



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° 4
4^{ème} 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 Erreurs du personnel infirmier lors de l'administration intraveineuse d'antibiotiques : un problème largement méconnu
- 3 Quatrième campagne nationale « Vous êtes en de bonnes mains » 2010-2011 : zoom sur les indications "avant contact patient".
- 6 Surveillance nationale des septicémies à l'hôpital (SEP) Révision protocole SEP
- 8 Surveillance des maladies infectieuses en Belgique : les services d'inspection d'hygiène
- 10 Rapport d'activités 2011 - Groupe de travail sur l'hygiène hospitalière NVKVV
- 11 Journée d'étude hygiène hospitalière NVKVV - 19 mars 2012 «Prendre le temps de discuter et valider : un luxe ou une nécessité ?»
- 15 Nous avons lu pour vous.
- 19 PROGRAM European Hand Hygiene
- 21 Site Web.
- 22 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

Vous êtes en de bonnes mains,

Pas si sûr lorsqu'on lit le rapport de Ch Bataile et H Penders !

La qualité de l'administration intra-veineuse des antibiotiques est bien sûr essentielle à la qualité du traitement et donc à la guérison du patient mais certainement aussi à la prévention d'émergence de résistance. Ce premier article rapporte en résumé l'importance et la nature des erreurs commises lors de l'administration intraveineuse d'antibiotiques mais révèle surtout que le personnel et les institutions ne sont pas conscientes du problème. Les facteurs mis en cause sont divers et d'analyse complexe comme nous le disent les auteurs mais des ébauches de solutions pratiques sont avancées et doivent nous faire réfléchir.

La cinquième campagne de promotion d'hygiène des mains se profile à l'horizon avec, cette fois, un message particulièrement simple à comprendre mais extrêmement difficile à faire passer « Désinfectez vous les mains avant de soigner un patient, c'est à ce moment là que vous le protégerez certainement ». Comme le montre l'article de Natacha Viseur, et comme nous l'avons dit après chaque campagne, même si les résultats globaux sont excellents et l'amélioration clairement significative depuis le début de nos actions de sensibilisation, l'observance de la désinfection des mains avant un contact avec un patient ou avant un acte propre ou invasif est encore beaucoup trop faible après 4 campagnes.

A l'ère de la qualité des soins et de la sécurité du patient, c'est intolérable!. Le nouveau slogan des affiches (cuvée 2013) sera donc « Hygiène des mains : surtout avant... dans l'intérêt du patient »

Notez déjà dans vos agendas la date du 11 janvier 2013, l'ISP organise un symposium pour nous aider à nous familiariser avec le nouveau protocole de surveillance des septicémies dont les modifications principales sont décrites dans ce numéro, nous parler des indicateurs de qualité en hygiène hospitalière et de la nouvelle possibilité d'encodage de l'observance de l'hygiène des mains.

En attendant de pouvoir vous le souhaiter de vive voix le 11 janvier et au nom de tout le comité de rédaction, je vous souhaite de belles Fêtes, tellement lumineuses qu'elles vous feront oublier la grisaille ambiante. Profitez de ces moments précieux pour faire le plein d'énergie avant d'entamer une année 2013 pleine de projets.



Anne Simon

N
O
S
O
N
S
I
N
F
E
R

ARTICLE ORIGINAL

Erreurs du personnel infirmier lors de l'administration intraveineuse d'antibiotiques : un problème largement méconnu

Ch. Bataille et H. Penders

Introduction

Le problème croissant des infections par organismes multirésistants a conduit à une politique de détection, d'hygiène et de prescription médicale, mais a-t-on accordé suffisamment d'attention à l'administration intraveineuse d'antibiotiques (AIVA)? Les auteurs présentent de manière concise, les résultats de leur travail de fin d'étude (Bachelor of Nursing) [1].

Méthode

En se référant à la littérature disponible et en effectuant une modeste enquête de terrain auprès de leurs collègues, les auteurs ont cherché des réponses aux questions suivantes : quelle est l'importance et la nature des erreurs commises lors d'une AIVA? Quelle est l'attitude du personnel infirmier? Quelles mesures utiles peuvent être prises?

Résultats

Pour la voie intraveineuse en général, de grandes études prospectives observationnelles (dites "naturalistes") font état d'une proportion d'erreurs qui dépasse 70% dans certaines séries! On laisse couler les perfusions trop vite ou trop lentement, on n'injecte pas le bon produit, on le prépare de façon inadéquate, etc [1]

Pour ce qui est de l'AIVA, seules deux études de qualité mais du même auteur, ont été trouvées dans la littérature [2], [3]. Elles donnent des résultats analogues. Cet auteur, contacté par courrier privé, a insisté sur l'absence d'intérêt du monde scientifique pour ce sujet spécifique. Une étude (2008) menée dans quatre services dont trois pédiatriques, a montré que sur 143 traitements (AIVA) par Vancomycine, 116 (81%) s'avéraient erronés soit dans les doses, les débits ou les préparations. Cette étude a conduit à organiser un programme de formation et à instaurer des mesures de sécurité dans le cadre d'un suivi critique. L'autre étude (2006) concerne 99 traitements (AIVA) par Cefepime, dont 79 (80%) étaient incorrects, 62% des erreurs se situant au niveau du calcul et du débit. La préparation (dose, choix du liquide, dilution) de l'antibiotique était mieux faite par le personnel chevronné mais c'est le seul effet correspondant au niveau de qualification !

Les facteurs mis en cause sont divers et d'analyse complexe : manque d'attention et de connaissance du personnel, surcharge professionnelle, déficits d'infrastructure et de soutien logistique...

L'enquête auprès des collègues a permis de constater qu'en général le personnel infirmier n'est pas conscient du problème. A la question "Comment administrez-vous un antibiotique en IV?" des réponses du type "Toujours dans 100 ml et lentement..." ont été obtenues. Pas plus que le personnel, les institutions concernées par cette enquête ne sont conscientes du problème et ne prennent d'initiative utile.

Commentaires

Ces résultats sont très inquiétants. Il va de soi que les erreurs d'AIVA engendrent une sélection accrue d'organismes résistants. Une AIVA trop lente produit des concentrations dangereusement basses ("mutant selection window") [4]. Les autorités belges ont défini un programme de sécurité thérapeutique très théorique [5] et en ce qui concerne l'antibiothérapie, on se préoccupe de la prescription médicale mais pas de l'AIVA spécifiquement [6].

Propositions pratiques

En dehors de mesures d'organisation générale (on sait qu'il y a un manque de personnel infirmier), certaines initiatives simples et peu coûteuses pourraient être prises. Quelques idées ont été développées : espace de préparation d'AIVA suffisant, bien éclairé et bien ventilé; outils plastifiés d'information concernant l'AIVA (dose, préparation, problèmes); minuteurs de cuisine pour le suivi des AIVA; affiches "prise de conscience" et "étapes rationnelles de l'AIVA"; campagnes d'information [1].

Conclusion

Les auteurs osent faire appel aux politiques pour qu'ils accordent à leurs conclusions, tout l'intérêt qu'elles méritent et pour qu'ils mettent en oeuvre les moyens susceptibles d'évaluer correctement la qualité des AIVA, en sorte d'aider le personnel infirmier à mieux comprendre l'AIVA et à produire un travail de qualité.

Références

1. Bataille C, Penders H. Verpleegkundige fouten bij de intraveneuze toediening van antibiotica: een onderschat probleem. *Dissertation inédite 2012, Katholieke Hogeschool Kempen, Gezondheidszorg Lier*, accessible par : <http://doks2.khk.be/eindwerk/do/record/Get;jsessionid=3CF213B1651109E8B635583DB5185B40?dispatch=view&recordId=SKHKff80808133f94fd501341360cd6c0471>
2. Hoefel HH, Lautert L, Schmitt C, Soares T, Jordan S. Vancomycin administration: mistakes made by nursing staff. *Nursing Standard* 2008; 22(39) : 35 - 42.
3. Hoefel HH, Lautert L. Errors committed by nursing technicians and assistants in administering antibiotics. *American Journal of Infection Control* 2006; 34(7) : 437 - 42
4. Drlica K. The mutant selection window and antimicrobial

resistance. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2003; 52 (1) : 11 - 17

5. Strategische nota patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid in actie : het vermijdbare vermijden. Opgesteld door de Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
Uit: https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/ZORGINSTELLINGEN1_MENU/RISICOBEHEER1_MENU/POLICY1_MENU/POLICY1_DOCS/NOTA%20PATI%C3%8BNTVEILIGHEID%20NL.PDF
6. Antibiotica: resistentie en beleid in België. Vlaams infectieziektenbulletin online: <http://www.infectieziektenbulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=10168>

NOUVELLES DE LA BAPCOC

Quatrième campagne nationale « Vous êtes en de bonnes mains » 2010-2011 : zoom sur les indications "avant contact patient".

N Viseur^a, M Costers^b, K Mertens^a, B Catry^a, A Simon^c

- a** Direction Opérationnelle Santé Publique & Surveillance, Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), Bruxelles
b Service Public Fédéral, Santé Publique et Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC); Bruxelles
c Cliniques Universitaires Saint Luc, UCL, Département de Microbiologie et Hygiène hospitalière, Bruxelles.

Introduction

Les infections nosocomiales ont un impact énorme sur la santé publique. L'étude récente de prévalence (Point Prevalence Survey) réalisée par «l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)» en 2011 a estimé que 7,2 % des patients hospitalisés dans les hôpitaux belges aigus contractent une infection hospitalière. Il est suffisamment connu que l'hygiène des mains est la mesure la plus importante visant à prévenir la transmission de micro-organismes entre patients, soignants et environnement hospitalier. Malheureusement, dans la littérature, l'observance de l'hygiène des mains parmi les travailleurs de la santé a été démontrée assez faible, et estimée à 40% en moyenne [3].

Après 3 campagnes nationales belges, l'importance de la répétition de celles-ci a été illustrée afin de maintenir leurs impacts positifs à court et long terme et de parvenir à une modification permanente des comportements des soignants. C'est pourquoi la quatrième campagne nationale a été organisée et, au même titre que les précédentes, celle-ci visait à

améliorer, à court et long terme, l'observance des règles d'hygiène des mains et de l'utilisation de solution hydro-alcoolique.

