



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. XVII n° 3
3^{ème} trimestre 2013

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 Une lettre du Dr Daniel Reyn-
ders envoyée aux Médecins
Hygiénistes et Médecins
Directeurs dans les hôpitaux
belges
- 3 Gestion des épidémies :
feuille de route
- 5 Nous avons lu pour vous
- 6 La dépilation préopératoire en
tant que composant du care-
bundle ISO : un état des lieux
pour la Belgique
- 11 Recherche sur les méthodes
d'épilation préopératoire au
sein des hôpitaux belges en
2012
- 15 Directive sur l'hygiène hospi-
talière en revalidation
- 19 Prévention des infections au
quartier opératoire
- 20 Travaux dans les institutions
de soins
- 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

Mythes et rites au Quartier Opératoire ou comment prévenir efficacement les infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (SSI) font partie des principales infections associées aux soins. Comme l'a montré l'enquête de prévalence du KCE en 2007, elles ont des conséquences non négligeables en terme de mortalité attribuable, de morbidité avec des reprises possibles, de prolongation de la durée de séjour. Les conséquences financières sont aussi importantes évidemment.

On sait qu'il existe de nombreux facteurs favorisant l'infection. Ils sont soit pré-opératoires, per-opératoires ou post-opératoires. Certains sont contrôlables et d'autres pas.

On sait aussi qu'il existe des mesures de prévention pré-opératoires, per-opératoires et post-opératoires mais finalement nous avons peu d'éléments basés sur l'évidence pour affirmer que certaines mesures de prévention ont une véritable efficacité. Certaines de ces mesures relèvent donc plus du rite que de « l'Evidence-based medicine ».

Nous savons aussi, nous hygiénistes que nous sommes tous confrontés aux mêmes problèmes de non respect des recommandations de base.

Merci dès lors au président de la section «Prévention des Infections du Conseil Supérieur de la Santé» d'avoir initié cette rédaction de recommandations qui vont permettre de nous appuyer sur des recommandations raisonnables basées sur l'évidence et émanent en tous cas d'un groupe d'experts de terrain.

Il ne faut pas s'étonner, à la lecture de ces nouvelles recommandations, que certaines directives aient changé. Je pense notamment au port du bonnet dans les couloirs propres du QO. Pendant des années, nous nous sommes battus pour que cette mesure soit respectée. Cela nous posait même parfois des problèmes pour le personnel de la salle de réveil si elle était intégrée dans le QO. Cette mesure n'est plus recommandée. Et ceci n'est qu'un exemple parmi d'autres.

Les équipes chirurgicales conseillées par les hygiénistes doivent comprendre que nous sommes loin de l'ère du «on a toujours fait comme ça».

Comme pour beaucoup d'autres sujets, il serait intéressant de partager nos expériences via Noso-info. Pas besoin de grande littérature, juste écrire comme si vous le racontiez à un collègue ! Les succès comme les échecs de chacun sont autant de leçons qui permettent aux collègues soit d'y arriver plus facilement soit de ne pas recommencer les mêmes erreurs.

Bonne rentrée à tous !

Anne Simon

NOSOINFORMO

ACTUALITE

Ci-dessous une lettre du Dr Daniel Reynders¹ envoyée aux Médecins Hygiénistes et Médecins Directeurs dans les hôpitaux belges

Ce courrier concerne l'actualisation des informations concernant le «Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus» (MERS-CoV)

1. Groupe de Gestion des risques, point focal national pour le Règlement Sanitaire International

Madame, Monsieur le Médecin Directeur,
Honoré confrère,

Devant la persistance de cas sporadiques d'infections par le «Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus» (MERS-CoV), survenus en majorité dans la région de la péninsule arabique et vu l'approche des pèlerinages de la Oumra (début de mois de Ramadan) et du Hajj (à la suite du mois de Ramadan), les autorités sanitaires belges par rapport à la situation du MERS-CoV souhaitent par la présente, vous informer de nouveaux développements.

- Au 3 juillet 2013, 79 cas étaient recensés par l'OMS, dont 42 décès.
- La transmission interhumaine du virus reste limitée et les cas graves touchent essentiellement des personnes avec une co-morbidité.
- La source de transmission de MERS-CoV est toujours à l'étude.
- L'OMS n'a à ce jour émis aucune restriction relative au voyage à destination de cette région.
- Aux personnes dont une co-morbidité est avérée, il est recommandé de consulter leur médecin traitant ou une «Travel Clinic» avant d'envisager un voyage vers l'Arabie Saoudite, le Qatar, la Jordanie et les Emirats Arabes Unis.

L'OMS et l'ECDC ont récemment prolongé la période d'incubation de la maladie de 10 à 14 jours. Si dans les 14 jours suivant le retour d'un séjour dans l'un de ces pays, l'un de vos patients présentait des symptômes correspondant à la définition de cas jointe à cette lettre, nous vous prions de prendre les mesures suivantes :

- Isolez le patient.
- Prenez les mesures nécessaires afin de protéger le personnel traitant via les procédures régulières « droplet » et « contact ».
- Prenez contact le plus rapidement possible avec l'inspecteur d'hygiène ou le médecin chargé de la surveillance des maladies infectieuses auprès de votre communauté (cf. coordonnées téléphoniques ci-jointes). Celui/celle-ci évaluera avec vous le cas et décidera des mesures de contrôles qu'il conviendra de prendre.

Vous trouverez par ailleurs ci-joint les dernières recommandations émises par le Risk Assessment Group et validées par le Risk Management Group. Je vous saurais gré de diffuser et de mettre la présente information à disposition de votre personnel le plus rapidement possible.

Veillez agréer, Madame, Monsieur le Médecin Directeur, Honoré confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Lien Coronavirus du spf santé publique en français
http://health.belgium.be/eportal/Myhealth/Risksanddiseases/Healthrisks/SanitaryRisks/coronavirus/19080638_FR?ie2Term=nieuws&ie2section=83&fodnlang=fr
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/virus_emergent.html

Ministère des affaires sociales et de la santé. Mise à jour des informations relatives aux cas d'infection à MERS-CoV (nouveau coronavirus). 16 juillet 2013. 2 pages.

InVS. Surveillance des infections liées au nouveau coronavirus (MERS-CoV). Définition de cas, signalement et confirmation biologique. Mise à jour 9 juillet 2013. 4 pages.

H CSP. Avis du 28 juin relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus). 2013. 19 pages

Etape 2 : Extension des précautions

Quand ? Si 3^{ème} cas (2^{ème} acquisition) = Epidémie

Date :

<p>Mettre en route la tenue d'un journal de bord</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impression quotidienne de l'occupation de l'US • Conserver ces feuilles jusqu'à la fin de l'épidémie <p>Rencontre avec l'IC et le Cadre Infirmier (CI) :(date, heure)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stopper les transferts intra unités de soins ▪ Réflexion concernant la localisation des porteurs dans l'unité de soins ▪ Réfléchir à l'organisation des soins en cohorte dans l'unité ▪ Prévenir l'Aide Infirmière Administrative (AIA) en vue de la tenue à jour de l'occupation des lits ▪ Information du service de programmation des Séjours Hospitaliers. ▪ Information de la responsable du Transport Patients <p>Prévenir : Service achats Service Pharmacie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel d'équipement de protection individuelle (EPI) à disposition en suffisance Masques/Blouses/Gants/Solution hydro-alcoolique <p>Prévenir entretien ménager (gouvernante de l'US)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réfléchir si renfort ▪ Changer produit de nettoyage si nécessaire ▪ Insister sur nécessité de nettoyer 7j/7 <p>Prévenir la diététicienne responsable de l'unité de soins (si gastro-entérite)</p> <p>Prévenir IC équipe mobile</p> <p>Prévenir CI de garde(nom, date)</p> <p>Organisation mini-réunion d'équipe(date, heure)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remplir feuille présences réunion <p>Affichage précautions additionnelles/patient dans local infirmier pour personnel soignant, techniciennes surface, visiteurs,.....</p> <p>Information au Cocid(date)</p>	<p>Définir et documenter les cas (date et site 1^{er} cas positif pour chaque patient) selon un modèle proposé sur Excel</p> <p>Organiser le génotypage des souches (si pertinent)</p> <p>Rencontre avec le Superviseur Médical :(date, heure)</p> <p>Information et validation des mesures prises.</p> <p>Mail pour expliquer surconsommation aux responsables des achats et du magasin</p> <p>Organisation mini-réunion collaborateurs médicaux(date, heure)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remplir feuille présences réunion <p>Mise du point à l'ordre du jour du CHH suivant</p>
---	--

Etape 3 : Renforcement des mesures

Quand ? A partir de 3 acquisitions malgré mesures prises

Date :

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recensement de tous les soignants (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, volontaires, équipe de liaison, infirmières ressources, enseignants, éducateurs,..) ▪ Sensibilisation de ces personnes à l'épidémie et aux mesures instaurées. ▪ Cohorte des patients et du personnel (infirmier, aide-soignant, médical ?, kinés ?) ▪ Rencontre quotidienne avec IC ou sa remplaçante(dates) ▪ Rencontre avec l'équipe 1X par semaine (dates) ▪ Rencontre pour information le CI, l'IC de l'équipe mobile et la gouvernante (dates) ▪ Etat de la situation chaque semaine au Comité des CI durant toute la durée de l'épidémie 	<p>Dépistage de tous les patients de l'unité de soins ainsi que de toutes les entrées (1 X/semaine jusqu'à la fin de l'épidémie)</p> <p>Envisager la nécessité de dépister le personnel</p> <p>Limitation des entrées patients et visiteurs dans l'unité de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontres avec Médecin Superviseur, IC et IHH(dates) ▪ Etat de la situation chaque mois au CHH durant toute la durée de l'épidémie ▪ Prévenir le médecin chef et le service communication (dates)
--	--

Etape 4 : Fermeture de l'unité de soins aux entrées**Quand ?**

Date :

La fermeture de l'unité de soins sera décidée par le MHH après concertation avec le Médecin Chef de service. Cette fermeture sera validée par le Médecin Chef.

Date :

Fin de l'épidémie :(date)

MHH :

Observations :

Dates :	
---------	--

NOUS AVONS LU POUR VOUS

Communiqué du Conseil Supérieur de la Santé

Le Conseil Supérieur de la Santé est l'organe d'avis scientifique du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Dans le but de garantir et d'améliorer la santé publique, le Conseil formule des avis scientifiques afin de guider les décideurs politiques et les professionnels de la santé. Grâce à son réseau d'experts et ses collaborateurs internes, le Conseil se base sur une évaluation multidisciplinaire de l'état actuel de la science pour émettre des avis impartiaux et indépendants. Ainsi, le CSS applique un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels. Le Conseil élabore ses avis sur demande de la Ministre ou de sa propre initiative et les publie.

