

Sommaire

- 2 |** Nouvelles techniques pour la maîtrise de la qualité de l'air dans le bloc opératoire.
- 5 |** Comment éviter les infections liées aux soins dans les unités de réadaptation ?
- 9 |** La prévention des infections en Maison de Repos (MR) et Maison de Repos et de Soins (MRS) : les textes, le terrain.
- 11 |** La prévention et la gestion des infections associées aux soins de la réadaptation
- 17 |** On a lu pour vous
- 25 |** Infos
Nouveautés
- 29 |** Sites web
- 30 |** Agenda scientifique
- 31 |** Comité de rédaction & Partenaires

Éditorial



Prévention des infections dans les Unités de réadaptation, Maison de Repos, Maison de repos et de soins : beaucoup de questions et pas toujours de réponses...

Des lieux à la fois de soins et de vie... Cela rend -t-il la prévention des infections associées aux soins plus compliquée ?

Cuisiner ensemble, manger ensemble, jouer ensemble, participer ensemble au même programme de réhabilitation, autant d'activités indispensables mais qui limite l'efficacité de certaines mesures de prévention. Il faut donc sans arrêt trouver des compromis pour que notamment les mesures de précautions additionnelles de type contact puissent être appliquées en tenant compte de tous les facteurs liés aux patients, aux soins et à l'environnement.

Comme le rappelle Christiane Robin, l'OMS définit la réadaptation « comme l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place ».

Elle ajoute : Cette définition suppose de considérer le patient de manière holistique ... et c'est là que aux nombreuses questions que l'on nous pose, nous devons trouver des réponses.

En se penchant sur ces problématiques particulières de maisons de soins et de vie, le comité de rédaction espère donc que les trois expériences rapportées dans ce numéro apporteront certaines réponses à vos questions.

Au nom du comité de rédaction, je vous souhaite de très agréables vacances, des moments ressourçant pour affronter la rentrée en grande forme.

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



Nouvelles techniques pour la maîtrise de la qualité de l'air dans le bloc opératoire

Ludo Vereecken, MSc, Responsable de la gestion de projets, UZ Gent

Pascal De Waegemaeker, MSc, coordinateur opérationnel de l'équipe prévention des infections, UZ Gent

Frédéric Van Heuverswyn, MD, Chef de département Cardiologie invasive, UZ Gent



Introduction

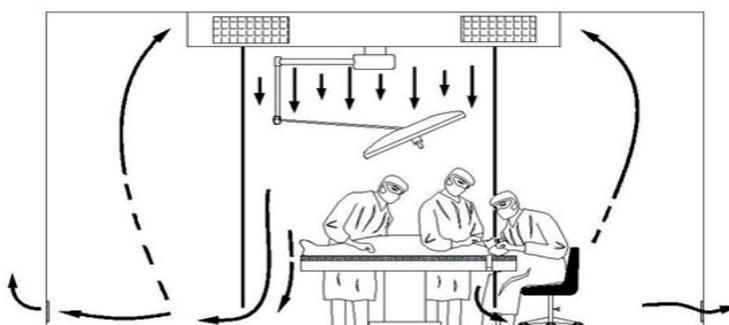
La réglementation et les normes actuelles concernant le traitement de l'air dans les salles d'opération correspondent trop peu à la pratique clinique. L'arrivée imminente d'une nouvelle législation (CEN TC 156 WG18: Hospital Ventilation) va changer la donne, mais représente un travail de longue haleine. La normalisation européenne sera construite sur la base des besoins et d'une vérification sur le terrain et tiendra compte de besoins cliniques spécifiques. La publication d'une norme paneuropéenne prendra encore du temps. L'UZ Gent l'anticipe et a récemment installé une salle de cathétérisme hybride équipée d'un système de traitement de l'air avancé qui assure une sécurité accrue des patients.

