



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

BAPCOOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriel :

VOL. XVIII n° 1
1^{er} trimestre 2014

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 Développer un cadre et des compétences pour un infirmier référent dans le cadre de la prévention et le contrôle des infections
- 5 Profil de fonction de référent infirmier en hygiène hospitalière, un consensus flamand
- 8 Le relais en Hygiène Hospitalière : profil de fonction
- 10 Tâches et profil de compétences de l'infirmier référent en hygiène hospitalière dans les centres de soins aigus flamands
- 15 Site Web
- 17 Agenda scientifique
- 19 Instructions aux auteurs
- 20 Comité de Rédaction
Abonnements

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

EDITORIAL

Les référents en hygiène hospitalière à l'honneur !

Dans l'Arrêté Royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, sont redéfinies l'organisation et les missions de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. La fonction de référents en hygiène n'est à ce moment pas encore évoquée.

C'est dans une circulaire du 19 juillet 2007 que monsieur Christiaan Decoster évoque des recommandations du Plan Stratégique de la Plateforme Fédérale d'Hygiène Hospitalière non reprises dans l'AR en mentionnant clairement :

« Il serait très utile de constituer un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière.

Le référent infirmier est une personne de contact motivée, au niveau de l'unité de soins qui

- 1) transmet à ses collègues des informations correctes;
- 2) effectue une évaluation correcte des besoins et fait rapport à l'équipe d'hygiène hospitalière; et
- 3) motive les collègues.

A cet égard, le référent infirmier est soutenu par les infirmiers en chef et l'équipe d'hygiène hospitalière. Le référent infirmier est donc formé par l'équipe, avec laquelle il se concerte régulièrement. »

Nous consacrons deux numéros successifs de Noso-info aux référents en hygiène hospitalière dont ne peuvent plus se passer les équipes opérationnelles qui ont déjà créé cette fonction dans leur institution.

Ce numéro est consacré essentiellement au profil de fonction, compétences et tâches à réaliser par les référents ou aussi appelé « relais » en hygiène hospitalière, le numéro suivant sera consacré à des expériences de terrain mentionnant notamment les avantages de la création de ce réseau mais aussi les difficultés à le maintenir opérationnel.

Ces expériences devraient donner des idées à plus d'un !

Anne Simon

NOSO
INFO

Développer un cadre et des compétences pour un infirmier référent dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections¹

Rose Gallagher, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections, Royal College of Nursing, Londres.

Le présent article énonce les raisons pour lesquelles il convient de développer un cadre national et des compétences associées pour la fonction d'infirmier référent en qualité de spécialité de référence. Les leviers, défis et méthodologies actuels en la matière ont été présentés à la conférence NVKVV² de mars 2013 dans le cadre d'une collaboration permanente entre le Royaume-Uni et la Belgique sur ce sujet.

Contexte

Les infirmiers référents (IR) ont été reconnus officiellement pour la première fois dans les années 1980 et leur fonction peut être décrite comme « des infirmiers praticiens montrant un intérêt manifeste pour une spécialité, avec un lien formel à des membres d'une équipe spécialisée » (Mac Arthur, 1998). Nombreuses sont les spécialités qui ont opté pour des infirmiers référents, notamment la viabilité des tissus, le diabète, la gestion de la douleur et la prévention et le contrôle des infections (PCI), tant dans les hôpitaux que dans les milieux communautaires. La mise en œuvre du système et le recours aux IR au Royaume-Uni sont variés et se concentrent sur l'éducation et l'assignation des tâches pour aider les équipes de prévention des infections à communiquer des messages clés et améliorer la maîtrise de la pratique au niveau clinique.

D'un point de vue PCI, la fonction a son importance. Toutefois, les bénéfices sont rarement évalués et la littérature tend à se concentrer sur la réussite d'initiatives locales visant à mettre en œuvre de nouvelles directives ou à dispenser la formation nécessaire pour atteindre des normes et prestations standards (Ching & Seto 1990, Teare & Peacock 1996). Malgré la popularité de ces initiatives et d'autres du même type (ex. 'cleanliness champions', ou champions de la propreté), aucun cadre de fonction ni directive n'existe au sein du Royaume-Uni (RU). L'organisation

de programmes d'IR et l'assistance au personnel dans ces rôles sont des activités chronophages, ce qui a un impact pour l'équipe de prévention des infections et le centre clinique local qui emploient l'IR et doivent se passer de lui/elle lorsqu'il/elle doit partir pour donner des formations ou mener des projets. Si on le multiplie par le nombre croissant d'IR, l'engagement en temps pour les centres de soins de santé est considérable. Il est donc crucial de procéder à une évaluation, de manière à pouvoir justifier cet investissement et aider tous les membres du personnel impliqués à apporter des améliorations dans les soins de santé cliniques.

Leviers et défis reconnus pour améliorer la pratique de PCI au Royaume-Uni.

Parmi les leviers essentiels à la création continue d'infirmiers référents en PCI, notons la recommandation du Conseil européen pour la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci (EC 2009). Cette recommandation a été élaborée pour aider tous les États membres à améliorer les normes de PCI au sein de leurs frontières et fait spécifiquement référence au recours aux infirmiers référents pour aider le personnel spécialisé en PCI à améliorer ses pratiques cliniques. Combinée à la reconnaissance de défis en cours pour le RU (voir tableau 1), elle fut un moteur clé pour le développement d'un cadre national de rôle d'IR utilisant la PCI comme spécialité de référence.

1. Exposé de la journée d'étude du groupe de travail en l'hygiène hospitalière NVKVV, 18 mars 2013

2. Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

Tableau 1 : Défis en cours associés à la fonction d'IR au RU et la contribution à l'amélioration des soins aux patients

- Les attentes en matière d'objectifs et de la fonction d'IR divergent.
- Les programmes d'IR sont rarement évalués au niveau des bénéfices pour les soins aux patients.
- Les fonctions d'IR ne sont pas toujours des choix volontaires.
- Des soucis d'«évaporation de l'amélioration » se posent à cause de la multiplicité d'initiatives d'amélioration de la qualité mises en place au même moment (y compris PCI)
- Des variations sont observées au niveau de l'aide apportée aux IR.
- Les bénéfices au niveau du développement personnel et professionnel liés au fait d'être un IR ne sont pas bien décrits.
- Le National Health Service a essuyé des critiques et subit une mauvaise perception du public à cause d'une série de problèmes de sécurité et de qualité associés aux soins de santé.
- Une meilleure prise de conscience de l'importance de la culture locale pour améliorer la pratique au niveau clinique et du besoin d'assistance des IR a un impact là-dessus.
- La diffusion de données probantes ou le changement de pratiques cliniques n'est pas un processus linéaire et exige une transformation de tout le système en prenant les dirigeants locaux et les modèles de fonction comme des facteurs d'influence clés.

