noso info

vol.XX n°4, 2016

LE MAGAZINE D'INFORMATION **POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS** ASSOCIÉES AUX SOINS

Sommaire

2 | Hospitalisation à domicile et cathéters, comment garantir la sécurité du patient ?

7 | Redéfinition de la prévention des infections dans les soins à domicile : barrières, défis et particularité des soins de santé.

11 | Transfert d'un patient atteint d'une infection nosocomiale de l'hôpital vers une maison de repos et de soins. Vers une obligation juridique pour la maison de repos et de soins d'accepter ce transfert ?

17 | On a lu pour vous

21 | Infos

Nouveautés

24 | Sites web

25 | Agenda scientifique

26 | Comité de rédaction & Partenaires

Éditorial

Les soins de santé évoluent et quittent de plus en plus l'hôpital.

Les nécessités économiques liées aux modalités de financement des soins de santé ont eu un impact sur la réduction des durées de séjour. Ceci a été évidemment associé à une augmentation des soins donnés à domicile. Comme le rappelle le KCE dans son 250ème rapport* publié en 2015 « la Belgique, s'est depuis peu lancée dans une vaste réforme du paysage hospitalier, qui remet en chantier des questions aussi fondamentales que le rôle-même de l'hôpital, son financement et son adéquation aux besoins de la population».

Ceci est possible puisque les progrès en matière de soins de santé permettent actuellement de soigner les patients en dehors des murs de l'hôpital tout en gardant un ancrage fort avec celui-ci. C'est le concept d'hospitalisation à domicile ou HAD qui est donc plus que jamais à l'ordre du jour et figure en bonne place à l'agenda politique.

Les recommandations de ce rapport précisent que dans l'état actuel de nos connaissances, il est sans doute trop tôt pour déployer ce concept à l'échelle de la Belgique mais que des projets pilotes comme ceux déjà mis en place pour l'antibiothérapie à domicile et décrits par l'équipe du CHwapi permettront à terme de préciser la faisabilité, la sécurité et la qualité des soins ainsi que les critères d'éligibilité des patients. L'analyse de la littérature montre que sur le plan de la satisfaction des patients, les résultats sont équivalents ou légèrement en faveur de l'HAD mais ces enquêtes ont été menées chez des patients qui avaient délibérément choisis ce système de soins.

Les hygiénistes hospitaliers devront rester attentifs car en fonction des soins donnés, les risques d'infection seront toujours présents.
Le cahier des charges de la formation du personnel qui soignera les patients à domicile devra prendre cet aspect largement en compte. Le suivi des infections associées aux soins devra être bien pensé pour assurer un suivi dans le temps et la mise en place de mesures correctives ou préventives.

De nouvelles perspectives, de nouveaux challenges nous attendent.

Avant ceux-ci, l'année 2017 ! Et une petite campagne d'hygiène des mains, et une enquête de prévalence ! Qui dit mieux !

Au nom du comité de rédaction, je vous souhaite cette année 2017 pleine de beaux résultats professionnels et remplie de bonheurs personnels !

Anne Simon

noso info

*Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. L'hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 250Bs. D/2014/10.273/66.

Avec le soutien de:
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Eurostation Bloc II – 1er étage (1D01D)
Place Victor Horta, 40/10
1060 Bruxelles

Editeur Responsable :
A. Simon : UCL
Hygiène Hospitalière
Av. Mounier - Tour Franklin - 2 sud
B - 1200 Bruxelles

ARTICLE A LA UNE

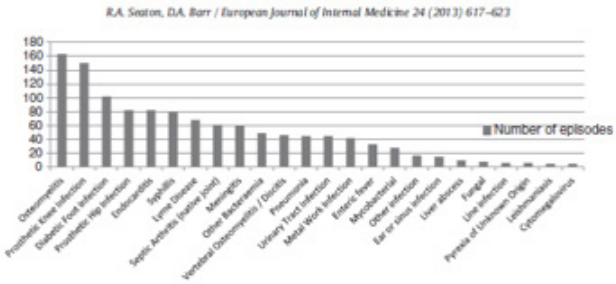
Hospitalisation à domicile et cathéters, comment garantir la sécurité du patient ?

Dr M. DELVALLEE, *infectiologue, CHwapi Tournai ;*
Dr X. LEMAIRE, *infectiologue, Chwapi Tournai, CH Douai ;*
Dr I. BUYSE, *Anesthésiste, Chwapi Tournai ;*
Dr O.SIMONET , *intensiviste, Chef de service Anesthésie, Chwapi Tournai*

1. Hospitalisation à domicile, organisation et coordination

L'hospitalisation à domicile connaît actuellement un développement croissant en Belgique. Les projets pilotes sur cette thématique s'étoffent [1]. Le principe est d'organiser le retour du patient à domicile avec poursuite de soins complexes (comme l'administration de traitements anti-infectieux par voie intra-veineuse) instaurés au cours d'une hospitalisation. L'OPAT (*Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy*) est très développée aux Etats-Unis mais aussi dans certains pays d'Europe comme la France ou l'Angleterre (4,4 millions de journées d'hospitalisation à domicile en France en 2014 [2]).
L'administration de thérapeutiques anti-infectieuses par voie intra-veineuse est la première indication d'hospitalisation à domicile devant la nutrition parentérale et la chimiothérapie. Des soins complexes peuvent également être poursuivis à domicile comme les soins de plaies utilisant des dispositifs à pression négative.
Les types de pathologies infectieuses pouvant être traitées en hospitalisation à domicile sont nombreuses et variées.

Figure 1 : Types d'infections prises en charge dans le service d'hospitalisation à domicile de Glasgow entre 2001 et 2011 à l'exclusion de 1389 infections peau et parties molles (adapté de « Outpatient antimicrobial therapy : Principles and practice » [3])



Des recommandations spécifiques à l'organisation de l'hospitalisation à domicile ont été publiées en Angleterre [2], notamment concernant les critères de sélection des patients et la checklist des items à valider avant d'envisager le retour du patient en hospitalisation à domicile.

Figure 2 : checklist avant instauration d'une hospitalisation à domicile (extrait de « Outpatient antimicrobial therapy : Principles and practice » [4])

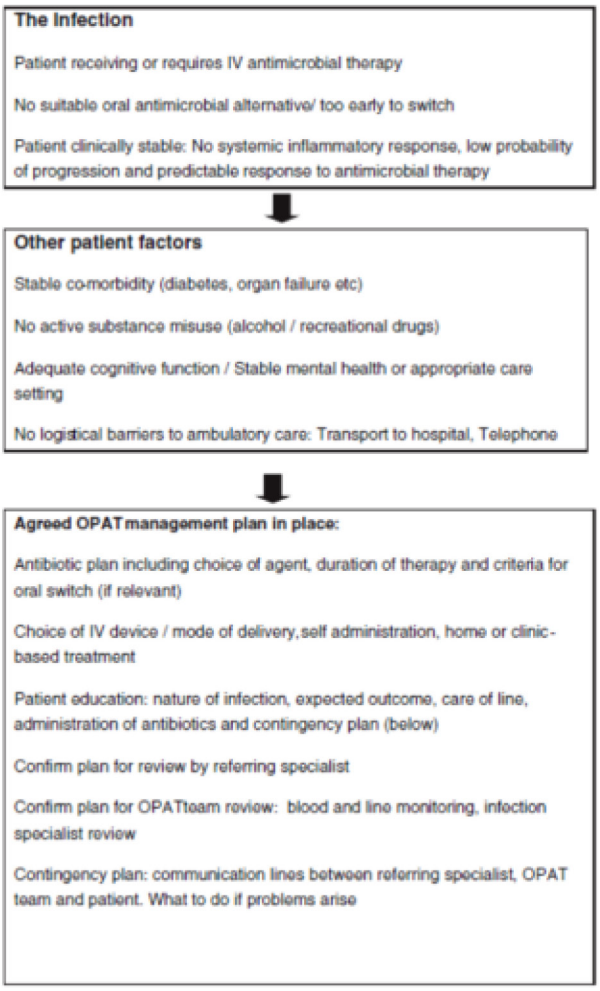


Fig. 1. Outline of OPAT assessment and management pathway.

Le succès du développement de l'hospitalisation à domicile passe par l'organisation rigoureuse d'une filière de soins. Le médecin coordinateur, qui peut être un infectiologue ou un médecin hospitalier travaillant en collaboration avec le médecin infectiologue, définit si l'état clinique du patient est compatible avec une hospitalisation à domicile (apyrexie, bonne réponse au traitement anti-infectieux,...). Il vérifie l'absence de contre-indication au retour à domicile avec un dispositif d'abord vasculaire (toxicomanie, état cognitif du patient, conditions sanitaire au domicile du patient,...). Il définit alors le type de traitement anti-infectieux à poursuivre et les modalités d'administration. L'infirmier coordinateur est un infirmier hospitalier, affecté au service d'hospitalisation à domicile. Son rôle n'est pas d'effectuer les soins au domicile du patient mais de permettre la continuité des soins en organisant le retour à domicile du patient dans des conditions optimales. Il constitue le chef d'orchestre, véritable lien entre les différents intervenants (médecin spécialiste, pharmacie hospitalière et officine de ville, médecin traitant, équipe infirmière réalisant les soins au domicile du patient..). Il est également le garant de l'application des protocoles d'hygiène en vigueur dans l'établissement hospitalier pour la manipulation des dispositifs d'abord vasculaire au domicile du patient.

Les équipes infirmières réalisant les soins au domicile du patient doivent avoir reçu une formation spécifique à l'utilisation du cathéter. Pour les voies veineuses périphériques, un rappel de la procédure de préparation des solutés à injecter et de l'entretien du cathéter doit être effectué. Cette formation peut être dispensée par les infirmières hygiénistes ou l'infirmier coordinateur. Pour les cathéters type *Peripherical Inserted Central Catheter* (piccline), la formation doit être complétée par une session spécifique abordant la procédure de manipulations du cathéter et des réfections de pansement. Cette formation peut être dispensée par les infirmières hygiénistes, l'infirmier coordinateur et un support peut être apporté par la firme commercialisant le piccline). La prescription de soins infirmiers pour les soins du cathéter doit être précise (notamment concernant le rythme de changement des dispositifs ou des pansements ainsi que la procédure détaillée des soins). Les besoins en matériel doivent avoir été anticipés afin de pouvoir réaliser des soins infirmiers de qualité au domicile du patient. Avant la sortie, la disponibilité du matériel nécessaire en officine de ville doit avoir été vérifiée (afin de pouvoir solliciter la pharmacie hospitalière en cas d'indisponibilité du matériel en ambulatoire). Idem pour le traitement anti-infectieux. L'infirmier coordinateur doit également pouvoir se déplacer au domicile du patient à l'instauration du traitement afin de vérifier que l'ensemble des conditions préalablement définies sont respectées.

L'éducation du patient et de son entourage est également un point crucial dans le projet d'hospitalisation à domicile. Le patient est acteur de son projet thérapeutique. Il doit avoir compris les enjeux d'un retour à domicile avec un dispositif invasif comme un cathéter. En l'absence de compliance du patient, le contrat de soins pourrait être rompu. L'ablation du cathéter ou un retour en hospitalisation classique devrait alors être envisagé. Des directives d'urgence doivent également être données en cas de survenue de complications liées au cathéter (conduite à tenir, coordonnées des personnes de contact). Les urgences hospitalières auront une procédure à appliquer en cas de suspicion d'occlusion du cathéter (rinçages pulsés, héparinisation du cathéter voire utilisation d'urokinase).

Le suivi du patient doit également être planifié : rendez-vous de consultation avec le médecin spécialiste, bilans biologiques, éventuels examens complémentaires.

Une organisation rigoureuse de l'hospitalisation à domicile contribue à garantir la sécurité du patient en hospitalisation à domicile. Une répartition claire des rôles et responsabilité de chaque intervenant permet de maintenir une continuité des soins lors du retour à domicile.

2. A chaque situation son cathéter

Le choix du type de dispositif d'abord veineux est une étape importante dans la préparation du retour à domicile. Un mauvais choix de type de cathéter entraîne une augmentation des complications lié à l'inadaptation du dispositif et une diminution du confort du patient.

Figure 3 : Différents types d'abords vasculaires (extrait de « The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC) » [5])

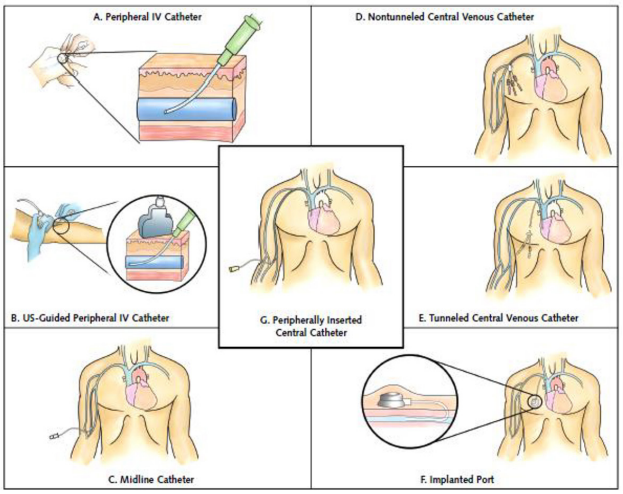


Figure 4: Dispositifs d'abord veineux recommandés pour la perfusion de solutés non veino-toxiques (extrait de « The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC) » [5])

Device Type	Proposed Duration of Infusion			
	≤5 d	6–14 d	15–30 d	≥31 d
Peripheral IV catheter	No preference between peripheral IV and US-guided peripheral IV catheters for use ≤5 d			
US-guided peripheral IV catheter	US-guided peripheral IV catheter preferred to peripheral IV catheter if proposed duration is 6–14 d			
Nontunneled/acute central venous catheter	Central venous catheter preferred in critically ill patients or if hemodynamic monitoring is needed for 6–14 d			
Midline catheter	Midline catheter preferred to PICC if proposed duration is ≤14 d			
PICC		PICC preferred to midline catheter if proposed duration of infusion is ≥15 d		
Tunneled catheter				PICC preferred to tunneled catheter and ports for infusion 15–30 d
Port				

Appropriate | Neutral | Inappropriate | Disagreement

IV = intravenous; PICC = peripherally inserted central catheter; US = ultrasonography.

