont répondu (29 % de participation versus 14 % en 2015). S'ils ne sont que 30 % à se désinfecter les mains en entrant dans la chambre, ils sont 75 % à le faire en sortant (idem 2015). 23 % déclarent « toujours » se désinfecter les mains ostensiblement devant le patient (8 % en 2015). 53 % travaillent mains et poignets nus (36 % en 2015) et 22 % portent encore une alliance (33 % en 2015). Les consignes relatives aux PC sont respectées par 78 % des répondants. Le stéthoscope est considéré à risque par 71 % des médecins mais seulement 17 % savent comment le nettoyer, 24 % pensent avoir le matériel et 18 % ont le temps de le faire. Ils sont 21 % à le désinfecter après chaque utilisation (29 % en 2015). Enfin, 78 % des médecins répondants déclarent être vaccinés contre la grippe.

CONCLUSION

Le questionnaire est un outil de sensibilisation à l'hygiène pour les médecins. Les résultats nous montrent quelques améliorations entre les 2 enquêtes et nous permettent de cibler les messages : l'hygiène des mains « en entrant », « ostensiblement devant le patient ». A propos du respect des PC, l'absence d'amélioration des habitudes du corps médical est inquiétante dans la mesure où la situation épidémiologique a changé avec le risque BHRé. Les résultats ont donné lieu à la rédaction d'un bulletin d'information spécial adressé par courrier interne à chaque médecin et seront présentés aux instances.

PC-12

LES DISTRIBUTEURS DE SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES SOUS SURVEILLANCE

MEUNIER Olivier⁽¹⁾, **ARONDEL Yves**⁽¹⁾, **VACARIU Mihaela**⁽¹⁾, **DIMITROV Yves**⁽¹⁾, **BURGER Sandrine**⁽¹⁾, **FERSING Tania**⁽¹⁾, **SANTASOUK Jérôme**⁽¹⁾, **KRIBS Marc**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, Haguenau, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'EOH fait la promotion de l'usage des solutions hydro-alcooliques (SHA) auprès des professionnels de santé et surveille les consommations (ICSHA3) pour mesurer l'impact de ses campagnes de sensibilisation. Bien souvent, les résultats restent en deçà des objectifs et l'EOH se mobilise et cherche de nouveaux outils. Pour mieux comprendre l'usage des SHA dans les services, nous avons mis en place des distributeurs équipés d'une puce électronique qui comptabilise les frictions (fr) en temps réel.

MATÉRIEL & MÉTHODES

Trois services d'hospitalisation (A, B et C) se sont portés volontaires pour utiliser chacun 5 distributeurs de SHA équipés d'une puce électronique. Ces distributeurs ont été placés dans le local lave-bassin (LB), la salle de soins (SO), le local de décontamination (LD) et des chambres de patients (CH). Les signaux enregistrés sont classés et leur répartition dans le temps et l'espace permet de calculer le nombre moyen de frictions par jour et par local. Les moyennes d'utilisation sont calculées dans les locaux suivants : CH (services A, B et C), LD (service B), SO (service C), LB (services A et B) et LD-LB (service C)

RÉSULTATS

Le nombre de frictions moyen est respectivement de 3.1, 11.2 et 6.1 fr/j/patient dans les CH des services A, B et C. Dans le local LB des services A et B, les moyennes sont de 4.4 et

8.0 fr/j. Pour le local SO du service C, la moyenne est de 5.3 fr/j. Enfin, dans le LD-LB du service C, la moyenne d'utilisation est de 29.3 fr/j. En parallèle, l'on sait que la fréquence d'utilisation moyenne des lave-bassins est respectivement de 6.5, 8.1 et 14.9 fois/j pour les services A, B et C et les ICSHA3 de 47, 57 et 87 %. Le nombre d'utilisation de SHA par flacon permet de calculer le volume moyen de SHA pris à chaque friction : il est de 2.2 ml dans le local LD-LB (service C) et de 2.9 à 3.1 ml dans les chambres.

CONCLUSION

Les résultats sont différents dans chaque service pour des locaux de même fonctionnalité. Ils sont le reflet des habitudes des professionnels. Le service B utilise les distributeurs des chambres (11 fr/j/patient), contrairement aux 2 autres services (3 et 6). Les flacons placés dans le local LB sont utilisés à chaque usage du lave-bassin (service B) ou une fois sur 2 seulement (service A). Ces résultats permettent à l'EOH de mieux comprendre les habitudes et de cibler au plus juste les messages de promotion des SHA : « Si les paramédicaux ont un flacon de SHA sur leur chariot de soins, le distributeur mural est à la disposition des visiteurs et patients ». Un message ciblé leur sera adressé par différents supports pour les inviter à utiliser les SHA.