Développement du cadre de fonction d'infirmier référent

Deux workshops qui se sont tenus en mai 2010 ont donné un contenu au cadre de fonction. Ces workshops rassemblaient des infirmiers spécialisés en PCI, des infirmiers référents en PCI et des infirmiers manifestant de l'intérêt pour la PCI. L'information a été obtenue à l'aide de discussions dirigées, dont le thème était fixé grâce à une approche analytique du concept. Le but était d'élaborer une description concise et un nombre minimum de compétences qui n'exigeraient pas d'aptitudes professionnelles existantes et reflèteraient les caractéristiques spécifiques requises pour permettre aux IR de relever les défis soulignés dans le tableau 1. Le cadre décrit simplement :

- les facteurs déterminants requis pour mettre en œuvre avec succès un programme IR et l'entretenir.
- les caractéristiques intrinsèques de l'activité d'IR
- Les résultats ou conséquences de la présence d'un IR sur le site

Les compétences requises pour la fonction ont été élaborées sur base des quatre caractéristiques essentielles soulignées dans le tableau 2. Celles-ci ont été conçues pour soutenir spécifiquement le développement personnel et professionnel en se concentrant sur

les nombreuses exigences, ainsi que sur l'attitude et les comportements requis pour accomplir la fonction. L'approche se concentre sur la personne (l'IR) ainsi que sur sa connaissance et sa compréhension, préférant se focaliser sur le rôle d'influence, d'habilitation et de soutien que sur un rôle d'orientation des tâches, cette fonction étant considérée comme fondamentale pour obtenir un comportement positif et un changement de culture.

En outre, la possibilité de décrire les comportements et attitudes positifs donne une opportunité unique de créer un rôle séduisant, avec les nombreuses réussites - qu'elles soient subtiles ou qualitatives - mesurables dans le temps.

L'utilisation d'infirmiers référents au sein de l'Europe

On recourt beaucoup aux infirmiers référents au sein de l'Europe. Le réseau européen pour la promotion de la prévention des infections pour la sécurité des patients (EUNETIPS) a lancé une enquête électronique en 2012 pour analyser l'utilisation des professionnels référents et leur impact au sein de ses membres. Les résultats ont été présentés à la conférence de l'International Federation of Infection Control (IFIC) en octobre 2012 lors d'un symposium de l'EUNETIPS et sont brièvement repris ici. Seize des vingt membres de l'EUNETIPS ont répondu et les résultats ont montré de grandes variations dans l'utilisation de professionnels référents.

Tableau 2 – Cadre de fonction d'infirmier référent en prévention et contrôle des infections (RCN 2012)

Enabling factors Factors required to successfully implement the link nurse (LN) role	The essential recognisable characteristics of link nurse activity The link nurse	Outcomes The consequences of having a link nurse (LN) role
<p>Individual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • role clarity – for example a role profile in place • up-to-date knowledge, skills and understanding about infection prevention and control (IPC) best practice • knowledge and skills to facilitate learning in, and from, practice. <p>Workplace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interdisciplinary team recognise the role and value of the LN role • active support with engagement from clinical leaders, managers, senior nurses and all members of the interdisciplinary team • access to best practice guidelines and evidence-based practice • local opportunities to regularly review IPC measures, indicators and practice. <p>Organisational:</p> <ul style="list-style-type: none"> • organisational and senior management endorsement, support and active commitment to the role • governance systems in place for monitoring IPC practice and outcomes • regular board reporting and discussion. 	<p>Acts as role model and is a visible advocate for IPC, for example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • role models best practice • is visible in the clinical area • actively promotes IPC issues • celebrates achievements and best practice • challenges when standards are not met. <p>Enables individuals and teams to learn and develop their IPC practice, for example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uses opportunities to learn in, and from, practice • creates a culture for learning from incidents/complaints • provides creative opportunities for learning • acts as a local resource for IPC • works with students and practice facilitators on IPC • supports and sustains LN meetings • reviews collaboratively local IPC measures, indicators and IPC practice. <p>Communicates and networks around IPC practice, for example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • develops and creates methods for communication such as IPC notice boards, newsletters and blogs • provides regular two-way communication with the IPC team • provides/receives feedback to/from ward/department manager • promotes and establishes local networks • signposts best practice and relevant resources. <p>Supports individuals and teams in local review/audit/surveillance (optional), for example:</p> <ul style="list-style-type: none"> • supports completion of local review/audit/surveillance • facilitates ownership of local review/audit/surveillance • contributes to reporting within local governance structures. 	<p>For the link nurse (LN):</p> <ul style="list-style-type: none"> • LN role is recognised and supported by the wider multidisciplinary team (MDT) • role satisfaction, continued commitment and motivation • role enhances professional and personal development. <p>For the workplace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • best practice standards and guidelines are implemented • LN role is actively used by the wider MDT • IPC learning is identified and implemented • reduced IPC-related complaints and incidents • a culture for networking and mutual support is created • success is celebrated • a sustainable body of local expertise around IPC is created. <p>For the organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IPC practice is standardised across organisation • findings from reviews/surveillance and audit are implemented • corporate objectives are met, including those around learning and development • IPC is considered everyone's business and responsibility • IPC is embedded within clinical practice • increased uptake and interest in IPC LN role enabling sustainability • positive media messages are developed.

* Please note that you can substitute infection prevention and control with your own specialty.

Les infirmiers représentent le groupe de professionnels le plus souvent identifiés dans le rôle de personne référente (12/16), avec les médecins, qui assument ce rôle dans 8 pays sur 16. D'autres professionnels (physiothérapeutes, pharmaciens) correspondent à 4/14 des réponses. Malgré l'association de plusieurs professionnels différents au rôle de personne référente, c'est le groupe des infirmiers qui arrive en premier en pratique dans l'endossement de cette fonction. Douze pays sur 16 ont rapporté l'utilisation de personnel référent dans d'autres spécialités, au-delà de la prévention et le contrôle des infections (connues également sous l'appellation « hygiène hospitalière »), ce qui montre que la fonction est bien ancrée dans toute l'Europe. Malgré cela, seuls 4 pays sur 16 ont fait rapport de la présence d'un profil de fonction agréé ou d'une description de fonction. La mise en œuvre des profils de fonction a considérablement évolué entre 1995 et 2012, ce qui montre l'opportunité importante de tirer les enseignements de l'expérience d'autres pays. En dépit de la présence de profils de fonction dans 4 des 16 pays, seul 1 pays a évalué formellement la fonction. Les bénéfices du lien personnel/systèmes ont toutefois été perçus positivement par la plupart des répondants lorsqu'il leur a

été demandé de les évaluer selon l'échelle de Likert, les infirmiers étant une fois de plus identifiés comme le groupe de professionnels le plus apte à jouer un rôle positif sur cette fonction. L'expérience du RU n'est donc pas inhabituelle et le développement du cadre de fonction et de compétences va, espérons-le, aller d'une façon ou d'une autre dans le sens de l'amélioration des formations et de l'encouragement des discussions dans ce domaine. Toutefois, le développement du cadre de fonction ne représente que le premier pas dans le processus et il convient de l'évaluer et de le valider dans la pratique. Une proposition de projet a été élaborée pour entamer ce processus d'évaluation, avec plusieurs organisations de soins de santé aigus et communautaires. Ce projet, actuellement en attente de financement, utilisera le lieu de travail comme ressource principale d'apprentissage (apprentissage par l'action), ainsi qu'une approche de « développement pratique », avec l'avantage supplémentaire de permettre aux participants à l'étude d'évoluer tout en participant. Il ressort clairement de ce travail et de l'expérience de partage des expériences entre collègues en Belgique grâce à la NVKVV qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur le sujet des infirmiers référents. De

nombreux systèmes de soins de santé en Europe sont confrontés à des contraintes financières alors qu'ils essaient d'améliorer la qualité et la sécurité des services offerts aux patients.

