

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Mars 2013

MAÎTRISER LA DIFFUSION DES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES N'EST PAS ENCORE GAGNÉ EN FRANCE

Les établissements de santé français éprouvent de réelles difficultés à mettre en œuvre les mesures spécifiques de maîtrise de la diffusion des Bactéries hautement résistantes (BHR), conclut la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) au vu des résultats de son enquête déclarative conduite auprès d'un échantillon de 286 établissements de santé volontaires entre mai et juin 2012.

Des difficultés qui apparaissent aussi bien au niveau de la détection des patients que de leur sectorisation avec du personnel dédié, en passant par la sous-utilisation des Systèmes d'information hospitaliers (SIH).

Au sein de son échantillon, la SF2H constate que seuls 22% des établissements réalisent une stratégie complète (58% parmi les 24 CHU répondants). De nombreux patients échappent au moins à l'une des étapes du plan de maîtrise, soit au niveau du repérage, de l'information à l'équipe opérationnelle d'hygiène, du dépistage, de la surveillance ou du suivi.

La procédure de repérage des patients cibles, quant à elle, existe dans 58% des structures interrogées mais n'est finalement opérationnelle que dans 16% des cas.

Et malgré tout l'intérêt auquel il peut prétendre, le SIH est pour sa part peu utilisé dans la gestion effective des patients porteurs de BHR...

En France, l'épidémiologie est favorable puisque les cas sont encore rares (pour combien de temps ?), signe que les stratégies de prévention recommandées par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) apparaissent efficaces, en déduisant les auteurs de cette enquête. Pourtant, la difficulté des services à respecter les recommandations de sectorisation de ces patients avec du personnel dédié est réelle. Dès lors, la SF2H rappelle l'importance de l'application des précautions standard d'hygiène pour tout patient hospitalisé. Et d'ajouter que le HCSP diffusera courant 2013 une adaptation du dispositif actuel de maîtrise de la diffusion des BHR pour le rendre plus opérationnel.

Dans ce numéro :

Maîtriser les BHR	1
A l'agenda	2
Mission mains propres	3
Légionelles	4
Gale	5
Rougeole	6
1er prix CH Haguenau	7
1er prix CH Haguenau	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Pour en savoir plus

Résultats de l'enquête de la SF2H

http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_enquete-BHR-2012.pdf

Rq : une réflexion est en cours au HCSP pour harmoniser les recommandations de prise en charge des BHR.

Calendrier des événements**MARS 2013**

Les inscriptions sont ouvertes pour : AES 2013, ATB 2012, ISO 2013, BMR 2013 et REA 2013.

Prendre contact si nécessaire avec Olivier HOFF : 03-83-15-35-45

Les inscriptions se font en ligne sur le site du CCLIN Est à la rubrique surveillance. Vous trouverez également tous les outils nécessaires à la réalisation de ces surveillances (et audit) et les moyens de contacter les personnes responsables de chacune d'elles en cas de nécessité.

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	AES 31				

Surveillance inter-régionale BMR 2012 et contrôle qualité : l'inscription au CQ des BMR est possible jusqu'au 31 mars 2013.

Surveillance nationale des infections nosocomiales REA Raisin 2011 :

http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/REA/rapport_surveillance_infections_nosocomiales_rea_raisin_2011%5B1%5D.pdf

Rapport surveillance inter-régionale ISO 2012 : à venir très prochainement

AES 2012 : la date limite pour la saisie et la validation des données 2012 est le 31 mars 2013

ATB 2012 : la date limite pour le retour du fichier de données est le 30 avril 2013

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

Journée CCLin Est/ARLIN : Dijon le 14 mars 2013 sur « Cathéters veineux centraux » - diaporamas (à venir semaine 12)

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

Réunion d'information destinée aux enseignants des IFSI : Nancy le 09 avril 2013 sur « Quoi de neuf en Hygiène ? » ou L'évolution des recommandations en hygiène ces cinq dernières années

<http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/organisation-missions/reunion-d-information-destinee-aux-enseignants-des-instituts-de-formation-des-professionnels-de-sante/>

21^{èmes} Journées régionales d'hygiène et de lutte contre les Infections Nosocomiales de Lorraine :

Nancy les 16 et 17 mai 2013 - accéder au pré-programme

<http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2013-21emes-j-r-h/>

Journée CCLin Est/ARLIN : Besançon le 08 octobre 2013 sur « Prévention du risque infectieux en HAD » - programme et bulletin d'inscription à venir

MISSION MAINS PROPRES : 06 MAI 2013



Mission Mains Propres : 06 mai 2013

Patients, soignants, tous concernés ! Participons ensemble à la sécurité des soins.