A

A. KASSEM Z.	100
ABDELMALAK S.	193
ABRAHAM G.	200
ADAM M.	66
ADJIDE C.C.	114
AHO S.	171
AHO-GLELE LS.	69
AHOYO T.A.	101
AIRIAU E.	67
AIT SEDDIK S.	215
AITBOUCHRIM L.	174
AL ASSIL H.	100
ALARCON F.	89
ALAWWA R.	74, 235
ALB I.	147
ALBERTINI T.	155
ALI BRANDMEYER O.	65, 66
ALLAIN E.	153, 154
ALLAIRE A.	249
ALLARD B.	109
ALVAREZ D.	68
ALVAREZ M.	169
AMARSY R.	166
AMBROGI V.	169
AMIEL C.	69
AMMAR A.	152, 154, 163
AMOUR S.	143, 217, 218
AMOUSSOU C.	88
AMSELLEM-DUBOURGET S.	211
ANCELLE A.	112
ANDONIAN C.	104
ANDREO A.	56, 62, 251
ANGERAND S.	121
ANGIBAUD M.	219, 220
ANGLADE E.	144
ANON B.	151
ANTHONY C.	189
ANTONCZAK A.	72

AR GOUILH M.	236
ARDICHEN E.	92, 179, 180
ARMAND-BRANGER S.	74
ARONDEL Y.	255
ASEHNOUNE K.	251
ASSMANN K.	195, 196, 197
ASSOUVIE L.	121
ASTAGNEAU P.	127, 146, 147, 148, 227
ASTAKHOV M.	194
ATTINGER M.	232
AUBIN N.	200
AUDIBERT G.	56
AUDRAIN N.	232
AUMERAN C.	81, 85
AURAIX J.	231
AUREL C.	120
AUSSEL L.	173
AUZOU M.	60
AVENARD A.L.	199
AVRIL C.	132, 190
AYEDI Y.	152, 154
AYRAUD-THEVENOT S.	70

B

BABINET F.	109
BADELL E.	130
BADET L.	218
BAGHDADI N.	172
BAHEUX SAHEB S.	165, 180
BAILLEUL P.	74
BAILLIE C.	142, 145
BAJOLET O.	118, 139, 140, 214
BALAGA A.M.	165
BANGUY C.	190
BANKOLE H.	88
BANNOUR W.	163
BARANOVSKY S.	235, 242, 243
BARBIER M-J.	136
BARBUT F.	66, 130, 231, 232, 237, 248, 253
BARDE S.	89

BARNEOUD-ROUSSET E. —————	206	BERARD A. —————	233
BARON R. —————	204	BERAUD L. —————	253
BAROUX R. ————— 92, 178, 179		BERDOT C. ————— 97, 98, 115	
BARRAUD O. —————	128	BERENGER-RIAL N. —————	209
BARRETO C. ————— 64, 98, 143, 241, 72		BERGER-CARBONNE A. ————— 119, 126, 133,	
BARRIGAH BENISSAN K. —————	223	————— 217, 229, 238, 239	
BART P.A. —————	121	BERGERON LE DEUT H. —————	182
BARTHELEMY C. ————— 78		BERGUE E. ————— 98, 187	
BASILE A. —————	142	BERJAMY F. ————— 93	
BASSELERIE H. —————	169	BERNARD D. —————	138
BASSIL Y. —————	174	BERNERD C. ————— 77	
BATAILLARD M. —————	125	BERNET C. ————— 77, 149	
BATAILLE C. ————— 71, 150, 187		BERRUE M. —————	108
BATTAGLIOTTI P. —————	103	BERTEI D. —————	133
BATTIE C. —————	143	BERTHELOT P. ————— 69, 125, 129, 185, 217	
BAUDE S. —————	159	BERTHOD D. ————— 68	
BAUDET A. —————	216	BERTHOU C. —————	204
BAUDOIN A. —————	183	BERTIN-MAGHIT M. —————	204
BAUDOUX V. —————	131	BERTRAN M. —————	241
BAUDRY E. —————	241	BERVAS C. ————— 92, 178	
BAUER GRANPIERRE M. —————	104	BESSY C. —————	164
BAURES E. —————	216	BETTENS I. —————	205
BAYLE S. ————— 89		BHIRI S. —————	162
BAZIN C. ————— 107, 112, 202		BIANGOMA S. —————	209
BAZIRE N. ————— 176, 194		BIDON A. —————	236
BAZZOUNI-BARREIRO G. ————— 117, 152, 159		BILLAC E. —————	128
BEGRI R. ————— 90, 109, 215		BILLON-DENIS E. —————	234
BEJAOU M. ————— 195, 196, 197		BIRGAND G. ————— 55, 65, 66, 251	
BELHACEL K. ————— 58		BLANCHARD O. —————	216
BELHACHMI D. ————— 74		BLANCHIER L. —————	115
BELKAID R. —————	215	BLANCKAERT MARECHAL K. — 65, 66, 74, 254	
BELLET V. —————	172	BLASSEL I. ————— 131, 200, 254	
BELLON O. —————	144	BLOUIN P. —————	209
BELLOT-KHAZIM L. —————	214	BOBO J. —————	241
BEN JAZIA K. —————	154	BODET N. ————— 56, 62, 167, 251	
BENET T. ————— 217, 218		BOILEAU D. ————— 89	
BENHAIM A. —————	112	BOILEAU J-Y. —————	157
BENOIT J-M. ————— 76, 80		BOIRON E. —————	185
BEOLA P. —————	164	BOMBAIL M. —————	171