Tous les avis publics et brochures sont disponibles sur le site : www.css-hgr.be

«Fish pedicure (therapy)» : source de bien-être à coup sûr ?

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a émis un avis sur l'ichtyothérapie ou «fish pedicure/therapy», pratique très en vogue depuis quelques années, afin d'en préciser les bénéfices et/ou les risques potentiels.

Quel est le principe de l'ichtyothérapie/fish pedicure (therapy)?

Le procédé consiste à tremper les pieds (ou les mains ou le corps) durant 15 à 30 minutes dans un bassin d'eau contenant des petits poissons qui se nourrissent de la kératine des cellules mortes présentes à la surface de la peau. Outre la sensation bienfaisante que ce traitement peut procurer, son résultat s'apparente à certains égards à celui d'une pédicure traditionnelle.

Soin esthétique ou thérapie médicale?

Il n'existe à ce jour aucune preuve scientifique de l'efficacité thérapeutique de l'ichtyothérapie dans le traitement de maladies cutanées telles que le psoriasis et les dermatoses eczémateuses associées à une formation accrue de squames. La thérapie ne remplace en aucun

cas les traitements conventionnels de ces affections.

Risque d'infection?

Bien que vraisemblablement faible, le risque d'infection (parfois grave) lié à la «fish pedicure», dont l'eau et les poissons peuvent être les vecteurs, ne peut être exclu. La transmission d'un client à l'autre d'infections des pieds (mycoses, verrues) relève également des possibilités.

Personnes à risque

Le risque d'infection est plus important chez les personnes :

1. immunodéficientes (greffées ou sous chimiothérapie);
2. porteuses du virus du SIDA ou des hépatites B ou C;
3. souffrant de diabète, eczéma, ulcère de la jambe, dermatite ou psoriasis.

Aux patients porteurs de ces affections, il est recommandé de consulter un médecin.

L'épilation à la cire ou le rasage des jambes au cours des dernières 24 heures avant la fish pedicure ainsi que la présence de plaies ouvertes constituent des facteurs de risque.

Avis défavorable

Le Conseil Supérieur de la Santé émet un avis défavorable au sujet de la «fish pedicure (therapy)». Vu le risque infectieux sans doute faible mais non négligeable et l'absence de preuve d'efficacité, le Conseil Supérieur de la Santé recommande aux autorités d'interdire la «fish therapy». Si les autorités devaient toutefois opter pour une autorisation du traitement, elles devraient informer les clients potentiels et prévoir un certain nombre de mesures contraignantes pour les centres offrant ce type

de prestation. Dans ce cas, le CSS prône des prescriptions d'hygiène strictes par l'introduction notamment de critères légaux et d'une formation minimale pour les exploitants. Il n'existe actuellement aucune législation spécifique à ce sujet.

Enfin, la préservation du bien-être animal constitue un aspect non négligeable de cette pratique.

L'avis, dans son intégralité, (n° 8773) se trouve sur le site internet du Conseil Supérieur de la Santé: <http://tinyurl.com/CSS-8773-fishpedicure>

ARTICLE ORIGINAL**La dépilation préopératoire en tant que composant du care-bundle ISO : un état des lieux pour la Belgique**

G. Demaiter¹, W. De Spiegelaere²

1. *Infirmier hygiéniste hospitalier, AZ Groeninge Kortrijk, membre du groupe de travail hygiène hospitalière NVKVV*
 Merci à Wouter De Spiegelaere (cadre intermédiaire infirmier, Sint-Jozefskliniek Izegem) pour l'analyse des données de l'e-survey.

2. *Infirmier hygiéniste hospitalier, Clinique Sint-Jozef d'Izegem*

Introduction

En 2001, «l'Institute for Healthcare» (IHI) élaborait le concept de «care-bundle», qui s'adressait initialement aux services de soins intensifs. Un care-bundle est un petit ensemble d'interventions (généralement entre 3 et 5) fondées sur des données factuelles et qui sont réalisées ensemble dans une situation spécifique. L'application simultanée des interventions aboutit à un meilleur résultat pour le patient que si ces interventions avaient été menées séparément. Lorsqu'on recourt aux care-bundles, on attend des prestations de soins plus sûres et plus fiables, notamment en favorisant le travail d'équipe et la concertation multidisciplinaire^[1]. De meilleurs résultats ont été effectivement observés au niveau des septicémies associées aux cathéters veineux centraux et des pneumonies associées à la ventilation lorsque les care-bundles sont respectés à 95%^[2,3]. Dans cet article, nous nous attardons au care-bundle qui vise la prévention des infections postopératoires.

Les infections du site opératoire (ISO) représentent la 3ème cause la plus fréquente d'infections nosocomiales à en croire la dernière étude nationale de prévalence d'infections nosocomiales en Belgique^[4]. Parmi les patients admis à l'hôpital, 1% avait

contracté une ISO, et les ISO représentaient 15% de l'ensemble global des infections nosocomiales. Il ressort également des résultats nationaux de la surveillance des ISO 2001-2003 de l'ISP (Institut de Santé Publique) que l'incidence des ISO peut varier de 0,8% dans le groupe des patients à faible risque à plus de 8% chez les patients à haut risque (incidence cumulée d'ISO après chirurgies herniaires)^[5]. Dans le groupe des infections profondes de l'organe/espace concerné par le site opératoire (37% de toutes les ISO), 34% ont entraîné une nouvelle intervention et 22% une nouvelle hospitalisation. Les patients qui présentent ce type d'ISO ont également une mortalité accrue par rapport à ceux qui ont subi le même type d'opération sans développer d'infection.

Care-bundles internationaux visant à prévenir les infections du site opératoire.

Le tableau 1 reprend les care-bundles existants. Il s'agit parfois de la composition initiale du care-bundle, adaptée au fil des ans. La mise en œuvre de ce type de care bundle devrait diminuer le nombre d'infections du site opératoire.

Tableau 1 : aperçu du contenu des care-bundles ISO actuels

SCIP-InfPrev-IHI [6] (USA 2005 avec mises à jour)	Saferhealthcarenow [7] (Canada 2011)	VMS-zorg [8] (Pays-Bas 2009)	NHS [9] (Royaume-Uni 2007)
Prophylaxie antibiotique adéquate - 1h avant l'incision - sélection des antibiotiques, cf. directives nationales - pas plus de 24h, sauf en cas de chirurgie cardiaque (48h)	Prophylaxie antibiotique adéquate - 1h avant l'incision - sélection correcte d'antibiotiques - pas plus de 24h	Prophylaxie antibiotique adéquate - le bon médicament - au bon moment : 15-60 minutes avant l'incision, et en cas d'opération de longue durée, répéter après 4h	Prophylaxie antibiotique adéquate - 1h avant l'incision
Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse	Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse	Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse	Pas de dépilation préopératoire, ou par tondeuse
Contrôle postopératoire de la glycémie en cas de chirurgie cardiaque (jour 1 et jour 2 postop - toutes les 6h; glucose <200mg/dl)	Contrôle postopératoire de la glycémie en cas de chirurgie cardiaque (jour 1 et jour 2 postop - toutes les 6h; glucose <10mmol/l)		Contrôle périopératoire de la glycémie chez les patients diabétiques <11 mmol/l
Sonde urinaire retirée le jour 1 ou le jour 2 après l'intervention		Discipline d'hygiène (nombre de mouvements de portes admissible durant l'intervention déterminé par une norme)	Avant l'opération : Dépistage du SARM chez les groupes à risque et décolonisation si le résultat est positif
Gestion périopératoire de la température Dans les 15 minutes qui suivent l'intervention. Min.36°C en cas de chirurgie colorectale Dans les 15 minutes qui suivent l'intervention. Min.36°C pour tous les patients de chirurgie ayant subi une anesthésie générale ou péridurale pour une intervention d'une durée d'au moins 1h	Gestion périopératoire de la température Dans les 15 minutes qui suivent l'intervention. Min.36°C en cas de chirurgie colorectale et de chirurgie abdominale ouverte	Normothermie périopératoire Pour chaque patient, une première mesure de la température en salle de réveil entre 35,5° et 37,5°C (température non mesurée au niveau rectal)	Normothermie périopératoire (36°-37°C)

MRSA: méthicilline résistante *Staphylococcus aureus*

NHS = The National Health Service

SCIP = The Surgical Care Improvement Project

VMS = veiligheidsmanagementsysteem

Si on remarque quelques variations dans la sélection des éléments du care-bundle ou dans la définition opérationnelle d'un élément bien précis du care-bundle, la méthode de dépilation préopératoire est systématiquement indiquée. On n'aura de préférence pas recours à la dépilation préopératoire, ou alors de manière aussi limitée que possible à l'aide d'une tondeuse médicale. Ceci laisse penser qu'il s'agit ici de deux mesures clairement fondées scientifiquement. Bien que le CDC [10] accorde le plus haut niveau factuel aux deux recommandations, il y a lieu de faire quelques commentaires. Le groupe de travail hollandais sur la prévention des infections remarque

qu'il existe peu d'études de bonne qualité traitant de l'influence ou non de la dépilation préopératoire sur l'apparition d'infections du site opératoire^[11]. Trois études randomisées de plus ou moins bonne qualité ont comparé la dépilation préopératoire à la tondeuse à la dépilation préopératoire au rasoir en fonction de la prévention d'infections du site opératoire chez 3.193 patients ayant subi une chirurgie propre^[12-14]. Le risque d'infection de la plaie était deux fois supérieur en cas d'utilisation d'un rasoir (RR 2.02, 95% BI 1.21-3.36). Dans une revue systématique hollandaise^[15] et dans la revue systématique Cochrane relative à la dépilation préopératoire^[16], il a été conclu que les

visions scientifiques présentes ne permettaient pas de recommandations claires. La plupart des études disponibles sont trop réduites et non exemptes de biais. On n'y retrouve pas non plus beaucoup d'informations sur la méthode de mesure des résultats d'ISO. Il a tout de même été convenu que si des poils devaient être retirés avant une intervention, ils le seraient de préférence à l'aide d'une tondeuse médicale ou d'une crème dépilatoire. Mais il est impossible de se prononcer sur le moment idéal (la veille ou le jour de l'intervention) ni sur l'endroit idéal de dépilation préopératoire.

Les care-bundles ISO atteignent-ils leurs objectifs?

Les care-bundles doivent mener à une meilleure culture de la sécurité du patient et à un meilleur résultat de soins objectivable. Les objectifs visés dans les care-bundles ISO ne sont pas toujours traduits explicitement. Ainsi, la NHS indique qu'elle vise une diminution de l'incidence des ISO, sans donner pour autant de chiffres précis [9]. L'objectif initial du SCIP était de réduire de 25% les

complications chirurgicales. Il ne visait pas seulement les infections du site opératoire, mais aussi les thrombo-embolies veineuses, les pneumonies postopératoires et les complications cardiaques [6].