Les risques de santé (pour le patient comme pour le personnel médical) dans un environnement médical critique de ce type nécessitent un support technique avancé. En marge d'une réduction aussi importante que possible de l'exposition aux rayons ionisants, une qualité d'image optimale, un air pur pour lutter contre les infections, des conditions de travail confortables et une acoustique performante sont des paramètres importants. La norme pour l'obtention et le maintien d'une excellente qualité de l'air (la tente de Charnley)¹ remonte aux années 60. Selon ce principe, un grand filtre ultrafin, qui crée un « champ de flux laminaire », est intégré dans le plafond de la salle d'opération. Dans la littérature spécialisée, on parle souvent d'UDF (UniDirectional Flow). Un débit d'air très important permet à l'air de la zone critique d'être pur et de le rester (grâce à la suppression des particules de poussière). Le risque que des particules contaminées entrent en contact avec la blessure d'un patient et provoquent des

risques d'infection, s'en trouve réduit. Il est important que le flux ne soit pas trop turbulent. Dans la configuration d'origine (voir figure 1) de Charnley, des rideaux étaient suspendus, afin de fermer la zone protégée du reste de la salle d'opération. En outre, à une lampe d'opération près, aucun appareil pouvant avoir une influence sur les flux d'air et leur effet purificateur n'était suspendu au plafond. Les appareils radiologiques et systèmes d'alimentation actuels que l'on retrouve au niveau du plafond peuvent provoquer une perturbation indésirable des flux d'air. Souvent, les tables d'instrumentation accueillant les cathéters et instruments stériles se trouvent en dehors de la zone sécurisée, qu'on appelle le plénum.

En outre, les tests de libération d'une salle sont réalisés au repos. Lors de ceux-ci, la qualité de l'air est mesurée dans une salle d'opération pratiquement vide et uniquement en son centre. Dans la pratique clinique actuelle, reste dès lors à savoir si même en pleine opération, l'air ultrapropre requis est fourni en suffisance.

Figure 1



UDF est sensible aux obstacles présents dans l'air

Il ressort d'études menées dans la littérature que la norme à suivre est particulièrement sensible aux obstacles dans le flux d'air dans la zone protégée. Un groupe de recherche norvégien² a mesuré la vitesse de l'air sous différentes lampes opératoires et l'a comparée à la situation sans éclairage. Sous les lampes opératoires (quelles que soient leur marque), la vitesse de l'air disparaissait pratiquement entièrement au niveau local. Les échantillons d'air indiquaient également que l'air, sans éclairage opératoire, ne contenait pratiquement aucune bactérie, mais que lors du déploiement des lampes opératoires, des microorganismes (>1 KVE/m³) pouvaient toujours être cultivés.

Des chercheurs suédois³ ont pu démontrer, à l'aide de simulations informatiques, que les flux d'air étaient fortement déformés par les lampes opératoires. Des zones dans lesquelles l'air stagne (voir figure 2) se forment même. Cependant, les zones critiques sont suffisamment nettoyées par l'excès d'air. À un taux de changements d'air par heure (changements d'air par heure =CAH) de 100, on observe un effet de résorption toujours suffisant pour un travail sûr.

L'impact qu'ont des obstacles imposants comme des appareils radiologiques combinés avec tous les systèmes d'alimentation actuellement utilisés n'a pas encore été suffisamment étudié à ce jour dans la littérature scientifique, mais ce qui précède devrait soulever d'importantes questions à propos de la qualité de l'air si l'on s'écarte davantage de la tente de Charnley expliquée ci-avant.

Figure 2

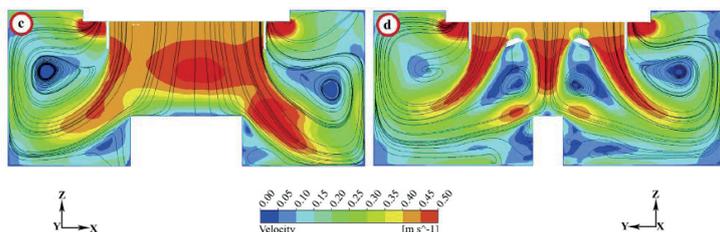


Figure 2. Computational fluid dynamic simulations showing the airflow velocities of the three ventilation systems. The colours in the scale bar represent the different airflow velocities in m/s. The images in the left column are cross-sections of the operating room along the long side of the operating table, and the images in the right column are cross-sections of the operating room along the short side of the operating table. (c,d) Laminar airflow.