Le rôle de lien peut aider à la fois à planifier la relève pour les actuels infirmiers spécialisés et un système permettant de communiquer et de modifier la culture/le comportement au niveau du patient afin d'aider à prévenir et gérer les infections.

Travailler main dans la main pour examiner les opportunités de combiner les expériences d'IR offre tant aux pays qu'aux autres États-membres de l'UE une chance unique d'établir des attentes claires pour la fonction et former de futurs dirigeants dans ce domaine.

Références

MacArthur C (1998). Communication and collaboration:

link nurses in diabetes care. *J Diabetes Nurs* 2(2) : 55 - 8

Ching T, Seto W. (1990) Evaluating the efficacy of infection control liaison nurse in the hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (10) : 1128 - 1131.

RCN (2012). The role of the link nurse in infection prevention and control (IPC): developing a link nurse role framework. RCN :London available at http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/481515/004310.pdf (consulté pour la dernière fois le 10 novembre 2013)

Teare EL and Peacock A (1996). The development of an infection control link-nurse programme in a district general hospital. *Journal of Hospital Infection*, 34: 267 - 278.

Autres ressources :

EUNETIPS <http://www.uk-essen.de/eunetips/index.php>.

Profil de fonction de référent infirmier en hygiène hospitalière, un consensus flamand¹

P. De Waegemaeker, N. Verbraeken, F. Deronne, B. Heyneman, D. Vanrenterghem, A. Catoor

L'impact des infections associées aux soins sur la santé publique est énorme, non seulement en termes de morbidité et de mortalité accrue, mais aussi en termes de surcoûts. Le législateur l'a également bien compris et a procédé à quelques modifications législatives importantes en 2007 en matière d'hygiène hospitalière (AR 26/04/2007 et AR 19/06/2007²).

L'ampleur des missions et des défis dans le domaine de la maîtrise des infections nosocomiales fait que la charge de travail des équipes d'hygiène hospitalière est importante et qu'ils n'arrivent souvent pas au bout de toutes leurs missions. Dans la circulaire du 19/07/2007 qui accompagne les AR visés plus haut, quelques recommandations supplémentaires sont formulées pour y remédier. On y voit notamment que la mise en place d'un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière peut être particulièrement judicieuse :

«Il serait très utile de constituer un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière. Le référent infirmier est une personne de contact motivée, au niveau de

l'unité de soins, qui

1. transmet à ses collègues des informations correctes;
2. effectue une évaluation correcte des besoins et fait rapport à l'équipe d'hygiène hospitalière;
3. motive les collègues. À cet égard, le référent infirmier est soutenu par les infirmiers en chef et l'équipe d'hygiène hospitalière. Le référent infirmier est donc formé par l'équipe, avec laquelle il se concerta régulièrement.»

Nombreux sont déjà les hôpitaux qui travaillent avec des référents infirmiers en hygiène hospitalière, avec un succès variable il est vrai. Il y a en outre peu d'uniformité dans l'organisation et les missions de ces référents. Enfin, plusieurs formations, de contenu et de durée très variables, ont vu le jour.

Autant de raisons pour démarrer un groupe de travail avec une coopération unique entre les trois plates-formes régionales flamandes pour l'hygiène hospitalière (Flandre-Orientale, Flandre-Occidentale et Brabant Flamand & Bruxelles). Le but était d'offrir un fil conducteur aux hôpitaux pour l'organisation et

1. Exposé, journée d'étude du groupe de travail en hygiène hospitalière NVKV, 18 mars 2013

2. AR du 26 avril 2007 modifiant l'annexe de l'AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (normes d'agrément en matière d'hygiène hospitalière)

AR du 19 juin 2007 (art. 13 1°) modifiant l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (financement portant sur l'hygiène hospitalière et la surveillance des infections nosocomiales).

l'élaboration d'un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière. En outre, le groupe de travail encouragerait la réforme et l'uniformisation des formations en la matière.

Il en résulte un document consensuel dans lequel l'organisation d'un réseau de référents infirmiers en hygiène hospitalière est mise en place. On y décrit non seulement les missions et les compétences des référents infirmiers hospitaliers, mais on y fait aussi une proposition de formation. Le document peut être consulté dans son intégralité sur www.pioz.ugent.be sous le lien «consensusteksten». Cet article ne donne qu'un aperçu succinct du contenu.

Les missions des référents infirmiers en hygiène hospitalière

Le document décrit 24 missions que les référents infirmiers en hygiène hospitalière peuvent mener à bien. Cela ne signifie pas que chaque référent infirmier doit réaliser toutes les missions. Il sera beaucoup fonction de la capacité et des possibilités de l'institution comme du référent infirmier lui-même. C'est pour cette raison que ces 24 missions ont été réparties en groupes.

D'une part, 4 profils organisationnels sont ainsi créés, permettant de répartir les 24 missions suivant quatre niveaux, en fonction de l'investissement en temps qu'elles demandent. Certaines missions peuvent être bouclées durant les heures de travail classiques et ne requièrent dès lors pas de dispense de service. D'autres missions exigent en revanche une dispense de service plus importante.

Trois profils de fonction sont également mis en place. Ces profils de fonction répartissent les 24 missions suivant trois niveaux de compétences : débutant, avancé et expert, chaque fois avec un niveau de connaissance adapté, des compétences propres et donc une formation adaptée.

Combiner le profil organisationnel au profil de fonction permet à l'institution de voir en toute transparence quelles missions peuvent être réalisées par leurs référents infirmiers en hygiène hospitalière.

Les 24 missions, ainsi que la combinaison du profil organisationnel et de fonction se trouvent dans le tableau 1. La répartition dans les différents groupes a pu se faire en collaboration avec les hygiénistes hospitaliers des trois plates-formes régionales, 100 référents infirmiers issus de la pratique directe et 28 référents en formation. Tout ceci fait que le document

consensuel dispose d'ores et déjà d'un soutien particulièrement important.