CHABAN K. _____	215	COHEN T. _____	174, 177
CHAIZE P. _____	235, 242	COIFFE F. _____	187
CHAMPFAILLY A. _____	163	COINDRE D. _____	115
CHAMPIN P. _____	251	COLAS A. _____	119, 174, 227, 245
CHANTEPIE S. _____	110, 202	COLLEVILLE C. _____	206
CHANZY B. _____	80	COLLIGNON M. _____	74
CHAPU M. _____	115, 190	COLOMB-COTINAT M. _____	119, 126, 217
CHAPUIS C. _____	103, 120, 138, 139, 211	COLOMBO M. _____	176
CHARCHARI M. _____	215	COMBET S. _____	64
CHAREYRAS S. _____	212	CONFESSON M-A. _____	77
CHARMILLON A. _____	147, 176	CONNAN S. _____	160
CHARPENTIER C. _____	56, 186, 199	CONRATH E. _____	136, 245
CHARTIER M. _____	219, 226	CONSIGLIO M. _____	133, 163, 172
CHATELET C. _____	200	COPPRY M. _____	231, 234, 237
CHAUVIN C. _____	95	CORMIER N. _____	102
CHEBIL D. _____	162	CORNUAU L. _____	199
CHEBREK L. _____	124	CORVEC S. _____	55, 251
CHEFSON C. _____	123	COSTA-COSTA L. _____	173
CHEFSON-GIRAULT C. _____	116, 133, 202	COUCHOUD C. _____	172
CHEINISSE V. _____	181	COUDRAIS S. _____	53
CHEN E. _____	152, 159	COUDROY V. _____	237
CHENNAOUI M. _____	234	COUET C. _____	160
CHEREL O. _____	96, 253	COUQUET H. _____	111
CHETITAH A. _____	215	COUSIN-NGUYEN J. _____	139, 140
CHEVALIER C. _____	206	COUTURIER M-A. _____	204
CHEVAUX J.B. _____	220	COUTURIER J. _____	232, 237, 248, 253
CHEVRIER S. _____	234	COUVE-DEACON E. _____	71, 128, 150, 165, 164, 173, 187, 250
CHICHE J.D. _____	225	COUVREUR V. _____	205
CHLILEK A. _____	126, 143	CRACCO A.A. _____	74
CHOLLEY A.C. _____	85	CRACCO B. _____	153, 158, 161
CHOPIN D. _____	130	CRETENAND F. _____	121
CHOUCAIR J. _____	174, 193	CROUZET J. _____	145
CIBET M. _____	125	CUNIN V. _____	64
CIOTTI C. _____	109	CURTIL M. _____	105
CIZEAU F. _____	54, 122, 123	CUSSET P. _____	200
CLARIVET B. _____	189, 243	CYPIERRE A. _____	128
CLAROTTI M-A. _____	112	CYRILLE S. _____	146
CLAVER J. _____	65	CYVOCT C. _____	92
CLAVIER-BATY V. _____	186		

CZARNY F. _____	74	DELAROZIERE J-C. _____	66
D		DELARUE S. _____	189
D'ALTEROCHE L. _____	151	DELEMASURE J. _____	200
D'HOLLANDER-PESTOURIE N. ———	71, 128, 150,	DELETANG E. _____	96
_____	164, 165, 173, 187, 250	DELFORGE A. _____	230
DAHLI A. _____	215	DELMAS J. _____	81
DALIX A. _____	124	DELORME M. _____	186, 199
DALLE E. _____	208	DEMANGE M.G. _____	75, 224, 233
DAMAJ GANDHI L. _____	202	DEMEURE DIT LATTE D. _____	251
DANANCHE C. ———	69, 78, 158, 161, 218 241,	DEMORE B. _____	195
DANCIN V. _____	227	DENIS P. _____	161
DAOUD L. _____	200	DENIS M. _____	248
DARRIGAN C. _____	236	DENIS-PETIT S. _____	124
DAUBIN C. _____	60, 111	DENYS B. _____	173
DAUPHIN V. _____	229	DEPAIX F. _____	61, 72, 187
DAUWALDER O. _____	79	DEPAIX-CHANPAGNAC F. _____	98, 153
DAY F. _____	219, 220	DERHOURI S. _____	200
DE BASTIANI C. _____	231, 237	DESCHAMPS A. _____	138, 223
DE FONDAUMIERE M. _____	117	DESCOURS G. _____	253
DE PERETTI F. _____	133	DESLANDES A. _____	147, 148, 232
DE SANTIS N. _____	154	DESOUTTER J. _____	114
DE VILLELONGUE C. _____	221	DESSEMON J. _____	69
DEBAILLE E. _____	72, 98	DEVIS M. _____	210
DEBART A. _____	118	DEWALLE S. _____	226
DEBOSCKER S. _____	53, 117, 128	DEYGAS N. _____	125
DEBRAY H. _____	138	DHENIN G. _____	130, 231, 232, 253
DEBUISSON S. _____	210, 212	DHOLLANDE C. _____	200
DEBUS L. _____	234	DIAF M-N. _____	125
DECALONNE M. _____	57	DIARRA M. _____	61
DECOUSSER J.W. _____	54, 70, 122, 123,	DIARTE E. _____	177
_____	198, 245	DIMITROV Y. _____	255
DEGBEY C. _____	88, 135, 166	DIOMANDE G. _____	91
DEGERMANN C. _____	139, 140	DJENNA Z. _____	157
DEGREDEL M. _____	254	DOBRAS M. _____	144
DELACOSTE H. _____	69	DORET-DION M. _____	143
DELALANDRE J. _____	138	DORTET L. _____	133, 229
DELAMONTAGNE A. _____	107, 112, 155	DOS SANTOS S. _____	57
DELANOE C. _____	95	DOS-REIS J. _____	174
DELAOUSTRE H. _____	104	DOUILLY C. _____	118, 139

