



Association Belge des Infirmier(ère)s en Hygiène Hospitalière
Belgische Vereniging van Verpleegkundigen in Ziekenhuihygiëne

BAPCOOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriel :

VOL. XVI n° 1
1^{er} trimestre 2012

Bureau de dépôt :

Belgique - België
Bruxelles - Brussel X
P.P. 1/3542

Editeur Responsable :

A. Simon
UCL - Hygiène Hospitalière
Av. Mounier - Tour Franklin -2 sud
B - 1200 - BRUXELLES

SOMMAIRE

- 2 Coordination qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges
- 4 Contamination des gants de toilette imprégnés à usage unique
- 6 Evaluation de la brochure patient concernant l'hygiène des mains à l'UZA
- 9 4^e campagne d'hygiène des mains – Participation des patients. Quelle réalité ? Evaluation d'une initiative locale
- 11 Résultats enquête campagnes et matériel de campagne 2011
- 14 Surveillance des septicémies et méningites néonatales, 2010
- 16 Nous avons lu pour vous
- 20 Site Web.
- 21 Agenda scientifique.
- 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 – 1^{er} étage (1D01D)
Place Victor Horta, 40/10
1060 Bruxelles

EDITORIAL

Durant l'édition précédente de la campagne nationale «Vous êtes en de bonnes mains », et à nouveau cette année, plusieurs hôpitaux ont exprimé leur inquiétude face à la demande de Test Achats à l'ISP et au SPF Santé publique de rendre publiques les données d'observance individuelles, de la même manière que pour les chiffres individuels de surveillance des infections nosocomiales.

Avec le soutien du cabinet de la Ministre, l'ISP et le SPF Santé publique n'ont pas répondu favorablement à la demande de Test Achats, et ces données n'ont pas été rendues publiques. Cette décision de l'ISP et du SPF a été contestée par le Conseil d'Etat, qui a cependant donné raison à l'ISP et au SPF dans une autre affaire, invoquant que le droit à la santé primait sur le droit à la publicité. L'ISP et le SPF sont d'avis que le même argument s'applique aux campagnes et ont donc motivé leur nouveau refus de la même manière.

Entre temps, Test Achats a indiqué qu'il interrompait la procédure administrative visant à réclamer la publicité des données, notamment du fait que des indicateurs de qualité pour l'hygiène hospitalière sont en cours de développement. Dans ce set d'indicateurs, le groupe de travail en prévoit certains qui pourront, eux, être rendus publics. Cela n'est pas le cas des données d'observance individuelles, que nous ne comptons donc PAS rendre publiques.

Tous les hôpitaux qui ont participé à la campagne précédente ont obtenu des résultats très positifs et dont nous pouvons tous être fiers. Nous savons qu'une telle campagne demande des efforts considérables de la part des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, et qu'une certaine lassitude peut même se faire ressentir auprès des prestataires de soins. Nous espérons cependant pouvoir vous compter à nouveau parmi nos participants cette année, pour qu'ensemble nous puissions écrire un nouveau chapitre de ce roman à succès.

Au nom du groupe de travail « Campagne hygiène des mains »

Anne Simon

N
O
S
O
I
N
F
E
O

ARTICLE ORIGINAL

Coordination qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges

Liesbeth Borgermans, Mark Etienne, Margareta Haelterman, Agnès Jacquerye, Stéphanie Maquoi, Peter Osten, Hilde Peleman, David Sauwens, Louiza Van Lerberghe

SPF, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne, Alimentaire et Environnement, DG1, Cellule Qualité et Sécurité des patients

Contexte

Suite à l'avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers rendu en 2006 concernant le financement de la qualité dans les hôpitaux, ces derniers se voient proposer des contrats annuels «coordination qualité et sécurité des patients». Les hôpitaux y participent sur base volontaire. Un budget est octroyé à chaque hôpital participant sur base du nombre de lits reconnus. Les établissements de moins de 100 lits reçoivent un montant de 10.000 euros. Pour l'année contractuelle 2009-2010, un budget total de 7,2 millions d'euros a été alloué à ce projet. Le pourcentage d'hôpitaux participants a augmenté pour la 3^{ème} année consécutive : 80 % en 2007, 90 % en 2008 et 91 % en 2009. Convertie en fonction du nombre de lits reconnus, la participation est passée de 91% en 2007 à 98 % en 2009.

Une vision à plus long terme

Les contrats annuels entrent dans le cadre du plan pluriannuel qualité et sécurité des patients (2007-2012) et se basent sur 3 piliers : la structure, le processus et les résultats (cf. triade de Donabedian). Le plan pluriannuel a été élaboré pour obtenir un aperçu plus clair des objectifs visés à plus long terme, tant pour les hôpitaux que pour les autorités fédérales. En outre, la qualité et la sécurité des patients constituent des thèmes qui, de par leur complexité, requièrent une approche méthodique et progressive.

Trois piliers

Le premier pilier concerne le développement et la mise en œuvre d'un système de gestion de la sécurité (SGS), le deuxième concerne les processus de soins et le troisième les indicateurs. Chaque année, de nouveaux éléments sont proposés aux hôpitaux pour chaque pilier ; ils sont élaborés sur base des activités demandées de l'année précédente, tout cela en fonction des objectifs finaux visés pour chaque pilier pour fin 2012.

Au cours de la troisième année du contrat, il avait été demandé, pour le premier pilier (SGS), d'élaborer et/ou de décrire un système de récolte des événements indésirables (incidents et presque incidents). En outre, il avait été demandé d'analyser 5 incidents suivant une méthode d'analyse rétrospective, avec les actions correctrices proposées et les recommandations formulées qui en ont résulté. Il fallait également classer les incidents analysés suivant la classification internationale pour la sécurité des patients (taxonomie) de l'OMS, qui impose au minimum l'utilisation et la codification de l'ensemble minimal de données (MDS). Enfin, il était demandé de joindre une copie vierge de tous les formulaires de signalement utilisés.

Le deuxième pilier (processus) se focalisait sur l'approche méthodique d'un processus correctif intra-muros, en l'occurrence un processus de soins, un processus de transfert intra-muros ou un processus correctif consécutif à un incident du pilier 1 analysé rétrospectivement.

Pour le troisième pilier (indicateurs), la cartographie des indicateurs, établie par chaque hôpital durant la 2^{ème} année du contrat, était structurée en 4 domaines, soumis aux hôpitaux. Pour la troisième année du contrat, il était demandé de vérifier, pour chaque indicateur, s'il était encore utilisé et, le cas échéant, pourquoi (garantie qualité ou surveillance et suivi des actions correctrices).

Pour tous les indicateurs utilisés pour le suivi des actions correctrices (objectif non atteint et/ou problème), il était ensuite demandé de définir ou décrire l'indicateur (numérateur, dénominateur), d'indiquer l'objectif, de spécifier le responsable (fonction) pour chaque indicateur, d'indiquer à qui les résultats devaient être communiqués et de renseigner la fréquence de la communication formelle.

Résultats

Les résultats de la troisième année du contrat sont dans la lignée de ceux des années précédentes. Le

mesurage de la culture de sécurité des patients, auquel sont liées des actions correctrices, l'évolution positive dans le signalement et l'analyse des incidents et des presque incidents et l'attention accrue vis-à-vis des corrections des processus sont autant d'évolutions importantes dans la bonne direction. Il reste toutefois un grand potentiel d'amélioration pour ce qui concerne le développement et la mise en œuvre des soins orientés patient, l'utilisation des indicateurs multidimensionnels aux différents niveaux de l'hôpital, ainsi que l'élaboration des soins transmuraux. Autre pierre d'achoppement de taille : l'implication des directions, médecins et hiérarchies, que les autorités considèrent comme condition préalable essentielle pour mettre en œuvre (les corrections de) la qualité et la sécurité des patients. En effet, les directions, médecins et cadres sont des acteurs cruciaux dans la définition et la mise en œuvre d'une politique hospitalière performante telle que préconisée par les autorités.

L'avenir

En 2012, dernière année du premier plan pluriannuel, les autorités visent une intégration de toutes les sources d'informations relatives à la sécurité des patients, par exemple les enquêtes de satisfaction des patients et les méthodes d'analyse proactives (1er pilier).

Pour le 2^{ème} pilier, l'attention est concentrée sur les soins transmuraux, et il est demandé aux hôpitaux, sur base de l'analyse SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*), de garantir le processus de soins transmuraux choisi jusqu'à fin 2012. Pour le 3^{ème} pilier (indicateurs), le gouvernement fédéral s'accordera avec les coupoles d'hôpitaux, les réseaux hospitaliers, les régions et autres parties concernées. Dans le cadre du contrat 2012, le gouvernement fédéral se focalisera sur l'élaboration d'un plan de soutien relatif aux indicateurs pour les hôpitaux, et ce, en collaboration avec les acteurs concernés.

Le deuxième plan pluriannuel (2013-2017) est en préparation. Les piliers initiaux (structure, processus et résultats) sont conservés, mais sont intégrés par thèmes. Compte tenu de l'évolution, les thèmes des années à venir tiennent compte de l'évolution de l'accréditation en cours dans les hôpitaux. Le gouvernement fédéral intégrera quelques thèmes importants dans cette optique, comme la safe surgery et la prévention des infections nosocomiales, dans le

nouveau plan pluriannuel.