«Saferhealth care now» vise un respect du care-bundle à 95% et une réduction des chiffres d'ISO de 50 % [7].

«VMS zorg» vise un respect du care-bundle à 90% pour tous les patients opérés et un retour des infections du site opératoire en dessous du seuil du 25^{ème} centile (chiffres de référence PREZIES, 2007) pour 5 opérations indicatrices (choisies par l'hôpital) [8].

Lors du lancement d'un care-bundle, il est indiqué de se concentrer davantage sur les processus que sur les résultats. Il ressort des expériences publiées du projet SCIP aux États-Unis et du projet VMS-POWI de l'hôpital hollandais Amphia [17] qu'il est absolument possible d'optimiser le processus de soins périopératoire en mettant en œuvre un care-bundle ISO. Un bon taux de compliance est également atteint plus rapidement pour un élément du care-bundle que pour l'autre (voir tableaux 2 et 3).

Tableau 2 : taux de compliance atteint/élément de care-bundle SCIP- USA

	2006	2007	2008	2009
Antibiotiques 1h avant l'incision	83%	87%	91%	96%
Juste choix d'antibiotique	n/a	92%	95%	98%
Arrêt à temps de la prophylaxie antibiotique	74%	80%	87%	92%
Contrôle du glucose en cas de chirurgie cardiaque	n/a	n/a	89%	92%
Dépilation correcte	n/a	n/a	97%	99%

Source : Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

Tableau 3 : taux de compliance atteint/élément de care-bundle VMS - Pays-Bas

	2009	2012
Prophylaxie antibiotique adéquate	60%	70%
Pas de dépilation préopératoire ou passage de tondeuse	60%	80%
Normothermie périopératoire	30%	80%
Discipline d'hygiène (nombre de mouvements de portes admissible durant l'intervention déterminé par une norme)	30%	80%

Source :Wille et al. 2012 [18]

Eu égard aux «success-stories» américaines, l'observance du care-bundle est remarquablement faible ailleurs. La RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) fait rapport d'un décevant respect au care-bundle de 10% (données émanant de 73 hôpitaux hollandais entre le 1er janvier 2009 et le 30 avril 2012). On remarque cependant une amélioration au fil du temps au sujet d'éléments individuels du bundle. Pour pouvoir atteindre l'objectif de 90% de respect du care-bundle, il faut atteindre plus de 97% dans les éléments individuels du care-bundle [18]. Il semble qu'il existe une croyance aveugle que les

care-bundles soient toujours efficaces. Les publications disponibles en matière de résultats de care-bundles ISO donnent une image plus nuancée des choses.

Dans le domaine de la chirurgie colorectale, une étude rétrospective sur une petite série de patients a pu démontrer une diminution claire du nombre d'ISO superficielles lorsque l'observance du care-bundle était accrue. En présence d'un respect initial du care-bundle de 38% seulement au cours de la première période, le nombre d'ISO superficielles atteignait

13,3% (n=113). Au cours de la 2^e période, l'observance du care-bundle est montée à 92% et le nombre d'ISO superficielle atteignait 8,3% (n=84) [19].

Dans une autre étude de cohorte rétrospective bien plus importante, aucune baisse significative n'a pu être démontrée dans la probabilité d'apparition d'une ISO en cas de respect d'un élément individuel du care-bundle ni en cas d'observance de l'ensemble des éléments du care-bundle SCIP en matière d'administration d'antibiotiques à titre de prophylaxie. Il y a toutefois un effet préventif en cas de respect de l'une des différentes applications en duo d'éléments du care-bundle SCIP (OR 0,85 95% BI 0,76-0,95). Étrangement, aucune observance «tout ou rien» du care-bundle n'est reprise dans l'analyse [20].

Dans un essai randomisé sur 211 patients ayant subi une chirurgie colorectale, il semble que le recours à un ensemble d'interventions basées sur des éléments factuels n'ait pas diminué le nombre d'ISO, mais qu'il l'ait au contraire accru [21]. Une étude australienne menée dans plusieurs centres sur 275 patients ayant subi une chirurgie colorectale montre bien une diminution, de 15% du nombre d'ISO (avant le début du projet) à 7% (12 mois après introduction du care-bundle), même en présence d'une observance relativement faible (21%) du care-bundle [22].

Dans une étude néerlandaise sur 284 patients ayant subi une chirurgie mammaire, du colon ou du système vasculaire central, il n'a pas davantage été possible de faire le lien entre une observance à 100% du care-bundle et l'apparition ou non d'une ISO [23]. Une autre étude de cohorte néerlandaise fait rapport d'une observance accrue du bundle, passant de 10% en 2009 à 60% en 2011 chez 1.537 patients ayant subi une chirurgie colorectale. En parallèle, on a constaté une diminution progressive des ISO. Après correction des facteurs confondant, il s'est avéré qu'on avait pu obtenir une réduction statistiquement significative des ISO de 37% par rapport à l'année précédant le programme du care-bundle [17]. Dans la dernière étude citée, l'observance du care-bundle était mesurée par échantillonnage très limité (10 interventions/trimestre = 100 mesures d'observance sur un total de 1.537 = 6,35%). On peut dès lors se demander dans quelle mesure une telle méthode donne une image suffisamment représentative.

Une mise en œuvre de care-bundle va de pair avec le mesurage tant des processus que des résultats. Tout infirmier-hygiéniste hospitalier bien informé sait qu'une surveillance des ISO entraîne une diminution d'occurrence des ISO si un feedback correct est donné au niveau du chirurgien individuel. Le potentiel préventif d'une surveillance active avec feedback des chiffres spécifiques au chirurgien atteint 40%

[24]. À l'inverse des Pays-Bas où 95% des hôpitaux participent à la surveillance des ISO PREZIES suite aux recommandations du RIVM, la surveillance des ISO dans les hôpitaux belges est très limitée. C'est ce qui ressort de la participation actuelle à la surveillance ISO nationale de l'ISP et des résultats de l'enquête menée en 2007 sur la mise en œuvre des mesures visant à maîtriser les infections au quartier opératoire [25].

Bien que les résultats soient assez variables suite à l'introduction du care-bundle ISO, il semble judicieux d'y investir. Le respect de plusieurs directives en matière d'hygiène au quartier opératoire est ainsi amélioré. Le mesurage et la discussion des chiffres relatifs à l'observance permettent de conscientiser les différents collaborateurs en salle d'opération de leur propre rôle dans la prévention des ISO. Le rapportage des chiffres relatifs à l'observance a permis de ramener à la réalité de nombreux collaborateurs de salle d'opération et de médecins qui pensaient travailler parfaitement. Tout cela a débouché sur une meilleure collaboration et la création d'une culture d'approche ouverte, conditions essentielles à une amélioration durable de la sécurité du patient.

Les hôpitaux belges suivent-ils l'élément du care-bundle relatif à la dépilation préopératoire ?

Actuellement, il n'y a qu'un seul «care-bundle contrôle des infections» national en cours en Belgique, par le biais d'un projet-pilote subsidié du service public fédéral santé publique (projet VAP-bundle du SPF, depuis 2011). Il n'existe pas de care-bundle ISO mené au niveau national.

Il existe cependant, dans plusieurs hôpitaux flamands, des care-bundles estimés à leur juste valeur et mis en place sur initiative propre dans les prestations de soins. La Clinique «Sint-Jozef» d'Izegem a mis en œuvre en 2008 divers care-bundles, dont le care-bundle ISO. L'intervention «dépilation préopératoire à l'aide d'une tondeuse médicale» a ainsi été introduite avec succès et respectée. L'hôpital «Onze-Lieve-Vrouw» d'Alost, l'hôpital Imelda de Bonheiden et «l'AZ Sint-Augustinus» de Furnes ont également réussi à mettre en œuvre cette intervention, sous forme de care-bundle ou non. Comme d'autres hôpitaux ne sont pas parvenus à appliquer la dépilation préopératoire à l'aide d'une tondeuse médicale, le groupe de travail Hygiène Hospitalière NVKVV a demandé aux 4 hôpitaux précités de rassembler leurs facteurs de réussite dans une publication. L'objectif était de donner aux autres hôpitaux un aperçu de leurs trucs et astuces. Pour se faire une idée de la mesure dans laquelle la dépilation préopératoire à l'aide d'une tondeuse médicale est ancrée dans nos hôpitaux belges, un questionnaire a été rédigé et validé par le groupe de travail.

A la mi-2012, il a été demandé, sous forme de «e-survey», aux équipes d'hygiène hospitalière de 141 hôpitaux généraux belges dans quelle mesure ils appliquaient la dépilation préopératoire conformément aux directives internationales en vigueur. Le sondage concernait également la manière de la mettre en œuvre et le respect. Le taux de réponse général a été de 54% (n=76).

Méthodique de dépilation préopératoire

Soixante-six pour cent indiquent utiliser une tondeuse médicale pour la dépilation préopératoire (dans 70% des cas, il s'agit d'une tondeuse off-skin avec une tête fixe contre la peau et une tête mobile à distance de la peau). Vingt-cinq pour cent indiquent

avoir recours à des rasoirs jetables pour la dépilation préopératoire (dans 92%, le rasage se fait à sec). Il existe une procédure pour la dépilation préopératoire chez 70% des répondants (n=47). Seuls 3 hôpitaux indiquent disposer d'un care-bundle ISO.

Processus de mise en œuvre

Un répondant sur cinq indique ne jamais avoir proposé de dépilation préopératoire à la tondeuse médicale dans l'hôpital. Lorsqu'une proposition de projet a bien été introduite, le temps nécessaire à l'approbation et au lancement est parfois long.

Plusieurs résistances sont énoncées lors de la mise en œuvre de la dépilation préopératoire à l'aide de tondeuse médicale sur le lieu de travail (par ordre

Tableau 4 : Temps écoulé entre la proposition du projet et son approbation effective pour le lancer (n=39)

≤ 6 mois		> 6 mois et ≤ 1 an		> 1 an et ≤ 5 ans		> 5 ans et ≤ 10 ans		> 10 ans	
15	38,5%	10	25,6%	8	20,5%	3	7,7%	3	7,7%

Source : e-survey dépilation préopératoire dans les hôpitaux belges 2012

décroissant de survenance) : perception d'avoir besoin de plus de temps pour raser une même surface qu'avec une lame, perception que le rasage s'effectue moins facilement qu'avec une lame, persistance de pilosité (± 1 mm) après le rasage, coût élevé, pas convaincu de l'utilité au niveau de la prévention des infections du site opératoire...

