



Sommaire

- 2 |** [Projet-pilote fédéral de lutte contre les infections liées aux soins dans les MRS et MRPA : expériences et défis](#)
- 6 |** [Joint-venture en matière de prévention des infections entre un hôpital régional et un centre de logement et de soins dans le Houtland](#)
- 9 |** [Prévalence du portage asymptomatique de *Clostridium difficile* chez les résidents de maisons de repos et de soins situés dans la zone est de la côte belge.](#)
- 14 |** [Journée d'étude pour infirmiers sur le contrôle des infections : 14 mars 2016 - 42e semaine des infirmières et sages-femmes](#)
- 17 |** [L'AZ Nikolaas et 9 centres de séjour et de soins unissent leurs forces pour améliorer la prévention des infections et leur maîtrise dans la région.](#)
- 19 |** [On a lu pour vous](#)
- 23 |** [Infos](#)
[Nouveautés](#)
- 26 |** [Sites web](#)
- 27 |** [Agenda scientifique](#)
- 28 |** [Comité de rédaction & Partenaires](#)

Éditorial



Comme le décrivent très bien Béa Jans et Katrien Latour dans la page d'accueil de la surveillance des infections dans les établissements de Long séjour sur le site de l'ISP

« En raison du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées ayant un important besoin de soins augmente. Quand l'offre de soins à domicile ne suffit plus à couvrir ces besoins ou lorsqu'une prolongation du séjour hospitalier n'est plus possible, une admission dans un établissement de long séjour s'impose.

Les résidents de ces établissements présentent un risque élevé de développer des infections liées aux soins ou d'être colonisés par des germes résistants aux antimicrobiens. Ils sont vulnérables, notamment à cause du vieillissement de leur système immunitaire, de la ou des maladies dont ils souffrent et de leur perte d'autonomie. Les infections s'accompagnent plus souvent de complications et des antibiotiques sont souvent prescrits. De plus, le caractère familial de ces institutions constitue un véritable défi du point de vue de l'antibiorésistance et de la prévention et du contrôle des infections liées aux soins. Des résidents vulnérables y vivent en collectivité et ont des contacts sociaux fréquents.

Depuis plusieurs années les établissements consentent beaucoup d'efforts afin de prendre la mesure de la problématique des infections liées aux soins, l'usage d'antimicrobiens et l'antibiorésistance dans les établissements de long séjour en Belgique. »

Il est évident que dans ce contexte, le besoin structurel en matière de prévention et de maîtrise des infections associées aux soins est aussi important que dans les hôpitaux de soins aigus comme le dit très bien Eddy De Baets.

Vous trouverez dans ce numéro deux expériences de collaboration très positives entre les soins aigus et les longs séjours pour la prévention des infections. Même si ces établissements de longs séjours ont déjà réalisés beaucoup d'effort, leur faire partager notre expérience de la promotion de l'hygiène des mains est un grand plus.

Anne Simon

noso info

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



Projet-pilote fédéral de lutte contre les infections liées aux soins dans les MRS et MRPA : expériences et défis

Eddy De Baets, RN¹, Koen Verhofstadt, MD², Anne-Marie Van den Abeele, MD¹,

1 Équipe de prévention des infections, AZ Sint-Lucas, Gand

2 Médecin coordinateur conseiller, maison de repos et de soins Domino, Gand



Introduction

La population belge vieillit. D'ici 2030, les plus de 65 ans représenteront près de 25% de la population totale. Ce vieillissement de la population entraîne l'augmentation du nombre de personnes souffrant d'affections chroniques et de problèmes de dépendance, et donc également du besoin de soins et d'assistance. Dans notre pays, ces soins sont très diversifiés et peuvent être intramurales, transmurales ou extramurales (Fig. 1). C'est dans les soins intramurales que l'assistance médicale et paramédicale sont les plus importants. Dans les maisons de repos et de soins (MRS), le besoin structurel en matière de prévention et de maîtrise des infections liées aux soins est presque aussi important que dans les hôpitaux spécialisés dans les soins aigus. La mise en place et l'entretien de ces structures pour plus de 1.500 établissements spécialisés dans les maladies chroniques (contre une centaine d'hôpitaux spécialisés en soins aigus) en Belgique est un défi de taille (Fig. 2).

En avril 2009, tous les hôpitaux, MRS et MRPA (appelées MRS ci-après) de Belgique ont été invités à participer à un projet-pilote du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Pour chaque communauté/région (Flandre, Wallonie, Bruxelles et Communauté germanophone), un groupe de projet a été choisi, composé d'au moins 3 et de maximum 8 MRS, ainsi que d'un hôpital spécialisé en soins pour la coordination. Les groupes de projet sélectionnés ont été appelés consortiums. Au niveau

fédéral, le projet a été porté par le coordinateur de la Cellule Soins chroniques, soins aux personnes âgées et soins palliatifs du SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

L'étude a été menée en deux temps : une étude de faisabilité a d'abord été mise en route pendant 18 mois (de janvier 2010 à juin 2011) pour mettre en place les structures, expertises et ressources nécessaires à la maîtrise des infections ; ensuite (en 2014), 2 consortiums supplémentaires ont été ajoutés afin de créer une base plus large pour mettre à l'épreuve et valider les recommandations issues de la première partie de l'étude. Cette partie de l'étude comprenait également une obligation de résultat et requérait donc un rapport final commun destiné au Fédéral. Pendant l'étude, les compétences relatives aux soins aux personnes âgées ont été définitivement transférées aux Régions. Les compétences relatives aux maisons de repos et de soins ont été transférées aux Régions et Communautés le 1er juillet 2014.

Pour la Flandre, nous avons eu l'opportunité de participer tout au long du trajet avec une équipe composée de 8 MRS (nombre de lits passant de 861 à 937) et d'un hôpital spécialisé en soins aigus (805 lits). Dans cet article, nous décrivons notre expérience en tant que consortium. Dans le descriptif, nous mettons l'accent sur le chemin que nous avons parcouru ensemble. Nous donnons un aperçu des barrières et des opportunités que nous avons rencontrées tout au long de ce projet-pilote.

Ressources matérielles et méthodes

Un groupe de base et un groupe de projet ont été mis en place au sein de chaque consortium. Le **groupe de base** rassemble les leaders des différents secteurs représentés dans le groupe. Outre les 2 médecins coordinateurs conseillers (MCC) et 2 infirmiers issus des maisons de repos et de soins participantes, on y retrouve également 3 représentants de l'hôpital coordinateur, à savoir le chef de service des soins gériatriques (G) et membre du groupe de travail de liaison gériatrique. fonctionnelle, le médecin et l'infirmier responsables de la prévention des infections. Ils font office de groupe de réflexion, préparent les réunions du consortium et élaborent les décisions qui bénéficient d'un soutien. Au sein du groupe, ce sont eux les responsables de l'organisation du symposium final et du rapport final. Le **groupe de projet** rassemble tous les représentants possibles des MRS participantes. Outre les infirmiers et MCC, on peut également y retrouver des médecins du travail et des responsables de la qualité. Ils évaluent et révisent le travail préparatoire du groupe de base et sont également responsables en bout de course de la mise en œuvre des missions dans leur établissement respectif.

En outre, la **1ère partie** de l'étude impose d'évaluer la **faisabilité** de la mise en place d'un nombre de structures en matière de prévention des infections. Les structures présentées, l'équipe et le comité en charge de la politique générale en matière d'infections liées aux soins (PGIS) sont représentatives de l'organisation de prévention des infections, avec une équipe et un comité de prévention des infections au sein de l'hôpital spécialisé en soins aigus. Il était également obligatoire de participer aux études de prévalence ponctuelle « Healthcare Associated Infections and Antimicrobial use in European Long-Term Care Facilities » (HALT 1) et « Multi-drug Resistant Organism (MDRO) » (SARM et BSLE). La première partie de l'étude a été bouclée avec un symposium local du consortium en juin 2011 et un symposium fédéral en octobre 2011.

La **2e partie** de l'étude s'est penchée sur la consolidation des structures mises en place dans la 1re partie, mais aussi sur 8 thèmes spécifiques. Notre consortium s'est chargé de l'**enregistrement** et de la **surveillance des infections** avec création d'un registre des infections et d'une **collaboration** (échange d'informations et soutien) **transmurale** via la liaison gériatrique fonctionnelle et une liaison externe.

Résultats

STRUCTURES

Du matériel relatif à l'hygiène des mains et des équipements de protection individuelle ont été achetés et de petites adaptations ont été apportées aux infrastructures pour les optimiser. Ce type de dépenses peut vite monter en flèche pris individuellement par chaque établissement. En outre, on a appris à utiliser le règlement de travail pour augmenter le respect des accords et des procédures. La présence et l'apport du médecin du travail, des médecins généralistes et des infirmiers (en chef) dans le comité PGIS ont représenté une plus-value. Ces derniers peuvent également faire office de référents en matière de prévention des infections dans leur service. L'équipe et le comité PGIS peuvent faire appel à l'expertise de l'équipe d'hygiène hospitalière de l'hôpital spécialisé en soins aigus.

Les membres du consortium gardent un sentiment positif de leur collaboration. L'installation du groupe de base au sein du consortium constitue une plus-value évidente.

PROCESSUS

Tous les membres du consortium font état d'une **augmentation claire de la prise de conscience** en matière de prévention des infections liées aux soins. La participation au projet a donné lieu à une **dynamique** dans tous les secteurs de l'organisation de la MRS. L'hôpital spécialisé en soins aigus a appris à mieux connaître la problématique et les canaux de communication au sein de la MRS. L'installation de l'équipe PGIS apporte plus de clarté sur le lieu de travail. En effet, on sait mieux à **qui s'adresser** pour tout ce qui a trait à la prévention des infections liées aux soins. Les équipes peuvent se charger d'une formation interne à la mesure de la MRS et à la mesure du groupe-cible. L'installation d'un comité performant en matière de politique de lutte contre les infections liées aux soins n'a pas connu le même succès dans toutes les MRS. **L'investissement en temps** ne doit pas être sous-estimé : au-delà des réunions, une collaboration active à plusieurs projets est requise. Cela s'est avéré très compliqué pour les MRS dépourvues de **structure qualité** élaborée. Sans soutien financier supplémentaire, il est presque impossible de faire survivre les structures au-delà de l'étude. Il est ressorti clairement de ces études qu'une **feuille de route** uniforme s'imposait pour la prévention des infections liées aux soins. Depuis, la feuille de route en matière de politique de lutte contre les infections dans les maisons de repos et de soins flamandes, la « Draaiboek infectiebeleid in Vlaamse Woonzorgcentra - interactief », a été créée.

Une concertation entre les MRS et les hôpitaux s'impose. Cette communication transmurale peut être favorisée grâce à l'échange de données sur les infections liées aux soins et le statut de colonisation du patient/résident. La liaison gériatrique fonctionnelle et la liaison externe sont d'autres instruments déjà présents qui peuvent y contribuer. Il faut en outre permettre aux MRS d'avoir accès par voie électronique, sur une plateforme de communication standardisée, aux données relatives à l'admission et à la sortie, y compris aux directives relatives au suivi des infections liées aux soins.

RÉSULTATS

La participation à deux enquêtes (2011 et 2014) portant sur la prévention des infections liées aux soins chez les collaborateurs et médecins a révélé des points sensibles en interne quant à la vision et l'attitude adoptée en matière de précautions habituelles. Collaborer à des études de prévalence comme l'HALT et la MDRO permettent à la MRS d'avoir une meilleure vue sur ses propres chiffres. Cela permet d'introduire progressivement une culture de l'évaluation. Le registre des infections qui reprend tous les mois les résidents porteurs d'une infection représente un instrument accessible et pratique. Son utilisation est maintenue non seulement dans les MRS de notre consortium, mais aussi dans les autres consortiums du projet. Nous nous référons ici au complément d'information du MCC ci-après (sous Ad 3).

Expériences d'un MCC

Plusieurs maisons de repos et de soins de Flandre-Orientale ont collaboré à ce projet fédéral entre 2010 et 2014 au sein d'un consortium avec l'AZ Sint-Lucas en vue de démarrer, améliorer et uniformiser la politique générale de lutte contre les infections liées aux soins. Grâce à des comités réunissant les MRS et les équipes internes, grâce à des formations complémentaires et une approche axée sur des missions sur le lieu de travail, les connaissances, aptitudes et attitudes relatives à la prévention, à la politique générale et à l'enregistrement des infections liées aux soins et aux germes multirésistants ont bénéficié d'une plus-value professionnelle.

En ma qualité de MCC, je peux affirmer que ce projet a donné de la substance et de la force à ma mission spécifique par rapport aux maladies infectieuses telles que décrites dans l'AR du 9/03/2014. Une collaboration passionnante s'est également mise en place avec d'autres maisons de repos et de soins et avec l'hôpital.

