



## SOMMAIRE

- 2 Des souvenirs pour mémoire...
- 4 Trois campagnes nationales pour la promotion de l'hygiène des mains : un succès ?
- 9 Ciel mes bijoux !
- 12 Hygiène des mains dans les hôpitaux psychiatriques
- 13 Prévention des infections dans les Maisons de Repos et de Soins
- 16 Hygiène des mains au-delà des frontières
- 18 Les campagnes dans l'avenir
- 18 Nous avons lu pour vous.
- 22 Site Web.
- 23 Instructions aux auteurs.
- 24 Comité de Rédaction.  
Abonnements.

**Avec le soutien du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement,**  
Eurostation Bloc II – 1er étage (1D01D)  
Place Victor Horta, 40/10  
1060 Bruxelles

## EDITORIAL

### Hygiène des mains : bravo à la Belgique

Nul besoin ici de rappeler les centaines de millions de patients qui, annuellement à travers le monde, acquièrent des infections liées aux soins.

Nul besoin non plus d'insister sur l'importance de l'hygiène des mains en tant que première mesure de prévention des infections. La Belgique est convaincue de longue date de l'importance de ce geste simple qui peut sauver des vies, ainsi que de la nécessité de sa promotion à large échelle et sous l'égide d'une équipe entreprenante, ingénieuse, innovatrice, et soutenue par les hautes instances managériales et politiques locales et nationales.

Comme le rappelle si bien ce numéro du bulletin: «Dix ans au moins que l'on parle d'hygiène des mains ». Première campagne de promotion à large échelle en 1989...bravo. Campagne dans les deux langues nationales, suivant les propositions de l'OMS en adaptant les outils aux besoins des hôpitaux et des centres de soins belges...bravo. Enquêtes additionnelles originales au sein de différents secteurs de soins ainsi que sur des aspects nouveaux des pratiques...encore bravo. Et finalement, rayonnement au-delà des frontières du pays avec pour exemple celui du projet partenaire avec le Rwanda...mille fois bravo.

Nul doute que la Belgique participe très activement à la campagne de l'OMS « Clean Care is Safer Care », dont l'objectif est de réduire les infections liées aux soins et de limiter la propagation des résistances bactériennes par l'application de la stratégie multimodale proposée. Nul doute non plus que le 5 mai 2010, les soignants des centres de soins belges s'uniront à ceux du monde entier pour participer à la journée mondiale de promotion de l'hygiène des mains au cours des soins, rejoignant ainsi près de 8 millions de collègues en charge de patients dans plus de 3 millions de lits hospitaliers.

Nul doute que ces institutions belges inviteront celles qui ne font pas encore partie de la grande famille à s'enregistrer (<http://www.who.int/gpsc/5may/en>) et participeront activement à ce mouvement universel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Nul doute enfin que les nouveaux outils préparés et proposés le 5 mai prochain par l'OMS, et en particulier l'instrument destiné à mesurer sur l'échelle proposée le chemin qui sépare encore chaque institution de soin du statut de centre d'excellence pour l'hygiène des mains, résonneront dans plus d'un hôpital belge.

Un grand bravo et un grand merci à nos amis belges et surtout le vœu que des millions de patients voient leurs soins pratiqués de manière plus sûre dans un avenir aussi immédiat que possible.

**Prof. Didier Pittet**

Médecin chef, Service de Prévention et Contrôle de l'Infection,  
Hôpitaux Universitaires et Faculté de Médecine de Genève  
Directeur, 1<sup>er</sup> Défi Mondial pour la Sécurité des Patients,  
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

# NOS SOINS EN FOCUS

Cher lecteur,

Je suis extrêmement heureux de vous adresser ces quelques mots à l'occasion de ce numéro spécial de Noso-info sur l'hygiène des mains. En tant que directeur général des établissements de soins et président de la Commission belge de Coordination de la politique antibiotique, j'attache beaucoup d'importance aux initiatives qui soutiennent une politique d'hygiène structurée au sein des hôpitaux belges. Dans ce cadre, la promotion de l'hygiène des mains est très efficace : un geste simple peut éviter un pourcentage considérable d'infections nosocomiales. Grâce aux campagnes de sensibilisation « Vous êtes en de bonnes mains » et au matériel de campagne, aux différents outils de formation et aux précieux instruments de mesure, notre pays est devenu un véritable pionnier dans le domaine de la promotion de l'hygiène des mains. Ce succès, nous le devons à un groupe de travail enthousiaste qui s'investit bénévolement depuis plusieurs années pour ce même objectif important.

C'est pour cette raison que je tiens à remercier tous les membres du groupe de travail ! Tous mes remerciements au Dr. Anne Simon et à son équipe. Un grand merci également à tous ceux qui ne font plus partie du groupe de travail.

Enfin, à tous les hôpitaux qui ont participé volontairement à la campagne : mes félicitations et merci de vos efforts continus!



Christiaan Decoster  
Directeur général Organisation des établissements de soins  
SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

## Des souvenirs pour mémoire ...

« *Savoir c'est se souvenir* »

Aristote



**P. Taminiau, infirmière en Hygiène Hospitalière, membre du groupe de travail « Hygiène des mains »**

!!!!!!!!!!!! 10 ans au moins qu'on ne parle que d'hygiène des mains.

10 ans et même plus, si on compte les édits antérieurs des associations professionnelles.

Cette préoccupation nationale est en fait mondiale, puisque l'OMS elle-même en fait son cheval de bataille une fois de plus ce 5 mai 2010, date de la **JOURNÉE MONDIALE d'hygiène des mains avec le slogan suivant :**

**“Save lives : Clean Your Hands “**

S'il n'est pas conseillé de regarder derrière soi, de temps en temps un arrêt sur image ne fait pas de mal. En effet, il est bon de se souvenir du début de cette aventure, de regarder le chemin parcouru rien que pour se donner le courage d'aller de l'avant et se rendre compte que tout est possible à condition de le vouloir.

Après 3 campagnes nationales de promotion de l'hy-

giène des mains tout le monde connaît les membres du groupe de travail. Année après année, ils ont conçu et mis à votre disposition le matériel didactique nécessaire et ont proposé des objectifs à atteindre concernant l'observance de l'hygiène des mains.

Bien avant ces campagnes nationales, les associations professionnelles, conscientes de l'enjeu, avaient déjà amorcé l'une ou l'autre action dans le domaine en tenant compte des limites financières et autres qui leur étaient imposées à l'époque.

J'évoque ici :

- L'ABHH (Campagne francophone sur le lavage des mains en 1989 et montage audiovisuel réalisé en 1984 revu en 1991) et
- La NVKVV (Campagne handhygiene voor alle Vlaamse algemene en psychiatrische ziekenhuizen alsook rust- en verzorgingstehuizen en 1991)

qui avaient déjà réalisé des documents ou des campagnes afin de promouvoir l'hygiène des mains dans les institutions de soins.

Ce que certains ignorent c'est que cette « **saga hygiène des mains** » est née bien avant 2005 et que ce serait bien d'avoir une pensée pour ceux qui, au tout début, ont initié le projet qui a finalement abouti aux campagnes auxquelles vous participez aujourd'hui avec enthousiasme au vu des taux de participation.

Début des années 2000, à l'initiative de la NVKVV, un petit groupe de travail se met en place et contacte l'ABHH dont j'étais présidente à l'époque afin de nous demander de réfléchir ensemble à un projet ambitieux de promotion de l'hygiène des mains dans les institutions de soins.

Passionnant évidemment mais où trouver les moyens ?

À l'époque les objectifs de ces réunions étaient essentiellement de réfléchir au public cible, aux objectifs à atteindre (augmenter l'observance de l'hygiène des mains, introduire partout les solutions hydro-alcooliques...), à la méthodologie, de définir les phases de la campagne, de savoir qui contacter au niveau juridique afin de se protéger et d'assurer aux hôpitaux participants une confidentialité indispensable..... brefs : **les balbutiements...**

Grâce à Herman Goossens, vice-président de la BAPCOC et au soutien de Christiaan Decoster, Directeur général Organisation des Etablissements de Soins SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, la BAPCOC décroche un budget au Ministère de la Santé Publique pour la première campagne. En 2002 la plateforme fédérale et les plateformes régionales d'hygiène hospitalière sont créées. Cette nouvelle structure sera un élément important dans la réussite des campagnes en favorisant la communication vers les hygiénistes.

N'oublions pas non plus l'ISP (Institut de Santé Publique) impliqué dès le début du projet. Les campagnes n'auraient sans doute pas vu le jour sans lui (s'il s'agit de l'ISP).

Au fil du temps certains ont quitté le groupe, remplacés par d'autres, constituant un noyau d'hygiénistes pour la majorité d'entre-eux, médecins et infirmier(e)s, heureux de travailler ensemble depuis toutes ces années.

Trois campagnes plus tard, et une 4<sup>ème</sup> en élaboration, nous sommes maintenant une bonne dizaine à mettre notre imagination (bilingue, à priori, une imagination n'est pas bilingue...) au service de ces campagnes nationales.

Si l'on devait définir notre groupe, nous pourrions dire que ce qui le caractérise est le dynamisme, l'enthousiasme, le foisonnement d'idées partagées, la satisfaction de les réaliser et le plaisir de nous retrouver pour les mettre sur pied, année après année, chacun apportant avec lui ses qualités et son expertise.

Les résultats obtenus sont là pour nous donner raison et prouver combien il était important de réaliser ces campagnes afin de faire progresser une pratique simple mais combien importante pour la sécurité des patients et du personnel de soins.

C'est chose faite tant dans les hôpitaux qu'au niveau des écoles (d'infirmières ?).

Mais il reste toujours des points à améliorer....et des irréductibles à convaincre, alors courage ne baissons pas les bras !!!

N'oubliez surtout pas que selon les spécialistes, il faut répéter les campagnes afin de modifier les comportements.....donc, gardons espoir !!!!

Merci aux anciens qui ont pris cette initiative et aux plus jeunes qui l'ont réalisée et trouvent toujours de nouvelles idées grâce à leur imagination débordante.

Personnellement, l'élaboration de ces campagnes restera toujours dans ma mémoire comme un excellent souvenir: j'y ai gagné en amitié, en connaissances, en expérience et en pratique de traduction... du néerlandais..... La preuve que l'on peut joindre l'utile à l'agréable, réaliser des choses très sérieuses et y prendre un grand plaisir.

N'oublions pas que la Belgique est le premier pays à avoir réalisé une campagne nationale que certains imitent et d'autres envient.

Je vous souhaite beaucoup de plaisir à la lecture de ce numéro spécial « Hygiène des mains » de Noso-Info.



# Trois campagnes nationales pour la promotion de l'hygiène des mains : un succès ?

E. Leens, J. Antoine, C. Barbier, M. Costers, F. De Meerleer, S. De Corte, R. Haenen, A. Spettante, P. Taminiau, S. Vaerenberg, A. Willemse, A. Simon (membres du groupe de travail "Hygiène des mains")

## Introduction

Dans cet article, nous voulons esquisser l'évolution des résultats des trois campagnes nationales visant à promouvoir l'hygiène des mains dans les hôpitaux belges au cours des cinq dernières années et en évaluer l'impact à court et à long terme sur le respect de l'hygiène des mains et sur l'utilisation de solution hydro-alcoolique.