Figure 5 : Dispositifs d'abords veineux recommandés pour la perfusion de solutés veino-toxiques (extrait de « The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC) » [5])

Device Type	Proposed Duration of Infusion			
	≤5 d	6–14 d	15–30 d	≥31 d
Peripheral IV catheter				
US-guided peripheral IV catheter				
Nontunneled/acute central venous catheter	Central venous catheter preferred in critically ill patients or if hemodynamic monitoring is needed for 6–14 d			
Midline catheter				
PICC		PICCs rated as appropriate at all proposed durations of infusion		
Tunneled catheter		Tunneled catheter neutral for for use ≥15 d	No preference between tunneled catheter and PICC for proposed durations ≥15 d	
Port				No preference among port, tunneled catheter, or PICC for ≥31 d

Appropriate | Neutral | Inappropriate | Disagreement

IV = intravenous; PICC = peripherally inserted central catheter; US = ultrasonography.

Un cathéter veineux périphérique peut être envisagé si la durée du traitement par voie intra-veineuse est courte (idéalement < 5 jours), le traitement ne contient de molécules veinotoxiques (comme la vancomycine, par exemple) et si le réseau veineux du patient est de bonne qualité.
Le dispositif doit être changé toutes les 72 à 96 heures [6].
Pour les durées de traitement de moins de 14 jours, un cathéter de type *midline* peut être envisagé. La longueur du cathéter est de 8 à 25 cm. La durée d'utilisation est limitée à 6 semaines. La perfusion de solutés au pH extrême (<5 ou >9) et/ou hyperosmolaire (> 600 mosmol/l) est déconseillée sur ce type de dispositif puisqu'il ne s'agit pas d'une voie veineuse centrale. Il existe des données montrant un taux de complications non significativement différent entre *midline* et piccline pour la perfusion de vancomycine malgré le pH de la molécule [7].

Lorsque le capital veineux est pauvre, la durée de traitement supérieure à 2 semaines ou si les molécules employées sont veinotoxiques, la pose d'un piccline est une alternative présentant de nombreux avantages. Contrairement au midline, il s'agit d'un cathéter veineux central.

Le cathéter peut être maintenu jusqu'à 3 mois voire 1 an.

Tous types de traitements anti-infectieux peuvent être administrés via le piccline (sous réserve de respecter les incompatibilités médicamenteuses si plusieurs molécules sont utilisées). Ce dispositif n'est pas indiqué en réanimation pour la perfusion rapide de solutés de remplissage vasculaire.

Pour les traitements de plus d'un mois, un Port a cath peut être implanté, principalement si des traitements répétés de façon intermittente sont envisagés (en oncologie, par exemple).

Il existe des outils permettant de définir quel cathéter est le mieux adapté à la situation du patient [4].

Il existe également des recommandations spécifiques pour les patients risquant d'avoir nécessité de recours à l'hémodialyse avec réalisation d'une fistule artério-veineuse [5].

Le choix d'un type de cathéter adapté à la situation du patient est un élément important dans le parcours de soins du patient aussi bien en hospitalisation classique qu'en hospitalisation à domicile. La disponibilité de nouveaux types de cathéters comme les *midlines* ou les picclines permet de répondre à de nouveaux besoins spécifiques au retour à domicile. La discussion du choix du cathéter le mieux adapté à un éventuel retour à domicile doit être anticipée (dès que la situation clinique de patient est stabilisée).

3. Piccline, clés du succès

Le piccline est de plus en plus utilisé dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.
Son ancêtre, le drum catheter, utilisé dans les années 70, jouit d'une mauvaise réputation en raison des difficultés de pose et des fréquentes thromboses (à mettre en rapport avec son calibre important).

Figure 6 : drum catheter

Figure 7: piccline

Le Piccline est un dispositif développé dans les années 90 aux Etats Unis, actuellement en pleine expansion en Europe.
Il s'agit d'un cathéter général en silicone ou en polyuréthane, d'une longueur de 50 à 60 cm, inséré dans la veine basilique voire brachiale ou céphalique, dont l'insertion est guidée par échographie, nécessitant des conditions d'asepsie chirurgicale durant la pose.
Une valve bidirectionnelle peut être intégrée ou à connecter au piccline. L'utilisation de cette valve permet de diminuer le risque d'obstruction du cathéter, d'empêcher un reflux sanguin et de se protéger du risque d'embolie gazeuse.

Le cathéter est maintenu par un système de fixation « stabilisateur » ne nécessitant pas de points de suture (système type Griplock©,...).
Le piccline est un cathéter veineux central, dont l'extrémité se situe au niveau de la veine cave supérieure, nécessitant les mêmes précautions lors de sa manipulation que pour les voies veineuses centrales classiques utilisées en réanimation.

Les études les plus récentes [8] montrent la survenue de complications liées au cathéter chez 9% des patients suivis en hospitalisation à domicile. L'occlusion du cathéter est la complication la plus fréquente (2,46 occlusions pour 1000 jours d'hospitalisation à domicile).

Figure 8 : Complications liées au piccline en hospitalisation à domicile (adapté de « Vascular access complications during outpatient parenteral antimicrobial therapy at home: a retrospective cohort study. »)

Complications (pour 1160 picclines suivis)	Nombre de complications survenues (ratio pour 1000 jours d'HAD)
Occlusion	69 (2,46)
Retrait accidentel du cathéter	17 (0,61)
Thrombose veineuse	12 (0,43)
Fissuration/rupture	9 (0,32)
Saignement	6 (0,21)
Douleur	4 (0,14)
Infection du cathéter	4 (0,14)
Autre complication	6 (0,21)
Survenue d'au moins une complication	117 (4,17)

L'occlusion et l'infection du cathéter peut être prévenue en suivant les recommandations de bonnes pratiques et gestion des risques associés au picc formulées par la société française d'hygiène hospitalière [9].
Si la présence de plusieurs lumières n'est pas nécessaire, un piccline monolumière sera préféré.
Concernant le diamètre de la lumière, il sera idéalement ≤ 4 french gauge (fr) pour les cathéters monolumières et ≤ 5 fr pour les multilumières (les calibres supérieurs sont associés à un risque majoré d'occlusion du cathéter [9]).
La formation du nursing est un élément qui permet de diminuer les complications liées au piccline : Le respect de bundles (dont le suivi d'une formation spécifique des soignants) définissant les règles de manipulation du cathéter permet de réduire les complications de 13% à 4,24% [8].
Les rinçages pulsés par bolus successifs de 3 ml de NaCl 0,9% pour usage intra-veineux permettent de réduire les risques d'occlusion du cathéter (minimum 10 à 20 ml/jour après chaque utilisation et au minimum une fois par jour en cas de non utilisation du cathéter durant plusieurs jours). L'ablation du cathéter doit être envisagée dès qu'il n'est plus utile.
Pour toutes les manipulations distales, un geste d'hygiène des mains (friction avec une solution hydro-alcoolique) est recommandé.
La réfection du pansement est une étape critique des soins du cathéter, qui comprend le changement du dispositif de fixation et de la valve. Un délai maximal de 8 jours entre chaque réfection de pansement est conseillé (ainsi qu'à chaque fois que le pansement est souillé ou décollé).
La réfection du pansement doit être réalisée dans des conditions aseptiques (port d'un masque chirurgical pour l'opérateur et le patient, utilisation de gants stériles et de matériel stérile).
Le point d'insertion du cathéter et le dispositif de fixation doivent être recouvert par un même pansement transparent semi-perméable.

Figure 9 : Dispositif de fixation du piccline

La mise à disposition de sets de soins comprenant tout le matériel nécessaire à la réfection du pansement facilite la réalisation des soins à domiciles dans des conditions d'hygiène optimale.

Figure 10: Exemple de set de réfection de pansement de piccline

Le retrait du cathéter est fait par le médecin coordinateur ou par l'infirmier coordinateur sous supervision médicale. Ce geste peut être fait en consultation. La longueur totale du cathéter doit être vérifiée. L'extrémité proximale sera envoyée en culture uniquement en cas de suspicion d'infection du cathéter.

CONCLUSION :

L'analyse rétrospective du taux de complications liées au traitement anti-infectieux en hospitalisation classique ou en hospitalisation ne montre pas de différence significative [10], y compris dans des populations spécifiques comme la gériatrie [11] ou la pédiatrie dans les pays ayant développé l'hospitalisation à domicile. Ces résultats sont obtenus au prix d'une organisation rigoureuse de la filière de soins, du choix du cathéter le plus adapté à la situation du patient et du respect des précautions d'hygiène lors des soins à domicile. L'utilisation de cathéters de type piccline est possible à domicile sous réserve d'une formation et d'un accompagnement des équipes infirmières intervenant à domicile. Le rôle de l'infirmier coordinateur du service d'hospitalisation à domicile ainsi que de l'équipe d'hygiène hospitalière est essentiel dans l'encadrement de ces nouvelles pratiques.
Le développement de l'hospitalisation à domicile se heurte également à des difficultés pratiques de disponibilité des antibiotiques ou du matériel nécessaire à la réalisation des injections en officine de ville (ainsi qu'à l'inadaptation des conditionnements). Le coût restant à charge du patient est actuellement également problématique puisqu'il n'existe actuellement pas de « forfait OPAT » comme pour la nutrition parentérale à domicile. Tous les aspects positifs, en terme de succès thérapeutique, de satisfaction du patient mais également du point de vue médico-économique incitent à poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Farfan-Portet MI, Denis A, Mergaert L. L'hospitalisation à domicle: Orientations pour un modèle belge. KCE reports 250. Health Services Research. 2015

[2] Données de la federation nationale française des établissements d'hospitalisation à domicile 2014

[3] Chapman AL, Seaton RA, Cooper MA et al. Good practice recommendations for outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) in adults in the UK:a consensus statement. J Antimicrob Chemotherap. 2012. 67; 1053-1062

[4] Seaton RA, Barr DA. Outpatient parenteral antibiotic therapy: principles and practice.Eur J Intern Med. 2013, 24; 617-623

[5] Chopra V, Flanders SA, Saint S. The Michigan Appropriateness Guide for Intravenous Catheters (MAGIC): Results From a Multispecialty Panel Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. Ann Intern Med. 2015. 163 (S); 1-48

[6] O'Grady NP, Alexander M, Burns LA et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections.Am J Infect Control. 2011. 39; S1-34

[7] Caparas JV, Hu JP. Safe administration of vancomycin through a novel midline catheter: a randomized, prospective clinical trial. J Vasc Access. 2014. 15 ; 251-256

[8] Shrestha NK, Shrestha J, Everett A et al. Vascular access complications during outpatient parenteral antimicrobial therapy at home: a retrospective cohort study. J Antimicrob Chemotherap. 2016. 741; 506-512

[9] Recommandations par consensus formalisé: Bonnes pratiques et gestion des risques associés au picc. Hygiènes. 2013. 6; 1-124

[10] Seetoh t, Lye DC, Cook AR. An outcomes analysis of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in a large Asian cohort. Int J Antimicrob Chemotherap. 2013. 41; 569-573

[11] Mujal A, Sola J, Hernandez M. Safety and effectiveness of outpatient parenteral antimicrobial therapy in older people.J Antimicrob Chemotherp. 2016.

ARTICLE ORIGINAL

Redéfinition de la prévention des infections dans les soins à domicile : barrières, défis et particularités des soins de santé.

Irina Dumitrescu, *infirmière collaboratrice de la Croix Jaune et Blanche de Flandre, membre du groupe de travail sur la maîtrise des infections de la NVKVV*
Ester Steffens, *étudiante en médecine & infirmière-hygiéniste hospitalier UZ Leuven, membre du groupe de travail sur la maîtrise des infections de la NVKVV*
Nele Verpaelst, *experte infirmière en soins de plaies, stomies, décubitus de la Croix Jaune et Blanche de Flandre-Occidentale*

Introduction

Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), les infections liées aux soins sont les complications les plus fréquemment rencontrées chez les patients hospitalisés. Ces infections peuvent conduire à des réadmissions et des prolongations d'hospitalisation, à une morbidité et une mortalité accrues et à des coûts plus élevés pour la société. [13] En Belgique, on ne sait cependant pas grand-chose sur la prévalence des infections liées aux soins et à leurs facteurs de risque chez les patients soignés à domicile.
Les coupes claires dans le budget des soins de santé, le vieillissement de la population, mais aussi le souhait du patient d'être soigné confortablement chez lui et de conserver ainsi son indépendance et son autonomie jouent un rôle dans le glissement des soins de santé du cadre hospitalier vers le domicile. Les hôpitaux sont toujours plus mis sous pression pour réduire la durée de séjour des patients hospitalisés, du coup on passe plus rapidement aux soins à domicile. Le matériel médical est également rendu plus facile à utiliser à domicile.[7,10]
Ce glissement des soins amène une augmentation sensible du nombre de patients soignés chez eux nécessitant des soins de santé plus complexes.[11] La patientèle à domicile se compose en majeure partie de patients âgés souffrant de pathologies chroniques, mais aussi de plus en plus de patients souffrant d'affections aiguës et traités à domicile dans la foulée de leur hospitalisation. Alors que les soins de santé de base, comme les soins hygiéniques, les soins de plaies et les injections occupaient une position centrale dans les tâches assignées aux infirmiers à domicile dans le passé, on assiste ici à une augmentation des prestations techniques et invasives, de l'utilisation de matériel médical (invasif), des demandes de soins complexes, de la morbidité multiple et des pathologies chroniques. Les soins à domicile requérant des techniques de pointe sont prodigués à des patients de différents âges et peuvent consister en une thérapie par perfusion (antibiotiques, alimentation parentérale ou chimiothérapie), une dialyse, des soins à une trachéotomie, un traitement par pression négative, une chimiothérapie orale... Le champ d'action et l'environnement de travail de l'infirmier à domicile changent fortement et ces soins doivent être administrés dans des conditions où le risque de contracter des infections liées aux soins est le plus faible possible.[3,10]

De l'hygiène hospitalière à la prévention des infections

Même si la prévention et la maîtrise des infections dans les soins de santé à domicile ne font pas l'objet de beaucoup

d'études, on peut tout de même partir du principe que les maladies infectieuses et les infections liées aux soins y sont également présentes. En effet, de plus en plus de données sont disponibles au sujet de foyers survenus dans le cadre de soins de santé à domicile, causés notamment par le staphylocoque doré résistant à la méthicilline et l'*Escherichia coli*.[3,6] Shang et ses collègues indiquent que 4,5 % à 11,5 % des patients soignés à domicile présentent au moins 1 infection nosocomiale pendant la durée des soins à domicile.[11] Une étude américaine indique que 15,9 % des sacoches d'infirmiers étaient positives à l'*Escherichia coli* multirésistant et au *Pseudomonas aeruginosa*.[1]

La distinction entre soins à domicile ou extra-muros et soins intra-muros implique une redéfinition des concepts « hygiène hospitalière » et « infections nosocomiales », de manière à pouvoir également les utiliser dans le cadre des soins à domicile. Ces dernières années, la prévention et la maîtrise des infections ont porté sur les soins intensifs, alors que les services de soins de santé de première ligne avaient quelque peu disparu en arrière-plan. Les Centers for DIsease Control and Prevention (CDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont intéressées aux soins ambulatoires, comme les polycliniques et les cabinets médicaux, et ont rédigé des directives spécifiques en ce sens.[3,16] En 2008, Le Conseil supérieur de la santé (CSS) a rédigé un guide de prévention (général) destiné à tous les prestataires de soins, qu'ils exercent dans un cabinet ou à domicile. Ces recommandations reposaient sur la littérature spécialisée.[6] La transposition des mesures de prévention destinées au cadre spécifique des soins à domicile semble toutefois s'être diluée lors de la rédaction des directives destinées à l'ensemble de la première ligne.