Dans la plupart des cas, l'équipe d'hygiène hospitalière est responsable de la coordination et de la mise en œuvre de la dépilation préopératoire sur le lieu de travail. La formation nécessaire a généralement été dispensée par l'infirmier-hygiéniste hospitalier, un représentant de la firme ou une personne de référence en hygiène hospitalière.

Le suivi du projet portant sur la dépilation préopératoire avec une tondeuse médicale laisse généralement à désirer. Seule une poignée d'hôpitaux indiquent suivre et effectuer un feed-back de l'observance. L'absence de suivi correct, la disponibilité de lames classiques dans l'hôpital ou dans le quartier opératoire (il est vrai, dans les 2/3 des cas, avec des restrictions, mais souvent tolérées pour la dépilation de la région pubienne) et une résistance décroissante, mais toutefois persistante après plus d'un an d'utilisation hypothèquent la possibilité d'avoir un taux d'observance élevé.

Conclusion

Le fait de travailler à l'optimisation du processus de soins chirurgicaux mène incontestablement à davantage de sécurité du patient et à de meilleurs résultats pour le patient [26]. La campagne du service public fédéral visant à promouvoir l'introduction de la liste de contrôle de l'OMS pour la sécurité chirurgicale était un pas dans la bonne direction. Le pas actuel

vers une accréditation volontaire dans les hôpitaux flamands encourage à effectuer une analyse des risques, à mettre en place des surveillances ISO ciblées et à introduire un care-bundle. Les recommandations à venir du Haut Conseil de la Santé en matière d'hygiène au quartier opératoire encouragent le mesurage et l'amélioration des processus. Les chiffres rapportés relatifs à «l'e-survey» portant sur la dépilation préopératoire démontrent toutefois que le chemin vers la mise en œuvre d'un élément de care-bundle basé sur des faits probants peut être long et pénible. Il est difficile de mener à bien et de maintenir des changements de comportement, en particulier dans la sphère "sacrée" des quartiers opératoires.

Bibliographie

1. Resar (R.) et al, Using care bundles to improve Health Care Quality, IHI innovation series white paper, Cambridge, Massachusetts, IHI 2012.
2. Furuya (E.Y) et al., Central line bundle implementation in US intensive care units and impact on bloodstream infections, PlosOne, 2011, jan18;6:e1542.
3. Pogorzelska (M.) et al., Impact of the ventilator-associated pneumonia in intensive care unit, International Journal for Quality in Health Care, 2011 (oct);23(5)538-544.
4. -Infections nosocomiales en Belgique. Partiel 1: étude de prévalence nationale, KCE reports 92A, 2008.
5. http://www.nsih.be/surv_ssi/inleiding1_fr.asp.
6. Surgical Care improvement project national hospital inpatient quality measures, version 4.2, <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier4&cid=1228772433589>
7. Prevent surgical site infections: getting started kit, march 2011, 57 pp. <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/SSI/Documents/SSI%20Getting%20Started%20Kit.pdf>
8. Voorkomen van wondinfecties na een operatie,

- november 2009, 45 pp. http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/POWI/web_2009.0111_praktijkids_powi.pdf
9. -High impact intervention nr. 4: care bundle to prevent surgical site infection, NHS, 2007, 4pp.
 10. Mangram (A.J.) et al., guideline for the prevention of surgical site infections, 1999, ICHE, 1999, vol.20, nr.4, p.247-278, <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf>.
 11. Preventie van postoperatieve wondinfecties, WIP, Leiden, mei 2011, 22pp.
 12. Alexander (W.J.) et al., The influence of hair removal methods on wound infections, Archives of Surgery, 1983, 118:347-352.
 13. Balthazar (E.R.) et al., Preoperative hair removal: a random prospective study of shaving versus clipping, Southern Medical Journal, 1982, 75: 799-801.
 14. Ko (W.) et al., Effects of shaving methods and intraoperative irrigation on suppurative mediastinitis after bypass operations, Annals of Thoracic Surgery, 1992;53:301-305.
 15. Niël-Weise (B.S.), Wille (J.C.), van den Broek (P.J.), Hair removal policies in clean surgery: systematic review of randomized controlled trials, Infect Control Hosp Epid, 2005, vol.26, nr.12, p.923-928.
 16. Tanner (J), Woodings (D.), Moncaster (K.), Preoperative hair removal to reduce surgical site infection(Review), Cochrane Database of Systematic reviews, 2006, nr.3, art. nr. CD04122.
 17. Crolla (R.M.) et al., Reduction of surgical site infections after implementation of a bundle of care,
 18. Plosone, 2012, vol.7, nr.9, e44599.
 19. Wille (J.) et al., Interventiebundel wondinfecties hoopgevend, maar te weinig nageleefd. Infectie-preventie vergt meer inzet, Medisch Contact, 2012, nr.38, 2103-2105.
 20. Berenguer (C.M.) et al., Improving surgical site infections: using national surgical quality improvement program data to institute surgical care improvement project protocols in improving surgical outcomes, J Am Coll Surg, 2010, 210:737-743.
 21. Stulberg (J.) et al., Adherence to surgical care improvement project measures and the association with postoperative infections, JAMA, 2010, vol.303, nr.24, p.2479-2485.
 22. Anthony (T.) et al., Evaluating an evidence-based bundle for preventing surgical site infection, Arch Surg, 2011, vol. 146, nr.3, 263-269.
 23. Bull (A.) et al., A bundle of care to reduce colorectal surgical infection: an Australian experience, Journal of Hospital Infection, 2011, 78, 297-301.
 24. Prakken (F.J.) et al., Meetbaar verband tussen preventieve interventies en de incidentie van postoperatieve wondinfecties, Ned Tijdschr Geneesk, 2011, 155: A3269.
 25. Haley et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985;121(2):182-205
 26. Gordts (B.) et al., Nationaal onderzoek van maatregelen ter beheersing van infecties in het operatiekwartier, Plate-forme fédérale d'hygiène hospitalière, 2007.
 27. Haynes (A.B.) et al., A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population, NEJM, 2009, 360, 491-499.

Recherche sur les méthodes d'épilation préopératoire au sein des hôpitaux belges en 2012¹

Wouter De Spiegelaere

(cadre moyen de la Clinique Sint-Jozef d'Izegem, membre du groupe de travail sur l'hygiène hospitalière de la NVKVV)

Introduction

Il y a déjà plus d'une décennie que le CDC (USA) a publié ses directives relatives à la prévention des infections de plaies postopératoires (POWI).

[1] Deux recommandations concernant l'épilation préopératoire (catégorie 1A) y sont reprises :

- N'éliminez pas les poils avant l'opération, sauf en cas d'interférence avec l'opération ;
- Si cela s'avère toutefois nécessaire, faites-le juste avant l'opération, de préférence à l'aide d'une tondeuse médicale.

À l'instar de ces directives, plusieurs organisations internationales ont formulé les mêmes recommandations.[2] Les care bundles POWI, publiés au niveau international, sont caractérisés par une unanimité concernant les directives relatives à l'épilation préopératoire.[3,4,5] Il semble donc évident que tous les hôpitaux appliquent ces directives.

En 2007, les résultats d'une étude sur les interventions préopératoires dans la partie sud-ouest des Pays-Bas ont été publiés. Il appert de cette étude que l'épilation

préopératoire est une pratique de routine au sein de la majorité des services chirurgicaux de court séjour dans le Sud-Ouest des Pays-Bas (88%). Moins de la moitié des hôpitaux a appliqué un protocole d'épilation. L'épilation a généralement été effectuée à l'aide d'une tondeuse (86%), le plus souvent dans les 2 heures avant l'opération (71%) et le plus souvent par des infirmiers dans l'unité de soins (71%).[6]

Malgré le consensus international et les résultats de l'étude menée aux Pays-Bas, le groupe de travail sur l'hygiène hospitalière de l'association NVKVV émet des doutes quant à l'application correcte de l'épilation au sein des hôpitaux belges. Vu le manque d'informations sur les expériences d'autres hôpitaux, une étude sur la méthode d'épilation préopératoire en Belgique s'est avérée nécessaire.

Description de l'étude

L'étude s'est concentrée aussi bien sur des objectifs exploratoires que sur la proposition d'éventuelles poignées afin d'implémenter et d'appliquer les directives correctement. Cela s'est traduit par les trois

questions suivantes liées à l'étude:

- Comment effectue-t-on l'épilation préopératoire dans les hôpitaux belges ?
- Quels sont les pièges et les oppositions dans l'application des directives ?
- Existe-t-il des facteurs de succès qui facilitent l'implémentation des directives ?

Afin de répondre aux questions ci-dessus, une enquête en ligne a été menée² entre juin et octobre 2012. Afin de répondre plus spécifiquement à la troisième question de l'étude, des interviews supplémentaires ont été effectuées dans 3 hôpitaux³ où les directives sont déjà totalement implémentées depuis quelques années. Cela a permis de vérifier les résultats de l'enquête en ligne et de clarifier leur procédé de mise en œuvre. Les interviews ont eu lieu en mars et avril 2013.

Résultats

Tous les hôpitaux belges ont été invités par mail à participer à cette enquête en ligne. 53,9% (n=76) ont répondu favorablement. 72% de ces répondants ont rempli la version néerlandophone de l'enquête.

Dans les hôpitaux belges, l'épilation est effectuée pour plusieurs raisons et de différentes façons. L'élimination de poils pour des raisons esthétiques (barbe et moustache) se fait surtout avec un rasoir électrique (appartenant au patient 72% ou appartenant au service 21%). Le rasoir jetable est surtout utilisé pour des raisons de 'confort lors de l'utilisation' (épiler pour insérer la perfusion, appliquer des sparadraps, ...) et lors d'un contact fonctionnel avec la peau (p.ex. fixation des électrodes, ...). Pour l'épilation préopératoire, il est surtout fait usage d'une tondeuse médicale (65,8%)

et d'un rasoir jetable (25%). Le rasoir jetable est donc utilisé à différentes fins, contrairement à la tondeuse médicale qui est utilisée uniquement avant une opération.

Usages concernant l'épilation préopératoire

La pratique concernant l'épilation préopératoire (la façon de raser, le moment et pour quelles opérations) diffère fortement d'hôpital en hôpital. La plupart des hôpitaux (70,2%) dispose d'une procédure écrite décrivant la préparation préopératoire de la peau. Ces mesures sont souvent incluses dans la préparation préopératoire de chaque opération. La mesure dans laquelle la pratique actuelle rapportée diffère des recommandations du CDC est décrite ci-après.