La littérature relative à la politique générale en cas d'infections à germes résistants a été approfondie et les conseils d'Evidence-Based Medicine (EBM - médecine fondée sur des données probantes) bénéficiant du plus haut degré de force de preuve ont été distribués : d'abord l'importance primordiale des mesures générales de précaution (hygiène des mains et équipements de protection individuelle), ensuite l'absolue nécessité d'une politique d'utilisation restrictive des antibiotiques (chaque « ligne » en médecine humaine, médecine vétérinaire, bio-industrie). Enfin, l'enregistrement en matière d'infections liées aux soins a été adapté.

Ad 1. les mesures de précautions générales

A chaque échelon de collaborateurs, un changement significatif s'est produit dans les MRS en matière de connaissance et d'attitude dans la prévention des infections. Pas uniquement grâce à la théorie apprise lors des mises à niveau, mais aussi grâce à des contrôles systématiques, poursuivis depuis, notamment sur les bijoux, l'utilisation et la consommation de lotion hydroalcoolique de gants jetables dans les services. Une interdiction de porter des bijoux est apparue dans le règlement de travail de toutes les maisons de repos et de soins. Les nouveaux collaborateurs et étudiants se voient communiquer les messages-clés des mesures de précautions générales, par ailleurs affichés dans chaque service. Les formations internes qui ont été entamées durant le projet ont connu une suite, au rythme d'une fois par an. Les médecins traitants qui viennent en visite sont priés de montrer l'exemple en matière d'hygiène des mains.

Ad 2. la politique d'utilisation restrictive d'antibiotiques

Il est demandé aux médecins traitants, lors des formations de mise à jour, des contacts individuels et par le biais de notes dans les dossiers, de prendre leurs responsabilités en matière d'antibiotiques. Ils sont priés de mettre leur liberté thérapeutique dans la balance face aux besoins sanitaires des communautés fermées.

Grâce au consortium, les MCC font passer le message à leurs collègues en visite, et des formations de mise à niveau ont été réparties à grande échelle : par le biais des réunions du groupe qualité local (LOK), de Domus Medica, 'Wintermeeting Geriatrie', 'het Farmacotherapeutisch bijblijven' à l'UZ de Gand, d'un article dans le Journal de la Médecine... Les médecins généralistes reçoivent les messages-clés suivants :

- Antibiotiques : cfr. la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) : spectre réduit, dose élevée,

courte durée, pas de cure répétitive.

- En cas d'infection des voies respiratoires basses, cibler le pneumocoque qui est encore toujours sensible à la pénicilline ; en cas de résistance intermédiaire, on peut toujours augmenter la dose par la suite. Ce n'est qu'en cas de résistance totale (rare) ou d'allergie avérée induite par des anticorps IgE (très rare) qu'on évitera l'amoxicilline.

- Limiter le recours aux quinolones. En cas d'infection des voies respiratoires (voir plus haut) et d'infection urinaire, commencer avec de la nitrofurantoïne.

- Éviter ou restreindre l'utilisation prophylactique d'antibiotiques - l'uroprophylaxie est très élevée dans les maisons de repos !

- Suivre un arbre décisionnel lorsqu'une infection urinaire est diagnostiquée, ne pas commencer de traitement antibiotique sur base d'indications limitées comme une urine trouble ou malodorante. Partir du critère Mc Geer et procéder au test par bandelette réactive aux leucocytes et aux nitrites, et si ce dernier est négatif, exclure une infection urinaire. Si le test est positif aux leucocytes ou aux nitrites – en plus de présenter un critère Mc Geer positif - suivre le traitement recommandé par la BABCOC et le Formulaire de soins aux personnes âgées

- SARM : ne pas effectuer de dépistage systématique mais décontaminer en cas de résultat positif d'une culture.

Autres MDRO : dépistage non indispensable, mais les mesures de précautions générales doivent être appliquées rigoureusement.

Ad 3. l'enregistrement des infections (liées aux soins)

Le MCC est tenu par la loi d'enregistrer les maladies infectieuses. Cela se passe différemment dans chaque maison de repos et de soins. Grâce au projet, le consortium a proposé au SPF - et ensuite à l'agence flamande des soins de santé - d'uniformiser cette obligation légale. Avec une approche en trois volets :

1. Résultats de laboratoire des cultures bactériennes, avec les MDRO qu'on y a isolés
2. Liste des infections cliniques par spécialités : gastro-intestinales, ORL/respiratoires, dermatologiques, urinaires etc.
3. Données pharmaceutiques avec la consommation de tous les antibiotiques, par classe.

Conclusion

Expériences : Quelques MRS du consortium continuent à travailler avec les structures installées d'équipe et comité de politique en matière d'infections liées aux soins. Dans la MRS où un infirmier voit une partie de son temps de travail dégagée pour la politique en matière d'infections liées aux soins, on est capable de mener une politique plus performante et cohérente. Dans d'autres MRS du consortium, les collaborateurs disposant de compétences adéquates (bachelor, master) ne sont pas en nombre suffisant pour pouvoir organiser une politique de lutte contre les infections liées aux soins, ou des collaborateurs qui disposent du profil de fonction adéquat doivent occuper des postes inférieurs d'une pénurie d'infirmiers.

Toutes les MRS reconnaissent le besoin et l'intérêt d'une formation et d'une remise à niveau régulières. Le pas est franchi pour organiser des formations continues en interne. Les procédures doivent être régulièrement revues/actualisées. Les infections liées aux soins ont été enregistrées grâce à l'élaboration d'un registre des infections, pratique et faisable.

Seule une répartition claire de ces études dans le temps permet de participer à l'enregistrement ou aux études de prévalence. La liaison gériatrique fonctionnelle est une plus-value évidente

dans la réalisation d'une communication transmurale. Le MCC et les MRS ont reçu le soutien de l'hôpital spécialisé en soins aigus pour améliorer tant d'un point de vue structurel que substantiel la théorie et la pratique relatives aux infections liées aux soins. L'hôpital spécialisé en soins aigus peut-il continuer à offrir ce soutien ?

Défis : La prévention est la pierre angulaire dans la maîtrise des infections dans tous les établissements de soins de santé, et il n'en va pas autrement pour les MRS. Que ce soit sur le terrain, au niveau de la direction ou dans la plume de chaque médecin, il convient de garder à l'esprit que les MDRO constituent une menace pour la santé publique, à fortiori dans les communautés fermées des personnes âgées vulnérables que sont nos MRS. Les mesures de précautions générales doivent être répétées à l'envi et les médecins doivent prescrire les **antibiotiques** de manière responsable.

La feuille de route « Draaiboek infectiebeleid in Vlaamse Woonzorgcentra » est un instrument précieux³. Il faudrait rapidement en obtenir une traduction en français et en allemand. **Les évaluations qualitatives doivent devenir la norme dans les MRS.** C'est possible grâce à un outil d'auto-évaluation que décrit le rapport final du projet, page 68.

Intégrer la maîtrise des infections liées aux soins avec une qualité des soins dans les établissements spécialisés dans les soins chroniques est un must. Dans cette optique, il est regrettable que le Vlaams Indicatoren Project voor woonzorgcentra (projet flamand d'indicateurs destinés aux MRS) n'évalue que le niveau de vaccination contre la grippe des prestataires de soins dans les indicateurs qualité des soins et sécurité à ce jour⁴.

L'enregistrement local des infections liées aux soins est nécessaire (évaluer, c'est savoir) et faisable grâce à l'élaboration d'un registre des infections. **La participation à des études de prévalence** est souhaitable, mais n'est possible que si ces études sont clairement étalées dans le temps, par ex. 1x/an.

La coopération transmurale, l'échange de données et le soutien peuvent être optimisés par le groupe de pilotage liaison gériatrique fonctionnelle et la liaison gériatrique externe.

En ce qui concerne la prévention et la prise en charge des infections liées aux soins dans les (±100) hôpitaux spécialisés en soins aigus, nous menons des actions depuis 30 ans déjà, avec des hauts et des bas. Pouvons-nous raisonnablement espérer faire pareil pour plus de 1.500 établissements spécialisés en soins chroniques d'ici quelques années ? Nous avons en tout cas constaté, dans le cadre du projet, que c'était possible, et cela nous gonfle d'espoir.

Van Houtte, T., Claesen, B., Haenen, R., Schuermans, A., Beke, A., & De Lepeleire, J. (2012). Brussel/Leuven: ACHG – VAZG – ACCO

4. Vlaams Indicatoren Project Woonzorgcentra: handleiding <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Handleiding%20over%20kwaliteitsindicatoren%20voor%20woonzorgcentra.pdf>

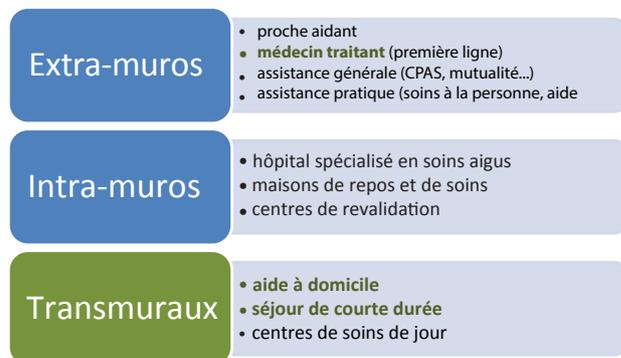


Figure 1 : diversification des soins aux séniors en Belgique

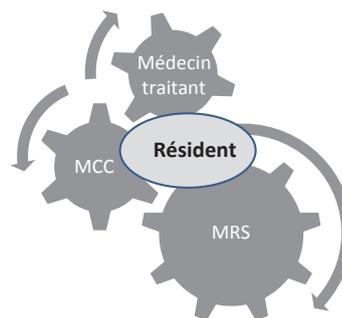


Figure 2 : Triangle soignant dans les soins résidentiels aux personnes âgées
MRS : maison de repos et de soins, MCC : médecin coordinateur conseiller

Références

1. Coordination P. Matthys, SPF Santé publique. Gestion des infections liées aux soins en MRS et MRPS, 6 consortiums. Rapport rédigé par le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 15 décembre 2014. <http://www.health.belgium.be/fr/gestion-des-infections-liees-aux-soins-en-mrs-et-mrpa>
2. dimanche 9 mars 2014. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=14-04-10&numac=2014024114
3. Draaiboek infectiebeleid in Vlaamse woonzorgcentra (WZC).

Joint-venture en matière de prévention des infections entre un hôpital régional et un centre de logement et de soins dans le Houtland

Blomme Veronique (auteur), infirmière hygiéniste hospitalière AZ Sint-Rembert Torhout, membre du *Werkgroep Infectiebeheersing NVKVV* (groupe de travail lutte contre les infections de l'association catholique des infirmières et sages-femmes flamandes)

Dr. Karel Pattyn (co-auteur), MCC Ter Luchte Ruddervoorde



Introduction

Face à la montée de plus en plus importante de germes multirésistants et virulents et de portages inconnus, une campagne pour l'hygiène des mains a été mise en œuvre dans un centre de logement et de soins à la demande du médecin coordinateur et conseiller (MCC) et en collaboration avec l'infirmière hygiéniste hospitalière d'un hôpital situé à proximité.

Cette campagne a pour objectif, en encourageant l'application de l'hygiène des mains et de mesures préventives générales, de se défaire du dépistage de cas de MRSA par exemple auprès de tous les résidents, ceci en favorisant l'hygiène des mains afin de limiter la propagation de germes.

La campagne a été déployée dans un centre de logement et de soins composé de 89 chambres, réparties sur deux étages, l'un étant réservé aux résidents en état de dépendance et l'autre aux résidents atteints de démence.

Mise en œuvre de la campagne sur l'hygiène des mains

À l'automne 2015, l'infirmier hygiéniste hospitalier a organisé deux formations à l'intention de tous les collaborateurs internes du centre de logement et de soins. Lors de la formation, les participants ont d'une part reçu des explications concernant les germes multirésistants avec une stratégie axée sur la politique antibiotique, la notification du portage en cas de transfert, la vigilance constante et la politique en matière d'hygiène des mains et, d'autre part, leur attention a été attirée sur l'importance de l'hygiène des mains, comme les conditions de base et indications appliquées aux résidents du centre de logement et de soins. Dans ce cadre, des séances d'exercice ont été organisées autour de la technique de l'hygiène des mains à l'aide de la lampe à UV.

Les observations avant campagne ont été organisées de façon inopinée par l'infirmier hygiéniste hospitalier lors des soins du matin. Elles englobaient des observations directes portant d'une part sur les conditions de base en matière d'hygiène des mains (absence de bijoux, ongles propres et nets, absence

de vernis ou de faux ongles, absence de montre au poignet, manches courtes) et d'autre part sur l'observance (le respect) de l'hygiène des mains, et ce à chaque étage. L'infirmier a pour ce faire assisté aux soins prodigués aux résidents, à la thérapie de groupe dans la salle de jour, à la préparation et à la distribution des repas et médicaments, etc.