Dans le cadre des soins à domicile, on ne parlera plus d'« hygiène hospitalière », mais bien de « prévention des infections dans les soins à domicile ». Le terme « infections hospitalières » doit également devenir « infections liées aux soins ». Les infections liées aux soins sont des infections contractées par un patient durant son traitement, qu'il ait lieu en milieu hospitalier ou en dehors, dans une maison de repos ou à domicile.[12]

Barrières à la prévention des infections dans les soins de santé à domicile

1. Transmission et sources de microorganismes dans les soins à domicile

Compte tenu de la spécificité des soins à domicile, il n'est pas évident d'identifier les sources de microorganismes et de savoir dans quelle mesure l'environnement joue un rôle à ce niveau, ce qui handicape la rédaction de directives exactes pour la prévention des infections et l'hygiène des mains dans les soins à domicile.[16] On est toujours parti du principe que le risque de transmission de microorganismes était minime dans les soins à domicile.[6] En effet, ce type de soins implique un contact bref entre un nombre restreint de prestataires de soins et un nombre restreint de patients, ainsi que l'utilisation de matériel essentiellement lié au patient. Néanmoins, le domicile ne constitue pas un environnement contrôlé et étudié comme l'hôpital. Là où le patient hospitalisé est généralement cloué au lit ou tout au moins limité dans ses déplacements, le patient soigné à domicile est généralement encore actif et se déplace dans un environnement plus large (chez lui). C'est précisément cet environnement vaste qui peut faire office de source de contamination, et on ne dispose pas encore de suffisamment de connaissance sur la survenance de microorganismes dans cet environnement. Tout le monde ne s'accorde pas encore non plus sur la manière et la mesure dont cet environnement peut (ou doit) être contrôlé. Comme le patient entre en contact avec différents prestataires de soins en première ligne, il est capital que ces prestataires de soins soient convaincus de l'importance de la prévention contre les infections. Tout le monde doit appliquer de manière cohérente les mêmes mesures de prévention des infections.[6] L'un des rares aspects de la prévention des infections dans les soins à domicile sur lesquels tout le monde s'accorde est l'application stricte de l'hygiène des mains. Indépendamment de l'environnement dans lequel l'infirmier travaille (hôpital, maison de repos, soins à domicile), l'OMS estime en effet que les 5 moments d'hygiène des mains doivent être considérés comme la norme et donc appliqués. C'est pourquoi il convient de le promouvoir davantage également dans les soins à domicile.

2. Mesures de prévention spécifiques dans les soins à domicile

L'augmentation du nombre de patients présentant un problème médical complexe et requérant des soins chroniques nous amène au constat que les infirmiers à domicile sont aujourd'hui confrontés plus souvent qu'avant à des microorganismes multirésistants comme le staphylocoque doré résistant à la méthicilline et les entérocoques résistants à la vancomycine. Le flou subsiste encore sur l'application d'éventuelles mesures de précaution en Belgique dans les soins à domicile.

Il n'existe aucune directive nationale en la matière ni aucune définition de la survenance spécifique de ces microorganismes auprès de patients soignés à domicile ou du risque de transmission à d'autres patients soignés à domicile. En 2007, les CDC et le Comité consultatif de contrôles des infections liées aux soins (HICPAC) ont néanmoins mis à jour une directive générale pour les mesures d'isolement destinées à tous les environnements où sont prodigués des soins de santé, mais là aussi manque une transposition au cadre spécifique des soins à domicile.[12] Le groupe de travail néerlandais sur la prévention des infections (WIP) a quant à lui bel et bien sorti une directive sur le SARM dans le cadre des soins à domicile.[14] En fonction des récentes modifications, il a toutefois été décidé de ne plus reprendre les soins à domicile dans leur travail, et il en résulte un manque de plus en plus criant de directives relatives aux soins à domicile. Le WIP conseille de prendre les directives portants sur le sujet correspondant comme point de départ et de les transposer dans une politique locale.[15]

Les mesures spécifiques pour les hôpitaux ou le secteur résidentiel sont souvent étendues aux soins de santé à domicile et peuvent en grande partie y être transposées. Mais dans certains cas, une interprétation spécifique s'impose, parce que les directives ne s'appliquent pas aux soins à domicile. Ainsi, nous nous sommes heurtés à une différence concernant le port d'une blouse de protection isolante, après être entré dans l'habitation du patient. Il manque en outre clairement des directives relatives aux mesures de précaution que doivent prendre les prestataires de soins vis-à-vis du client lui-même, de la famille, des proches aidants, de la visite ou d'autres prestataires de soins. D'autres mesures sont également appliquées pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement.

3. Particularité du cadre

Les infirmiers à domicile prodiguent des soins aux patients dans l'environnement familier de ces derniers, ce qui implique une toute autre relation professionnelle entre eux. Tout comme dans le cadre hospitalier, le respect et la particularité du patient doivent être pris en considération. Néanmoins, au domicile, on est bien plus souvent confronté aux habitudes et à la vision qu'a le patient en matière d'hygiène, il faut donc pouvoir faire preuve de flexibilité à ce niveau. Ainsi, on attendra dans un hôpital que vous désinfectiez immédiatement la surface de travail, alors qu'au domicile du patient, la désinfection de la cuisine, de la table ou de la table de salon ne sera pas toujours appréciée. En outre les contacts entre l'infirmier hospitalier et le patient à domicile sont de courte durée, ce qui donne au patient une plus grande responsabilité en ce qui concerne ses soins. Il est capital de trouver une approche créative à cela et de bien éduquer le patient en matière de prévention et de reconnaissance des infections.

Un élément spécifique du travail d'infirmier à domicile est le déplacement en voiture entre chaque patient. Ce véhicule peut représenter un vecteur de transmission, tout comme le matériel de soin non lié au patient et qui est utilisé pour les soins, comme le dossier électronique, le tensiomètre, la sacoche d'infirmier... Une étude de 2009 a démontré que 83,6% des 126 sacoches d'infirmier étaient contaminées à l'extérieur par des germes, ainsi que 43,7% du matériel rangé dedans.[1] Jusqu'à présent, nous avons eu peu de vue sur les recommandations en matière de nettoyage, désinfection de ce matériel spécialement conçu pour les soins à domicile. Compte tenu de l'utilisation croissante de matériel médical et parfois de pointe dans les soins à domicile, il faudra y consacrer davantage d'attention encore à l'avenir. Pour le moment, la préférence est souvent donnée, pour les soins à domicile, au matériel jetable, ou des accords sont conclus avec le producteur de matériel réutilisable et un médecin ou un infirmier-hygiéniste hospitalier en ce qui concerne le nettoyage ou la désinfection de ce matériel.

Il faut accorder plus d'attention encore à l'élaboration d'un matériel adapté aux soins à domicile. En effet, de nombreux modèles de conteneurs à aiguilles ne ferment pas suffisamment bien, augmentant ainsi le risque de piqûre accidentelle au cours du transport dans la voiture. Les glissements dans le véhicule risquent également d'endommager l'emballage de certains instruments (stériles). Des sacoches spéciales peuvent résoudre le problème de séparation du matériel propre et du sale dans le véhicule. De nombreuses sacoches d'infirmier ne sont pas suffisamment nettoyées, ou les directives du producteur ne sont pas assez claires. En outre, les infirmiers à domicile sont souvent tributaires du matériel que le patient a sous la main. Un patient qui ne dispose pas de panne de lit à cause du prix que cela coûte, par exemple, peut être dépanné à l'aide d'une panne jetable, mais la qualité de cette dernière laisse souvent à désirer. Un patient qui n'a pas de coupe-ongle peut être dépanné par l'infirmier à domicile avec un coupe-ongle qui sera désinfecté entre chaque patient.

Un même patient à domicile peut bénéficier de soins de plusieurs prestataires différents, qui se croisent directement ou indirectement. En outre, il est souvent fait appel à des proches aidants et à des prestataires de soins informels pour prendre en charge une partie des soins. Ceux-ci n'ont généralement pas bénéficié d'une formation médicale, et donc l'intérêt des mesures de prévention des infections ne leur parait pas toujours évident, ce qui explique pourquoi ils ne les respectent pas toujours parfaitement. Une bonne communication entre chaque intervenant est importante pour garder le contrôle sur la transmission des affections contagieuses. Les infirmiers à domicile, mais aussi d'autres prestataires de soins, doivent être avertis si un patient est porteur ou contaminé par un germe (multirésistant) bien précis, de manière à pouvoir prendre les mesures qui s'imposent.

Défis de la prévention des infections dans les soins de santé à domicile

Tant que les soins aigus continuent de glisser de l'hôpital vers le domicile du patient, il est crucial de donner une réponse à cette demande sans cesse en mutation de directives et de mesures dans un avenir proche grâce à la prévention et la maîtrise des infections.[5,7,10,16] Comme indiqué plus haut, des directives internationales ont été rédigées pour le domaine de la prévention des infections au sens large (hygiène des mains, politique d'isolement, nettoyage, désinfection et stérilisation du matériel, mais aussi des infections liées aux cathéters, des infections urinaires, ...) par des institutions comme l'OMS et le CDC, mais surtout spécifiquement pour les hôpitaux.[9,12,16] Le Conseil supérieur pour la santé a en outre élaboré des directives pour l'hygiène des maisons de soins et de la première ligne, mais celles-ci ne sont pas spécifiques aux infirmiers à domicile.[6] Alors qu'auparavant, des directives destinées aux soins à domicile étaient élaborées par le WIP, ce ne sera plus le cas à l'avenir.[15]

Avant de faire correspondre les principes généraux de base de prévention des infections et de les appliquer dans le cadre des soins à domicile belges, il convient de rassembler les éléments probants relatifs aux risques et aux pratiques de prévention susceptibles de réduire lesdits risques. Certains patients se voient conseiller des infirmiers à domicile. Ces conseils ou directives ne sont souvent qu'une simple copie de la procédure en force dans l'hôpital et ne sont pas adaptés aux soins à domicile. Une étude plus approfondie doit préciser l'incidence des infections liées aux soins et la problématique actuelle relative à la prévention des infections dans les soins à domicile belges, après quoi il sera possible de déterminer dans quelle mesure les conseils en vigueur s'appliquent aux soins à domicile ou doivent être amendés. A cet effet, il serait judicieux de libérer des moyens au niveau national pour pouvoir mettre sur pied une telle étude.

Actuellement, des moments d'accompagnement sont mis en place dans certaines organisations de soins de santé et l'utilisation de matériel de désinfection des mains et autres gants est mesurée. Si une surveillance a bien lieu dans les hôpitaux, partiellement grâce au soutien des autorités (par ex. grâce aux campagnes nationales sur l'hygiène des mains et la notification obligatoire des infections nosocomiales), il n'existe aucun suivi systématique des maladies infectieuses dans les soins de santé à domicile à part la notification obligatoire des maladies infectieuses.[4] Avant de pouvoir commencer à faire un suivi des infections dans les soins à domicile, il faut absolument définir correctement les infections des patients soignés chez eux.[11]

En outre, les directives doivent être reprises dans une stratégie globale en vigueur dans l'institution de soins à domicile. Dans les hôpitaux, on recourt fréquemment à des care-bundles pour mettre en œuvre et suivre des mesures de prévention des infections. Il s'agit d'un ensemble de 3 à 5 interventions basées sur des éléments factuels et dont il est avéré qu'elles donnent ensemble des résultats meilleurs. On ignore encore quel est précisément le rôle et la forme que doivent prendre ces care-bundles dans les soins à domicile, mais il est possible qu'ils fassent office d'outils de prévention des infections dans les soins de santé.[8]

La sortie plus rapide des patients de l'hôpital et l'augmentation du nombre de patients nécessitant des soins complexes n'ont pas seulement un impact sur les infirmiers à domicile.

Les médecins traitants, les kinésithérapeutes, les podologues et tous les autres professionnels de la santé de première ligne prodiguent également des soins à ces patients. La prévention des infections, la mise en œuvre de directives et la surveillance des infections liées aux soins doivent représenter autant de points d'attention pour tous les prestataires de soins de première ligne.
L'AR du 24 avril 2007 offre un cadre légal à la présence d'une équipe d'hygiène hospitalière dans chaque hôpital. Cette équipe doit se composer d'un médecin-hygiéniste hospitalier, mais aussi d'un infirmier-hygiéniste hospitalier ayant bénéficié d'une formation de niveau universitaire. [2] Les autorités prévoient des moyens financiers pour la surveillance de l'hygiène en milieu hospitalier via le budget. De tels arrangements légaux et financiers font cruellement défaut à ce jour pour les soins à domicile. Contrairement à ce qui se fait dans les hôpitaux, le flou subsiste quant à qui peut assumer la surveillance de l'hygiène dans les soins à domicile, et dans quelle mesure. Il est également difficile de savoir avec précision dans quelle mesure des hygiénistes sont déjà actifs au sein des soins de première ligne en Belgique. Sur base de ce qui précède, on peut considérer qu'il est urgent d'accorder de l'attention à la prévention des infections dans les soins à domicile et qu'il est donc également nécessaire de développer davantage la fonction d'infirmier-hygiéniste dans les soins à domicile. Au fil des ans, il est apparu dans les soins intensifs que la mise en place d'un cadre légal et d'un règlement financier a permis de consacrer davantage d'attention à l'hygiène et à la prévention des infections.

Conclusion

Il y a encore trop peu d'études sur l'incidence des infections liées aux soins et leurs facteurs de risques et les mesures de prévention dans les soins à domicile. Il y a un manque évident d'études récentes en matière de prévention des infections dans les soins à domicile belges. Les directives existantes sont souvent spécifiques à un milieu hospitalier ou plus généralement aux services de première ligne. Il est donc urgent de mener une étude plus poussée et de transposer ces directives spécifiquement aux soins de santé à domicile.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bakunas-Kenneley I, Madigan E. Infection prevention and control in home health care: the nurse's bag. Am J Infect Control 2009; 37(8):687–688.

2. Moniteur belge. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. 2007.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Guide to infection prevention for outpatient settings. 2015.

