

HPCi

hygiène, prévention et
contrôle de l'infection

STANDARDS MINIMAUX DANS LE CANTON DE VAUD



HEQUET Delphine
Médecin associée
Unité HPCi VD

Programme vaudois de lutte contre les infections associées aux soins

Plan d'action du programme cantonal de
l'unité d'Hygiène, Prévention et Contrôle
des Infections (HPCI Vaud)

Dr BOUBAKER Karim, Médecin cantonal, OMC, SSP Vaud.
Dr MASSEREY Eric, Médecin cantonal adjoint, OMC, SSP Vaud.
Dre PETIGNAT Christiane, Médecin responsable HPCI Vaud.

2018
2022

- Unité cantonale vaudoise mandatée pour le déploiement de la stratégie NOSO
- Evaluation de l'existant et des besoins de développement
- Coopération avec les médecins responsables des différentes structures sanitaires
- Programme_cantonal_HPCI-VD_en-bref_060319_0.pdf

Élément clé n° 1:

Directives et instructions

1. Des directives médicales, fondées sur l'évidence (locales ou approuvées par des sociétés nationales ou internationales) doivent être en place pour les éléments suivants [1-7]* :

- Mesures de précaution standard
- mesures de précautions contact (isolement)
- dépistage et prévention de bactéries multi-résistantes (BMR) et d'autres agents pathogènes pertinents sur le plan épidémiologique
- prophylaxie antimicrobienne per opératoire
- prévention des infections associées aux soins
- médecine du personnel (y compris la vaccination des professionnels de santé)
- gestion des déchets
- retraitement et gestion des dispositifs médicaux
- nettoyage et désinfection des surfaces

1.1 Les directives et leur contenu doivent être soutenus par la direction de l'hôpital et présenter un caractère consigne.

1.2 Les directives doivent mentionner les sources et les références, ainsi que la date de création et le délai de validité.

1.3 Les directives doivent être actualisées conformément à un plan de gestion préétabli.

1.4 Les directives doivent pouvoir être facilement accessibles à l'ensemble du personnel de santé (de préférence sous forme électronique).

Pour le Canton de Vaud:

Recommandations HPCI cantonales

- Disponibles sur le site hpci.ch et classées selon le type d'institution
- Volet «prévention»
 - Épidémiologie
 - Prise en charge du patient
 - Matériel et dispositifs médicaux
 - Environnement
 - Protection du personnel
 - Bases théoriques

Élément clé n° 2:

Matériel et équipement

1. Le désinfectant pour les mains doit être disponible sur le lieu des soins, sous une forme et en un endroit appropriés, et présenter la densité voulue [1, 7–14], étant entendu qu'au moins un distributeur de désinfectant pour les mains ou un dispositif équivalent (p. ex. flacon de poche) est disponible par lit de soins actifs [1, 7, 15].
L'objectif est de soutenir le traitement des patients et les processus opérationnels et de promouvoir intuitivement le respect des règles d'hygiène par toutes les personnes impliquées.
2. Les équipements de protection individuelle doivent être disponibles pour toutes les mesures d'isolement et de précaution standard, conformément aux réglementations fédérales et cantonales (p. ex. SUVA) [1, 7].
3. Un système d'élimination des déchets doit être en place conformément aux réglementations fédérales et cantonales [1, 7, 16].

Pour le canton de Vaud:

- Chaque établissement dispose du matériel de protection et de désinfectant pour les mains
- Gestion des déchets
 - Ordonnance fédérale
 - Directives cantonales
 - Procédures institutionnelles

Élément clé n° 3:

Organisation de l'hygiène hospitalière et dotation du personnel

1. Un organe stratégique multidisciplinaire pour la prévention et le contrôle des infections (PCI), soutenu par la direction de l'hôpital, doit être mis en place (commission d'hygiène ou commission PCI).

Cette commission comprend au moins un représentant de la direction de l'établissement et un représentant de l'équipe PCI. Elle se réunit régulièrement [1, 7].

2. Un plan annuel PCI avec une stratégie PCI et des objectifs PCI définis doit être en place [1, 7].

3. Le plan annuel de la PCI et le rapport annuel subséquent doivent être approuvés par la commission PCI et la direction de l'hôpital [1, 7].

4. L'équipe PCI de l'hôpital doit être soutenue par le département de microbiologie et avoir accès aux données/rapports sur les bactéries multi-résistantes (BMR) et autres agents pathogènes pertinents sur le plan épidémiologique [1, 7].

5. Une équipe PCI doit être en place ; à titre indicatif, elle se compose d'au moins une infirmière spécialiste PCI (poste correspondant à un plein temps) pour 150 lits ou d'une personne disposant d'une formation équivalente, avec possibilité d'avoir accès à un médecin spécialiste en maladies infectieuses au bénéfice d'une formation approfondie PCI [1, 7, 17, 18]. Les petits établissements peuvent établir des contrats pour ces prestations [1, 7].