Systèmes de qualité de l'air à contrôle de température (TcAF)

Une nouvelle technologie (Opragon 8, Avidicare, Suède) a récemment été mise au point, grâce à laquelle la qualité de l'air est maîtrisée par la soumission de l'alimentation en air à une différence de température (voir figure 3). Par le biais de demi-sphères, de l'air légèrement refroidi est diffusé dans la pièce, au niveau central. En périphérie, des demi-sphères comparables rejettent de l'air un peu plus chaud. En raison du gradient de température et de la différence de densité de l'air (l'air froid descend tandis que l'air chaud monte), on observe une accélération de l'air central et obtient une combinaison entre résorption et dilution. Dans la zone centrale, les particules de poussière éventuellement contaminées sont évacuées de l'air, tandis que dans le reste de la salle d'opération, l'air se dilue. Une récente étude scientifique⁴ a démontré que la qualité de l'air simulée par des modèles informatiques dans la zone centrale, mais aussi sur la table d'opération et sur les tables d'instrumentation, était bonne et peu tributaire du



renouvellement d'air. Avec un débit d'air de 40 % inférieur (en comparaison à un UDF), de bons résultats ont été obtenus. Des mesures de la qualité de l'air³ pendant des interventions orthopédiques chez 47 ACH ont confirmé ces résultats, dans la zone centrale il est vrai.

Figure 3

Salle d'opération hybride

Le bâtiment de l'entrée 12 de l'UZ Gent abrite notamment le département Cardiologie interventionnelle et Électrophysiologie pour la réalisation de procédures cardiaques complexes. En 2016, le service a pris la décision de renouveler deux des salles hybrides existantes. Pour déjà se conformer à la norme future, le système de ventilation de l'une des deux salles a également été renouvelé. Cette salle nécessitait un ISO 5 au repos et < 10 CFU/m³ en opération. L'une des conditions à une bonne qualité de l'air dans une salle d'opération est la création d'un cocon étanche. L'espace de traitement existant (incluant plafonds, parois intermédiaires, menuiserie, etc.) a été entièrement démonté et reconstruit par un entrepreneur de gros-œuvre à l'aide de nouveaux matériaux, durables. L'entrepreneur principal Philips Healthcare s'est chargé de l'installation des nouveaux appareils pour imagerie médicale. En sa qualité de sous-traitant pour le traitement de l'air, Halton a notamment pris en charge l'installation du système de ventilation (Vita OR Space, Halton, Finlande), sur la base de grilles Nozzle, décrit plus loin dans le texte comme cDAF (controlled Dilution Air Flow).

cDAF : un réseau de grilles Nozzle

La salle d'opération hybride a une superficie totale de 42 m². Les grilles Nozzle dans le plafond, qui sont positionnées en forme de cercle autour du plénum, transportent par voie centrale de l'air ultrapropre vers la salle d'opération, mais aussi vers les parois. Le flux d'air orienté vers l'intérieur supprime les contaminations qui se créent dans la zone de travail et évite la pénétration de l'air orienté vers l'extérieur. L'air est évacué par le biais de 3 grilles d'angle et une aspiration de plafond. Ce qui rend cette technologie novatrice si particulière est que la qualité de l'air peut être orientée sur la base du projet : le système de traitement de l'air apporte de l'air ultrapropre lorsqu'il est nécessaire. Pendant le projet, l'ensemble de la chambre de traitement ainsi que tous les appareils et toutes les personnes ont été modélisés (voir figure 4a) et simulés via un logiciel CFD (Computational Fluid Dynamics). Chaque nozzle individuel est d'abord réglé virtuellement et ensuite réglé réellement pendant l'exécution. Vu que le débit d'air nécessaire d'un tel système de dilution est calculé d'une autre façon (plus intelligente) qu'avec un flux laminaire (voir figure 4b), le débit d'air total a pu être ramené à seulement 42 ACH, soit moins de la moitié en comparaison à un UDF. Les coûts d'installation, de maintenance et la consommation d'énergie ont dès lors pu être considérablement réduits.

En outre, la qualité de l'air est également bien contrôlée en dehors de la zone centrale, ce qui permet à la contamination simulée et mesurée même en cas de procédures complexes comme TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) sur les tables d'instrumentation dans la périphérie de rester dans les valeurs cibles autorisées ($< 10 \text{ CFU/m}^3$) (voir figure 4c).