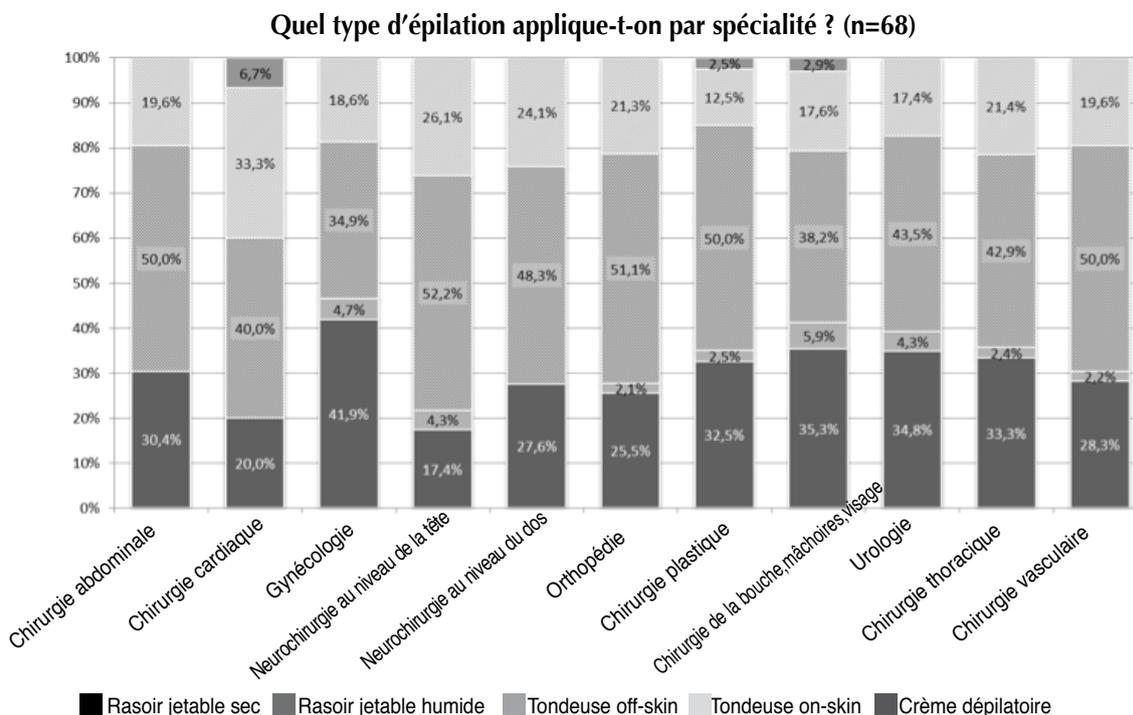
"Non-épilation avant l'opération" (CDC, 1999)

Il existe des différences importantes entre les hôpitaux quant à la politique d'épilation. Dans plus de deux tiers des hôpitaux (67,6%), l'épilation préopératoire est appliquée pour chaque opération. Il existe également des différences entre les spécialités médicales. Ainsi, en cas d'opérations abdominales et d'opérations à la tête, l'épilation est toujours effectuée dans 80% des hôpitaux. Pour les opérations du dos, la chirurgie plastique et les chirurgies de la bouche, des mâchoires et du visage (BMV), l'épilation est appliquée en cas de forte pilosité.

"Si nécessaire, avec une tondeuse médicale" (CDC, 1999)

La tondeuse médicale est principalement utilisée pour l'épilation préopératoire (65,7%). Cependant, le rasoir est encore très fréquemment utilisé (33,6%) et surtout dans des spécialités spécifiques comme en gynécologie, en urologie et en BMV. En chirurgie cardiaque, neurochirurgie et orthopédie, la tondeuse est utilisée dans plus de 75% des hôpitaux (Figure 1).

Figure 1 : Méthode d'épilation selon la spécialité



"... le plus rapproché du moment de l'incision" (CDC, 1999)

Selon le CDC, il est donc recommandé d'épiler dans la zone du bloc opératoire (espace préopératoire ou dans la salle), ce qui est appliqué, en pratique, dans 27,5% des hôpitaux. La plupart des hôpitaux épilent les poils dans l'unité de soins, cependant dans un délai de deux heures avant l'intervention (41,2%). Bien qu'il soit moins évident de montrer le lien entre le moment d'épilation et la survenance des POWI, la majorité des hôpitaux épilent dans les 2 heures avant l'intervention. 12% des répondants épilent plus de 12 heures avant l'incision effective.

Implémentation et utilisation de la tondeuse médicale

L'implémentation de la tondeuse médicale est un projet qui ne se limite pas aux départements classiques des hôpitaux. Dans la plupart des hôpitaux, le projet est présenté par l'infirmier en hygiène hospitalière (62%), soutenu par le médecin hygiéniste hospitalier (20%). L'implémentation du projet est surtout réalisée par l'infirmier en hygiène hospitalière (86%). Pour la formation, l'hygiéniste hospitalier est soutenu par la société (50%). Au sein des hôpitaux, diverses méthodes sont appliquées pour apprendre à utiliser la tondeuse. Notamment par le biais d'ateliers (24%), via une procédure (18,7%), des cours magistraux (théorie) (14,7%) et des affiches (10,7%). Il y a un grand laps de temps entre la présentation et l'approbation de la proposition de projet. La majorité des hôpitaux peut réaliser le projet endéans l'année (64,1%), cependant un hôpital sur sept a besoin de plus de 5 ans pour mettre en place l'utilisation des tondeuses médicales. Les résistances rapportées liées à la mise en œuvre sont: le sentiment d'avoir besoin de plus de temps lors du rasage (53,8%), le sentiment de raser de manière moins fluide (51,3%), des poils mal rasés (43,6%), le prix coûtant, les doutes quant à l'utilité de l'utilisation d'une tondeuse par rapport à un rasoir (25,6%). Dans de nombreux hôpitaux, plusieurs années accompagnées de nombreuses résistances, sont nécessaires pour intégrer la tondeuse médicale.

Le mode d'utilisation de la tondeuse médicale est similaire entre les différents hôpitaux. La majorité des hôpitaux (84%) n'utilise la tête jetable qu'une seule fois. Dans les autres hôpitaux, la tête est éventuellement utilisée une deuxième fois chez le même patient (81,3%). La tête de rasage est conservée auprès du patient, éventuellement étiquetée d'une vignette du patient (83,3%). Après utilisation, la poignée de la tondeuse médicale est parfois nettoyée à l'eau (46,9%), mais surtout désinfectée (65,6%).

Quelle est la situation après l'implémentation de la tondeuse médicale ?

Dans la plupart des hôpitaux (84%), l'on retrouve encore des rasoirs après l'implémentation de la tondeuse

médicale. Ils ne sont pas toujours librement disponibles (72%) et sont surtout gérés par le magasinier (37%), le service de stérilisation centrale (13%) ou l'infirmier(-ière) en hygiène hospitalière (13%). Les rasoirs sont surtout utilisés pour raser la zone du pubis et la zone périanale (35%), les aisselles (13%), le cuir chevelu (13%) et le thorax (13%). Un an après son implémentation, l'utilisation de la tondeuse médicale n'est suivie que dans 5% des hôpitaux par une mesure de la conformité.

Un an après le début de l'utilisation de la tondeuse médicale, la moitié des hôpitaux (49%) se montre encore quelque peu réticente. Les raisons de cette résistance les plus fréquemment mentionnées sont la fluidité du rasage (26%), le sentiment d'avoir besoin de plus de temps lors du rasage (20%) et les doutes quant à l'utilité (18%). Seuls 6% des hôpitaux mentionnent le prix coûtant comme motif de résistance.

Les résultats de l'enquête en ligne donnent un aperçu clair de la situation au sein des hôpitaux belges. Deux tiers des hôpitaux utilisent parfois ou toujours la tondeuse médicale. Dans chaque hôpital, la méthode d'épilation peut varier en fonction de la spécialité ou de la zone du corps. Il faut des mois, voire parfois des années, avant d'implémenter cette méthode d'épilation, en surmontant à chaque fois d'autres résistances.

Les facteurs de succès pour l'implémentation de la tondeuse médicale

Afin de comprendre pourquoi certains hôpitaux réussissent à implémenter et à utiliser la tondeuse médicale, d'autres interviews ont été effectuées. Ainsi, l'hôpital OLV d'Alost, l'AZ Augustinus de Furnes et la clinique Sint-Jozef d'Izegem font partie des hôpitaux où la tondeuse médicale est déjà utilisée depuis de nombreuses années. Il appert des entretiens avec les infirmiers en hygiène hospitalière qu'il existe trois facteurs de succès cruciaux.

Créer une situation gagnant-gagnant

Les deux plus grandes résistances lors de l'implémentation sont la fluidité lors de l'utilisation et le sentiment d'avoir besoin de plus de temps lors du rasage. L'infirmier(-ière) en question s'aperçoit qu'il (elle) a besoin de plus de temps par patient, ce qui augmente la pression sur sa charge de travail et qui peut donc causer une aversion pour la tondeuse médicale.

L'AZ de Furnes a consciemment évité ce problème en réexaminant la préparation préopératoire de la peau pour toutes les spécialités lors de l'introduction de la tondeuse médicale. Ainsi, il a été possible de supprimer, de concert avec différentes spécialités, l'épilation préopératoire. Lorsque la tondeuse médicale a été introduite, un seul patient sur trois devait encore être rasé. Ainsi, la perte de temps par patient a été annulée.

2. L'enquête en ligne (e-survey), coordonnée par G. Demaiter, est élaborée initialement par P. Braekveld en collaboration avec A. Verbraecke, J. Sampers, F. De Meerleer & approuvée par le groupe de travail sur l'hygiène hospitalière de la NVKV.
3. Les interviews ont été organisées à l'hôpital Onze Lieve Vrouw d'Alost (Mme F. De Meerleer); à l'hôpital Sint-Augustinus de Furnes (Dhr. J. Sampers) et à la Clinique Sint-Jozef d'Izegem (Mme L. De Pauw).

Bannir intégralement le rasoir

L'implémentation de la tondeuse médicale donne lieu à des résistances comme pour chaque procédure de changement. Il est recommandé de donner une bonne explication pratique dans les équipes sur l'utilité et l'utilisation de l'appareil. Cependant, tant qu'il reste encore des rasoirs dans des coins cachés ou dans un tiroir, l'infirmier risque de l'utiliser. Dans de nombreux hôpitaux, l'on retrouve encore des rasoirs dans le service, utilisés à d'autres fins que l'épilation préopératoire. Lorsqu'il a démarré ce projet, l'hôpital OLV d'Alost a cherché une alternative au rasoir jetable qui, en plus de l'épilation préopératoire, est utilisé pour raser la barbe et la moustache. En plus de la tondeuse médicale pour la préparation préopératoire, les services utilisent en premier lieu le rasoir électrique du patient. S'il n'y en a pas, chaque service dispose d'un rasoir électrique lavable. Cela permet de ne pas devoir stocker des rasoirs jetables dans les services et d'augmenter ainsi fortement les chances d'une utilisation correcte de la tondeuse.