Dans cet article, nous présenterons très brièvement les résultats globaux de la quatrième campagne (2010-2011), et nous mettrons l'accent sur les résultats concernant l'hygiène des mains dans les indications avant le contact avec le patient.

Méthodes

La quatrième campagne nationale (2010-2011) visait tous les travailleurs de la santé dans les hôpitaux aigus, chroniques et psychiatriques ainsi que les patients hospitalisés. La campagne était organisée par un groupe de travail multidisciplinaire, composé de représentants de la Plate-forme Fédérale pour l'Hygiène Hospitalière, de la BAPCOC, 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 des infirmiers en Hygiène Hospitalière (ABIHH) et de la

NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen). La participation des hôpitaux à la campagne était volontaire et chaque hôpital participant était responsable de l'implémentation de celle-ci dans son institution. La campagne comprenait deux volets : la sensibilisation effective des travailleurs de la santé et des patients à l'aide du matériel de campagne, et l'évaluation de l'impact de la campagne à l'aide des mesures, antérieures et postérieures à la campagne de sensibilisation. Les mesures étaient composées de 4 indicateurs: (1) l'observance de l'hygiène des mains des travailleurs de la santé par observation directe; (2) l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique (consommation trimestrielle); (3) le respect des exigences de base pour une bonne hygiène des mains (optionnel) et (4) la connaissance des indications (via le quiz).

La sensibilisation est multimodale et composée notamment de (1) un audit avec feed-back (mesure de l'observance précampagne), (2) des rappels sur les lieux de travail (affiches, vidéoclip (4ème campagne)), (3) des séances de formation pour les travailleurs (présentations PowerPoint et quiz en ligne), (4) promotion de la solution hydro-alcoolique et (5) l'implication du patient (gadget, feuillet patient et vidéoclip (4ème campagne)). Pour la quatrième campagne, le groupe de travail a décidé de consacrer un regain d'attention à deux publics cibles, (1) les médecins, par le biais d'un poster et d'une présentation PowerPoint leur rappelant leur fonction de modèle vis-à-vis des autres travailleurs de la santé et en particulier ce qui concerne l'hygiène des mains et (2) les patients, par le biais d'un folder les encourageant à jouer un rôle actif dans la sensibilisation du personnel soignant à l'hygiène des mains. La mesure de l'observance de l'hygiène des mains (pourcentage d'hygiène des mains avec savon et/ou solution hydro-alcoolique réalisés/nombre total d'observations a été effectuée par le personnel de l'équipe

d'hygiène hospitalière, par observation directe, en utilisant une grille d'observation standardisée. Chaque hôpital participant a observé au minimum 150 opportunités d'hygiène des mains avant et après campagne par service, incluant au moins le service des soins intensifs. Les données ont été introduites dans NSIHwin 4.09 (application basée sur MS Access) et envoyées à l'ISP pour analyse et feedback. Toutes les données ont été analysées avec Stata 10.0. Des moyennes pondérées ont été utilisées pour les résultats nationaux, c'est-à-dire qu'un poids plus important a été donné aux institutions avec un nombre élevé d'observations.

Résultats

Un total de 141 établissements ont pris part activement à la quatrième campagne (110 hôpitaux aigus, 9 hôpitaux chroniques et 22 hôpitaux psychiatriques). Nous avons observé une amélioration de l'observance de l'hygiène des mains (moyenne nationale pondérée) de 62,3% à 72,9% après l'intervention (augmentation absolue du taux d'observance, +10,6%). Le taux d'observance après la campagne s'était amélioré pour tous les types d'unités (environ 10 à 14%), pour toutes les catégories professionnelles (environ 5 à 10%) et pour toutes les indications (environ 10 à 12%). Nous avons constaté que l'utilisation de solution hydro-alcoolique était très répandue et que 80% des travailleurs de la santé en moyenne utilisaient la solution hydro-alcoolique pour se désinfecter les mains après la campagne (résultats détaillés publiés dans Eurosurveillance [1]).

Zoom sur les indications avant contact patient

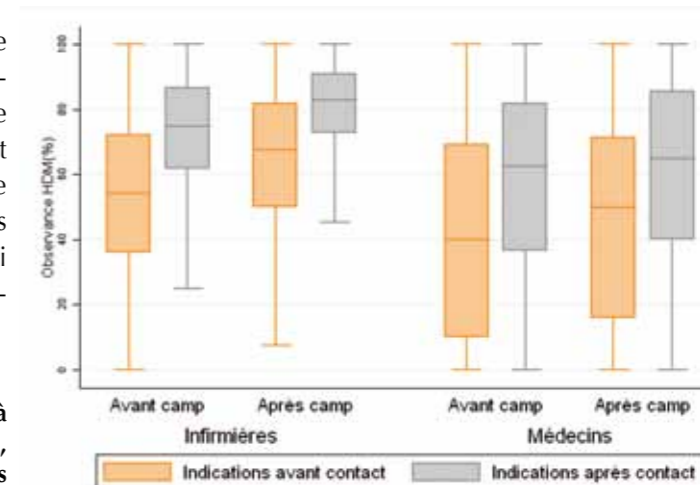
Pour les contacts exigeant une hygiène des mains, l'observance est systématiquement plus faible pour les indications avant contact patient qu'après contact patient (Tableau 1). Après la campagne, cette différence a persisté bien que l'observance pour chaque type de contact ait augmenté uniformément d'environ 10 à 12%.

Tableau 1: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) selon l'indication, avant et après campagne 2010-2011 (toutes les institutions n=112)

Selon les 5 indications	Avant campagne	Après campagne	Différence avant-après
1. Avant contact patient	50,2%	62,7%	+12,5%
2. Après contact patient	71,3%	79,5%	+ 8,2%
3. Avant acte propre/invasif	50,7%	62,8%	+12,1%
4. Après exposition aux liquides biologiques	72,8%	82,9%	+10,1%
5. Après contact avec l'environnement du patient	57,3%	69,3%	+12,0%

Dans la grille d'observation, l'indication 3 (avant acte propre ou invasif) est scindée en différentes catégories: avant contact veineux/artériel, avant contact site urinaire, avant contact site respiratoire, avant contact peau lésée et muqueuse. Nous avons constaté que l'observance moyenne de l'hygiène des mains la plus faible était avant un contact sur site respiratoire aussi bien avant la campagne (37,4%) qu'après la campagne (51,1%) (Figure 1).

Figure 1: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) à l'intérieur de l'indication 3 (avant acte propre/invasif), avant et après campagne 2010-2011 (toutes les institutions n=112)



- **Indications avant contact** = avant contact patient + avant acte propre/invasif
- **Indications après contact** = après contact patient + après exposition aux liquides biologiques + après contact avec environnement du patient

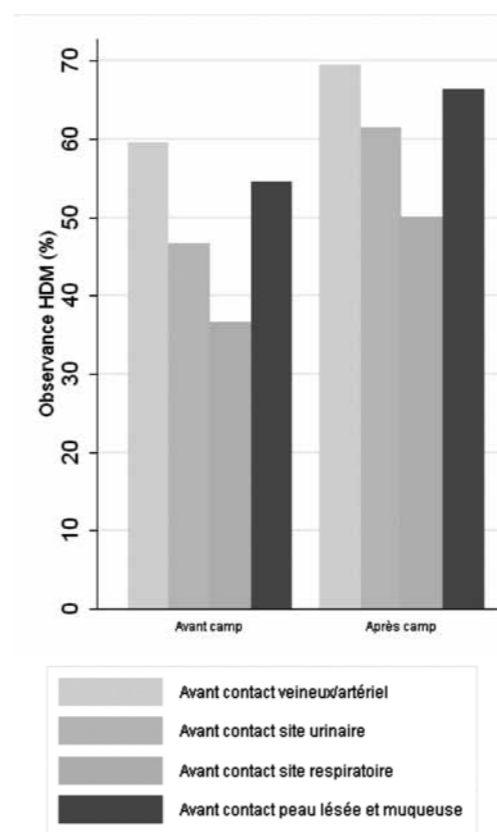
Discussion

La quatrième campagne nationale, tout comme les campagnes précédentes, a été un succès, non seulement en termes de participation, mais également en termes de résultats. Ce succès s'explique notamment par la méthodologie multimodale de la campagne, la répétition de celles-ci au cours du temps et le support financier du SPF Santé Publique.

Cependant, malgré l'amélioration significative du taux d'observance de l'hygiène des mains pour toutes les indications et toutes les catégories professionnelles après l'intervention, le taux d'observance reste très faible pour les indications avant contact, et ce aussi bien avant campagne qu'après. Ce constat est encore plus marqué parmi les médecins. Le type de contact avec le taux d'observance le plus faible est avant un contact sur site respiratoire.

Il semble que, pour certaines tâches sur sites propres où l'utilisation des gants est la procédure standard, l'hygiène des mains avant de mettre les gants n'est pas toujours respectée. Pourtant celle-ci est requise car les gants n'empêchent pas entièrement la contamination.

Le faible taux d'observance avant contact patient a déjà été rapporté par d'autres auteurs [2-4]. Les raisons ont été décrites dans la littérature. Le comportement des travailleurs de la santé concernant l'hygiène des mains semble être motivé, en priorité, par une protection d'eux-mêmes en priorité ou un désir de se désinfecter les mains après une tâche qui est perçue comme étant sale [5,6]. La différence d'observance d'hygiène des mains entre les infirmières et les médecins vient principalement du fait que les infirmières



Bien que le taux d'observance ait augmenté pour toutes les catégories professionnelles, il est à noter que l'observance de l'hygiène des mains pour les indications avant contact était nettement plus faible parmi les médecins (42,6% avant campagne) que parmi les infirmières (53,5% avant campagne) ; et ce aussi bien avant campagne (différence absolue du taux d'observance, -10,9%) qu'après campagne (différence absolue du taux d'observance, -15,1%) (Figure 2).

Figure 2: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) par indication et par catégorie professionnelle, avant et après campagne 2010-2011 (toutes les institutions n=112)

perçoivent l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des infections chez les patients et eux-mêmes, alors que les médecins perçoivent un manque d'évidence dans l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des infections [7].

Conclusion

L'hygiène des mains, comme meilleure protection du patient est encore appliquée de manière insuffisante. La cinquième campagne orientera son message en ce sens : «Hygiène des mains : surtout avant ... dans l'intérêt du patient».