Initialement ciblée vers les établissements de santé et médico-sociaux, la campagne Mission Mains Propres s'est élargie en 2012 à l'activité ambulatoire et aux acteurs de la prise en charge des soins en ville.

Cette année encore, la France renouvelle son engagement auprès de l'OMS qui encourage l'**implication des patients** dans la promotion des gestes d'hygiène des mains. **Patients et Professionnels de santé seront associés** au cours de cette journée mais également tout au long de l'année 2013 à établir une communication efficace autour des soins et de leur sécurité.

Cette année, deux nouveaux outils sont proposés aux établissements : une affiche et un flyer.

Inscription et commande des outils dès aujourd'hui jusqu'au 29 mars 2013

à partir du site du Ministère de la Santé <http://www.sante.gouv.fr/mmp-commande-outils-2013.html>

Livraison des outils entre le 15 et le 22 avril 2013

En complément de la mission « Mains Propres » :

Le réseau CCLINs/Arlin par l'intermédiaire du groupe GRHYM (GRoupe pour la promotion de l'HYgiène de Mains) lance un projet innovant pour la promotion de l'hygiène des mains dans les unités de soins autour de la « **Communication Soignants Soignés sur l'hygiène des mains** ».

En phase avec l'OMS, les objectifs de cette action sont :

- Sensibiliser le patient à l'hygiène des mains par une communication personnalisée et interactive**
- Impliquer le patient dans sa prise en charge pour le faire participer à la sécurité des soins**
- Engager les soignants à respecter les bonnes pratiques**

Le Principe du projet :

- Présentation de l'hygiène des mains au patient**
- Dès le début de sa prise en charge (si possible au moment de l'accueil dans le service)**
- Par le soignant (ou le futur professionnel) en charge du patient**

Retrouvez toutes les informations utiles en cliquant sur ce lien :

<http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique24>

Nous mettons à votre disposition sur demande des exemplaires de l'autocollant ci-contre dédié à cette mission.

Comme de nombreux établissements l'ont déjà fait, n'hésitez pas à nous contacter si vous voulez mettre en place cette initiative.



RÉFÉRENTIEL D'INSPECTION-CONTRÔLE POUR LUTTER CONTRE LES LÉGIONELLES

La Direction générale de la santé (DGS) fournit, dans une instruction datée du 30 janvier, un référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionelles dans les installations d'eau des bâtiments : établissements de santé, établissements médico-sociaux et autres établissements recevant du public. Ce document est utilisable aussi bien par les ARS qui exercent cette mission d'inspection-contrôle que par les établissements eux-mêmes en autocontrôle, insiste-t-elle. Il intègre en cela l'ensemble des références réglementaires et, en sept chapitres et une annexe, liste les caractéristiques de la mission d'inspection-contrôle, les contrôles mis en œuvre dans le

cadre de l'arrêté du 1er février 2010, les questions à se poser pour l'évaluation de la qualité du suivi et des défaillances des installations d'eau ou pour l'examen de la prise en charge des cas de légionellose nosocomiaux...

Outre cet objectif de diffusion des différentes mesures qui peuvent faire l'objet d'une inspection-contrôle de l'ARS, ce référentiel fournit aux ARS des outils pour la réalisation de leurs missions. Il contribue enfin à harmoniser les pratiques entre les agences en proposant une base de travail commune, appelée à évoluer périodiquement en fonction du retour d'expérience.

Référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionelles dans les installations d'eau des bâtiments

TABLE DES MATIERES

- 1 - Caractéristiques de la mission d'inspection-contrôle
- 2 - Contrôle de la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations d'eau chaude sanitaire (ECS)
- 3 - Evaluation de la qualité du suivi et des défaillances des installations d'ECS
- 3a - Eléments contrôlés lors de la visite in-situ des locaux de production d'ECS
- 3b - Eléments contrôlés lors de la visite in-situ des lieux d'usage de l'eau
- 4 - Examen de la prise en charge des cas de légionellose et de la gestion du risque lié aux Légionelles dans les établissements de santé ou d'hébergement pour personnes âgées
- 5 - Contrôle sanitaire des bains à remous (spa) à usage collectif et recevant du public
- 6 - Eléments descriptifs des fontaines décoratives et des systèmes collectifs de brumisation
- 7 - Fiche récapitulative des items à renseigner systématiquement par l'ARS dans sise-erp

Pour en savoir plus

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/02/cir_36495.pdf

NOUVEAU CORONAVIRUS : DES RECOMMANDATIONS POUR LA FRANCE

Depuis le 21 février, le bilan s'est encore alourdi avec 1 nouveau cas confirmé signalé par les autorités saoudiennes à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) chez un patient hospitalisé le 29 janvier et décédé le 10 février. Depuis l'identification du nouveau virus en septembre 2012, 13 cas ont été confirmés. En Europe, en plus des deux cas transférés du Qatar, 3 cas ont été déclarés au Royaume-Uni dont deux contacts qui n'avaient pas voyagé dans un pays à risque. Deux cas secondaires suggèrent très fortement l'existence d'une transmission interhumaine de l'infection. Toutefois, à ce stade l'OMS et l'agence européenne de surveillance des maladies (ECDC, European centre for disease prevention and control) considèrent que le risque d'une telle transmission interhumaine reste « faible ». Les zones géographiques concernées incluent les pays de la péninsule arabique et les pays limitrophes : Arabie Saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen. Néanmoins tout regroupement de cas d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées, avec ou sans notion de voyage ou résidence en zone géographique à risque, doit être signalé et investigué, en particulier chez un personnel soignant.

Les cliniciens ayant identifié soit un cas possible soit un regroupement de cas d'IRA hospitalisées doivent signaler par e-mail ou par téléphone à l'InVS 7 jours/7, 24 heures/24 : **Alerte@invs.sante.fr** ; **08.20.42.67.15**. Le signalement peut être fait sur la plate-forme de veille et d'alerte de l'Agence régionale de santé (CVGAS).

En France, 12 cas ont été signalés à l'InVS. Parmi eux, 5 n'ont pas été retenus car ils ne répondaient pas à la définition des cas et 7 ont été testés, « tous négatifs pour le coronavirus ».

<http://www.invs.sante.fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-coronavirus-NCov--Point-au-20-fevrier-2013>

LE HCSP PRÉCONISE UNE PROFONDE REMISE À PLAT DES TRAITEMENTS DE LA GALE

Dans un nouvel avis actualisant ses recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) appelle à rediscuter le traitement individuel de cette pathologie. En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour recommander préférentiellement le traitement per os ou celui par voie locale ou une association des deux. En dépit d'un « faible niveau de preuve », le HCSP recommande de réaliser deux applications pour les traitements topiques ou de faire deux administrations orales pour l'ivermectine.

Néanmoins, cette recommandation relevant à ce jour d'une prescription hors AMM, il serait nécessaire d'effectuer une demande pour une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), poursuit le Haut Conseil. Un deuxième traitement apparaît en effet nécessaire dans la mesure où les divers produits utilisés par voie topique ou générale s'avèrent très probablement inefficaces sur les œufs de gale et peut-être les formes lar-

vaires immatures.

Les taux de succès cliniques en cas de traitement unique restent aléatoires, à peine plus de 60 % pour le benzoate de benzyl, traitement local de référence et entre 24 et 100 % selon les études comparatives pour l'ivermectine orale. Si la perméthrine 5 % a fait davantage ses preuves en termes d'efficacité et d'innocuité, il n'existe pas de préparation commercialisée, ni de dossier en cours d'étude pour une AMM en France, déplore le HCSP qui recommande vivement une mise à disposition de la perméthrine topique, ainsi que le remboursement des traitements locaux. Leur non-remboursement pouvant constituer un important facteur de risque de contamination au sein des populations précaires.