DU CHEYRON D. _____	60, 111	FAUQUEUR A. _____	200
DUBOS M. _____	237	FAUVEAU S. _____	167
DUBOUIL S. _____	177	FAVREAU D. _____	106
DUBREUIL C. _____	102	FAVRELLE L. _____	207
DUBUISSON M. _____	92	FEKKAR A. _____	126
DUCELLIER D. _____	54, 122, 123	FERHI F. _____	154
DUMARTIN C. _____	92, 178, 179, 180	FERIGATO C. _____	149
DUMITRESCU O. _____	207	FERRAO B. _____	109
DUMOLLARD C. _____	206	FERRARI E. _____	104
DUSART K. _____	94, 124, 156, 178	FERRIER V. _____	168
DUTOIT L. _____	74	FERRONNIERE N. _____	167
DUTRECH R. _____	92, 178	FERSING T. _____	63, 169, 170, 171, 250, 255
DUVERNAY C. _____	93	FEUILLOLAY C. _____	111
E			
EDET S. _____	172	FEVRE M. _____	111
ÉDITH T. _____	93	FILIDEI K. _____	144
EL ASSALI A. _____	96	FINES-GUYON M. _____	60, 248
EL KECHAI A. _____	215	FLAMBARD A. _____	64, 68, 208
EL KHOURY C. _____	69	FLOREA O. _____	155
EL ROMEH M. _____	100	FLORENTIN A. _____	56, 119, 136, 147, 168, 176, 195, 216, 220, 227, 245
ELIAS C. _____	69, 78, 153, 158, 161, 241	FLORET N. _____	93
EMERAUD C. _____	229	FONTAINE E. _____	76, 219
EMILIE C. _____	56	FONTANA L. _____	217
EOH C. _____	206	FONTENEAU L. _____	73, 197
EON L. _____	183	FONTON P.F.D. _____	101
ERTZSCHEID M.A. _____	65	FOQUE-FONTENOY C. _____	142
ESCURET V. _____	69	FORCE A. _____	105
ESNAULT F. _____	74	FORESTIER E. _____	206, 224
ETHUIN F. _____	60, 111	FORGET V. _____	206
EXINGER J. _____	158	FORIN J. _____	136, 168, 220
EZZI O. _____	152, 154, 163	FORISSIER C. _____	129
F			
FALAISE B. _____	125	FOSSEY-DIAZ V. _____	221
FARAUT-DEROUIN V. _____	58	FOUASSIN X. _____	70, 115, 206
FARFOUR E. _____	117, 152, 159	FOUCAN T. _____	165
FARGES J.C. _____	78	FOUCARD C. _____	209
FARHAT F. _____	61	FOURATI S. _____	70
FASCIA P. _____	66, 69, 72, 241	FOURNERET-VIVIER A. _____	75, 206, 224
FAUCHE K. _____	182	FOURNIER S. _____	58, 99, 113, 121, 141, 211

FOURREAU F. —————	54, 122, 123, 198, 245	GIGNON M. —————	205
FRADIN B. —————	230	GILES M. —————	181
FRANCK N. —————	121	GIMENES R. —————	57
FRANCONY M. —————	149	GINER C. —————	130
FREDENUCCI I. —————	60, 78	GINEVRA C. —————	253
FREDON F. —————	128	GIUFFRE N. —————	94, 124, 156
FROMME C. —————	226	GLEIZES M. —————	208, 228
FRONTEAU C. —————	102	GOCKO C. —————	129
FUCHS B. —————	55	GODYNS C. —————	173
		GOETZ C. —————	83
		GOLDSTEIN V. —————	248
		GOMART C. —————	54, 122, 123
		GONIN J. —————	155
		GOSSAY C. —————	107
		GOUBE F. —————	57
		GOUIN P. —————	163
		GOUOT C. —————	130, 231, 232, 237, 253
		GOURICHON L. —————	116
		GOURMELON L. —————	109
		GRADE F. —————	117
		GRANDBASTIEN B. —————	225
		GRANDIN S. —————	117
		GRANDO J. —————	61, 64, 98, 143, 187
		GRANGER B. —————	248
		GRANJON V. —————	129
		GRARE M. —————	169
		GRATTARD F. —————	125, 129
		GRAU D. —————	243
		GRAVEY F. —————	60, 248
		GRAZIANI P. —————	133
		GRESSIER J. —————	200
		GRISI B. —————	78, 153, 158, 161, 241
		GROS S. —————	149, 206
		GROSJEAN A. —————	116, 206
		GUEGAN H. —————	216
		GUERIN F. —————	60
		GUET L. —————	123, 172
		GUEUDRY-MOUILHADE J. —————	123
		GUFFRE N. —————	178

G

GACHET A. —————	233, 244
GAGNAIRE J. —————	129, 185
GALAS HADDAD M. —————	210, 212
GALINIER Q. —————	200
GALLON O. —————	230
GALLOUCHE M. —————	130
GALVEZ A. —————	252
GAMBAROTTO K. —————	132
GANGNEUX J.P. —————	216
GARAU C. —————	191
GARDES S. —————	53, 69, 153, 154, 241
GARIN C. —————	64
GARRAIT V. —————	253
GAUCHERAND P. —————	143
GAUDAIRE G. —————	168
GAUDART J. —————	53, 117
GAUDICHON A. —————	127, 227
GAUDONNET Y. —————	109
GAUTIER A. —————	73, 197
GAUTIER C. —————	92, 178
GAUTIER P. —————	236
GBENOU E. —————	101
GEHANNO J.F. —————	123, 172
GENGLER M-E. —————	149
GERA DENIS-PETIT S. —————	58, 113, 121, 211
GERBIER-COLOMBAN S. —————	153, 154, 241
GERMAIN J.M. —————	76, 219
GETTE S. —————	83
GIBERT L. —————	84, 138, 223