Acknowledgements: Nous voudrions remercier tous les membres actuels ainsi que tous les anciens membres du groupe de travail de la campagne d'hygiène des mains : Anne Simon (présidente), Christophe Barbier, Michiel Costers, Stijn De Corte, Francine De Meerleer, David De Wandel, Norbert Eggermont, Bart Gordts, Roger Haenen, Eva Leens, Karl Mertens, Aldo Spettante, Carl Suetens, Patricia Taminau, Sofie Vaerenberg, Mia Vande Putte, Irène Vanden Bremt, Evelyne Van Gastel, Magda Vanneste, An Willemsse.

Références

1. Costers M, Viseur N, Catry B, Simon A. Four multifaceted countrywide campaigns to promote hand hygiene in Bel-

gian hospitals between 2005 and 2011: impact on adherence to hand hygiene. Accepted for publication, EuroSurveillance.

- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-12.
- Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31(3):283-94.
- Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Arch Intern Med*. 2002;162(9):1037-43.
- Erasmus V, Brouwer W, van Beeck EF, Oenema A, Daha TJ, Richardus JH, Vos MC, Brug J. A Qualitative Exploration of Reasons for Poor Hand Hygiene Among Hospital Workers: Lack of Positive Role Models and of Convincing Evidence That Hand Hygiene Prevents Cross-Infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009 May;30(5):415-9.
- Whitby M, McLaws M-L, Ross RW. Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006;27:484e492.
- Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med* 2004;141:1-8.
- Site web WIV-ISP : <http://www.wiv-isp.be/nsih>
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2005. Résultats.
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2006-2007. Résultats. ISP D/2009/2505/52
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2008-2009. Résultats. ISP D/2009/2505/62
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2010-2011. Résultats.

NOUVELLES DE L'INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP - WIV)

Surveillance nationale des septicémies à l'hôpital (SEP) Révision protocole SEP

M Dr Naïma Hammami, Dr Marie-Laurence Lambert,
Responsables de la surveillance SEP

Les septicémies (SEP) liées aux soins sont fréquentes, graves et potentiellement évitables. Pour cette raison, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) a débuté en 1992 une surveillance nationale des septicémies dites « nosocomiales ». L'occurrence de septicémie est enregistrée pour tout l'hôpital (hospital-wide) sur base des hémocultures positives d'un patient ; elles sont définies comme étant acquises à l'hôpital si elles surviennent à partir du deuxième jour ($\geq 2j$) après l'admission.

Fin 2012, le protocole a été révisé, dans un souci de simplification et d'amélioration de l'utilité au niveau local. Les principaux changements apportés à la version précédente sont les suivants :

- Reformulation des objectifs avec introduction du concept de septicémies « évitables »,
- Récolte de données : (voir formulaire en annexe) celle-ci comporte désormais un module requis (R, données essentielles) et, un module optionnel (O) qui permet de recueillir davantage de données à propos :
 - 1/ des cathéters vasculaires centraux (CVC) ;
 - 2/ des manipulations invasives comme origine suspectée des septicémies ;
 - 3/ de la classification des épisodes non-hospitaliers (< 2j),

- Changements relatifs aux définitions :

- 1/ abandon de la définition de cas basée sur une seule hémoculture avec germe de la flore cutanée (microbiota), sauf pour des patients en néonatalogie pour lesquels une définition spécifique a été incluse ;
- 2/ changement de la définition de « nouvel épisode septicémique chez un même patient », quand le germe en cause est le même que le germe isolé lors du premier épisode : au moins 14 jours entre le premier isolement, et le second, pour conclure à un « nouvel épisode ».

- Simplification de la récolte des données :

- 1/ abandon de certaines données considérées comme difficiles à recueillir, et/ou peu utiles (symptômes cliniques, nombre d'hémocultures),
- 2/ date et statut à la fin du follow-up : récolte optionnelle
- 3/ adaptation des données concernant la résistance aux antibiotiques (seule la récolte de certains phénotypes « marqueurs » est requise),

- Changements relatifs au calcul des indicateurs avec adaptation de la définition des septicémies associées au CVC (CLA-BSI vs CR-BSI ; *central line associated blood stream infection versus catheter related bloodstream infection*),

- Abandon du « benchmarking » pour les analyses et feedbacks individuels.

Pour les hôpitaux souhaitant participer à cette surveillance, une participation minimale de 3 mois par an est requise. Il est à noter que la participation à cette surveillance deviendra obligatoire en 2013 (En effet, le taux de septicémie sur CVC est un indicateur requis dans le cadre du projet « indicateurs de qualité ». Toutefois, dans une perspective de suivi et d'évaluation - au niveau local - des mesures de prévention des septicémies, il est recommandé d'enregistrer les données de septicémie de votre hôpital de manière continue.

Nouvel outil de récolte de données

Cette révision du protocole est accompagnée par la mise à disposition d'un nouvel outil de récolte de données et de production de « feedbacks » en ligne.

Vous disposez de deux méthodes d'encodage des données :

- manuellement (le masque de saisie correspond au formulaire d'enregistrement intégré au protocole).
- par le téléchargement d'un fichier CSV (au format adapté) reprenant les données extraites de vos bases de données électroniques, afin de rendre possible l'enregistrement de plusieurs épisodes en même temps.

Lors de la conception des « feedbacks », l'accent a été mis sur l'utilisation des données au niveau local, afin que les informations fournies puissent être directement utilisables dans une perspective de suivi et d'évaluation des mesures de prévention au niveau de l'hôpital. Le développement de l'outil « en ligne » aboutissant à la génération d'un « feedback » en temps réel permet quant à lui une évaluation instantanée de votre contexte. Votre hôpital pourra aussi suivre ses propres incidences de septicémie (données relatives : numérateur / dénominateur). Il pourra également se situer par rapport à la moyenne nationale des incidences publiée dans le rapport national annuel.

Afin de vous permettre d'analyser vos données SEP au niveau de votre hôpital, vous pourrez télécharger ceux-ci dans un fichier Excel/csv.

Symposium

Afin de vous introduire aux changements du protocole SEP et au nouvel outil de récolte de données, l'ISP organise un symposium le vendredi 11 janvier 2013 à la Bibliothèque Royale à Bruxelles.

Les thèmes suivants seront abordés :

1. le nouveau protocole de la surveillance des Septicémies à l'hôpital (SEP)
2. les nouveaux modules NSIHweb pour SEP et hygiène des mains (HHM)
3. les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière

La journée d'information sera divisée en 2 sessions, une francophone (9h-13h) et une néerlandophone (12h30-16h30).

Le lien suivant renvoie au formulaire d'inscription : https://www.wiv-isp.be/APH/NSIHSymposium_2013/form.aspx

Dr Naïma Hammami, Naima.Hammami@wiv-isp.be
Dr Marie-Laurence Lambert, Marie-Laurence.Lambert@wiv-isp.be

Surveillance des maladies infectieuses en Belgique : les services d'inspection d'hygiène

En Belgique, il existe trois intervenants communautaires dans le cadre de la surveillance des maladies infectieuses : l'inspection d'hygiène au niveau de la Commission communautaire commune à Bruxelles, l'agence flamande pour les soins et la santé et la cellule d'inspection d'hygiène de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ces structures fédérées réceptionnent notamment les déclarations de cas de maladies infectieuses à notification obligatoire.

Le but principal de la déclaration obligatoire est la PREVENTION au travers de la prise de mesures de santé publique empêchant la propagation éventuelle des maladies infectieuses. D'où l'importance d'une déclaration rapide pour que soit mise en œuvre toute une série d'initiatives, de l'identification des éventuelles sources de contamination à la prise de mesures prophylactiques.

La déclaration des cas de maladies infectieuses concerne différents prestataires de soins : le médecin généraliste, le microbiologiste et le médecin hospitalier.

Différentes pathologies sont concernées: elles peuvent être rares mais nécessitant une prise en charge rapide au niveau de la santé publique (SRAS, polio); elles peuvent être très contagieuses (par exemple la coqueluche, la rougeole) ou encore impliquer des risques épidémiques importants (par exemple les toxi-infections alimentaires collectives). Tout problème infectieux à présentation particulière, de par son épidémiologie ou son caractère inhabituel, doit être également déclaré au niveau des services ad hoc.

Des informations complètes sont disponibles sur les sites respectifs des services d'inspection d'hygiène (voir coordonnées à la fin de cet article).

Les services d'inspection des communautés et régions n'agissent pas seuls : ils sont le maillon d'une chaîne de collaboration qui comprend plusieurs acteurs : les prestataires de soins, les hôpitaux, les experts scientifiques (citons notamment l'Institut de Santé Publique), les laboratoires nationaux de référence, les services publics fédéraux (santé, AFSCA), «l'European Center for Disease Prevention and Control»(ECDC),...

Quels rôles dans le cadre des infections en milieu hospitalier?

De manière générale, les actions des services d'inspection d'hygiène n'ont pas comme but de contrôler les médecins ou les structures de soins dans lesquelles ils exercent leur métier.

Dans le cadre des hôpitaux et de la survenue de problèmes d'infections en milieu hospitalier, ils sont avant tout présents dans une optique de santé publique avec des particularités régionales :

Au sein du **gouvernement de la communauté flamande**, au travers de la surveillance de la santé publique, l'agence flamande pour les soins et la santé mène une triple tâche dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.

En ce qui concerne la surveillance de la santé, l'agence flamande participe activement aux plateformes régionales d'hygiène hospitalière. La Flandre dispose de 5 plates-formes provinciales (Anvers, Flandre Orientale, Brabant flamand/Bruxelles, Brabant flamand/Limbourg et Flandre Occidentale) composées de médecins et d'infirmiers spécialisés en hygiène hospitalière. Sur le terrain, ces plateformes se sont engagées au travers d'une coopération active afin de prévenir et de contrôler les infections au sein des structures hospitalières de leur région respective. Par ailleurs, ces plates-formes régionales sont un maillon essentiel de la communication entre le gouvernement et les responsables hygiénistes sur le terrain.

Une deuxième tâche menée par l'agence flamande pour les soins et la santé est l'audit des structures hospitalières flamandes en plus de l'aspect d'inspection d'hygiène. Ces audits font partie de la procédure de renouvellement de l'accréditation des hôpitaux. Une partie de l'audit consiste à vérifier la conformité de la structure hospitalière par rapport aux normes en vigueur dans le domaine des infections nosocomiales (lois, règlements, normes de qualité...).