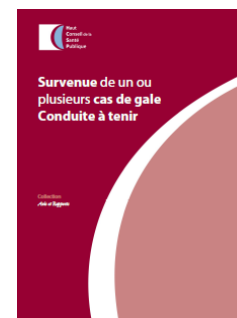
Une incidence en augmentation

Avec au moins 328 cas annuels pour 100 000 habitants, l'incidence estimée de la gale en France a augmenté de l'ordre de 10 % depuis 2002, avec de nombreuses épidémies de gale rapportées en maisons de retraite, services de

long et court séjour et milieu scolaire. En établissements de santé, le nombre de signalements est passé de 8 à 69 entre 2002 et 2010 et la proportion des signalements de gale parmi l'ensemble des signalements d'infections nosocomiales répertoriées est passée de 1 à 4 %, note le HCSP qui recommande par ailleurs que les conditions du diagnostic soient précisées. Dans les formes communes, le diagnostic clinique doit reposer sur le triptyque interrogatoire à la recherche d'un contagio et/ou de cas dans l'entourage ; prurit à recrudescence nocturne ; localisations caractéristiques des lésions cutanées. Pour les cas de gale hyperkératosique ou de gale profuse, ainsi qu'en cas d'épidémie en collectivité, la confirmation diagnostique par prélèvement parasitologique doit être systématique, indique le HCSP qui précise par ailleurs les conditions de traitement de l'entourage, du linge, de la literie et de l'environnement du ou des personnes infectées.

Pour en savoir plus : document 63 pages

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=312>



A LIRE

Maladie du Légionnaire en Europe - données 2009-2010

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20417>

Exposure to influenza virus aerosols during routine patient care, Bischoff WE, Swett K, Leng I, Peters TR, J Infect Dis, 2013 Apr;207(7):1037-46 .

Mieux vaut se tenir à 2 mètres au moins d'une personne grippée. C'est l'enseignement à tirer d'une étude auprès de 61 patients hospitalisés pour cette infection. Des prélèvements réalisés dans l'air ont montré que la majorité des patients éparpillaient des virus grippaux dans un rayon de 1,82 mètre. Et plus leurs symptômes étaient sévères, plus la concentration virale était élevée. (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

EXPOSITION À UN CAS DE ROUGEOLE : LES RECOMMANDATIONS MAJORITAIREMENT SUIVIES

En France, près de 23 000 cas de rougeole et 10 décès ont été notifiés entre janvier 2008 et août 2012. Pour ceux qui ne sont pas vaccinés, il est recommandé d'administrer des immunoglobulines humaines intraveineuses après confirmation biologique du cas contact, dans les 6 jours post-exposition.

La mesure s'adresse aux enfants de moins de 6 mois dont la mère a la rougeole, aux enfants de 6 à 11 mois non vaccinés dans les 72 heures post-exposition, aux femmes enceintes non vaccinées et sans antécédent de rougeole, aux personnes immunodéprimées – quel que soit leur statut vaccinal et leurs antécédents de rougeole. L'enquête publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), qui dénombre les patients concernés par ces mesures, a ciblé la délivrance d'immunoglobulines entre le 1er janvier 2010 et le 31 août 2011 (Adeline Bernier et coll.).

Au total, 267 des 368 pharmacies contactées ont répondu à l'enquête réalisée par voie postale. Les 267 pharmacies appartenaient à 246 hôpitaux. Parmi ces 246 hôpitaux, 55 (22 %) ont délivré des immunoglobulines à 400 patients. Certaines régions ont été davantage concernées que d'autres : l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, les départements littoraux des régions Pays de la Loire et Poitou-Charentes, l'Alsace et le quart sud-est. La délivrance d'immunoglobulines a été la plus élevée dans le département du Rhône, avec 166 cas.

84 % de patients traités dans les 6 jours

L'âge des patients ayant bénéficié d'immunoglobulines en post-exposition était compris entre 1 jour et 86 ans.