Pour le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), il est primordial d'améliorer la sécurité des interventions chirurgicales. C'est pour cette raison qu'il a été décidé de soutenir l'initiative de l'OMS relative à la « *Safe Surgery Checklist* ». Cette checklist, utilisée dans les blocs opératoires, doit faire office de support pour l'ensemble de l'équipe chirurgicale (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et autres prestataires de soins). L'utilisation de cette checklist contribuera à s'assurer que le patient subit bien la bonne opération, au bon endroit, sous anesthésie sans faille et avec les gestes adéquats pour éviter toute infection. La checklist permet également de renforcer le travail d'équipe dans le bloc opératoire.

Pour mettre en œuvre la « *Safe Surgery Checklist* », il est primordial que les mesures suggérées soient bien coordonnées et bénéficient du soutien de l'ensemble des acteurs concernés. Au sein du SPF SPSCAE, une plateforme multidisciplinaire a été mise en place pour introduire l'usage de la checklist dans les blocs opératoires. Une campagne nationale et du matériel de support (affiches, checklists et modes d'emploi) ont été inaugurés début 2011.

Durant le 2^{ème} semestre 2011, le SPF SPSCAE a organisé une enquête auprès des hôpitaux pour vérifier si et comment la Safe Surgery Checklist était mise en œuvre dans le bloc opératoire et si la campagne « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies » avait eu un impact sur l'usage de cette checklist. Début 2012, les résultats de cette enquête feront l'objet d'un rapport.

Outre la « *Safe Surgery* », le nouveau plan pluriannuel mettra également l'accent sur l'importance de la prévention des infections nosocomiales. La coordination de ces activités est toutefois du ressort de la Plate-forme fédérale pour l'hygiène hospitalière.

Feedback aux hôpitaux

Chaque année, les résultats agrégés issus des rapports sont soumis aux hôpitaux sous forme de publication reliée. La publication relative à la troisième année du contrat, « Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges 2010 », paraît en décembre. Les éditions des deux années précédentes du contrat sont disponibles sur www.patient-safety.be.

Pour plus d'informations, veuillez vous adresser à l'équipe QS : qs@sante.belgique.be

ARTICLE ORIGINAL

Contamination des gants de toilette imprégnés à usage unique

Frank Van Laer, Hilde Jansens, Emiel Goovaerts

Enquête menée par les hygiénistes hospitaliers de l'UZ Anvers

Introduction

La présence de *Pseudomonas aeruginosa* a été mise en évidence par une culture positive des expectorations chez deux transplantés cardiaques le 18 juin 2009 et le 7 juillet 2009, au deuxième jour postopératoire (ils ont été opérés respectivement le 16 juin 2009 et le 5 juillet 2009). La culture d'expectoration de ces patients a également été déclarée positive à *Serratia marcescens* respectivement 3 et 2 jours après l'opération.

Enquête épidémiologique

Ce cluster de colonisations chez des patients transplantés du cœur a donné lieu à une enquête dans l'unité de transplantation des soins intensifs (SI), menée par les hygiénistes hospitaliers. L'eau de canalisation pouvant être une des causes possibles du problème ⁽¹⁾, nous avons vérifié si elle avait été utilisée pour les soins de ces patients. Il s'est avéré que non. La seule incertitude quant à l'utilisation ou non d'eau du robinet persistait au niveau du rasage quotidien. En tout cas, le brise-jet du robinet de la chambre du patient, ainsi que le lavabo, paraissaient secs au moment du contrôle effectué à deux dates différentes. Des cultures environnementales ont été effectuées le 10 juillet 2009 : un appareil de kiné (à usage individuel), un bain de bouche à la chlorhexidine, une brosse à dents, le siphon du lavabo, une mousse nettoyante pour la peau et un paquet ouvert de gants imprégnés jetables.

Après 24h d'incubation, la culture des gants de toilette s'est avérée positive pour *Pseudomonas aeruginosa*.

En guise de contrôle, un échantillon a été prélevé d'un paquet de 8 gants de toilette non encore ouvert (numéro de lot : 04356, exp. 06/11), ainsi que d'un paquet ouvert (numéro de lot 04356, exp. 05/11) contenant 7 gants de toilette, qui avait été remis, une fois refermé, dans la réserve générale et qui fut

découvert par hasard par l'hygiéniste hospitalier. Dans les deux cas, la culture était positive pour *Pseudomonas aeruginosa*.

Enfin, un échantillon a été prélevé d'un paquet non ouvert (numéro de lot 04322, exp. 05/11) et mis en culture avec un échantillon d'un autre numéro de lot; ici aussi, la culture s'est avérée positive au *Pseudomonas aeruginosa*.

Etant donné qu'un autre type de lingettes était également utilisé dans le service, à savoir des lingettes utilisées spécifiquement en cas d'incontinence et de lésions humides (lingettes pour le nettoyage de la zone périnéale, également emballées par 8), un échantillon de celles-ci a également été mis en culture. Mais ici, la culture s'est avérée négative.

Actions correctrices

Sur base des résultats des cultures, il a été décidé de mettre un terme immédiat à l'utilisation des gants de toilette imprégnés. Toutes les boîtes en réserve au sein de tous les services de l'hôpital ont été rassemblées. Le producteur a été informé de l'incident et des numéros des lots concernés. L'incident a également été porté à la connaissance du Service «Surveillance Santé Publique» de la Province d'Anvers.

Pour les patients transplantés, des lingettes imprégnées à la chlorhexidine 2% ont été employées comme alternative.

Le producteur a fait réaliser des cultures de contrôle par un laboratoire externe, qui ont confirmé la présence d'une infection au *Pseudomonas*.

En attendant que le fabricant puisse identifier la cause de la contamination, les gants de toilette ont été stérilisés, à sa demande, à l'aide de rayons gamma. Une fois que les hygiénistes hospitaliers ont été en possession des rapports d'analyse favorables du laboratoire externe et du certificat de stérilisation, les gants de toilette ont été réutilisés le 18 août 2009.

Comme l'usage des gants de toilette imprégnés allait

être encouragé largement dans tout l'hôpital dès fin 2009 dans le cadre du « lavage hygiénique sans eau », il a été demandé au producteur, lors d'une demande de prix introduite par la suite, de donner des garanties de qualité explicites : outre les exigences relatives aux caractéristiques techniques (odeur, nombre d'unités par emballage...), le fabricant/fournisseur doit faire analyser la qualité des gants de toilette au moins 2x/an par un laboratoire indépendant. Les gants de toilette soumis à l'analyse doivent porter un numéro de lot différent de ceux qui ont été soumis à une analyse précédente. En outre, la date d'expiration ne doit pas être dépassée lors de la soumission. En cas de culture positive pour des pathogènes (ex. : *Pseudomonas aeruginosa*), l'information est directement transmise à l'acheteur. Normes (UFC, unité formant colonie) : < 200 UFC/g pour des germes aérobies et < 20 UFC/g pour des germes anaérobies + absence de pathogènes (du genre *Pseudomonas*, *S. aureus*, *Burkholderia cepacia*, *Enterobacteriaceae*...). Ces normes se fondent en partie sur le SCC-NFP/0119/99 (2).

Une copie du rapport d'analyse microbiologique est transmise au moins deux fois par an à l'équipe d'hygiène hospitalière.

Toute culture positive à un pathogène doit immédiatement être communiquée par le fournisseur.

Analyse et conclusion

Même s'il est impossible d'imputer avec certitude les colonisations de *Pseudomonas aeruginosa* chez les patients transplantés aux gants de toilette contaminés, la littérature recense déjà divers cas similaires liés à l'usage de gants de toilette imprégnés.

Un cas dans sept unités de soins intensifs et deux services de soins infirmiers dans deux hôpitaux alle-

mands a pu être associé à l'utilisation de tels gants de toilette préfabriqués, qui étaient contaminés au *Burkholderia contaminans* (3). Suite à la contamination de lingettes destinées au soin de la zone périnéale, ces lingettes ont été retirées de la vente au Canada et aux États-Unis ; ces lingettes étaient elles aussi contaminées au *Burkholderia Cepacia* (4).

Même si l'utilisation de gants de toilette imprégnés représente un moyen acceptable de laver (5) les patients, en ce compris les patients malades en phase critique, il reste primordial d'en surveiller la qualité microbiologique.

Références

1. Jansens HAL, Van Laer F, Goovaerts E, Ieven M, Goossens H. Nosocomial infections caused by *Sphingomonas paucimobilis* in an intensive care unit associated with contaminated tap water. Abstract 06-A-266-SHEA. SHEA, Chicago, 2006.
2. The Scientific Committee on Cosmetic Products and Non-Food Products intended for consumers (SCCNFP). Notes of guidance for testing of cosmetic ingredients for their safety evaluation (third revision). Adopted by the SCCNFP during the plenary meeting of 23 June 1999.
3. Martin M, Christiansen B, Caspari G, et al. Hospital wide outbreak of *Burkholderia contaminans* caused by prefabricated moist washcloths. Journal of Hospital Infection, 77 (3): 267-270, 2011.
4. Wachter K. Bacterial contamination prompts recall of perineal washcloths. Internal Medicine News, 39(21): 47-47, 2006.
5. Larson EF, Ciliberti T, Chantler C, et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. Am J Crit Care, 2004;13:235-241.