La troisième et dernière tâche consiste à fournir un support technique lors de l'éclosion éventuelle de cas de maladies infectieuses tels que les infections à germes multi résistants ou pour tout autre problème infectieux. Récemment, deux hôpitaux flamands ont dû faire face à une problématique concernant

les entérobactéries productrices de carbapénémase (CPE) et ont contacté l'Agence flamande pour les soins et la santé en raison d'une augmentation de cas. En collaboration avec l'Institut de Santé Publique (ISP), un apport scientifique a été fourni et différentes recommandations ont été formulées, concernant notamment les aspects d'hygiène, les précautions en termes de transfert de patients, la communication.

Légalement, au niveau de la **Région bruxelloise**, les «clusters des pathogènes multi résistants à haute virulence» doivent être déclarés. La non-déclaration peut avoir des conséquences civiles et pénales, surtout si elle fait l'objet d'une épidémie mal prise en charge, tardivement circonscrite.

La déclaration de ce type «d'outbreak» a le mérite de pouvoir établir, par le biais de l'**inspection d'hygiène bruxelloise**, un contact avec l'Institut de Santé Publique et son expertise ainsi qu'éventuellement, avec l'équipe de support des épidémies du niveau fédéral.

L'Inspection d'hygiène bruxelloise prêtera de plus en plus une attention particulière aux infections nosocomiales et programme par ailleurs sa participation à la plateforme d'hygiène hospitalière de Bruxelles avec le Brabant flamand et le Brabant wallon.

Dans le cadre de ce type d'activités, il y a deux ans, le service d'inspection d'hygiène avait été contacté par l'inféctiologue d'un grand hôpital bruxellois déclarant 2 cas de Salmonella Typhi, les deux patients ayant participé au repas lors d'une cérémonie de mariage. L'inspection d'hygiène a, aussitôt, averti les hygiénistes et laboratoires des autres hôpitaux bruxellois afin d'être vigilants et d'éventuellement penser à une Salmonella Typhi lorsqu'un patient se présenterait avec de la fièvre et des signes généraux. Deux autres convives malades ont été ainsi mieux pris en charge dans les autres hôpitaux bruxellois. Les personnes ayant participé au mariage ont été immédiatement averties afin d'être attentifs à l'éventuelle survenue de symptômes évoquant la salmonellose. Une recherche de la source a également été effectuée en collaboration avec l'ISP.

Au sein de la **Fédération Wallonie-Bruxelles**, la cellule d'inspection d'hygiène offre un support technique lors d'éventuels problèmes infectieux survenant en milieu hospitalier, que ce soit dans le cadre d'infections nosocomiales à caractère épidémique ou dans le cadre de pathologies acquises en dehors de la structure hospitalière concernée. Elle vise également à améliorer l'échange d'informations entre

différentes structures hospitalières touchées par une même pathologie transmissible, soit en contactant directement les responsables d'hygiène hospitalière concernés, soit en utilisant comme relais les plateformes provinciales d'hygiène hospitalière. Prochainement, durant l'année 2013, elle développera un système «d'Epidemic intelligence» à l'attention des médecins déclarants.

Ce support a été utile dans différentes situations, notamment lors de la survenue de plusieurs cas de méningites à Citrobacter koseri dans une maternité de la province de Namur. Une bonne coordination de l'action de la cellule d'hygiène et des différents intervenants (le service d'hygiène de l'hôpital lui-même, des experts de l'Institut de santé publique, le laboratoire de référence) a permis de mettre en évidence la source de contamination, d'insister sur le respect strict des mesures d'hygiène et d'émettre de nouvelles recommandations à la maternité.

Conclusion

Le but des actions des services d'hygiène est la prise de mesures préventives pour qu'un problème infectieux soit rapidement circonscrit, d'où l'intérêt d'une action prompte et concertée.

En effet, sa principale action, en dehors de ce but, est de servir de courroie de transmission entre différents acteurs pour faciliter rapidement la résolution de problème infectieux, avant que celui-ci ne prenne des proportions difficilement gérables.

Coordonnées des services d'inspection d'hygiène :

Bruxelles :

Dr Johan Bots
Téléphone : 02 552 01 67
Garde: 0478 777 708
Site internet : www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agrees/politique-de-la-sante/maladies-transmissibles

Flandre:

Dr Ruud Mak
Téléphone : 02 553 35 86
Garde : 02 512 93 89
Site internet : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/>

Wallonie :

Dr Carole Schirvel
Téléphone : 02 690 83 86
Garde : 070 246 046
Site internet : <http://www.sante.cfwb.be>

NOUVELLES DU NVKVV

Rapport d'activités 2011 - Groupe de travail sur l'hygiène hospitalière NVKVV¹

Kathy Claeys

Présidente du groupe de travail : Mme K. Claeys, Bruges
Responsable NVKVV : Mme G. De Mey

Groupe de travail Hygiène hospitalière

Durant l'année de travail 2011, nous avons pu accueillir 2 nouveaux membres, et quelques étudiants nouvellement diplômés de la dernière formation de spécialisation ont également accepté de nous rejoindre en 2012.

Afin de traiter plus en détail certains sujets, nous avons décidé de ne fixer que 6 réunions par an, mais chaque fois de 4 heures au lieu de 2 heures. Cette manière de procéder a été évaluée positivement à la fin de l'année de travail et sera donc encore appliquée en 2012.

Au début de l'année de travail, nous avons décidé de placer une rubrique fixe « questions pratiques » à l'agenda de chaque réunion. Il a été proposé de placer notre avis sur le site internet du groupe de travail par le biais d'un document standardisé. A l'occasion de l'une des réunions suivantes, nous avons entamé la création de la structure d'un document et de son contenu avec un avis relatif à la "désinfection de la peau".

Comme chaque année, durant la semaine de l'infirmière, une journée d'étude sur l'hygiène hospitalière a été organisée par le groupe de travail pour expliquer quelles sont les techniques de pointe en la matière, pour réfléchir ensemble sur ce qui est fait en matière de soins et sur les raisons inhérentes à cette façon de faire.

Lors de la journée d'étude du 28 mars, le thème « Observance et Communication : Sens et non-sens des "care-bundles" » a été approfondi. Le rapport de la journée d'étude a été publié dans le Noso-Info Vol. XV n°4, p. 17.

Etant donné que le dernier AR relatif à l'hygiène hospitalière précise qu'un infirmier-hygiéniste hospita-

lier doit disposer d'un master et avoir suivi ensuite une formation supplémentaire, le travail a consisté à évaluer le contenu de l'actuelle formation d'infirmier-hygiéniste hospitalier. La formation a été comparée, au niveau du contenu, aux formations existantes à l'UCL et la KUL. Les matières déjà enseignées dans le master sont extraites du programme. Une proposition de formation d'un an a été élaborée.

Au premier semestre, une formation de personne de référence en hygiène hospitalière dans les maisons de repos et de soins a été lancée. Au terme de la formation, les données d'évaluation ont fait l'objet d'une discussion avec les membres du groupe de travail.

La demande a été formulée de participer activement à un débat du Royal College of Nursing de Londres, dont les sujets étaient les suivants : « Infection prevention and nursing – setting the scene across Europe on the role of link practitioners (nurses) who support infection prevention teams ». Comme il n'a pas été possible, pour les membres du groupe de travail, de participer, un membre a pris l'initiative de créer une présentation Powerpoint sur le concept de « link nurses » en Belgique et de l'envoyer par courriel au Nurse Advisor de Londres.

L'intention de diffuser, par le biais du SPF, une enquête dans les hôpitaux en vue de développer un profil de compétences national a été réalisée fin 2011. Une coopération importante a été mise en place entre le groupe de travail sur l'hygiène hospitalière, l'ABIHH et le SPF. Après vérification et approbation de la version française de l'enquête par l'ABIHH et concertation avec les parties concernées, les accords pratiques ont été fixés. L'intention a été portée à la connaissance de tous par courrier envoyé aux hôpitaux et par communiqué de presse dans le Noso-Info. L'enquête s'est tenue sous format digital entre la mi-octobre et la mi-novembre. L'année prochaine, le feedback sera donné aux hôpitaux par le

biais du SPF.

Fin juin, notre réunion, combinée à la délivrance d'attestation aux infirmiers-hygiénistes hospitaliers nouvellement diplômés, s'est tenue dans un lieu externe. Après un mot de bienvenue et une présentation de la vision et de la mission du groupe de travail, un document intitulé « indications pour l'hygiène des mains » de l'ISP a fait l'objet d'une discussion avec les invités, 2 présentations scientifiques ont été données et un module d'e-learning sur l'hygiène des mains a été présenté par une organisation professionnelle de FTA.

Le module d'e-learning a été mis à disposition de quelques membres du groupe de travail et de diplômés par la firme afin de le tester. Il a été convenu d'en donner un feedback lors de la réunion de septembre.

Les remarques, réflexions et suggestions d'amélioration ont été rassemblées et transmises par courriels aux développeurs du module. Lors de la réunion suivante, quelques questions ont encore été abordées. Après finalisation du module, l'organisation a diffusé un communiqué de presse soulignant la coopération et la contribution active du groupe de travail.

Journée d'étude hygiène hospitalière NVKVV - 19 mars 2012 «Prendre le temps de discuter et valider : un luxe ou une nécessité ?»

Présidents de séance : Pedro Braekeveld* et Guido Demaiter,**

*Infection Prevention & Product Specialist - Disposables, Division Sterilization & Hygiene, Hospithera

**Infirmier-hygiéniste hospitalier, AZ Groeninge, Courtrai

La Semaine des infirmières et sages-femmes est une valeur sûre depuis des années. Des centaines de collègues se réunissent lors de ces journées à Ostende pour découvrir les nouvelles tendances, conceptions et évolutions dans leur profession. Comme chaque année, diverses journées thématiques nous permettent de mieux comprendre les techniques de pointe, mais aussi de réfléchir ensemble à ce que nous faisons en matière de soins et pourquoi. C'est que les soins de santé restent un bien commun précieux qu'il convient de protéger, même en temps de pénurie.