JEANNOT K. _____	124	KUCZEWSKI E. _____	64, 143
JEBLAOUI A. _____	137	KUHN J.P. _____	210, 212
JEUNESSE K. _____	230		
JMAL KOTTI I. _____	59	L	
JOBARD S. _____	177	LACASSAGNE M.N. _____	114
JOFFRAUD M. _____	138	LACLAUTRE N. _____	164, 173
JOIN-LAMBERT O. _____	60, 248	LAGADEC N. _____	177
JOLIVET S. _____	66, 130, 231, 232, 237, _____	LAGUIN S. _____	171
	248, 253	LAHOUSSA K. _____	215
JOMLI A. _____	59	LALAND C. _____	97, 98, 115, 206, 208
JOSEPH C. _____	225	LALANDE V. _____	130
JOUSSET A. _____	229	LAMINI S. _____	241
JUMAS-BILAK E. _____	225, 235, 242, 243	LAMOUREUX F. _____	104
JUNCHAT A. _____	151, 157, 160	LANCELEUR F. _____	96
JUNG C. _____	253	LANDELLE C. _____	130
JUSOT J.F. _____	55	LANDRIU D. _____	65
JUVIN M.E. _____	56, 251	LANGLOIS D. _____	84, 223
		LANGLOIS V. _____	84
K		LANGLOIS B. _____	110
KABEGO L. _____	213	LARIBI K. _____	100
KAC G. _____	67, 106	LARINOUNA A. _____	215
KADOUN K. _____	59	LARROUMES N. _____	211
KADRI S. _____	205	LASHERAS A. _____	231
KARNYCHEFF F. _____	117, 152, 159	LATARCHE C. _____	220
KDISS I. _____	59, 124, 222	LAUNAY O. _____	69
KEDOTE M. _____	166	LAURANS C. _____	131, 200, 254
KERDJADJ C. _____	61	LAUREILLARD D. _____	145
KHANAFER N. _____	204	LAURENT F. _____	60
KHANAFER NAGHAM L. _____	79, 100	LAURENT V. _____	102
KHEDIM BELAL J. _____	222	LAURENT K. _____	161
KHOSRAVI C. _____	102	LAUTRETTE A. _____	81
KHOUIDER N. _____	154	LAVIGNE T. _____	53, 128, 117
KHOURI T. _____	113, 121, 211	LAVIGNE J.P. _____	106, 126, 143, 145, 191, 223
KODARIN D. _____	200	LAYES S. _____	215
KODJIKIAN L. _____	161	LAZARE C. _____	237, 253
KOUADIO L. _____	91	LE BARS H. _____	204
KOUASSI A. L.F. _____	88	LE BIHAN M.R. _____	87, 134, 176, 194, 203
KOUATCHET A. _____	183	LE BORGNE M. _____	219
KRIBS M. _____	158, 255	LE BREDONCHEL T. _____	75
KROMMENAKER C. _____	136	LE BRETON E. _____	240

MALFAIT S. _____	131, 200, 254	MELLOT F. _____	159
MALLARET M.R. _____	130	MENARD C. _____	53, 117
MALLAVAL F.O. _____	75, 149, 206, 224, 233, 244	MENVOUIDIDIOT P. _____	185
MAM L. _____	130	MERCIER-DARTY M. _____	70, 123
MAMADOU T. _____	166	MERLE V. _____	123, 163, 172, 181
MAMER F. _____	108	MERZOUGUI L. _____	162
MANQUAT G. _____	104, 107	MESSARAT-HADDOUCHE Z. _____	195, 196, 197
MARACHE A. _____	117	MET T. _____	105
MARCEAU M. _____	53	METAIS C. _____	209
MARCELIN A.G. _____	248	MEUNIER O. _____	63, 158, 169, 170, 171, 188, 189, 250, 255
MARCHAND M. _____	92	MEYER N. _____	53, 117
MARCO L. _____	71, 97, 98, 115, 206, 208	MEYER S. _____	128
MARCOUX S. _____	125	MEYER F. _____	147
MARES O. _____	143	MICHEL J.M. _____	171
MARI L. _____	144	MIENS P. _____	168
MARIE V. _____	177	MIGNOT L. _____	248
MARINI H. _____	95, 123, 133, 163, 172, 181, 202	MILLET P. _____	72
MARION E. _____	78, 100, 153, 204, 207, 241	MIROLO C. _____	137
MARIONNEAU S. _____	67	MOENNE-LOCOZ P. _____	231
MAROLLEAU J.P. _____	104	MOHTY M. _____	253
MARTEAU G. _____	215	MONFORT P. _____	225
MARTEL C. _____	219	MONGARDON B. _____	141
MARTIN P. _____	138	MONNOT É. _____	93
MARTIN I. _____	125, 185	MONTBARBON É. _____	75
MARTIN O. _____	204	MONTEIL C. _____	58, 99, 113, 121, 141, 211
MARTIN L. _____	231	MONTERRAT J. _____	211
MARTINEZ E. _____	164	MORAND-JOUBERT L. _____	231, 232, 237
MASSIP C. _____	169	MORANGE V. _____	151, 157, 160
MASSON C. _____	130	MORCET N. _____	176, 194
MASUREL C. _____	245	MOREAU C. _____	78
MATHIAUD C. _____	229	MOREAU K. _____	87, 90
MATHIEU N. _____	139, 140	MOREAU N. _____	139
MATHURIN S. _____	164, 173	MOREAU A. _____	171
MAURAND A. _____	54, 70, 122, 123, 198, 245	MOREL D. _____	181
MAURANNE C.C. _____	154	MORELON E. _____	218
MAY-MICHELANGELI L. _____	195, 196, 197	MORENO V. _____	60, 202
MBELE NGASSA P. _____	250	MORIN M. _____	121
MEAUME S. _____	121	MORIN S. _____	195, 196, 197
MECHKOUR S. _____	235		