En guise d'instruments de mesure, il a été fait appel aux grilles d'observation « conditions de base en matière d'hygiène des mains » et « grille d'observation de l'hygiène des mains dans les hôpitaux psychiatriques » <http://www.vousetesendebonnesmains.be>.

En marge d'observations en matière d'hygiène des mains, des mesures de prévention des infections générales ont également été étudiées, comme le nettoyage et la désinfection de matériel infirmier, la séparation entre le matériel/le linge propre et le souillé, l'entretien de la chambre, etc.

Les observations ont été condensées dans un rapport portant sur le respect de l'hygiène des mains et comportant des recommandations destinées à soutenir les mesures après campagne, comme l'utilisation de gants, des points supplémentaires pour la désinfection des mains, l'ensemble tenant compte de l'environnement résidentiel du centre de logement et de soins.

La sensibilisation a été élaborée par le MCC en collaboration avec la direction du centre de logement et de soins et englobait des actions ciblées basées sur les résultats obtenus lors des observations avant campagne :

- formation de tous les collaborateurs par le MCC : les conditions de base et indications pour l'hygiène des mains ont une nouvelle fois été abordées, tout comme un feed-back et les points d'attention des observations avant campagne ;
- tous les lavabos et flacons de gel hydroalcoolique ont été munis d'une instruction sur la manière de se laver ou désinfecter les mains ;
- gadgets pour tous les collaborateurs : ceux-ci ont reçu une crème pour les mains en vue d'appuyer la campagne hygiène des mains.

Les occupants ont également été impliqués dans la mise en œuvre de l'hygiène des mains et ont reçu à cet effet une brochure intitulée « Vous êtes en de bonnes mains » (1) dans laquelle ils étaient invités à mettre l'hygiène des mains en pratique.

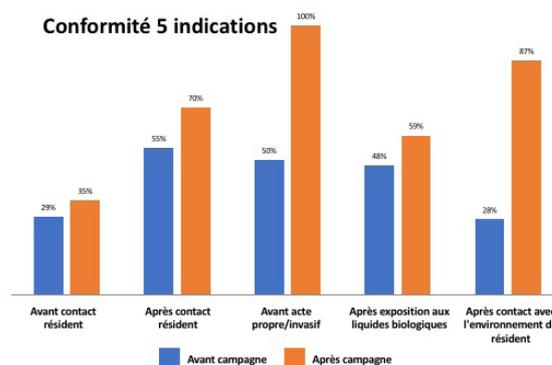
Des affiches ont également été apposées dans le centre de logement et de soins, comme dans le hall d'entrée, dans le bureau de l'infirmier en chef, dans les espaces de vie, sur les tableaux d'information, etc.

Les observations après campagne ont ensuite été réalisées par l'infirmier hygiéniste hospitalier de la même façon que les observations avant campagne. Un feed-back direct a également été donné lors des observations en vue d'appuyer la mise en œuvre de l'hygiène des mains. Un rapport comportant les constatations a à nouveau été établi et remis au MCC, qui à son tour a expliqué les résultats aux infirmiers en chef et à la direction du centre de logement et de soins.

Résultats

L'observance des conditions de base a progressé de 51 % dans les observations avant campagne à 59 % dans les observations après campagne. L'observance de l'hygiène des mains selon les 5 indications est passée de 44 % dans les observations avant campagne à 66,85 % dans les observations après campagne. L'objectif de croissance de 20 % a été atteint pour la mise en œuvre de l'hygiène des

mains mais pas pour l'observance des conditions de base.



Discussion

La mise en œuvre, l'élaboration et l'introduction d'une campagne nécessitent un temps considérable de la part de l'infirmier hygiéniste hospitalier. Il est crucial d'élaborer un plan d'approche comportant les objectifs et attentes fixés selon un calendrier défini qui sera soumis à la direction de l'hôpital afin qu'elle en connaisse parfaitement l'impact.

Le MCC constitue donc le maillon entre l'infirmier hygiéniste hospitalier et les responsables du centre de logement et de soins et fournit un cadre de confiance mutuelle.

Une communication claire à l'intention des prestataires de soins et résidents du centre de logement et de soins permet d'éviter l'apparition d'un sentiment d'immixtion dans la vie du résident et d'organiser les observations dans un climat de transparence.

L'observation de l'hygiène des mains nécessite beaucoup d'empathie de la part de l'infirmier hygiéniste hospitalier lors de la création de la confiance afin de contribuer à un climat de transparence et de sécurité.

Recommandations

- Afin d'améliorer les observations, celles-ci seront encore organisées de façon inopinée jusqu'à deux fois par an par l'infirmier hygiéniste hospitalier. L'observance par les assistants et professionnels de la santé externes étant inférieure, ils seront également impliqués à l'avenir (en étant invités à participer à une formation, en recevant des directives relatives à l'hygiène des mains et des mesures de prévention des infections générales).

- La collaboration, la mise en œuvre de campagnes et l'organisation de recyclages peuvent être intégrées dans le plan directeur du centre de logement et de soins et de l'hôpital.

- Les responsables du centre de logement et de soins ainsi que le MCC peuvent être invités à participer au Comité d'hygiène hospitalière ou l'hygiéniste hospitalier peut être invité à participer à une réunion du personnel ou à la concertation MCC du centre de logement et de soins.

- L'introduction d'une croix de sécurité pour les conditions de base en matière d'hygiène des mains. Il s'agit d'une croix au départ vierge composée de blocs, chaque bloc représentant un jour du mois. Chaque jour, la présence ou l'absence d'une erreur y est indiquée à l'aide de la couleur rouge (en cas d'erreur) ou verte (en l'absence d'erreur). Si une bague n'a pas été retirée par exemple, la case est colorée en rouge. Ce procédé permet de se faire, à mesure que le mois avance, une idée de plus en plus nette de la qualité du travail par rapport au sujet choisi (conditions de base hygiène des mains) et à chacun de s'en rendre compte en un clin d'œil.

VEILIGHEIDSKRUIS



1	2	17	18			
3	4	19	20	21		
5	6	22	23	24		
7	8	25	26	27		
9	10		28	29		
11	12			30		
13	14				31	
15	16					

AFDELING: _____
 MAAND: _____
 INDICATOR: _____

Green = geen fout
Rood = fout

Conclusion

La collaboration entre le MCC, l'hygiéniste hospitalier et la direction du centre de logement et de soins est cruciale pour la réussite dans toutes les phases de la campagne et traduit une amélioration des résultats qui doit continuer à être suivie et ancrée dans le quotidien.

Bibliographie

(1) « Vous êtes en de bonnes mains », campagne de promotion de l'hygiène des mains afin de lutter contre les infections associées aux soins dans les centres de logement et de soins flamands, www.zorginfecties.be

Prévalence du portage asymptomatique de *Clostridium difficile* chez les résidents de maisons de repos et de soins situés dans la zone est de la côte belge.

Trouvé¹, S. Sleeckx¹, J. Van Broeck², M. Delmee²,
AZ Gezondheidszorg Oostkust¹, Université catholique de Louvain²



Contexte

Clostridium difficile est un bacille à gram positif anaérobie et sporulé qui a été décrit pour la première fois en 1935 comme faisant partie de la flore intestinale des nouveau-nés. Le spectre clinique d'une infection symptomatique à *Clostridium difficile* (ICD) consiste généralement en une diarrhée abondante qui peut s'accompagner de douleurs abdominales, de fièvre et d'iléus paralytique. Du mucus et du sang occulte peuvent être présents, mais la diarrhée hémorragique est rare. Dans les cas graves, des complications peuvent survenir, comme une déshydratation, des troubles électrolytiques et, en cas de pancolite, un mégacôlon toxique avec parfois une perforation du côlon (1).

Le spectre clinique d'une ICD symptomatique est caractérisé par la production de deux toxines qui sont cytotoxiques pour les cellules épithéliales du côlon. Il s'agit de la toxine A ou entérotoxine et de la toxine B ou cytotoxine. Un probable facteur de virulence additionnel est la toxine binaire qui est produite par certaines souches, en particulier les souches plus virulentes telles BI/NAP1/027. La toxine binaire peut également être présente en l'absence de la toxine A ou de la toxine B (2).

La colonisation asymptomatique par *C. difficile* est la situation dans laquelle le *C. difficile* est détecté en l'absence de symptôme ou d'infection. Il est supposé que ces patients colonisés sont protégés contre l'infection parce qu'ils parviennent à produire une réponse immunitaire humorale

accrue contre les toxines (3). Par contre, ces patients colonisés peuvent être considérés comme un réservoir d'agents infectieux et donc constituer un risque pour d'autres personnes (4).

Portage asymptomatique

Définition

Selon nos sources, il n'existe pas de définition claire de l'ICD asymptomatique et les termes « portage » et « colonisation » sont souvent utilisés l'un pour l'autre. La définition de la colonisation asymptomatique par *C. difficile* qui a été utilisée dans notre étude est donc la suivante : Détection d'un *C. difficile* toxinogène ou de toxine, de *C. difficile* dans les selles en absence de diarrhée ou de suspicion de colite pseudomembraneuse.

Il n'existe aucune preuve concluante que les souches non-toxinogènes puissent provoquer une infection. Les cas d'ICD où des souches non-toxinogènes sont impliquées montrent généralement des cultures mixtes de souches toxigènes et non-toxinogènes (5).

Epidémiologie

Les estimations relatives à la prévalence des colonisations asymptomatiques par *C. difficile* diffèrent significativement d'un groupe de patients à l'autre (6). Le tableau 1 présente un aperçu basé sur la plupart des publications (récentes). Chez

les personnes saines ne présentant pas de facteurs de risque d'ICD, la prévalence oscillait entre 0 et 15%. Dans les hôpitaux aigus, la prévalence chez les patients admis en gériatrie oscillait entre 0,6 et 15%, et en général – hors gériatrie – entre 4 et 29%.

Nombre d'études se sont concentrées sur les patients âgés admis dans des institutions de soins de longue durée («Long-Term Care Facilities» ou «LTCF»), où les prévalences révélaient des valeurs variant de 0 à 51%. Pour les maisons de repos proprement dites, les résultats sont plutôt rares. Dans l'avis du Conseil Supérieur de la Santé n° 8365, qui date de mai 2008, on peut lire que la prévalence d'une infection à *C. difficile* dans les maisons de repos et de soins varie de 2,1 à 8,1%, selon des chiffres de 1993 (1). Des études plus récentes, spécifiquement axées sur le portage, révèlent une prévalence oscillant entre 0 et 10% (7,8).

Tableau 1 : Prévalence de la colonisation asymptomatique par *C. difficile* au sein de différentes populations (6)

Type de population	Fourchette des taux de portage (%)
Nouveau-nés et enfants sains	18-90
Adultes sains – population générale	0-15
Personnes âgées admises dans des institutions de soins de longue durée, recevant des soins chroniques ou résidant dans des maisons de soins	0-51
Hôpitaux	
• Personnes âgées	06-15
• Malades hospitalisés (pas spécifiquement des personnes âgées)	4-29
• Fibrose kystique	18-47
• Patients hospitalisés ayant subi une intervention chirurgicale et sous prophylaxie antibiotique	17
• Soins intensifs/Intensieve zorgen	7
• Revalidation (spinale)	11-50
• Hémopathies malignes	8
• Personnel soignant/Gezondheidswerkers	0-13

Transmission à partir de patients colonisés

La transmission de personne à personne en milieu hospitalier, la contamination de l'environnement et le portage par les mains du personnel hospitalier ont été abondamment décrits dans la littérature. Les principaux modes de transmission sont la voie oro-fécale et le contact direct avec des surfaces contaminées (6). Les efforts consentis en faveur de la prévention de la transmission visent surtout les patients atteints d'ICD vu que ceux-ci propagent davantage de *C. difficile* par les selles, engendrant ainsi une contamination accrue de la peau et de l'environnement ainsi qu'une contamination accrue du personnel hospitalier (9).

D'autre part, la transmission entre des individus sains qui ont une colonisation asymptomatique est décrite également (10,11). Lanzas et al. ont démontré qu'un patient a autant de chances d'attraper le *C. difficile* d'un patient atteint d'ICD que d'un patient asymptomatique (12). Curry et al. sont arrivés aux mêmes conclusions, attribuant 30% des nouveaux cas d'ICD à une contamination par d'autres patients atteints d'ICD et 29% à une contamination par des porteurs asymptomatiques connus de *C. difficile* (13). D'autres auteurs parlent d'un taux de transmission inférieur de la part des patients asymptomatiques.