4. De Schrijver K, Mak R, Van Aken H. Meldingsplichtige infectieziekten in Vlaanderen. Richtlijnen voor de praktijk. 2010.

5. Friedman MM, Rhinehart E. Improving control home care: From Ritual to Science-Based Practice. Home Healthc Nurse 2000; 18(2):99–106.

6. Conseil supérieur de la santé. Recommandations en matière de maîtrise des infections lors de soins dispensés en dehors des établissements de soins (au domicile et/ou au sein d'un cabinet). 2008.

7. Kenneley I. Infection Control in Home Healthcare. Home Healthc Nurse 2012; 30(2):235-245.

8. Marwick C DP. Care bundles: the holy grail of infectious risk management in hospital? Curr Opin Infect Dis 2009; 22(4):364–369.

9. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. 2011.

10. Rhinehart E. Infection Control in Home Care. Emerg Infect Dis 2001; 7(2):208–211.

11. Shang J, Ma C, Poghosyan L. The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. Am J Infect Control 2014; 42(5):479-484.

12. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007.

13. Vrijens F, Hulstaert F, Gordts B et al. Nosocomiale Infecties in België, deel II: Impact op Mortaliteit en Kosten. 2009.

14. Werkgroep InfectiePreventie. MRSA. 2011. Disponible sur : http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:260542&type=org&disposition=inline&ns_nc=1

15. Werkgroep InfectiePreventie. WIP-richtlijnen en de thuiszorg [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2016/WIP_richtlijnen_en_de_thuiszorg

16. Organisation mondiale de la santé Hygiène des mains dans les soins ambulatoires, de long séjour et réhabilitation, et à domicile 2012. Disponible (en anglais) sur : http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf

ARTICLE ORIGINAL

Transfert d'un patient atteint d'une infection nosocomiale de l'hôpital vers une maison de repos et de soins. Vers une obligation juridique pour la maison de repos et de soins d'accepter ce transfert ?

Thérèse Locoge, *Centre de recherche en Economie Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences infirmières, Ecole de Santé Publique ULB- Directeur Juridique, Centre Hospitalier Universitaire de Bruxelles.*

Il arrive que les hôpitaux se voient opposer un refus lorsqu'ils cherchent une maison de repos et de soins pour un patient atteint d'une infection nosocomiale mais dont l'état de santé ne nécessite plus une hospitalisation. Il est ainsi fait état dans la revue vie@home (n°31 décembre 2015) que «l'ISP[i] a eu connaissance de cas de refus, par des maisons de repos et de soins, de (re)prendre des résidents porteurs de germes multirésistants, objectant qu'ils n'étaient pas décolonisés et relevaient toujours de l'hôpital et non du résidentiel ».

Ce refus est soit direct et motivé par l'état de santé du patient, sans guère d'autres précisions reflétant ainsi souvent la volonté de laisser à l'hôpital ses patients (eux c'est eux, nous c'est nous) ; soit indirect en ne refusant pas explicitement le patient mais par exemple en l'inscrivant sur une liste d'attente.

Nous tenterons dans cet article de faire le point sur la pertinence juridique de ce refus selon plusieurs angles d'analyse : la responsabilité éventuelle de l'hôpital dans la survenue de l'infection nosocomiale et ses conséquences, les normes applicables aux maisons de repos et de soins et enfin l'existence éventuelle d'une discrimination sur base de l'état de santé du patient lors de l'accès à une prestation de services. En effet, les maisons de repos et de soins, prestataires de services sont soumises aux règles relatives à l'égalité et à la non- discrimination telles qu'organisées en Belgique.

A. Quelques rappels.

Sur le plan de la lutte contre les infections nosocomiales, plusieurs auteurs mettent en avant que la circulation de patients infectés, entre hôpitaux et maisons de repos et de soins, leur réadmission dans un établissement puis l'autre, le développement de trajets différenciés de soins (comme l'hospitalisation à domicile) sont des causes de diffusion de ces infections.[ii] Les personnes peuvent aussi être porteuses asymptomatiques (ce que les équipes d'hygiène hospitalière dénomment des patients colonisés) et ne pourraient donc être détectées que par des tests de dépistage. Le Conseil supérieur de la Santé estime, par exemple pour le *Clostridium difficile*, que le « portage asymptomatique est fréquent probablement 2 à 5 fois plus fréquent que l'affection symptomatique[iii]»

Le Comité technique français des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a, en 2006-2007, actualisé les définitions employées en retenant l'infection liée aux soins (IAS) pour « englober tout évènement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins dans un sens très large[iv]».

L'infection nosocomiale-incluse dans l'IAS- est une infection associée aux soins contractée dans un établissement de soins. Les facteurs de risque d'acquisition sont liés à l'environnement (par exemple travaux ou transmission entre patients ou entre patients et visiteurs,..), à l'acte de soins (quel que soit sa finalité préventive ou thérapeutique) et à l'état de santé du patient (âge, faible immunité,...). Les mesures de prévention se concentrent sur les deux premiers facteurs.

Le Conseil supérieur de la Santé belge classe les cas en cas associés aux soins, associés à la communauté ou indéterminés. [v]
Le cas associé à une institution de soins voit le début des symptômes du patient apparaître plus de 48 heures après l'admission dans un hôpital et jusqu'à quatre semaines après la sortie. L'infection est aussi décrite comme celle apparue au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle est absente à l'admission à l'hôpital. Plus particulièrement, pour les infections du site opératoire, elles apparaissent dans les trente jours suivant l'intervention et en cas de placement d'un dispositif médical (prothèse,...) dans l'année qui suit l'intervention.[vi]
Si le début de l'infection se situe pour un résident qui n'a pas séjourné en hôpital dans les 12 semaines précédentes, mais bien dans les 48 heures de son admission en maison de repos et de soins, le cas sera décrit comme associé à la communauté. Si, enfin, l'infection apparait plus de 4 semaines mais moins de 12 semaines après la sortie de l'hôpital le cas est indéterminé.
Le KCE[vii], dans son rapport sur les infections nosocomiales en 2009 en Belgique, relève que celles-ci représentent « la complication la plus fréquente affectant les patients hospitalisés »[viii] et que « la majeure partie du surcoût des infections nosocomiales résulte d'un séjour hospitalier de plus longue durée ».[ix] Le KCE recommande de mener des études complémentaires pour celles acquises en maisons de repos et de soins. Une étude conjointe entre l'ISP et l'ULB étudie ainsi l'épidémiologie des MRSA [x] dans les hôpitaux aïgus et les maisons de repos et de soins pendant la période 1994-2011.[xi] L'ISP rapporte également, sur son site internet ,le fait que trois études nationales de prévalence (2005,2011 et 2015) ont été organisées pour mesurer le portage des *STAPHYLOCCUS aureus* résistant à la méthicilline chez les résidents des établissements de long séjour en Belgique, outre l'organisation d'études de prévalence ponctuelle. Les résultats sont consultables sur son site.
Les hôpitaux en Belgique doivent se doter d'une structure d'hygiène hospitalière (AR du 26 avril 2007) et la lutte contre les infections nosocomiales est une de leurs priorités. L'AR du 19 juin 2007 (article 13 qui modifie l'article 56 de l'AR du 25 avril 2002 relatif au budget des moyens financiers des hôpitaux) impose aux hôpitaux de récolter des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière. C'est ainsi que le taux d'incidence des MRSA d'origine nosocomiale est mesuré.[xii]
Les patients admis en hôpital font l'objet d'un dépistage si leur statut n'est pas connu et ce avec leur consentement, suivant les recommandations du Conseil supérieur de la Santé.[xiii] Cela permet à l'hôpital de connaître les nouveaux cas de contamination et aussi en cas de refus d'une maison de repos et de soins, de démontrer que ce n'est pas en son sein que l'infection a été acquise. Cela permet l'identification des patients, leur traitement (et notamment avec des précautions additionnelles) et aussi leur signalisation, de manière éthique, en unité de soins ou lors de leur transfert par exemple pour un examen.
Compte tenu de l'action transversale de l'équipe d'hygiène hospitalière les patients sont hospitalisés dans les unités qui conviennent le mieux à leur prise en charge sans qu'une unité hospitalière ne puisse refuser de prendre en charge un patient pour le seul motif qu'il est atteint de ce type d'infection.
Un AR du 9 mars 2014 a modifié l'AR du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins et est intéressant à plus d'un titre dans le cadre de notre étude. Tout d'abord, cet AR impose une obligation à chaque maison de repos et de soins concernée et aux hôpitaux associés d'arrêter ensemble les informations médicales utiles et leur communication pour, d'une part, organiser le mieux possible le transport d'un résident et, d'autre part, assurer la continuité des soins. Il est recommandé de disposer au moins d'une fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation. Les normes de qualité imposent aussi un enregistrement du nombre d'infections nosocomiales et la maison de repos et de soins doit établir des procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement des résidents souffrant d'une infection à risque de contamination. Cela peut viser certaines infections nosocomiales. La maison de repos et de soins doit collaborer à la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont elle fait partie. Enfin, une politique de formation du personnel doit aussi être suivie par celle-ci.
Cette collaboration obligatoire –même si des initiatives sur base volontaire existaient déjà- met un terme à une organisation segmentée de la lutte contre les infections nosocomiales. Elle la rend transversale autour du patient quel que soit son parcours entre lieu de vie et lieu d'hospitalisation.
La réforme annoncée du paysage hospitalier mettant en avant des trajets de soins adaptés aux patients va aussi rendre nécessaire une collaboration médicale et de soins plus large qui inclura la connaissance des infections dont ils souffrent pour mieux les traiter et diminuer le risque de transmission. Il faudra donc que les différents législateurs compétents depuis les réformes institutionnelles de l'Etat puissent se concerter efficacement.
Il serait donc paradoxal que le dépistage d'une infection transmissible acquise en milieu hospitalier, au bénéfice du patient mais aussi de celui de la collectivité, puisse servir de motif à son refus de transfert dans une maison de repos et de soins. Il serait illégitime que, par ce biais, une maison de repos et de soins améliore ses statistiques d'enregistrement d'indicateurs de qualité.
Nous allons examiner si cette différence de traitement appliquée entre patients-porteurs ou pas d'une infection nosocomiale- peut, pour cette seule raison, constituer une justification valable du refus d'admission en maison de repos et de soins. Nous allons, pour se faire, examiner la responsabilité éventuelle qui pourrait incomber à l'hôpital et ses conséquences, les normes applicables aux maisons de repos et de soins et enfin la législation anti-discrimination en Belgique.

B. La responsabilité éventuelle d'un hôpital lors de l'acquisition par un patient d'une infection nosocomiale.

En droit belge, suivant une doctrine et une jurisprudence majoritaire un hôpital pourra être déclaré responsable d'une infection nosocomiale découverte chez un patient qu'en cas de faute de sa part.[xiv] Cette faute peut résulter par exemple de l'emploi de matériel non correctement désinfecté, d'un placement d'un équipement médical contaminé, de consignes d'hygiène non respectées. Dans ce cas, si le patient peut prouver cette faute dans le chef de l'hôpital, et le lien avec son dommage il pourra en obtenir réparation. Sur le plan civil, cette réparation va se traduire en dommages-intérêts. Ceux-ci pourraient comprendre un dommage moral et financier du à une hospitalisation plus longue en raison du refus de la maison de repos et de soins d'accepter le patient en raison de la présence de cette infection. Nous verrons en effet ultérieurement que ce refus pourrait être fautif.

En France, à titre de comparaison, le patient victime d'une infection nosocomiale contractée à l'hôpital jouit d'un régime plus favorable puisqu'il bénéficie d'une présomption de responsabilité dans le chef de l'hôpital ; l'hôpital doit démontrer une cause étrangère pour renverser cette présomption comme par exemple la reconnaissance de la seule responsabilité du chirurgien et non de l'hôpital dans lequel l'intervention a été réalisée.[xv] Par contre, le patient doit toujours démontrer une faute du praticien lorsqu'il est traité par celui-ci dans son cabinet. Techniquement parlant c'est alors une infection liée aux soins et non une infection nosocomiale.

La Cour de Cassation française a décidé de saisir, le 6 janvier 2016, le Conseil constitutionnel en raison de cette différence : n'est-ce pas une atteinte au principe d'égalité que de prévoir deux régimes juridiques différents suivant le lieu de l'infection ? Le Conseil constitutionnel, le 6 avril 2016, a estimé que le principe d'égalité n'est pas violé car il y a une différence objective entre ces deux situations. Celle-ci réside dans la prévalence des infections nosocomiales qui est supérieure dans un hôpital que dans le cabinet d'un médecin pour divers motifs : nature des actes pratiqués, durée de ceux-ci, état de santé des patients, obligation dans les hôpitaux de mettre en œuvre une politique de qualité, etc. [xvi] L'infection nosocomiale survenue en hôpital sera donc plus facilement indemnisée.

Une partie de la jurisprudence belge est parfois tentée, pour disposer d'un régime plus favorable au patient de retenir, dans le chef de l'hôpital, une obligation de sécurité accessoire à l'obligation de soins en matière d'infections nosocomiales exogènes, c'est-à-dire indépendantes de l'état de santé du patient.[xvii]

Un arrêt didactique de la Cour d'Appel de Liège du 18 septembre 2014 en reprend les éléments justificatifs : la Cour va d'abord rappeler la distinction entre infection endogène ou exogène : dans le premier cas, écrit la Cour, « le patient s'infecte avec ses propres germes, dans le second cas, l'infection provient de la transmission d'un malade à l'autre par la contamination des instruments de soin, du personnel médical, de l'environnement hospitalier, voire d'une transmission par le personnel médical de ses propres germes ».[xviii] La Cour poursuit son raisonnement en distinguant cette fois obligation de moyen et obligation de résultat. Pour rappel, de manière générale, le médecin contracte une obligation de moyen ne pouvant s'engager à obtenir un résultat déterminé par exemple la guérison du patient. C'est ainsi que c'est au patient à démontrer la faute du médecin en prouvant que celui-ci a méconnu ses obligations. La Cour rappelle qu'une obligation est de résultat si « elle présente une probabilité suffisamment importante de réussite pour que le patient puisse légitimement s'attendre à l'obtention du résultat ». Compte tenu du fait qu'une infection nosocomiale peut apparaitre même sans faute de l'hôpital, la Cour conclut que celui-ci n'assume pas d'obligation de sécurité à l'égard de toute infection nosocomiale. Mais ajoute aussitôt la Cour « ce n'est que dans des cas particuliers que l'hôpital, en fonction du type d'infection nosocomiale rencontré (infection exogène) et des circonstances connues dans lesquelles le patient a été infecté (infection au départ d'un matériel déterminé, d'un médicament, d'un dispositif ou d'un produit utilisé), peut se voir tenu à une obligation de résultat ».