MORRIER J.-J. _____	78	OLTRA L. _____	79, 100
MORVAN P. _____	131	OMRI N. _____	152
MOUET A. _____	60, 84, 107, 110, 111, _____ 112, 155, 202, 236, 248	ORMANCEY J. _____	188
MOULEDOUS S. _____	87, 90	ORTEGA B. _____	157
MOULINIER C. _____	105	ORY J. _____	106, 126, 143, 145, 184, 191, 223
MOURAD A. _____	100	OSSART C. _____	114
MOURLAN C. _____	62, 66	OUBBEA S. _____	124
MUET F. _____	167	OULD-SAID Z. _____	159
MULLIÉ-DEMAILLY C. _____	114	OUSMAN K. _____	213
MUNIER-MARION E. _____	218	OUTURQUIN G. _____	114
MURAINÉ M. _____	123	OUZANI S. _____	58
MUREAU B. _____	199		
MUTENDELA J.K. _____	108	P	
MUZEAU S. _____	75	PACOT J. _____	93
MWESHA D. _____	213	PAEZ J. _____	115
		PAGANI J.L. _____	225
N		PAILLAT D. _____	104
NAAS T. _____	229	PAIN S. _____	249
NABONNE J. _____	241	PAINEAU C. _____	212
NAHIMANA-TESEMO M.I. _____	243	PALIX C. _____	241
NASSO R. _____	92, 178, 179, 180	PAQUIS M.P. _____	189
NEROME S. _____	109	PARNEIX P. _____	73, 92, 178, 179, 180, 197
NESA D. _____	66, 253	PAROUX P. _____	235
NEULIER-LOZINSKI C. _____	87, 134, 135, _____ 176, 194, 203	PAYAN C. _____	204
NEVEZ G. _____	204	PAYET J. _____	123
NGUYEN S. _____	80	PEFAU M. _____	73, 92, 178, 197
NION-HUANG M. — 92, 99, 119, 141, 178, 179		PELETTE I. _____	107
NIORT J.N. _____	74	PELLICIER A. _____	206
NJAH M. _____	152, 154, 163	PELTIER S. _____	182
NOEL C. _____	229	PERARD M. _____	161
NORTH S. _____	63, 250	PEREZ S. _____	104
NOTTEBAERT S. _____	131, 200, 254	PERGAY V. _____	79
NOYE S. _____	160	PERILLEUX E. _____	236
		PEROZZIELLO A. _____	68
O		PERRIN A. _____	55, 64, 68, 83, 208, 228
OBERGER N. _____	139, 161	PERRON S. _____	115, 131, 190
OBIN O. _____	114	PETEL T. _____	123, 163, 181
OLLIVIER D. _____	95	PETIGNAT C. _____	232, 239, 243
OLLIVIER S. _____	237	PETIT A. _____	114
		PETIT A.E. _____	131

PHILIPPOT G. _____	246	QALLA-WIMER L. _____	243
PICAUD J.C. _____	60	QUALLA-WIDMER L. _____	239
PICHENOT M. _____	131	QUATRECOUPS A. _____	222
PICHON FOUCAN N. _____	165	QUATREMARE E. _____	133
PICON L. _____	151	QUENARD S. _____	107
PICOT C. _____	244	QUENTIN R. _____	151, 157, 160
PIEDNOIR E. _____	219	QUESADA L.H. _____	208
PIERSON-MARCHANDISE M. _____	205	QUIMBRE M. _____	62
PINA P. _____	87, 90, 108	QUINIO D. _____	204
PINSON E. _____	151, 157	QUINTARD B. _____	92, 180
PIONA C. _____	56		
PLANCHETTE J. _____	69	R	
PLANUS C. _____	103	RABATE M. _____	66
PLAT R. _____	243	RAFFY F. _____	195
PLIER V. _____	234	RAHAL A. _____	128
PLOUHINEC V. _____	225	RAHMOUN M. _____	252
PLOY M.C. _____	128, 150, 165, 187, 250	RAJEZAKOWSKI S. _____	186
POGGIO M. _____	149, 206, 224	RAMIER M.F. _____	171
POIRIER V. _____	74	RANGER M. _____	128, 150, 187, 231, 250
POLO C. _____	245	RAUX S. _____	64
PORCHERON C. _____	208	RAYMOND F. _____	55, 65, 66
PORTAL M. _____	169	RAZAFIMAHEFA H. _____	59
POSPISIL F. _____	171	REBIAHI S.A. _____	252
POTRON A. _____	124	REGAD M. _____	136, 147, 168, 220, 227, 245
POUJAUD V. _____	183	REGARD A. _____	78, 100, 204
POUJOL I. _____	126, 217, 229, 238, 239	RÉGIS C. _____	217
POULAIN C. _____	55	RÉGNIER A. _____	114
POULY E. _____	150, 165, 187, 231	REGUEME A. _____	254
POURE L. _____	104	REHEL M. _____	115, 190
POUTEIL-NOBLE C. _____	218	REISZ E. _____	169
POYARD-BERGER G. _____	72	RÉJASSE A. _____	173
POYART C. _____	121	REKSA A. _____	118
POZZETTO B. _____	217	RENARD-DUBOIS S. _____	234
PRADAL M. _____	81	RENAUD A. _____	94, 124, 156, 178
PRAT L. _____	66	RENAUDIN L. _____	56, 83
PROVENT A.L. _____	224, 233, 244	RENAUX V. _____	95
PRUDON B.M. _____	77	RÉNIER C. _____	183
PYOT A. _____	224	REPUSSARD L.V. _____	74
		REYREAU E. _____	92, 178
		RIBADEAU-DUMAS F. _____	234