Mc Farland et al. ont démontré que chez 49% des patients symptomatiques, l'environnement avait été contaminé, contre 29% seulement pour les porteurs asymptomatiques (14). Cela correspond aux conclusions d'une autre étude menée auprès de résidents de LTCF, selon laquelle les cultures positives étaient les plus abondantes parmi les échantillons de peau et de surfaces chez les patients symptomatiques, suivis des résidents asymptomatiques, et les moins abondantes parmi les résidents non colonisés (4).

La potentielle formation de spores est à l'origine d'une grande différence entre la lutte contre le *C. difficile* et celle contre les autres agents infectieux dans le cadre de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Les spores peuvent en effet résister pendant de longues périodes dans l'environnement, alors que seuls des agents à base de chlore ou de peroxyde, ou encore la lumière ultraviolette, permettent une décontamination. L'excrétion fécale de spores de *C. difficile* peut durer jusqu'à six semaines après la disparition des symptômes de l'ICD (15). Riggs et al. ont par ailleurs démontré que des patients colonisés qui n'avaient pas développé d'ICD pouvaient excréter des spores dans l'environnement pendant une période pouvant aller jusqu'à six mois (4).

Facteurs de risque de la colonisation asymptomatique par *C. difficile*

L'étude épidémiologique la plus significative à ce jour est une étude consacrée aux facteurs de risque pour la colonisation asymptomatique par *C. difficile* en milieu hospitalier. Elle démontre qu'une hospitalisation au cours des 12 derniers mois, la consommation de corticostéroïdes, des antécédents d'ICD et la présence d'anticorps contre la toxine B étaient les principaux facteurs de risque (16). Des conclusions similaires ont été décrites par Loo et al. qui ont désigné comme principaux facteurs de risque la chimiothérapie, une hospitalisation récente, la consommation d'inhibiteurs de la pompe à protons ou d'antihistaminiques H2 et la présence d'anticorps contre la toxine B (17). Cette étude a également démontré que la consommation d'antibiotiques (dans les 8 semaines avant l'hospitalisation) était bel et bien un facteur de risque pour l'ICD contractée en milieu hospitalier, mais pas pour la colonisation asymptomatique par *C. difficile* en milieu hospitalier. Cette disparité peut donc indiquer que la perturbation du microbiote intestinal due à l'administration d'antibiotiques ne joue pas un rôle essentiel dans la colonisation par *C. difficile*, alors que c'est bien le cas pour l'évolution en ICD. La perturbation de la résistance à la colonisation, dans le cadre de laquelle le microbiote et les liaisons qui inhibent la prolifération bactérienne protègent l'individu des maladies provoquées par des organismes pathogènes, est en effet le facteur le plus significatif conduisant à une ICD (18). Les principaux facteurs susceptibles de perturber le microbiote intestinal sont les antibiotiques, les inhibiteurs de la pompe à protons et les agents chimiothérapeutiques (17). D'autres facteurs liés à l'hôte qui sont susceptibles de favoriser l'évolution en ICD sont l'âge, les comorbidités, un système immunitaire déficient et une colonisation intestinale conjointe par entérocoques (19). Il existe des preuves substantielles que la colonisation asymptomatique par *C. difficile* a un effet protecteur contre l'évolution en ICD en déclenchant une réponse immunitaire. Kyne et al. ont démontré qu'en cas de colonisation, les niveaux IgG étaient supérieurs chez les patients asymptomatiques colonisés par *C. difficile* que chez les patients qui avaient

développé une ICD (20).

Les données concernant les facteurs de risque pour la colonisation par *C. difficile* chez les sujets sains sont rares. Un groupe qui présente un risque accru est celui des agriculteurs. Il a également été prouvé que les personnes qui nagent régulièrement dans un lac présentent elles aussi un risque accru de colonisation (21).

Méthodes

Comme la littérature indique qu'une grande partie des nouveaux cas d'ICD, en milieu hospitalier ou non, résultent d'une transmission à partir de porteurs asymptomatiques, l'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des porteurs asymptomatiques de *C. difficile* parmi les résidents des centres de vie et de soins, et ce spécifiquement dans la zone Est de la côte belge. En plus d'être une source susceptible de colonisation ou d'infecter les autres résidents de leur centre, ces porteurs peuvent également représenter un danger potentiel pour les autres patients s'ils sont hospitalisés. Du fait du grand âge de ce groupe, le risque d'hospitalisation est en effet élevé. De plus, ce groupe réunit de nombreux facteurs de risque d'une colonisation par *C. difficile*.

Dans le cadre de notre étude, nous avons proposé à plusieurs maisons de repos et de soins (MRS) de la zone Est de la côte belge d'apporter leur concours à une enquête anonyme. Seuls les échantillons de selles solides relevant des catégories une à quatre inclus dans la «Bristol Stool Chart» ont été retenus. Les échantillons des résidents qui avaient été hospitalisés au cours des trois derniers mois ont été exclus. Au total, 302 échantillons de selles ont été récoltés. Ils provenaient des MRS Tilia Maldegem, WZC Huis aan Zee Blankenberge, VZW Bejaardenzorg Polderzicht Blankenberge, VZW Bejaardenzorg De Lindeboom Knokke-Heis, AV Het Dak et OLV Van Troost, Knokke-Heist, Westkapelle. Les échantillons provenaient de 72 hommes et 230 femmes, dont l'âge moyen était de 76,6 ans pour les hommes (64-89) et 86,2 ans pour les femmes (64-99). L'âge moyen total était de 83,9 ans (64-99).

Cinq méthodes différentes ont été pratiquées pour l'analyse des échantillons : la culture (ChromIDTM, bioMérieux), le CerTest de Biotec, Liaison® XL de DiaSorin, mini VIDAS® de bioMérieux et GeneXpert® de Cepheid. Un échantillon qui révélait un résultat négatif avec toutes les méthodes a été placé parmi les déchets à risques. À chaque résultat positif, tant pour le GDH (glutamate déshydrogénase) que pour les toxines, ou en cas de discordance, il a été procédé à un test PCR sur le GeneXpert. Tous les échantillons dont le résultat était positif pour les toxines avec au moins une méthode ont été envoyés au Centre National de Référence *Clostridium difficile* (UCL), où ils ont été remis en culture et où ils ont été examinés quant à leur effet cytopathogène (CPE).

En marge de l'inoculation directe sur le ChromIDTM, bioMérieux, il a également été procédé à un enrichissement par le biais d'un bouillon de culture thioglycolate sélectif. Après 10 jours d'incubation, ces cultures ont été transférées sur le ChromIDTM, bioMérieux, et incubées en milieu anaérobie pendant 48 heures à 37°C.

Résultats

Sur un total de 302 échantillons de selles analysés, 11 cultures étaient finalement positives pour le *Clostridium difficile*.

Nous voyons dans le tableau 2 que 5 échantillons de selles sur 302 ont finalement pu être qualifiés de positifs. Un échantillon était négatif sur le GeneXpert® dans les selles, mais positif pour le CPE sur les colonies, un échantillon était positif sur le GeneXpert® dans les selles, sans CPE sur les colonies. Après concertation avec le Centre National de Référence *Clostridium difficile* (UCL), cet échantillon a été considéré comme positif parce que nous présumons que deux souches différentes de *Clostridium difficile* sont présentes dans cet échantillon : une souche non toxigène (ribotype UCL379) isolée de la culture, et une souche toxigène qui a révélé un résultat PCR positif dans les selles. Il s'agissait des ribotypes UCL379 (non toxigène), UCL16a (EU0 20), 2 x UCL32 (EU 002) et du ribotype UCL16c (EU 207). La prévalence du portage de *Clostridium difficile* toxigène au sein des maisons de repos et de soins de la zone Est de la côte belge est donc de 1,7%.

Tableau 2 : Aperçu des cultures positives de '*Clostridium difficile*'

Staal	Kweek MRS I	UCL		CerTest			Liaison®XL		miniVIDAS®		GeneXpert®
		Kweek	CPE	GDH	Tox A	Tox B	GDH	Tox A/B	GDH	Tox A/B	
187	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	POS	NEG	NEG
218	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG
219	POS	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	POS	NEG	POS	NEG	NEG
21	POS	POS	NEG	POS	NEG	NEG	POS	NEG	POS	NEG	NEG
39	POS	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG
104	POS	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	POS	NEG	POS	NEG	NEG
261	POS	POS	POS	POS	NEG	NEG	POS	NEG	POS	NEG	NEG
15	POS	POS	POS	POS	NEG	NEG	TWS	TWS	TWS	NEG	POS
165	POS	POS	POS	NEG	NEG	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS
220	POS	POS	POS	POS	NEG	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS
72	POS	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	POS	NEG	NEG	NEG	POS

CPE : effet cytopathologique ; UCL : centre référence *Clostridium difficile* ; Tox : toxine ; GDH : glutamate déshydrogénase ; POS : positif ; NEG : négatif.

Discussion

Les résidents des maisons de repos et de soins sont, en règle générale, un groupe très vulnérable. Tout d'abord en raison de l'âge – l'âge moyen était dans cette étude de 86,7 ans – qui rend le groupe très vulnérable à différents facteurs susceptibles de favoriser la colonisation par *Clostridium difficile* et leur évolution en ICD. L'hospitalisation, la consommation de corticostéroïdes, la consommation d'antibiotiques, la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons et de H2-bloquants, l'administration d'agents chimiothérapeutiques, les (co) morbidités et un système immunitaire déficient sont autant de facteurs qui peuvent en effet devenir plus fréquents avec l'âge.

Comme la littérature indique que les porteurs asymptomatiques peuvent servir de réservoir potentiel d'agents infectieux pour une transmission horizontale, l'objectif ultime de l'étude était de déterminer la prévalence du principal groupe à risques en dehors des patients hospitalisés. Les risques sont en effet les plus grands au sein de ce groupe, et la probabilité d'une hospitalisation prochaine est également réelle. À cela

s'ajoute encore le risque propre. Bien que différentes études aient démontré que les porteurs asymptomatiques de TCD présentaient un risque atténué de développement d'ICD par rapport aux non-porteurs, certaines études tendent à prouver le contraire. Gupta et al. ont démontré que 82 des 1256 patients soumis aux tests étaient des porteurs asymptomatiques de *C. difficile* (6.5%). Vingt patients ont finalement développé une ICD, parmi lesquels 9 (45 %) étaient des patients colonisés lors d'une hospitalisation (26).

Le portage asymptomatique de *Clostridium difficile* lors de l'admission en milieu hospitalier a été abondamment décrit dans la littérature avec une prévalence de 0,6 – 13 %. Il convient de faire remarquer à cet égard que nombre d'études ne font pas la distinction entre les souches toxigènes (TCD) et non toxigènes de *Clostridium difficile* (NTCD). Les résultats permettent néanmoins de déterminer la proportion des isolats de TCD. Ceux-ci représentent 52-90 % de tous les isolats (23, 24, 25). Dans notre étude, la proportion était de 45% (5/11). Différentes études révèlent également l'utilisation insuffisante de techniques à haute sensibilité pour prouver les concentrations généralement faibles. Dans cette étude, il a été recouru à une méthode reposant sur la culture qui est souvent préférée à la technique PCR (sensibilité de 86 %) (22). Il a aussi été recouru uniquement à des échantillons de selles vu que les prélèvements par frottis anal sont assez controversés dans la littérature. Tous les échantillons ont été enrichis par le biais d'un bouillon de culture thioglycolate sélectif et ensuite regreffés. Tous les échantillons ont également été soumis à un test de GDH/toxines, et ce, par le biais de trois techniques différentes. Tous les échantillons discordants, enfin, ont été envoyés au Centre National de Référence *Clostridium difficile*, où ils ont été remis en culture et où leur potentiel effet cytopathogène (CPE) a été examiné sur les colonies.

Conclusion

Pour résumer, on peut affirmer qu'en dépit de l'utilisation de méthodologies hautement technologiques, le portage asymptomatique semble assez rare dans notre étude. Ces résultats de notre travail et de la littérature démontrent donc que le portage asymptomatique est un ensemble complexe et reste un défi pour les soins de santé. Il n'existe pas de véritable terme communément utilisé pour la colonisation asymptomatique. Le temps qui s'écoule entre l'acquisition et la maladie symptomatique est inconnu, mais est estimé à 1-2 semaines. Il est également suggéré que l'évolution peut aussi ne pas avoir lieu du tout. Il convient également de tenir compte des différences saisonnières : le portage est plus fréquent en hiver. Enfin, il est estimé que le portage asymptomatique est sous-estimé du fait que l'examen ne fait normalement pas partie de la batterie de tests standard utilisée pour l'analyse de selles. Comme nous rencontrons généralement de faibles concentrations de toxines, il est fréquent aussi que celles-ci ne soient pas détectées (22). Autre constat de notre étude : aucune des trois méthodes utilisées n'a permis de détecter directement les toxines dans l'échantillon de selles. Les hôpitaux sont traditionnellement considérés comme le principal foyer pour la colonisation par *Clostridium difficile*. Il est établi également que la colonisation et l'infection par *Clostridium difficile* sont plus fréquentes chez les patients plus âgés, du fait que les facteurs qui les favorisent, comme la perturbation du microbiote intestinal et la baisse d'immunité, sont précisément fonction de l'âge. Le va-et-vient constant des

résidents/patients entre les centres de vie et de soins et les hôpitaux est de toute façon de nature à faciliter la transmission de souches épidémiques et non épidémiques de *C. difficile*. Bien que des études plus approfondies soient requises concernant la sensibilité accrue aux ICD au sein des centres de vie et de soins, indépendamment des facteurs qui jouent un rôle important en milieu hospitalier, il n'est pas inopportun de considérer provisoirement les deux groupes – les résidents de maisons de repos et de soins et les patients hospitalisés – comme un seul ensemble potentiel de colonisation, d'infection et de transmission.