La plupart des missions ne sont pas indépendantes les unes des autres, mais ont un impact l'une sur l'autre. Des schémas clairs permettent de visualiser cette interaction. Nous ne nous y attardons pas davantage dans cet article, mais nous vous invitons à consulter le texte consensuel.

La formation

Sur base du profil de fonction précité du référent infirmier en hygiène hospitalière et des compétences nécessaires, une proposition a été faite sur le contenu de la formation. En fonction du niveau visé du référent infirmier en hygiène hospitalière, on peut opter pour une formation restreinte d'au moins deux jours, pouvant être organisée en interne, ou une formation plus large de quatre jours ouvrés, qui sera suivie de préférence à l'extérieur. Plusieurs organisations professionnelles et hautes écoles proposent de telles formations.

Une formation de base devrait contenir au moins les éléments suivants : précautions générales, précautions additionnelles, prévention des infections acquises lors des soins et sensibilisation et motivation des collaborateurs.

Une formation étendue propose en outre les éléments suivants : microbiologie, environnement, législation en matière d'hygiène hospitalière, nettoyage, désinfection et stérilisation, enregistrement des infections associées aux soins et gestion de projet. Et pour clôturer le tout : des discussions de cas.

Dans le document de consensus, ces éléments de formation sont approfondis et des points d'étude sont attribués par élément.

Conclusion

Avec le document de consensus, c'est une importante impulsion qui est donnée pour uniformiser le travail des référents infirmiers en hygiène hospitalière dans l'ensemble des institutions, tout en garantissant encore suffisamment de flexibilité pour pouvoir élaborer un réseau sur mesure pour l'institution.

Le document veut également représenter une recommandation pour les centres de formation, de manière à ce que théorie et pratique puissent se compléter.

Enfin, il peut servir de base pour élaborer une politique nationale, en complément de la législation en matière d'hygiène hospitalière.

Tableau 1 : 24 missions pour les référents infirmiers en hygiène hospitalière, réparties suivant le profil organisationnel (lignes) et selon le profil de fonction (colonnes). Toutes les missions d'un niveau inférieur valent pour un niveau supérieur.

	débutant	avancé	expert
niveau 0 Ne requiert aucune dispense de service	<ul style="list-style-type: none"> • APPLIQUER soi-même les consignes • ECOUTER les collègues et les étudiants • Non structuré INFORMER les collègues et les étudiants (informel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Structuré (en groupe) INFORMER les collègues et les étudiants (formel) 	
niveau 1 requiert une dispense de service limitée	<p>----- Toutes les activités du niveau 0 -----</p> <ul style="list-style-type: none"> • OBSERVER les problèmes au niveau de l'hygiène • SIGNALER les problèmes au niveau de l'hygiène • appliquer les directives de la section OBSERVER • SIGNALER le non-respect des directives • SE METTRE À NIVEAU 	<ul style="list-style-type: none"> • OBSERVER l'effet des actions correctrices 	
niveau 2 requiert une dispense de service moyenne	<p>----- Toutes les activités des niveaux 0 et 1 -----</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÉVALUER les (nouvelles) ressources matérielles 	<ul style="list-style-type: none"> • aider à METTRE EN OEUVRE les nouvelles directives (en phase de test) • EVALUER les processus de soins • aider à ADAPTER les processus de soins • aider à METTRE EN OEUVRE les nouvelles ressources matérielles • EVALUER les consignes existantes • aider à ADAPTER les directives • aider à ANALYSER les problèmes • aider à ELABORER des solutions • aider à METTRE EN OEUVRE les actions correctrices • SOUTENIR les (nouveaux) collaborateurs et étudiants 	
niveau 3 requiert une dispense de service étendue	<p>----- Toutes les activités des niveaux 0, 1 et 2 -----</p>	<ul style="list-style-type: none"> • contribuer à l'ENREGISTREMENT 	<ul style="list-style-type: none"> • DONNER DES CONSEILS lors de l'élaboration de nouvelles directives • aider à DEVELOPPER des critères de qualité pour l'évaluation de directives et d'applications

Le relais en Hygiène Hospitalière : profil de fonction

Groupe de travail de la plate forme régionale d'hygiène hospitalière du Hainaut (PFRHHH)

C. Laveaux ¹, A-M Chevalier ², P. Ista ³, Ph. Mauchard ⁴, A-M Toubeau ⁵

1. Infirmière hygiéniste – CHU Tivoli, 2. Infirmière hygiéniste – CHU Charleroi

3. Infirmier hygiéniste – Grand Hôpital de Charleroi, 4. Infirmier hygiéniste – Centre hospitalier EPIcura

5. Infirmière hygiéniste – CHU Ambroise Paré

Suite aux évolutions légales en matière d'hygiène hospitalière et à la mise en place d'un set d'indicateurs qualité en hygiène hospitalière la PFRHHH a décidé de rédiger une proposition de profil de fonction (PF) commun pour les relais en hygiène hospitalière.

Méthode

- Mise en place d'un sous-groupe de travail sur base volontaire
- Collecte de divers PF existants
- Lecture des bases « légales » et avis :
 - Plan stratégique de l'hygiène hospitalière 2004 – Version finale 24.03.04,
 - circulaire du 9/07/2007 précisant la modification des normes d'agrément (AR du 26 avril 2007) et du financement (AR du 19 juin 2007, art. 13, 1°) en matière d'hygiène hospitalière, ainsi que sur la modification de la surveillance des infections nosocomiales (AR du 19 juin 2007, art. 13, 1°) □ !!! ce document n'a pas été publié par le Moniteur belge,
 - avis du Conseil National de l'Art infirmier (CNAI) : groupe de travail « Hygiène Hospitalière », Avis sur le plan stratégique relatif à la réorganisation de l'hygiène hospitalière au sein des établissements belges à la demande du Ministre Demotte, C.N.A.I./2005/AVS/-4, s.l., pp. 55-57,
 - DECOSTER C, Advies met betrekking tot de organisatie van ziekenhuishygiëne, Brussel, F.O.D., 10 November 2005, p. 10.

Son ancienneté minimale de 1 an et dont le temps de travail est au minimum un temps.

L'équipe d'Hygiène Hospitalière lui assure le soutien suivant :

- Une formation de base en Hygiène Hospitalière ;
- Organisation de sa formation continue soit sous forme de réunions ou contacts individuels à raison de 20h/an ;
- La transmission de l'ensemble des éléments nécessaires pour mener correctement ses missions (protocoles, procédures, recommandations internes et nationales, décisions du Comité d'Hygiène Hospitalière, conclusions des rapports de surveillance...).