Figure 4a



Figure 4b

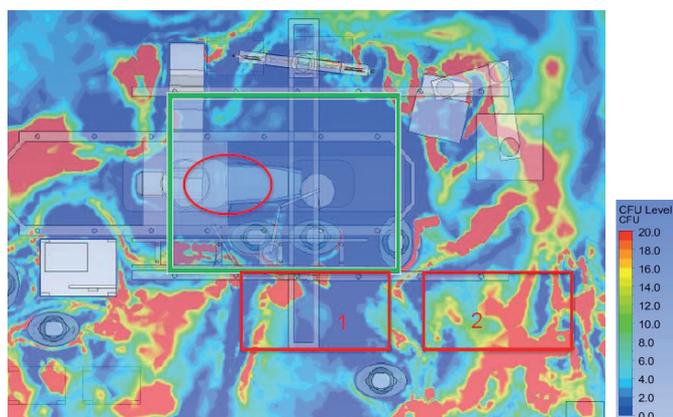
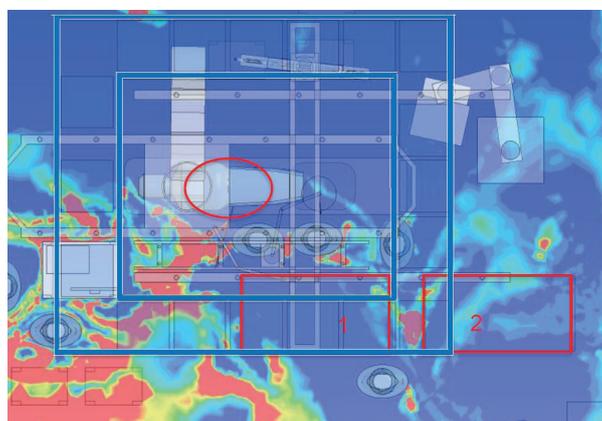


Figure 4c



Le confort acoustique et thermique n'est pas sans importance pour la sécurité des patients

Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés dans cet article sur la qualité de l'air, mais le confort du prestataire de soins professionnel est également important. Les systèmes de traitement de l'air utilisent des ventilateurs. Il ressort de la littérature⁴ et de mesures dans l'UZ Gent que le niveau sonore du traitement de l'air dépend fortement du renouvellement de l'air. Aussi bien TcAF que cDAF conduisent à une réduction d'au moins 10 dB, ce qui fait un monde de différence. Le bruit diminue la concentration, surtout en cas d'exposition de plusieurs heures.

La perception du confort thermique par les utilisateurs est surtout déterminée par la sensation de courant d'air et la température. Un système plus économe en énergie, assorti d'excellents éléments d'arrivée d'air, réduit pratiquement à néant la sensation de courant d'air. Il ressort d'expériences propres de l'UZ Gent, d'observations et d'entretiens avec des utilisateurs d'hôpitaux, que dans le cas de cDAF et TcAF, le confort thermique est assez bon.

Les systèmes, qui fonctionnent avec un mélange turbulent et donc selon le principe de dilution totale, donnent de bons résultats au niveau de la qualité de l'air à 100 ACH. Ces systèmes existant depuis longtemps ne sont volontairement pas décrits dans cet article. Dans la pratique, une telle technologie donne des résultats décevants en raison du faible confort acoustique et thermique à ces niveaux élevés de renouvellement de l'air. Les utilisateurs cliniques choisissent dès lors souvent de réduire le renouvellement de l'air afin d'arriver à un climat intérieur praticable, ce qui ne permet pas d'atteindre la qualité de l'air requise pendant les interventions.

Pour terminer, quelques considérations lors de la construction d'un nouvel espace de traitement

- Tous les aspects pour l'obtention d'une sécurité optimale des patients doivent être pris en compte : il y a bien plus qu'un air ultrapropre.
- En marge de l'UDF classique, des techniques plus récentes, plus intelligentes de traitement de l'air ont été récemment mises sur le marché. Surtout en cas de grande complexité, d'obstacles importants et de zones critiques en périphérie, il est à envisager de faire appel à ces systèmes novateurs.
- Si la tente de Charnley (aucune obstruction des lignes de courant, tables d'instrumentation uniquement dans la zone centrale protégée) ne peut, pour des raisons cliniques ou organisationnelles, être respectée, une simulation informatique via CFD est absolument nécessaire.
- TcAF (Opragon 8, Avidicare) donne des résultats prometteurs pour la chirurgie orthopédique, pour autant que les tables d'instrumentation soient placées dans la zone centrale. Nous n'avons trouvé aucune preuve que TcAF fonctionne également correctement dans des salles d'opération hybrides mais ne l'excluons pas.
- cDAF (Vita Space OR, Halton) donne des bons résultats également dans les blocs opératoires où des procédures complexes sont réalisées, des obstacles importants se trouvent dans la zone centrale et des tables d'instrumentation en périphérie.