Références bibliographiques

- 1 HGR. Belgische aanbevelingen voor de beheersing en preventie van infecties met *Clostridium difficile* in acute ziekenhuizen en in woon- en zorgcentra. 2008; 8365.
- 2 McFarland LV. Implication of the changing face of *Clostridium difficile* disease for health care practitioners. *Am J Infect Control* 2007; 35:237-53.
- 3 Shim JK. Primary symptomless colonization by *Clostridium difficile* and decreased risk of subsequent diarrhea. *Lancet* 1998; 351:633-6.
- 4 Riggs MM. Asymptomatic carriers are a potential source for transmission of epidemic and nonepidemic *Clostridium difficile* strains among long-term care facility residents. *Clin Infect Dis* 2007; 45: 992-8.
- 5 Geric B. Binary Toxin-Producing Large Clostridial Toxin-Negative *Clostridium difficile* Strains Are Enterotoxic but Do Not Cause Disease in Hamsters. *J Infect Dis* 2006; 193: 1143-50.
- 6 Furuya-Kanamori L. Asymptomatic *Clostridium difficile* colonisation : epidemiology and clinical implications. *BMC Infect Dis* 2015; 15:516.
- 7 Arvand M. High Prevalence of *Clostridium difficile* Colonisation among Nursing Home Residents in Hesse, Germany. *Plos One* 2012; 7: e30183
- 8 Rivera EV. Prevalence of asymptomatic *Clostridium difficile* colonization in a nursinghome population. A cross-sectional study. *J Gend Specif Med* 2003; 6: 2730.
- 9 Tattevin P. *Clostridium difficile* infections : do we know the real dimension of the problem ? *Int Antimicrob Agents* 2013; 42: 536-40.
- 10 Kato H. Colonisation and transmission of *Clostridium difficile* in healthy individuals examined by PCR ribotyping and pulsed-field gel electrophoresis. *J Med Microb* 2001; 50: 720-7.
- 11 Clabots CR. Acquisition of *Clostridium difficile* by hospitalised patients : evidence for colonised new admissions as a source of infection. *J Infect Dis* 1992; 166: 561-7.
- 12 Lanzas C. Epidemiological model for *Clostridium difficile* transmission in healthcare settings. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011; 32: 553-61.
- 13 Curry SR. Use of multilocus variable number of tandem repeats analysis genotyping to determine the role of asymptomatic carriers in *Clostridium difficile* transmission. *Clin Infect Dis* 2013; 57: 1094-102.
- 14 McFarland LV. Nosocomial acquisition of *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med* 1989; 320: 204-10.
- 15 Jinno S. Potential for transmission of *Clostridium difficile* by asymptomatic acute care patients and long-term care facility residents with prior *Clostridium difficile* infection. *Infect Control HospEpidemiol* 2012; 33: 638-9.
- 16 Kong LY. Predictors of asymptomatic *Clostridium difficile* colonisation on hospital admission. *Am J Infect Control* 2015; 43: 248-53.
- 17 Loo VG. Host and pathogen factors for *Clostridium difficile* infection and colonisation. *N Engl J Med* 2011; 365: 1693-703.
- 18 Britton RA. Interaction between the intestinal microbiota and host in *Clostridium difficile* colonisation resistance. *Trend Microbiol* 2012; 20: 319-9.
- 19 Ozaki E. *Clostridium difficile* colonisation in healthy adults: transient colonisation and correlation with enterococcal colonisation. *J Med Microbiol* 2004; 53: 167-72.
- 20 Cohen SH. Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* in adults.

Infect Control Hosp Epidemiol 2010; 31:431-55.

21 McNamara SE. Carriage of *Clostridium difficile* and other enteric pathogens among a 4-H avocational cohort. Zoonoses Public Health 2011; 58: 192-9.

22 Alasmari F. Prevalence and Risk factors for Asymptomatic *Clostridium difficile* Carriage. Clin Infect Dis 2014; 59: 216-222.

23 Leekha S. Asymptomatic *Clostridium difficile* colonisation in a tertiary care hospital: admission, prevalence and risk factor. Am J Infect Control 2013; 41: 390-3.

24 Rudensky B. the prevalence and nosocomial acquisition of *Clostridium difficile* infection and colonisation. N Engl J Med 2011; 365: 1693-703.

25 Schoevaerdt D. Asymptomatic colonization by *Clostridium difficile* in older adult admitted to geriatric unit: a prospective cohort study. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 2179-81.

26 Gupta S. A large prospective North American epidemiologic study of hospital associated *Clostridium difficile* colonisation and infection. In: International *Clostridium difficile* Symposium, Bled, Slovenia; 22 September 2012. Abstract O20.

Journée d'étude pour infirmiers sur le contrôle des infections : 14 mars 2016 - 42e semaine des infirmières et sages-femmes

Prévention des infections liées aux soins - On recherche des gestionnaires du changement !

Présidentes de séance :

Katrien Vanderwee, infirmière-hygiéniste hospitalière, hôpital OLV van Lourdes Waregem.

Sara Depotter, infirmière - prévention des infections, AZ Sint-Lucas de Gand.



Alors que la 42e semaine des infirmières et sages-femmes battait son plein, la journée d'étude pour infirmiers abordant le contrôle des infections hospitalières s'est concentrée sur la gestion du changement dans la prévention des infections liées aux soins. Une meilleure prévention des infections passe inévitablement par un changement de comportement, d'habitudes et de culture. Cette journée d'étude nous a permis d'avoir un meilleur aperçu du changement de comportement et de culture, de l'application du Lean Management dans la prévention des infections et de plusieurs exemples pratiques où ce changement de comportement a été tenté pour prévenir les infections liées aux soins.

Birgit Beckers, psychothérapeute et enseignante à la formation-cadre du CVO Lethas, nous a présenté la lecture passionnante suivante : « **Changer de comportement et de culture : comment réagir à la résistance ?** »

Les hygiénistes hospitaliers sont fréquemment confrontés à un comportement indésirable de la part de prestataires de soins, comme le port d'une montre ou la non-désinfection des mains avant d'entrer en contact avec un patient. Mme Beckers a énoncé les raisons qui pouvaient être à l'origine de ce comportement indésirable. Quelle est la mentalité des collaborateurs ? Par exemple, à vouloir se mettre rapidement au travail, on peut omettre de se désinfecter les mains. Mais la culture a également son importance. Ainsi, y a-t-il une grande distance hiérarchique, évite-t-on les conflits ou a-t-on tendance à suivre le supérieur de rang ? On peut agir sur ces différents

éléments en vue de changer la culture.

Cependant, ce changement n'a rien d'évident. Mme Beckers indique qu'en cas de bouleversement, les collaborateurs pensent à ce qu'ils peuvent perdre (ex. temps, confort, acquis) ou gagner (ex. nouvelles aptitudes, meilleure qualité). Les prestataires de soins peuvent passer par différentes phases lors de la mise en œuvre de changements :

- (1) déni,
- (2) résistance,
- (3) exploration
- (4) adhésion.

Les collaborateurs d'une équipe se sont répartis dans ces 4 phases. A chaque phase, les points d'attention ont été débattus. Cependant, le temps a tellement vite passé que certains conseils pratiques n'ont pu être proposés. Mais promesse est faite d'y remédier une prochaine fois. Cela promet, donc!

Alain Anthierens, directeur soins aux patients à la BZIO et collaborateur bénévole au Centre universitaire pour infirmiers et sages-femmes de l'Université de Gand, pose au cours de son exposé la question de savoir si le **Lean Management est un instrument ou plutôt un système de gestion?**

Les hôpitaux doivent faire de plus en plus d'économies et voient souvent l'application du Lean Management comme une solution à leurs problèmes financiers. Dans de nombreux établissements de soins, le Lean management se résume à l'utilisation de quelques « outils d'allègement ». Néanmoins, le Lean management est un système de gestion intégré qui se

base sur la philosophie et la méthode de production de Toyota. M. Anthierens a exposé l'histoire de la famille Toyota. Pour eux, la motivation n'était pas le profit ou les économies, mais bien le bien-être, l'épanouissement de leurs collaborateurs, la qualité de leurs produits et la satisfaction du client. Une base importante de départ dans le Lean Management est la culture d'amélioration permanente. M. Anthierens a émis quelques réflexions critiques sur l'application du Lean Management dans le secteur de la santé : les établissements de soins ne sont pas des concessions automobiles, chaque patient est unique, comment identifions-nous la voix du client ?

Ce qu'il faut impérativement retenir, c'est que le Lean Management veut développer une culture de l'amélioration permanente.

Dans la foulée, **Stijn Sloomans**, chef du projet UZA Lean & Productive Ward, a présenté son exposé sur *L'application du Lean management dans le cadre du contrôle des infections à l'UZ Antwerpen*. Plus spécifiquement, il a expliqué comment le management visuel pouvait aider à appliquer la prévention des infections sur le lieu de travail. Le programme UZA Lean se base sur les principes de l'amélioration permanente, l'implication de tous les collaborateurs, l'analyse et l'amélioration des processus de travail, une prise en main systématique et un environnement de travail bien organisé. M. Sloomans décrit le management visuel comme un outil qui permet d'aider les collaborateurs dans l'exécution de leurs tâches grâce à des accessoires visuels qui ne requièrent aucune interprétation mais suscitent des réactions. L'important, c'est la règle des 3 secondes, selon laquelle les collaborateurs doivent pouvoir évaluer le statut de l'espace ou du processus en un clin d'œil. Dans le cadre de la prévention des infections, le management visuel peut être appliqué au niveau

- (1) des résultats,
- (2) des processus
- (3) de l'environnement.

M. Sloomans a présenté plusieurs applications intéressantes à l'UZA :

- (1) Les résultats du service en matière d'hygiène des mains, d'infections du tractus urinaire associées à l'usage de sonde et de bactériémies liées aux cathéters centraux sont affichés sur le tableau des prestations. Chaque semaine, 10 minutes sont consacrées pour discuter de ces résultats en réunion d'équipe. Le but est d'encourager les infirmiers à entreprendre eux-mêmes des actions en équipe si des améliorations s'avèrent nécessaires.
- (2) Un diagramme spaghetti permet de visualiser la non-conformité en séparant le propre du sale. La fiche numérique du patient indique clairement les mesures d'isolement à prendre en fonction du statut.
- (3) Afin de développer une dynamique d'amélioration continue de l'ordre, de la propreté, de la sécurité et de l'organisation du travail optimale, la méthode des 5 S a été utilisée.

Selon M. Sloomans, les principaux objectifs du management visuel sont de faciliter l'exécution du travail, d'augmenter la participation des collaborateurs dans leur propre (environnement de) travail, d'offrir des opportunités de communiquer ouvertement grâce à des signaux clairs/simples et de prendre des décisions basées sur la réalité (et non de la perception).

La dernière oratrice de la matinée fut **Veronique Blomme**, infirmière-hygiéniste hospitalière à l'AZ Sint-Rembert Torhout.

Son exposé *Lean management au sein du contrôle et de la prévention des infections à l'AZ Sint-Rembert* portait sur l'application de la méthode des 5 S au moment de la révision de la politique d'isolement. Le but ultime est que les collaborateurs prennent aussi rapidement que possible les mesures correctes d'isolement de manière à garantir la sécurité des collaborateurs et des autres patients.

Trois codes couleurs sont utilisés pour les mesures d'isolement : jaune pour l'isolement de contact, bleu pour les précautions de type « air » et « gouttelettes », rouge pour l'isolement protecteur strict (sélectionner). Une case est prévue pour chaque type d'isolement, reprenant l'équipement de protection individuelle adéquat et une fiche de signalisation d'isolement de la chambre. Le but est que les collaborateurs soient capables de mettre en place le type de mesures d'isolement adéquat dans les 30 secondes. Une liste récapitulative reprenant le type d'isolement dans la couleur correspondante (tri) est prévue à cet effet. Il existe une classification récapitulative par type de caisse d'isolement septique et de fiche de signalisation d'isolement à mettre dans le dossier du patient (nettoyage). Des procédures et méthodes de travail sont disponibles dans tout l'hôpital via l'intranet, énumérées par germe pathogène, et des fiches et des caisses d'isolement septique sont prévues dans chaque service (standardisation). Cette méthode de travail est maintenue grâce à son intégration dans le processus des soins et le suivi et la motivation sur le lieu de travail.