## Méthodologie

En 2005, 2006-2007 et 2008-2009, un groupe de travail multidisciplinaire, composé de représentants de la Plateforme fédérale pour l'Hygiène Hospitalière, du BAP-COC, du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, du Belgian Infection Control Society (BICS), de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), de l'Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière (ABHH) et de la NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen), a organisé une campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains en milieu hospitalier sous le nom de « Vous êtes en de bonnes mains ». Cette campagne a bénéficié d'un appui politique et financier du ministère de la Santé Publique.

## Participation

La participation à la campagne était volontaire. Outre les hôpitaux aigus, les établissements chroniques et psychiatriques ont également pu participer à partir de la deuxième campagne.

## Matériel de campagne

Les trois campagnes ont conjugué essentiellement les mêmes ingrédients : audit de l'observance des différents services avant et après la phase de sensibilisation, rétro-information des résultats au personnel concerné, organisation de séances d'information et utilisation d'affiches et de dépliants. Tant le personnel hospitalier que les patients ont été impliqués dans la campagne.

Les recommandations internationales et nationales ont été utilisées comme source d'inspiration. Chaque campagne a mis l'accent sur des aspects particuliers. Alors que le message au cours de la première campagne était

« l'hygiène des mains, just do it, et avec une solution hydro-alcoolique », ce message a encore été affiné au cours de la deuxième campagne et l'attention a été portée sur la technique d'hygiène des mains et le moment d'application. Dans la troisième campagne, il a également été question de l'utilisation correcte de gants, du port de bijoux et de la bonne hygiène des ongles (conditions de base).

## Les mesures et la rétro-information des résultats

Le respect des prescriptions d'hygiène des mains a été mesuré par l'équipe d'hygiène hospitalière par l'observation directe, en utilisant une grille d'observation standardisée avant et après la campagne de sensibilisation. L'impact de la campagne a été mesuré à l'aide de deux indicateurs : l'observance de l'hygiène des mains (le nombre de fois où du savon et/ou une solution hydro-alcoolique a été utilisé/le nombre d'opportunités d'hygiène des mains) et l'utilisation de solution hydro-alcoolique (l'utilisation de solution hydro-alcoolique/l'utilisation de solution hydro-alcoolique et de savon et la consommation mensuelle de solution hydro-alcoolique). Les résultats ont été stratifiés en fonction des cinq indications (avant contact avec le patient, après contact avec le patient, après un acte invasif, après exposition à des liquides organiques et après contact avec l'environnement du patient) et selon la catégorie professionnelle (infirmier, aide-soignant, médecin, kinésithérapeute, autre).

Chaque hôpital participant a observé au minimum 150 opportunités d'hygiène des mains avant et après la campagne. Les mesures étaient uniquement obligatoires aux soins intensifs. Les données d'observation ont été encodées dans un programme spécialement conçu à cet effet (NISHwin) et ont été analysées par l'ISP, qui a envoyé aux équipes d'hygiène hospitalière, dans la semaine, un rapport comportant les résultats des mesures avant et après la campagne et comportant le benchmarking. Ces résultats ont été utilisés pour motiver ou rediriger les professionnels de la santé.

## Traitement statistique

Toutes les données ont été analysées avec Stata SE 10. Des moyennes pondérées ont été utilisées pour les résul-

tats nationaux, c'est-à-dire que le même poids est donné à chaque hôpital, indépendamment du nombre d'observations. Des modèles linéaires généralisés et des tests de Kruskal-Wallis ont été utilisés pour les analyses de tendance. La limite de signification statistique était  $p < 0,05$ . Pour les comparaisons avant-après, seuls ont été pris en compte les hôpitaux qui ont participé aux deux mesures avant-après.

## Résultats

### Participation

La participation aux trois campagnes nationales était élevée. Le tableau 1 montre le nombre d'établissements participant par campagne. Certains hôpitaux ont uniquement pris part à la partie précédant la campagne et n'ont pas envoyé à l'ISP de données sur les mesures postérieures.

Tableau 1 : Nombre de sites/fusions participant par campagne, mesures avant-après, 2005-2009

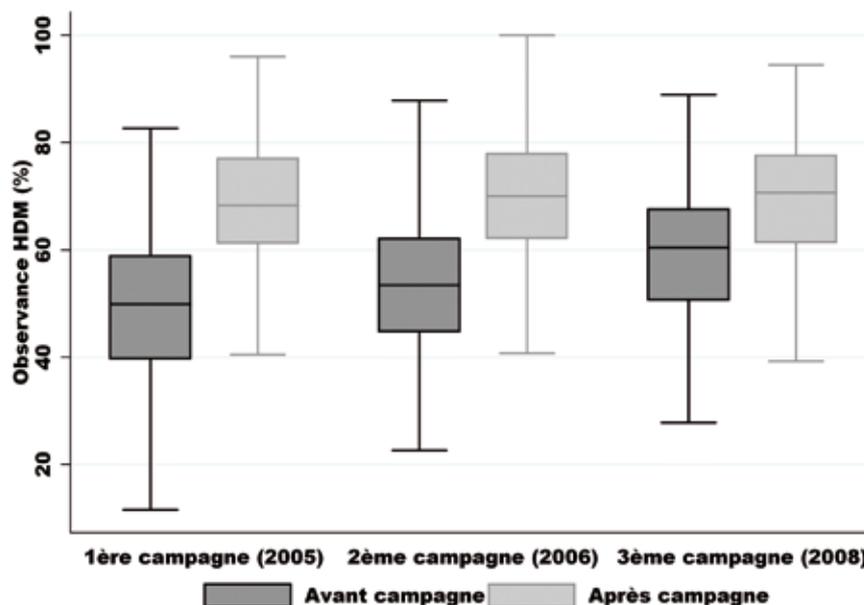
Type d'hôpital	2005		2006-2007		2008-2009	
	Avant la campagne	Après la campagne	Avant la campagne	Après la campagne	Avant la campagne	Après la campagne
Sites/fusions aigus	143	124	143	128	135	121
Sites/fusions chroniques	5	3	3	3	5	4
Sites/fusions psychiatriques	0	0	32	27	26	20
TOTAL	148	127	178	158	166	145

### Observance

Au total, 594.150 opportunités d'hygiène des mains ont été observées pendant les trois campagnes (317.232 avant et 276.918 après la campagne). Nous avons constaté une augmentation de l'observance (moyenne nationale) après chaque campagne : de 49,6 % à 68,6 %, de 53,2 % à 69,5 %, de 58,0 % à 69,0 % pour respectivement la première, la deuxième et la troisième campagne (graphique 1). Les différences avant-après sont cependant plus faibles à chaque campagne (19,0

%, 16,3 % et 11,0 %). Après trois campagnes, il semble que nous ayons atteint, lors de la mesure postérieure à la campagne, un plafond de près de 70 %. Les observances des mesures antérieures à la campagne sont toujours meilleures que les mesures antérieures à la campagne précédente (10 % de différence entre les mesures antérieures à la première campagne et les mesures antérieures à la troisième campagne). Cela indique un impact (significatif) de la campagne à long terme ( $p : 0,001$ ).

Graphique 1 : Évolution du pourcentage de respect de l'hygiène des mains dans les hôpitaux belges, 2005-2009



Nous observons une tendance positive à court terme et à long terme après trois campagnes, tant dans les hôpitaux aigus, dans les hôpitaux chroniques que dans les hôpitaux psychiatriques (tableau 2). Même si les résultats de base dans les hôpitaux psychiatriques étaient

plus faibles comparativement aux autres hôpitaux, on observe un net effet de rattrapage (l'observance est passée de 45,2 % à 66,9 % après la deuxième campagne et de 54,3 % à 64,6 % après la troisième campagne).

**Tableau 2 : Évolution de l'observance selon le type d'hôpital, 2005-2009**

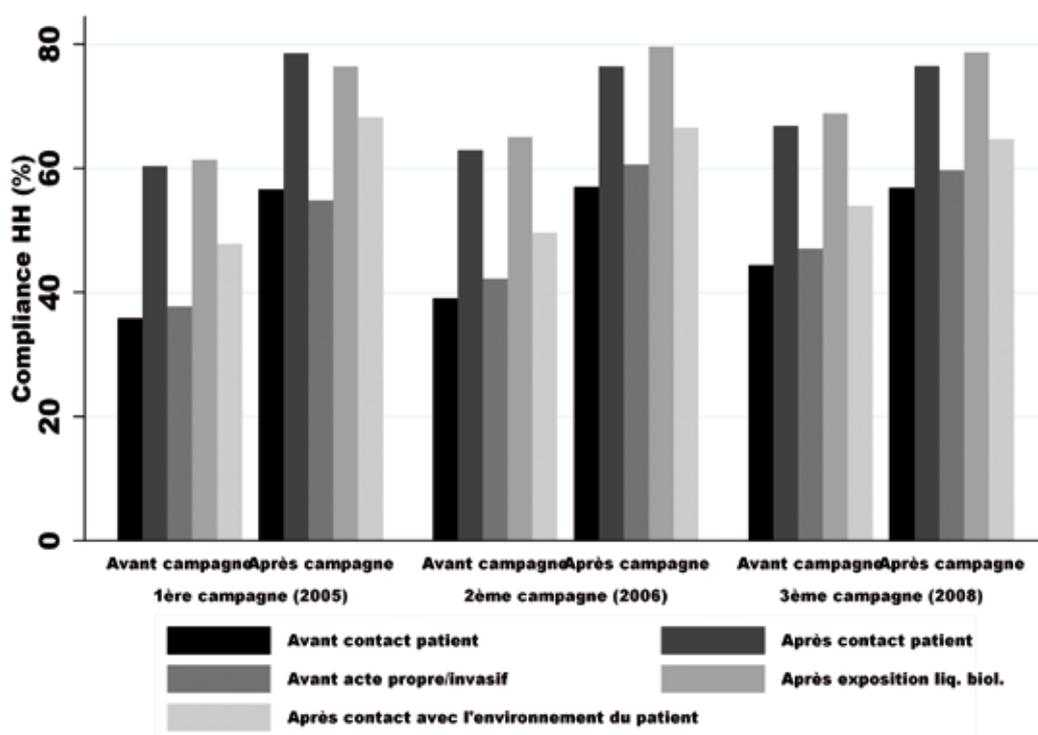
Type d'hôpital	2005		2006-2007		2008-2009	
	Avant la campagne	Après la campagne	Avant la campagne	Après la campagne	Avant la campagne	Après la campagne
Hôpitaux aigus	49,5 %	68,8 %	55,0 %	69,9 %	58,6 %	69,4 %
Hôpitaux chroniques	52,3 %	59,5 %	49,9 %	72,4 %	61,9 %	72,9 %
Hôpitaux psychiatriques	-	-	45,2 %	66,9 %	54,3 %	64,6 %

Nous observons une amélioration de l'observance pour tous les types d'unités, pour toutes les catégories professionnelles et pour toutes les indications tout au long des différentes campagnes.