Cette pénurie entraîne de nombreux défis et soumet la culture et la structure des soins de santé à de gros bouleversements. Cela requiert des parties concernées, une bonne communication et coopération, avec la flexibilité nécessaire et la patience pour trouver une solution aux nouveaux besoins en soins de santé. C'est dans ce cadre que la journée d'étude d'hygiène hospitalière de la NVKVV 2012 a opté pour le thème « Prendre le temps de discuter et valider : un luxe ou une nécessité ? ». Durant l'avant-midi, l'attention s'est centrée sur les initiatives actuelles de collaboration relatives à la prévention des infections. L'objectif était de mettre au jour toute une série de projets innovants dans la prévention des infections et qui vont bien au-delà du secteur hospitalier. Comment pouvons-nous mettre en place de nouvelles structures de discussion et optimiser celles qui existent déjà ?

Comme l'indique Jef Staes dans son ouvrage « My organisation is a jungle » (mon entreprise est une jungle), nous sommes dans une période de transition de 2D à 3D. La quantité d'informations mises à disposition par voie électronique est incalculable. Internet nous donne accès à plus d'informations que jamais. Il n'est dès lors plus possible de fouiller chaque sujet de fond en comble. On nous conseille de nous différencier, de nous spécialiser dans ce qui nous passionne. Cette passion est nécessaire si nous désirons convaincre d'autres collègues et professionnels de nos connaissances et aptitudes et ainsi faire concorder nos soins spécialisés à d'autres soins spécialisés, contribuant ainsi à davantage de qualité de soins et de sécurité pour les patients.

En d'autres mots, nous sommes obligés de collaborer davantage, dans l'intérêt du patient. La concertation et le travail en réseau sont essentiels en ce sens. Il ne s'agit pas uniquement de collaborer avec nos collègues hygiénistes hospitaliers, mais aussi avec nos collègues infirmiers et les autres partenaires, sur le site de l'hôpital comme dans d'autres secteurs de soins tels que les soins à domicile, les maisons de repos et de soins et d'autres institutions de soins de santé. C'est dans les lieux de rencontre de professionnels de différents niveaux, différentes fonctions et/ou différents secteurs que les projets innovants voient le jour.

1. NVKVV = Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (ligue nationale des infirmiers et sages-femmes catholiques de Flandre).

La première oratrice, Dr. Hilde Jansens (médecin hygiéniste hospitalier de l'UZ d'Anvers et présidente de la Belgian Infection Control Society), a décidé de répertorier les initiatives existantes relatives à la prévention des infections transmurales. Les soins transmurales requièrent une autre façon de penser de la part des différents prestataires de soins. Différents soins à faire concorder dans l'intérêt du patient. Pour soutenir les établissements de soins en ce sens, un groupe de travail fédéral "Soins Transmurales" a été créé en 2011 dans le but de développer une note conceptuelle pour la politique future. Ce groupe de travail a donné naissance au projet "Euprevent". Le but du projet est d'améliorer la sécurité du patient et de protéger les citoyens du danger d'infection au sein de l'Eurégion Meuse-Rhin. Dix objectifs qualité ont été définis, chacun reprenant 3 à 6 points qualité. Les hôpitaux de la région peuvent prétendre à un label qualité s'ils réalisent 50% des points qualité et obtiennent un point dans chaque objectif qualité. Autres initiatives visant à favoriser la communication de l'information relative aux soins : les itinéraires cliniques et le "POINT" néerlandais (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer - Point pour la cession, l'information, la consultation et le transfert). POINT est un dossier de cession électronique visant à accélérer et standardiser le processus de transfert. Toutes les informations relatives aux soins et qui concernent un patient spécifique y sont enregistrées. Etant donné que certaines mesures de prévention contre les infections d'un hôpital ne sont pas toujours applicables dans un autre établissement de soins, il est important de les ajuster à la mesure d'un établissement de soins spécifique. Ainsi, les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC) et le Forum scientifique international sur l'hygiène à domicile (IFH) ont publié des directives de prévention des infections spécifiques pour les soins à domicile. Et dans la lutte contre les multiples microorganismes résistants, il est certainement essentiel que chaque établissement de soins prenne ses responsabilités et contribue à une bonne communication. Et ce, pas uniquement par rapport à la nature des soins, mais aussi éventuellement concernant l'usage d'antibiotiques et les mesures de prévention à prendre contre les infections.

Dans la foulée, Monsieur Paul Matthijs, Coordinateur de la Cellule Soins chroniques, soins aux personnes âgées et soins palliatifs du SPF Santé publique, a commenté les résultats du projet fédéral relatif à la prévention contre les infections dans les maisons de repos et de soins. Le projet se compose de 4 sous-projets auxquels 4 hôpitaux et différentes maisons de repos et de soins ont participé. Chaque sous-projet

s'est basé sur son contexte unique, ce qui aboutit à des approches et des résultats divers. Un groupe de travail a dû être créé au sein de chaque cadre de coopération régionale. Une équipe de surveillance pour la maîtrise des infections liées aux soins a également été mise en place. Diverses formations ont été organisées. Toutes sortes d'indicateurs de structure, de processus et de résultats ont été enregistrés et regroupés avec d'autres données dans un comité pour la maîtrise des infections liées aux soins. Le comité veillait au bon fonctionnement à long terme et faisait également office d'intermédiaire. Un bel exemple de travail d'équipe et d'innovation dans la prévention des infections transmurales liées aux soins. Leur "mission" était, sur base d'un modèle participatif, de faire office de pionnier et de réaliser les objectifs formulés, mais aussi de débusquer les problèmes et pierres d'achoppement. Les directives et formations sur la prévention des infections ont été ajustées pour mieux correspondre à la réalité des maisons de repos et de soins. Le rôle de l'infirmier de maîtrise des infections liées aux soins et du médecin-conseil et coordinateur (MCC) a été passé à la loupe et a gagné en épaisseur. Concernant l'échange d'informations relatives aux soins, on a recherché une solution qui respecte la législation sur la vie privée. Ainsi, il a été communiqué contractuellement que l'information liée aux soins serait partagée. En somme, beaucoup de choses ont été réalisées et améliorées depuis le début du projet. Mais nombreux sont les défis qu'il reste à réaliser, comme la continuation et le financement de ce projet innovant.

Pour conclure le programme de l'avant-midi, Madame Rose Gallagher, Nurse Advisor Infection Prevention and Control of the Royal College of Nursing in London, a abordé plus en détail le rôle et la plus-value des infirmiers de référence en prévention des infections (IRPI). Ces infirmiers constituent un maillon important entre la politique de prévention des infections et les équipes soignantes. Malgré le fait qu'ils soient très répandus au Royaume-Uni et dans toute l'Europe, il n'y a pas d'accord concret quant à leur rôle et leur formation. L'Écosse utilise le terme "Cleanliness Champions" (les champions de la propreté Ndt). Un prestataire de soins qui accorde une grande importance à la prévention des infections et fait office de modèle dans la lutte contre les infections liées aux soins. Malgré l'intégration dans un programme de prévention des infections, il n'y avait pas de descriptif clair du rôle et l'accent était surtout mis sur l'éducation. Suite à cela, un projet national a été mis en place, visant à développer un profil de fonction pour les IRPI. En mai 2010, un brainstorming a été organisé avec les infirmiers généralistes sur les tâches potentielles d'un IRPI. Sur cette base, un premier jet du profil de la fonction a été rédigé et validé. Le profil de fonction validé a été présenté et fait l'objet d'un débat à un congrès européen pour créer une base plus large. Au cours du congrès, on s'est attardé sur les facteurs (au niveau individuel, de l'équipe et de l'organisation) auxquels il fallait veiller de manière à ce que l'IRPI puisse jouer son rôle avec succès, à savoir quels rôles il doit remplir et quels sont les domaines de résultats. Le résultat de ces discussions est illustré dans le tableau ci-dessous.

Facteurs déterminants Les facteurs qui doivent être en place pour que le rôle de lien puisse être mis en œuvre avec succès	Les caractéristiques essentielles reconnaissables d'un système de rôle de lien L'infirmière lien...	Résultats Ou conséquences du rôle de lien que l'on joue
<p>INDIVIDU :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clarté du rôle. Ex. profil du rôle en place <input type="checkbox"/> Connaissances à jour, compétences et compréhension des meilleurs pratiques PCI <input type="checkbox"/> Connaissances et compétences visant à faciliter l'apprentissage dans la pratique et grâce à la pratique <p>LIEU DE TRAVAIL :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'équipe interdisciplinaire reconnaît le rôle et la valeur du rôle du travailleur qui fait office de lien <input type="checkbox"/> Soutien actif avec engagement des directeurs de la clinique, des chefs de service, des infirmières en chef et de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire <input type="checkbox"/> Accès aux directives sur les meilleures pratiques et les pratiques fondées sur l'expérience. <input type="checkbox"/> Opportunités au niveau local de revoir régulièrement les mesures, les indicateurs et les pratiques PCI. <p>ORGANISATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Approbation de l'organisation et du Senior management, soutien et engagement actif au rôle <input type="checkbox"/> Systèmes de gouvernance en place pour suivre de près le contrôle des infections/les pratiques préventives et les résultats <input type="checkbox"/> Rapport régulier au conseil et discussion 	<p>1. Agir comme modèle et défendre ostensiblement la politique de prévention/contrôle des infections (PCI). Ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Modèles de meilleurs pratiques <input type="checkbox"/> est visible dans la clinique <input type="checkbox"/> Promeut activement les sujets -PCI <input type="checkbox"/> fait les louanges des résultats accomplis et des meilleures pratiques <input type="checkbox"/> Relance ceux qui ne les ont pas atteints <p>2. Permettre aux individus et aux équipes d'apprendre et de développer leurs pratiques en matière de contrôle/prévention, ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> recourir aux opportunités d'apprendre de la pratique <input type="checkbox"/> créer une culture de l'apprentissage sur base des incidents/plaintes <input type="checkbox"/> Fournir des opportunités créatives d'apprentissage <input type="checkbox"/> Faire office de ressource locale pour l'IPC <input type="checkbox"/> Travailler avec les étudiants et animateurs de pratique sur PCI <input type="checkbox"/> Mettre en place et soutenir des réunions d'infirmières-liens <input type="checkbox"/> Revoir ensemble les mesures, les indicateurs et les pratiques IPC locaux. <p>3. Communiquer et travailler en réseau au sujet du contrôle des infections/des pratiques de prévention. Ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Développer et créer des méthodes de communications telles que l'IPC Notice Board, les bulletins d'information, les blogs <input type="checkbox"/> Mettre en place des dialogues réguliers avec l'équipe de contrôle des infections <input type="checkbox"/> Donner et recevoir des rapports au et du chef de salle/département <input type="checkbox"/> Promouvoir et mettre en place des réseaux locaux <input type="checkbox"/> Signaler les meilleures pratiques et les ressources importantes <p>4. Soutenir les individus et les équipes dans la révision/l'audit/la surveillance au niveau local. Ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soutenir la mise en place de révision/audit/surveillance au niveau local <input type="checkbox"/> Favoriser la possession de révision/audit/surveillance au niveau local <input type="checkbox"/> Faire régulièrement et systématiquement rapport aux systèmes de gouvernance 	<p>Pour l'infirmière lien (IL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le rôle de l'IL est reconnu et soutenu par toutes les équipes multidisciplinaires <input type="checkbox"/> Satisfaction, engagement continu et motivation <input type="checkbox"/> le rôle accroît le développement professionnel <p>pour le lieu de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normalisation des meilleures pratiques et mise en œuvre des directives <input type="checkbox"/> le rôle de l'IL est utilisé activement par toutes les équipes multidisciplinaires <input type="checkbox"/> L'apprentissage de la prévention/du contrôle des infections est identifié et mis en œuvre <input type="checkbox"/> Moins de plaintes et d'incidents liés à la PCI <input type="checkbox"/> Création d'une culture du travail en réseau et du rapport mutuel <input type="checkbox"/> La réussite est mise en valeur <input type="checkbox"/> Instance pérenne ou expertise locale au sujet de l'IPC <p>pour l'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La pratique PCI est normalisée dans toute l'organisation <input type="checkbox"/> Les enseignements issus des révisions/surveillances et des audits sont implémentés <input type="checkbox"/> Les objectifs de l'entreprise sont atteints, y compris ceux qui ont trait à l'apprentissage et au développement <input type="checkbox"/> La PCI est considéré comme l'affaire de tout un chacun. <input type="checkbox"/> compréhension et intérêt accrus dans la PCI, le rôle d'infirmière lien favorisant la durabilité <input type="checkbox"/> Développements de messages positifs