6. Les niveaux de dotation en personnel de santé doivent être répartis de manière adéquate en fonction de la charge de travail [1, 7, 19–37].

Commentaire

Tous les hôpitaux devraient d'ores et déjà disposer d'une équipe en charge de l'hygiène hospitalière ou d'un service correspondant sur une base contractuelle ou à la demande. Cela signifie, par exemple, que des petits hôpitaux peuvent conclure un contrat de prestations avec des hôpitaux plus grands. Ces contrats peuvent porter aussi bien sur des activités de conseil que sur des ressources en personnel.

L'équipe en charge de l'hygiène hospitalière a notamment pour mission d'assurer la surveillance des micro-organismes pertinents pour les IAS (p. ex. MRSA), la dispensation de conseils en interne pour le dépistage de patients (p. ex. ESBL), la mise en œuvre de mesures de désinfection ou d'isolement ainsi qu'une intervention rapide en cas de flambée de cas.

Cette équipe a également pour tâche d'élaborer et de présenter un plan annuel d'hygiène hospitalière accompagné d'une stratégie et d'objectifs spécifiques.

Plusieurs tâches, décrites dans ces standards minimaux, peuvent être effectuées par les spécialistes en prévention et contrôle de l'infection (PCI). Pour pouvoir les accomplir correctement, il faut au minimum un spécialiste en PCI ou une personne au bénéfice d'une formation correspondante (équivalent plein temps) pour 150 lits. De plus, la disponibilité d'un médecin spécialiste en infectiologie avec une formation approfondie en PCI doit être garantie pour répondre à des questions spécifiques. La limite minimale de 150 lits a été fixée conformément à des prescriptions internationales.

Les hôpitaux disposent pour la plupart d'une commission d'hygiène (commission interdisciplinaire proche de la direction de l'établissement) qui se réunit à inter-

Pour le Canton de Vaud

- Coordination pour les soins aigus avec 3 rencontres par an entre les responsable HPCI des hôpitaux
- Retour d'expérience avec 2 rencontres par an avec les infirmières HPCI
- Commission d'hygiène dans certains établissements
 - l'Unité HPCI validera les plans de protection
- Dotation en personnel
 - Equipe médico-infirmière dans chaque établissement (1EPT/150 lits (0.7 EPT/100 lits))
 - Soutien de l'Unité HPCI à l'équipe PCI de chaque établissement

Élément clé n° 4:

Formation

1. Tous les nouveaux professionnels de la santé en contact avec les patients doivent recevoir une formation portant sur les mesures de précaution standard (p. ex. hygiène des mains et port d'un masque) et les différentes mesures d'isolement (contact, gouttelettes, etc.) [1, 7, 38–4. 5].
2. Tous les professionnels de la santé en contact avec les patients doivent recevoir régulièrement une formation sur un sujet PCI pertinent (adapté au service concerné si possible) [1, 7, 38–45].

Pour le Canton de Vaud:

- Organisation du Forum d'hygiène hospitalière
- Formation pour les nouveaux collaborateurs dispensée dans chaque établissement
 - A l'avenir, développer l'offre de formation et de perfectionnement sur la prévention des IAS pour tous les professionnels de la santé
- Soutien pour un programme de formation en ligne piloté par l'Unité HPCi (e-learning)

Élément clé n° 5:

Audits et monitoring

1. Au moins un audit interne ciblé PCI doit avoir lieu chaque année dans chaque hôpital. [1, 7, 46–52].
2. Un monitoring de l'hygiène des mains doit être en place [1, 7, 48, 50].
3. Les résultats des audits internes (p. ex. hygiène des mains) doivent être communiqués aux professionnels de la santé (au moment de l'évaluation), à la direction de l'hôpital ainsi qu'au service ayant fait l'objet de l'audit, et être régulièrement transmis à la commission PCI [1, 7, 48, 49].
4. La réalisation des objectifs doit être vérifiée et présentée dans le rapport PCI annuel (éléments clés 3.2 et 3.3). En cas de non-réalisation des objectifs, les causes doivent être déterminées et, si nécessaire, des mesures d'amélioration définies.

Pour le Canton de Vaud

- Monitoring HM
 - CleanHands (Swissnoso)
 - Outils personnels (FHV)
 - Consommation de la solution hydro-alcoolique
- Rapport PCI
 - Indicateurs transmis à la DGS

Élément clé n° 6:

Surveillance et épidémies

1. Une surveillance doit être en place et ses résultats communiqués à la direction de l'hôpital et à la commission PCI. Sa conception doit, de préférence, être basée sur des modules de surveillance établis afin de permettre une comparaison avec d'autres établissements.