La Direction s'engage à :

- Reconnaître l'existence et le rôle du relais en Hygiène Hospitalière en officialisant la liste des personnes assurant cette mission ;
- Faciliter l'accès aux formations en matière d'Hygiène Hospitalière ou dans d'autres domaines en rapport avec sa mission ;
- Comptabiliser les heures prestées en dehors des prestations normales ;
- Libérer le relais pour mener à bien les missions qui lui sont confiées par l'Equipe d'Hygiène Hospitalière : campagnes hygiène des mains, audits, relevé d'indicateurs,...

Ce profil de fonction est développé suivant 5 grands axes :

1. Capacités professionnelles et formation
2. Qualités personnelles et relationnelles
3. Missions
4. Relations fonctionnelles et hiérarchiques
5. Engagement personnel

1) Capacités professionnelles et formation

Il s'agit d'une infirmière ou de personnel paramédical, d'un technologue en imagerie, d'un kinésithérapeute...

2) Qualités personnelles et relationnelles

- Sens de l'observation ;
- Sens de l'organisation ;
- Qualités pédagogiques ;
- Diplomatie, confiance en soi.

3) Missions

- Participer aux réunions et formations organisées par l'Equipe d'Hygiène Hospitalière ;
- Connaître de façon approfondie les procédures et

recommandations en matière d'hygiène hospitalière, les appliquer et les faire appliquer avec l'aide de l'infirmière en chef ;

- Faire circuler l'information relative à l'Hygiène Hospitalière entre les différents intervenants : personnel soignant, médecins, paramédicaux, techniciennes de surface,...
- Mettre à jour ses connaissances, adopter une rigueur scientifique pour répondre aux questions posées par ses collègues ou résoudre des problèmes ;
- Etre l'interface entre son unité/service et l'Equipe d'Hygiène en informant celle-ci des actions menées et des éventuelles difficultés rencontrées ;
- Transmettre les informations via les valves d'affichage internes au service, la farde d'hygiène, les réunions d'équipes (ou tout autre moment en fonction de l'urgence du problème). Veiller à la précision des informations transmises ;
- Etre le porte parole de son équipe lors des réunions des relais en Hygiène Hospitalière ;
- Collaborer à l'élaboration des protocoles sur demande de l'Equipe d'Hygiène Hospitalière ;
- Participer à l'encadrement des nouveaux engagés et des étudiants ;
- Participer à l'évaluation des pratiques dans le cadre de la surveillance et de la prévention des infections associées aux soins ;
- Motiver les collègues ;
- Favoriser l'information et la participation du patient aux actions de prévention des infections associées aux soins ;
- Evaluer les besoins en formation et rédaction de procédures pour son secteur/service ;

4) Relations fonctionnelles et hiérarchiques

Il/elle dépend de son chef direct avec qui il/elle travaille en collaboration et à qui il/elle fait régulièrement rapport sur l'évolution de son activité en Hygiène Hospitalière.

Ses missions lui sont confiées par l'Equipe d'Hygiène Hospitalière avec laquelle il/elle travaille en collaboration pour toute question relative à ce domaine.

5) Engagement personnel

Il s'agit d'une personne ressource qui collabore à la maîtrise des infections associées aux soins sur le terrain. Il/ elle s'engage à respecter les normes de qualité répondant aux besoins des patients, aux attentes du personnel et aux recommandations relatives à l'Hygiène Hospitalière.

Son implication pour cette mission est basée sur le volontariat, il s'agit d'une personne motivée par la

promotion de l'Hygiène Hospitalière avec un engagement réel pour une durée minimale de 2 ans.

Sa désignation est, le cas échéant, validée par l'infirmière en Hygiène Hospitalière.

En conclusion, la rédaction de ce profil de fonction nous a permis d'objectiver les différentes interprétations de la législation. En effet, notre sous-groupe de travail s'est heurté à de multiples questions avant d'obtenir un consensus.

En voici quelques exemples :

- la définition des termes

- Parlons-nous de relais ou référents ?
- Faut-il inclure uniquement les infirmiers ou étendre à d'autres professionnels de la santé ?

- la formation de base

- Doivent-ils être formés avant la prise de fonction ou lors de formations continuées ?
- Qui donne cette formation et quel en est le contenu ?

- l'implication des Directions

- Comment est reconnu le relais par sa hiérarchie ?

- la durée du mandat

- Faut-il préciser une période minimale ?

- le choix du relais

- Accepte-t-on une candidature volontaire ou proposée par la chef d'unité ?
- Y a-t-il une validation par l'équipe d'hygiène ?

- la relation fonctionnelle et hiérarchique

- Qui lui confie ses missions ?

Si nous étions d'emblée en accord sur les qualités personnelles et relationnelles requises pour ce profil, ainsi que les missions qui lui seront demandées, nous avons par contre beaucoup discuté des catégories professionnelles à intégrer, de l'ancienneté requise et de la durée minimale du mandat.

Ce profil n'est certes pas parfait, mais il a le mérite d'exister ; il laisse la place à chaque institution de l'adapter en fonction de sa situation locale, tout en gardant une base commune.

Tâches et profil de compétences de l'infirmier référent en hygiène hospitalière dans les centres de soins aigus flamands

Broeckx Katleen, Etudiante en Masters UA, dont l'objet du Master porte sur le ZNA Middelheim

Introduction

Dans les établissements de soins de santé belges, la prévalence des infections associées aux soins est de 7,1% [1-4]. Les infections associées aux soins ont un impact énorme sur les patients hospitalisés [6]. Dans la littérature, on peut lire qu'en Belgique, plus de 87% des patients présentent une infection associée aux soins avec complications [5, 7, 8]. Il ressort en outre de l'étude que les infections associées aux soins vont de pair avec une mortalité presque doublée (en moyenne 32,2%), des frais de soins de santé multipliés par plus de 2,5 (en moyenne \square 12.853) et une durée de séjour deux fois plus longue (en moyenne 21,1 jours) [1, 4, 6, 8-13]. Il est capital de tendre à un nombre minimum d'infections associées aux soins et de complications en résultant [14]. Il incombe aux hygiénistes hospitaliers de faire circuler l'information sur le lieu de travail. Un réseau d'infirmiers référents est très utile pour faire le lien entre l'équipe d'hygiène hospitalière et les agents de terrain et ainsi offrir un soutien à la prévention des infections associées aux soins [14-17]. Un réseau d'infirmiers référents présente en outre encore d'autres avantages : 1) davantage d'attention accordée à l'hygiène hospitalière dans le service [18] ; 2) optimisation de la qualité des soins au patient [18] ; 3) baisse de la prévalence du SARM de 6,3% à 5% en un mois de temps [20]. En dépit de ces avantages, il n'existe toujours pas de profil de compétences général ni de description de fonction pour les référents qui puisse optimiser l'organisation et la mise en œuvre de l'hygiène hospitalière dans le travail journalier. Les questions suivantes ont été posées pour l'étude :

1. Quelles compétences sont jugées pertinentes pour l'infirmier référent en hygiène hospitalière et peuvent être reprises dans son profil de compétence ?
2. Quelles sont les tâches qui sont réalisées par l'infirmier référent en hygiène hospitalière et considérées comme pertinentes pour sa fonction ?