L'étape suivante consiste à développer un profil de compétence définissant les divers rôles en actions ou tâches concrètes, qui sont liées à leur tour aux connaissances, aptitudes et compétences comportementales requises. Le groupe de travail sur l'hygiène hospitalière y contribue activement et espère pouvoir présenter la version finalisée à l'occasion de la journée d'étude de l'an prochain.

Au cours de l'après-midi, c'est la validation des processus de nettoyage et de désinfection manuels et machinaux qui a été passée à la loupe.

Trois procédés de désinfection machinaux ont ainsi été abordés : le lave-panne, le lave-instruments (machine à laver) et la machine à laver les endoscopes (flexibles).

Madame G. Van Knippenbergh-Gordebeke (consultante en prévention des infections) a fait un rapport sur l'enquête électronique qu'elle a menée au niveau mondial au sujet de l'utilisation des lave-pannes. Ses découvertes soulignent en partie des lacunes au niveau des connaissances, mais aussi un manque de précaution dans les actes des prestataires de soins et des établissements de soins. L'augmentation des MOPR (microorganismes particulièrement résistants) doit nous inciter à accorder plus d'attention à une manipulation correcte des panes et urinaux. Les lave-pannes doivent satisfaire à l'EN 15883 partie 3. Un bon entretien périodique et la validation de ces appareils ne sont pas un luxe superflu. La surveillance de ces tâches revient aux équipes d'hygiène hospitalière. Conseil : contrôlez le bon fonctionnement des lave-pannes en vérifiant la propreté et la désinfection des panes par échantillonnage à la sortie du nettoyage machinal : observez, sentez et ... frissonnez.

M. W. Meert, infirmier-chef au CSA UZ de Louvain a expliqué les parties 1, 2 et 5 de l'EN 15883 relative aux machines à laver et désinfecter. Les points d'attention à l'achat d'un nouveau lave-instruments (installation and operational qualification) comme à la validation d'un appareil déjà acheté (performance qualification) ont été abordés. La validation annuelle de ces appareils par un tiers indépendant est un must. La nécessité d'un entretien périodique bien pensé a également été soulignée ici. Un contrôle de dosage périodique peut être planifié contractuellement avec le fournisseur de détergent. Il est possible de procéder soi-même à des contrôles de processus à l'aide de plaquettes de test disponibles dans le commerce, d'un test de contamination ou en recourant au test protéine ou swabtest ATP. Des machines en bon fonctionnement sont importantes, mais non garantes de

perfection. Des collaborateurs CSA bien formés, des instructions d'utilisation claires des appareils et de bonnes procédures de chargement sont tout aussi importants.

M. Kees Ballemans, expert en nettoyage & désinfection des endoscopes, actif à l'UMC Utrecht, s'est quant à lui arrêté sur le nettoyage et la désinfection des endoscopes flexibles. La loi néerlandaise sur la qualité dans les établissements de soins ainsi que la surveillance périodique et thématique du traitement des endoscopes par l'Inspection des soins de santé (IGZ) doivent offrir la garantie de sécurité des soins. Lors de l'accréditation de l'hôpital par le NIAZ, la politique qualité mise en place vis-à-vis des endoscopies est également examinée d'un œil critique. Une validation annuelle des appareils après chaque gros entretien est également nécessaire. Le rapport de l'IGZ de 2010 laisse toutefois apparaître que la route vers une validation de ce type est encore longue. Si maintenant une telle validation prend place, ce n'est pas selon les recommandations du SFERD (Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging & Desinfectie - Groupe de pilotage nettoyage et désinfection des endoscopes flexibles), considéré comme norme de base aux Pays-Bas. Il est possible de se procurer le manuel qualité du SFERD via le lien suivant : <http://www.nvalt.nl/uploads/uN/PN/uNPN5DwfnfW1m-wB0BWQCw/Kwaliteitshandboek-Flexibele-Endoscopen.pdf>. Des solutions meilleures issues de l'industrie doivent se manifester pour la validation des appareils de nettoyage et de désinfection des endoscopes (endoscopes à dummy).

Enfin, Madame L. Depauw (infirmière hygiéniste hospitalière de la Clinique Sint-Jozef à Izegem) a illustré par un exemple la manière dont on pouvait obtenir une meilleure vision des procédures de nettoyage et de désinfection suivies dans des services et cuisines critiques et soutenus à l'aide de cultures de surface prélevées tous les trois mois.

Bien que le Conseil Supérieur de la Santé ne recommande pas une analyse environnementale microbiologique en l'absence de contexte épidémiologique, un échantillonnage microbiologique régulier semble utile pour évaluer l'efficacité du nettoyage. La présence sur le lieu de travail et le feedback des résultats obtenus favorisent la collaboration avec l'équipe d'hygiène hospitalière.

L'effet est pédagogique.

De bons résultats sont motivants, des résultats moins bons donnent lieu à une discussion et à la recherche en commun de raison(s) et de solution(s) aux problèmes relevés.

NOUS AVONS LU POUR VOUS

JM Nordstrom, KA Reynolds, CP Gerba.

Comparison of bacteria on new, disposable, laundered, and unlaundered hospital scrubs

American Journal of Infection Control, 40 : 539-543, août 2012

Le contexte: comme mesure de diminution des coûts, un nombre de plus en plus important d'hôpitaux autorisent le personnel à entretenir par eux-mêmes à domicile leur uniforme, les blouses de laboratoire, et les brosses de nettoyage de salle d'opération. Vu l'augmentation des taux d'infections nosocomiales et l'augmentation des niveaux de bactéries multi résistantes dans les unités hospitalières, la contamination de l'uniforme peut être un facteur environnemental de dissémination des infections.

Méthode: nous avons dénombré et identifié les bactéries trouvées sur les échantillon découpés provenant des vêtements du bloc opératoire, non lavés, lavés à l'hôpital, lavés à domicile, neufs et à usage unique.

Résultats : sur les 29 échantillons du bloc opératoire non lavés, 23 (79 %) sont positifs pour certains coques Gram

positif, dont 3 (10 %) classés comme *Staphylococcus aureus* et 20 (69 %) sont positifs pour des bactéries coliformes; 3 de ces dernières étaient des *Escherichia coli*. Les vêtements lavés à domicile présentent un nombre total de bactéries significativement plus élevé que ceux lavés à l'hôpital (P=0,016). Il n'y a pas de différence statistique significative dans les décomptes entre les vêtements lavés à l'hôpital, les nouveaux non utilisés et l'usage unique. Pour les vêtements lavés à domicile, 44 % (18/41) sont positifs pour les bactéries coliformes mais aucun isolat ne présente d'*Escherichia coli*.

Conclusion : un nombre plus élevé de bactéries est trouvé sur les vêtements traités à domicile et sur les non lavés en comparaison aux nouveaux, à ceux lavés à domicile et ceux à usage unique.

DM Guerrero, MM Nerandzic, LA Jury, S Jinno, S Chang, C J Donskey

Acquisition of spores on gloved hands after contact with the skin of patients with Clostridium difficile infection and with environmental surfaces in their rooms

American Journal of Infection Control, 40 : 556-558, août 2012

Dans une étude prospective de 30 patients présentant une infection à *Clostridium difficile*, nous avons trouvé que l'acquisition de spores sur les mains gantées était identique après un contact avec l'environnement du patient

(rampe de lit, table de chevet, téléphone, bouton d'appel) ou après contact avec la peau des sites examinés habituellement (thorax, abdomen, bras, main).

JP Cimiotti, LH Aiken, DM Sloane, ES Wu

Nurse staffing, burnout, and health care associated infection

American Journal of Infection Control, 40 : 486-490, août 2012

Le contexte: chaque année, environ 7 millions de patients hospitalisés acquièrent une infection alors qu'ils sont traités pour une autre affection. L'équipe infirmière a été impliquée dans la dissémination de l'infection dans l'hôpital même si aucune évidence n'existe pour expliquer cette association.