- La consommation d'énergie de technologies novatrices est nettement inférieure et le confort acoustique pour l'utilisateur final est supérieur en comparaison à l'UDF classique.

Références

1. J Charnley, A clean-air operating enclosure, Br J Surg (1964), 51:202-205
2. A Aganovic et al; Impact of surgical lights on the velocity distribution and airborne contamination level in an operating room with laminar flow, Building and Environment 126(2017) 42-53
3. M. Alsved, Temperature-controlled airflow ventilation in operating rooms compared with laminar airflow and turbulent mixed airflow, J Hosp Infect 98(2018) 181-190
4. C Wang et al, Numerical Study of temperature-controlled airflow in comparison with turbulent mixing and laminar airflow for operating room ventilation Building and Environment 144 (2018) 45-56

Comment éviter les infections liées aux soins dans les unités de réadaptation ?

Docteur Anne Van Pottelsberghe : Médecin hygiéniste

Bénédicte Preud'homme : infirmière en hygiène hospitalière, membre ABIHH



Introduction

L'a.s.b.l. SILVA medical représente la fusion de trois cliniques : la Clinique de la Forêt de Soignes à La Hulpe, qui dispose de 79 lits psychiatriques, le Centre Gériatrique du Scheutbos à Molenbeek-Saint-Jean, qui dispose de 120 lits gériatriques et psychogériatriques et la Clinique du Bois de la Pierre à Wavre, qui dispose de 224 lits, tous sous les indices « SP rééducation » :

- un grand « plateau technique » de 1.580m²;
- une quinzaine de salles ;
- une piscine de 10m x 5m.

L'objectif pour la plupart des patients est de bénéficier de soins pluridisciplinaires, afin de récupérer leur autonomie. Toutes les disciplines de la rééducation se côtoient sur un grand plateau technique, les patients y étant accompagnés par les brancardiers.

Les différentes salles sont équipées de matériel de technologie de pointe, ainsi que d'une piscine, dans laquelle se dispense l'hydrothérapie.

Les soins de rééducation au sein des services sont moins fréquents. Ils se donnent dans de plus petites salles, ou encore plus rarement si le patient est grabataire ou infecté dans sa chambre.

La gestion de la prévention des infections acquises lors des soins porte sur plusieurs axes :

- 1) les critères d'admission ;
- 2) le dépistage des MRSA ;
- 3) les procédures à respecter pour l'ensemble des métiers qui

côtoient le patient ;

- 4) l'éducation et la collaboration du patient.

1. Les critères d'admission

Le patient est admis au Bois de la Pierre sur base d'un dossier d'admission dans lequel il doit être fait mention de l'existence de **germes multi-résistants** et des capacités **cognitives** du patient, qui doit pouvoir collaborer.

Nous ne refusons pas les porteurs de MRSA ou ESBL, nous avons des procédures qui permettent la rééducation dans ces cas (sauf dispersion des germes, via infection des voies respiratoires ou incontinence par exemple).

Nous refusons par contre les germes qui nécessitent un isolement strict durant tout le séjour comme les **CPE**, **VRE**.

Pour les patients porteurs de Clostridium difficile : cela se discute au cas par cas avec l'hôpital aigu.

Tout patient mentionné positif pour un germe multi-résistant sera accueilli dans une chambre d'isolement avec SAS (3 chambres par unité de 30 lits).

NB : Si un germe résistant est dépisté en cours de séjour, le patient est transféré en chambre d'isolement aussi.

2. Le dépistage

Tous nos patients sont dépistés pour le MRSA à l'admission.

Il n'y a pas de nouveau dépistage réalisé en cours de séjour (DMS = 40 jours), sauf pour les quelques cas de séjours de plus de trois mois et un mois après une décolonisation, si le patient est encore présent. Nous ne faisons aucun autre dépistage systématique : jusqu'à présent, le peu de germes résistants qui émergent en cours de séjour ne nous incite pas à penser que ce serait utile et nous n'avons pas vécu d'épidémie qui aurait nécessité un dépistage chez les patients de l'unité. Les seules épidémies que nous avons connues étaient dues à des NOROVIRUS.

