

PARTENARIAT ESTHER en Hygiène Hospitalière
*Coopération entre le CHU de Rennes et 2 hôpitaux de
Bujumbura, Burundi*

Hôpital Prince Régent Charles
Centre Hospitalo-Universitaire Kamenge
L. SAUNDERS, F. NIYONKURU



Ensemble pour une **S**olidarité **T**hérapeutique **H**ospitalière **E**n **R**éseau

Introduction

- Bujumbura au Burundi
 - 2 hôpitaux publics
 - Hôpital Prince Régent Charles (HPRC): 600 lits
 - Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK): 410 lits
- Constat : conditions d'hospitalisation difficile
 - ⇒ Extension à l'hygiène hospitalière à partir du programme de prise en charge des patients atteints VIH (existant depuis 2006)
- Partenariat en 4 temps :
 - Evaluation initiale (2007)
 - Formations (2008-2009)
 - Evaluation (2009)
 - Actions (2010-2011) :
 - Tri des déchets
 - Implantation des PHA pour l'hygiène des mains
 - Surveillance Epidémiologique

Professionnels impliqués dans le partenariat

- **Hôpital Prince Régent Charles (HPRC)**
 - Directeur général (Dr Nduwarugira), Chief nursing (Mme Bukuru), l'équipe d'hygiène hospitalière (un responsable Mr Niyonkuru et un chef de poste Mr Niyongabo)
- **CHU Kamenge (CHUK)**
 - Directeur général (Dr Ndabashinze), Chef Nursing (Mme Barahinduka) et hygiéniste (Mr Ndayiragije)
- **Esther**
 - Siège : O Terzolo
 - Coordination Burundi : Dr Biziragusenyuka
- **CHU de Rennes**
 - Unité d'hygiène : Dr Chapplain
 - Maladies infectieuses : Dr Arvieux
 - CCLIN ouest : Dr Jarno et Dr Saunders

Evaluation initiale (I) : Hygiène des mains

- Quasi-inexistante
- 2 raisons :
 - peu de sensibilisation
 - rares points d'eau fonctionnel sans savon ni essuie mains



Evaluation initiale (II) : Déchets de soins et AES

- **Tri des déchets limité** : nombreux déchets de soins voire piquants-tranchants (aiguilles) dans la filière des DAOM



- **AES fréquents, non déclarés**

Séroprévalences estimées :

- VIH : Burundi (3 %), Bujumbura (3.7-4.6%)
- Hépatite C : Burundi (6 - 8%)

Evaluation initiale (III) : Déchets de soins et AES

Alors que...

- il existe une filière : collecteur à aiguilles, poubelles...
- conditions de stockage et destruction possibles des 3 types de déchets :
 - organiques (fosse biologique)
 - déchets de soins (incinérateur manuel)
 - aiguilles (incinérateur à 1000 °C)



- cellule de prise en charge des AES au CPAMP

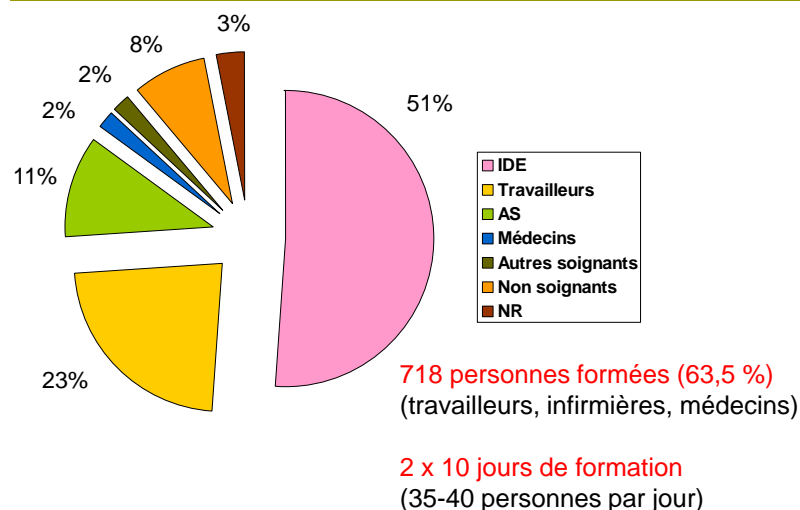
Formation : objectifs

- Formation d'hygiène de base
- Centrée sur deux thèmes :
 - Hygiène des mains/usage des gants
 - Prévention des AES par :
 - organisation du tri des déchets
 - recours au traitement post exposition