Si nous regardons l'observance en fonction des indications, nous remarquons que les moments où l'on pro-

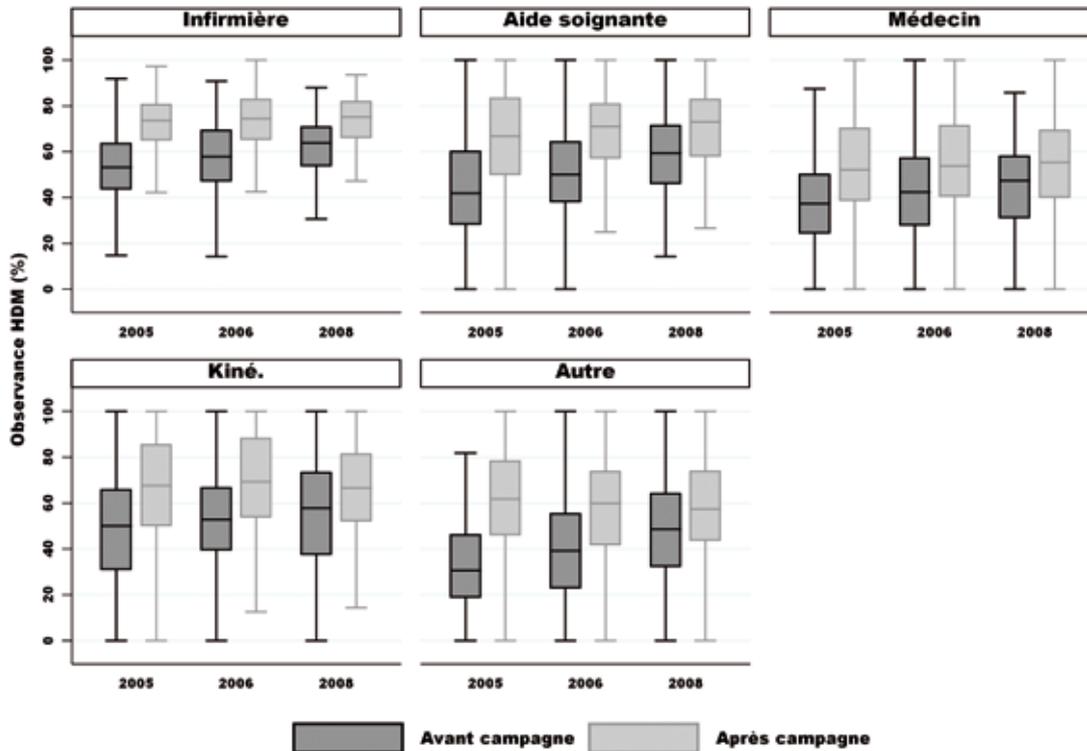
tège le mieux le patient sont encore loin d'être suffisants. L'observance pour les contacts avec les patients et pour un acte propre/invasif n'atteint même pas 60 % après la campagne (la moyenne pour les deux indications ensemble varie respectivement de 37,0 % à 56,3 %, de 40,0 % à 58,5 %, et de 45,6 % à 57,8 %) (graphique 2).

**Graphique 2 : Évolution du pourcentage de respect de l'hygiène des mains par indication dans les hôpitaux belges, 2005-2009.**



Les résultats de l'observance par catégorie professionnelle correspondent à ce qui se trouve dans la littérature : les infirmiers présentent les meilleurs résultats, les médecins les moins bons (graphique 3).

**Graphique 3 : Évolution du pourcentage de respect de l'hygiène des mains par catégorie professionnelle dans les hôpitaux belges, 2005-2009**

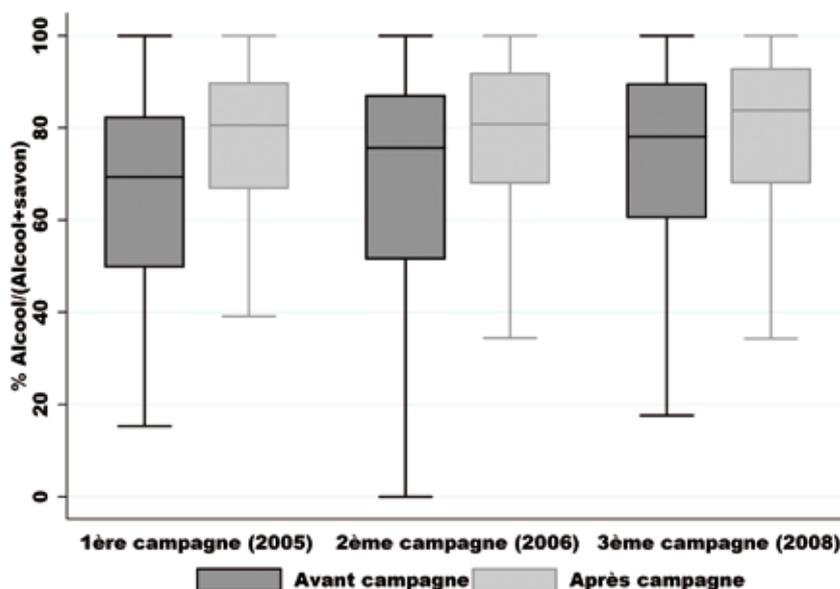


*Utilisation de solution hydro-alcoolique*

La campagne a fait la promotion de l'utilisation de solution hydro-alcoolique pour désinfecter les mains. Les résultats démontrent que la proportion de l'utilisation de solution hydro-alcoolique augmente à la suite de

chaque campagne : respectivement de 65,3 % à 76,4 %, de 67,6 % à 76,1 % et de 73,1 % à 77,7 % après la première, la deuxième et la troisième campagne (graphique 4). À long terme, nous constatons une augmentation significative de l'utilisation de solution hydro-alcoolique (p: 0,002).

**Graphique 4 : Évolution de l'utilisation de solution hydro-alcoolique (solution hydro-alcoolique/solution hydro-alcoolique + savon)**



## Conclusions

### Un succès ?

Les trois campagnes nationales visant à promouvoir l'hygiène des mains peuvent être qualifiées de succès, tant en termes de participation qu'en termes de résultats.

Le nombre d'hôpitaux participant tout au long des différentes campagnes est resté très élevé, malgré la lourde charge de travail qu'entraîne l'organisation d'une telle campagne.

La force des campagnes nationales belges réside dans la répétition des campagnes et dans la mesure systématique de leur impact. Cela a permis de démontrer non seulement les effets à court terme mais aussi à long terme. Les observances des mesures antérieures à la seconde campagne étaient meilleures que celles des mesures antérieures à la première campagne dans les hôpitaux aigus, mais plus faibles que les résultats des mesures postérieures à la première campagne. Il s'agit d'un phénomène connu qui souligne l'importance de la répétition de telles campagnes pour obtenir un effet durable.

L'utilisation de solution hydro-alcoolique semble après la deuxième campagne déjà avoir atteint un résultat optimal. Le message semble maintenant être vraiment arrivé et la résistance à l'utilisation de solution hydro-alcoolique semble être surmontée.

### Futur

Bien que les résultats généraux de l'observance après campagne soient excellents, un examen plus détaillé montre des pistes possibles pour les futures campagnes.

L'observance après campagne semble avoir atteint un plafond. Le défi est maintenant de limiter le recul de l'observance. Quelques petites mesures intermédiaires peuvent être utiles à cet effet.

Bien que les prestations des médecins s'améliorent progressivement, nous sommes encore loin de l'objectif à atteindre pour cette catégorie professionnelle et nous devons certainement tenir compte de ces résultats dans la préparation de la quatrième campagne.

En outre, l'hygiène des mains au moment où l'on protège le mieux le patient est encore appliquée de manière insuffisante. Il faudra donc accorder une attention particulière aux moments précédant le contact avec le patient.

### Consultez tous les résultats sur la page suivante :

[www.nsih.be](http://www.nsih.be)

1. E Leens et al, Campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains, 2006-2007. Résultats, ISP/EPI D/2009/2505/51.
2. E Leens et al, Campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains, 2008-2009. Résultats, ISP/EPI D/2009/2505/63.



# Ciel mes bijoux !

Commentaires concernant les résultats de l'observation du port de bijoux (bagues, montre, bracelets) et des ongles durant les soins chez le personnel soignant

**P. Taminiau , infirmière en Hygiène Hospitalière, membre du groupe de travail « Hygiène des mains »**

## Introduction

Un des messages de la troisième campagne nationale de promotion d'hygiène des mains est l'interdiction du port de bijoux aux mains et aux avant-bras ainsi que du port de faux ongles.

Il nous semblait important après cette sensibilisation de proposer aux institutions un outil pour mesurer l'impact de ce nouveau message.

Bien que le fait de travailler sans bijou fasse partie de l'enseignement de base de tout soignant, force est de constater que la réalité est tout autre.

## Objectifs

Pour la première fois, lors de cette 3<sup>ème</sup> campagne d'hygiène des mains, nous avons évalué l'observance des pré-requis à une bonne hygiène des mains : le port des bijoux et l'état des ongles du personnel de soins.

## Méthodologie

L'enregistrement des données a été réalisé en remplissant un tableau reprenant les différents membres du personnel observés, leur fonction, le port de bijoux (en différenciant : montre, bague, bracelet) ainsi que l'état des ongles (sales, longs, artificiels, avec vernis). Ce tableau rempli donne, immédiatement le % de « non-conformité » pour chaque item. Un rapport automatique est envoyé à l'ISP afin de réunir des données au niveau national et pouvoir se comparer aux autres institutions participantes.

## Résultats

### Taux de participation :

L'enregistrement bijoux/ongles était optionnel. Les hôpitaux ont envoyé les données volontairement à l'ISP. Tableau 1

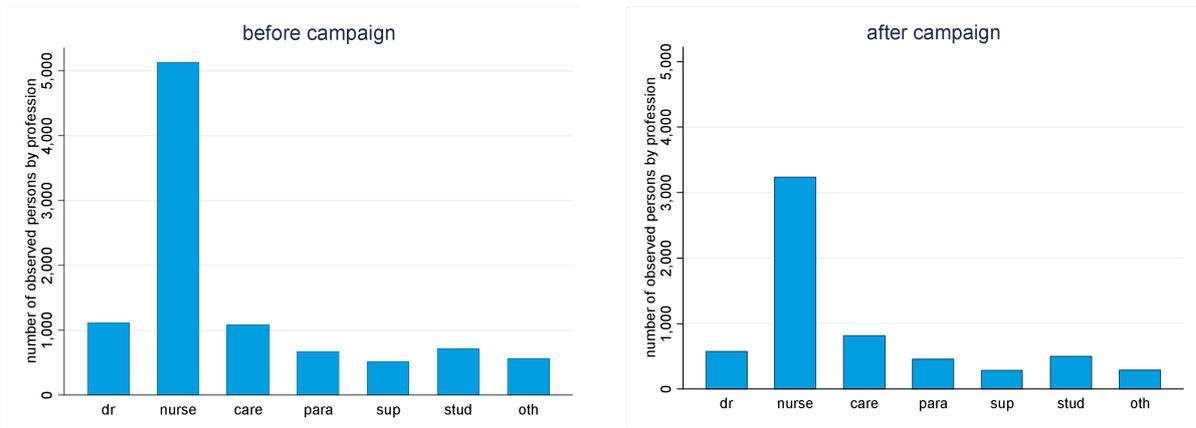
	Nombre de personnes observées	Hôpitaux disposant des données correctes	%
Avant la campagne			
Aigus	7869	56	68.3
Chroniques	1994	26	31.7
TOTAL	9863	82	
Après la campagne			
Aigus	4458	36	69.2
Chroniques	1729	16	30.8
TOTAL	6187	52	

**Tableau 1: Nombre d'hôpitaux ayant envoyé des données d'observation relatives aux exigences de base à l'ISP, par type d'institution, avant et après la campagne**

Au total 16 050 membres du personnel issus de toutes les catégories professionnelles ont fait l'objet d'observation. Des infirmiers (8 367 soit 52,5%),

mais également des médecins (1690 soit 10,6%) représentaient la majorité de ces personnes observées. (Fig 1)