Si des modules propres sont développés et mis en œuvre, ils doivent être validés par des spécialistes PCI pour assurer qu'ils sont irréprochables d'un point de vue épidémiologique.

La surveillance doit consister en [1, 7, 47, 53–62] :

1.1 Collecte et évaluation des indicateurs de processus

1.1.1 Adhésion à l'hygiène des mains et/ou consommation des produits pour la désinfection des mains

1.1.2 Taux de vaccination contre la grippe des professionnels de la santé

1.2 Collecte et évaluation des indicateurs de résultats :

1.2.1 Surveillance active continue des infections du site opératoire (site chirurgical)

1.2.2 Enquête de prévalence ponctuelle et/ou surveillance de l'incidence des infections du site opératoire après des opérations qui ne sont pas incluses dans la surveillance active continue (1.2.1).

1.3 Au moins un autre module de surveillance (p. ex. bactériémies associées à un cathéter, infections à Clostridium difficile)

2. Un standard de dépistage des microorganismes multi-résistants, tenant compte de la situation épidémiologie locale et des exigences nationales, doit être en place pour les patients transférés d'autres établissements de soins, en particulier de l'étranger [1, 7].

3. Une politique d'information doit être en place pour le transfert des patients porteurs des microorganismes multirésistants [1, 7].

4. Une stratégie écrite de gestion des épidémies, conforme aux recommandations nationales, doit être disponible [1, 7].

5. Le laboratoire de microbiologie doit établir une statistique régulière de la fréquence des microorganismes multi-résistants (BMR) et la transmettre à l'équipe PCI [1, 7, 63].

Commentaire

La surveillance est une mesure de base de l'hygiène hospitalière. Sa conception doit, de préférence, être basée sur des modules de surveillance établis afin de permettre une comparaison avec d'autres établissements. Les mesures obligatoires pour les hôpitaux (p. ex. selon le plan de mesures de l'ANQ) doivent être incluses. Ainsi, la participation au module ANQ/Swissnoso de surveillance des infections du site chirurgical est actuellement obligatoire.

Actuellement déjà, de nombreux hôpitaux participent aux enquêtes de prévalence ponctuelle dans le cadre desquelles, une fois par an, toutes les IAS sont dénombrées dans leur établissement (ce qui permet p. ex. de déterminer la proportion de patients hospitalisés touchés par une infection associée aux soins). Ces enquêtes sont organisées au niveau national et n'impliquent pas de contraintes supplémentaires pour l'hôpital, en dehors de la coopération de l'équipe en charge de l'hygiène hospitalière.

De nouveaux modules de surveillance seront développés dans le cadre de la stratégie NOSO et mis à la disposition des hôpitaux ces prochaines années. Afin de tenir compte des particularités locales, une certaine souplesse est prévue tant sur le plan du contenu que du calendrier pour ce qui est de la participation à de nouveaux modules de surveillance. L'objectif consiste à enregistrer les mêmes paramètres pendant plusieurs années pour parvenir à un ensemble de données fiables pouvant être facilement évaluées et analysées.

Chaque hôpital devrait déjà avoir des algorithmes définis permettant de savoir quels patients sont dépistés quand et où pour certains agents pathogènes. Le flux d'informations en cas de résultats positifs doit être garanti. Il n'existe encore aucune réglementation sur le sujet, mais Swissnoso publiera très prochainement des recommandations nationales sur la question. Ces recommandations précisent ce qui doit être mis en œuvre de manière proactive dans les hôpitaux (y compris la communication entre les laboratoires et les médecins) pour empêcher et pour détecter une épidémie d'infections. Elles définissent également quels patients doivent être testés pour quels germes multirésistants.

Certains petits hôpitaux ne disposent peut-être pas encore de stratégie écrite en cas d'épidémie. Il est néanmoins utile de se demander, avant qu'une telle éventualité se produise, quels pourraient être les scénarios possibles ainsi que les ressources humaines et financières à mettre à disposition à court terme.

Pour le Canton de Vaud:

- Participation aux surveillances cantonales (Unité HPCI)
 - Bactériémies nosocomiales
 - Patients porteurs de BMR
 - Infections en hémodialyse
 - Grippe saisonnière
- Recommandation cantonales (Unité HPCI)
- Programme_cantonal_HPCI-VD_en-bref_060319_0.pdf

Élément clé n° 7:

Interventions

1. Au moins un module d'intervention, reconnu au niveau cantonal et/ou national, pour la prévention des infections associées aux soins (ou pour la prévention d'un type spécifique d'infection associée aux soins) doit être mis en œuvre [1, 7].

Pour le canton de Vaud:

- Modules d'intervention actifs
 - ISO
 - Grippe (vaccination)