Suivi de la conformité

Après l'introduction de la tondeuse médicale, il est recommandé de suivre son utilisation. Les résultats démontrent qu'après un an, la moitié des hôpitaux rencontre encore des résistances. Le suivi de la mise en œuvre des directives (mesure de conformité) donne une perspective réaliste avec des possibilités d'amélioration distinctes afin de poursuivre la réalisation du projet avec succès.

Il appert des entretiens avec la clinique Sint-Jozef d'Izegem et d'autres hôpitaux qu'il existe différentes possibilités de suivi. Sur la base de données liées au matériel (données de commande ou d'utilisation) par service, l'on peut assez facilement 'contrôler' si les directives sont suivies. Voici quelques possibilités: effectuer le suivi du nombre de têtes de rasage jetables utilisées ou le nombre de rasoirs jetables commandés par service. Une meilleure méthode (mais qui demande plus de temps) est de questionner la situation au sein des services ou d'observer soi-même la procédure lors de l'exécution. Les observations du champ opératoire dans le complexe d'opération lors de l'arrivée du patient peut donner plus de clarté sur la procédure suivie (pas rasé ou rasé avec la tondeuse médicale). Mesurer la conformité semble prendre du temps, mais permet de remarquer à temps les problèmes ou le non-suivi de la procédure. Ainsi, l'on peut éviter de mettre fin au projet, ce qui permet d'économiser de l'énergie et du temps.

Conclusion

L'épilation préopératoire dans les hôpitaux belges nécessite encore des améliorations. Pour deux tiers des opérations, l'épilation est effectuée de manière standard au lieu de l'effectuer qu'en cas de forte pilosité. Le moment de l'épilation (65% à moins de 2 heures avant l'incision) est positif, cependant 17% effectue l'épilation plus de 12 heures avant l'incision.

La tondeuse médicale s'utilise dans deux tiers des hôpitaux belges, mais est remplacée par le rasoir jetable pour certaines zones du corps et/ou certaines spécialités médicales.

L'implémentation de la tondeuse médicale est un processus de longue haleine (souvent plus d'un an) et est surtout coordonnée par l'équipe d'hygiène hospitalière. Son utilisation (désinfecter après utilisation, n'utiliser qu'une seule fois la tête de rasage,...) est enseignée par la société qui organise des ateliers. Malgré cela, des résistances subsistent au début et un an après l'implémentation (surtout concernant le confort d'utilisation, le temps et le prix). Les fabricants ont un rôle important à jouer à ce niveau-là.

Dans 84% des hôpitaux, l'on peut encore obtenir des rasoirs (sous condition).

Les résultats et les interviews avec les hôpitaux démontrent qu'il existe certains facteurs de succès. Il est recommandé d'examiner, en même temps que l'implémentation de la tondeuse médicale, les arrangements en matière d'épilation par intervention/spécialité. Le plus avantageux est de moins épiler les patients. S'il est toutefois nécessaire d'épiler, il convient de le faire à la tondeuse. Remplacer les rasoirs jetables pour d'autres indications est un autre conseil précieux. À cet effet, il est crucial d'établir des directives claires pour toutes les indications et de proposer une alternative valable. En pratique, la mesure de conformité de l'utilisation de la tondeuse médicale n'est pas souvent réalisée, mais elle sert toutefois à consolider le projet. En plus des observations effectuées à l'endroit où l'opération est réalisée, il est également possible de contrôler le processus en analysant les données d'utilisation.

Nous remercions les hôpitaux pour leur contribution en remplissant l'enquête, ainsi que les 3 collègues interviewés.

Bibliographie

1. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, Guideline for the prevention of surgical site infections, 1999, ICHE, 1999, vol.20, no 4, p.247-278
2. Deverick J. A. et al, Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals, Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 29, No. S1, A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals (Octobre 2008) (pp. S51-S61)
3. How-to Guide: Prevent Surgical Site Infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012
<http://www.ihc.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventSurgicalSiteInfection.aspx>
4. Prevent Surgical Site Infections Getting Started Kit, Safer Health Care Now!, mars 2011

- <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/SSI/Documents/SSI%20Getting%20Started%20Kit.pdf>
5. Surgical Site Infection Prevention Bundle, Health Protection Scotland, version 4, <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/bundles/ssi/ssi-bundle.pdf>
6. van Beurden A., d. R. (2007). Wijdverbreide preoperatieve ontharing in Zuidwest-Nederland ondanks evidence-based ontmoeding. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 151, 2570-2573.

Directive sur l'hygiène hospitalière en revalidation

Alène Verheyen¹, Veronik Slachmuylders², Johan Coppens³ Luc Waumans⁴

1. Infirmier hygiéniste hospitalier, 2. Médecin réadaptateur, 3. service de revalidation, membre groupe de travail multidisciplinaire, 4. Médecin hygiéniste hospitalier, Jessaziekenhuis, Hasselt

Introduction

La littérature médicale regorge de directives portant sur l'hygiène hospitalière. Ces directives ont pour la plupart trait aux soins infirmiers. Il existe toutefois peu de directives destinées aux thérapies et aux soins de revalidation. Il ressort de la pratique que des directives claires, spécifiques aux centres de revalidation, s'imposent. La littérature démontre en effet qu'un dépistage et un suivi précoce d'un porteur de microorganismes multi-résistants (SARM, *Klebsiella pneumoniae* productrice de BLSE, ERV...) issu d'un groupe à risque connu contribuent fortement à la prévention de la propagation d'infections au sein de l'hôpital (1-2). Des thérapeutes indiquent également que les précautions générales en termes d'hygiène hospitalière ne sont selon eux pas toujours applicables en pratique au quotidien et que les mesures d'isolement sont difficilement combinables à une thérapie de revalidation.

Cette directive a été élaborée sur base des précautions générales en matière d'hygiène hospitalière et traduite spécifiquement pour les centres de revalidation.

Cette traduction est née d'une concertation multidisciplinaire, où chaque groupe professionnel a pu indiquer la faisabilité des précautions générales en matière d'hygiène hospitalière. La directive axée sur les centres de revalidation a été créée en tenant compte des meilleures pratiques.

Une directive en matière d'hygiène hospitalière spécifique aux centres de revalidation s'impose du fait d'un risque accru de port de microorganismes multirésistants.

Les patients sont admis en revalidation après diagnostique et traitement dans un hôpital aigu. Le turnover élevé, les techniques invasives, l'usage régulier ou de longue durée d'antibiotiques dans un environnement où sont (de plus en plus) présents des microorganismes multirésistants font que ces patients consti-

tuent clairement une population à risque. Il s'agit en outre souvent de patients souffrant de maladie chronique et qui ont pour la plupart séjourné dans différents établissements de soins.

Sans oublier qu'un centre de revalidation présente en soi un risque important de propagation de microorganismes multirésistants : les soins de revalidation sont organisés de manière multidisciplinaire. Les thérapies sont proposées par une équipe composée de différents prestataires de soins de santé, en étroite collaboration avec la personne à revalider, avec de nombreux contacts physiques. Les revalidations s'effectuent en groupe, dans des locaux communs, avec différents appareils de test et d'exercice. Ce groupe de patients présente en outre souvent des facteurs de risques supplémentaires tels que la présence de troubles cognitifs, des plaies chroniques, une canule trachéale et toutes sortes de sondes comme une sonde suprapubienne, une sonde de gastrostomie endoscopique percutanée. La directive est toujours suivie en concertation avec le médecin responsable de la revalidation et le médecin hygiéniste hospitalier.

Motivation

Il ressort des observations des soins chez les thérapeutes qu'il faut davantage de connaissances et de compréhension en matière de prévention des infections au cours des thérapies.

Pour les patients en revalidation, il s'avère que des mesures strictes d'isolement ont un sérieux impact sur le bien-être. Il ressort des entretiens avec eux qu'ils ont besoin d'informations claires, qu'ils se posent beaucoup de questions quant au risque pour leur partenaire, les enfants et leurs visites et qu'ils se sentent isolés socialement. Les conséquences sont considérables pour la revalidation elle-même aussi. Les exercices ne peuvent pas se faire en groupe, ce qui réduit à néant la motivation, le temps de thérapie est restreint et il y a moins de matériel à disposition.

Au sein du groupe de travail Directive sur l'hygiène hospitalière en revalidation, les questions suivantes ont été utilisées comme points de réflexion :

- Comment peut-on combiner une politique efficace de prévention des infections à une offre maximale de thérapies de revalidation ?
- Peut-on trouver un équilibre entre un dépistage efficace, des mesures de précautions, des mesures d'isolement et une thérapie optimale, tout ceci en fonction des objectifs posés pour la revalidation ?

La directive est subdivisée comme suit :

- Dépistage du patient en revalidation
- Mesures de précaution spécifiques : les graphiques
- Nettoyage et désinfection du matériel thérapeutique

Dépistage du patient en revalidation

En guise de point de réflexion pour cette directive spécifique, les patients en revalidation sont attribués à un groupe à risque bien précis. L'appartenance à un groupe à risque précis détermine les mesures de précautions spécifiques à respecter. Ces mesures de précautions sont fixées séparément pour les infirmiers, les thérapeutes et le patient en revalidation dans le graphique (voir annexe).

La répartition dans ce groupe à risque précis se fait sur base du risque infectieux ou du statut de porteur. C'est pourquoi une politique stricte de dépistage s'impose pour les patients en revalidation.

L'attribution d'un groupe à risque au patient en revalidation s'effectue à trois moments :

- avant l'admission (via un dossier de demande)
- à l'admission (via un dossier d'admission)
- après résultat du dépistage à l'admission et durant le séjour

Il est essentiel de connaître le « statut » avant l'admission. Chaque nouveau signalement de patient en revalidation fait l'objet d'une discussion au cours de la concertation de l'équipe d'admission. Le fait que le patient soit connu comme étant porteur d'un germe ne constitue pas un critère d'exclusion à l'admission. L'information récoltée sur le patient retenu pour la revalidation permet de le prévoir dans un premier groupe à risque avant son admission.

À l'admission, un groupe à risque provisoire est toujours déterminé sur base des informations complémentaires récemment récoltées dans le dossier d'hospitalisation des référents en HH. Cette détermination du risque permet d'appliquer directement les mesures

spécifiques de précautions telles que prescrites dans le graphique. Chaque patient de revalidation est dépisté à l'admission, puis toutes les deux semaines. Dès que le résultat de ce dépistage à l'admission est connu, le statut est confirmé après dépistage et le patient est placé dans un groupe à risque confirmé.