**Figure 1: Nombre de personnes observées pour les exigences relatives à l'hygiène des mains par catégorie professionnelle, avant et après la campagne.**



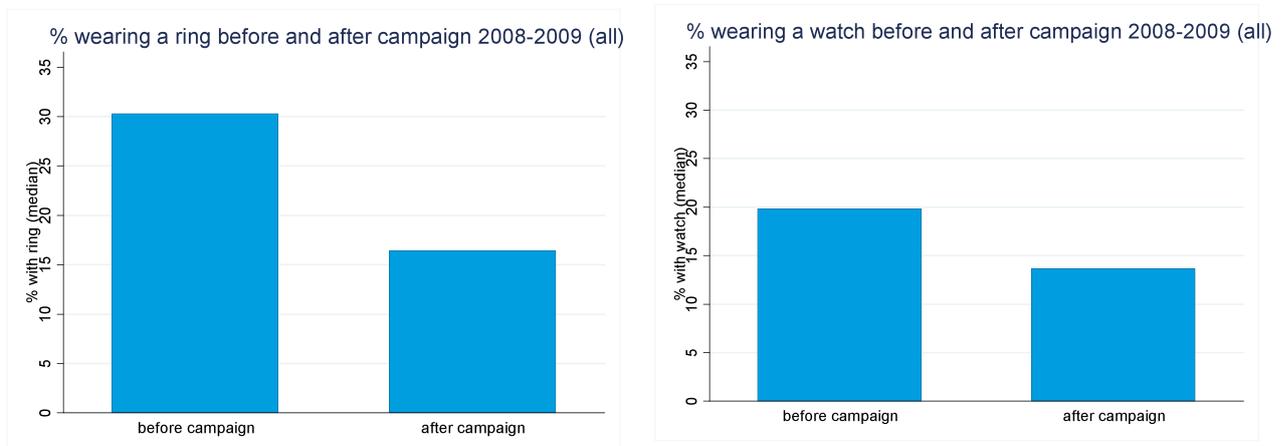
Dr= docteur; nurse= infirmiers et sages-femmes; care= aides-infirmiers et assistants logistiques ; para= laborantins, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciens ; sup= transport/déchets, techniciens, brancardiers, personnel d'entretien, blanchisseurs ; stud= étudiants en infirmerie, dentisterie, médecine ; oth= autres

**Effet de la campagne sur le port de bijou et les ongles:**

Le port d'une bague (30,3%- médiane) est le plus grand problème observé et après sensibilisation il reste encore 16,4% des membres du personnel soi-

gnant qui portent encore une bague. On voit sur le figure 2 que 19,8% du personnel porte une montre et la situation ne s'améliore pas vraiment après la campagne.

**Figure 2: Pourcentage (médiane) des membres du personnel qui portent une bague, une montre ou un bracelet avant et après la campagne**

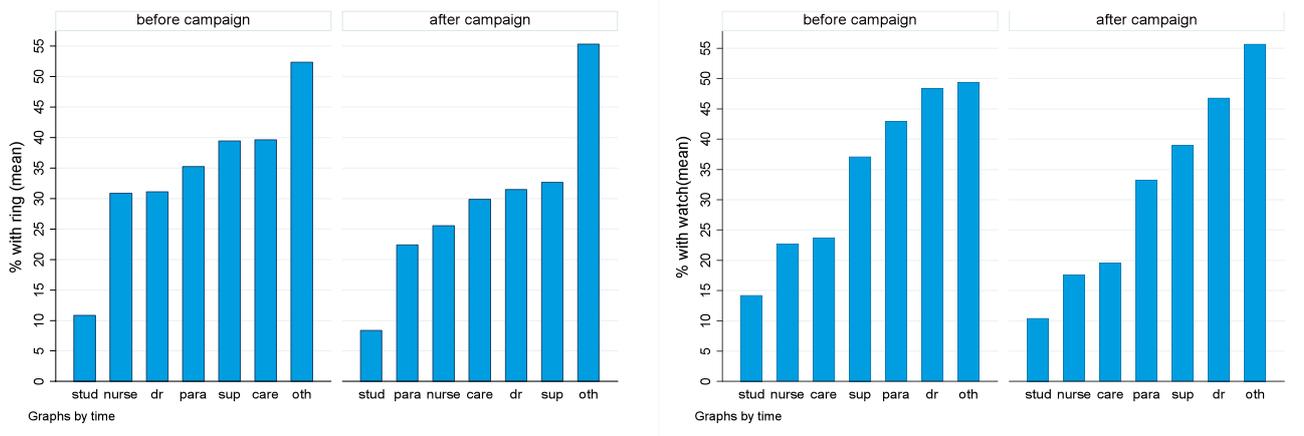


Les étudiants sont ceux qui respectent le mieux les recommandations en ce qui concerne l'interdiction du port de bijoux durant les heures de travail . Par contre la campagne semble n'avoir eu aucun résultat

sur l'observance de ces règles par le corps médical (port d'un bague: on passe de 30,9% avant campagne et à 39% après campagne / port d'une montre : de 48% avant à 47,2% après campagne). Fig 3



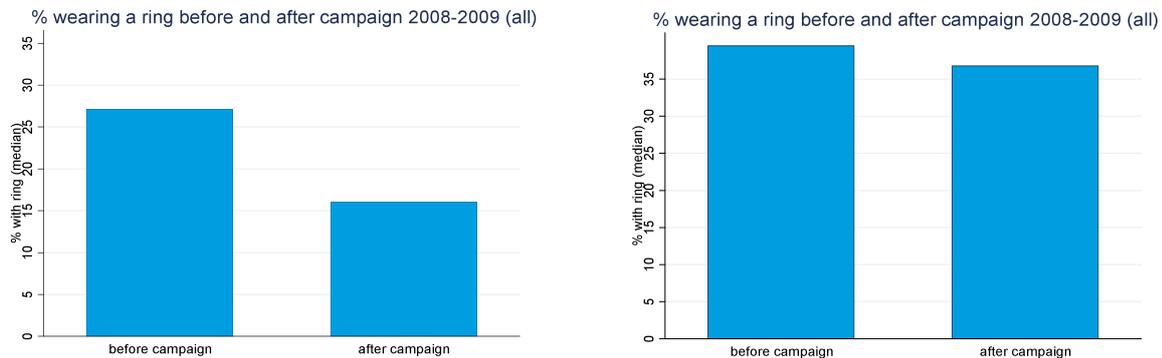
**Figure 3: Pourcentage (moyenne) des membres du personnel qui portent une bague, une montre ou un bracelet en fonction de la catégorie professionnelle, avant et après la campagne**



Le port de bijoux est une pratique encore plus fréquente dans les institutions psychiatriques comparées aux hôpitaux aigus. A noter que dans les institutions psychiatriques, 39,5% portent des bijoux contre 27,1% dans les hô-

pitaux aigus et que les effets de la campagne se manifestent plus dans les hôpitaux aigus (11,2% vs 2,7%). L'observation est la même pour le port de montre et de bracelets.

**Figure 4: Pourcentage (médiane) des membres du personnel qui portent une bague suivant le type d'hôpital, avant et après la campagne**



En ce qui concerne l'hygiène des ongles, la situation s'avère nettement meilleure. Les résultats varient très fortement d'un hôpital à l'autre. Dans la moitié des hôpitaux, il a été fait état d'une hygiène des ongles excellente. Dans 25 % des établissements, on a ob-

servé certaines non-conformités. Les ongles longs constituaient le problème principal (p75: 6,1%). La campagne de sensibilisation a eu pour effet d'améliorer l'hygiène des ongles dans les hôpitaux (Tableau 2).

	Moy.	P10	P25	P50	P75	P90
Avant la campagne						
Ongles longs	5,0	0	0	2,1	6,1	19,6
Vernis à ongles	1,9	0	0	0,4	3,1	8,6
Faux ongles	1,5	0	0	0	1,5	5,7
Ongles sales	0,8	0	0	0	0,2	2,1
Après la campagne						
Ongles longs	2,1	0	0	0	2,6	10,9
Vernis à ongles	1,6	0	0	0	1,4	7,1
Faux ongles	1,4	0	0	0	1,5	8,5
Ongles sales	0,3	0	0	0	0	1,6

**Tableau 2: Répartition du pourcentage des membres du personnel présentant des lacunes quant à l'hygiène des ongles, avant et après la campagne**

Ici aussi, il convient de souligner qu'en matière d'hygiène des ongles, on a constaté davantage de non-conformités dans les établissements chroniques que dans les établissements aigus.

### Conclusions

La campagne de sensibilisation a eu un effet positif sur le port de bijoux et l'hygiène des ongles. Le port de bagues et /ou de montre reste le problème le plus

important. L'effet de la sensibilisation sur le comportement diffère selon le statut de l'hôpital (chronique <aigus) et selon la profession (médecins et personnel de support < autres). Les étudiants ont le comportement le plus adapté même avant la campagne. L'hygiène des ongles est excellente dans 50% des hôpitaux. Il faudra certainement répéter le message lors des prochaines campagnes pour consolider et améliorer les résultats.

## Hygiène des mains dans les hôpitaux psychiatriques

Roger Haenen, membre du groupe de travail « Hygiène des mains »

### Introduction

Après que certains hygiénistes hospitaliers d'hôpitaux psychiatriques aient exprimé leur étonnement de n'avoir pas été invités à participer à la première campagne de promotion de l'hygiène des mains, les hôpitaux psychiatriques ont également été invités à participer à la deuxième campagne. Ces dernières années, les hôpitaux psychiatriques se sont rendu compte qu'une bonne hygiène des mains est un élément important des soins physiques au sein du secteur, compte tenu de leur caractère spécifique. Dans la mesure où il le juge utile, le groupe de travail a tenté d'adapter la campagne au caractère spécifique du secteur psychiatrique.

### Méthodologie

La méthodologie pour mesurer l'observance dans les hôpitaux psychiatriques était identique à celle des hôpitaux aigus et chroniques, à l'exception d'un aspect important. Il est ressorti du retour d'information de ces institutions que les "contacts sociaux" n'étaient en général pas enregistrés pendant la 2ème campagne. Afin de pouvoir comparer le taux d'observance entre ces institutions, il a été décidé de ne plus enregistrer ces "contacts sociaux" dans les hôpitaux psychiatriques lors de la 3ème campagne.

Dans ce contexte, les "contacts sociaux" sont définis comme de brefs contacts physiques en dehors des soins, tels que se donner la main ou taper sur l'épaule de quelqu'un. On présume qu'un bref contact engendre probablement un moindre risque de transmission de germes.



### Résultats

- Un total de 63% des hôpitaux psychiatriques belges a participé à la campagne.
- L'observance de l'hygiène des mains avant la campagne était de 52,1% et de 66,9% après la campagne ( $p < 0,001$ ). Ce fut l'augmentation la plus importante de l'observance entre les différents types d'hôpitaux mais ce taux reste néanmoins le plus bas (66,9% contre 73,7%). Comparé aux résultats de la deuxième campagne nationale, ce taux signifie une augmentation de l'observance de plus de 20%.
- L'observance de l'hygiène des mains était systématiquement plus basse pour les opportunités avant le contact avec le patient, que pour les opportunités après le contact avec le patient.
- Il est encourageant de constater que chaque groupe professionnel présente de meilleurs résultats après la campagne.
- L'utilisation d'une solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains ne semble toujours pas une pratique institutionnalisée dans les hôpitaux psychiatriques. Nous déduisons cependant des données limitées dont nous disposons, que les institutions au sein desquelles l'utilisation pendant cette campagne a été enregistrée, présentent une augmentation du nombre de litres/1000 jour-

nées d'hospitalisation de 1.3 à 2.0. litres de solution hydro-alcoolique.