Q

RICCIO C. —————	243	SAKR C. —————	70
RICHAUD MOREL B. ———	106, 126, 143, 223	SALAUN A. —————	87, 90
RIFFAUD S. —————	71, 128, 150, 250	SALAUZE B. —————	58, 121, 248
RIFFIER A. —————	133	SALEMBIER A. ———	208
RIGAL R. —————	163	SALEZ F. —————	131
RIGAUDIE M.C. ———	150	SALIOU P. —————	204
RIMMELE T. —————	204	SALLES N. —————	237
RIVIERE V. —————	53	SALY M. —————	237
ROBERT M. ———	94, 124, 156, 178, 249	SAMBA D. —————	60
ROBERT O. —————	217	SAMBOURG J. ———	227
ROBERT J. —————	248	SAMPIETRO C. ———	84, 90
ROBIN F. —————	81	SANCHEZ K. —————	246
ROCHAT M. —————	121	SANDRA B. —————	223
ROCHE E. —————	72	SANTASOUK J. ———	63, 158, 169, 170, 171, 250, 255
ROCZNIAK E. —————	56	SASSO M. —————	126
ROELENS C. —————	138	SAUVET F. —————	234
ROGEAUX O. —————	244	SAVEY A. —————	66, 77, 149
ROGUES A.M. ———	231, 234, 237	SAVITCH Y. ———	126, 217
ROLAND I. —————	95	SAVIUC P. —————	130
ROLLAND-JACOB G. ———	240	SAWICKI B. ———	221
ROMANO-BERTRAND S. ———	243	SBIDIAN E. —————	70
RONDELOT G. ———	83	SCHAPMAN L. ———	172
ROQUES C. —————	111	SCHILTZ G. —————	83
ROSTAM C. —————	200	SCHNEIDER P. ———	202
ROUBAUD C. —————	103	SCHORTGEN F. ———	253
ROUIN S. —————	163	SCOTTO F. —————	97, 98, 115
ROUSSEAU F. ———	197	SEGUINEAU C. ———	236
ROUSSIA M. —————	68, 208	SEILLER P. —————	84
ROUX L. —————	106, 184, 191, 223	SELLIES J. —————	83
ROUZAULT A. ———	177	SENN L. —————	121, 225
ROY M.J. —————	157	SERINGE E. ———	127, 146, 147, 148
RUBAN-AGNIEL F. ———	211	SERRADEILL C. ———	209
S			
SAADATIAN-ELAHI M. ———	69	SÉVERAC F. ———	53, 117
SABOURIN N. ———	245	SEVESTRE A. ———	151
SACKOU-KOUAKOU J-G. ———	91	SHUM J. —————	130
SAID LAATIRI H. ———	162	SI ALI A. —————	96, 253
SAÏDANI N. —————	240	SICARD D. —————	111
SAIDI F. —————	209	SIMISSI A. —————	213

SIMON L. _____	65, 66	THIEL E. _____	237	
SIMON V. _____	96	THIERRY M. _____	138, 209	
SIROT F. _____	97, 98, 115	THOMAS M. _____	60	
SKALLI S. _____	116	THOMAS S. _____	75	
SLAOUTI S. _____	215	THONIARD C. _____	209, 229	
SLIMANI S. _____	246	TIFFREAU V. _____	55	
SMITH M. _____	219	TIRARD F. _____	163, 202	
SOCQUET JUGLARD F. _____	75	TISON M. _____	96	
SOING ALTRACH S. _____	73, 126, 197, 217, _____	229, 238, 239	TISSERAND C. _____	136, 227, 245
SONNET N. _____	209	TISSOT-DUPONT H. _____	155	
SOPOH G. _____	135	TOBBI A. _____	157	
SOSSA JEROME C. _____	88	TOMSLA V. _____	80	
SOTTO A. _____	126, 143, 145	TONEGUZZO N. _____	74	
SOUYRI V. _____	58, 99, 113, 121, 211	TOUBIANA J. _____	130	
SPIADI N. _____	57	TOUBIANA M. _____	225	
SUELVES L. _____	143	TOULEMONDE P.E. _____	124, 239	
SUJOL G. _____	241	TOUSSAINT N. _____	230	
SUPPLISSON P. _____	237	TOUZAC G. _____	201	
SURGERS L. _____	130	TOUZAIN B. _____	234	
SUSSET F. _____	115	TRAORE O. _____	81, 85	
SYRYKH S. _____	181	TRIBOULLOIS L. _____	237	
SZEKELY B. _____	152	TRIVIER D. _____	200	
T				
TACK G. _____	95, 138	TRONCHON I. _____	83, 208	
TADEUSZ-VALLET L. _____	214	TROUILLOUD K. _____	211	
TALBOURDET A. _____	177	TURCAN B. _____	128, 222	
TAN C. _____	237	TYTGAT-DROUET S. _____	115, 190	
TAZI A. _____	121	U		
TEIXEIRA A. _____	102	UNTEREINER C. _____	169	
TENDRON V. _____	182	UNTEREINER H. _____	188	
TENG F. _____	130	V		
TESTA A. _____	109, 215	VACARIU M. _____	255	
THEIS S. _____	56, 136	VACHÉE A. _____	131, 254	
THEVENIN M.J. _____	225	VACUS G. _____	89	
THEVENON A. _____	55	VAILLANT L. _____	221	
THEVENOT S. _____	97, 98, 115, 206, 208	VALDEYRON M.L. _____	77, 143	
THIBAULT S. _____	171	VALLE M.A. _____	209	
THIBON P. _____	111, 236, 248	VALLET-TADEUSZ L. _____	139, 140	
		VAN DER KAA B. _____	232	
		VAN DER MEE-MARQUET N. _____	57	