ARTICLE ORIGINAL

Evaluation de la brochure patient concernant l'hygiène des mains à l'UZA

Frank Van Laer⁽¹⁾, Filip Bosschaerts⁽²⁾, Philippe Prosperi⁽²⁾, Ann Segers⁽³⁾, Hilde Jansens⁽¹⁾, Emiel Goovaerts⁽¹⁾.

(1) Équipe hygiène hospitalière, Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

(2) Département Marketing, Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen.

(3) Service Communication UZA

Introduction

Au cours du mois de mai 2011, les étudiants du département Marketing ont effectué une enquête qualitative sur la communication externe imprimée du Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Le folder sur l'hygiène des mains (figure 1) a également été analysé. Ce folder est utilisé depuis mi 2008 et a été développé sur base du folder patient de la première campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains. Ce folder fait actuellement partie du pack d'information standard que chaque patient reçoit lors de son hospitalisation. Courant 2011, le folder a été mis à jour – toujours dans le cadre de la campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains – avec le concept «responsabilisation du patient». Par analogie avec le folder national, un passage a ainsi été ajouté: *“Même si nos collaborateurs appliquent strictement les consignes, ils ne sont jamais à l’abri d’un oubli. N’hésitez donc pas à leur signaler d’éventuelles négligences dans l’application nécessaire de l’hygiène des mains. Les collaborateurs savent que les patients sont là pour les aider à s’en rappeler et en seront reconnaissants. Faites également preuve d’appréciation en cas d’observance de l’hygiène des mains. Ainsi, vous devenez notre partenaire dans la promotion de l’hygiène des mains dans notre hôpital”.*

Méthode

Le choix d'une enquête qualitative fut un choix délibéré. L'enquête nous donne en effet une idée de l'avis des gens sur un sujet bien précis. Vu le nombre élevé de personnes à interroger une enquête quantitative aurait en outre été trop coûteuse en temps et en argent.

L'objectif était de détecter les problèmes actuels de la communication externe imprimée afin de mieux informer les patients et leurs proches à l'avenir.

Au total, 150 folders/brochures ont été répertoriés au sein de l'hôpital, et peuvent également être consultés



Figure 1 : Fascicule patient concernant l'hygiène des mains

via l'intranet ("UZAcconnect").

12 folders et brochures ont été analysés, notamment le folder sur l'hygiène des mains.

Pour le folder sur l'hygiène des mains, 22 patients ont été interviewés dans différentes disciplines médicales. Nous leur avons également demandé s'ils étaient au courant de l'existence du folder.

Résultats

En général, le langage utilisé dans les folders et brochures pour le public externe est plutôt formel, notamment pour le folder sur l'hygiène des mains. Le vouvoiement est systématiquement utilisé. Le UZA-magazine ("magUZA") destiné aux patients fait exception et préfère d'habitude le tutoiement.

Les patients sont généralement satisfaits de la mise en page, des photos et de la police de caractères. Pour quasiment tous les patients interrogés, la police est

bien lisible, même au sein des unités ophtalmologie et cardiologie, caractérisées par une population de patients d'un âge moyen élevé. La nouvelle identité graphique plaît également beaucoup. L'impression en couleur, les photos et les espaces vides rendent les folders clairs au premier coup d'œil. Les photos sont d'ailleurs très réussies, fidèles à la réalité et belles.

Les patients apprécient le format des folders/brochures et la quantité d'informations proposées. On évite le langage technique ce qui rend le contenu très compréhensible. Le langage ne semble pas poser de problème, sauf pour les nombreux patients hollandais.

Les avis sont en revanche partagés sur les informations en ligne. Certains patients s'y intéressent mais souvent comme source d'information complémentaire. Peu de gens souhaitent voir disparaître le folder. Une option intéressante pour la plupart des patients pro internet, semble être une liste QFP.

Fascicule concernant l'hygiène des mains

De tous les folders patients, le dyptique sur l'hygiène des mains "*Vous êtes en bonnes mains*" avait le plus gros tirage avec 16700 exemplaires et trois réimpressions de 5000 exemplaires chacune. Force est malheureusement de constater que les patients n'ont que très rarement la possibilité de mettre la main dessus et encore moins de le lire. Le folder est en effet relégué dans la brochure d'accueil et se perd quelque peu parmi les autres folders et brochures.

Il a été demandé à 22 patients s'ils avaient entendu parler du folder sur l'hygiène des mains. Seuls 2 patients (en hôpital de jour) étaient au courant de l'existence de ce folder, l'un d'entre eux l'ayant découvert tout à fait par hasard parce qu'il avait glissé de la brochure d'accueil.

Interviews avec les donneurs d'ordre (médecins et personnel infirmier)

Après avoir lancé l'idée et développé un concept de base, aucun service n'a jamais soumis un folder/une brochure aux patients pour évaluation. Seul le service d'hygiène hospitalière a, à une reprise, fait évaluer la compréhension d'un folder sur le MRSA par les patients. Il s'est cependant avéré que tous les services étaient fort intéressés par les résultats de la présente enquête. Ils souhaitent tous connaître l'avis du patient sur le folder ou la brochure. Il n'est demandé aucun retour d'information, laissant de ce fait les services dans l'incertitude.

Il a également été demandé lors de l'interview ce qu'il en était de la collaboration avec le service de communication. La collaboration étant parfois difficile dans le passé, les services s'occupaient le plus souvent eux-mêmes de la réalisation. Entretemps, la collaboration avec le service de communication est devenue beaucoup plus harmonieuse. La proposition émanant du service de renouveler le folder/la brochure a été accueillie favorablement. De son côté, le service accède aussi relativement vite à la demande du donneur d'ordre de renouveler un folder, comme ce fut le cas récemment avec le folder sur l'hygiène des mains.

Conclusions et recommandations

Certains patients ressentent le besoin de consulter les brochures/folders. La communication imprimée n'est donc pas prête de disparaître et restera encore pendant longtemps le moyen de communication le plus important. Un folder ou une brochure présente des avantages qu'internet n'aura jamais: on peut les prendre en main, y ajouter des annotations et toutes les informations sont rassemblées à un endroit.

La communication en ligne est utile comme information complémentaire, par exemple en cas de problème de compréhension suite à l'utilisation d'un langage technique. Un glossaire en ligne pourrait être un outil pratique.

Malgré l'important tirage, les effets du folder sur l'hygiène des mains sont limités. D'après les enquêteurs, le médium pour véhiculer le message est mal choisi, ce qui fait que les conseils utiles se perdent. Le folder est relégué dans la brochure d'accueil ou dans d'autres brochures et folders destinés aux patients. Des médias différents tels que des posters ou flyers dans les salles de bains et toilettes pourraient y remédier. Ainsi, le message serait transmis au moment utile. Pour les patients, le sujet est trop général, ils doivent donc en être informés à un moment où il n'y a pas d'autres entrées d'information. La salle de bains et les toilettes sont des endroits qui s'y prêtent parfaitement. Outre ces recommandations formulées par les enquêteurs, le comité d'hygiène hospitalière a décidé d'afficher un mini poster reprenant toutes les informations sur l'hygiène des mains dans la chambre des patients à côté du distributeur d'alcool pour les mains. Ce poster invite le patient à signaler aux professionnels de la santé d'observer les consignes en matière d'hygiène des mains, impliquant ainsi le "patient" (figure 2). Le folder pourrait également être inséré comme page

séparée dans la brochure d'accueil, augmentant sensiblement le nombre de lecteurs.

Même si le folder sur l'hygiène des mains évite l'utilisation d'un langage technique, il est conseillé de le « tester » lors de la rédaction et avant la diffusion du folder.

La nouvelle identité graphique de l'UZA fut un énorme succès. Les couleurs, les espaces vides et les nombreuses photos rendent les folders clairs au premier coup d'œil. Les photos également sont fort appréciées.

Outre le tutoiement, il est conseillé d'utiliser des mots clés en **caractère gras** ou soulignés. Utilisée avec modération, cette technique peut s'avérer fort efficace. L'abus pourrait être perçu négativement et anéantirait les effets positifs.

Le vouvoiement reste la norme de l'UZA pour toute

communication externe, les folders/brochures (surtout dans la nouvelle identité graphique) souhaitent cependant créer une ambiance familière dans laquelle le patient se sente à l'aise. Le but est également d'instruire le patient, tout en évitant un discours pontifiant. Le patient occupe clairement une place centrale et l'objectif est qu'il comprenne tout et qu'il se sente à l'aise lors de son intervention et de son séjour au sein de l'UZA.

Références

1. Service de communication et équipe hygiène hospitalière UZA. Vous êtes en bonnes mains. Hygiène des mains au sein de l'UZA. Folder d'information patients. UZA, janvier 2011.
2. Filip Bosschaerts et Philippe Prospero. Enquête de marché sur la communication externe imprimée de l'Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Rapport de stage, département Marketing de la Karel de Grote-Hogeschool à Anvers, juin 2011.



Figure 2 : Poster "responsabilisation du patient " à côté du distributeur d'alcool pour les mains

ARTICLE ORIGINAL

4^e campagne d'hygiène des mains – Participation des patients. Quelle réalité ? Evaluation d'une initiative locale

Martine Doyen. Infirmière en hygiène hospitalière. Clinique St Jean – Bruxelles.

Introduction

Solliciter la participation des patients afin de promouvoir l'Hygiène des mains (HDM) est une démarche proactive que nous trouvons intéressante à explorer car elle constituait, nous semblait-il, un atout supplémentaire

Nous avons suivi la méthodologie de la campagne nationale et utilisé le matériel didactique mis à notre disposition : affiches appliquées dans le hall d'entrée et dans toutes les unités de soins, charte signée et affichée dans certains services, distribution des «magnets» et porte badges.