Le programme de l'après-midi s'est concentré sur l'accompagnement des collaborateurs sur leur lieu de travail et plusieurs conseils ont été donnés pour que la campagne de contrôle des infections reste captivante.

Le premier orateur fut **Yves Velghe** du CHU Brugmann à Bruxelles. Support manager de la Direction du Département Infirmier et Paramédical (Learning and Development), il est également Infirmier-chef de service (Manager de soins) en charge de l'Hygiène hospitalière.

M. Velghe a insisté sur l'intérêt d'un management stratégique au sein du secteur des soins de santé. Pour favoriser un changement durable au sein de l'organisation, il est essentiel d'une part d'impliquer le Directeur des Soins responsable de la lutte contre les infections durant le processus de changement, et d'autre part que la politique de gestion repose sur la relation triangulaire entre le manager de soins, le référent et le supérieur hiérarchique direct (Chef opérationnel). M. Velghe renvoie à cet effet au modèle Taylor (know-how) qui définit et reconnaît clairement le rôle et les responsabilités de chacun au sein de l'établissement. Les personnages-clés de cette relation triangulaire sont les infirmiers-référents en hygiène hospitalière qui sont impliqués depuis 2008 dans la politique de lutte contre les infections. Ils apportent notamment leur contribution au sein du programme de formation et lors de la fixation d'indicateurs d'application pour la lutte contre les infections. Donner la priorité à des accords clairs sur le plan de la lutte contre les infections est un autre élément essentiel au bon fonctionnement de la collaboration. Le soutien actif de la Direction est capital à cet effet. Enfin, l'accent a été mis sur l'implémentation de processus d'amélioration qui remettent en question certaines pratiques et les corrigent si nécessaire.

Lieven Hoebreckx, cadre moyen- intermédiaire infirmière-hygiéniste hospitalière à l'AZ Diest, a révélé comment l'équipe de lutte contre les infections donnait son feed-back de manière correcte et motivante aux collaborateurs qui sont en contact direct avec des patients.

Il y a de plus en plus de demandes de surveillance et de

publication des activités hospitalières visant à améliorer la qualité des soins. Sur base de ces résultats notamment, les patients peuvent choisir en âme et conscience un hôpital bien précis. Pour l'hôpital en lui-même, ces données doivent représenter un outil, un instrument permettant de mettre en place des actions visant à améliorer la qualité. Il importe ici que les collaborateurs se sentent impliqués durant le feedback de ces résultats. En effet, ce dernier constitue un point de repère qui permet de juger de l'évolution au sein d'un processus spécifique et non une finalité en soi. C'est un point de départ vers un objectif nouveau/adapté. Pour pouvoir réaliser cela, il est important de rassembler des données qui permettent de sensibiliser les collaborateurs et de les inciter à changer leur comportement.

Selon M. Hoebrekx, la mise en place d'indicateurs clairs et mesurables est un premier prérequis pour pouvoir donner un feedback de qualité. Ces indicateurs « SMART » peuvent concerner la structure, le processus ou le résultat, du moment qu'ils permettent de discuter du comportement observé et ainsi aboutir à des soins de qualité.

Une approche portant sur le processus a tout son intérêt ici. Après exécution d'actions ciblées dans le service, des mesures sont effectuées à l'aide d'indicateurs. Ces résultats sont traduits en un feedback motivant destiné aux collaborateurs. La visualisation des résultats permet de rendre le feedback attrayant en soi. En collaboration avec l'équipe d'hygiène hospitalière, des actions adaptées peuvent être élaborées. Cela clôture le processus d'amélioration de la qualité, les résultats ne sont pas un objectif en soi et aucun chiffre n'est publié, rien que pour être repris dans un rapport annuel.

An Willemse, infirmière-hygiéniste hospitalière, Hôpital O.L.V. Alost-Asse-Ninove, a présenté un projet en matière d'hygiène des mains au service des soins intensifs. Suite à l'apparition de 4 cas de pneumonie à germe multi-résistant en 2012, un projet portant sur l'hygiène des mains a été mis en place au service des soins intensifs. Les mesures d'observation par l'équipe de lutte contre les infections ont été suivies d'un feedback immédiat aux prestataires de soins concernés, et les résultats globaux ont été rapportés aux médecins et à la hiérarchie. Il en a résulté plusieurs actions concrètes d'amélioration, présentées par l'infirmier en chef en réunion de service. Les résultats étaient encourageants et l'idée de mettre en œuvre dans la foulée un projet « donne-moi la main... » vit le jour. Ce projet a connu une approche multimodale, dont l'accompagnement au chevet et la réorientation par des infirmiers-référents officiant dans le service représentent des éléments essentiels. Il s'en est suivi une auto-évaluation (fascicule d'information), puis un test de connaissances en matière d'hygiène des mains. Tous les infirmiers et prestataires de soins actifs dans le service des soins intensifs ont été assistés et réorientés par un collègue infirmier durant leurs activités quotidiennes de soins. Les médecins et professionnels paramédicaux ont également reçu un feedback direct. Le projet a été mis en place grâce à une collaboration intensive entre les infirmiers-référents en hygiène hospitalière, les collaborateurs au projet issus du service de soins intensifs et l'équipe d'hygiène hospitalière. Les résultats sont d'ores et déjà très encourageants sur le lieu de travail !

Jany Coenen, infirmier-hygiéniste hospitalier, RZ Heilig Hart de Tirlemont, a quant à lui abordé l'approche et la mise en œuvre d'une campagne d'hygiène des mains vis-à-vis des médecins. L'étude en 3 volets comprenait (1) la promotion de l'hygiène des mains, (2) le mesurage de l'intérêt pour l'étude ainsi que de la bonne application de la technique d'hygiène des mains, et (3) le feedback ciblé aux médecins au sujet des techniques d'hygiène des mains. Cette étude a trouvé son impulsion dans

les chiffres internes élevés relatifs au SARM, qui ont donné des cheveux gris aux membres du groupe consacré à la politique d'antibiothérapie.

Pour pouvoir mesurer la qualité de la technique d'hygiène des mains, il a été demandé aux médecins de procéder eux-mêmes à la prise d'échantillons pour culture sur leurs doigts. Les échantillons étaient prélevés par le médecin en personne. Le suivi et le feedback des résultats ont été effectués rigoureusement par l'équipe de lutte contre les infections. D'une part, un feedback individuel était prévu, d'autre part un feedback général sur le taux de participation était distribué par différents canaux.

Quatre-vingt pour cent des médecins ont participé au projet, permettant ainsi d'atteindre l'objectif des 75%. L'information des médecins s'est avérée cruciale pour pouvoir atteindre ce taux de participation. Tant la diffusion des résultats via les écrans PC que l'information des médecins par bulletin d'information et par e-mail se sont avérées efficaces.

Sara Depotter, infirmière chargée de la prévention des infections à l'AZ St-Lucas de Gand, a partagé ses expériences en matière d'implémentation d'un système de formation et d'audit mobile, le « SureWatch », au sein de l'hôpital. Cet appareil innovant se compose d'une plateforme Microsoft équipée d'un système SureWash® basé sur le protocole d'hygiène des mains de l'OMS. L'utilisateur s'identifie au moyen de son badge personnel, ce qui permet d'effectuer l'enregistrement à son nom. Pendant et après la séance d'exercice et de test, l'appareil donne un feedback direct. Si l'utilisateur réussit le test, il est déclaré apte à la bonne exécution de la technique d'hygiène des mains. Les rapports du service peuvent ensuite être rédigés. A l'AZ Sint-Lucas de Gand, 657 infirmiers ont passé le test durant une période de 14 mois, et 84% d'entre eux l'ont réussi. Les infirmiers sont enthousiastes à l'idée de travailler avec SureWash, mais il convient de ne pas sous-estimer le soutien logistique nécessaire à cet effet. Pour garder un niveau élevé d'exercice, différents acteurs doivent être impliqués au sein de l'hôpital. Selon Mme Depotter, cette innovation ne peut avoir un effet positif que si un processus d'amélioration durable et interactif est conjugué à l'utilisation de SureWash.

Csaba Hankó, Directeur Sales & Marketing du « Hand-in-Scan », a présenté un autre système innovant pour exercer la technique d'hygiène des mains et en évaluer la qualité. L'utilisateur s'identifie avec son badge personnel et reçoit un feedback individuel. Le scanner de Semmelweis prend un instantané des mains désinfectées et évalue objectivement si la technique a été appliquée correctement ou non et dans quelle mesure. Les zones insuffisamment désinfectées des mains sont identifiées et l'utilisateur reçoit un rapport reprenant son score. Une déclaration d'aptitude peut être associée à ce système et un audit de la technique d'hygiène des mains peut être effectué dans le service de manière innovante. Ce système a déjà été mis en œuvre dans plusieurs hôpitaux hongrois.

Nous pouvons en conclure qu'il s'agissait d'une journée d'étude intéressante, qui nous a permis d'une part d'avoir une meilleure vision du concept et de l'application du Lean Management, et d'autre part de mettre en œuvre des projets de changement avec des points de repère et de l'inspiration. Nous espérons dès lors avoir le plaisir de vous accueillir à nouveau à l'occasion de notre prochaine journée d'étude, qui se tiendra le lundi 20 mars 2017 sous le thème « lutte contre les maladies infectieuses - des cas classiques aux plus extrêmes ». Des informations supplémentaires relatives au contenu concret et aux orateurs suivront.

L'AZ Nikolaas et 9 centres de séjour et de soins unissent leurs forces pour améliorer la prévention des infections et leur maîtrise dans la région.

Yvon Bories, infirmier hygiéniste hospitalier AZ Nikolaas.



Introduction

Les infections pouvant avoir un impact régional méritent une attention particulière de la part des centres de séjour et de soins (CSS), hôpitaux et de tous les établissements de soins. Les pouvoirs publics estiment qu'une politique cohérente et adaptée doit être établie afin d'aborder cette problématique dans le cadre spécifique des maisons de repos et de soins (MRS) et des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). «Des mesures validées, claires et précises doivent être prises, et ce tant au niveau des procédures à suivre que du personnel et des ressources à mettre à disposition, ainsi que du matériel à utiliser.» En 2009, les pouvoirs publics ont planifié une étude de faisabilité. Le projet pilote a été scindé en 4 sous-projets : un par communauté et région. En 2013, les pouvoirs publics disposaient à nouveau de ressources pour prolonger d'une période d'un an les 4 projets existants et en financer 2 nouveaux (1 en Flandre (AZ Nikolaas), et 1 en Wallonie (Clinique St Joseph de Liège)).

Composition du consortium Sint-Niklaas :

- l'AZ Nikolaas, l'hôpital coordinateur ;
- le CPAS ;
- le CSS de Saint-Nicolas, M. Frans Vandermeiren endossant la fonction de chef de projet ;
- le CSS de l'accord de coopération OUDERenzorg Waasland, Mme Ann Maes endossant la fonction de chef de projet.

Mission du consortium Sint-Niklaas

L'hôpital coordinateur avait pour tâche, en collaboration avec les CSS du consortium, de créer une structure au sein de chaque CSS dans le but de permettre la prévention des infections au sein de l'établissement (premier objectif primaire). Chaque CSS devait ainsi disposer d'une équipe en charge de la prévention des infections, d'un comité pour la prévention des infections, etc. L'équipe se compose d'au moins un infirmier et d'un MCC (médecin coordinateur et conseiller). Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

En marge du développement d'une structure au sein des CSS rendant possible la réalisation d'une politique en matière d'infections, le deuxième projet avait pour but le développement d'une proposition (pour les différents sous-domaines) d'une initiative législative en vue de la maîtrise des infections liées aux soins au sein des CSS.

Réalisations du consortium St Niklaas

Les missions spécifiques des équipes et comités ont été déterminées par les pouvoirs publics (SPF, service public fédéral santé publique). Ce deuxième projet pilote a pris fin lors de la remise d'un rapport de plusieurs centaines de pages le 15 décembre 2014. Dans l'intervalle, nombre de réalisations ont été enregistrées au sein des CSS du consortium. Ces derniers ont signé un accord de coopération en matière de prévention des infections avec l'AZ Nikolaas. L'encadrement de la prévention

des infections a été garanti. Les équipes en charge de la prévention des infections, composées du MCC et d'un infirmier spécialement formé à cette fin, se réunissent chaque semaine dans chacun des CSS pour aborder la problématique et établir des conventions. Il est pris note des infections liées aux soins dans un dossier électronique. Les infections urinaires, respiratoires, gastro-intestinales et cutanées sont systématiquement enregistrées tous les mois. Les MCC ont été mandatés par le cercle des médecins pour élaborer une politique antibiotique. Une politique antibiotique restrictive pour les infections urinaires, les infections respiratoires, l'apparition de la COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) et la NHAP (Nursing Home Acquired Pneumonia) a été élaborée et mise en œuvre. Le respect du suivi de la politique antibiotique a également été enregistré et surveillé. Une délégation de l'hôpital, composée du médecin hygiéniste hospitalier, du membre de la direction soins transmuraux, du médecin chef du service gériatrie et de l'infirmier hygiéniste hospitalier, participe (activement) aux comités pour l'hygiène liée aux soins dans les CSS. Etc. .