VANDAELE L. _____	200	WURTZ B. _____	172
VANDENESCH F. _____	61, 79	WYNDELS K. _____	235
VANDESTEENNE S. _____	62		
VANDEWOESTYNE S. _____	102	Y	
VANDROMME A. _____	68		
VANHEMS P. _____	60, 61, 64, 69, 72, 78, 79, 98, 100, 143, 158, 161, 187, 204, 207, 217, 218, 241	Z	
VAREILLE M. _____	89	ZANOVELLO H. _____	125
VASSAL C. _____	157	ZARZA A.M _____	219
VASSE M. _____	117, 152, 159		
VAUX S. _____	73, 197		
VAVRIL C. _____	98		
VEBER B. _____	133		
VEIL R. _____	195		
VELLA C. _____	165		
VENIER A.G. _____	73, 92, 178, 179, 180, 197		
VERDEIL X. _____	169		
VERDIER L. _____	164		
VERDUN-ESQUER C. _____	237		
VERGNES H. _____	172		
VERGNES C. _____	188		
VERMEULIN T. _____	172		
VERNOTTE E. _____	182		
VIEL M.T. _____	168		
VIMONT G. _____	234		
VINCENT A. _____	89		
VINCENT W. _____	181		
VINH VU H. _____	145		
VITAL-HEILBRONN A. _____	225		
VITRAT V. _____	80		
VIVIER L. _____	231, 234		
VO-HOANG Y. _____	243		
VULLIET G. _____	210, 212		
	W		
WAES S. _____	74		
WALOCHA V. _____	83, 208		
WEISS R. _____	114		
WELFRINGER P. _____	56		

REMERCIEMENTS

Le Comité d'Organisation du XXXI^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière remercie tout particulièrement :

Les sociétés et organismes partenaires :

ASPEC

Association pour la Prévention et l'Etude de la Contamination

ESCMID

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

EUNETIPS

European Network to Promote Infection Prevention for patient safety

IFIC

International Federation of Infection Control

SF2S

Société Française des Sciences de la Stérilisation

SFAR

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFM

Société Française de Microbiologie

SFSP

Société Française de Santé Publique

SoFraSimS

Société Francophone de Simulation en Santé

SPILF

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

SRLF

Société de Réanimation de Langue Française

INRS

Institut National de Recherche et Sécurité

SFGG

Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SPLF

Société de Pneumologie de Langue Française

UNAIBODE

Union Nationale des Associations d'Infirmier(e)s
de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'Etat

Les exposants (laboratoires et sociétés)

@BLOC	CLEANIS	MOBISERV
3M FRANCE	CONCEPT MANUFACTURING	NANOSONICS
AB MEDICA	COOPER	NOSOTECH
AIRINSPACE	DECITEX	OLYMPUS
AKED	DEEPLIGHT	OVIPIUR
ALLIANCE BIO EXPERTISE	DELABIE	OWEN MUMFORD
ALT - MEDIGENIC	DEVEA ENVIRONNEMENT	OXY'PHARM
AQUA FREE FRANCE	DIDACTIC	PALL CORPORATION
AQUA-TOOLS	DIVERSEY	PAROLAI STIL'ECO
ARCANIA BY SOFINOR	DME	PENTAX MEDICAL
ARJO	ESSITY	PH ² INTERNATIONAL
ASEPT IN MED	ETHICON	POCRAME
ASPEC	FRANKLAB	REPIAS
ASPIDA	GERMITEC	SARSTEDT
BAXTER (ICNET)	GOJO	SF2H
B.BRAUN MEDICAL	HEALTH & CO / REVUE HYGIENES	SIMANGO
BD FRANCE	HOSPIDEX FRANCE	SODEL
BEHRING	HYGIE CANADA	STERIS
BIOQUELL	JALSOSA	STRYKER
BOSTON SCIENTIFIQUE	KIMBERLEY-CLARK	TACTYS
BYG4LAB®	KOKI SOFTWARE	TESALYS
CAMFIL	LABORATOIRES ANIOS	THE SURGICAL COMPANY
CANTEL	LABORATOIRE GILBERT	THX MEDICAL
CEPHEID	LABORATOIRE HUCKERT'S INTERNATIONAL	TRISTEL
CHRISTEYNS	LABORATOIRE DU SOLVIREX	VIATRIS
CLEAN'BOX	MEIKO	WASSENBURG MEDICAL

**Nous remercions également
pour sa contribution le partenaire suivant :**

LABORATOIRES COLOPLAST

Liste des exposants arrêtée en date du 7 septembre 2021



Lyon



1^{er} au 3 juin 2022

**XXXII^e Congrès National de la Société
Française d'Hygiène Hospitalière**



Numéro enregistrement ANDPC : 2884