Le fascicule destiné aux patients leur a été remis par le service des admissions, cependant les patients admis via le service des urgences ne l'ont pas reçu.

Nous avons voulu personnaliser cette démarche par une sollicitation plus directe des patients.

Nous voulions aussi connaître la visibilité que la 4^e campagne d'HDM avait eu ou non auprès des patients.

Initiative locale : durant la campagne une petite carte a été distribuée aux patients par le personnel de l'unité de soins. Le message était : «4^e Campagne d'hygiène des mains. Nous participons activement à la campagne. Pour que vous soyez encore dans de meilleures mains, participez-y avec nous. N'hésitez pas à nous rappeler de nous désinfecter les mains. Conforme aux directives de l'OMS et du Conseil Supérieur de la Santé.»

Le premier jour la petite carte a été déposée sur le plateau repas et ensuite déposée sur la table de nuit du patient. Ensuite, elle a été remise au patient par le personnel lors de son admission dans l'unité.

L'objectif étant que le soignant «donne l'autorisation» au patient de lui rappeler l'HDM au cas où il aurait oublié de la pratiquer et ainsi prendre le patient comme partenaire de soins.

Objectifs

- Evaluer la visibilité de la campagne d'HDM auprès des patients hospitalisés dans la clinique.
- Instaurer un dialogue soignant-soigné au sujet de l'hygiène de mains.
- Positiver la démarche par l'appropriation de l'initiative «participation des patients » par le personnel.

- Déculpabiliser l'oubli afin que le personnel soignant ne perçoivent pas la participation des patients comme une mesure coercitive à son égard.
- Prévenir une agressivité potentielle (éviter qu'une demande de désinfection des mains formulée par le patient ne soit mal perçue par le personnel).

Méthodologie

L'évaluation de cette initiative a été réalisée sur une période 7 jours à la fin de la campagne d'hygiène des mains.

Le questionnaire élaboré par l'IHH a été administré sous forme d'interview par des étudiants infirmiers de 2^e et 3^e année.

L'accord des écoles et des étudiants a été demandé et obtenu. La formation des étudiants a été assurée par l'IHH.

Les 10 patients à interviewer ont été désignés par l'infirmière chef de l'unité de soins, afin de veiller à ce que ces patients soient en état de participer à l'interview.

Afin de ne pas inquiéter le patient ou diminuer la confiance qu'il a dans le soignant qui le prend en charge le terme «infection» n'a pas été utilisé seul le geste de désinfection des mains a été abordé.

Il a été demandé aux étudiants de se présenter, de demander au patient s'il était d'accord de répondre à quelques questions, de poser les questions sans les commenter, de rester le plus neutre possible durant l'interview. Le patient était interrogé en français ou en néerlandais selon son choix.

Lorsque l'avis du patient était demandé sur un document, l'étudiant montrait le document dont il était question au patient.

Les interviews réalisées étaient glissées dans une enveloppe qui était ensuite remise en mains propres à l'IHH.

L'initiative a été annoncée dans les unités par le directeur adjoint du département infirmier.

Résultats

Tous les étudiants et patients sollicités ont accepté de participer à l'interview.

Les étudiants ont trouvé la démarche pédagogique et intéressante et ont dit en avoir retiré personnellement une sensibilisation à l'HDM.

Quatorze unités de soins (médecine, chirurgie, maternité, gériatrie, revalidation) ont participé et 103 patients ont été interviewés.

Les unités participantes dans lesquelles moins de 10 questionnaires ont été recueillis avaient des patients dont l'état de santé ne permettait pas l'interview (principalement en gériatrie).

Interview et réponses des patients

- Savez-vous qu'actuellement il y a une campagne d'HDM dans les hôpitaux ?
OUI : 48 %
- Si OUI, comment avez-vous été informé ?
St Jean : 41 % TV : 16% Journaux : 7 %
Entourage : 10% Autres : 26%
- Selon vous la clinique St Jean participe-t-elle à cette campagne d'HDM ?
OUI : 60%
- Avez-vous vu des affiches dans la clinique St Jean concernant l'HDM ?
OUI : 46%
- Le service d'admission vous a-t-il remis une brochure concernant la campagne d'HDM ?
OUI : 19 %*
- Vous a-t-on remis une petite carte sur la campagne d'HDM lors de votre admission dans l'unité ?
OUI : 34%
- Qui vous a remis cette petite carte ?
Etudiant : 24% Infirmière : 25% Volontaire 30%
Autres : 15% Ne sait pas : 6%
- Avez-vous trouvé une petite carte concernant la campagne d'HDM sur la table de nuit ?
OUI : 27 %
- Vous a-t-on expliqué en quoi consiste cette campagne d'HDM ?
OUI : 26 %
- Vous a-t-on expliqué ce que vous pouvez faire pour que le personnel se désinfecte les mains ?
OUI : 26%

* Ce score s'explique par le fait que d'une part le personnel des admissions craignait rencontrer des difficultés avec le personnel lors de la réservations des lits. La distribution du folder de la campagne a donc été rediscuté avec lui et la mission du personnel des admissions a été recadrée afin de le rassurer et de favoriser la distribution du folder. D'autre part, nous n'avions pas prévu de demander au patient s'il avait été admis dans l'unité via le service des admissions ou le service des urgences.

- Avez-vous des commentaires ?
32% des patients interviewés ont émis un commentaire
- Les patients observent les soignants, si majoritairement ils reconnaissent la qualité des soins donnés, certains formulent aussi critiques et suggestions.

- D'autres font confiance et supposent que les désinfectants disponibles sont utilisés ou que, puisque le personnel porte des gants, l'HDM « ne les inquiètent pas » ...
- Certains patients estimaient que ce n'était pas à eux de faire la demande d'HDM au personnel.
- Certains ne sont pas conscient de l'impact potentiel de l'HDM sur la santé
- Certains patients nous ont dit que la prochaine fois ils seront plus attentifs aux documents qu'on leur donne
- Un patient ayant trouvé la promotion de l'HDM judicieuse nous a dit qu'il allait l'implémenter dans son entreprise.

Parmi les suggestions formulées par les patients :

- Promouvoir l'hygiène des mains auprès des visiteurs pour «qu'ils n'apportent pas des bactéries de l'extérieur».
- Placer des affiches incitant à l'HDM dans les sanitaires publics
- Mettre plus d'affiches dans la clinique
- Mettre un rappel systématique de l'HDM lors de l'ouverture de l'ordinateur par l'infirmière pour accéder au dossier informatisé. Cette suggestion a été concrétisée grâce à l'intervention de l'équipe qui gère le dossier infirmier informatisé dans la clinique.

Discussion

Il y a des réticences du personnel à prendre le patient comme partenaire de soins et à s'investir totalement dans cette démarche.

Le dialogue avec le patient au sujet de l'hygiène des mains est encore difficile, il sera probablement plus aisé pour le personnel lorsqu'il aura encore amélioré sa propre compliance à l'hygiène des mains (l'objectif de 70% n'est pas encore atteint dans la clinique).

Le personnel accepte plus facilement que le patient lui réclame un médicament oublié que de se désinfecter les mains, car cela n'est pas encore vécu comme une procédure «habituelle».

Conclusions et Perspectives

L'initiative mérite certainement d'être poursuivie lors de la prochaine campagne en y intégrant les demandes formulées tant par les patients que par le personnel.

Un groupe de travail sera constitué afin d'améliorer la visibilité de la campagne d'HDM auprès des patients et de mieux les informer tout en étant attentif au vécu du personnel afin de favoriser l'appropriation de la démarche «participation des patients» .

Introduire un changement cela prend du temps et requiert de nombreuses collaborations.

À suivre ...

NOUVELLES DE LA BAPCOC

Résultats enquête campagnes et matériel de campagne 2011

Groupe de travail Campagne Hygiène des Mains

Début 2011, une nouvelle session d'information "Vous êtes en de bonnes mains" a été organisée à Bruxelles.

Comme chaque année, cette session est l'occasion de présenter aux hôpitaux participants les nouveautés de la dernière campagne. À l'issue de la session, tous les

participants sont invités à remplir un simple questionnaire mesurant la satisfaction et l'utilité du matériel existant et à formuler leurs souhaits et de nouvelles idées. 118 participants ont rempli le questionnaire, dont 60 francophones et 58 néerlandophones.

QUESTIONNAIRE

Session d'information "Vous êtes en de bonnes mains"

20 janvier 2011, Bruxelles (Woluwé), UCL St.-Luc – Auditoire Roi Baudouin C

	Très satisfait	Satisfait	Neutre	Mécontent	Très mécontent
Q1. Etes-vous <u>globalement</u> satisfait(e) du matériel proposé pour cette quatrième campagne?	<input type="checkbox"/>				
Q2. Etes-vous satisfait(e) du <u>matériel spécifique</u> , en particulier:	Très satisfait	Satisfait	Neutre	Mécontent	Très mécontent
a. Affiches	<input type="checkbox"/>				
b. Powerpoint médecin	<input type="checkbox"/>				
c. Powerpoint soignants	<input type="checkbox"/>				
d. Brochures patient	<input type="checkbox"/>				
e. Gadgets (petites mains,...)	<input type="checkbox"/>				
f. Clip vidéo	<input type="checkbox"/>				
g. Quiz	<input type="checkbox"/>				
Q3. Quel <u>matériel supplémentaire</u> pourrait, pensez-vous, vous aider dans la promotion de l'hygiène des mains dans votre institution?					
Q4. Quel pourrait être, à votre avis, <u>le message</u> de la cinquième campagne (la campagne suivante)?					
Q5. Les médecins sont le public-cible privilégié de la quatrième campagne. Sans pour autant négliger les autres soignants, <u>quel devrait être, à votre avis, le public-cible de la cinquième campagne?</u>					
Q6. Avez-vous des <u>suggestions de gadgets</u> pour la prochaine campagne?					
a. Gadget patient:	_____				
b. Gadget soignant:	_____				

Merci beaucoup pour votre participation !