Organisation de la formation

- Ouverte :
 - au maximum de personnes
 - toutes les catégories socio-professionnelles de l'hôpital
- Une journée par personne :
 - cours théoriques le matin
 - ateliers l'après midi par catégories professionnelles:
 - ❖ médecins, infirmières, aides-soignantes,
 - ❖ « travailleurs », techniciens de laboratoire
- Formateurs : binômes systématiques CHU Rennes et HPRC ou CHUK pour chaque session
 - CHU Rennes : 2 médecins et 2 paramédicaux
 - CHUK/HPRC : 2 médecins, 2 « chefs nursings », 2 techniciens en hygiène hospitalière

Répartition des différentes catégories professionnelles formations 2008-2009



Effets de la formation (I) Hygiène des mains

- Bases théoriques bien connues des participants
- Formation peu adaptée aux possibilités de lavage des mains dans les hôpitaux : *intérêt des PHA dans ce contexte (réseau d'eau vétuste et points d'eau rares)*
- Mais augmentation de la consommation de gants (x2) à défaut de réalisation d'hygiène des mains...



Effets de la formation (II) Tri des déchets

Visite des hôpitaux en 2009 (équipe conjointe CHU Rennes et HPRC)

= Amélioration du tri des déchets dans les deux hôpitaux



Aiguilles et matériel coupant



Déchets de soins

Effets de la formation (III) AES

- Enquête AES 2011 :
 - 53 professionnels ont participé à l'enquête (IDE, travailleurs)

Nbre AES	Nb total d'AES	%
AES déclarés	6	27
AES non déclarés	11	50
Ne sait pas	3	14
Non renseigné	2	9
TOTAL	22	100

La moitié des AES restent non déclarés (*pour la plus grande majorité par méconnaissance du risque et du dispositif*)

Actions (I)



□ Implantation des PHA dans les hôpitaux en 2011 : HPRC

- Production locale par un laboratoire pharmaceutique selon le guide d'implantation et production OMS
- Formations/actions réalisées en 2011 pour l'ensemble des services de l'HPRC
- Suivi par la consommation des unités de soins relevée par la pharmacie



Tableau de consommation(=dispensation)

Nombre de flacon de PHA (400ml) dispensés par mois par service

	Obst	Gynécol	Chir.	Urg	Néonate	Stom.	ORL	OPH	Pédia.	Méd. Int.	Bloc op	Réa	Radio
avr-11	29	10			10								
mai-11	10	20	21		10								
juin-11		10		30	20	4							
juil-11			15	21									
août-11	20	20		5		10	4		10				2
sept-11		19	16	36	5		5	5	5	20	10		2
oct-11	8	14			2			2	5		10		2
nov-11	6	25	10	20	10				5	6	9		

Actions (II)

□ Surveillance épidémiologique dans les hôpitaux

- Surveillance ISO : protocole bien établi
 - Période : 1^{er} semestre ; toutes les interventions de GO et de chirurgie
 - Recueil quotidien aux BO des interventions
 - Recueil hebdomadaire dans les services avec échanges avec les chefs de poste pour le diagnostic des ISO

Méthode de surveillance à l'HPRC : Fiches de recueil

Fiche de surveillance des infections du site opératoire

Numéro du Patient	Informations administratives	Informations cliniques
	Nom et prénom :	Type d'intervention :
	Age :	Date d'apparition d'infection :
	Sexe : F...M	Signes d'infection :
	Service d'hospitalisation :	Ecoulement : oui non
	Date d'intervention :	Fièvre : oui non
		Présence d'un germe oui non
		Si germe lequel :

Evolution de l'incidence des ISO

Année	Nb d'interventions	Nb ISO	% ISO
2008	945	28	2.96
2009	1101	11	1
2010	1194	22	1.84
2011	869	18	2.07