Méthode : nous avons lié les données de surveillance des infirmières au rapport sur les infections hospitalières du Conseil de réduction des coûts des soins de santé de Pennsylvanie et à la surveillance annuelle de l'Association des Hôpitaux Américains. Nous avons examiné les infections du tractus urinaire et du site opératoire, les infections les plus prévalentes rapportées et celles qui sont vraisemblablement acquises dans toute unité d'un hôpital. Nous avons utilisé une régression linéaire pour

estimer l'effet des infirmières et des caractéristiques de l'hôpital sur les infections associées aux soins.

Résultats : Il y a une association significative dans le rapport infirmière - patient et l'infection du tractus urinaire (0,86; P=0,02) et l'infection du site opératoire (0,93; P=0,04). Dans un modèle multivarié de contrôle pour la sévérité de l'affection du patient, des infirmières et des caractéristiques de l'hôpital, le burnout des infirmières reste le seul significativement associé avec l'infection de tractus urinaire (0,82;P=0,03) et l'infection du site opératoire (1,56;P<0,01). Les hôpitaux dans lesquels le burnout est réduit de 30 % ont un total de 6,239 fois moins d'infections, pour une économie de dépenses annuelle de 68 millions de dollars.

Conclusion : Nous apportons une explication plausible

à l'association entre le nombre de personnes de l'équipe infirmière et les infections liés aux soins. Réduire le burnout des infirmières diplômées est une stratégie promet-

teuse pour aider au contrôle des infections dans les unités de soins aigus.

LM Casanova, WA Rutala, DJ Weber, MD Sobsey.

Effect of single- versus double-gloving on virus transfer to health care workers' skin and clothing during removal of personal protective equipment

American Journal of Infection Control, 40 : 369-374, mai 2012

Le contexte: l'enlèvement des éléments de protection individuels (EPI) après les soins au patient peut causer un transfert de virus sur les mains et les vêtements du personnel de soins (HCWs). Le risque de transfert peut être modélisé en utilisant des virus inoffensifs pour obtenir des données quantitatives. Pour déterminer quand le port de doubles gants réduit le transfert de virus sur les mains des HCWs et leurs vêtements durant l'enlèvement de EPI contaminé, nous avons réalisé un défi humain en utilisant des bactériophages pour comparer la fréquence et la quantité de virus transférées aux mains et vêtements pendant l'enlèvement de EPI avec la technique de port de gants simple et double.

Méthode : chaque étude a une phase de port de gants simple et double. Les participants ont donné leur EPI (tablier de contact en isolement, masque N95, protection oculaire, gants latex). Le tablier, masque, protection oculaire et le gant dominant ont été contaminés par les bactériophages. Les participants ont alors ôté leur EPI et leurs mains, visage et vêtements ont été prélevés pour analyse virale.

Résultats : le transfert de virus aux mains pendant l'enlèvement de EPI est significativement plus fréquent avec le port de gants simple qu'avec le port de gants double. Le transfert aux vêtements est similaire pendant le port simple et double des gants. La quantité de transfert viral aux mains s'étale de 0,15 à 2,5 log₁₀ (chiffre le plus probable). Significativement plus de virus sont transférés aux mains des participants après un port de gants simple qu'après un port de gants double.

Conclusion : notre comparaison de double et simple port de gants en utilisant une simulation d'un système avec MS2 et la méthode du chiffre le plus probable suggèrent que le port de gants double peut réduire le risque de contamination des mains des HCWs pendant l'enlèvement du EPI. Lorsqu'elle est incorporée dans la pratique au moment du port d'un EPI total, cette pratique peut réduire le risque de contamination virale des mains des HCWs pendant l'enlèvement du EPI. L'utilisation du port de gants double devrait être étudié dans des études plus larges et contrôlées.

M Eveillard, ML Joly-Guillou, P Brunel

Correlation between glove use practices and compliance with hand hygiene in a multi-center study with elderly patients

American Journal of Infection Control, 40 : 387-388, mai 2012

Dans une étude réalisée dans 11 centres de soins pour personnes âgées, nous avons montré une corrélation négative significative entre la proportion de gants utilisés hors risque d'exposition à un liquide biologique et la compliance à l'hygiène des mains (P<0,02). Ce résultat

sous estime une limitation majeure des stratégies pour contrôler la dissémination des bactéries multi résistantes qui recommandent l'utilisation systématique de gants pour tout contact avec les patients porteurs ou leur environnement.

M Tromp, A Huis, I de Guchteneire, J van der Meer, T van Achterberg, M Hulscher, C Bleeker-Rovers

The short-term and long-term effectiveness of a multidisciplinary hand hygiene improvement program

American Journal of Infection Control, 40 : 732-736, octobre 2012

Le contexte: bien que la compliance à l'hygiène des mains ait été une priorité pendant des années, le taux de compliance est encore, à l'heure actuelle, une difficulté dans les soins de santé.

Méthode : nous avons réalisé une étude observationnelle prospective avant et après. Nous avons mesuré la connaissance de l'hygiène des mains et la compliance à l'hygiène des mains avant (ligne de base), directement après (après l'action) et 6 mois après la réalisation des stratégies des équipes d'hygiène (follow-up). Le public cible se compose d'infirmières salariées et de médecins travaillant dans le département de médecine interne d'un hôpital universitaire.

Nous avons développé un programme pluri facettes incluant l'éducation à l'hygiène des mains, le feedback, les rappels, les activités sociales de modification de comportement incluant l'utilisation du rôle de modèle et le développement du matériel pour l'hygiène des mains.

Résultats : nous avons inclus 92 infirmières et médecins. Comparé à la ligne de base, nous avons une augmentation significative de la moyenne générale du score de connaissance de l'observance de l'hygiène des mains après l'action (de 7,4 à 8,4) et du follow-up (de 7,4 à 8,3). La compliance générale à l'hygiène des mains est de 27 % pour la ligne de base, 83 % après l'action et de 75 % pour le follow-up. Le taux de compliance à l'hygiène des mains à la ligne de base est de 17 % pour les infirmières et de 43 % pour les médecins et augmente significativement à 63 % pour les infirmières et à 91 % pour les médecins au moment du follow-up.

Conclusion : notre programme multi facettes d'augmentation de la compliance à l'hygiène des mains a eu pour résultat une augmentation durable de la connaissance de l'hygiène des mains et de la compliance tant chez les infirmières que les médecins.

TJ Whitman, CD Schlett, GA Grandits, EV Millar, K Mende, DR Hospenthal, PR Murray, DR Tribble

Chlorhexidine Gluconate Reduces Transmission of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* USA300 among Marine Recruits

Infection Control and Hospital Epidemiology, 33 (8) : 809-816, août 2012

Le contexte: le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) de type USA300 sur champ pulsé (PFT) cause des infections de peau et de tissus mous chez les recrues militaires et des affections invasives dans les hôpitaux. Le gluconate de chlorhexidine (CHG) est utilisé pour réduire la colonisation et l'infection par MRSA. L'impact de CHG sur l'épidémiologie moléculaire n'est pas connu. Objectif : évaluer l'impact de lingettes imprégnées de 2 % CHG sur l'épidémiologie moléculaire de la colonisation à MRSA.

Etude : étude par cluster randomisé, en double aveugle et contrôlée.

Localisation : école de candidats officiers de la marine, Quantico, Virginie, 2007.

Participants : recrues militaires

Réalisation : application trois fois par semaine de lingettes imprégnées avec CHG ou de lingettes de contrôle sur le corps entier.

Mesures : ligne de base et en série (toutes les deux semaines) prélèvements nasaux et axillaires évalués pour

la colonisation MRSA. Une analyse moléculaire est réalisée par électrophorèse sur gel avec champ pulsé.

Résultats : pendant l'entraînement, 77 sujets (4,9 %) ont acquis le MRSA, 26 (3,3 %) dans le groupe CHG et 51 (6,5 %) dans le groupe contrôle (P=0,004). Lors de l'analyse par PFT, 24 sujets (3,1 %) dans le groupe contrôle mais seulement 6 sujets (0,8 %) dans le groupe CHG (P=0,001) présentaient le clone USA300. Dans les 167 isolats issus de 77 sujets, 99 sont issus du groupe contrôle répartis en ISA300 (40,4 %) USA800 (38,4 %) USA1000 (12,1 %) et USA 100 (6,1 %) et 68 sont issus du groupe CHG répartis en USA800 (51,5 %) USA100 (23,5 %) et USA300 (13,2 %).

Conclusion : La CHG diminue la transmission de MRSA- et plus spécifiquement USA300 – chez les recrues militaires. USA300 et USA800 complètent d'autres MRSA PFTs lors de colonisation incidente. De nouvelles études devraient évaluer une large utilisation de CHG pour diminuer la transmission de USA300 dans les institutions hospitalières.

KJ Popovich, R Lyles, R Hayes, B Hota, W Trick, RA Weinstein, MK Hayden Relationship between Chlorhexidine Gluconate Skin Concentration and Microbial Density on the Skin of Critically Ill Patients Bathed Daily with Chlorhexidine Gluconate

Infection Control and Hospital Epidemiology, 33 (9): 889-896, septembre 2012

Objectif et étude: des études antérieures ont montré que le nettoyage journalier de la peau avec du gluconate de chlorhexidine (CHG) est efficace pour la prévention des infections dans les unités médicales de soins intensifs (MICU). Un indicateur colorimétrique semiquantitatif était utilisé pour mesurer la concentration de CHG sur la peau (cou, fosse anté cubitale et fosses inguinales) chez des patients lavés quotidiennement avec CHG pendant leur séjour au MICU et après leur départ du MICU, lors de l'arrêt du lavage au CHG.

Patients et localisation: les patients du MICU de l'hôpital universitaire médical Rush.

Méthode : nous avons mesuré la concentration sur la peau de CHG et les sites épidermiques ont été mis en culture quantitative. La relation entre la concentration de CHG et la densité bactérienne sur la peau a été explorée dans un modèle à effets mixte en utilisant le comptage de colonies formant unités de bactéries Gram positif (CFU).