Une autre illustration en est donnée par le tribunal de 1ère instance du Hainaut le 1 juillet 2015[xix] : sur base d'un rapport d'expertise le Tribunal a qualifié l'infection subie par le patient «d'endogène et retenu que, vu l'état du patient, le risque de contamination était de 9 à 10% ». Vu l'importance de cet aléa, l'hôpital ne s'est pas engagé à atteindre un résultat donné. L'expert atteste que toutes les précautions recommandées par la littérature scientifique ont été exécutées. Il n'y a donc pas faute et le patient a été victime d'un aléa thérapeutique et l'hôpital n'a pas à en supporter les conséquences.

Le patient peut donc développer une infection nosocomiale sans responsabilité dans le chef de l'hôpital : au moins 60% des patients en seraient atteints même en mettant en œuvre toutes les mesures de prévention requises. La loi du 31 mars 2010 peut prévoir cette indemnisation au titre de la solidarité nationale en raison de cet accident médical sans responsabilité. Cet accident est lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour celui-ci un dommage anormal. Le dommage anormal est celui qui n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. C'est le Fonds des accidents médicaux qui assure les missions d'instruction et d'indemnisation si les conditions liées à l'acte médical sont réunies.

L'exposé des motifs de cette loi prévoit l'application de cette loi aux infections nosocomiales moyennant les seuils de gravité requis. Ceux-ci sont les suivants : une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25%, une incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique dans les conditions d'existence du patient et enfin son décès. La gravité de l'infection nosocomiale peut rendre le patient éligible à cette indemnisation qui est alors intégrale pour l'ensemble de ses préjudices.

Dans son commentaire de l'arrêt de la Cour d'Appel de Liège analysé ci-avant, Monsieur De Coninck fait état que la jurisprudence du Fonds des accidents médicaux, dans ses premières décisions n'irait pas en ce sens : le risque de développer une infection nosocomiale étant connu, le dommage qui en résulte n'est pas un dommage anormal. Il n'y aurait pas alors d'indemnisation du patient. [xx]

Est-ce que cette jurisprudence amènera les juridictions judiciaires à maintenir et développer l'obligation de sécurité dans le chef de l'hôpital ? En tous cas, sans intervention législative pour trancher qui doit supporter le risque des infections nosocomiales, le patient ou l'hôpital, la situation reste incertaine.

Faute de l'hôpital ou accident médical sans responsabilité il faut en outre relever que le patient en est la victime et qu'il n'encourt aucune responsabilité juridique dans l'acquisition de son infection (même si celle-ci est qualifiée d'endogène). Son action en indemnisation ne sera pas aisée. Se voir en outre refuser l'accès à une maison de repos et de soins pour ce motif le dessert donc doublement.

A supposer que le patient obtienne la reconnaissance d'une responsabilité dans le chef de l'hôpital elle n'aura pas de conséquence sur un tiers en l'espèce la maison de repos et de soins : le patient ne pourrait obtenir en justice par exemple une obligation à charge de l'hôpital de lui trouver une place dans une maison de repos et de soins comme une sorte de réparation non pas en argent mais « en nature » : le patient ne peut pas faire valoir un droit à son transfert à l'égard d'un tiers, une maison de repos et de soins pour cette raison.

Cette analyse pourrait évoluer avec la réflexion en cours sur l'évolution des prises en charge des patients : soit par l'implémentation des réseaux de soins amenant à la collaboration durable entre institutions distinctes juridiquement (à nouveau l'exemple de l'hospitalisation à domicile) soit par le regroupement au sein d'une institution mère unique qui fédère des institutions restées distinctes juridiquement (par exemple une coupole de soins qui unit des hôpitaux, polycliniques, maisons de repos et de soins, maisons

de repos,...). Si, lors de l'accueil du patient il était pris un engagement de nature juridique sur une garantie de parcours de soins et donc d'accueil, au moment le plus opportun, et, au sein de l'institution la plus adaptée aux besoins du patient, le patient aurait alors un droit de revendiquer son transfert sur base de cet engagement.

C. Les normes applicables aux maisons de repos et de soins.

Depuis le 1 juillet 2014, date d'entrée en vigueur de la sixième réforme de l'Etat, la politique complète de dispensiation de soins dans les institutions pour personnes âgées en ce compris les services de gériatrie G isolés est une matière personnalisable relevant des Communautés (article 6 de la loi du 6 janvier 2014 modifiant l'article 5&1 I de la loi du 8 août 1980).[xxi]

La programmation et les normes d'agrément peuvent donc être différentes entre les trois Communautés.

La Communauté française a transféré ses compétences en la matière à la Région wallonne et à la COCOF [xxii] en région bilingue de Bruxelles Capitale. La COCOF n'est compétente à Bruxelles qu'à l'égard des institutions mono-communautaires francophones, la VGC [xxiii] à l'égard de celles mono-communautaires flamandes et la COCOM[xxiv] pour les institutions bi-personnalisables (articles 128 &2 et 135 de la Constitution). [xxv]

La loi spéciale de financement du 6 janvier 2014 a prévu, pour la région de Bruxelles Capitale, un dispositif transitoire pour permettre aux institutions mono-communautaires, de 2014 à 2016, d'organiser leur transfert vers la COCOM pour des raisons essentiellement liées à leur financement.

L'arrêté royal du 21 septembre 2004 qui fixe les normes notamment pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins a été modifié, le 9 juillet 2015, par un arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune, par un arrêté wallon, le 18 décembre 2014, et, par un arrêté du gouvernement flamand le 27 novembre 2015.

Une maison de repos et de soins est définie, de manière identique, comme une structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins. Ces lits peuvent se trouver dans une partie d'une maison de repos pour personnes âgées. Les normes générales précisent que la maison de repos et de soins est destinée aux personnes nécessitant des soins et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée. Leur candidature ne peut être retenue qu'après une série d'évaluations devant notamment exclure le retour à domicile même accompagné de soins à domicile. L'état de santé de ces personnes exige des soins médicaux, infirmiers, paramédicaux et une aide dans les activités de la vie quotidienne. On ne s'étonnera donc pas de retrouver, dans ces normes, diverses dispositions relatives aux soins avec l'obligation qui leur est faite de disposer des moyens nécessaires en vue de les assurer. Nous avons d'ailleurs déjà examiné au point A celles relatives à la politique en matière d'hygiène et de prévention des infections et leur incidence.

L'infirmier en chef doit organiser l'admission des nouveaux résidents notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale. Ces normes ne contiennent pas d'interdiction d'admettre un patient atteint d'une infection nosocomiale mais ne l'imposent pas non plus.

Dans des textes plus spécifiques, comme à titre d'exemple, le modèle de règlement d'ordre intérieur en maison de repos de la COCOM, datant de 2011, il est prévu que lors de la demande d'admission le postulant doit fournir, à titre confidentiel, une attestation médicale certifiant qu'il est atteint ou non d'une maladie contagieuse. Il n'est aucunement indiqué que cette transmission aurait pour conséquence d'empêcher l'admission.

Dans l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 2009, il est précisé, à l'article 6 de l'annexe XII, que la maison de repos et de soins ne peut fixer des critères d'admission qui ont trait, notamment, aux convictions politiques, religieuses, philosophiques, à l'origine ethnique de la personne, à ses moyens financiers. Ce sont des termes génériques dont il est difficile de tirer des conséquences plus opérationnelles.

L'ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées du 24 avril 2008 de la COCOM prévoit, à son article 11, au titre de norme à respecter, le respect de la personne âgée, de ses droits constitutionnels et légaux en tenant compte de son état de santé et de son droit à mener une vie conforme à la dignité humaine.

Nous allons donc examiner, dans le chapitre suivant, si le refus d'une maison de repos et de soins d'admettre un patient sur base de cette affection médicale et du traitement qu'elle nécessite (c'est-à-dire un traitement qui ne relève plus de l'hôpital) pourrait être une atteinte à ses droits. En effet, établir une distinction sur base de l'état de santé actuel d'une personne peut se révéler être une discrimination alors illicite. Or, les droits à l'égalité et à la non- discrimination sont protégés par les articles 10 et 11 de la Constitution belge et sont donc bien des droits fondamentaux de la personne. Nous partirons de l'hypothèse que le patient répond sur tous les autres points aux critères d'admission de la maison de repos et de soins et à son offre de prise en charge.

D. La législation anti-discrimination en Belgique.

Il faut tout d'abord relever que le législateur aurait pu prévoir un texte clair à l'instar, à titre d'exemple, et dans un domaine différent mais toutefois proche, du décret de la COCOF régissant l'offre de services ambulatoires qui a été modifié par le décret de la COCOF du 9 juillet 2010 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination qui y a introduit l'exigence suivante : « être accessible à tous, sans aucune discrimination au sens du décret du 9 juillet 2010 ». [xxvi]

Faute de ce texte, de manière générale, les législations anti-discrimination trouvent leur origine dans des directives européennes. Ces directives sont traduites dans l'ordre interne belge par les différentes instances (Etat fédéral et Entités fédérées) suivant les compétences qui leur ont été attribuées. Comme nous traitons une matière personnalisable c'est donc aux autorités compétentes dans ce domaine d'arrêter la législation permettant d'assurer le respect du principe de non-discrimination. [xxvii]

De manière prospective, car il n'y a pas de jurisprudence judiciaire spécifique, nous allons étudier deux législations, parmi celles applicables, qui mettent en place un cadre global de lutte contre les discriminations et analyser si elles peuvent s'appliquer de manière utile à notre problématique. Le but est ici de vérifier si des arguments juridiques peuvent y être trouvés. Le raisonnement peut alors être reproduit à l'égard des autres législations en vigueur dans le domaine que nous traitons de l'aide aux personnes âgées.

Il s'agit du décret, déjà cité de la COCOF du 9 juillet 2010, et, de celui de la Communauté flamande du 10 juillet 2008. Ces deux législations ont été choisies car elles retiennent

un ensemble de critères de distinction qui s'appliquent à un ensemble de compétences. C'est donc adéquat puisque nous allons étudier le critère de l'état de santé actuel dans le cadre d'une offre de services. D'autres législations régissent en effet un seul domaine de compétence comme l'emploi ou des critères plus sélectifs comme le genre ou l'origine religieuse qui ne sont pas applicables en l'espèce. Dans le texte qui suit nous emploierons le terme de loi chaque fois que ces deux législations s'appliquent de manière identique ou très proche.
Deux remarques sont utiles : ces deux législations prévoient qu'une différence de traitement sur base, dans notre cas, de l'état de santé, n'est pas une discrimination quand celle-ci est prévue par la loi. Nous avons vu précédemment qu'il n'y a pas de norme qui interdit l'admission d'un patient atteint d'une infection nosocomiale.
Elles prévoient également que toute disposition contractuelle est nulle lorsqu'elle est contraire aux règles prévues. Une convention entre une maison de repos et de soins et un résident ne peut donc prévoir de discrimination sur base des critères protégés, comme l'état de santé, le genre, le handicap, une caractéristique physique, la couleur de peau, etc. Nous sommes toutefois dans un stade précontractuel puisque nous en sommes encore au stade de l'examen d'une demande d'admission.
Les principes à retenir sont les suivants : toute discrimination fondée sur l'état de santé actuel ou d'un handicap, dans le cadre de l'accès aux services, tant pour le secteur public que privé, dans le cadre de la compétence relative à la politique du troisième âge est interdite. Une différence de traitement n'est autorisée que, lorsque en raison de la nature de l'activité professionnelle concernée, l'état de santé constitue une exigence professionnelle essentielle, véritable et déterminante, pour autant que l'objectif soit légitime et que l'exigence soit proportionnée. Le décret flamand retient que le traitement défavorable doit se justifier dans un but légitime et que les moyens pour atteindre cet objectif sont adéquats et nécessaires.
Autrement écrit, la maison de repos et de soins doit pouvoir démontrer qu'une sélection basée sur l'état de santé ou le handicap est légitime et que c'est une exigence essentielle, véritable et déterminante pour l'organisation de son activité et enfin que le refus est proportionné c'est-à-dire non excessif. Le contrôle est donc très précis et rigoureux.
Que pourrait invoquer la maison de repos et de soins pour démontrer qu'il n'y a pas discrimination dans son chef ? Elle pourrait faire valoir la protection de l'état de santé des autres résidents, celle du personnel et des visiteurs mais aussi une organisation trop lourde des soins liés aux précautions additionnelles. Le patient peut faire valoir son intérêt à être pris en charge dans une structure plus adaptée à son état de santé. La société peut mettre en avant l'intérêt de la santé publique et une plus juste répartition des moyens financiers disponibles puisque le coût d'un séjour hospitalier est plus élevé.
Le plus souvent, toutefois, les maisons de repos et de soins accueillent déjà des personnes atteintes d'une infection nosocomiale soit par ignorance car celles-ci sont asymptomatiques, soit parce que s'agissant de leur milieu de vie habituel et, parfois depuis longtemps, elles y sont réaccueillies après une hospitalisation. Le refus des maisons de repos et de soins s'exprime donc le plus souvent lorsqu'il s'agit d'une demande d'un nouveau patient/résident qui ne leur est pas encore connu. Mais est-ce que le fait d'être un patient inconnu suffit, alors même que vivent déjà dans la maison de repos et de soins des résidents qui sont soignés en relation avec cette affection ?
La notion de handicap, selon l'interprétation judiciaire, peut provenir d'une maladie curable ou non qui entraîne une limitation de longue durée qui représente un obstacle à une participation effective.[xxviii] Retenir cette qualification-qui permet de considérer une personne atteinte d'une infection nosocomiale comme une personne handicapée est important. La loi fait alors obligation à la maison de repos et de soins de prendre des mesures d'aménagements raisonnables pour permettre l'accès à la personne handicapée sauf si cela représente une charge disproportionnée. Le décret flamand entend par adaptation raisonnable « toute mesure concrète, de nature matérielle ou immatérielle qui neutralise l'influence limitative d'un environnement inadapté à la personne atteinte d'un handicap » (article 19).
Or de nombreux protocoles de transfert de patients vers des maisons de repos et de soins, rédigés à l'initiative le plus souvent des équipes d'hygiène hospitalière, prévoient les soins ordinaires à apporter par le personnel de la maison de repos et de soins et les recommandations pour l'adaptation du milieu de vie. Le patient est aussi conscientisé sur les attitudes à adopter. Ces fiches de liaison portent ainsi sur les schémas de décontamination (où, quoi, comment), sur les produits à utiliser, la manière de les utiliser et le relevé de leur administration jour par jour. Elles détaillent, outre ces mesures personnelles, les mesures générales de désinfection de la chambre, des sanitaires, du matériel et du comportement à adopter dans les lieux de vie communs.
Adopter dès lors une règle générale de refus d'admission peut apparaître excessif. Une situation n'est pas l'autre ne fut-ce qu'au niveau de l'état de sévérité de l'infection nosocomiale- et donc du niveau exigé de prise en charge- ou de l'état de santé par exemple mentale du patient : un patient confus ne peut participer pleinement à la protection des autres résidents ou du personnel ce qu'un patient autonome peut assumer. Il faut donc examiner, de manière concrète et approfondie, chaque demande d'admission en évaluant entre autre le risque de transmission des bactéries potentiellement dangereuses.
La loi prévoit, en outre, que la charge n'est pas disproportionnée lorsqu'elle est compensée de façon suffisante par des mesures existantes. Or, nous avons vu que des mesures de collaboration sont maintenant obligatoires entre maisons de repos et de soins et hôpitaux dans le cadre de la lutte contre les infections. Il est donc favorisé les passerelles entre institutions notamment dans l'intérêt du patient.
Il apparait donc qu'il faudrait mieux adopter une politique d'admission adaptée aux caractéristiques médicales du patient qui demande son admission en maison de repos et de soins que de prétendre lui opposer une règle générale de refus souvent peu motivée et qui risque de ne pas répondre aux critères légaux de justification qui sont exigeants. Cela permettrait aussi au patient ou à l'hôpital de pouvoir éventuellement contredire les arguments qui seraient ainsi avancés.
A titre illustratif, c'est le sens d'une décision française du Défenseur des droits, du 8 septembre 2015, en réponse à une plainte relative au refus, pour discrimination sur base de l'état de santé, de pratiquer une prestation de soins corporels par un établissement esthétique. Les patients n'étaient pas avertis au préalable de la nécessité de fournir un certificat médical en cas de contre-indications médicales éventuelles. Suite à la décision, l'établissement a modifié ses pratiques, en janvier 2016, en prévoyant l'information préalable des patients pour qu'ils se munissent d'un certificat médical les autorisant à subir les soins. De même, sur une plainte concernant une discrimination sur base de l'état de santé lors de l'accès à un service (exclusion d'un jeune enfant de la crèche en raison