Au cours du séjour, le statut du patient en revalidation est réévalué sur base des résultats du dépistage ou échantillonnage clinique bimensuel. Il peut alors se retrouver éventuellement dans un autre groupe à risque.

Mesures de précaution spécifiques : les graphiques

Sur base de ce qui précède, il semble que le statut de porteur ait un impact important sur la (restriction de la) thérapie de revalidation du patient. Nous avons fait le choix de laisser le patient participer au maximum à la thérapie sous certaines « conditions ». Ces conditions, assorties des mesures de précautions spécifiques, sont décrites pour chaque groupe à risque. Les graphiques (voir annexe) qui en découlent constituent un instrument utile tant pour les médecins que les thérapeutes et les infirmiers dans la pratique de tous les jours pour donner leurs instructions au patient.

Dans un premier temps, la répartition dans un des quatre groupes à risque est déterminée par le germe plutôt que par le statut de porteur/personne infectée. D'autres facteurs, comme le statut cognitif du patient en revalidation, l'information relative à une incontinence ou un cathétérisme de la vessie, la présence d'une toux productive et/ou de salivation, une antibiothérapie, un soin à une plaie et d'autres sondes ou canules déterminent les mesures spécifiques à prendre.

Ces mesures spécifiques comprennent les mesures standard, d'isolement et de protection. Les mesures standards de précautions (MSP) constituent la base pour les médecins, les infirmiers et les thérapeutes. Les médecins et les infirmiers suivent les MSP et les mesures d'isolement décrites dans les directives générales en matière d'hygiène hospitalière. Pour les thérapeutes et les patients en revalidation, les indications relatives à l'hygiène des mains, les mesures de protection et la désinfection du matériel sont clairement décrites dans les graphiques.

Le patient en revalidation est impliqué activement dans l'observance de ces mesures de précaution. L'accent est mis sur l'application de l'hygiène des mains et la désinfection du matériel. Il est demandé au patient de désinfecter ses mains à chaque fois qu'il intègre ou qu'il quitte sa chambre, la salle de thérapie et avant et après chaque session thérapeutique

sur matériel. Cela se fait toujours sous la surveillance d'un thérapeute ou d'un infirmier. De cette manière, les mesures font partie intégrante de son entraînement et contribuent à une plus grande conscienti-

sation à la prévention des infections nosocomiales. Les graphiques indiquent également si le patient bénéficie de sa thérapie dans la chambre ou à quelles conditions il peut se rendre dans la salle de thérapie, la salle de séjour ou la cafétéria.

Tableau mesures spécifiques pour les patients en revalidation appartenant à un groupe à risque

Statut à l'admission Statut après dépistage		Mesures				
		Patients				
Infirmiers Thérapeutes	Risque 1	* négatif MRSA connu au dépistage * n'a jamais été positif	* négatif au MRSA	* MSP * GVO pour les patients en revalidation * dépistage après 7 jours	* MSP * hygiène des mains pour contact patient * hygiène des mains pour contact avec matériel * GVO au patient en revalidation	* vers la salle de thérapie/salle de séjour/cafétéria * hygiène des mains avant d'intégrer et de quitter la chambre * hygiène des mains avant d'intégrer et de quitter la salle de thérapie
	Risque 2		* MRSA dans le nez + cognitif OK * ou MRSA dans la gorge + cognitif OK	* Mesures d'isolement * GVO au patient en revalidation * dépistage après 7 jours	* MSP * hygiène des mains pour contact patient * hygiène des mains pour contact avec matériel * GVO au patient en revalidation * désinfection du matériel	* vers la salle de thérapie/cafétéria * masque couvrant le nez et la bouche * hygiène des mains avant d'intégrer et de quitter la chambre * hygiène des mains avant d'intégrer et de quitter la salle de thérapie * hygiène des mains avant et après séance thérapeutique avec matériel * désinfection du matériel

Nettoyage et désinfection du matériel thérapeutique

Introduction

Les espaces et surfaces sont contaminés de différentes manières et à différents niveaux. D'une part, les spores, champignons et bactéries qui survivent dans la terre et la poussière sont introduits passivement dans les locaux par l'air et par le biais des personnes (chaussures). D'autre part, des personnes diffusent continuellement des microorganismes par le biais des voies respiratoires et de la peau, et ces microorganismes contaminent l'environnement. Enfin, les surfaces sont également contaminées par le contact direct avec des patients et le personnel. Dans les centres de revalidation, les contacts des patients et des thérapeutes avec le matériel et les surfaces sont multiples. Les bancs de traitement, les appareils d'exercices et le matériel thérapeutique (surfaces fréquemment manipulées) sont utilisés à plusieurs reprises durant une séance thérapeutique. La littérature décrit bien l'intérêt d'un nettoyage quotidien et approfondi des espaces, surfaces et de l'environnement. Une attention particulière est requise pour les surfaces qui sont touchées de nombreuses fois (surfaces fréquemment manipulées⁽³⁻⁴⁻⁵⁾).

Motivation

Les observations des soins ont démontré qu'on a recours à une grande diversité de matériel thérapeutique. Les exercices sont effectués avec du matériel de très petite taille (blocs, bâtonnets,

allumettes...) et de grande taille (ballons, cônes, tapis...). Le matériel peut être en plastique, en bois, en caoutchouc ou en tissu, ce qui ne permet pas toujours un nettoyage et une désinfection aisés. Durant la séance d'exercice, les bancs de traitement, les appareils de fitness et les tapis sont utilisés plusieurs fois par des patients différents.

Le risque de propagation de microorganismes multirésistants dans ces conditions est plus élevé vu que les patients porteurs sont autorisés, moyennant toute une série de conditions, à venir dans la salle de thérapie.

Les thérapeutes ont indiqué qu'il était impossible de nettoyer et/ou désinfecter le matériel thérapeutique après chaque patient. Il fallait également chercher la méthodologie et la fréquence les mieux adaptées pour nettoyer et désinfecter.

Directive

Cette directive se base sur deux principes importants. L'hygiène des mains est toujours appliquée avant de démarrer la séance thérapeutique, tant par le patient que par le thérapeute. Le second principe consiste à impliquer au maximum le patient dans le nettoyage et/ou la désinfection du matériel thérapeutique. Cela rentre dans le cadre de l'ensemble de sa thérapie et de ses exercices.

Du fait du changement fréquent d'exercice durant une séance, il n'est pas faisable de nettoyer et de désinfecter le matériel thérapeutique après chaque

patient. Des méthodes applicables et faisables sont recherchées en concertation avec les thérapeutes.

Les surfaces fréquemment manipulées (poignées, siège) des appareils thérapeutiques sont désinfectées après chaque utilisation par le patient à l'aide de lingettes désinfectantes. Une fiche reprenant les instructions nécessaires est suspendue à chaque appareil thérapeutique.

Les bancs et les tables de traitement sont désinfectés au moins après chaque séance d'exercices, soit par le patient, soit par le thérapeute, à l'aide d'un spray et de lingettes jetables. Si le patient est connu comme étant porteur, la désinfection s'effectue après chaque exercice. Le service de nettoyage nettoie tous les jours les surfaces fréquemment manipulées des appareils thérapeutiques et des bancs de traitement. Ces appareils sont nettoyés entièrement sur base périodique suivant un schéma fixe.

Le petit matériel thérapeutique se compose de différents types de matériaux : plastique, bois, carton, papier, caoutchouc... Pour ce petit matériel thérapeutique, les types de matériaux ont été subdivisés en concertation avec les thérapeutes et le service d'hygiène hospitalière et les méthodes les plus efficaces de nettoyage et de désinfection recherchées. Ainsi, le matériel thérapeutique en plastique est désinfecté par immersion. Ce petit matériel d'exercice est entreposé dans des boîtes de rangement pratiques. Les matériels d'exercices plus grands sont lavés en machine. Les matériaux bon marché (allumettes, bouchons de liège...) sont régulièrement remplacés. Pour cette désinfection périodique, les thérapeutes ont établi un schéma, de manière à ce que tous ces matériaux soient désinfectés à des moments précis et en alternance par un thérapeute responsable. En cas d'achat de nouveau matériel thérapeutique, on tiendra compte de sa facilité de désinfection.

Bien que la littérature indique qu'un nettoyage quotidien et approfondi de l'environnement (avec une attention particulière pour les surfaces fréquemment manipulées) suffit, on a tout de même opté pour une désinfection périodique supplémentaire des matériaux. La raison invoquée est que des contacts aussi différents que multiples se produisent en centre de réhabilitation et qu'un patient en réhabilitation connu comme étant porteur de microorganismes multirésistants est autorisé à venir dans la salle de thérapie. L'usage de lingettes désinfectantes, de sprays désinfectants et de submersion est considéré comme une méthode accessible et facile par les thérapeutes.

Conclusion

Prévenir les infections dans un centre de réhabilitation consiste à trouver l'équilibre entre une offre maximale de thérapies de réhabilitation et l'application des mesures nécessaires de précaution et d'isolement.

Il est crucial que tout le monde applique les mesures de précautions standards. Les mesures de précaution spécifiques sont clairement décrites dans le graphique et représentent un instrument pratique que tant les médecins que les thérapeutes et infirmiers peuvent utiliser au quotidien. Un facteur important est l'implication du patient, en mettant l'accent sur l'hygiène des mains et la désinfection du matériel.

Le nombre de patients connus comme étant porteurs d'un germe nosocomial ou d'une infection reste stable, en dépit du fait que les patients connus comme étant porteurs peuvent participer, moyennant les conditions nécessaires, à la thérapie.

L'approche multidisciplinaire lors de la rédaction de cette directive a fait que tant les thérapeutes que les infirmiers considèrent la prévention des infections comme une priorité durant la réhabilitation. Tous sont arrivés aux mêmes opinions, avec une compréhension réciproque des activités de l'autre. On constate que cette directive est réaliste et applicable dans la pratique de tous les jours en centre de réhabilitation.

Remerciement

Nous remercions particulièrement les membres du groupe de travail multidisciplinaire (Dr Luc Waumans, Dr. Veronik Slachmuylders, Johan Coppens, Gertie Ponet, An Ector, Anke Swinnen, Nathalie Nijs, Miet Hilkens.). Cette directive a pu voir le jour grâce à la coopération active de chacun d'entre eux. Grâce à leur persévérance et leur enthousiasme, la directive est suivie par tous les collaborateurs.