Voici les résultats :

La 1^{ère} question portait sur **la satisfaction globale du matériel proposé pour la 4^{ème} campagne**. 13% ont répondu être «très satisfaits», 68% «satisfaits», 16% plutôt «neutres» et 3% seulement se disaient «mécontents». Aucun participant n'était «très mécontent» du matériel de campagne.

La 2^{ème} question portait sur **l'utilité du matériel développé**, allant des affiches classiques aux quiz. Une petite partie seulement du matériel a été évaluée comme peu ou moins utilisable. Le matériel vidéo et les clips ont été considérés comme les plus utilisables (92% estiment ce matériel utilisable ou très utilisable), suivi des «affiches» et du «quiz» en ligne. Ensuite, venaient la «présentation Powerpoint pour professionnels de la santé» et les «gadgets» hygiène

des mains. La «présentation Powerpoint pour médecins» et la «brochure patients» ont obtenu la note la plus faible, même si elle était toujours largement positive (= plus de 70% estiment ce matériel utilisable ou très utilisable).

La 3^{ème} question portait sur **le matériel supplémentaire qui pourrait être utile pour la promotion de l'hygiène des mains** au sein des institutions de soins de santé. Comme il s'agissait d'une question ouverte, les réponses furent divergentes et ... surprenantes. Plus d'un quart (27%) cite le «présentoir avec alcool pour les mains et brochures», éventuellement dans une nouvelle version (plus petite). En deuxième position se trouvent les «montres en forme de main» (7%) et en troisième position, les «autocollants» (6%). La liste suivante témoigne de la créativité des participants :

Vidéo, YouTube, clip humoristique (clown), banderole, sky banners, flacon de poche désinfectant pour les mains (+clip), lampe UV (+ solution fluo), d'autres brochures, avec fiche de paie (+ bon de réduction?), carte mémoire, aide-mémoire, fiche, stylo, latte, souligner l'usage correct des gants dans le quiz et la présentation PPT personnel infirmier, affiches autocollantes (transparentes) pour parois/portes en verre, films plutôt que présentation PPT pour médecins et personnel infirmier, audio (pour malentendants, dans la salle d'attente), économiseur d'écran, plus axé sur la psychiatrie, posters plus grands, tapis de souris, calendrier, programme ordinateur pour enregistrement debout, posters bilingues, plaques de Pétri («cultive tes propres bactéries»), wobblers pour les flacons de désinfectant, bandes dessinées avec des personnages connus /Bookie, carte de crédit/Post-it avec slogan, clé USB avec tout le matériel de campagne, séminaire sur le leadership pour optimiser l'influence sur les lieux du travail, journal, porte-affiche, une copie d'Anne Simon avec son talent pour la communication, petits cadeaux pour le personnel ayant les mains propres, grille d'observance pour l'hygiène des mains, formulaire d'évaluation hygiène des mains en annexe avec formulaire d'évaluation à la sortie de l'hôpital.

La 4^{ème} question portait sur ce qui d'après les participants, devrait être le **message central** de la campagne suivante (cinquième).

"69% compliance: Yes We Can... do it better"
"Encore plus d'hygiène"
"Quid s'il s'agissait de vous / de votre mère / de votre enfant?"
"Hygiène des mains à l'hôpital: partout !"
"Insister sur la bonne technique"
"Je prends mon temps (30 secondes s.v.p.)"
"L'hygiène des mains concerne tout le monde"
"Les gants ne remplacent pas l'hygiène des mains !"
"Pas de gsm en poche pendant les soins"
"Conditions de base pour une bonne hygiène des mains: enlevez vos bijoux, manches courtes, ongles courts"
"Protégez votre patient!"
"La réputation de votre hôpital est de votre responsabilité"
"Hygiène des mains après une visite aux toilettes, surtout de la part du patient"
"Méfiez-vous d'un soignant portant des bijoux ou une montre !"
"L'hygiène des mains nous concerne tous"
"Vous êtes responsable !"

La 5^{ème} question portait sur le **«groupe cible» qui mériterait plus d'attention** lors de la prochaine campagne, sans pour autant délaisser les autres soignants. Plus de 22% se sont prononcés pour le «personnel de nettoyage, d'entretien et de cuisine», suivi des «paramédicaux» (19%). Onze pourcent citaient les «médecins et chirurgiens», 8% le «personnel médico-technique». Le «patient» occupait la cinquième place (5%), suivi des «étudiants» (5%) et des «volontaires» (4%).

La 6^{ème} question portait sur les **suggestions relatives aux éventuels gadgets pour la/les campagne(s) suivante(s)**. Encore une fois, les participants n'ont pas

manqué d'inspiration: plus de 30 idées ont été avancées, allant des bonbons aux bijoux, jusqu'au papier toilette imprimé. Pour nos patients/clients également, quelques gadgets originaux ont été présentés : un set de table, des mouchoirs imprimés, une médaille à remettre au soignant montrant le bon exemple, des mots croisés, etc...

Curieux de connaître notre préférence et notre choix ultime? Patience, nous maintenons encore un peu le suspens...

Le groupe de travail hygiène des mains campagne vous remercie de votre collaboration !

NOUVELLES DE L'INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP)

Surveillance des septicémies et méningites néonatales, 2010

G. Ducoffre

Institut Scientifique de Santé Publique, DO Santé publique et Surveillance, Service Maladies infectieuses dans la population générale

Introduction

Depuis 1983, le Service Maladies infectieuses dans la population générale de la DO Santé publique et Surveillance coordonne la surveillance de maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie, appelé Laboratoires Vigies.

L'objectif de ce réseau est de suivre d'année en année et en cours d'année les tendances épidémiologiques des micro-organismes enregistrés. Celles-ci sont transmises aux autorités et institutions concernées et diffusées sur le plan national et international.

Méthode

En 2010, 101 laboratoires vigies ont participé au réseau de surveillance soit 58% (101/174) de l'ensemble des laboratoires agréés en 2010 pour la microbiologie. 77% d'entre eux étaient de type hospitalier et 23% de type privé. Par septicémie et méningite néonatale, on entend l'enregistrement

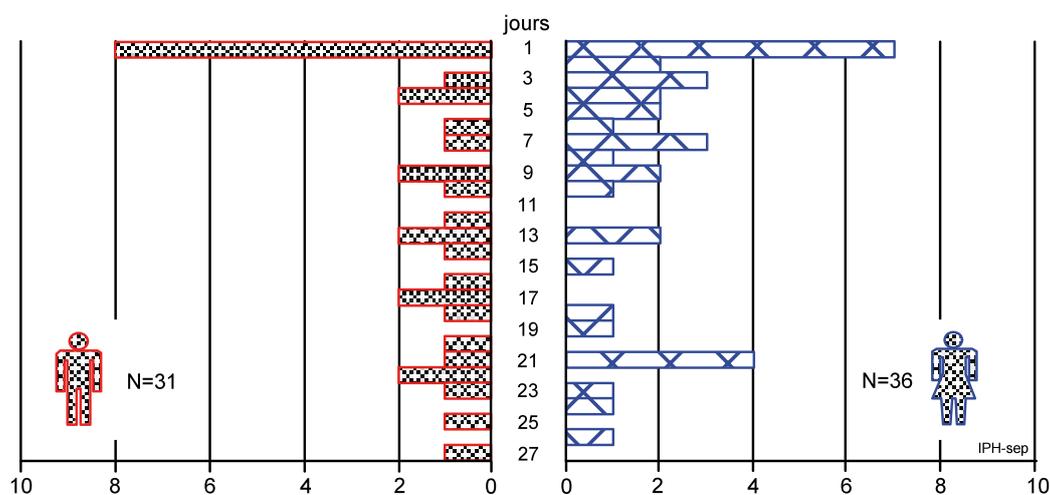
de toute souche isolée du sang ou du LCR chez des enfants de moins de 28 jours. On distingue la maladie à début précoce (avant le cinquième jour) et la maladie "tardive" (à partir du cinquième jour).

L'enregistrement se fait selon un rythme hebdomadaire sur formulaire papier ou par voie électronique. De plus, pour les septicémies, une enquête rétrospective est réalisée au début de l'année suivante pour récupérer un maximum de cas diagnostiqués au cours de l'année considérée. Les variables enregistrées sont le germe ainsi que l'âge et le sexe des nouveau-nés.

Résultats

En 2010, 71 cas ont été déclarés par 10 laboratoires hospitaliers. Il s'agissait de 31 garçons et 36 filles (4 âges sexes inconnus). 28 cas étaient des infections à début précoce et 43 des infections "tardives" (figure 1).