d'allergies alimentaires), par une décision du 26 mars 2014, le Défenseur des droits a émis une série de recommandations visant à clarifier cette prise en charge (présence d'un médecin ou pas) et ne plus permettre un refus de manière générale.
Jusqu'à présent la liberté de contracter - ou pas - ne permet [xxix] pas à un juge d'imposer à une maison de repos et de soins d'admettre le patient écarté sauf si la loi le permet. L'autonomie des parties s'y oppose en effet. Par contre, sous certaines conditions, le juge peut ordonner la cessation (la suspension selon le décret flamand) d'un tel comportement, faire afficher, dans les locaux de l'institution, un jugement reconnaissant une discrimination ou ordonner sa publication dans les journaux. Il peut aussi octroyer des dommages-intérêts à la personne discriminée. Enfin, pour accroître la force de ces mesures de lutte contre la discrimination celles-ci sont sanctionnées aussi par des peines pénales à l'égard de toute personne qui enfreint ces dispositions et de tout fonctionnaire (pour le secteur public) qui commet une discrimination.
Outre les sanctions pénales et civiles, d'autres autorités peuvent aussi être attentives à cette question comme les autorités d'agrément des maisons de repos et de soins. Le médecin coordinateur a également un rôle important à jouer. Les fédérations de maisons de repos et de soins peuvent aussi conscientiser leurs membres par le biais de recommandations ou l'établissement de chartes.
C'est une question de solidarité dans la lutte contre ce fléau majeur qui ne peut se résoudre par des politiques institutionnelles individuelles d'exclusion des patients qui en sont atteints.

NOTE DU COMITÉ DE RÉDACTION:
« **Bon à savoir...** Si une MRS de Flandre refuse d'admettre un candidat résident parce qu'il est porteur d'une bactérie multirésistante (MDRO), plainte peut être déposée auprès des autorités flamandes, plus particulièrement auprès de la « Woonzorglijn ». La Woonzorglijn est accessible tous les jours ouvrés par téléphone au 078 15 25 25 de 9h00 à 12h00 ou par mail à woonzorglijn@zorg-en-gezondheid.be ou encore via le site internet : http://woonzorglijn.be. La Woonzorglijn informe, conseille et traite les plaintes qui concernent les établissements résidentiels de soins aux séniors. Les résidents de ces établissements, les séniors qui vivent encore chez eux, leur famille, leurs amis ou connaissances, et même les membres du personnel peuvent s'adresser à la Woonzorglijn pour toutes sortes de questions ou plaintes concernant une maison de repos et de soins, un service-flat, un centre de séjour de courte durée ou un centre de soins de jour. La Woonzorglijn collabore avec le département « Woonzorg en Eerste Lijn » (Maisons de soins et première ligne) de l'Agence Soins et Santé, ainsi qu'avec l'inspection sanitaire. »

Références bibliographiques

i ISP Institut de Santé publique

ii J. MATHY « Dompter ces germes qui font de la résistance... ou composer ? » - Vie@ Santé n°31. Décembre 2015 p 4. à 10. Interviews du Dr. D. GOVAERTS et de Mme E. KULA – PFRHHH
Dr. LE PAIH LEROY – Les bactéries multi-résistances BMR en HEPAD, mythe ou réalité, DIU de médecin – coordinateur HEPAD, université Paris V – p. 10, 2007 – 2008

iii Conseil Supérieur de la Santé : Recommandations belges pour le contrôle et la prévention des infections à Clostridium difficile dans les hôpitaux aïgus et dans les maisons de repos et de soins », p. 10, 2008, CSS n°8365

iv CTINILS – Actualisation des définitions p. 10 / Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Direction générale de la santé – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

v CSS op cit p. 20

vi CTIVILS op cit p. 40

vii KCE - Centre d'expertise

viii KCE les infections nosocomiales en Belgique, Volet II : Impacts de la mortalité et sur les coûts, p. ii, 2009

ix KCE op cit p.iv

x Staphylocoques dorés résistants à la méthicilline (MRSA)

xi Symposium Belgian Infection Control Society BICS, 13 décembre 2011, B. JANS ISP Bxl

xii Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière dans les hôpitaux aïgus – Rapport annuel Données 2013 –Auteurs : Dr LAMBERT et Dr CATRY – p.233

xiii Conseil Supérieur d'Hygiène : « Recommandations pour le contrôle et la prévention de la transmission de staphylococcus résistant à la méthicilline dans les hôpitaux belges », pp 10-19 juin 2005, CSH 7725

xiv T. VANSWEEVELT La responsabilité des professionnels de la santé p.42 et s. Kluwer 2015.

xv P-L VIDAL « Infection nosocomiale : la faute du praticien exerçant en libéral au sein d'un centre hospitalier privé constitue une cause étrangère exonératoire de responsabilité de l'établissement de santé » Revue Droit et Santé mai 2016 page 369 et s.

xvi M. REYNIER « Jusqu'ici tout va bien ... « et « Tout va bien » Revue Droit et Santé mars et mai 2016 p. 203 et s. et p. 383 et s.

xvii G. GENICOT « infections nosocomiales : la responsabilité au milieu du gué » JLMB 2010 p.755 et s.
Tribunal 1ère instance Bxl , 28/01/2014 Rev Dt Santé 2014-2015 p.133 et s .
C.LEMMENS « Het al dans niet vermijbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener » Rev Dt Santé 2012-2013 p. 369 et s.

xviii Cour d'Appel de Liège 18 septembre 2014 RGAR 2015 15169 et s.

xix Tribunal de 1ère instance du Hainaut RGAR 2015 15240 et s.

xx B. DE CONINCK observations sous Cour d 'Appel de Liège 18 septembre 2014 « Infections nosocomiales : obligation de moyens ou de résultat ? » RGAR 2015 15169 et s.

xxi M. UYTTENDAELE et M. VERDUSSEN, Dictionnaire de la 6ème réforme de l'Etat – V° Maisons de Repos – V. DE GREEF – p.524, Larcier, 2015.

xxii COCOF - Commission communautaire française

xxiii VGC - Commission communautaire flamande

xxiv COCOM - Commission communautaire commune

xxv Op cit Dictionnaire de la 6ème réforme de l'Etat, V° transferts intra francophones de compétences – L. LOSSEAU et M. DEKLEEERMAKER p. 892 et p.900

xxvi Article 33 du décret de la COCOF du 9 juillet 2010 modifiant le point 4° de l'article 33 du décret de la COCOF du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille et de la santé.

xxvii C. HOREVOETS et S. VINCENT « Concepts et acteurs de la lutte contre les discriminations » in Droit de la non-discrimination Avancées et enjeux p.23, 24 et 30, Bruylant, 2016.

xxviii C. HOREVOETS et S. VINCENT op cit p. 74
Cour d'Appel Bxl 17 novembre 2015 JTT 2016 p.81.

xxix C. HOREVOETS et S. VINCENT, op cit p.93. Pour un exemple dans une autre matière (les assurances) S. GANTY et M. VANDERSTRAETEN « Actualités de la lutte contre la discrimination dans les biens et services » in Droit de la non-discrimination op cit p. 243 à 246.

LECTURES

On a lu pour vous

V. Chopra, J. C. O'Horo, M. A. M. Rogers, D. G. Maki and N. Safdar

The Risk of Bloodstream Infection Associated with Peripherally Inserted Central Catheters Compared with Central Venous Catheters in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis

Infection control and hospital epidemiology Vol. 34 / Issue 09 / September 2013, pp 908 - 918

Les cathéters centraux implantés en périphérie (PICCs) sont associés aux septicémies associées aux cathéters centraux (CLABSI). L'importance de ce risque lié aux cathéters veineux centraux (CVCs) est inconnu. L'objectif est de comparer le risque de CLASI entre les PICCs et les CVCs.
Nous avons réalisé la recherche dans MEDLINE, CinAHL, Scopus, EmBASE,et Cochrane CENTRAL. Nous avons inclus les études complètes comparant le risque de CLABSI entrer les PICCs et les CVCs. Nous avons inclus dans notre analyse les études reprenant les adultes d'au moins 18 ans qui ont reçu une insertion de cathéter central PICC ou CVC et qui ont présenté une septicémie. Les études sont évaluées en utilisant l'échelle de Downs et Black pour le risque de biais. Les effets aléatoires de méta analyse sont utilisés pour estimer le risque de CLABSI chez des patients avec PICCs versus CVCs.
Sur 1185 études identifiées, 23 études englobant 57250 patients rencontrèrent les critères d'éligibilité. 20 des 23 études éligibles rapportent un nombre total d'épisodes de CLABSI chez des patients avec PICCs et CVCs. Un regroupement des méta analyses de ces études révèle que les PICCs sont associés avec un moindre risque de CLABSI que les CVCs (risque relatif [RR], 0,62 ; intervalle de confiance à 95%[CI], 0,40-0,94). L'hétérogénéité statistique pousse à réaliser une analyse des sous groupes qui a démontré que la réduction de CLABSI était plus grande chez les patients ambulatoires (RR [95%CI], 0,22 [0,18-0,27])comparée aux patients hospitalsés porteurs de PICCs (RR[95 % CI], 0,73 [0;54-0,98]). 13 des 23 études incluses rapportent les CLAVSI par jour cathéter. Parmi ces études, les CLABSI associées au PICC surviennent aussi fréquemment que celles associées au CVC (ration du taux d'incidence[95 % CI], 0,91 [0,46-1,79]).
Limite : Seule une étude randomisée rencontre les critères d'inclusion. La définition de CLABSI et les stratégies de prévention de l'infection de l'infection sont rapportées de façon variable. Quelques études rapportent les infections par jour cathéter.
Bien que les PICCs soient associés à un moindre risque de CLABSI que les CVCs chez les patients ambulatoires, les patients hospitalisés courent un risque égal de CLABSI avec les PICCs q'avec les CVCs. L'évaluation risque bénéfice avant l'utilisation de PICC chez un patient hospitalisé doit être justifiée.

M. Pongruangporn, M. C. Ajenjo, A. J. Russo, K. M. McMullen, C. Robinson, R. C. Williams and D. K. Warren

Patient- and Device-Specific Risk Factors for Peripherally Inserted Central Venous Catheter Related Bloodstream Infections

Infection control and hospital epidemiology Vol. 34 / Issue 02 / February 2013, pp 184 - 189

L'objectif est de déterminer le risque spécifique lié au patient ou au dispositif médical de septicémie acquise à l'hôpital associée au cathéter central inséré en périphérie (PICC) chez des patients adultes. Il s'agit d'un groupe d'études cas-contrôle réalisées dans l'hôpital juif Barnes., un hôpital universitaire de 1252 lits. Les patient sont des adultes ayant reçu un PICC entre le 1 janvier 2006 et le 31 juillet 2008. Nous avons identifié les cas de septicémie (BSI)sur PICC en utilisant la définition du National Healthcare Safety Network(NHSN). Les patients non infectés porteurs de PICC sont sélectionnés aléatoirement selon un ration de 3 pour 1. Les variables associées au patient et au matériel sont examinées en utilisant une analyse multi variée.
Le taux global de BSI sur PICC est de 3,13 par 1000 jours cathéter. Les facteurs de risque indépendants pour la septicémie sur PICC comprennent la décompensation cardiaque congestive (Odds ratio [OR], 2,0 intervalle de confiance à 95 % [CI], 1,26-3,17 ; P=0,003), la perforation intra abdominale (OR, 5,66 [95 % CI 1,76-18,19] ; P=0,004), l'infection à Clostridium difficile (OR, 2,25 [95 % CI, 1,17-4,33], P=0,02), une chimiothérapie récente(OR, 3,36 [95 % CI, 1,15-9,78] ; P=0,03), la présence d'une trachéostomie (OR, 5,88 [95 % CI, 2,99-11,55];P<0,001) et le type de cathéter (pour double lumen : OR, 1,89 [95 % CI, 1,15-3,10] ; P=0,01 ; pour un triple lumen : OR, 2,87 [95 % CI, 1,39-5,92] ; P= 0,004). Une affection obstructive des voies respiratoires sous jacente (OR, 0,48 [95 % CI, 0,29-0,78] ; P=0,03) et une admission dans un service de chirurgie (OR, 0,43 [95 % CI, 0,24-0,79]; P=0,006) ou d'oncologie ou d'orthopédie (OR, 0,35 [95%CI, 0,13-0,99] ; P=0,05) sont peu susceptibles d'être associées à une septicémie associée au PICC.
Nous avons identifié plusieurs nouveaux facteurs liés à la septicémie associée au PICC. Ces facteurs nécessitent la mise en place de mesures préventives.