3. Les procédures MRSA pour les soignants

En 2012, nous avons participé au groupe de travail de la Plateforme du Brabant wallon, qui a donné naissance à un « Guide de la prévention du MRSA en réadaptation* ». Ce travail, validé par des experts, nous a permis de laisser sortir des chambres d'isolement les patients porteurs de MRSA, si les conditions du guide étaient respectées. Nous avons donc écrit des procédures à destination des soignants et des autres services impliqués (paramédicaux, service d'entretien...) et organisé des formations, afin d'expliquer ce changement important dans l'approche de la prévention :

■ Pour les infirmières :

- précautions de contact dans la chambre avec SAS, mettre des vêtements (trainings) propres tous les jours au patient ;
- campagne d'hygiène des mains annuelle.



Campagne d'hygiène des mains 2018

■ Pour les paramédicaux :

- nettoyage des objets et des poignées qui ont été utilisées, à l'aide d'un spray désinfectant. Le patient reçoit du matériel qui lui est réservé. La désinfection des mains est intensifiée.
- Révision de tout le matériel, en évitant tout ce qui ne peut pas être désinfecté. Nous privilégions le matériel à usage unique.

En cas de MRSA : nos patients ne viennent pas en réadaptation habillés d'une blouse jaune ou avec un masque

Ces « précautions » sont inutiles, parce que la plupart du temps la blouse flotte, telle une cape autour du patient et le masque devient rapidement inefficace ou se promène partout, sauf devant la bouche.

- Les patients sont lavés avec le désinfectant et habillés de vêtements propres, tout au long de la période de décolonisation.
- S'ils sont porteurs chroniques, le lavage se fait au savon normal.



Tout le matériel de réadaptation est désinfecté selon nos procédures

Audit lavage et désinfection

Liste de tout le matériel utilisé en ergothérapie et en kinésithérapie (+ de 80 objets différents), avec le mode de désinfection, la fréquence et la mention (UU) si le matériel doit être réservé au patient.

Exemples :

- Nous sommes passés à des électrodes autocollantes à usage unique et à l'électrostimulation ;
- Crème de massage en petit conditionnement.

■ Pour le patient :

- explication des voies de propagation, éducation à l'hygiène des mains, affiche reprenant les conditions et la technique ;
- mise à disposition de gel hydro-alcoolique à toutes les entrées des salles de rééducation et à hauteur des chaises roulantes ;
- lorsque la séance est terminée, il remonte dans sa chambre ;
- éviter les contacts physiques avec les autres patients.

4. Autres germes multi-résistants

Des procédures ont été écrites pour chaque catégorie de germes, en tenant compte des directives actuelles des experts. L'infirmière hygiéniste forme le personnel soignant, mais aussi les autres métiers impliqués (paramédicaux, nettoyage, bénévoles...). Ce travail doit être recommencé sans arrêt pour les nouveaux engagés, mais aussi pour rappeler les consignes.

Accès à la piscine

Pour l'hydrothérapie, les mesures sont plus strictes : le patient ne peut être porteur d'aucun germe multi-résistant, il ne peut présenter aucune plaie ouverte et doit être continent.

5. La collaboration et l'éducation du patient

Tout ce qui est décrit ci-dessus implique que le patient collabore et ne soit pas confus.

C'est une des raisons principales pour lesquelles nous spécifions ce critère dans le dossier d'admission.

Nos patients sont de plus en plus partenaires de leur rééducation, la réussite de leur séjour est fortement dépendante de leur motivation personnelle.

Nous les aidons en mettant à leur disposition :

- Des flacons de gel hydroalcoolique à hauteur des chaises roulantes, dans les couloirs, à l'entrée des salles de rééducation ;
- Des dépliants explicatifs.

Lors de la dernière campagne d'hygiène des mains, l'accent a été fortement mis sur l'implication des patients et des proches.



Implication des patients et des familles

Une journée de sensibilisation a été organisée, avec un stand, un film et l'apprentissage de la technique avec les référents en hygiène.

Une enquête interne a été réalisée après la campagne et a montré que les patients ont fort apprécié d'être informés de ce qui se fait au Bois de la Pierre concernant l'hygiène des mains et de ce qu'ils peuvent faire de leur côté pour diminuer les risques de transmission croisée. Ils étaient 99% à exprimer le fait de se sentir en sécurité dans notre hôpital.