Commentaires

En Belgique, en moyenne 31 médecins généralistes par 100 résidents de CSS sont actifs dans un CSS. L'introduction d'une politique antibiotique en particulier, et d'une politique en matière d'infections en général, dans les CSS influence la qualité de la prestation de soins dans l'ensemble de la région.

La prévention des infections et la maîtrise des infections nécessitent une attention particulière de la part des CSS, des hôpitaux, de tous les établissements de soins, et ce même dans le cadre de soins à domicile. Peut-être qu'un hôpital coordinateur jouera un rôle de précurseur en la matière. L'AZ Nikolaas a quoi qu'il en soit déjà essayé de créer, au sein de la Commission d'encadrement actuelle, un groupe de travail en charge de la prévention des infections. Les représentants du CSS et du secteur des soins à domicile de la vaste région de Saint-Nicolas y siègent.

Nous sommes convaincus de l'intérêt pour nos patients, nos résidents et nos citoyens. Le droit à des soins de qualité ne peut dépendre du lieu de résidence d'une personne. La dispensation de soins relève de l'intérêt social. Une bonne collaboration est la clé d'une bonne prestation de soins. Il convient bien évidemment de tout d'abord en organiser le fonctionnement avant de pouvoir collaborer. Parmi les éléments importants, citons notamment la communication transmurale, les liaisons fonctionnelles, les liaisons externes, la collaboration avec les cercles de médecins, etc. La maîtrise des infections dans la région est déterminée par le niveau de collaboration.

On a lu pour vous

L.R.Peterson, S.Boehm, J.L.Beaumont, P.A.Patel, D.M.Schora, K.E.Peterson, D.Burdsall, C.Hines, M.Fausone, A.Robicsek, B.A.Smith
Reduction of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in long-term care is possible while maintaining patient socialization : a prospective randomized clinical trial
American Journal of Infection Control, pp1600-1627, 2016

La résistance aux antibiotiques est in challenge dans les services de soins à long terme (LTCF). L'objectif de cette étude est de démontrer qu'un nouveau programme invasif minimal n'interférant pas avec les activités de la vie quotidienne ou de socialisation pouvait conduire à une moindre infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA). Il s'agit d'une étude prospective, à cluster randomisé, non aveugle initiée dans 3 LTCFs. Pendant l'année 1, les unités sont stratifiées par type de soin et randomisées en fonction de l'intervention ou du contrôle. L'année 2, toutes les unités sont converties en intervention qui consiste en décolonisation générale par l'utilisation de mupirocine intra nasale et un bain de chlorhexidine réalisés 2 fois (2 cycles de bain décolonisant à distance d'un mois) au début de la période d'intervention. Consécutivement, après la période de décolonisation initiale, toutes les admissions sont testées sur le site en utilisant une réaction de polymérisation en chaîne en temps réel et les personnes positives au MRSA sont décolonisées mais pas isolées. Les unités reçoivent annuellement des instructions concernant l'hygiène des mains. Un nettoyage approfondi des surfaces avec des lingettes imbibées d'eau de javel est réalisé tous les 4 mois. Nous avons réalisé 16773 tests. L'infection à MRSA a diminué de 65 % entre la ligne de base (44 infections durant 365809 jours patient) et l'année 2 (12 infections durant 287847 jours patient ; $P < 0,001$) ; une réduction significative est constatée dans chaque LTCFs ($P < 0,03$). Nous concluons que la surveillance de MRSA sur site avec décolonisation ciblée conduit à une diminution significative des infections à MRSA parmi les résidents des LTCFs.

V. G. Loo ; P. Brassard ; M. A. Miller

Household transmission of Clostridium difficile to family members and domestic pets.
Infect Control Hosp Epidemiol, 37 (11) : 1 – 7, 2016

Le but est de déterminer le risque de transmission de *Clostridium difficile* du cas index avec infection à *C. difficile* (CDI) à leurs contacts familiaux et animaux de compagnie. Il s'agit d'une étude d'avril 2011 à juin 2013. Nous avons enrôlé des patients avec CDI de centres hospitaliers canadiens universitaires. La population est constituée des patients avec CDI, leurs contacts humains familiaux et les animaux de compagnie. Nous avons recueilli les renseignements épidémiologiques et les selles ou frottis rectaux des participants à l'enrôlement et mensuellement jusqu'à 4 mois. Une électrophorèse sur gel à champ pulsé (PFGE) est réalisée sur les isolats de *C.difficile*. La transmission probables est définie comme la conversion de la culture du contact *C. difficile* négatif en culture *C. difficile* positive avec une image non dissociable ou très liée au cas index. La transmission possible est définie comme un contact avec une culture *C. difficile* positive au moment de la ligne de base avec une souche non dissociable ou très proche du cas index. Un total de 51 patient avec CDI ont participé à cette étude; 67 contacts humains et 15 contacts avec animaux ont été inclus. Au total, 9 (13,4 %) contacts humains et 15 contacts avec animaux ont montré une culture *C. difficile* positive ; 1 contact (1,5 %) a développé une CDI et 8 contacts sont asymptomatiques. Sur les 67 contacts humains, une transmission probable est survenue pour 1 contact humain (1,5 %) et une transmission possible est survenue dans 5 contacts humains (7,5 %). Sur 15 contacts avec animaux une transmission probable est survenue dans 3 (20 %) des cas et une transmission possible dans 1 (6,7 %) des cas. Il y a une grande proportion de cultures positives à *C. difficile* , 13,4 % parmi les contacts humains et le portage asymptomatique des animaux de compagnie atteint les 26,7 %. Ces résultats suggèrent que la transmission aux proches de *C. difficile* peut être une source de cas associés à la communauté.

AF. Shorr, M.D. Zilberberg, L. Wang, O. Baser, H. Yu

Mortality and costs in Clostridium difficile infection among the elderly in the united states
Infect Control Hosp Epidemiol, 1 - 6, 2016

L'objectif est d'examiner la mortalité et les coûts attribuables à l'infection à *Clostridium difficile* (CDI) dans la population medicare. Il s'agit d'une étude de cohorte à partir d'une population parmi les adultes américains âgés d'au moins 65 ans dans un échantillon medicare de 5 % pendant la période 2008-2010, avec un suivi de 12 mois. Un épisode incident de CDI est défini par l'international classification of diseases, neuvième révision, code de modification 008.45 sans autre survenue pendant les 12 mois précédents. Pour ajuster la mortalité et les coûts, nous avons développé un échantillon de correspondance 1 pour 1 de patients CDI et non CDI. Parmi 1165165 patients inclus, 6838 (0,6 %) ont présenté un épisode CDI en 2009 (82,5 % associé aux soins). Les patients avec CDI étaient plus âgés (moyenne [SD] d'âge, $81 \pm 8,0$ versus $77,0 \pm 7,7$ ans ; $P < 0,001$) plus vraisemblablement originaires du Nord-Est (27,4 % versus 18,6 % ; $P < 0,001$) et avaient une comorbidité plus grande (score de Charlson $4,6 \pm 3,3$ versus $1,7 \pm 2,1$; $P < 0,001$). Les hospitalisations (63,2 % vs 6 % ; $P < 0,001$) et les antibiotiques (33,9 % vs 12,5 % ; $P < 0,001$) pendant les 90 jours précédents étaient plus généralement présents dans le groupe avec CDI. Dans l'analyse de propension ajustée, CDI est associée avec près du double tant de la mortalité (42,6 % vs 23,4 % ; $P < 0,001$) que du coût total des soins ($64807 \$ \pm 66480 \$$ vs $38128 \$ \pm 46485 \$$). Parmi les patients âgés, CDI est associée à, une augmentation de la mortalité et des coûts ajustés suivant un épisode CDI. Au niveau national et annuellement, ceci équivaut à 240000 patients avec CDI et donc 46000 morts potentielles et un coût de plus de 6 milliards de dollars.

L. Epstein, N.D. Stone, L. Laplace, J. Harper, R. Lynfield, L. Wamke, T. Whitten, M. Maloney, R. Melchreit, R. Rodriguez, G. Quinlan, C. Concannon, G. Dumyati, D. L. Thompson, N. Thompson

Comparison of data collection for healthcare-associated infection surveillance in nursing homes.

Infect Control Hosp Epidemiol, pp 1440–1445, 2016

L'objectif est de faciliter la surveillance et de décrire la charge des infections associées aux soins (HAI) dans les maisons de soins (NH). Nous avons comparé la qualité des données du niveau résidentiel collectées par le personnel NH et par une équipe externe. Il s'agit d'une étude prévalence d'un jour. Au total, 9 maisons de soins parmi 4 programmes d'émergence de l'infection (EIP) des centres de contrôle de l'infection (CDC) sont inclus dans cette étude. Le personnel NH collecte les données sur les caractéristiques du résident, les risques cliniques de développer une HAI, et la présence de 3 critères discriminants pour les HAI le jour de l'étude. Le personnel de surveillance formé (EIP) ont rassemblé les mêmes éléments de données par une révision du dossier médical pour comparaison ; le personnel de surveillance a aussi rassemblé les données accessibles pour identifier les HAIs (en utilisant les définitions MC Geer). Nous avons calculé une ressemblance globale parmi les résidents identifiés par les 2 équipes avec des facteurs de risque sélectionnés et des critères de de HAI présents. Nous avons évalué l'impact de l'utilisation du personnel NH pour collecter les critères discriminants de la prévalence des HAI. La prévalence générale des facteurs cliniques de risque parmi les 1272 résidents est identique entre le personnel NH et le personnel de surveillance mais le niveau de concordance (résidents avec les facteurs identifiés par les 2 équipes) varie entre 39 % et 87 %. Le personnel de surveillance a identifié 253 résidents (20 %) avec >- 1 critère discriminant de HAI chez 67 résidents avec une HAI (5,3 par 100 résidents). Le personnel NH a identifié 152 (12 %) résidents avec >-1 critère discriminant pour HAI ; 42 résidents avaient une HAI (3,5 pour 100 résidents). Nous avons identifié des différences entre la collecte de données du niveau résidentiel entre le personnel de surveillance et le personnel NH qui fait varier les estimations de la prévalence des HAI. Ces informations ont des implications importantes pour la description et la mise en œuvre des prochaines surveillances de prévalence des HAI.

P. J. van den Broek, H. J.M. Cools, M. Wulf, P. H.A.C. Das

How much time should long term care and geriatric rehabilitation facilities (nursing homes) spend? Peterhans J. van den Broek, Herman J.M. Cools, Mireille Wulf, Philo H.A.C. Das on infection control ?

American Journal of Infection Control, 38 (9) 723-725, November 2010.

Pour les hôpitaux, les standards pour le nombre de personnel nécessaire pour le contrôle de l'infection est dépassé et discuté. Ces standards ne sont pas également accessibles pour les soins long terme et les centres de revalidation (entre autres les maisons de soins). Cette étude pose la question de la quantité de temps que les maisons de soins pourraient investir dans le contrôle de l'infection. Par des groupes de discussion et des sessions individuelles, le personnel expérimenté en contrôle de l'infection, les médecins biologistes et les médecins des maisons de soins ont évalué le temps nécessaire pour réaliser les activités de contrôle de l'infection dans une maison de soins modèle. Le nombre d'heures nécessaire est estimé à 513 par 100 lits ou 154 par 10000 jours de soins par an. Etant donné que de grandes différences peuvent survenir parmi les formes variées de structures identifiées comme maisons de soins ou de centres de revalidation gériatrique ainsi que par région, le standard que nous proposons pour la Hollande ne peut être applicable en général. Cependant, la méthode utilisée pour déterminer ce standard peut être facilement utilisée pour d'autres régions ou institutions.

W. Ng, A. Faheem, A. Mc Geer, A. E. Simor, A. Gelosia, B. M. Willey, C. Watt, D. C. Richardson, H. Wong, K. Ostrowska, L. Vernich, M.P. Muller, P. Gnanasuntharam, V. Porter, K.Katz

Community- and healthcare-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus strains : an investigation into households transmission, risk factors and environmental contamination.