- Le port de bijoux également reste un problème : dans les hôpitaux chroniques et psychiatriques, près de 40% des personnes portaient une bague et l'impact de la campagne sur le port de bagues a été très limité (-2,7%). Le même schéma s'applique au port de montres et de bracelet(s).
- Pour l'hygiène des ongles également, nous avons constaté plus d'irrégularités que dans le secteur aigu.

## Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'une campagne tenant compte du caractère spécifique d'un hôpital psychiatrique, augmente les chances de voir le personnel au sein de celui-ci prendre conscience de l'importance de l'hygiène des mains. Nous constatons une amélioration, même si certains aspects méritent davantage d'attention, notamment en ce qui concerne les conditions de base pour l'hygiène des mains.

# Prévention des infections dans les Maisons de Repos et de Soins

## Un nouveau domaine d'action et de recherche exploré

David Wandel, chargé de cours/Chercheur à la Hogeschool Gent

### Introduction

Les infections nosocomiales sont les complications associées à une hospitalisation les plus courantes. [1] Environ 1500 patients décèdent chaque année dans nos hôpitaux suite à une infection nosocomiale, souvent due aux germes à sensibilité réduite aux antibiotiques (comme le fameux *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline ou MRSA). [2] Les infections nosocomiales engendrent également des surcoûts économiques importants. [2,3]

Les résidents de nos Maisons de Repos et de Soins (ou Centres d'Hébergement et de Soins (CHS)) également sont confrontés à en moyenne une à quatre infections par an. [4-8] Dans ces cas, on ne parle pas d'infections nosocomiales mais de 'Health Care Associated Infections' (HCAI's ou HAI's) ou infections liées aux soins. Comme pour les hôpitaux, la littérature internationale souligne l'importance d'une politique de prévention efficace en matière de CHS [9,10,11]. Une bonne hygiène des mains est la pierre angulaire de cette politique [12], qui sera de préférence fondée sur des données probantes (cf. 'Evidence Based Practice').

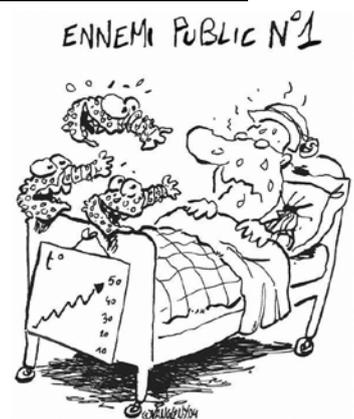
La recherche et des actions dans le domaine des CHS sont donc essentielles. Les pouvoirs publics sont demandeurs et augmenteront probablement leurs investissements dans le domaine de la prévention des infections (liées aux soins). La Flandre a ainsi développé le 'Vlaamse actieplan ter bestrijding van zorginfecties' (le plan d'action flamand de lutte contre

les infections liées aux soins). Ce plan a déjà répondu partiellement aux attentes spécifiques des Centres d'Hébergement et de Soins avec le lancement du site [www.zorginfecties.be](http://www.zorginfecties.be) ainsi qu'avec la première campagne d'hygiène des mains en mai 2009. De novembre 2008 à mai 2009, a également été lancée la troisième – déjà !! - campagne nationale d'hygiène des mains dans les hôpitaux belges.

Dans les dix années à venir, les Centres d'Hébergement et de Soins profiteront pleinement des connaissances et du savoir-faire des hôpitaux en matière de prévention et de contrôle des infections. Il est dès lors très important de cartographier ce 'nouveau' terrain de recherche.

### Recherche dans le domaine des Maisons de repos et de soins : bilan

La recherche dans le domaine des CHS, ou les 'Long Term Care Facilities' est rare et présente des lacunes (au niveau international mais également national) comparée aux études effectuées dans les hôpitaux. A l'étranger, la prévalence des infections dans les CHS a déjà été étudiée de manière intensive. [4-8,11] A titre de comparaison: en Flandre, une seule grande étude de prévalence seulement a été effectuée, il y a déjà plus de dix ans. [13] En 2005, une étude de prévalence nationale MRSA a été effectuée dans 60 CHS. Le besoin de surveillance et de recherche dans le domaine des CHS est donc urgent. Des projets comme ESAC et HALT, des études de prévalence



ambitieuses au niveau européen auxquels la Belgique participe sous les auspices de l'ISP, répondent à cette demande.

### **L'étude ESAC**

L'étude ESAC-3 NH (European Study for Antibiotics Consumption, Nursing Home subproject) concerne l'enregistrement de la consommation d'antibiotiques systémiques. Il s'agit d'une étude de prévalence consécutive (PPS : une première en avril 2009, une deuxième en novembre 2009). Le ESAC Management Team de l'Université d'Anvers assure la coordination du projet ESAC. Le sous-projet Nursing Home est coordonné, tant à l'échelle nationale qu'européenne par Béatrice Jans de l'ISP, qui représente la Belgique au sein de ESAC 3.

### **Le projet HALT**

Le projet HALT (Healthcare Associated Infections in Long-Term Care Facilities) s'adresse aux institutions pour soins chroniques, y compris les Centres d'Hébergement et de Soins (CHS) dans différents pays en Europe et a plusieurs objectifs. Le projet vise notamment à mesurer et à décrire les infections liées aux soins, la consommation d'antibiotiques, la résistance antimicrobienne et les mesures de contrôle et de prévention des infections au sein des structures participantes. Le projet étudie également les facteurs de risque chez les résidents ainsi que les déterminants au niveau de l'institution. Le projet réalise deux mesures de prévalence consécutive (punt prevalentie metingen) (une première en novembre 2009 et une deuxième en mai 2010) et est subventionné par le European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2008-2010). Béatrice Jans de l'ISP coordonne également les mesures de prévalence aux niveaux nationale et européen.

### **Une nouvelle étude d'intervention: 'Promotie van Handhygiëne in Vlaamse Woon- en Zorgcentra' ('Promotion de l'Hygiène des mains dans les Centres d'Hébergement et de Soins flamands')**

Les données en matière de taux de prévalence et surtout d'incidence des infections dans les CHS sont relativement rares. En outre, seules quelques études au niveau mondial ont combiné l'enregistrement des infections dans ce domaine avec une intervention.<sup>[14]</sup> L'impact de l'hygiène des mains chez les résidents eux-mêmes n'a jusqu'à présent pas encore été étudié non plus. Cette nouvelle étude qui s'intitule "Promotie van handhygiëne in Vlaamse Woon- en Zorgcentra" souhaite combler cette lacune dans la littérature scientifique

### **Objectif de l'étude**

L'étude appréhende dans un premier temps l'incidence de l'infection chez plus de quatre cents résidents de CHS, sur une période totale de quatre ans. L'étude inclut également des phases de recherche interventionnelles, analysant les effets de la promotion de l'hygiène des mains sur la santé des résidents (phase 2, cf. ci-dessous). Le sous-titre est dès lors "Onderzoek naar de invloed van handhygiëne op de infectieuze morbiditeit in rust- en verzorgingshuizen: een interventiestudie gericht op rusthuispersoneel en -bewoners". ("Etude de l'influence de l'hygiène des mains sur la morbidité infectieuse dans les maisons de repos et de soins: une étude d'intervention destinée au personnel et aux résidents des maisons de repos"). Le projet a démarré le 1er septembre 2008 et est soutenu par le Onderzoeksfonds (Fonds de recherche) de la Hogeschool Gent. Les promoteurs de l'étude sont le professeur docteur Dirk Vogelaers, médecin et chef du service Algemene Inwendige Ziekten, Infectieziekten en Psychosomatiek UZ Gent et le professeur docteur Stijn Blot, infirmier et membre de l'unité Research Unit Algemene Inwendige Ziekten UZ Gent.

### **Méthodologie – phase préparatrice**

En septembre 2008, les préparatifs de l'étude ont commencé, notamment par l'affinement du protocole d'étude, le développement d'un instrument fondé sur des données probantes, la recherche de partenaires potentiels (=les CHS) et la préparation du dossier pour l'approbation par le comité éthique. Lors de cette phase, des 'stakeholders' potentiels (ISP, Plateforme fédérale d'hygiène hospitalière, plateformes régionales,..) ainsi que des experts nationaux et internationaux dans le domaine ont été contactés.

### **Phase 1: enregistrement de la morbidité infectieuse (aucune intervention)**

En mai 2009 a commencé la première phase (durée: 1 ans): la surveillance et l'enregistrement du nombre d'infections (i.e. morbidité infectieuse) dans les CHS participants. Cette phase a été précédée par une courte période d'essai.

### **Phase 2: promotion de l'hygiène des mains chez le personnel et les résidents**

Dans une deuxième phase (durée: 1 ans), l'intervention pour la promotion de l'hygiène des mains est lancée dans les différents CHS participants et les résidents sont répartis de manière arbitraire en quatre groupes : un groupe de contrôle et trois groupes d'intervention. Dans les groupes d'intervention, la campagne est menée au niveau 1) des résidents, 2) du per-

sonnel soignant et 3) des deux précédents (résidents + personnel soignant). Par 'promotion de l'hygiène des mains', on entend l'ensemble des actions pour la promotion de l'hygiène des mains. Elle est basée sur la littérature la plus récente et inclut notamment la formation, la formation continue et l'instruction du personnel et/ou des résidents. Du matériel de campagne et de sensibilisation est également prévu. Si les moyens (financiers) sont disponibles, les variables environnementales pour une mise en pratique efficace de l'hygiène des mains - des distributeurs de désinfectants par exemple - seront améliorées. En concertation avec les CHS concernés, le contenu concret du programme est actuellement développé en détail. L'intervention proposée doit en effet être réalisable pour les CHS.

### Phase 3: période intermédiaire

La troisième et dernière phase (durée: 1 ans) sera une période intermédiaire (période d'observation supplémentaire), pendant laquelle l'enregistrement continue au sein des CHS. Lors de cette phase, plus aucune sensibilisation ou intervention n'aura plus lieu.

### Conclusion

Les choses bougent au sein de nos Centres d'Hébergement et de Soins. Dorénavant, nous informerons les lecteurs de NOSO-info des initiatives présentes et à venir dans les CHS.