Figure 1 : Répartition par sexe et par âge des méningites et sepsis néonataux (N, 2010)



Les germes suivants ont été les plus souvent mentionnés : *Staphylococcus* coagulase négatif (N=22, 31%), *Escherichia coli* (N=14, 20%) et *Streptococcus agalactiae* (N=7, 10%; tableau). La répartition des

principaux germes enregistrés en 2010 correspond à celle des années précédentes (www.wiv-isp.be/epidemio/labo).

Tableau : répartition des germes (N=71, 2010)

Germe	N
<i>Staphylococcus</i> coagulase négatif	22
<i>Escherichia coli</i>	14
<i>Streptococcus agalactiae</i>	7
<i>Streptococcus aureus</i>	5
<i>Enterobacter cloacae</i>	4
<i>Enterococcus faecalis</i>	4
<i>Corynebacterium</i>	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2
<i>Listeria monocytogenes</i>	2
<i>Streptococcus mitis</i>	2
<i>Candida albicans</i>	1
<i>Haemophilus influenzae</i>	1
<i>Lactobacillus</i>	1
<i>Pantoea agglomerans</i>	1
<i>Proteus mirabilis</i>	1
<i>Streptococcus salivarius</i>	1
Total	71

Conclusion

Cette surveillance est importante pour continuer à suivre l'évolution des germes responsables de septicémies et de méningites néonatales. Elle n'est

toutefois pas facile car elle nécessite un travail de recherche pour retrouver les cas diagnostiqués tout au long de l'année. Remercions tous les laboratoires qui ont contribué à cet enregistrement.

NOUS AVONS LU POUR VOUS

Le premier congrès international francophone au sujet de la prévention des infections (ICPIC) s'est tenu à Genève en juin 2011. Pour ceux qui n'ont pas pu se joindre aux travaux très intéressants et aux rencontres fabuleuses, nous proposons un petit souvenir. Les abstracts sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/5/S6/O1>

K Fillion, KS Kukanich, B Chapman, MK Hardigree, DA Powell.

Observation-based evaluation of hand hygiene practices and the effects of an intervention at a public hospital cafeteria.

American Journal of Infection Control, 39 (6) : 464 - 470, august 2011

L'hygiène des mains est importante surtout avant les repas, particulièrement dans une cafétéria d'hôpital où les habitués peuvent avoir eu des contacts avec des agents infectieux. Peu d'interventions destinées à augmenter l'hygiène des mains ont eu un succès mesurable. Cette étude utilise une intervention par poster pour favoriser l'hygiène des mains parmi les travailleurs des soins de santé (HCWs) et les visiteurs (HVs) à l'entrée d'une cafétéria d'hôpital. Pendant une période de 5 semaines, une intervention par poster avec accès à une unité d'hygiène des mains a été entreprise pour augmenter l'hygiène des mains dans la cafétéria hospitalière. La variable dépendante observée est l'opportunité d'hygiène des mains. Les phases de l'étude comprennent une ligne de base, l'intervention et une phase de suivi dont chacune est composée d'une observation de 3 jours choisis par hasard pendant

3 heures, au moment du repas de midi. Pendant les 27 heures d'observation, nous avons observé 5.551 participants et la fréquence générale d'hygiène des mains est de 4,79 %.

Les opportunités d'hygiène des mains sont plus fréquentes pour les HCWs que pour les HVs ($P=0,0008$) et pour les femmes que pour les hommes ($P= 0,0281$). Les opportunités d'hygiène des mains surviennent plus fréquemment après l'introduction du poster qu'à la ligne de base ($P= 0,0050$) et cette augmentation est la conséquence de l'augmentation de la fréquence de l'hygiène des mains chez les HVs plus que chez les HCWs.

L'intervention par poster avec une désinfection des mains facilement accessible peuvent augmenter la performance générale de l'hygiène des mains dans une cafétéria hospitalière aux USA.

R Caserta Eid, F Domingues, JK Silva Barreto, AR Marra, C Vallone Silva, A Tavares Paes, OF Pavão dos Santos, MB Edmond.

Successfull prevention of tracheostomy associated pneumonia in step-down units

American Journal of Infection Control, 39 (6) : 500 - 505, august 2011

La prévention des infections liées aux soins est bien décrite dans les unités de soins intensifs. Cependant, la surveillance dans les unités de suite (SDU) des patients qui nécessitent des soins intermédiaires avec une ventilation mécanique à deux niveaux de pression par une trachéotomie nécessite une meilleure compréhension. Une étude, quasi-expérimentale, séparées dans le temps a été menée dans les SDU Nous avons évalué l'efficacité de l'implémentation de mesures préventives dans les SDU pendant 2 périodes différentes sur la pneumonie associée au matériel (ventilation mécanique à 2 niveaux). De janvier à octobre 2007 (phase I), des pratiques recommandées par les "Centers for Disease Control and pre-

vention" ont été implémentées et l'unité d'épidémiologie a réalisé une surveillance de la pneumonie associée à la trachéotomie. De novembre 2007 à août 2008 (phase II), les mêmes pratiques recommandées par les «Centers for Disease Control and Prevention» ont été suivies mais, en plus, nous avons commencé l'évaluation de ces interventions tant au lit du patient qu'en termes de procédures. La densité d'incidence moyenne de pneumonie associée à la trachéotomie par 1000 jours de trachéotomie dans les SDU est de 6,0 en phase I et 0,7 en phase II, $P= 0,002$. Réduire la pneumonie liée à la trachéotomie est un processus multidisciplinaire continu qui englobe la mesure de critères de performance multiples.

H Hitoto, A Kouatchet, L Dubé, C Lemarié, M Kempf, A Mercat, ML Joly-Guillou, M Eveillard.

Impact of screening and identifying methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriers on hand hygiene compliance in 4 intensive care units.

American Journal of Infection Control, 39 (7) : 571- 576, September 2011

Notre objectif est d'évaluer l'impact du screening et de l'identification des porteurs de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) comme simple mesure dans 4 unités de soins intensifs (ICUs). Nous avons réalisé une évaluation prospective incluant 2 périodes de 6 mois. L'évaluation consistait en la mesure au moyen de 2 indicateurs de la compliance à l'hygiène des mains (HHC) pour les contacts avec les porteurs de MRSA versus les contacts avec les non porteurs (comparaison C1, objectif principal) et pour une période d'absence d'identification (P1) versus une période d'identification (P2) (comparaison C2) et la contamination croisée par MRSA (P1 versus P2) (comparaison C3). Au total, nous avons observé 1326 opportunités à l'hygiène des mains. Concernant C1, la

HHC pour les contacts avec les porteurs de MRSA était de 42,5 % versus 43,1 % pour les contacts avec les non porteurs (non significatif).

Cette différence a été enregistrée quelles que soient la spécialité de l'ICU, la catégorie de personnel et la nature du contact. Concernant C2, la HHC en P1 était de 44,8 % versus 48,5 % en P2 (non significatif). Concernant C3, aucune différence significative n'a été identifiée entre les 2 périodes.

Nous n'avons identifié aucun avantage par l'utilisation du screening et de l'identification des porteurs dans ces 4 ICUs dans lesquelles aucune stratégie spécifique de mesure additionnelle pour les contacts avec les porteurs de MRSA n'a été implémentée.

JD Ricard, M Eveillard, Y Martin, G Barnaud, C Branger, D Dreyfus.

Influence of tracheal suctioning systems on health care workers' gloves and equipment contamination : a comparison of closed and open systems.

American Journal of Infection Control, 39 (7) : 605-607, September 2011

Nous avons comparé l'impact de l'aspiration trachéale avec un système ouvert ou fermé sur la contamination de l'équipement et du personnel de soins par des pathogènes multirésistants. Seul le système fermé réduisait la conta-

mination des mains et de l'équipement lors de l'aspiration trachéale. Cet équipement devrait être systématiquement utilisé pour réduire le risque de contamination croisée dans l'unité de soins intensifs.

M Eveillard, V Guilloteau, M Kempf, B Lefrancq, MT Pradelle, F Raymond, ML Joly-Guillou, PP Brunel.

Impact of improving glove usage on the hand hygiene compliance.

American Journal of Infection Control, 39 (7) : 608-610, September 2011

Nous avons évalué l'impact de la promotion de l'utilisation des gants sur la compliance à l'hygiène des mains dans une étude multicentrique incluant 9 institutions de soins chroniques. Si les gants ont été utilisés correctement pendant l'évaluation, la compliance générale à l'hygiène

des mains mesurée après contact avec les patients ou l'environnement a seulement augmenté de 66,3 % à 68,7 %. Ce faible impact suggère que la promotion de l'utilisation des gants n'est pas par elle-même une stratégie alternative pour augmenter la compliance à l'hygiène des mains.

TJ Secker, R Hervé, CW Keevil

Adsorption of prion and tissue proteins to surgical stainless steel surfaces and the efficacy of decontamination following dry and wet storage conditions.