Y. Rhee ; M. Heung; B. Chen; C. E. Chenoweth

Central Line-Associated Bloodstream Infections in Non-ICU Inpatient Wards: A 2-Year Analysis

Infection Control & Hospital Epidemiology / Volume 36 / Issue 04 / April 2015, pp 424 - 430

Nous connaissons peu de choses sur les facteurs spécifiques des patients contribuant à la septicémie associée au cathéter central (CLABSI) en dehors de l'unité des soins intensifs (ICU). Nous avons cherché à décrire ces facteurs et émis l'hypothèse que les patients sous dialyse pourraient représenter une partie importante de cette cohorte. Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle de janvier 2010 à décembre 2011 dans un hôpital universitaire de 880 lits. Les patients présentent une CLABSI et

ne sont pas dans des unités en soins intensifs. Les patients CLABSI sont identifiés sur base d'une banque de données existante de contrôle de l'infection et nous avons réalisé une première révision des dossiers. Nous avons utilisé les définitions du National Health and Safety Network (NHSN) pour la classification des CLABSI et des infections.. Le taux des CLABSI est calculé ,par jour patient. Sur une période de 2 ans, 104 patients ont présenté 113 CLABSI pour un taux d'infection de 0,35 par 1000 jours patient. La durée moyenne de séjour avant la CLABSI est de 16 +/-13,3 jours qui est proche du triple de la durée moyenne de séjour hospitalière pour des patients non ICU. Seuls 11 patients (10,6 %) sont sous dialyse dans les 48 heures de la CLABSI. Cependant, 67 % des patients ont une affection hématologique et 91,8 % de ceux-ci sont admis avec un diagnostic d'affection hématologique maligne et présentent une neutropénie au moment de la CLABSI. Le germe le plus souvent mis en évidence est l'Enterococcus spp. Et la moitié de tous les cathéters veineux centraux (CVCs) présents sont insérés depuis la périphérie (PICC lines). La mortalité » globale est de 18,3 % et de 27,3 % chez les patients dialysés.
Nous concluons que chez les patients présentant une CLABSI hors les unités de soins intensifs, seuls 10,6 % recevaient une dialyse avant l'infection. Cependant, une affection hématologique maligne sous-jacente, la neutropénie et les PICC lines ont une prévalence élevée dans cette population.

D. Ratz, T. Hofer, S. A. Flanders, S. Saint and V. Chopra

Limiting the Number of Lumens in Peripherally Inserted Central Catheters to Improve Outcomes and Reduce Cost: A Simulation Study

Infection Control & Hospital Epidemiology / FirstView Article / April 2016, pp 1 - 7

Le nombre de canaux (lumens) des cathéters centraux insérés en périphérie (PICC) est associé à des complications thrombotiques et infectieuses. Puisque les PICCs à plusieurs canaux ne sont pas nécessaires chez tous les patients, les politiques qui limitent leur utilisation peuvent favoriser la sécurité et le moindre coût. Nous utilisons une analyse basée sur une simulation pour évaluer les résultats et le coût associé à une politique qui favorise l'utilisation de PICC à un canal. Les données d'entrée incluant les risques de complications et les coûts associés aux PICCs mono et pluri canaux sont obtenus de la littérature disponible et d'un projet collaboratif d'amélioration de la qualité pluri hospitalier. La réduction de coût et la réduction de septicémies associées aux voies centrales et les cas de thromboses de veines profondes des PICCs mono canaux sont répertoriées dans les institutions.
En concordance avec notre modèle, un hôpital qui place 1000 PICCs par an (dont 25% de mono canaux et 75 % de pluri canaux) rencontre annuellement un coût associé aux PICCs de maintenance et de complications de 1228598 $ (95 % CI, 1053175-1430958). Dans de telles unités, chaque augmentation de 5 % d'utilisation de PICC mono canal préviendrait 0,5 septicémie associée à l'utilisation du PICC et 0,5 épisode de thrombose de veine profonde associée tout en épargnant 23500$. Passer de 25 % à 50 % d'utilisation de PICC mono canaux reviendrait à épargner 119283$ (95 % CI, 74030-174170) par an. Sans tenir compte de la ligne de base de prévalence, une politique de PICC mono canal par défaut pourrait être associée à une moindre dépense approximative de 10 %. Les résultats restent robustes dans les analyses multivariées de sensibilité.
Nous concluons que les politiques hospitalières qui limitent le nombre de canaux des PICCs peuvent augmenter la sécurité des patients et réduire les coûts des soins. Il semble nécessaire de réaliser des études mesurant les conséquences attendues et non attendues de cette approche, suivies par une mise en place rapide.

A. Kovacich, P. D. Tamma, S. Advani, V. O. Popoola, E. Colantuoni, L. Gosey and A. M.Milstone

Peripherally Inserted Central Venous Catheter Complications in Children Receiving Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT)

Infection Control & Hospital Epidemiology /Volume 37 / Issue 04 / April 2016, pp 420 - 424

L'objectif est d'identifier la fréquence et les facteurs de risque associés aux complications qui nécessitent le retrait du cathéter veineux central inséré en périphérie (PICC) chez les patients qui bénéficient d'une thérapie antibiotique (OPAT) en externe et de déterminer la justesse de l'OPAT chez les enfants présentant des complications associées à l'OPAT. Nous avons constitué une cohorte rétrospective d'enfant qui ont reçu un PICC inséré au St Johns Hpkins Centre pour enfants entre le premier janvier 2003 et le 31 décembre2013 et qui sont sortis de l'hôpital avec une OPAT.
Un total de 1465 PICCs ont été utilisées pour administrer une thérapie antibiotique après sortie de l'hôpital pour 955 enfants. Parmi ceux-ci, 117 PICCs (8 %) ont nécessité le retrait du cathéter pour cause de complication (4,6 par 1000 jours cathéter). Les enfant qui sont sortis vers des unités de long séjour présentent un risque accru de complication du PICC (ratio d'incidence de risque[IRR], 3,32 ; intervalle de confiance à 95 % [CI], 1,79-6,17). Pour les enfants qui reçoivent l'OPAT, l'âge de l'enfant, (IRR ajusté [aIRR], 0,95 ; 95 % CI, 0,92-0,98), la localisation non centrale du bout distal du cathéter (aIRR, 2,82 ; 95 % CI, 1,66-4,82) et l'assurance publique (aIRR, 1,63 ; 95 % CI, 1,10-2,40) sont associés aux complications des PICCs. De plus, 34 patients (32 %) qui présentent des complications ne nécessitaient pas une thérapie antibiotique intraveineuse après leur hospitalisation. Parmi les enfants non hospitalisés ayant une OPAT par PICC pendant la période étudiée, 8 % ont développé une complication qui a nécessité le retrait du PICC. Les enfants envoyés dans les structures de long séjour ont un taux augmenté de complications comparé aux enfants qui sont rentrés chez eux. Avec une éducation augmentée par rapport à la durée appropriée de l'antibiothérapie et par rapport aux situations dans lesquelles une conversion rapide à une thérapie entérale doit être envisagée, les complications associées aux PICCs peuvent être évitées pour 32 % des enfants.

S. M. Baxi, E. K. Shuman, C. A. Scipione, B. Chen, A. Sharma, J. J. K. Rasanathan. and C. E. Chenoweth

Impact of Postplacement Adjustment of Peripherally Inserted Central Catheters on the Risk of Bloodstream Infection and Venous Thrombus Formation

Infection Control & Hospital Epidemiology / Volume 34 / Issue 08 / August 2013, pp 785 – 792

Le mauvais positionnement du bout distal des cathéters centraux insérés en périphérie (PICC) est potentiellement associé avec des complications et le repositionnement après insertion est largement réalisé. Nous cherchons à caractériser l'association entre la septicémie associée au cathéter central (CLABSI)ou une thrombose veineuse (VT) et l'ajustement du PICC. Nous avons réalisé une étude rétrospective de cohorte dans un hôpital de référence du système de santé de l'université du Michigan. Nous avons inclus les patients qui ont reçu un PICC inséré entre février et août 2007. Les premiers résultats sont un développement de CLABSI dans les 14 jours ou une VT dans les 60 jours du repositionnement après placement du PICC, données identifiées par une revue des dossiers médicaux électroniques des patients. Nous avons recensé 57 CLABSIs (2,69/ 1000jours PICC) et 47 VTs (1,23/ 1000 jours PICC) ; 609 patients ont eu un, 134 deux et 33 3 ou plus repositionnements. Un ajustement est protecteur contre la CLABSI (P= 0,04) alors que 2,3 ou plus ne sont pas associés à la CLABSI (respectivement P= 0,58 et 0,47). Un,2 ou 3 ajustements ne sont pas associés avec la formation de VT(respectivement P=0,59, 0,85 et 0,78). L'immunosuppression (P<0,01), les PICCs avec injection sous pression (0,05) et les PICCs à 3 voies comparés à ceux à une voie (P= 0,02) sont associés à la CLABSI. Les cathéters à injection sous pression sont aussi associés à une plus grande formation de VT (P=0,03).
Nous concluons que l'immunosuppression et les PICCs 3 voies sont associés à) un risque accru de CLABSI. Les cathéters à injection sous presion sont associés à un risque accru de CLABSI et de formation de VT. Le repositionnement des PICCS après placement n'est pas associé à un risque accru de CLABSI ou de VT.

A. Yousif, A.-M. Chaftari, M. Michael, M. Jordan,Z. Al Hamal , A. Hussain, N. Elizabeth, Y. Jiang,R. Hachem, I. Raad

The influence of using antibiotic-coated peripherally inserted central catheters on decreasing the risk of central line-associated bloodstream infections

American Journal of Infection Control vol 44 2016 1037-1040

L'utilisation des cathéters centraux insérés en périphérie (PICCs) a beaucoup augmenté ces dernière années étant donné le peu de complications dues à leur insertion. L'objectif de cette étude est de déterminer si les patients munis de PICCs imprégnés de minocycline et de rifampicine ont un taux de CLABSI inférieur à celui de patients munis de PICCs classiques.
L'utilisation de PICCs chez des patients cancéreux à haut risque est associée à un taux relativement élevé de CLABSI à barrière non muqueuse. Les PICCs imprégnés avec M/R peuvent diminuer le risque de CLABSI à un bas niveau approchant le zéro. Cependant, l'utilisation actuelle de PICCs M/R est associée à un taux plus élevé d'échec de la première insertion que les PICCs non imprégnés. Les études futures devraient évaluer les lignes PICCS imprégnées à M/R, CHX-SS ou gendine en utilisant un polymère lisse et maintenir une tolérance zéro de CLABSI avec une insertion réussie au premier essai.

S.J. Kim-Saechao, E. Almario, Z.A. Rubin

A novel infection prevention approach: Leveraging a mandatory electronic communication tool to decrease peripherally inserted central catheter infections, complications, and cost.

American Journal of Infection Control vol 44 2016 1338-1348

Les cathéters centraux insérés en périphérie (PICCs) enlevés prématurément pour infection ou thrombose non confirmées conduisent à une réinsertion et à des complications associées. Pour augmenter la qualité clinique, un outil de communication obligatoire (MECT) basé sur les recommandations en pratique clinique est rendu obligatoire pour tous les patients hospitalisés adultes dans un centre de soins affilié à une université. Ce MECT facilita une communication rapide et une évaluation spécialisée avec l'équipe PICC concernant toutes les complications associées aux PICCs. Nous avons réalisé une étude de cohorte historique. Nous avons comparé la qualité et les coûts de 200 PICCs après la mise en ace du MECT avec 200 PICCs 12 mois avant cette mise en place. Nous avons comparé les taux d'enlèvement et de complications entre les deux cohortes. Les résultats significatifs incluent le taux de septicémie associé à la voie centrale qui passe de 1,38/1000 jours cathéter à 0/1000 jours cathéter, 0 propension à enlever prématurément le PICC et une diminution globale de 84 % dans l'enlèvement prématuré (de 16 %-2,5 %; P<0,0001), une diminution dans le taux de complication s de 45,5 %-24 % (P<0,0001) et une réduction des coût de radiologie de 25 %.
Nous concluons qu'une nouvelle approche de contrôle de l'infection qui pousse le MECT conduit à 0 septicémie associée à la voie centrale et prévient les enlèvements prématurés des PICCs.

Park K., Jun HJ, Oh Sy.

Safety, efficacy, and patient-perceived satisfaction of peripherally inserted central catheters in terminally ill cancer patients : a multicenter observational study

Support care cancer. 2016Dec ; 24 (12) : 4987-4992

Le but de cette étude est d'investiguer la sécurité, l'efficacité et la satisfaction subjective des cathéters centraux insérés en périphérie (PICCs) chez des patients cancéreux en fin de vie. Tous les PICCs sont insérés par un radiologue interventionnel avec aide radiologique. Nous avons géré la survenue des complications associées au PICC et évalué la satisfaction du PICC perçue par le patient en utilisant un questionnaire semi structuré. Un total de 36 patients cancéreux en fin de vie ont reçu un PICC. 23

patients ont reçu 2 insertions de PICC ; à partir de cela, 39 épisodes sont finalement analysés pour 829 jours PICC. Toutes les procédures sont réalisées sans complication associée à celles-ci. La durée moyenne de vie du cathéter est de 19,0 jours (95 % CI, 14,1-23,9). 34 cas ont gardé le PICC jusqu'au moment décidé alors que les 5 autres cas (12,8 %; 6,1/1000 jours cathéter) sont des PICCs retirés prématurément. Au total, 10 complications (25,6 %; 12,3/1000 jours PICC) sont rapportés y inclus les retraits prématurés(n=5), saignements (n=3) et thrombophlébite (n=2). Les patients ont rapporté que la procédure n'était pas (42 %), un peu (36 %) ou angoissante (21 %). Sur les 30 patients qui ont conservé leurs facultés cognitives au jour 5, beaucoup de patients (n=25, 83 %) ont rapporté plus de confort alors que les 5 autres patients ne rapportent aucun changement (n=3) ou moins de confort (n=2). Nous concluons que les PICCs sont insérés en toute sécurité et montrent un taux d'utilisation favorable avec des complications acceptables. De plus, beaucoup de patients ont ressenti que l'accès parentéral est plus confortable après l'insertion du PICC. Lorsque nous considérons les caractéristiques des patients cancéreux en fin de vie, les conditions de vie réduites et la survie limitée, le PICC peut être une méthode sûre et efficiente pour un accès veineux.

Harrod M, Montoya A, Mody L, McGuirk H, Winter S, Chopra V.

Challenges for Nurses Caring for Individuals with Peripherally Inserted Central Catheters in Skilled Nursing Facilities.