Infection Control and Hospital Epidemiology, 38 (1), January 2017

L'objectif est de mesurer les fréquences de transmission et les facteurs de risque de l'acquisition familiale de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) associé à la communauté ou aux soins (HA). Il s'agit d'une étude prospective de cohorte du 4 octobre 2008 au 3 décembre 2012 dans 7 hôpitaux aigus dans ou près de Toronto, Canada comprenant un total de 99 cas de patients colonisés ou infectés par MRSA et de 183 contacts familiaux. Nous avons réalisé les entrevues de ligne de base et les cultures de surveillance sont réalisées mensuellement pendant 3 mois pour les membres de la famille, les animaux de compagnie et 8 endroits de l'environnement prédéfinis pour leur grande utilisation. Les échantillons subissent une électrophorèse sur gel à champ pulsé et un typage sur cassette de chromosome staphylococcique mec. Au total, sur 183 contacts familiaux, 89 (49 %) sont colonisés par MRSA dont 56 (31 %) détecté lors de la ligne de base. La transmission de MRSA du cas index au contact négatif à la ligne de base survient dans 27 (40 %) des 68 suivis familiaux. Les souches sont identiques dans les familles. Le risque de transmission de HA-MRSA est de 39 % comparé à 40 % (P=0,95) pour le MRSA associé à la communauté. Les cas index de HA-MRSA sont probablement plus anciens et non liés aux pratiques de contrôle de l'infection (P=0,002-0,03). Les risques d'acquisition familiale incluent la nécessité d'assistance et le partage des serviettes de bain (P=0,001-0,03). La contamination de l'environnement est identifiée dans 78 (79 %) des 99 familles et est plus commune dans les familles HA-MRSA. La transmission familiale de souches de MRSA associé à la communauté et de HA-MRSA est commune et la différence dans le risque de transmission n'est pas statistiquement significatif.

I. Jullian-Desayes, C. Landelle, M.-R. Mallaret, C. Brun-Buisson, F. Barbut.

***Clostridium difficile* contamination of health care workers' hands and its potential contribution to the spread of infection : review of the literature.**

American Journal of Infection Control, 45, 51-58, 2017.

L'infection à *Clostridium difficile* (CDI) peut être transmise de patient à patient par les mains du personnel soignant (HCWs) ; cependant, l'importance relative de ce mode de transmission dans la propagation de *C. difficile* dans les hôpitaux est inconnue aujourd'hui. Notre objectif est de revoir les études s'intéressant au portage des mains du personnel soignant et son rôle potentiel dans la transmission de CDI. Nous avons d'abord revu les références en anglais s'intéressant aux prélèvements des mains des HCWs' obtenues dans les données PubMed. En second lieu, nous avons extrait des données du site web des données des infections [www.outbreak-database.com] les infections à *C. difficile* impliquant définitivement ou probablement les mains des HCWs'. Enfin, nous avons extrait de PubMed les cas de *C. difficile* survenant chez les HCWs' après un contact avec un patient infecté. Un total de 11 études qui traitent du portage des mains des HCWs' ont été sélectionnées et revues. Entre 0 % et 59 % des mains des HCWs' sont trouvées contaminées avec *C. difficile* après un soins à un patient avec CDI. Il y a plusieurs différences entre les études par rapport au site de prélèvement des mains, le temps après contact et les méthodes bactériologiques. Seulement 2 épidémies à *C. difficile* impliquant les HCWs' et 6 séries de cas de transmission des patients aux mains des HCWs' sont rapportés. Cette revue montre que les mains des HCWs' pourraient jouer un rôle important dans la transmission de *C. difficile*. L'hygiène des mains et la réduction de la contamination de l'environnement sont essentiels pour contrôler la transmission de *C. difficile*.

L. Vermeerbergen, G. Van Hootegem, J. Benders

A comparison of working in small-scale and large-scale nursing homes : a systematic review of quantitative and qualitative evidence.

International Journal of Nursing Studies, 67 : 59-70, february 2017.

Les manques continus de personnel soignant avec une population vieillissante rendent nécessaire l'importance d'augmenter la qualité de la vie au travail dans les maisons de soins. Depuis les années 1970, des maisons de soins normalisées et de petite capacité ont été de plus en plus introduites pour procurer des soins dans un environnement familial et assimilé fournissant potentiellement une vie de travail plus riche pour les soignants ainsi que de meilleures conditions de vie pour les résidents. 'Normalisé' réfère aux opportunités offertes aux résidents de vivre d'une manière aussi proche que possible de la vie quotidienne des personnes ne nécessitant aucun soin. L'objectif de l'étude est de proposer une synthèse et une revue d'une recherche empirique comparant la qualité de vie au travail et les suites liées au travail et à la santé des professionnels de la santé dans des maisons de soins de petite capacité comparées aux maisons de soins conventionnelles de grande capacité. Nous avons réalisé une revue d'études qualitatives et quantitatives. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature (avril 2015) en utilisant les bases de données électroniques PubMed, Embase, PsychInfo, CINAHL et Web of Science. Nous avons suivi les références et les citations pour identifier les études intéressantes additionnelles. Nous avons identifié 825 études dans les bases de données choisies. Après examen des critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons retenu 9 études pour la revue. Deux études supplémentaires sont retenues après le suivi des citations et références. Trois études sont exclues après informations complémentaires sur le sujet de recherche. Les résultats des études en individuel suggèrent que le niveau de contrôle et de demande de travail (« time pressure ») sont plus élevés dans les petites structures normalisées que dans les grandes structures conventionnelles. De plus, certaines études suggèrent que le support social et la motivation au travail sont plus élevés, alors que les risque de burn-out et de problèmes psychiques sont moindres dans les structures de soins de petite capacité. D'autre études ne montrent aucune différence et parfois même des résultats opposés. Les études revues montrent que ces résultats non probants peuvent être attribués aux personnels soignants dans certaines petites structures normalisées qui expérimentent l'isolement et une demande de travail trop grande dans leur rôle de travail. Cette revue systématique suggère que les petites structures normalisées sont un bon point de départ pour créer une meilleure qualité de vie au travail dans le secteur des maisons de soins. Cependant, certains jobs devraient bénéficier d'interventions pour sortir les travailleurs d'un support social trop faible ou d'une demande de travail trop forte. Des recherches approfondies sont nécessaires pour améliorer ces conditions de vie au travail dans les structures de petite taille.

M. E. Evans, S. M. Kralovic, L.A. Simbartl, R. Jain, G. A. Roselle

Eight years of decreased methicillin-resistant Staphylococcus aureus health care-associated infections associated with a Veterans Affairs prevention initiative.

American Journal of Infection Control, 45 : 13-16, 2017.

La diminution des infections associées aux soins (HAIs) à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) ont été rapportées précédemment dans les institutions pour soins aigus de Veterans Affairs (2012), les accidents de moelle épinière (SCIU) (2011) et dans les maisons de soins long terme (LTCFs) (2012). Nous rapportons ici une diminution continue dans le taux d'infection dans ces institutions à septembre 2015. Les tendances données mensuelles entrées dans les bases de données nationales de 127 institutions pour soins aigus, 22 SCIUs et 133 LTCFs sont évaluées en utilisant une régression négative binomiale. Il y a 23153240 USI et non USI et 1794234 Jours patient d'octobre 2007 à septembre 2015 et 22262605 jours résident en LTCF de juillet 2009 à septembre 2015. Le prélèvement nasal est supérieur à 92 % dans les 3 cas. La prévalence à l'admission varie de 13,2 %-13,5 % dans les services aigus, de 35,1 % -32,0 % dans les SCIUs et de 23,1 %-26 % dans les LTSFs pendant la durée de l'étude. Le taux mensuel de HAI diminue de 87 % en USI, 80,1 % en non USI, 80,9 % en SCIUs et 49,4 % en LTCFs (toute

veleurs de $P < 0,0001$ pour la tendance). Pendant septembre 2015, au niveau national, il y a eu 2 HAI à MRSA rapportées en USI, 20 en non USI (dont 3 en SCIUs) et 31 en LTCFs. Nous concluons que le taux de HAI à MRSA a diminué significativement dans les soins aigus, les SCIUs et les LTCFs pendant les 8 années de l'initiative de prévention de Veterans Affairs.

A. L. Gucwa, V. Dolar, C. Ye, S. Epstein

Correlations between quality ratings of skilled facilities and multi-drug resistant urinary tract infections.

American Journal of Infection Control, 44 (11) : 1256-1260, 2017

L'objet de l'étude est de déterminer les facteurs de risque pour l'acquisition d'infection du tractus urinaire (UTIs) et de micro organismes multi résistants (MDROs) chez les résidents de maisons de soins techniquement équipées (SNFs). Nous avons utilisé les bases d'information fournies par les services de Medicare et Medicaid (CMS) sur lesquelles nous avons réalisé une régression logistique sur un échantillon de 1523 cultures d'urines provenant de 12 SNFs situées dans Long Island, New York. Sur les 1142 cultures d'urines positives, *Escherichia coli* est le plus prévalent. Additionnellement, 164 (14,4 %) des UTIs sont attribuées à une MDRO. Dans une régression logistique, le sexe et le taux total de qualité prédit l'occurrence des UTIs alors que les MDROs dépendent de la qualité des soins reçus. La moyenne prévue prévisible des UTIs et la réception des échantillons contaminés est inversement dépendante du taux de facilité d'où la probabilité augmente que le taux de qualité totale diminue. Le système de taux de qualité de CMS's peut donner des renseignements sur les pratiques de contrôle de l'infection dans les SNFs. Les résultats de cette étude suggèrent que les consommateurs potentiels devraient se focaliser sur le taux total et la compétence du personnel soignant dans ces structures plutôt que sur des mesures individuelles de qualité.

Infos

TITRE:

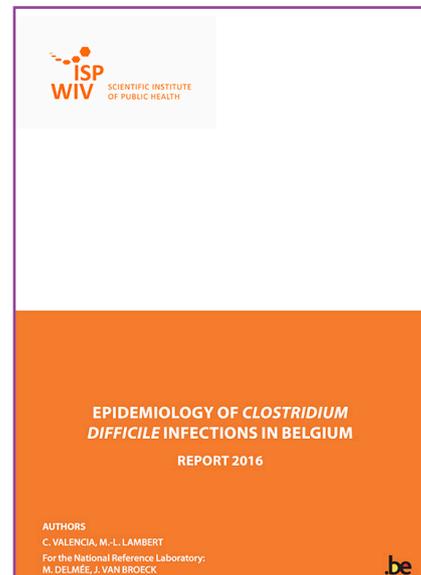
**Epidémiologie des infections à *Clostridium difficile* en Belgique
Rapport 2016**

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 :

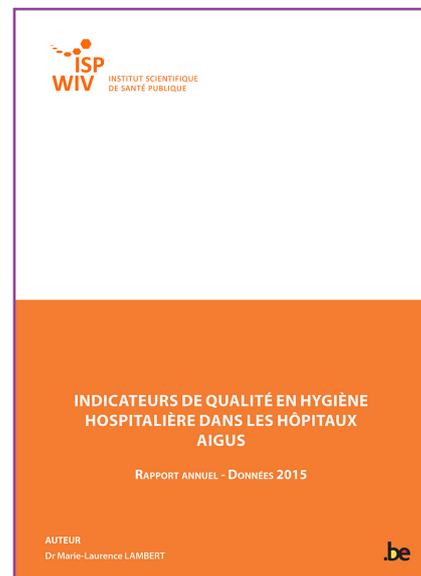
L'Arrêté Royal du 27/01/2015 (1) concernant la surveillance en hygiène hospitalière mentionne l'obligation pour les hôpitaux aigus de récolter des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement. Les indicateurs sont définis par la « Commission de coordination 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



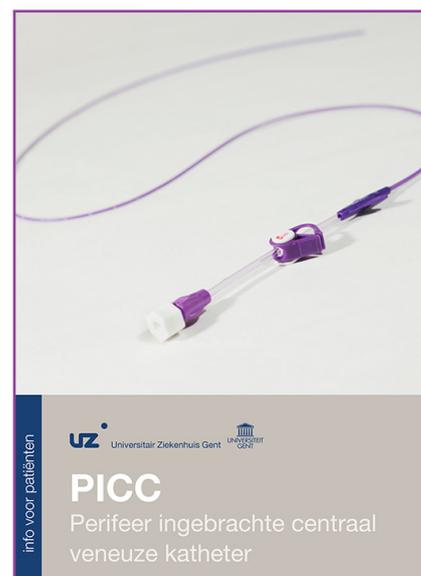
Infos

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 ».

Notez déjà le 12 octobre dans vos agendas

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 30 AVRIL 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 ICPIG 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/epidemiology/epifr/agenda.htm>
- Avis et recommandations du Conseil Supérieur de la Santé :
http://www.CSS_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

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

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

I 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.degreeef@gmail.com

Noso-info publie des articles, correspondances et revues ayant trait à la prévention et la maîtrise 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.

I 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/epidemi/epifr
www.nsih.be



NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Voedvrouwen

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.belgianinfectioncontrolociety.be

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