6. Projets

■ **Formations :**

Former le personnel à l'hygiène des mains et au respect des procédures en présence de germes multi-résistants demande énormément de temps et l'impact des séances sous forme de séminaire est remis en question.

Afin d'améliorer la diffusion des consignes, nous recherchons des canaux de communication plus efficaces et nous envisageons de réaliser des petits films qui pourraient être diffusés à diverses occasions dans les différents services et déposés sur intranet.

■ **Avec nos patients :**

Nous ferons encore des actions visant à faire participer nos patients. L'expérience de la dernière campagne d'hygiène des mains nous a semblée très positive.

7. Références

Nous nous référons là aux conseils en matière d'épidémiologie décrits dans le document « prévention du MRSA en réadaptation » de 2012.

La prévention des infections en Maison de Repos (MR) et Maison de Repos et de Soins (MRS) : les textes, le terrain.

Catherine DECHEVRE, directeur van de afdeling 'Senioren', Agence pour une Vie de Qualité¹ (AVIQ)

Simon BAUDE, directeur van de afdeling 'Audit en Inspectie', Agence pour une Vie de Qualité² (AVIQ)³



Introduction

La maison de repos, la maison de repos et de soins est la forme d'habitat qui est fréquentée par un peu moins de 6 % de la population âgée de 60 ans et plus en Région Wallonne. Cette proportion augmente avec l'âge, et passe de moins de 1 % pour les 60-64 ans à 1,4 % pour les 65-74 ans, à 6,4 % pour les 75-84 ans pour ensuite augmenter de manière très importante et atteindre les 84,4 % pour les personnes de 95 ans et plus.

La maison de repos, maison de repos et de soins, c'est un « comme chez soi » où la vie communautaire s'adapte aux besoins individuels et inversement, c'est un lieu de vie qui s'accommode du soin et du prendre soin, c'est une maison où des professionnels de santé médicaux et paramédicaux poursuivent chaque jour la mission d'offrir un accompagnement bienveillant, respectueux des règles de l'art qui ne se confond pas avec le milieu hospitalier. C'est pourquoi la prévention des infections y est abordée sous diverses formes : de l'entretien des locaux et du matériel mis à disposition des résidents, à la préparation des repas en passant par les soins.

Que disent les textes légaux ?

De nombreuses dispositions réglementaires évoquent dans un chapitre qui lui est entièrement consacré⁴, la prévention des infections en maison de repos, maison de repos et de soins. Il en va ainsi :

- des « services généraux, notamment la cuisine et la buanderie, organisés dans le strict respect des règles d'hygiène et implantés de façon à ne pas incommoder les résidents par leurs odeurs, leurs vapeurs et leurs bruits » ;
- des « animaux autorisés, conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur, qui ne peuvent en aucun cas avoir

accès ni aux cuisines, ni aux locaux où sont conservés les aliments, ni à la salle à manger, ni aux locaux de soins et de préparation des médicaments » ;

- des « déchets solides évacués dans des sacs-poubelles hermétiques, dans le respect de la réglementation sur les déchets » ;
- des « chaises percées strictement personnelles et réservées à leur usage spécifique » ;
- de « la literie constamment tenue en parfait état de propreté et, en tous cas, changée au moins une fois par semaine et aussi souvent que nécessaire. Le linge souillé est placé dans des récipients hermétiques et évacué quotidiennement des zones d'hébergement » ;
- des « bains ou douches qui doivent pouvoir être utilisés quotidiennement par les résidents » ;
- du « directeur qui doit veiller à ce qu'aucune personne âgée n'indispose les autres résidents par manque de soins et de propreté » ;
- de « la confection des repas et leur distribution faites selon les règles les plus strictes d'hygiène conformément aux exigences de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire » ;
- du « directeur qui doit prendre toute précaution visant à assurer la prophylaxie des maladies contagieuses. Particulièrement, il doit veiller à ce que toutes les dispositions indispensables soient prises pour les soins stériles par l'utilisation de matériel à usage unique. L'établissement doit disposer en permanence du matériel requis pour permettre au personnel le lavage hygiénique des mains, à savoir du savon liquide et des serviettes en papier, ainsi que du matériel requis pour organiser l'isolement d'un résident souffrant d'une maladie contagieuse. Des procédures de soins sont prévues à cet effet ».