J. Am Geriatr Soc. Oct ; 64 (10) : 2059-2064

L'objectif de l'étude est de comprendre la non préparation des infirmières de terrain (infirmières diplômées [Rns], les infirmières licenciées en pratique [LPNs], les infirmières chefs d'unité et les gestionnaires des maisons de soins [SNF])dans le cadre de l'administration des soins pour des résidents présentant un cathéter central inséré en périphérie (PICC) dans les maisons de soins. Il s'agit d'une étude qualitative exploratrice dans 2 maisons de soins dans la communauté ; les participants sont les résidents avec PICC, les infirmières de terrain et les gestionnaires des SNF. Sur une période de 36 semaines, nous avons observé 56 résidents avec PICC et leurs infirmières et les avons interviewé de façon non formelle, nous centrant sur les pratiques de soins concernant les PICC et la documentation. De plus, les données de ligne de base des PICC ont été collectées pour l'indication de placement (ex. : administration d'antibiotiques, ...), l'endroit du placement (hôpital vs SNF) et le temps de perfusion. Nous avons alors conduit des groupes à thème avec les infirmières de terrain et les chefs d'équipe et avons réalisé des interviews semi structurés avec les gestionnaires de SNF pour évaluer la non préparation ressentie pour les soins aux PICCs. Les données sont traitées en utilisant une approche analytique descriptive.
Nous avons observé des variations dans la documentation pendant les interviews informels hebdomadaires. Des différences sont notées entre les avis spontanés des résidents concernant l'intérêt des PICCs (qualité de vie) et ceux décrits par les infirmières de terrain. Nous avons aussi noté des défauts de communication entre les hôpitaux et les SNF au sujet du soin au cathéter, la date de la dernière réfection du pansement et le terme de retrait du PICC. Durant les groupes à thème, l'inadéquation perçue de l'information au moment des transitions de soins, l'accès limité aux ressources pour soigner les PICCs et la distance entre la pratique et le formation sont relevés comme des barrières pour améliorer la pratique et la sécurité.
Nous concluons que les pratiques de soins pour les PICCs dans les SNF peuvent être améliorées. Des stratégies multimodales qui améliorent l'éducation de l'équipe, augmente l'échange d'informations durant le passage des soins et facilitent l'accès aux ressources dans les SNF semblent nécessaires pour améliorer les soins et la sécurité des PICCs.

Hitchcock J.

Preventing intraluminal occlusion in peripherally inserted central catheters.

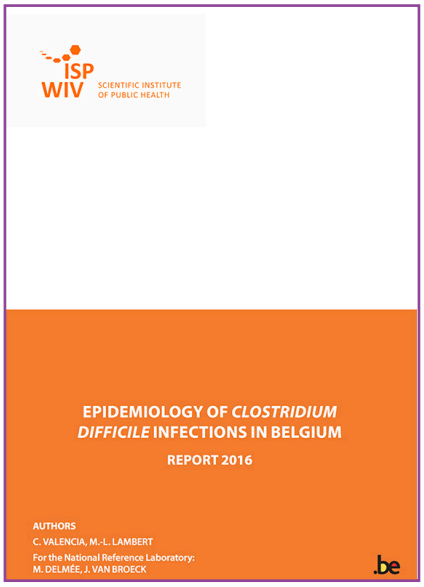
Br J Nurs. 2016 Oct 27;25(19):S12-S18.

Les cathéters centraux insérés en périphérie (PICCs) sont utilisés dans de nombreuses spécialités. Des complications infectieuses et thrombotiques sont largement rapportées mais il y a peu d'écrits sur les complications des occlusions persistantes après retrait (PWO) ou sur les occlusions luminales complètes dans Les PICCs. Nous avons réalisé un audit de tous les patients porteurs de PICC pendant une période de 6 semaines en utilisant une combinaison de revue de la documentation clinique eet de données du département, une revue physique des patients hospitalisés et une discussion avec les infirmières spécialisées en hématologie, oncologie et l'équipe de soins ambulatoires d'antibiothérapie et d'accès vasculaire pour déterminer le degré de PWO ou l'occlusion mais aussi pour revoir les implications financières dans l'introduction d'un produit plus cher. C'est difficile de déterminer le taux de PWO ou d'occlusion complète vu la diversité de la cohorte de patients et la nature universitaire de l'organisation. Le taux d'occlusion est estimé à 5 % mais de l'avis général, le problème est sous estimé. Un connecteur sans aiguille pour tous les PICCs a ensuite été introduit en hématologie, oncologie et dans les unités hépato biliaires. Suite au changement par le connecteur sans aiguille, 180 PICCs ont été insérés par l'équipe d'accès vasculaire dans un site de l'organisation sur une période de 12 mois avec un temps de 9702 jours cathéter (moyenne: 53,9 jours, médiane : 35 jours), un taux de PWO de 1/1000 jours cathéter et un taux d'occlusion totale de 0,4/1000 jours cathéter. Le laps de temps entre l'insertion à la PWO ou l'occlusion va de 9 à 144 jours. Malgré le peu de données de ligne de base, les résultats suggèrent que l'introduction du connecteur bi directionnel sans aiguille a un impact positif sur le taux de PWO et d'occlusion totale dans les PICCs.

Infos

TITRE:

Epidémiologie des infections à Clostridium difficile en Belgique Rapport 2016

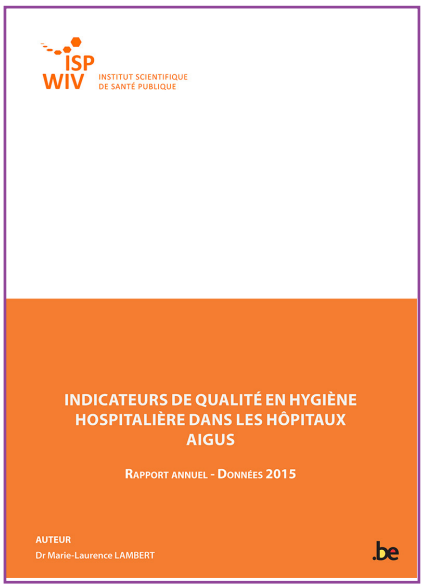


Description brève : Les infections à Clostridium difficile (ICD) sont une cause majeure de diarrhée et de colite pseudomembraneuse dans les institutions de soins aigus et chroniques. Dans la dernière décennie, une augmentation de l'incidence a été rapportée dans divers pays du monde. Cette augmentation a été attribuée à de multiples facteurs: une augmentation de l'utilisation de certains antibiotiques, une augmentation de la population présentant des facteurs de risque (les personnes âgées), et l'émergence de souches hypervirulentes.
Ce rapport fait la synthèse des données épidémiologiques relatives aux ICD en Belgique à partir de plusieurs sources : surveillance nationale dans les hôpitaux, y compris les données du laboratoire de référence (2008-2015), les résumés hospitaliers minima (1999 -2013), et le registre des décès (1998-2013).

Lien vers rapport global :
http://www.nsih.be/download/CDIF/CDIF_Report_EN_v8.PDF

TITRE:

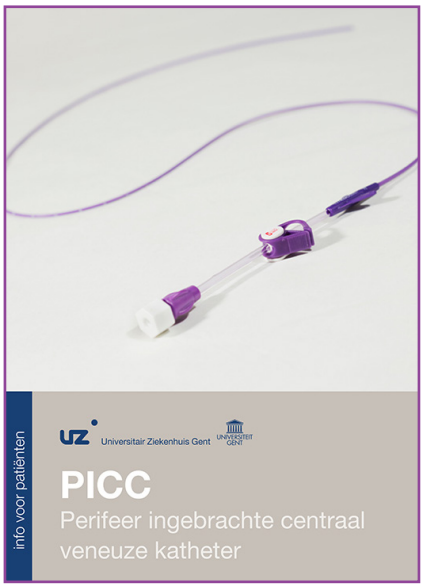
Rapport Indicateurs Qualité en Hygiène hospitalière ISP



Contexte et introduction :
L'Arrêté Royal du 27/01/2015 (1) concernant la surveillance en hygiène hospitalière mentionne l'obligation pour les hôpitaux aigus de récolter des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement. Les indicateurs sont définis par la « Commission de coordination de la politique antibiotique» (BAPCOC) sur avis de la plateforme fédérale pour l'hygiène hospitalière. Le projet est coordonné par l'Institut Scientifique de santé Publique (ISP) qui assure la récolte, l'analyse, et la publication des données, ainsi que la rédaction du rapport.
Les objectifs de ce projet sont les suivants: 1) évaluer l'impact de la politique en hygiène hospitalière,
2) juger de la qualité au niveau de chaque hôpital (« accountability ») dans le domaine de l'hygiène hospitalière – ce qui implique la publication des indicateurs par hôpital, à l'exception des indicateurs de résultats, et 3) contribuer à l'amélioration locale de la qualité en incitant les hôpitaux à mesurer et à améliorer leurs actions et résultats

Lien vers rapport global :
http://www.nsih.be/download/IQ/QI_Report_2015_FR.pdf

Infos



TITRE:

Informations complémentaires pour le patient concernant les PICC de l' UZ Gent

Lien vers rapport global :
http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20patienteninformatiefolders/PICC.pdf

APPEL À ABSTRACTS:

Vu le succès rencontré par le premier colloque conjoint de l'ABIHH, du BICS et de la NVKVV-WIN du 10 mai 2016, une suite est programmée en 2017, intitulée « From M to O : MDRO ».

Noteer alvast 12 oktober 2017 in je agenda!

Nous sommes tous un jour confrontés à des épidémies au cours de notre carrière d'hygiéniste hospitalier, certaines plus importantes que d'autres. Souvent, des problèmes imprévisibles apparaissent au moment de les détecter ou de les prendre en charge, ou les mesures à prendre ne sont pas observées comme prévu. C'est votre expérience dans ce contexte qui nous intéresse.

« Si vous avez été confronté à une épidémie dans votre établissement et avez rencontré des problèmes lors de sa détection, sa prise en charge ou son suivi, vous êtes la personne que nous recherchons pour venir raconter votre vécu à notre prochain colloque ».

Envoyez votre abstract à ***Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be*** **AVANT LE 31 MARS 2017** ; un groupe d'experts choisira, parmi tous les envois, les 3 abstracts qui présentent la plus grande plus-value pour la pratique. Ces trois expéditeurs auront l'opportunité de partager leur expérience de vive voix au colloque et d'en publier un résumé dans le Noso-Info. Et pour les remercier, ils seront également inscrits au congrès ICPIC de Genève de 2019. Les autres expéditeurs acceptés auront l'opportunité de présenter une affiche au colloque et de publier un résumé dans le Noso-Info.

L'abstract doit reprendre les éléments suivants :

- Titre
- Nom(s) du/des auteur(s), fonction(s) et nom de l'établissement
- Introduction et objectif à atteindre (max. 15 lignes)
- Méthodologie (max. 20 lignes)
- Résultats (max. 20 lignes)
- Conclusion (max. 5 lignes)

Dans l'attente de vos envois, nous souhaitons à chacun d'entre vous beaucoup d'inspiration et de réussite !

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.

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOC :
  http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commissions/bapcoc
- Swiss noso :
  https://www.swissnoso.ch/fr/
- Conseil supérieur de la Santé :
  http://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante
- CDC/HICPAC :
  http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html
- Belgian Infection Control Society (BICS) :
  http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be
- Nosobase :
  http://nosobase.chu-lyon.fr
- Noso-info :
  http:// www.nosoinfo.be
- World health organization (OMS) :
  http://www.who.int/gpsc/en/
- "Tuesday seminars", Section épidémiologie :
  http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/agenda.htm
- Avis et recommandations du Conseil Supérieur de la Santé :
  http://wwwCSS_HGR.be
- Plate-forme Fédérale d'Hygiène Hospitalière (HIC = Hospital Infection Control) :
  http://www.hicplatform.be
- Clean care is safer care :
  http://www.who.int/gpsc/en/index.html
- The Infection Prevention Working Party (WIP) (Nederland) :
  http://www.wip.nl/UK/contentbrowser/onderwerpsort.asp
- ABIHH : Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière :
  http://www.abihh.be

AGENDA SCIENTIFIQUE

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

- **29 MARS - 2 AVRIL 2017**
  Society for Health Care Epidemiology of America (SHEA)
  Spring 2017 Conference
  Lieu : Hyatt Regency St. Louis, MO, USA
  Renseignements : : http://www.shea-online.org

- **22 - 25 AVRIL 2017**
  ECCMID Congress
  Lieu : Vienne, Autriche
  Renseignements : secrétariat +41615080150 ; Fax : +41615080151
  Site web : http:// www.eccmid.org

- **1 - 5 JUIN 2017**
  American Society for Microbiology (ASM/ICAAC)
  Lieu : New orleans, LA, USA
  Site web : http://www.icaac.org

- **7 - 9 JUIN 2017**
  28ème Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)
  Lieu : Acropolis, Nice, France
  Renseignements : http://www.meet-in-nice.coHm/agenda/evenement/5280-congres-national-de-la-sf2h

- **20 - 23 JUIN 2017**
  4ème International Conference on Prevention and Infection Control (ICPIC)
  Lieu : Genève, Suisse
  Site web : http://www.ICPIC.com

Comité de rédaction

Comité de rédaction
B. Catry, G. Demaiter, T. De Beer,
S. Milas, C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante,
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 la prévention et la maitrise des infections liées aux soins. 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.

Partenaires

Pour tout renseignement concernant l'Institut de Santé Publique (WIV-ISP)
Service Infections liées aux soins & Antibiorésistance
14 av. J. Wytsmans
1050 Bruxelles
www.wiv-isp.be/epidemio/epifr
www.nsih.be

NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen
Pour tout renseignement concernant le groupe de travail hygiène hospitalière NVKVV
Mr. P. Braekeveld, président
Mme G. De Mey, collaboratrice
Tél : 02/737.97.85
Fax : 02/734.84.60
Email : navorming@nvkvv.be

ABIHH
Pour tout renseignement concernant l'ABIHH
Groupe infirmier francophone
Mr Yves Velghe
Tél : 02/477.25.43
Email : info@abihh.be
www.ABIHH.be

BICS – Belgian Infection Control Society
Pour tout renseignement concernant l'inscription au BICS, veuillez vous adresser au secrétaire BICS :
Dr Sandrine Roisin
Hôpital Erasme,
Route de Lennik, 808,
1070 Bruxelles.
Tél : 02/555.6643-4541
Fax : 02/555.85.44
Email : Sandrine.Roisin@erasme.ulb.ac.be

COTISATIONS BICS :
Inscription comme membre du BICS :
Infirmier(e)s 25 €
Médecins 60 €
Médecins en formation 25 €
via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

noso *info* *est également disponible sur internet : www.nosoinfo.be*