Constat de la surveillance

- Une activité variable au cours du temps : *exhaustivité* ?
- Une incidence qui tend à la baisse entre 2008 et 2011 (*que s'est-il passé en 2009 ?*)
- Des informations médicales parfois difficiles à coder (type d'intervention, diagnostic) : *échanges nécessaires avec le corps médical* ++++
- Des infections peu documentées : *lien avec le laboratoire*

MAIS un outil d'échange +++ avec les chirurgiens et la direction de l'HPRC

Actions (III)

- Avis techniques et compagnonage ciblés :
 - Organisation de la lutte contre les IN
 - Santé materno-infantile : hygiène au bloc opératoire de la maternité
 - Lutte anti vectorielle dans l'établissement ; mise en place d'un dispositif (*temporaire*) en cas d'épidémie de choléra

Budget du projet

- En 4 ans
 - Frais de déplacement, per diem...
 - 24 missions (1 semaine/10 jours) Nord-Sud
 - 2 stages (1 mois) Sud-Nord
 - 1 mission (5 jours) Sud-Nord
 - Frais de formation : 75 000 euros
 - Matériel/Equipement : 16 000 euros
 - Matériel/Equipement : 12 000 euros
- En plus
 - coordination Esther +++
 - temps hospitaliers (en dehors des missions)

Perspectives 2012

- **Action 1 : hygiène des mains et implantation des produits hydro-alcooliques dans deux hôpitaux de Bujumbura**
 - HPRC entièrement pourvu en PHA
1 mission
 - Evaluation du circuit (approvisionnement, conditions de stockage, mise à disposition dans les services), de la consommation et de la bonne utilisation des PHA
 - Mise en place d'un contrôle qualité des PHA
 - Etude de faisabilité d'une production par la pharmacie de l'hôpital
 - CHUK
 - 3 missions de formations actions pour la mise en place des PHA

Perspectives 2012

- **Action 2 : la surveillance épidémiologique**
 - Suivi de la surveillance ISO pour l'HPRC et le CHUK (1 mission)
 - Evaluation du recueil des AES (*fréquence des AES, fréquence des recours aux consultations et déclarations au CPAMP*) et mise en place d'un protocole de surveillance (1 mission)
 - Evaluation de la couverture vaccinale hépatite B parmi le personnel soignant - enquête de séroprévalence hépatite B (2 missions)
 - Faisabilité d'une enquête d'incidence des infections du post partum (1 mission)

Perspectives 2012

- **Action 3 : prévention des Accidents d'Exposition au Sang**
 - **Evaluation**
 - *Recueil AES : fréquence des AES, fréquence des recours aux consultations et déclarations au CPAMP avec mise en place d'un protocole de surveillance*
 - *Couverture vaccinale hépatite B parmi le personnel soignant et proposition d'une campagne de vaccination en coordination avec le PEV (2 missions)*
 - **Soins et prise en charge**
 - Utilisation des ARD et TDR, suivi des PVVIH (1 mission)

Perspectives 2012

- **Actions spécifiques**
 - Hygiène au bloc opératoire :
 - Renforcement de l'organisation, notamment aide à la mise en place d'une «check list » (2 missions)
 - Gestion des plaies et cicatrisations post-opératoires (1 mission d'évaluation)
 - Soutien à l'organisation interne en termes d'hygiène :
 - Rattachement de l'unité d'hygiène à la direction des soins; mise en place d'un réseau de correspondants (comité d'hygiène et de sécurité)
 - Formation des personnels au CHU de Rennes (*1 obstétricien (HPRC) ; 2 hygiénistes (CHUK/HPRC) ; 2 « chief nursing » (CHUK/HPRC)*)

Conclusion (I)

- Un partenariat actif car :
 - Un soutien organisationnel et financier (Esther)
 - Une équipe burundaise identifiée et largement impliquée
 - Un partenariat basé sur des échanges et le transfert de compétences (*formation en binôme, stages au CHU de Rennes*)

Conclusion (II)

- Des limites
 - Contexte du financement des ES français à l'activité peu propice aux actions de coopération
 - +++ Mise à disposition du personnel paramédical du CHU de Rennes de plus en plus difficile
 - Temps secrétariat supplémentaire non financé
 - « Millefeuille » de l'aide internationale (coopération belge, japonaise, chinoise, MSF Belgique...); une nécessaire coordination MAIS difficile à mettre en œuvre (temps limités sur place ; turn over important...)!