Méthode

Début 2013, une étude cross-sectionnelle, multicentrique et quantitative a été menée. La population étudiée comprenait tous les référents

infirmiers et obstétricaux en hygiène hospitalière des hôpitaux flamands spécialisés dans les soins aigus. Les données ont été rassemblées à l'aide d'un questionnaire à remplir tant par les référents en hygiène hospitalière que par les hygiénistes hospitaliers eux-mêmes. Une première partie du questionnaire comportait une série de questions sur les caractéristiques personnelles et professionnelles, ainsi que des questions sur la fonction de référent en hygiène hospitalière. Dans la 2e partie, il fallait donner un score de pertinence de 1 à 10 pour chaque compétence. La dernière partie du questionnaire comportait une énumération de dix tâches. Les référents devaient indiquer s'ils exécutaient ou non chaque tâche au cours de leur travail journalier. Les hygiénistes hospitaliers devaient donner un score de pertinence de 1 à 10 pour ces tâches. Chaque tâche ou compétence ayant obtenu un score de pertinence de 7 ou plus a été considérée comme pertinente pour le profil de tâches et de compétences. Les deux bases de données ont été fusionnées pour pouvoir comparer les résultats et les scores des tâches et des compétences entre les deux disciplines. Pour l'analyse, on a eu recours aux statistiques non paramétriques car le groupe d'hygiénistes hospitaliers ne comptait que 22 participants, contre 329 participants chez les infirmiers référents.

Résultats

Participation

Vingt-et-un hôpitaux spécialisés en soins aigus ont participé à cette étude flamande. L'échantillon se composait de 329 infirmiers référents en hygiène hospitalière et de 22 hygiénistes hospitaliers. La moyenne de non-réponse des infirmiers référents des hôpitaux participants était de 53,4%.

Les infirmiers référents

Le groupe d'infirmiers référents en hygiène hospitalière se composait principalement de femmes (90,3%) et comptait 54% de titulaires d'un diplôme de Bachelor. Plus d'un tiers s'est vu imposer la tâche de référent et seulement 68% ont bénéficié d'une formation de référent. La majorité (90,1%) des infirmiers référents en hygiène hospitalière consacrait moins de 20% de leur temps de travail à la mise en œuvre de l'hygiène hospitalière dans le service (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population : les infirmiers de référence

Caractéristiques personnelles		
N = 329		Nombre (%)
Sexe	Femme	90,3
Caractéristiques professionnelles		
Diplôme	Infirmier diplôme niveau 5	29,8
	Bachelor	54,4
	Bachelor post-Bac	10,3
Caractéristiques référent		
bénéficié d'une formation de référent	oui	67,8
Temps consacré au rôle de référent	<20%	90,1

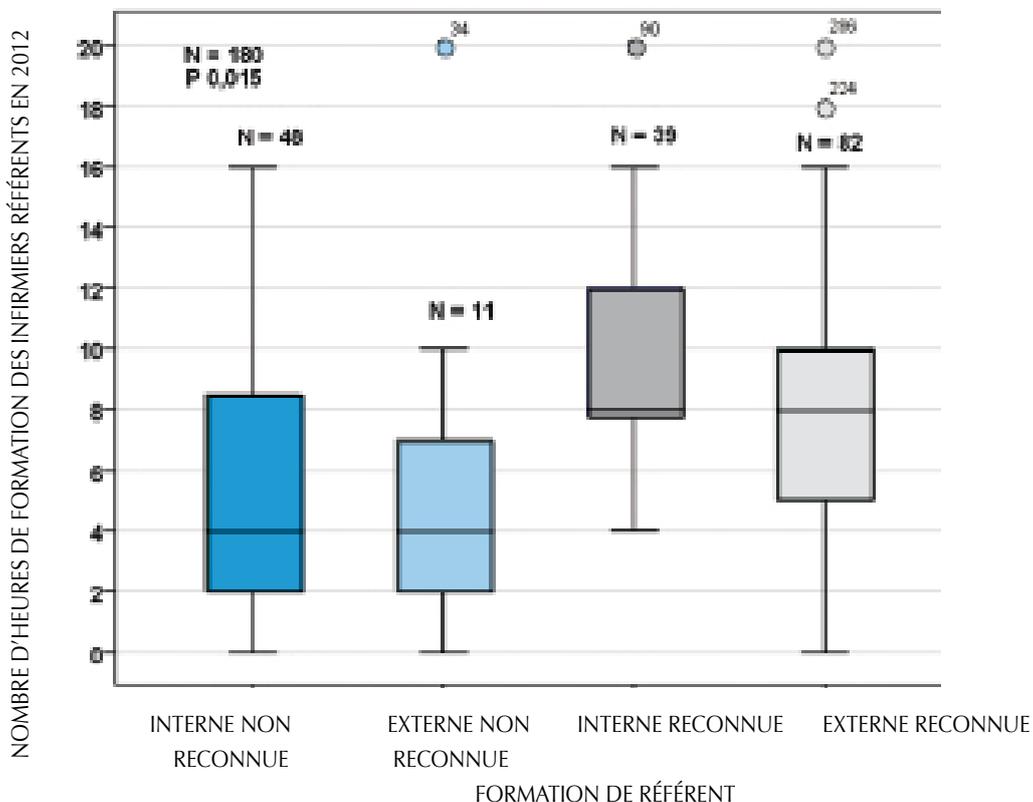
Une différence significative (p=0,015) a été trouvée entre le nombre d'heures de formation pour la fonction de référent en 2012 et le type de formation de référent. Les infirmiers qui ont bénéficié d'une formation de référent organisée par une association professionnelle (NVKVV¹) (en figure 1 nommé comme "reconnue") ont suivi en 2012 un nombre d'heures de formation

plus important que les infirmiers.

Les hygiénistes hospitaliers

Près de 95% des hygiénistes hospitaliers des établissements comptant des infirmiers référents ont organisé une concertation avec leurs référents, donnant en moyenne 4 concertations par an.

FIGURE 1 : LE TYPE DE FORMATION DE RÉFÉRENT COMPARÉ AU NOMBRE TOTAL D'HEURES DE FORMATION EN 2012



P* One Way Anova

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

Tâches et compétences

Les 15 compétences soumises au questionnaire ont toutes reçu un score de pertinence moyen supérieur à 7/10 dans l'ensemble de la population. L'intérêt dans la prévention des infections a été noté comme le plus pertinent tant au sein du groupe d'infirmiers référents que de celui des hygiénistes hospitaliers. L'attitude confidentielle, la compréhension du contrôle des infections et l'application des pratiques fondées sur

des données probantes ont reçu un score sensiblement plus élevé de la part des hygiénistes hospitaliers que de celle des infirmiers référents. La connaissance en matière d'informatique et la connaissance en matière d'épidémiologie ont reçu le score le moins important dans les deux disciplines, la connaissance en matière d'informatique ne remportant que la note de 6,82/10. Ce score était inférieur à la valeur-limite de pertinence (7/10) (tableau 2).