### Vous voulez en savoir plus ?

#### Contact projet HALT/ESAC

Institut Scientifique de Santé publique  
Section Epidémiologie, à l'attention de Béatrice Jans / Katrien Latour  
Rue Juliette Wytman, 14  
1050 – Bruxelles  
Tél: 02/642.57.36 (B. Jans), 02/642.57.62 (K.Latour)  
Fax: 02/642.54.10  
E-mail: bjans@iph.fgov.be / klatour@iph.fgov.be

Site web ESAC: [www.esac.ua.ac.be](http://www.esac.ua.ac.be)  
ESAC guide de l'utilisateur: [www.iph.fgov.be/nsih/download/ESAC/NL/ESAC%20gebruikersgids.pdf](http://www.iph.fgov.be/nsih/download/ESAC/NL/ESAC%20gebruikersgids.pdf)  
HALT guide de l'utilisateur: [www.nsih.be/download/HALT/NL/HALT%20gebruikersgids.pdf](http://www.nsih.be/download/HALT/NL/HALT%20gebruikersgids.pdf)  
HALT session d'information: [www.iph.fgov.be/nsih/download/HALT/NL/HALT%20infosessie.pdf](http://www.iph.fgov.be/nsih/download/HALT/NL/HALT%20infosessie.pdf)

#### Contact Zorginfecties.be

<http://www.zorginfecties.be> (een initiatief van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)  
Boulevard du Roi Albert II, 35 boîte 33  
1030 – Bruxelles

cf. également: [www.zorg-en-gezondheid.be/contact\\_ouderenzorg.aspx](http://www.zorg-en-gezondheid.be/contact_ouderenzorg.aspx)

#### Contact étude 'Promotie van Handhygiëne in Vlaamse Woon- en Zorgcentra'

David De Wandel  
Hogeschool Gent – Gezondheidszorg Vesalius  
Keramiekstraat 80  
9000 – Gand  
Tél: 09/321.21.38  
E-mail: david.dewandel@hogent.be

### Références

- Vrijens F, Gordts B, De Laet C, Devriese S, Van De Sande S, Huybrechts M, Peeters G, Hulstaert F. Nosocomiale Infecties in België, deel I: Nationale Prevalentiestudie. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2008, Report No. 92A
- Vrijens F, Hulstaert F, Gordts B, De Laet C, Devriese S, Van De Sande S, Huybrechts M, Peeters G. Nosocomiale Infecties in België, deel II: Impact op Mortaliteit en Kosten. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2009, Report No. 102A
- Gordts B. Omvang en financieel impact van ziekenhuisinfecties in België. Een estimatie van het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne. NOSO-info, vol. 10, 2-4
- Eriksen HM, Koch AM, Elström P, Nilsen RM, Harthug S, Aavitsland P. Healthcare-associated infection among residents of long-term care facilities: a cohort and nested case-control study. *J Hosp Infect* 2007;65:334-40
- Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Sloane PD, Magaziner J. Nursing Home Facility Risk Factors for Infection and Hospitalization: Importance of Registered Nurse Turnover, Administration, and Social Factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002;50(12):1987-95
- Engelhart ST, Hanses-Derendorf L, Exner M, Kramer MH. Prospective surveillance for healthcare-associated infections in German nursing home residents. *J Hosp Infect* 2005;60(1):46-50
- Andersen BM, Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. *J Hosp Infect* 2000;46:4,288-296
- Strausbaugh LJ, Joseph CL. The Burden of Infection in Long-Term Care. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000;21:10,674-679
- Smith PW, Rusnak PG. Infection prevention and control in the long-term-care facility. SHEA Long-Term-Care Committee and APIC Guidelines Committee. *Am J Infect Control* 1997;25(6):488-512
- Garibaldi RA. Residential care and the elderly: the burden of infection. *J Hosp Infect* 1999;43(Suppl):S9-18
- Nicolle LE. Preventing infections in non-hospital settings: long-term care. *Emerg Infect Dis* 2001;7(2):20-7
- Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Am J Infect Control* 2005;26:476-479
- Moens G, Haenen R, Jacques P. The prevalence of infections in nursing homes in Belgium (letter). *J Hosp Infect* 1996;34:336-337
- Huang TT, Wu SC. Evaluation of a training programme on knowledge and compliance of nurse assistants' hand hygiene in nursing homes. *J Hosp Infect* 2008;68:164-70

# Hygiène des mains au-delà des frontières

M. Vande Putte, membre du groupe de travail « Hygiène des mains »

## Le rêve du projet «Impore»

Le projet «Impore» vit le jour en 2006. Le but de ce projet est de participer à la réalisation de deux Objectifs du millénaire (OMD) pour 2015 au Rwanda par une collaboration intensive et durable en matière de soins de santé de base et de programmes de formation avec des instituts de formation flamands et organisations flamandes qui sont actifs dans les soins de la mère et de l'enfant et dans la collaboration au développement. Les objectifs sont les suivants: diminution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (2/10) d'au moins deux tiers et du taux de mortalité des mères (1300/100.000) de trois quarts.

La «Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen (VLOV)» (Organisation Flamande des Sages-femmes) et le groupe de travail «Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelingssamenwerking en Solidariteit (LUMOS)» (Collaboration au Développement Médical Universitaire de Louvain et solidarité) soutiennent ces objectifs.

Par ce projet, on souhaite d'une part améliorer les soins de santé dans les maternités Rwandaises et centres de santé : pour cela, le district de Huye dans le sud du Rwanda a été choisi comme région pilote. D'autre part, le projet souhaite soutenir les formations agréées de sage-femme au Rwanda.

## Situation de l'obstétrique au Rwanda

Le taux de mortalité élevé des enfants et des mères est principalement lié à l'accès difficile à des soins de santé de qualité. En 2007, la majorité des femmes accouche toujours chez elles, la plupart du temps assistées par des 'traditional birth attendants' sans qualification. Un tiers environ se rend à un centre de santé, qui ne dispose pas de sages-femmes qualifiées, ni de matériel médical de base ou de médicaments.

Le district de Huye compte 14 petits centres de santé, qui assurent outre l'assistance postnatale, l'aide médicale urgente, les soins ambulants ainsi que les soins aux personnes hospitalisées. Ces centres dispensent également l'information et l'éducation à la santé et la médecine préventive, telle que la prévention des infections à VIH. Il existe également un hôpital de district.

## Priorités selon les professionnels de la santé

Lors d'un premier séjour en 2006, tous les centres, ainsi que le seul centre de formation de sage-femme de l'époque, ont été visités. En concertation avec les professionnels de la santé Rwandais, 10 priorités ont été établies pour soutenir les deux objectifs du millénaire :

- formation du personnel des centres de santé
- mise à disposition de matériel pour accouchement et réanimation du nouveau-né
- fourniture d'une ambulance par trois centres
- formation de personnel qualifié
- mise à disposition de suffisamment de locaux par maternité
- sensibilisation des sages-femmes 'traditionnelles'
- mise à disposition d'eau et d'électricité
- élargissement du spectre des examens de laboratoire
- amélioration de la communication
- prise en charge adéquate à l'hôpital des nouveau-nés présentant des complications.

## Accents lors des différentes missions

Pendant l'été 2007 et 2008, une équipe belge s'est encore rendue à Huye. Deux méthodes de travail restent fort présentes lors de ces missions : une formation « sur le terrain » dans les centres, axée sur la collaboration intense entre sages-femmes belges et Rwandaises et un workshop de plusieurs jours abordant en profondeur différents aspects des soins mère-enfant. La collaboration avec les autorités est essentielle.

Depuis 2008, la Bouworde (Compagnons Bâisseurs) participe également au projet «Impore» en construisant une maternité, jouxtant un des centres. Tous les centres sont équipés de dispositifs pour la collecte, l'épuration et le stockage de l'eau: gouttières, filtres, réservoirs d'eau...

En 2009, la formation dans les centres de santé, ainsi que le workshop sont presque entièrement dédiés aux soins périnataux et à l'hygiène des mains. L'équipe est composée d'un responsable de projet, deux pédiatres, cinq sages-femmes, deux enseignants 'sage-femme' et un infirmier hygiéniste hospitalier.

## Un mini-projet en matière d'hygiène des mains

### Aperçu des faits :

Les centres de santé ne disposent que rarement d'eau courante. Même dans les centres équipés d'une conduite d'eau, celle-ci ne fournit parfois pas d'eau pendant des mois. Tous les centres disposent dorénavant d'un réservoir d'eau, cependant très souvent dépourvu d'eau. Dans la pratique, le personnel infirmier se rend plusieurs fois par semaine à la source pour s'approvisionner en eau. L'eau est réservée aux choses essentielles, le lavage des mains en fait parfois partie. Savon et essuie ne sont quasiment jamais utilisés. Quelques centres de santé sont équipés à l'extérieur d'un système de distribution d'eau 'no touch', activé avec les coudes. Le personnel infirmier et les patients peuvent l'utiliser. Des gants non-stériles et stériles sont en général disponibles au Rwanda, ce qui n'est pas le cas pour la solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains. Un distributeur pharmaceutique à Kigali s'est dit prêt à produire ce désinfectant, hélas à un prix inabordable. Sans la solution hydro-alcoolique, le projet hygiène des mains semblait voué à l'échec. Jamais auparavant, la solution hydro-alcoolique pour les mains ne s'était révélée aussi précieuse.

A l'hôpital de Kabutare, nous avons réussi à convaincre le médecin-chirurgien en chef et le pharmacien de l'importance d'une hygiène des mains et de la solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains. La formule de l'OMS en main, ce dernier nous a promis d'entreprendre une tentative. Ce fut un des plus beaux moments du projet pour un hygiéniste : rencontrer une personne qui se dit prête à fabriquer la solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains. La disponibilité de la solution hydro-alcoolique dans le temps sera un point critique à suivre de près : un seul homme de bonne volonté est responsable de la production mais un hôpital, et surtout un centre de santé, ne pourront jamais assumer seuls l'achat de la solution.

Actuellement, ces professionnels de la santé enthousiastes reçoivent des flacons vides, ainsi que des euros belges.

La rubrique 'hygiène des mains' du site web de l'OMS devint une source importante pour la préparation de ce projet. Le site contient beaucoup de matériel didactique, qui attend malheureusement toujours une traduction en français. L'initiative fut accueillie avec beaucoup d'enthousiasme par l'OMS, qui a fourni gratuitement des affiches et des dépliants sur la campagne en général et sur les indications et tech-

niques de désinfection des mains.

Une belle surprise fut la présence dans plusieurs centres d'un responsable ayant suivi une formation en hygiène (publique). Une sentinelle pour l'hygiène Rwandaise en quelque sorte!

A l'occasion du workshop de deux jours pour les responsables de tous les centres, le sujet a surtout été illustré à l'aide de consignes de l'OMS, avec quelques références aux recommandations belges et à la Campagne nationale pour l'hygiène des mains. Le test de connaissance adapté a pris une tournure très compétitive. Lors du travail en groupe, toutes les indications en matière d'hygiène ont été concrètement traduites par type de local : la salle d'accouchement, la salle de consultation, la chambre d'hospitalisation, la salle des soins (de plaies), ... Ce fut le message le plus concret que nous avons pu laisser. Instaurer et surtout maintenir l'observance de l'hygiène des mains chez nos professionnels de la santé en Belgique n'est déjà pas une mince affaire, il est évident que ce fut ma première préoccupation en quittant les centres de santé au Rwanda. Lors des visites des centres de santé, je prélevai des échantillons bactériologiques des bouts des doigts. Les boîtes RODAC, ainsi que le test de fluorescence pour visualiser la qualité de la désinfection des mains, firent grande impression. Détail piquant : utilisez une double concentration de fluorescéine pour distinguer sur une peau noire les parties désinfectées, des parties non-désinfectées! Tous ceux qui ont participé à ce test pratique ont reçu la petite main affichant le texte 'Vous êtes en de bonnes mains' utilisée lors de la campagne en Belgique.

Ainsi, la campagne nationale belge a également profité au Rwanda ...

Actuellement, nous assurons surtout le soutien financier de la production de solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains. La personne de contact sur place distribue à mobylette la solution hydro-alcoolique dans des jerrycans entre les différents centres de santé. Cette personne nous informe dans quelle mesure l'observance de l'hygiène des mains est respectée et nos collègues insistent inlassablement sur l'importance d'une désinfection des mains.

Sur la carte du monde de l'OMS, un petit pays peut être ajouté à la liste des pays partisans du grand projet "Clean Care is Safer Care", en espérant qu'ils nous convaincront l'été prochain des avantages de l'hygiène des mains!