Plus de 55 % des patients étaient des enfants âgés de moins de 1 an. Chez les adultes, la classe d'âge 26-30 ans était la plus concernée. Parmi les enfants âgés de moins de 6 mois, 27 étaient âgés de moins de 1 semaine et 10 venaient tout juste de naître. Parmi les 250 patients pour lesquels l'information était disponible, 84 % ont bénéficié d'une administration d'immunoglobulines dans les 6 jours post-exposition, comme recommandé. Trois cas de délivrances très tardives (14, 21 et 30 jours après exposition) ont été observés.

Toutefois, le caractère confirmé ou non du cas de rougeole auquel avaient été exposés les patients ayant bénéficié d'immunoglobulines en post-exposition n'était renseigné que pour la moitié des patients (209/400). Seule la moitié des cas contacts des patients pour lesquels l'information était renseignée (101/209) était déclarés comme confirmés au moment de la délivrance des immunoglobulines. Pour 48 patients, les résultats des analyses ont été connus quelques jours après la délivrance des immunoglobulines.

Dans le cas d'une maladie extrêmement contagieuse comme la rougeole, il semble approprié de privilégier la rapidité de la réaction à la confirmation biologique, surtout dans le cas d'une épidémie comme celle qui touche la France depuis 2008, indiquent les chercheurs. Une enquête plus approfondie est actuellement en cours afin de déterminer notamment l'efficacité des immunoglobulines selon le délai post-exposition ou les raisons de leur délivrance en l'absence de confirmation biologique.

Pour en savoir plus : lire l'article d'Adeline Bernier dans le BEH N°6

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives>

VADE RETRO PSEUDOMONAS !

Il est établi que la colonisation bactérienne est à l'origine du retard de cicatrisation de certaines plaies chroniques.



Une équipe allemande a examiné les résultats des prélèvements réitérés effectués entre 2001 et 2011 chez des patients présentant des plaies chroniques n'ayant pas tendance à cicatriser (étude longitudinale), ainsi que les résultats de prélèvements réalisés en 2005 et 2010 sur des plaies chroniques.

Au total, les prélèvements de 126 patients, qui étaient porteurs d'ulcères veineux chroniques, ont été rétrospectivement analysés. Quatre germes étaient majoritairement impliqués aussi bien en 2005 qu'en 2010 et que dans l'étude longitudinale : *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* et *Enterococcus faecalis*. Dans l'étude longitudinale, le même agent bactérien, en l'occurrence *Pseudomonas* a

été mis en évidence, au cours d'au moins trois années consécutives, sur les plaies de 20 parmi 35 patients. Ce sous-groupe de patients était caractérisé par une plus longue durée d'évolution de leurs plaies.

Incontestablement la présence de certains germes est fréquente chez les patients porteurs de plaies veineuses chroniques et la surinfection à *Pseudomonas* semble bien associée à une évolution prolongée de ces plaies.

Pour en savoir plus

Renner R et coll. : Persistence of bacteria like *Pseudomonas aeruginosa* in non-healing venous ulcers. Eur J Dermatol., 2012;22:751-7.

1^{ER} PRIX DU LIEN DANS LA CATÉGORIE « HÔPITAUX PROPRES » POUR L'EOH DU CH D'HAGUENAU



A l'hôpital,
« Tolérance zéro pour les bijoux »

de nombreuses
étapes
pour une lente
progression

O. Meunier
M. Kribs
F. Salles
S. Burger
S. North

Equipe Opérationnelle d'Hygiène et CLIN
Centre Hospitalier HAGUENAU, Bas-Rhin

Nous sommes heureux pour l'EOH du CH d'Haguenau pilotée par le Dr Olivier Meunier qui s'est vue décernée un 1^{er} prix lors de la 4^{ème} édition des états généraux des infections nosocomiales et de la sécurité du patient. Que ce prix soit un encouragement pour que l'EOH d'Haguenau continue et qu'il suscite des vocations dans d'autres établissements de santé.