Tableau 2 : Description du résultat : Compétences

Compétences demandées	N total = 351	N InfRéf total = 329	N HH = 22	valeur P*
	Score de pertinence moyenne sur 10 (SD)			
Intérêt dans la prévention des infections	9,11 (1,04)	9,09 (1,04)	9,45 (1,06)	0,055
Compréhension du contrôle des infections	8,32 (1,27)	8,26 (1,27)	9,18 (0,85)	0,001
Confidentialité	8,02 (1,68)	7,96 (1,70)	8,77 (1,27)	0,031
Utilisation créative et innovante des pratiques basées sur des données probantes	7,94 (1,32)	7,89 (1,32)	8,64 (1,22)	0,011
Connaissance en matière d'épidémiologie	7,39 (1,47)	7,40 (1,47)	7,36 (1,53)	0,779
Connaissance en matière d'informatique	7,10 (1,66)	7,12 (1,67)	6,82 (1,56)	0,373

P = Test U de Mann –*

Presque tous les infirmiers référents en hygiène hospitalière (98,5%) ont motivé leurs collègues à prendre des mesures de précaution standard², et plus de 90% des hygiénistes hospitaliers ont considéré cette tâche comme très pertinente. La formation des collègues sur le contrôle des infections n'a été assurée que par moins de 70% des infirmiers référents en hygiène hospitalière et seulement 62% des hygiénistes hospitaliers ont estimé que cette tâche devait incomber aux infirmiers référents en hygiène hospitalière. A souligner que 86% des hygiénistes hospitaliers ont

trouvé que la tâche de « détection précoce de patients potentiellement infectés » incombait aux infirmiers référents en hygiène hospitalière, alors que seuls 63% de ces derniers assument cette tâche. Cette différence entre les deux disciplines a paru significative ($P=0,036$). Tous les hygiénistes hospitaliers ont considéré la surveillance d'une bonne hygiène des mains, la surveillance de la politique de lutte contre les infections et le rôle de lien clinique entre le terrain et l'équipe d'hygiène hospitalière comme pertinents (Tableau 3).

Tableau 3 : Description du résultat : Tâches

Tâches faisant l'objet du questionnaire	N total = 350	N InfRéf total = 329	N InfRéf total = 21	Valeur P*
	Nombre de OUI (%)	Nombre de OUI (%)	Nombre (%) de personnes trouvant cette tâche pertinente	
Prise de mesures de précautions	98,0	98,5	90,5	0,012
Surveiller la bonne hygiène des mains	89,6	88,9	100,0	0,107
Surveiller la politique/les procédures/directives de lutte contre les infections	85,8	84,9	100,0	0,054
Assumer la fonction de lien clinique	79,9	78,6	100,0	0,018
Se charger de la formation des collègues	67,3	67,6	61,9	0,590
Détection précoce de patients potentiellement infectés	64,5	63,1	85,7	0,036

P*= Chi carré

Discussion

Cette étude avait pour objectif de se faire une image des compétences et des tâches de l'infirmier référent en hygiène hospitalière.

Il ressort des témoignages des infirmiers référents interrogés qu'un peu plus de 90% d'entre eux consacrent moins de 20% de leur temps total de travail à leur fonction de référent en hygiène hospitalière (tableau 1). Tant que la fonction d'infirmier référent en hygiène hospitalière ne sera pas reprise dans la budgétisation de l'hôpital, les établissements resteront peu nombreux à dégager des heures à cet effet [21, 22]. Les infirmiers référents doivent effectuer les tâches liées à l'hygiène hospitalière en plus de leurs tâches quotidiennes d'infirmier. Cela peut expliquer pourquoi ils consacrent si peu de temps à l'hygiène hospitalière.

La présence de différentes formations de référent laisse supposer que la plupart des infirmiers référents ont bénéficié d'une formation [10, 19]. Il semble pourtant que seuls 68% des infirmiers ont suivi une formation de référent (tableau 1). La diversité des formations peut générer un manque de clarté au sujet du rôle, rendant certaines compétences plus ou moins prioritaires par rapport à d'autres et l'exécution des tâches différente.

Sur les 10 tâches, deux sont exécutées par moins de 70% des infirmiers référents (tableau 3). Une de ces deux tâches, à savoir la formation des collègues, a également été jugée pertinente par moins de 70% des hygiénistes hospitaliers répondants. Cette tâche pourrait être retirée des tâches d'un infirmier référent en hygiène hospitalière.

Conclusion

Les 15 compétences ont toutes été jugées très pertinentes par les référents. L'intérêt dans la prévention des infections et le partage de la connaissance et de l'expertise entre collègues sont les deux compétences jugées les plus pertinentes par les infirmiers référents en hygiène hospitalière. Presque tous les infirmiers référents ont motivé leurs collègues à prendre des mesures de précaution standard. Les hygiénistes hospitaliers ont trouvé qu'il était important que les référents en hygiène hospitalière tiennent à l'œil la bonne hygiène des mains. En vertu de ces résultats, assurer la formation des collègues semble dès lors superflu dans l'ensemble des tâches de l'infirmier référent en hygiène hospitalière.

Bibliographie

1. K., B., De risicofactoren die invloed hebben op de prevalentie van MRSA in de ziekenhuissetting: Literatuurstudie, 2013, Université d'Anvers. p. 24.
2. Adebola O. Ajao, M., Anthony D. Harris, MD, MPH, Mary-Claire Roghmann, MD, MS, J. Kristie Johnson, PhD, Min Zhan, PhD, Jessina C. McGregor, PhD, and Jon P. Furuno, PhD, Systematic Review of Measurement and Adjustment for Colonization Pressure in Studies of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*, Vancomycin-Resistant *Enterococci*, and *Clostridium difficile* Acquisition. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2011. 32(5): p. 10.
3. Vayalumkal, J.V., et al., Skin and soft tissue