## Les campagnes dans l'avenir

### A. Spettante, membre du groupe de travail « Hygiène des mains »

Nous pourrions imaginer un jeu comme « stop ou encore » dans lequel l'organisateur demanderait au public de décider à sa place. Nous n'en ferons rien car de nombreuses publications montrent à suffisance que le message doit être répété de nombreuses fois avant d'être intégré. De plus, notre objectif est de modifier le comportement des professionnels de la santé pendant l'exercice de leur profession pour qu'ils fournissent des soins de la meilleure qualité possible.

Les trois premières campagnes ont chacune fait passer un message fondamental assez clair :

- d'abord, pratiquer l'hygiène des mains ;
- ensuite, réaliser l'hygiène des mains avec une solution hydro alcoolique et
- enfin, la caractérisation des moments cruciaux où l'hygiène des mains est nécessaire.



Quelques messages annexes ont été distillés comme l'utilisation des gants, la question des ongles et le port des bijoux.

Certes, ces messages devront être repris et le seront mais nous croyons que les futures campagnes devront s'intensifier sur des sujets partiels ou des publics cibles plus restreints. Nous envisageons déjà une action vers le corps médical et vers le personnel intérimaire avec qui nous partageons le travail. Enfin, il nous semble crucial pour l'avenir d'inscrire l'hygiène des mains avant un soin (dans son acception la plus large) dans l'attitude naturelle et réflexe de tout prestataire de soins pendant son travail.

## On a lu pour vous

### Pittet D. ; Allegranzi B.; Boyce J.; for WHO Alliance for patient safety First global patient safety challenge core group of experts

The World Health Organisation guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations.

*Infection control and hospital epidemiology vol 30 nr7 juillet 2009 pp. 611-622*

Les auteurs présentent, en version courte, la campagne mondiale d'hygiène des mains. Il s'agit d'un document de référence très pratique pour promou-

voir toutes les actions internes dans le cadre de la promotion de l'hygiène des mains.

### Boyce J. ; Havill N. ; Dumigan D. ; Golebiewski M. ; Balogun O. ; Rizvani R. Monitoring the effectiveness of hospital cleaning practices by use of an adenosine triphosphate bioluminescence assay.

*Infection control and hospital epidemiology vol 30 nr7 juillet 2009 pp. 678-684*

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'utilité d'une analyse de la bioluminescence de l'adénosine triphosphate (ATP) pour évaluer l'efficacité des pratiques hospitalières de nettoyage quotidien. Il s'agit

d'une étude interventionnelle, prospective et en 2 phases. L'étude s'est déroulée dans un hôpital général, terrain de stage, affilié à une université. Pendant la première phase, 5 surfaces hautement

touchées dans 20 chambres de patients ont été prélevées avant et après nettoyage quotidien. Des écouvillons humides ont été utilisés pour prélever ces surfaces et ont ensuite été ensemencés sur un milieu de culture sélectif utilisé en routine ; le nombre de colonies aérobies a été compté après 48 heures d'incubation. Des écouvillons spéciaux pour ATP ont été utilisés pour prélever les mêmes surfaces hautement touchées dans les 20 chambres et ont ensuite été placés dans des luminomètres, la quantité d'ATP présente a été exprimée en unités de lumière relative. Pendant la deuxième phase de l'étude, après une formation donnée au personnel du service d'entretien ménager, les femmes de ménage étaient prévenues par avance de la lecture ATP avant et après le nettoyage. Pendant la première phase, le comptage des colonies a montré que 5 surfaces hautement touchées étaient très souvent mal nettoyées. Après nettoyage, 24 (24 %) des 100 échantillons de surface étaient encore contaminés avec du *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) et 16 (16 %) des 100

échantillons de surface montraient encore des entérocoques résistants à la vancomycine. Les lectures d'ATP (exprimées en unités de lumière relative) ont montré que les barres de soutien et les sièges des toilettes dans la salle de bains étaient significativement plus propres après nettoyage quotidien qu'avant. Pendant la deuxième phase, un total de 1013 lectures ont été obtenues avant et après nettoyage quotidien dans 105 chambres. L'unité moyenne de lumière relative était significativement plus basse (les surfaces étaient plus propres) après nettoyage qu'avant pour 5 surfaces hautement touchées.

En conclusion, les pratiques non optimales de nettoyage ont été documentées par la détermination du nombre de colonies aérobies et par l'utilisation d'une analyse de la bioluminescence de l'ATP. Les lectures ATP ont apporté une évidence quantitative de l'augmentation de la propreté des surfaces hautement touchées après la mise en place d'un programme d'intervention.

---

**Agthe N. ; Terho K. ; Kurvinen T. ; Routamaa M. ; Peltonen R. ; Laitinen K. ; Kanerva M.**

### **Microbiological efficacy and tolerability of a new, non-alcohol-based disinfectant**

*Infection control and hospital epidemiology vol 30 nr7 juillet 2009 pp. 685-690*

Les désinfectants à base d'alcool sont très répandus dans les hôpitaux. Occasionnellement, il peut y avoir une demande pour un produit non en base alcoolique mais les alternatives sont peu nombreuses. Nous avons étudié l'efficacité microbiologique et la tolérance d'un désinfectant pour les mains en base aqueuse pour les soignants. L'étude a débuté par l'introduction d'un désinfectant en base aqueuse comme seul désinfectant pour les mains dans 5 unités de soins dans l'hôpital universitaire de Turku en Finlande. 99 soignants ont participé aux prélèvements des empreintes de doigts pendant la période de 7 semaines de l'étude. Dans une autre unité, 26 soignants qui utilisaient un désinfectant en base alcoolique ont été utilisés comme sujets contrôle pour l'étude des réactions cutanées. Le produit en base aqueuse a été testé en laboratoire selon la norme EN 12791. Nous avons obtenu 292 empreintes de doigts avant désinfection et 302 après désinfection. Les opinions des soignants ont été collectées par questionnaire et les réactions cutanées ont été collectées subjek-

tivement par questionnaire et objectivement par mesure de l'humidité et la perte d'eau transépidermique. Les résultats ont montré qu'en suivant le standard de la norme européenne, le produit atteignait les critères d'efficacité à court et long terme. Les résultats des empreintes de doigts ont montré une différence statistique significative dans la diminution de la colonisation des empreintes de doigts avant et après la désinfection ( $P < 0,001$ ). Les utilisateurs du produit en base aqueuse ont rapporté la sécheresse de la peau plus souvent que les sujets contrôle mais le contrôle visuel et les résultats de la mesure de l'humidité n'ont pas montré de différence entre les utilisateurs du désinfectant en base aqueuse et les sujets contrôle. La mesure de la perte d'eau transépidermique n'a pas montré plus de détérioration de la peau. En conclusion, le désinfectant en base aqueuse s'est montré efficace pour la désinfection des mains ; il cause relativement peu d'irritation de la peau et peut donc servir comme alternative dans des situations où un désinfectant en base alcoolique ne peut être utilisé.

## Longtin Y. ; Sax H. ; Allegranzi B. ; Hugonnet S. ; Pittet D. Patient's beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene

*Infection control and hospital epidemiology vol 30 nr9 septembre 2009 pp. 830-839*

La recherche suggère que les patients augmenteraient la compliance des soignants aux recommandations pour l'hygiène des mains. L'objectif est d'évaluer les perceptions de patients à propos d'un programme de participation du patient à l'augmentation de la compliance des soignants à l'hygiène des mains. Nous avons réalisé, dans un grand hôpital suisse d'enseignement, une étude croisée de la connaissance des patients et des perceptions des infections liées au personnel soignant, de l'hygiène des mains et de la participation du patient, défini comme une participation active des patients dans les aspects variés de leurs soins. Les résultats ont montré que sur 194 patients participants, beaucoup ont répondu qu'il ne leur était pas confortable de demander à une infirmière (148 réponses [76%]) ou à un médecin (150 [77%]) de réaliser l'hygiène des mains, et 57 (29%) croyaient que cela aiderait à prévenir les infections associées aux soignants. En revanche, une invitation explicite de la part d'un soignant pour poser une question au sujet de l'hygiène des mains doublait

l'intention de questionner l'infirmière (de 34% à 83% des répondants ;  $P < 0,001$ ) et de questionner un médecin (de 30% à 78% ;  $P < 0,0001$ ). Dans l'analyse multivariée, l'intention de questionner une infirmière ou un médecin à réaliser l'hygiène des mains ( $P < 0,05$ ) était liée au fait d'être non religieux, d'avoir une personnalité extravertie, d'être concerné par les infections liées aux soignants, et de croire que la participation des patients préviendrait les infections liées aux soignants. Le fait d'être juif, orthodoxe d'orient ou de foi bouddhiste était aussi associé à l'intention de questionner une infirmière ( $P < 0,05$ ) comparé au fait d'être de foi chrétienne. L'étude identifie plusieurs caractéristiques socio démographiques associées avec l'intention de questionner l'infirmière et le médecin au sujet de l'hygiène des mains et minimise l'importance d'une invitation directe du soignant à augmenter la participation du patient et d'adopter l'habilitation du patient. Ces résultats pourraient guider le développement de stratégies futures de la promotion de l'hygiène des mains

---

## Cheeseman K.; Denuer S.; Hosein I.; Williams G.: Maillard J.-Y. Evaluation of the bactericidal efficacy of three different alcohol hand rubs against 57 clinical isolates of *S.aureus*.

*The journal of hospital infection vol 72 nr 4 août 2009 pp.319-325*

Nous avons testé l'efficacité sur *Staphylococcus aureus* de trois solutions désinfectantes en base alcoolique (AHRs) pour les mains dans 3 unités de thérapie intensive (ITU) galloises. Le protocole de test était basé sur un test de base et les paramètres (concentration, temps de contact) ont été choisis en suivant l'observation des pratiques de désinfection des mains des unités ITU. Après exposition à AHRs, les bactéries survivantes ont été comptées en utilisant une boîte de comptage standard et un analyseur de croissance microbienne Bioscreen C. Les AHRs ont montré une efficacité variable au niveau des isolats cliniques : la moyenne de réduction en log<sub>10</sub> après 10 secondes d'exposition aux AHRs Soft Care Med H5, Cutan et Guest Medical était respectivement de 2,67; 0,696 et 1,96 et après 30 secondes d'exposition, elle était respectivement de 4,58 ; 1,74 et 3,60. Du fait, que le temps

moyen pris par les soignants (HCWS) pour frictionner le produit était de 11 et 15 secondes dans les deux hôpitaux, l'efficacité de ces AHRs peut être significativement diminuée contre *S. aureus* dans les conditions observées en pratique. De plus, les différences observées dans la réduction en log<sub>10</sub> du nombre de germes après exposition en utilisant le Bioscreen comparé à la méthode de comptage des boîtes a montré que *S. aureus* est capable de récupérer avant le traitement AHRs suivant par Guest Medical pendant une exposition de 2 minutes alors qu'après une exposition de 5 minutes aux AHRs, les dommages causés aux germes sont irréversibles. Bien que l'introduction des AHRs augmente la compliance des soignants à l'hygiène des mains, nos observations montrent que le temps de contact est un facteur important pour assurer l'efficacité de ces produits.