Zéro bijou : une nécessité

Depuis quelques années, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) et le CLIN du Centre Hospitalier de Haguenau multiplient les actions de sensibilisation pour convaincre les professionnels de retirer leurs bijoux dans le cadre de l'opération « A l'hôpital, tolérance zéro pour les bijoux ». Nous sommes en effet convaincus de la nécessité de retirer bijoux et alliance pour que l'efficacité de la désinfection des mains soit optimale. Ainsi, pour faire retirer les bijoux et surtout faire changer les habitudes, nous avons déployé un arsenal d'outils pédagogiques ludiques et scientifiques, tout en rappelant que l'hygiène des mains est le geste essentiel de la prévention des infections associées aux soins et qu'il doit être pratiqué dans les meilleures conditions d'efficacité avant et après chaque soin.

Dans l'établissement, il s'agit d'informer, puis de convaincre plus de mille professionnels. Ces campagnes successives de sensibilisation ont été mises en œuvre selon le principe de l'amélioration progressive mesurée par des audits d'observation des mains des professionnels.

Une première évaluation des mains des soignants en mars 2009, au hasard des déplacements de l'EOH dans les services, a montré que les manches longues et les bracelets n'étaient pas rares, que 20 % des professionnels portaient des bagues et 23 % leur montre. Enfin, 29 % d'entre eux portaient leur alliance et ne souhaitaient pas *a priori* l'enlever.

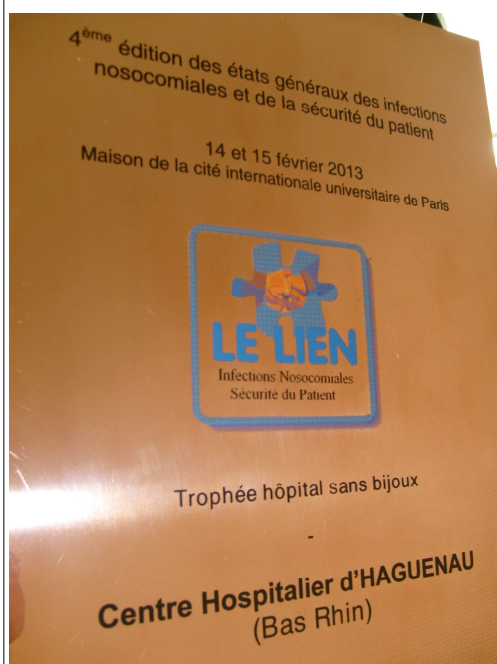
Sensibiliser et trouver les arguments scientifiques

Notre équipe d'hygiène, soutenue par la Direction de l'établissement, s'est mobilisée pour trouver des arguments afin de convaincre les professionnels de changer leurs habitudes et motiver chacun à travailler les « mains nues ». Reconnue chaque année, la Journée Mondiale de l'Hygiène des Mains offre depuis 2009 l'opportunité d'accueillir le public et les professionnels et de proposer des moyens de communication innovants et « percutants » : affiches didactiques sur l'hygiène des mains, quizz, réalisation d'empreintes microbiennes de bijoux, messages dans un bulletin d'information interne (annonce de la Journée, rappel et résultats), exposition des productions réalisées dans le cadre des concours de dessins pour les enfants hospitalisés en Pédiatrie et des concours photos et affiches ouverts aux professionnels sur le thème « zéro bijou », sans oublier la distribution d'échantillons (solutions hydro-alcooliques, crème hydratante) et autres gadgets... Ces manifestations sont complétées tout au long de l'année par des rencontres de l'EOH avec le personnel sur son lieu de travail.

En collaboration avec l'Unité Inserm UMR 977 « Biomatériaux et Ingénierie Tissulaire » (Faculté de Médecine de Strasbourg) ont été réalisées des photographies en microscopie électronique à balayage de la surface d'un bijou lisse après immersion dans une suspension bactérienne (streptocoques) et grossissement de 5000 fois. Les photographies montrent de nombreuses fissures et anfractuosités dont les dimensions sont tout à fait propices à la colonisation par des bactéries de quelques micromètres de diamètre. Ces images témoignent de la réalité de la contamination bactérienne des bijoux lisses dont les alliances.