Journal of Hospital Infection, 78 : 251-255, 2011

La transmission iatrogène de la protéine de prion infectante (PrP^{Sc}) est un danger potentiel vu sa résistance à beaucoup de protocoles de décontamination chimique et enzymatique et à ses propriétés adhésives très fortes sur l'acier inoxydable. Les conditions dans lesquelles le matériel chirurgical est manipulé pendant et après l'intervention peuvent affecter le niveau de protéines tissulaires, l'attachement du prion et l'efficacité des procédures de décontamination ultérieures. Cette étude investigate l'adhésion des protéines tissulaires et de la substance amyloïde associée au prion au matériel de chirurgie en acier inoxydable par rapport au temps et aux conditions variables de stockage, et l'influence sur l'efficacité de produits de nettoyage enzymatiques. Les surfaces ont été contaminées par homogénat de cerveau de souris infecté

(ME7) et laissé à sécher entre 0 et 120 minutes à température ambiante ou pendant 24 heures dans des conditions de sécheresse ou d'humidité. La contamination résiduelle avant et après nettoyage a été mise en évidence par la visualisation fluorescente des traces et par microscopie avec contraste d'interférence. Les longs temps de séchage ont augmenté l'adsorption tant de la protéine que du prion et ont affecté l'efficacité des produits de nettoyage testés. Un environnement humide après la contamination réduit significativement l'attachement de la protéine et du prion à la surface chirurgicale en acier inoxydable. Maintenir des conditions humides peut potentiellement augmenter la décontamination ultérieure des instruments chirurgicaux réutilisables et ainsi réduire le coût et le temps de la procédure.

A Hautemaniere, T Remen, L Mathieu, M Deloge-Abarkan, P Hartemann, D Zmirou-Navier

Pontiac fever among retirement home nurses associated with airborne *legionella*

Journal of Hospital Infection, 78 : 269-273

Le but de cette étude est de s'assurer de l'incidence des symptômes compatibles avec la fièvre de Pontiac (PF) et d'évaluer leur association avec l'exposition à la bactérie *legionella* parmi les infirmières des maisons de retraite qui aident les résidents à prendre leur douche. Au cours d'une période non épidémique, 104 infirmières de 19 maisons de retraite ont été suivies durant 4 mois. Des données sur les symptômes, le nombre et la localisation des douches qu'ils utilisaient ont été collectées quotidiennement par chaque participant. L'eau et la qualité de l'aérosol bactérien ont été caractérisés à la fin du suivi en utilisant les

techniques de culture et d'hybridation in situ. Parmi 11 épisodes qui ressemblaient à la fièvre Pontiac, 8 cas rencontraient les définitions de l'étude PF.

Les concentrations de *legionella* >1000 cfu par litre sont associées avec un risque accru de PF, avec des caractéristiques réponse-dose. Nous n'avons pas établi d'association entre la concentration de l'aérosol de *legionella* et les épisodes de PF. Une valeur seuil de 10000 cfu de *legionella* par litre d'eau peut être utilisée dans le cadre de la protection du travail dans une ambiance exposée aux légionelles.

S Speight, A Moy, R Chinis, PN Hoffman, A Davies, A Bennet, JT Walker

Evaluation of the sporicidal activity of different chemical disinfectants used in hospitals against *Clostridium difficile*

Journal of Hospital Infection, 79 : 18-22, 2011

La désinfection des surfaces et du matériel médical fait partie du contrôle de la transmission de *Clostridium difficile* et beaucoup de produits revendiquent l'inactivation efficace de cette bactérie. Nous avons testé 32 désinfectants avec des spores de *Clostridium difficile* en suspension dans une solution test basée sur le standard européen BS EN 1374:2002 avec des temps de contact de 1 min et 60 min dans des simulations de conditions propres (0,3 % albumine) et sales (3 % albumine). L'ajout d'un temps

de contact de 1 min a été choisi comme une simulation plus réaliste ou probable dans le cadre des conditions de travail au niveau des situations modélisées plutôt que l'exposition pendant 60 min comme spécifié dans la norme. Nous avons testé les concentrations minimales de produit comme recommandées par le fabricant. 16 produits ont atteint une réduction de viabilité > 103 avec une exposition de 60 min (ancien critère pour le standard) dans des conditions propres et sales. Cependant, seuls 8 produits

ont montré une activité >103 de réduction de viabilité dans le temps de 1 min dans des conditions sales. 3 produits n'ont pas réussi à réduire la viabilité des spores de *Clostridium difficile* d'un facteur de 103 dans quelque condition de test que ce soit. Cette étude montre que l'application de désinfectants qui

se disent sporicides n'est pas, par elle-même, une panacée dans le contrôle de *Clostridium difficile* dans l'environnement mais que le choix prudent de désinfectants de l'environnement peut faire partie d'un train de mesures plus larges qui comprennent une série choisie de stratégies de nettoyage.

E Illingworth, E Taborn, D Fielding, J Cheesbrough, PJ Diggle, D ORr Is closure of entire wards necessary to control norovirus outbreaks in hospital ? Comparing the effectiveness of two infection control strategies.

Journal of Hospital Infection, 79 : 32-37, 2011

L'approche standard pour le contrôle du norovirus dans les hôpitaux en UK, comme décrite dans les recommandations de l'Agence de Protection de la Santé et déjà mise en place dans les hôpitaux universitaires du Lancashire, comprend la fermeture rapide des unités concernées. Cependant, cette attitude a un impact important par la perte de lits occupés et les admissions retardées. En 2008, une nouvelle stratégie a été mise en place dans l'hôpital test dont les éléments les plus importants sont la fermeture de chambres (plutôt que de l'unité), l'installation de sas, un nettoyage accru, un test rapide moléculaire interne et une équipe de contrôle de l'infection renforcée. L'impact de ces mesures a été évalué par comparaison de deux saisons de norovirus (2007-2008 et 2009-2010) avant et après l'implémentation de la nouvelle stratégie en exprimant la différence entre les saisons par un ratio

(r) de nombre attendu dans les deux saisons. Il y a eu une diminution significative dans le ratio d'épidémies hospitalières confirmées par rapport aux épidémies dans la population ($r = 0,317$, $P = 0,025$), et dans le nombre de jours d'hospitalisation perdus par épidémie ($r = 0,344$, $P < 0,001$). Cependant, il n'y a pas eu de changement significatif dans le nombre de patients affectés par épidémie hospitalière ($r = 1,080$, $P = 0,517$) ou dans le nombre de personnel hospitalier affecté par épidémie ($r = 0,651$, $P = 0,105$). La fermeture de l'unité entière pendant une épidémie de norovirus n'est pas toujours nécessaire.

Les changements apportés dans l'étude montrent qu'une réduction significative du nombre de journées hospitalières perdues par épidémie, ainsi qu'une réduction de la fréquence des épidémies, diminuent fortement l'impact financier.

AG Venier, D Gruson, T Lavigne, P Jarno, F L'Hériteau, B Coignard, A Savey, AM Rogues and the REA-RAISIN group Identifying new risk factors for *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia in intensive care units : experience of the french national surveillance, REA-RAISIN

Journal of Hospital Infection, 79 : 44-48, 2011

Pseudomonas aeruginosa est un pathogène important dans le cadre des pneumonies compliquées en unité de soins intensifs (USI). Notre objectif est de déterminer les facteurs de risque liés au patient et à l'unité de soins de présenter une pneumonie à *Pseudomonas aeruginosa* chez les patients qui présentent une pneumonie liée aux soins en USI. Nous avons utilisé les données de la surveillance nationale française prospective de l'infection liée aux soins de 2004-2006 dans les USI (REA-RAISIN) comprenant les patients admis pour plus de 48 h dans l'USI et qui ont développé une pneumonie liée aux soins. Seule la première pneumonie a été considérée et catégorisée comme pneumonie à *Pseudomonas aeruginosa* ou à autre micro organisme. Nous avons réalisé un modèle de régression logistique à plusieurs niveaux (le patient comme premier niveau et l'unité de soins comme second) avec *Pseudomonas aeruginosa* comme résultat.

Sur 3837 patients inclus issus de 201 unités différentes, 25 % présentaient une pneumonie à *Pseudomonas aeruginosa*. *Pseudomonas aeruginosa* était significativement plus fréquent dans les dernières pneumonies. Une haute probabilité de pneumonie à *Pseudomonas aeruginosa* était liée à un âge plus élevé et à la durée de la ventilation mécanique, la présence d'une antibiothérapie à l'entrée, le transfert d'une unité de médecine ou USI et l'admission dans une unité où l'incidence de *Pseudomonas aeruginosa* chez les patients était élevée.

Une probabilité faible d'acquisition de *Pseudomonas aeruginosa* était associée avec un traumatisme et une admission dans une unité avec un turn-over rapide des patients. Nos analyses identifient un profil de patient et certains éléments de l'unité qui peuvent faire suspecter *Pseudomonas aeruginosa* en cas de pneumonie liée aux soins.