Résultats : Pour 20 patients étudiés (240 mesures), la concentration en CHG minimale (0-18,75 µg/L) et le nombre le plus haut de CFU sont sur le cou (médiane 1,07

log₁₀ CFUs; P=0,014). La concentration de CHG augmente après le lavage et diminue pendant les 24 heures suivantes (P<0,001). Parallèlement, la médiane log₁₀, des CFUs diminue d'avant à après le lavage (0,78 à 0) et puis augmente pendant les 24 heures suivantes jusqu'à la ligne de base de 0,78 (P=0,001). Une concentration supérieure à 18,75 µg/L est associée à une diminution des CFUs Gram positifs (P=0,004). Dans tous les échantillons sauf 2, la CHG a été détectée sur la peau des patients pendant tout le temps entre les lavages (environ 24 heures) (18 [90 %] des 20 patients). Chez 11 patients étudiés après leur départ du MICU (80 mesures), la concentration de CHG sur la peau tombe sous la concentration efficace après 1-3 jours.

Conclusion : chez les patients lavés quotidiennement avec de la CHG, la concentration de CHG est inversement associée à la densité bactérienne sur la peau; l'activité résiduelle anti microbienne sur la peau persiste jusqu'à 24 heures. La détermination de la concentration de CHG sur la peau des patients peut être utile pour gérer adéquatement le nettoyage de la peau par les professionnels de soins.

M Todd Greene, R Chang, L Kuhn, MAM Rogers, CE Chenoweth, E Shuman, S Saint. Predictors of Hospital-Acquired Urinary Tract-Related Bloodstream Infection

Infection Control and Hospital Epidemiology, 33 (10) : 1001-100, octobre 2012

Objectif : la septicémie (BSI) secondaire à une infection urinaire liée aux soins est associée à une morbidité et mortalité substantielles et à des coûts financiers additionnels. Notre objectif est d'identifier les prédicteurs de la BSI liée à l'infection urinaire liée aux soins.

Etude : étude cas-contrôle liés

Localisation : hôpital universitaire du Midwest

Patients : les cas (n=298) sont des patients présentant une culture d'urines positive obtenue plus de 48 heures après leur admission et une hémoculture obtenue dans les 14 jours de la culture urinaire avec la présence du même organisme. Les cas contrôle (n=667) sont choisis par échantillonnage de densité d'incidence incluant les patients dont la culture d'urines est positive et à risque de BSI mais qui n'en ont pas développé.

Méthode : régression logistique conditionnelle et arbre de classification et de régression.

Résultats : l'organisme le plus fréquemment isolé qui se répand du tractus urinaire dans la circulation sanguine

est l'*Entérocooccus species*. Les facteurs de risque indépendants comprennent la neutropénie (Odds ratio [OR] 10,99; intervalle de confiance [CI] à 95% 5,78-20,88), une affection rénale (OR 2,96 CI 95 % 1,98-4,41) et le sexe masculin (OR 2,18; CI 95 % 1,52-3,12). La probabilité de développer une BSI consécutive à une infection urinaire liée aux soins dans les patients neutropéniques est de 70 %. La prise d'immunosuppresseurs (OR 1,53 CI 95 % 1,04-2,25), d'insuline (OR 4,82 CI 95 % 2,52-9,21) et d'antibactériens (OR 0,66 CI 95 % 0,44-0,97) modifient significativement le risque.

Conclusion : le risque accru d'une septicémie consécutive à une infection urinaire liée aux soins associé à différentes comorbidités suggère que la gestion de la bactériurie liée aux soins peut être facilitée par la description de certains groupes de patients. La prise en considération de certains facteurs dépendant du temps, comme les médicaments, peuvent aussi aider à prendre des décisions cliniques pour diminuer les BSI.

PROGRAM European Hand Hygiene

Excellence Award & Innovation Award 2013

www.aesculap-academy.com

Message from the Award Chairman : Professor Didier Pittet

The WHO First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care was launched in October 2005 to heighten awareness of the need to combat healthcare-associated infection to decrease patient suffering and increase patient safety. Six years later, 125 countries around the world have pledged their support and over 40 countries and regions have initiated hand hygiene campaigns.

The SAVE LIVES: Clean Your Hands annual global campaign was launched in 2009 and is a natural extension of the Clean Care is Safer Care work. On 5 May each year, the campaign aims to mobilize countries to focus on one aspect of hand hygiene promotion. The call to action for 5 May 2011 was "track your progress, plan actions, and aim for hand hygiene sustainability". Almost 15,000 healthcare facilities from 150 countries responded to this call, representing more than 8 million healthcare workers and approximately 3.6 million beds. For this occasion, a dedicated Hand Hygiene Self-Assessment Framework was developed for each individual healthcare setting. Our vision is to aim now for the participation of at least 30,000 facilities by 2015.

To pursue these objectives, the University of Geneva Hospitals WHO Collaborating Centre on Patient Safety in conjunction with the European Infection Control Societies and Aesculap Academy would like to invite you to participate in the European Hand Hygiene Excellence Award. The Award is conceived as a platform to recognize, honour, and celebrate those hospitals and healthcare-worker groups who have used their enthusiasm and knowledge to improve patient safety through the successful implementation of the WHO multimodal strategy in their healthcare facility. A second prize, the European Hand Hygiene Innovation Award, has now been created to stimulate creativity and novel solutions to promote improved compliance and sustainability in hand hygiene practices.

Objectives

The objectives of the competition are to identify and recognize hospitals which can demonstrate the following :

1. Embracing the 5 elements of the WHO Multi-modal Hand Hygiene Improvement Strategy :
 - System Change
 - Training / Education
 - Evaluation and Feedback
 - Reminders in the workplace
 - Institutional safety climate
2. High utilization of the tools in the "Guide to the Implementation of the WHO Multi-modal Hand Hygiene Improvement Strategy".
3. Success of implementation initiatives through objective evaluation against the performance indicators as per the WHO Guidelines.
4. Creativity and innovation in the local implementation of the multi-modal strategy.
5. Taking a leadership role to help and support other institutions in their implementation of hand hygiene campaigns.

6. Use of the WHO Hand Hygiene Self Assessment Framework (available at http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_October_2010.pdf) to monitor progress and sustainability of hand hygiene promotion at their institution.

The Awards

Two categories of award will be given based on the assessment criteria below :

1. The European Hand Hygiene Excellence Award - hospital that best applies all 5 elements in strategy and showing sustained improvement for more than 2 years
2. The European Hand Hygiene Innovation Award - hospital that best demonstrates creativity and innovation in implementation in any category i.e. education, reminders, etc.

Two representatives from the winning hospitals will be honoured during ICPIIC Congress 2013 which will take place in Geneva, Switzerland. They will receive a return economy class air-ticket, hotel accommodation and registration into ICPIIC 2013 Congress.

Information for Participation

1. Participation is free of charge and open to all European hospitals which have adopted the implementation of the WHO multi-modal strategy to increase hand hygiene awareness in their institutions. Hospitals must be registered at: <http://www.who.int/gpsc/5may/register/en/index.html>.
2. How to apply? Please enter to www.handhygieneexcellenceaward.com where you will find further information how you can register.
3. Upon receipt of your submission, you will be given instruction on how to enter into the competition. You will be required to fill in a self-evaluation form and submit to us all supporting documents demonstrating the points above.
4. Closing date for submission for 2012 is 31 December 2012, for 2013 is 31 December 2013.
5. After the closing date, the Expert Panel will review all submissions and select the finalists. Two experts from the panel will then pay an audit visit to all the finalists. During the visit, the expert delegation will be available to the finalists to discuss and provide advice in relation to ongoing efforts, sustainability and outcome measures.

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOC : <http://health.fgov/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/epidemiologie/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

Haut Conseil de la Santé Publique : Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées.

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2012_IRA_EHPAD_HCSP.pdf

Nosomail : 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)

11 JANVIER 2013

SYMPOSIUM DE L'INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP)

Journée d'information sur la Surveillance Nationale des Sepsicémies dans les Hôpitaux (SEP)

Lieu : Bibliothèque Nationale, Bruxelles

Renseignements : https://www.wiv-isp.be/APH/NSIHSymposium_2013/form.aspx.

Dr Hammami : Naima.Hammami@wiv-isp.be; Dr Lambert : Marie-Laurence.Lambert@wiv-isp.be

7- 8 FEVRIER 2013

9^{ème} CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MICROBIOLOGIE.

Lieu : Lille, France

Renseignements : <http://www.sfm-microbiologie.org/pages/?page=801&type=actualites&id=239>

14 - 15 FEVRIER 2013

4^{èmes} ETATS GÉNÉRAUX DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Lieu : Paris, France

Renseignements : R. Halama. Tél : 01 46 99 04 45 – Fax : 01 64 46 62 57

Email : halamarodolphe@yahoo.fr – Site web : <http://lelien-association.fr/>

18 MARS 2013

39^{ste} SEMAINE DES INFIRMIÈRES ET SAGES-FEMMES.

Journée d'étude en Hygiène Hospitalière "Un compas pour l'avenir"

Lieu : Casino d'Ostende, Belgique

Renseignements : Secrétariat NVKVV. Tél: 02/732 10 50 - Fax: 02/734 84 60

Email: administratie@nvkvv.be – Site web : www.nvkvv.be

24 AVRIL 2013

JOURNÉE D'ACTUALITÉ EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

"Prévention des infections à l'ère de la qualité"

Lieu : UCL Bruxelles de 10h00 à 16h00

Renseignements : A. Simon. Email : anne.simon@uclouvain.be

1 – 4 MAI 2013

SOCIETY FOR HEALTHCARE EPIDEMIOLOGY OF AMERICA (SHEA)

Lieu : Atlanta, GA, USA

Renseignements : Site web : www.shea-online.org

18 – 21 MAI 2013

MEETING OF THE AMERICAN SOCIETY FOR MICROBIOLOGY

Lieu : Denver, Colorado, USA

Renseignements : generalmeeting@asmusa.org

12 - 14 JUIN 2013

14^{èmes} JOURNÉES NATIONALES D'INFECTIOLOGIE (JNI 2013).

Lieu : Clermont-Ferrand, France

Renseignements : Email : contact-jni@vivactisplus.com

Site web : http://www.infectiologie.com/site/_jni_14_accueil.php

25-28 JUIN 2013

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PREVENTION AND INFECTION CONTROL (ICPIC)

Lieu : Genève (Suisse).

29 - 31 JUIN 2013

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

Lieu : Paris, France

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

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 clas-

sique : « 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, T. De Beer, A. Deschuymere,
S. Milas, C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante,
E. Van Gastel, F. Van Laer, Y. Velghe, 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 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.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>