- infections caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): an affliction of the underclass. Canadian Journal of Emergency Medicine, 2012. 14(6): p. 335-343.
4. Olivier Denis, B.J., Ariane Deplano, Claire Nonhoff, Raf De Ryck, Carl Suetens and a.M.J. Struelens, Epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) among residents of nursing homes in Belgium. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2009. 64: p. 8.
 5. Gordts, B., et al., The 2007 Belgian national prevalence survey for hospital-acquired infections. Journal of Hospital Infection, 2010. 75(3): p. 163-167.
 6. Stefania Stefani, A.G., Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: related infections and antibiotic resistance. International Journal of Infectious Diseases, 2010. 14: p. 4.
 7. Damas, P., et al., Intensive care unit acquired infection and organ failure. Intensive Care Medicine, 2008. 34(5): p. 856-864.
 8. Pirson, M., et al., Costs associated with hospital-acquired *bacteraemia* in a Belgian hospital. Journal of Hospital Infection, 2005. 59(1): p. 33-40.
 9. Salgado, C.D.M., MS; O'Grady, Naomi MD; Farr, Barry M. MD, MSc, Prevention and control of antimicrobial-resistant infections in intensive care patients. Critical Care Medicine, 2005. Volume 33(10): p. 2373-2382.
 10. Catoor, referentie verpleegkundigen ziekenhuis-hygiene 2012, 2012. p. 11.
 11. Grammatico-Guillon, L., et al., Relationship between the prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection and indicators of nosocomial infection control measures: a population-based study in French hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol, 2009. 30(9): p. 861-9.
 12. Smith, R.L., Prevention of infection in the intensive care unit. Curr Opin Infect Dis, 2006. 19(4): p. 323-6.
 13. Glance Lg, S.P.W.M.D.B.D.A.W., Increases in mortality, length of stay, and cost associated with hospital-acquired infections in trauma patients. Archives of Surgery, 2011. 146(7): p. 794-801.
 14. Goldrick, B.A., The practice of infection control and applied epidemiology: A historical perspective. American Journal of Infection Control, 2005. 33(9): p. 493-500.
 15. Dawson, S.J., The role of the infection control link nurse. Journal of Hospital Infection, 2003. 54(4): p. 251-257.
 16. Établissements de soins, [D.-g.O.], Modification de l'AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, 2007, Service Public Fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement : 1060 Bruxelles.
 17. Boyce, J.M.M. and D.M. Pittet, Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force Infection Control and Hospital Epidemiology, 2002. 23(S12): p. S3-S40.
 18. Comité, b.a.p.c., Plan stratégique relatif à la réorganisation de l'hygiène hospitalière dans les établissements belges, [F.p.v.] hygiène hospitalière, Éditeur 2004: www.belgium.be. p. 21.
 19. Provikmo, T.Z. Opleiding van de interne referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne Beheersing van zorginfecties in gezondheidsinstellingen. Disponible sur : <http://www.admb.be/nl/provikmo/opleiding-op-maat/interne-referentieverpleegkundige-ziekenhuishygiëne>.
 20. Miyachi, H., et al., Controlling methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* by stepwise implementation of preventive strategies in a university hospital: impact of a link-nurse system on the basis of multidisciplinary approaches. American Journal of Infection Control, 2007. 35(2): p. 115-121.
 21. Services publics, [B.F.] Portail Belgium 2010; Disponible sur : http://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/hopitaux/.
 22. Direction du Moniteur Belge, [F.O.J.] Moniteur Belge 2007.

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/epidemio/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>

Nouveautés

- Bonne pratique et gestion des risques associés au PICC :
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_PICC_SF2H.pdf
- Détection des souches d'entérobactéries productrices d'une carbapénèmase :
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2014_DetectionEPC_CNR.pdf
- Information sur les bactéries multirésistantes (BMR) pour le patient et sa famille :
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinParisNord/2013_BMR_Usager_Arlin.pdf
- Gestion préopératoire du risque infectieux :
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_gestion_preoperatoire_SF2H.pdf

- Healthcare Personnel Attire in Non-Operating-Room Settings (SHEA Expert Guidance)
<http://www.shea-online.org/View/ArticleId/249/Healthcare-Personnel-Attire-in-Non-Operating-Room-Settings-SHEA-Expert-Guidance.aspx>

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.

Vos idées, vos articles sont les bienvenus

Nous préparons un numéro spécial de Noso-info à savoir :

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

AGENDA SCIENTIFIQUE

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

3 - 6 AVRIL 2014

SHEA Spring Conference (Society for Healthcare Epidemiology of America)

Lieu : Denver, Colorado, USA

Renseignements : info@shea-online.org

10 – 13 MAI 2014

24th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)

Lieu : Barcelone, Espagne

Renseignements : Tél: +41 22 908 0488 +41 22 908 0488 FREE - Fax: +41 22 906 9140

E-mail : [eccmid\[at\]kenes.com](mailto:eccmid[at]kenes.com) – site Web : www.eccmid.org

14 MAI 2014

Conseil Supérieur d'Hygiène et de la Santé Assemblée Générale (CSS)

« L'état actuel de la résistance des bactéries aux antibiotiques et les challenges qu'elle représente pour notre santé publique », Prof. A.Andremont, Paris

Lieu : Tour du Midi, Bruxelles de 12h30 à 16h30 (sandwichs et boissons prévus)

Renseignements : jean-jacques.dubois@sante.belgique.be

22 MAI 2014

Symposium de la Belgian Infection Control Society (BICS)

« L'eau dans tous ses états »

Lieu : Wolubilis, Woluwé St Lambert

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

4 – 6 JUIN 2014

XXV Congrès de la SF2H

Lieu : Marseille, France

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

7 – 9 JUIN 2014

41th Conference of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)

Lieu : Anaheim, CA, USA

Renseignements : www.apic.org

5 – 9 SEPTEMBRE 2014

54th Interscience Conférence on Antimicrobial Agents and Chemotherapy ICAAC)

Lieu : Washington DC, USA

Renseignements : info@icaacglobal.com

2 - 3 OCTOBRE 2014

14^{ème} rencontre internationale francophone des infirmier(e)s en hygiène hospitalière

Lieu: AREA 42, 1030 Bruxelles

Renseignements: www.abihh.be - Email: info@abihh.be

8 - 12 OCTOBRE 2014

Infectious Disease Society of America (IDSA)

ID Week

Lieu : Philadelphie, USA

Renseignements : www.idweek.org

27 – 28 NOVEMBRE 2014

34^{ème} Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-infectieuse. (RICAI)

Lieu : place de La Défense, Paris La Défense.

Renseignements : www.viparis.com

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans le texte de Y. Bories (pages 4 et 5 du Noso 4-2013). Veuillez nous en excuser et trouver la rectification ci-dessous :

Conclusion (Aba): un bassin après la désinfection avec Ao 600 est un bassin hygiénique.

A

A

A -> Barbara est un syllogisme parfaitement valable

Davantage de recherche est nécessaire pour falsifier ma déclaration. (Une déclaration, une proposition est scientifique si elle est falsifiable -> Popper, Ref.9: Philosophie fondamentale, Dr. A. Cloots ..).

Pour info, le texte intégral et correct se trouve sur le site web de Noso-info

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comité de Rédaction

COMITÉ DE RÉDACTION

B. Catry, K. Claeys, T. De Beer, A. Deschuymere,
S. Milas, C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante,
E. Van Gastel, F. Van Laer, Y. Velghe, I. Wybo.

Membres d'honneur : M. Zumofen, J.J. Haxhe

COORDINATION RÉDACTIONNELLE

A. Simon

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

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 2014

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>