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOG : <http://health.fgov.be/antibiotics>
- Congrès : <http://nosobase.chu-lyon.fr/congres/congres.htm>
- Congressen : <http://www.wip.nl/congress.htm>
- CDC/HICPAC : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>
- Belgian Infection Control Society - BICS : <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- Journal of Hospital Infection (JHI) : <http://www.harcourt-international.com/journals/jhin>
- Nosobase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>
- Noso-info : <http://www.noso-info.be>
- World health organization (OMS) : <http://www.who.int/gpsc/en/>
- Swiss Noso : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/f122cl.htm>
- Infect Control and hospital Epidemiology (ICHE) : <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/home.html>
- "Tuesday seminars", Section épidémiologie : <http://www.wiv-isp.be/epidemio/epifir/agenda.htm>
- Avis et recommandations du Conseil Supérieur de la Santé : http://www.health.fgov.be/CSS_HGR
- Ensemble des brochures CSS : http://health.fgov.be/CSS_HGR/brochures ; à la page d'accueil le lien se situe dans la colonne de droite
- Plate-forme Fédérale d'Hygiène Hospitalière (HIC = Hospital Infection Control) accès aux différents sites des plates-formes régionales : <http://www.hicplatform.be>
- Clean care is safer care : <http://www.who.int/gpsc/en/index.html>
- The Infection Prevention Working Party (WIP) (Nederland) <http://www.wip.nl/UK/contentbrowser/onderwerpsort.asp>
- Association Belge des Infirmier(e)s en Hygiène Hospitalière : <http://www.abhh.be>

Nouveautés

- <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/norovirus/Norovirus-Guideline-2011.pdf>
Guideline for the prevention and control of norovirus gastroenteritis outbreaks in healthcare settings

Discussion privée (les inscriptions sont sélectionnées mais non modérées). Pour s'inscrire ou annuler l'inscription, voyez 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. Après inscription, vous pouvez envoyer vos messages à Nosomail@wiv-isp.be

NOUVELLE RUBRIQUE : IDEES OU EXPERIENCES A PARTAGER
Vos expériences nous intéressent, celles des uns profitent aux autres.
Noso-info peut faire le lien.

Racontez-nous vos épidémies : nombre de cas, quel processus a été mis en place, résultats obtenus, coût

AGENDA SCIENTIFIQUE

Faites nous part des différentes manifestations que vous organisez !! (Formation, symposium)

5 AVRIL 2012

8^{ème} CONGRÈS DE "BIOLOGIE ET HYGIÈNE HOSPITALIÈRE"

Lieu : Paris.

Renseignements : Email : hygiene.hospitaliere@encpb.org.

Site web <http://biohygieniste.leforum.eu/portal.php?pid=40>

4 - 5 AVRIL 2012

34^{èmes} JOURNÉES NATIONALES D'ETUDES SUR LA STÉRILISATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Lieu : Lyon, France

Renseignements : Joëlle Vanbesien. Tél : 05 65 23 06 01, Fax : 05 65 23 06 09.

Email : vanbesiencefh@wanadoo.fr – Site web : http://www.cefh-ceps.com/actualite/frames_jns.htm

13 - 16 AVRIL 2012

SHEA SPRING 2012 CONFERENCE

Advancing Healthcare Epidemiology and Antimicrobial Stewardship

Lieu : Jacksonville (USA).

Renseignements : site web : <http://www.shea-online.org/Education/SHEASpring2012.aspx>

MARDI 17 AVRIL 2012

INFECTIOLOGIE ET MICROBIOLOGIE CLINIQUE : RENCONTRES INTERHOSPITALIÈRES DU NAMUROIS

«Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA) en France: Bilan de 15 années de surveillance globale de la résistance chez l'animal et chez l'homme» Prof. MH Nicolas-Chanoine, Microbiologie, Hôpital Beaujon, AP-HP, Clichy, Université Paris 7 Denis Diderot Inserm U 773)

Lieu : CHU de Mont-Godinne, Auditoire B, 12h30-14h00 (sandwiches et boissons prévus)

Renseignements : C. Baude. Tél : 081 42.32.14 - Fax : 081 42.32.04. Email : cedric.baude@uclouvain.be

17 - 20 AVRIL 2012

INTERNATIONAL FORUM ON QUALITY AND SAFETY IN HEALTH CARE

Lieu : Paris, France

Renseignements : BMJ Publishing Group. Tél : +44 20 7383 6241, Fax : +44 20 7554 6997.

Email : events@bmjgroup.com – site web : <http://internationalforum.bmj.com>

15 MAI 2012

INFECTIOLOGIE ET MICROBIOLOGIE CLINIQUE : RENCONTRES INTERHOSPITALIÈRES DU NAMUROIS

«Les entérocoques résistants à la vancomycine : un problème émergent en Europe ?»

Prof. Roland Leclercq, Laboratoire de Microbiologie et Centre National de Référence (CNR) résistance aux antibiotiques, CHU de Caen, France

Lieu : CHU de Mont-Godinne, Auditoire B, 12h30-14h00 (sandwiches et boissons prévus)

Renseignements : C. Baude. Tél : 081 42.32.14 - Fax : 081 42.32.04

Email : cedric.baude@uclouvain.be

15 - 17 MAI 2012

34^{èmes} JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE L'AIFI (ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES EN PRÉVENTION DES INFECTIONS)

Lieu : Gatieneau (Québec).

Renseignements : Ch. Soucy, Tél : +011 514 528 24 poste 3362.

Email : csoucy@santepub-mtl.qc.ca. Site web : <http://www.aipi.qc.ca>

21 – 24 MAI 2012

V^e CONGRÈS MONDIAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS FRANCOPHONES (SIDIIEF).

21-24/05/2012

Lieu : Genève (Suisse).-

Renseignements : <http://www.sidiief2012.org/web/outils/appel-communications/>

22 MAI 2012

LES MARDIS MIDI DE L'INFECTIOLOGIE – CHU DE LIÈGE

«Cas clinique - Infections à Brucella melitensis»

Dr. P. Léonard, Dr. C. Meex, Service de Microbiologie – CHU

Lieu : CHU de Liège, salle des colloques B, bloc central +2 (de 12h30 à 14h00)

Renseignements : Secrétariat. Tél : 04/366 74 95 – 04/366 24 39

4 – 6 JUIN 2012

ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY (APIC),

"Infection Prevention : Improving Outcomes, Saving Lives"

Lieu : San Antonio (USA).

Renseignements : APIC. Site web : <http://www.apic.org>

5 JUIN 2012

LES MARDIS MIDI DE L'INFECTIOLOGIE – CHU DE LIÈGE

«Cas clinique - Infection systémique à Acanthamoeba »

Dr M. Lejeune, Dr. J. Descy, Service de Microbiologie – CHU

Lieu : CHU de Liège, salle des colloques B, bloc central +2 (de 12h30 à 14h00)

Renseignements : Secrétariat. Tél : 04/366 74 95 – 04/366 24 39

6 - 8 JUIN 2012

23^{ème} CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH)

Lieu : Lille, France

Renseignements : <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

13 - 16 JUIN 2012

15th ICID (INTERNATIONAL CONGRESS ON INFECTIOUS DISEASES)

Lieu : Bangkok, Thaïlande

Renseignements : tél. +1 617 277 0551 – Fax. +1 617 278 9113 - Email : info@isid.org - Site web : www.isid.org

13 - 16 JUIN 2012

25th EUROPEAN CONGRESS ON SURGICAL INFECTION (SIS)

Lieu : Lund (Sweden).

Renseignements : <http://www.sis-e.org/>

14 JUIN 2012

SYMPOSIUM BICS

“Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae (CPE)

Lieu : Musée de la Médecine, Campus Erasme, ULB

Renseignements : Elise Brisart. Email : Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be

19 JUIN 2012

INFECTIOLOGIE ET MICROBIOLOGIE CLINIQUE : RENCONTRES INTERHOSPITALIÈRES DU NAMUROIS

«Apport de la sérologie et de la PCR pour le diagnostic de la pneumonie à pneumocoque chez l'enfant : Résultats d'une étude multicentrique»

Dr. David Tuerlinckx porte-parole du groupe de l'étude 3P, Pédiatrie, CHU-Mont-Godinne

Lieu : CHU de Mont-Godinne, Auditoire B, 12h30-14h00 (sandwiches et boissons prévus)

Renseignements : C. Baude. Tél : 081 42.32.14 - Fax : 081 42.32.04

Email : cedric.baude@uclouvain.be

21 – 23 JUIN 2012**OSAP (ORGANISATION FOR SAFETY, ASEPSIS AND PREVENTION) ANNUAL SYMPOSIUM**

Lieu : Atlanta (Etats-Unis).

Renseignements : Site web : <http://www.osap.org>**9 -12 SEPTEMBRE 2012****52nd ICAAC**

Lieu : San Francisco, USA

Renseignements : <http://www.icaac.org>**17- 21 OCTOBRE 2012****Infectious Diseases Society of America (IDSA)**

Lieu : San Diego, California, USA

Renseignements : info@idweek.org**22 - 23 NOVEMBRE 2012****Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-infectieuse (RICAI)**

Lieu : La Défense, Paris, France

Renseignements : <http://www.ricai.org>**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 : « introduction, 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

B. Catry, K. Claeys, A. Deschuymere,
C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante,
E. Van Gastel, F. Van Laer, I. Wybo.
Membres d'honneur : M. Zumofen, J.J. Haxhe

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 ou
liliane.degreef@gmail.com

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 néer-
landais (traduction assurée par la revue). Le
contenu des publications n'engage que la res-
ponsabilité de leurs auteurs.

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

Section épidémiologie
14 av. J. Wytsmans
1050 Bruxelles
<http://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr>

Pour tout renseignement concernant le NVKVV Vlaamse Werkgroep Ziekenhuishygiëne

Mevr. K. Claeys, présidente
Mme G. De Mey, collaboratrice
Tél : 02/737.97.85
Fax : 02/734.84.60
Email : navorming@nvkvv.be

Abonnements et cotisations 2012

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 ou
liliane.degreef@gmail.com

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

Pour tout renseignement concernant l'ABIHH

Groupe infirmier francophone
Mr. Ch. Barbier
Tél : 04/366.28.79
Fax : 04/366.24.40
Email : info@abh.be
<http://www.abhh.be>