Bibliographie

1. Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Marguerite Jackson, PhD; Linda Chiarello RN MS and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee : Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006.
2. Werkgroep infectiepreventie: Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO); 2012
3. Werkgroep infectiepreventie: Reiniging-desinfectie-sterilisatie; 2013
4. Werkgroep infectiepreventie: Reiniging en desinfectie van ruimten, meubilair en voorwerpen; 2009
5. William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.1,2, David J. Weber, M.D., M.P.H.1,2, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Hospital Epidemiology: Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008

Pour de plus amples informations : <http://www.abihh.be>
 Pour info : Cette directive complète le travail déjà accompli par le groupe de travail de la plateforme régionale BXL-BW " La prévention du MRSA en Unités de réadaptation : aspects opérationnels " (Noso info VOL. XVII n°1 p.19), disponible sur le site de l'ABIHH (http://www.abihh.be/pdf2/mrsa_revalidation.pdf)

NOUVELLES DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (CSS)

Prévention des infections au quartier opératoire

Le Conseil a formulé des recommandations pratiques pour la prévention des infections post-opératoires au quartier opératoire.

Situation actuelle

En Belgique, les normes en vigueur auxquelles les hôpitaux et leurs services (dont le quartier opératoire) doivent répondre ne sont plus adaptées aux besoins actuels. Par ailleurs, plusieurs enquêtes effectuées sur le terrain ont montré qu'une variabilité importante existait entre hôpitaux au niveau des réglementations de l'organisation des quartiers opératoires et des pratiques d'hygiène qui y sont appliquées. Par ailleurs, la prévention des infections du site opératoire est souvent perçue comme un point faible en interne par de nombreuses équipes d'hygiène hospitalière (EOHH) et un domaine problématique dans lequel des améliorations sont nécessaires.

Différents niveaux

La prévention des infections postopératoires passe par l'application de recommandations publiées dans la littérature qui ciblent prioritairement l'opéré, le personnel et l'environnement opératoire. Celles-ci reposent sur des preuves scientifiques de niveau variable (fortes, présomptives, basses). Il est important de préciser que le caractère multifactoriel et les taux bas des infections du site opératoire rendent nécessaire la réalisation d'études randomisées incluant des effectifs de grande taille souvent difficile à atteindre. Ceci explique que la nécessité de certaines mesures de prévention n'est pas scientifiquement prouvée et repose sur des arguments théoriques et/ou sur la conviction des experts (« expert opinion »).

Protocoles adaptés au contexte local

Dans les situations où il n'existe, ni évidence scientifique, ni argument théorique, ni consensus d'experts, il est essentiel d'établir des protocoles et des procédures adaptées à la situation locale. Ces procédures ou règlements doivent avoir reçu l'approbation du Comité d'Hygiène Hospitalière de l'établissement, des structures de direction des quartiers opératoires et de la direction de l'institution. Celle-ci veille à leur

mise en application sur le terrain dans le cadre du règlement d'ordre intérieur.

Effort commun

La gestion du risque infectieux requiert une organisation minutieuse et une bonne coordination de l'ensemble des acteurs (infirmiers, chirurgiens, anesthésistes) impliqués dans les différentes activités techniques du quartier opératoire. On ne saurait assez souligner ici l'importance de l'implication et de la responsabilité de la direction dans la mise à disposition des ressources nécessaires aux stratégies de prévention et dans le soutien aux chefs d'équipes ainsi que dans l'attribution des responsabilités dans la gestion quotidienne du quartier opératoire et dans les situations de crise. Il est de la responsabilité des différentes lignes hiérarchiques de faire respecter le règlement d'ordre intérieur ainsi que les diverses procédures qui le complètent.

Document pratique

Compte tenu de la complexité de la matière et du nombre de paramètres à prendre en considération dans la gestion et la maîtrise globale du risque infectieux, la conception de ces recommandations a favorisé le traitement séparé des aspects architecturaux et structurels, d'une part et la gestion des facteurs de risques des infections du site opératoire chez le patient (depuis la période préopératoire jusqu'à la fin de l'intervention), la circulation des personnes et du matériel au sein du quartier opératoire et l'entretien ménager, d'autre part. Cette séparation est arbitraire et il convient de prendre en considération l'ensemble de ces éléments en donnant cependant priorité au respect des recommandations dont l'efficacité a pu être démontrée par des études scientifiques ou qui sont généralement reconnues utiles pour certains types de chirurgie.

L'avis, dans son intégralité, (n° 8573) est disponible sur le site web du CSS : www.css-hgr.be

Travaux dans les institutions de soins

Le Conseil Supérieur de la Santé a formulé des recommandations concernant la maîtrise des infections lors de la construction, la rénovation et la réalisation d'interventions techniques dans les institutions de soins..

Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH)

Toute institution de soins a déjà été confrontée à des travaux de petite ou de grande envergure. L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) doit notamment assurer le suivi des aspects ayant trait à l'hygiène dans le cadre des activités intrahospitalières, telles que les travaux de construction et de rénovation.

Implications pour la santé publique

Les perturbations de l'environnement engendrées par des travaux dans ou à proximité des établissements de soins peuvent augmenter de manière significative le nombre de spores d'*Aspergillus spp.* dans l'air et donc le risque de voir se développer chez des patients à haut risque des aspergilloses associées aux soins.

Nécessité d'une coordination

Afin de limiter ces risques au maximum, les travaux de construction et de rénovation requièrent une planification claire et une coordination. Cette coordination est indispensable car de nombreux acteurs sont impliqués depuis la conception du projet jusqu'à sa finalisation. Dans ce contexte, nous pensons plus particulièrement au personnel soignant, aux architectes, au directeur de l'établissement, au directeur médical, au chef de projet, aux membres du service technique, au conseiller en sécurité et prévention, à l'EOHH, qui portent tous une responsabilité immédiate dans la prévention des infections liées aux travaux précités.

Besoin de lignes directrices

Compte tenu de ces implications directes pour la santé publique et du fait qu'aucune harmonisation

n'existe au niveau national, le Conseil Supérieur de la Santé a, de sa propre initiative, émis des recommandations à l'attention des professionnels de la santé et des acteurs de la santé afin de pallier ce manque.

Pour et par les travailleurs de la santé

Afin de rédiger ces recommandations, un groupe de travail ad hoc a été constitué au sein duquel des expertises en hygiène hospitalière notamment étaient représentées. L'avis s'est inspiré en partie de recommandations rédigées en 2008 par un groupe de travail de la plateforme régionale d'hygiène hospitalière de Bruxelles et du Brabant, complétée d'informations issues d'autres plateformes et d'EOHH du pays, de données disponibles dans la littérature scientifique spécifique et dans les recommandations internationales ainsi que sur l'opinion d'experts. Les présentes recommandations définissent les responsabilités et les chronologies à respecter: elles mettent notamment l'accent sur la matrice de risque (lié à *Aspergillus*) qu'il est nécessaire de déterminer avant le début des actes techniques.

Documents de consensus

Des documents de consensus seront également diffusés. Ces derniers sont des condensés d'informations utiles pour les responsables de la prévention des infections dans le cadre d'actes techniques spécifiques (p. ex. bloc sanitaire, pose de revêtements muraux ou de sol, chauffage, etc.). Ces documents de consensus sont des outils pratiques de première ligne qui doivent être utilisés sur le terrain (aide à la décision et check-list pour le suivi).

L'avis, dans son intégralité, (n° 8580) se trouve sur le site internet du Conseil Supérieur de la Santé: <http://tinyurl.com/CSS-8580-works>

Vos idées, vos articles sont les bienvenus

Nous préparons deux numéros spéciaux de Noso-info à savoir :

1. **La formation des hygiénistes et les référents en Hygiène Hospitalière**
2. **Prévention des infections chez la maman et son bébé**

Vos expériences en la matière nous serait très utiles, envoyez vos articles, idées, résumés à Anne.simon@uclouvain.be

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOG : <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/epifr/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.abihh.be>
- Campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains : www.handhygienedesmains.be

Nouveautés

- Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013
http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=1078

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)

10 OCTOBRE 2013

11^{ème} Congrès AFGRIS (Association française des gestionnaires de risques sanitaires)

Lieu : Paris, France

Renseignements : AFGRIS. Tél. 06 35 33 04 78 - Email : congresrisques2013@gmail.com - Site web : <http://www.afgris.eu>

14 NOVEMBRE 2013

**Réunion Annuelle de la Société Belge de Mycologie Humaine et Animale
"Health Care associated fungal infections : epidemiology and prevention"**

Lieu : Ophain, Espace Delgoutte, Belgique

Renseignements : www.medmycol.be

21 NOVEMBRE 2013

29^{ème} Séminaire de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP)

«**Diagnosis and Surveillance of Infectious Diseases**»

Lieu : Centre Culturel et de Congrès de Woluwé St Pierre, 1150 Bruxelles

Renseignements : G. Ducoffre Tél : + 32 2 642 57 77 - Site web : <https://www.wiv-isp.be/epidemiolabo/>

21 – 22 NOVEMBRE 2013

33^{ème} Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie anti-infectieuse (RICAI)

Lieu : CNIT, Paris La Défense, France

Renseignements : A. Nollen. Tél. +33 (0)1 58 47 79 34

E-mail : alexia.nollent@jcdconseil.com - Site web : <http://www.ricai.org>

25 – 26 NOVEMBRE 2013

XV^{es} JIQHS (Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé)

Lieu : Paris, France

Renseignements : Reor. Tél : 01 45 46 19 00. Email : jiqhs@reor.fr - Site web : <http://www.jiqhs.fr>

28 NOVEMBRE 2013

Symposium de la « Belgian Infection Control Society » (BICS)

Renseignements : E. Brisart. Site web : Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be

13 – 14 DECEMBRE 2013

26^{èmes} Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière et de Prévention des Infections nosocomiales

Lieu : Strasbourg, France

Renseignements : <http://www.jrhh.org>

2014

15 – 17 JANVIER 2014

42^e Congrès International de la SRLF

Lieu : Paris, France

Renseignements : SRLF. Site web : <http://www.srlf.org/congres/index.phtml>

28 – 29 MARS 2014

Aseptic Surgery Forum 3^{ème} édition

Lieu : Paris, France

Renseignements : Site web : <http://www.aseptic-surgery-forum.com/fr/> - Appel à communications pour le 26/08/2013.

3 - 6 AVRIL 2014

SHEA Spring Conference (Society for Healthcare Epidemiology of America)

Lieu : Denver, Colorado, USA

Renseignements : info@shea-online.org

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

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

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

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

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

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

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

SECRETARIAT DE RÉDACTION

A. Simon

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 2013

Pour tout renseignement concernant l'abonnement NOSO-*info*, veuillez vous adresser à

A. Simon

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 secrétariat du BICS

Elise Brisart

Hôpital Erasme, Route de Lennik, 808,

1070 Bruxelles.

Tél.: 02/555.6643-4541 - Fax : 02/555.85.44

Email : Elise.Brisart@erasme.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.ABIHH.be>