Une autre étude mesurant la contamination bactérienne réelle des bagues et alliance a été proposée aux visiteurs de notre exposition lors de la « Journée Mondiale de l'Hygiène des Mains 2012 ». Les bijoux de volontaires étaient immergés dans 10 ml d'eau stérile et soumis aux ultra-sons pendant quelques minutes. Un milieu de culture était alorsensemencé, puis incubé (48 heures à 37°C) avec 100 µl du liqui de récupéré pour la numération totale des germes présents. Sur les 30 bijoux testés, nous isolons 25 fois une flore bactérienne variée et abondante. Dans 10 cas, la numération n'est pas

1^{ER} PRIX DU LIEN DANS LA CATÉGORIE « HÔPITAUX PROPRES » POUR L'EOH DU CH D'HAGUENAU (SUITE)



possible (> à 400 UFC ou nappe bactérienne à la surface du milieu de culture). Pour 15 bijoux contaminés, le dénombrement moyen est de 53 colonies pour 100 µl de liquide recueilli [de 1 à 318 UFC ; médiane 12]. Dans 5 cas seulement, aucune bactérie n'a pu être mise en évidence à partir de l'échantillon ensemencé. L'extrapolation de ces résultats suggère la présence en moyenne de plus de 16 000 bactéries à la surface de chaque bijou (de 100 à plus de 40 000 ; médiane : 20 000 bactéries).

Nous montrons que les alliances sont contaminées dans les mêmes proportions que les bagues et constituent des réservoirs microbiens. Les résultats globaux ont été communiqués à l'ensemble du personnel du CHH, des résultats individuels à chaque participant.

D'autres ingrédients...

Le discours de l'EOH n'est à aucun moment autoritaire ou incisif, nous permettons à chacun d'être convaincu ou non par nos messages. Nous n'imposons pas un changement d'habitude, notamment à propos de l'alliance dont le port peut avoir pour certains une dimension culturelle forte. Cette absence d'autorité laisse le choix à chacun de décider de son comportement vis-à-vis de nos consignes et devrait permettre une pérennité dans le changement. Notre démarche recherche aussi l'acte préparatoire, l'engagement préalable dans une communication engageante sans oublier l'exemplarité des cadres et médecins.

Et ça marche !

Ainsi, la diffusion d'informations appuyées par des arguments scientifiques et vérifiés par des audits réguliers a permis de diminuer de façon significative le port des bijoux. En effet, chez les professionnels, le port de bagues est passé de 20 % (mars 2009) à 5 % en décembre 2012. L'apport d'une solution de remplacement (distribution de 1000 montres à accrocher à la tenue) a fait reculer le nombre des personnes portant leur montre de 23 % (mars 2009) à 11 % en décembre 2012. Pour le retrait de l'alliance, ce sont les arguments scientifiques décisifs qui permettent d'obtenir une diminution significative du nombre de porteurs d'alliance de 29 % à 13 %. Dans notre démarche, nous jouons sur la variété des supports d'information (affiches, concours, jeux, bulletins...), multiplions les outils pédagogiques, répétons les messages, apportons des solutions (distribution de « montres infirmières ») et privilégions la rétro information des résultats d'enquêtes. En impliquant les acteurs de soins dans une communication engageante, l'EOH doit, en définitive, non seulement expliquer et répéter ses messages, jongler entre communication persuasive et engageante mais surtout trouver les arguments scientifiques pour convaincre. Les audits ultérieurs viendront confirmer ces résultats encourageants mais qui montrent aussi l'énergie que doit développer l'EOH pour obtenir un changement de comportement.

Pour en savoir plus : <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique69>

Travail publié en 2012 dans la revue Hygiène (2012, vol XX, N°4, pages262-266), la photographie en microscopie électronique à balayage (grossissement X 5000) avait été publiée dans la même revue quelques mois avant (Meunier O, Salles F, Burger S, Boehm N, Hemmelé J. Retirer son alliance ? une photo pour convaincre. *HygièneS*, 2011, XIX (6) 399-400).

Adresse:
Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 Vandoeuvre les Nancy
Secrétariat central:
Tél. 03 83 15 34 73
Fax 03 83 15 39 73
Email. cclin.est@chu-nancy.fr

Retrouvez nous sur le
Web
<http://www.cclin-est.org/>