**Eveillard M. ; Hitoto H. ; Raymond F. ; Kouatchet A. ; Dubé L. ; Guilloteau V. ; Pradelle M.-T. ; Brunel P. ; Mercat A. ; Joly-Guillou M.-L.**  
**Measurement and interpretation of hand hygiene compliance rates : importance of monitoring entire care episodes.**

*The journal of hospital infection vol 72 nr 3 juillet 2009 pp.211-217*

Notre objectif est d'évaluer l'importance du suivi de la compliance à l'hygiène des mains (HHC) pendant une série ou des contacts successifs avec les patients ou l'environnement pour la mesure et l'interprétation des taux de compliance. Nous avons réalisé une étude directe observationnelle de HHC dans 4 unités de soins intensifs (ICUs) et dans 4 institutions de soins sans unités de soins intensifs (NICWs). Les opportunités à l'hygiène des mains (HH) ont été réparties en 2 catégories : les opportunités extra série (ESOs) (avant et après contact unique, avant le premier contact ou après le dernier contact d'une série ou de contacts successifs) et les opportunités intra série (ISOs) (depuis l'opportunité qui suit le premier contact à l'opportunité qui précède le dernier contact dans la même série). En tout, nous avons recensé 903 opportunités HH dans les ICUs et 760 dans les NICWs. La proportion des ISOs est de 46,0% dans les ICUs et de

22,9% dans les NICWs. Le taux global HHC est significativement plus haut dans les NICWs que dans les ICUs (61,2% versus 47,5%,  $P < 0,00001$ ). La HHC était significativement plus haute pour les ESOs que pour les ISOs (67,7% versus 28,5%,  $P < 0,00001$ ). La HHC pour les ISOs était significativement plus haute dans les ICUs (32,2% versus 19,0%,  $P < 0,005$ ). Si la distribution des catégories des opportunités de HH observées dans les NICWs a été la même que pour les ICUs, la HHC globale devrait être la même dans les NICWs (46,4%) que dans les ICUs (47,5%). La gestion de HHC pendant la totalité des épisodes de soins en série ou en contacts successifs est nécessaire pour éviter une grande surestimation de plusieurs taux de compliance. La comparaison des données de compliance devrait prendre en compte la proportion d'ISOs incluses dans l'évaluation.

---

**van der Vegt D.S.J.M. ; Voss A.**  
**Are hospitals too clean to trigger good hand hygiene ?**

*The journal of hospital infection vol 72 nr 3 juillet 2009 pp.218-226*

La compliance à l'hygiène des mains dans les services hospitaliers est généralement basse. Le but de cette étude est d'investiguer le degré de compliance avec l'hygiène des mains après un passage aux toilettes dans et hors hôpital. Nous avons observé le personnel hospitalier du laboratoire, les participants au congrès européen de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (ECCMID) 2007 et les utilisateurs des toilettes publiques. La compliance à l'hygiène des mains après passage

aux toilettes est de 46% pour le personnel hospitalier, 84 % pour les participants au congrès et 75% pour le public. Le personnel de santé montre des attitudes différentes pour l'hygiène des mains dans et hors services de soins. Peut-être que le sentiment d'un environnement chargé de « miasmes » comme les toilettes est un meilleur déclencheur d'hygiène des mains, alors que l'environnement relativement propre de l'hôpital peut bloquer le déclenchement de la désinfection des mains.

## SITES WEB

---

### Les adresses utiles

- Recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) pour l'Hygiène des Mains : [http://www.health.fgov.be/CSS\\_HGR](http://www.health.fgov.be/CSS_HGR). Choisir la langue, ensuite via "recherche avancée "Hygiène des mains.
- Plate-forme Fédérale d'Hygiène Hospitalière (HIC = Hospital Infection Control) : <http://www.hicplatform.be>
- Clean care is safer care : <http://www.who.int/gpsc/en/index.html>

Nosomail : Liste de discussion privée (les inscriptions sont sélectionnées mais non modérées). Pour s'inscrire ou annuler l'inscription, envoyez un message comprenant votre adresse électronique, vos nom et prénom, votre diplôme avec la date d'obtention, vos fonctions actuelles à l'adresse [anne.simon@uclouvain.be](mailto:anne.simon@uclouvain.be). Après inscription, vous pouvez envoyer vos messages à [nosomail@iph.fgov.be](mailto:nosomail@iph.fgov.be)

---

## Départ de Stijn De Corte

Ce vendredi 2 avril, Stijn De Corte passait son dernier jour au SPF Santé publique en tant que coordinateur de BAPCOC. Après plus de 3 ans de bons et loyaux services, Stijn a décidé de relever d'autres défis. Sa relève sera assurée par Mr Norbert Eggermont, qui s'efforcera d'assumer les rôles de Stijn avec la même efficacité et disponibilité.

Mr Eggermont est joignable aux adresses suivantes :

Norbert Eggermont  
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee  
SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement  
EUROSTATION II, Bureau 1D234  
Place Victor Hortaplein 40 - bte 10  
1060 Brussel  
Tél. 02/524 85 98 - Fax 02/524 85 99  
Email [norbert.eggermont@health.fgov.be](mailto:norbert.eggermont@health.fgov.be)



## INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Noso-info est la **revue officielle** de l'Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière (ABHH) et du BICS (Belgian Infection Control Society). Cette revue est publiée grâce au soutien du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

2. Noso-info publie des articles, revues, commentaires, informations, ayant trait à l'**Hygiène Hospitalière**. Elle paraît trimestriellement en français et en néerlandais. Elle a pour but l'information des infirmiers, médecins, pharmaciens et autres praticiens hospitaliers dans le domaine. Les publications peuvent être des contributions originales ou avoir déjà été publiées ailleurs. Dans ce dernier cas, l'auteur principal est tenu de demander l'autorisation de publication à la rédaction de Noso-info, ainsi qu'au journal de publication initial.

3. **Langue.** Les publications seront soumises en français ou en néerlandais, exceptionnellement en anglais. La revue peut se charger de la traduction français <-> néerlandais. S'il désire relire et vérifier la version traduite du manuscrit, l'auteur principal est tenu de le signaler par écrit à la rédaction.

4. **Acceptation.** Les articles sont soumis à l'appréciation du comité de rédaction de la revue. Le comité de rédaction est souverain dans l'acceptation ou le refus d'un article. Il propose éventuellement des modifications qui devraient être apportées à l'article soumis. Dans le cas où ces modifications sont mineures (orthographe...), la rédaction peut y remédier directement (arrangement par appel téléphonique à l'auteur principal).

5. **Format d'envoi.** Les textes et tableaux seront soumis par courrier électronique (document Word) soit à l'adresse E-mail du secrétariat de la rédaction : anne.simon@uclouvain.be

6. **La longueur** des textes soumis n'est pas restreinte, mais il est préférable de ne pas dépasser 10 pages dactylographiées, double interligne (police de caractère supérieure à 10cpi). La structure classique : «intro-

duction, matériel et méthode, résultats, discussion, conclusion, bibliographie » sera utilisée de préférence pour les études. Pour les articles de revue, des titres de chapitre scinderont clairement le texte.

7. **Les tableaux** seront insérés de préférence dans le texte soumis. Ils sont mentionnés numériquement (chiffres romains). **Les figures** peuvent aussi être insérées dans le texte soumis par E-mail.

8. **Les références** seront annotées dans le texte par un chiffre entre crochets [ ], et seront numérotées selon l'ordre alphabétique du premier auteur. Elles seront détaillées dans la bibliographie selon la description ci-après :

- Pour des périodiques : Nom et initiales de tous les auteurs (si plus de 6 auteurs, mentionner les trois premiers, suivis de *et al*). Titre de l'article. *Revue (abréviations de l'Index Medicus)*. Année; volume: première page - dernière page. Exemple: Kernodle DS, Kaiser AB. Antibiotic prophylaxis in surgery. *Cur Opin Infect Dis* 1995; 8:275-279.

- Pour des livres : (suivant l'exemple) Altemeier WA, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky (eds). Manual on control of infection in surgical patients, 2nd ed. Philadelphia: JB Lipincott, 1984.

- Pour des chapitres de livre : (suivant l'exemple) Trilla A, Mensa J. Perioperative antibiotic prophylaxis. In: Wenzel RP, ed. Prevention and control of nosocomial infections, 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1993: 665-682.

9. **Le genre et l'espèce** des microorganismes seront écrits en italique. Les noms de marque (substances, médicaments et matériels) seront évités dans le texte. On utilisera la dénomination générique des médicaments. La marque des substances, médicaments et matériel peut être détaillée en annotation en fin de texte.

10. **Le contenu** des publications n'engage que la responsabilité de leurs auteurs.

## Comité de Rédaction

### COMITÉ DE RÉDACTION

G. Christiaens, K. Claeys, M. Costers,  
A. Deschuyemere, J. J. Haxhe, M.L. Lambert,  
C. Potvliege, A. Simon, J.P. Sion, A. Spettante,  
E. Van Gastel, F. Van Laer, M. Zumofen.

### COORDINATION RÉDACTIONNELLE

A. Simon

### SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Simon A.  
UCL – Hygiène Hospitalière  
Av. Mounier,  
Tour Franklin, - 2 Sud  
1200 Bruxelles  
Tél : 02/764.67.33  
Email : [anne.simon@uclouvain.be](mailto:anne.simon@uclouvain.be) ou  
[lg084901@scarlet.be](mailto:lg084901@scarlet.be)

Noso-info publie des articles, correspondances et revues ayant trait à l'hygiène hospitalière. Ceux-ci sont sélectionnés par le comité de rédaction et publiés en français et en néerlandais (traduction assurée par la revue). Le contenu des publications n'engage que la responsabilité de leurs auteurs.

### Pour tout renseignement concernant l'Institut de Santé Publique (ISP)

Section épidémiologie  
14 av. J. Wytsmans  
1050 Bruxelles  
<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/>

### Pour tout renseignement concernant le NVKVV Vlaamse Werkgroep Ziekenhuishygiëne

Merv. K. Claeys, présidente  
Mme S. Deprez, collaboratrice  
Tél : 02/737.97.85  
Fax : 02/734.84.60  
Email : [navorming@nvkvv.be](mailto:navorming@nvkvv.be)

## Abonnements et cotisations 2010

Pour tout renseignement concernant l'abonnement et le paiement de NOSO-info, veuillez vous adresser au trésorier

### de NOSO-info :

Simon A.  
UCL – Hygiène Hospitalière  
Av. Mounier,  
Tour Franklin, - 2 Sud  
1200 Bruxelles  
Tél : 02/764.67.33  
Email : [anne.simon@uclouvain.be](mailto:anne.simon@uclouvain.be) ou  
[lg084901@scarlet.be](mailto:lg084901@scarlet.be)

### Abonnement personnel à NOSO-info :

Pour la Belgique: 25 €  
Au numéro de compte : 408-7090741-09  
NOSO-info, Harmoniestraat, 68  
2018-Antwerpen  
Hors Belgique : 30 €  
uniquement par virement bancaire

### Inscription comme membre du BICS (sans journal) :

Infirmier(e)s	25 €
Médecins	50 €
Médecins en formation	25 €

via <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>

### Pour tout renseignement concernant l'inscription au BICS, veuillez vous adresser au secrétaire BICS :

Dr. O. Denis  
Hôpital Erasme, Route de Lennik, 808,  
1070 Bruxelles.  
Tél.: 02/555.6643-4541 - Fax : 02/555.85.44  
Email : [o.denis@ulb.ac.be](mailto:o.denis@ulb.ac.be)

### Pour tout renseignement concernant l'ABHH

Groupe infirmier francophone  
Mr. Ch. Barbier  
Tél : 04/366.28.79  
Fax : 04/366.24.40  
Email : [info@abhh.be](mailto:info@abhh.be)