En maison de repos et de soins, d'autres dispositions complètent le dispositif en confiant au médecin coordinateur et conseiller et aux infirmiers en chef de donner aux professionnels les

moyens d'appréhender, d'évaluer l'hygiène d'une institution via des protocoles et des registres. Il est à ce propos prévu :

- « la maison de repos et de soins doit disposer de procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement de résidents souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination. Elle doit disposer des produits destinés à assurer une bonne hygiène des mains et du matériel nécessaire pour appliquer les procédures visées au premier alinéa » ;
- « la maison de repos et de soins doit (...) collaborer à la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont elle fait partie » ;
- en concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller (...) met « en place des politiques concernant la maîtrise des infections liées aux soins, la prévention des escarres et plaies chroniques, les soins bucco-dentaires, la problématique d'incontinence et les soins palliatifs » ;
- « la maison de repos et de soins tient au minimum un enregistrement des données suivantes : (...) le nombre d'infections associées aux soins ».

Dans son rapport 2015 relatif aux établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés⁵, l'Agence notait en 2014, 220 cas de gales dans 54 maisons de repos et 1 360 cas de MRSA dans 345 maisons de repos. Dans 93 établissements, 1 490 cas de maladies nosocomiales ou contagieuses à déclaration obligatoire ont été comptabilisés. Le nombre de cas de maladies infectieuses à déclarer est en légère diminution par rapport au précédent rapport, il est de 6,8 cas pour 100 résidents en 2014 et était de 8,3 cas pour 100 résidents en 2011. On peut espérer que cette diminution est liée à une meilleure prévention dans les établissements et à l'attention que porte le personnel soignant à ces résidents. Dans la majorité (95 %) des établissements, les mesures à mettre en œuvre pour ces maladies infectieuses ont été transcrites dans un protocole écrit.

La démarche d'amélioration continue des pratiques ⁶

Rencontrer chaque jour les normes est la première mission des établissements et des professionnels qui y travaillent et c'est un premier gage de la qualité. Faire de la « qualité » doit être une nécessité, une priorité pour les gestionnaires, les directeurs et l'ensemble des professionnels œuvrant dans le secteur du prend soin. Un grand nombre d'établissements pour aînés offre déjà à leurs résidents des soins et des services dits de qualité mais ces services se basent avant tout sur des bonnes pratiques et moins sur une démarche d'amélioration continue et systématique qui constitue la base de la qualité. Une politique de qualité a pour objectif d'organiser et d'améliorer, de manière continue, la qualité des soins et des services pour tendre progressivement vers l'excellence et pouvoir affirmer que, objectivement, l'établissement répond aux besoins et attentes des résidents hébergés.

La qualité, basée donc sur une démarche d'amélioration continue est avant tout un savoir être et un savoir agir. Il est en effet nécessaire de pouvoir s'arrêter pour réfléchir et (re)donner du sens à ses pratiques, ses actions afin de toujours aller un cran plus loin au niveau de la qualité de l'accompagnement des résidents et ce, pour l'intérêt de ces derniers mais également de l'organisation.

La volonté de l'Agence est de mettre en place au sein des établissements une démarche d'amélioration continue des pratiques au travers du projet de vie de l'établissement, document qui vise l'ensemble des actions et des mesures

destinées à assurer l'intégration sociale et la qualité de vie des résidents, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'un établissement pour aînés⁷.

Cette démarche d'auto-évaluation s'inscrit dans une démarche autonome d'appréciation de la qualité en vue d'éclairer les décisions de la structure et se doit d'être centrée sur la pertinence et les conditions de mise en œuvre des actions mises en place pour les résidents. Elle permettra à l'établissement de réfléchir à ses pratiques et de leur donner du sens.

Les interventions sur le terrain

Le service d'audit et d'inspection de l'Agence est chargé de vérifier, au sein des établissements, l'application des différentes normes, dont celles en matière d'hygiène.

Les inspecteurs consignent leurs observations dans un rapport qui est transmis aux gestionnaires. Ce rapport est assorti le cas échéant d'un plan d'action qui cible les améliorations à apporter.

L'approche des inspecteurs vise à favoriser la qualité de vie dans les établissements et à soutenir les démarches d'améliorations continues de la qualité en accompagnant les gestionnaires dans leurs démarches.

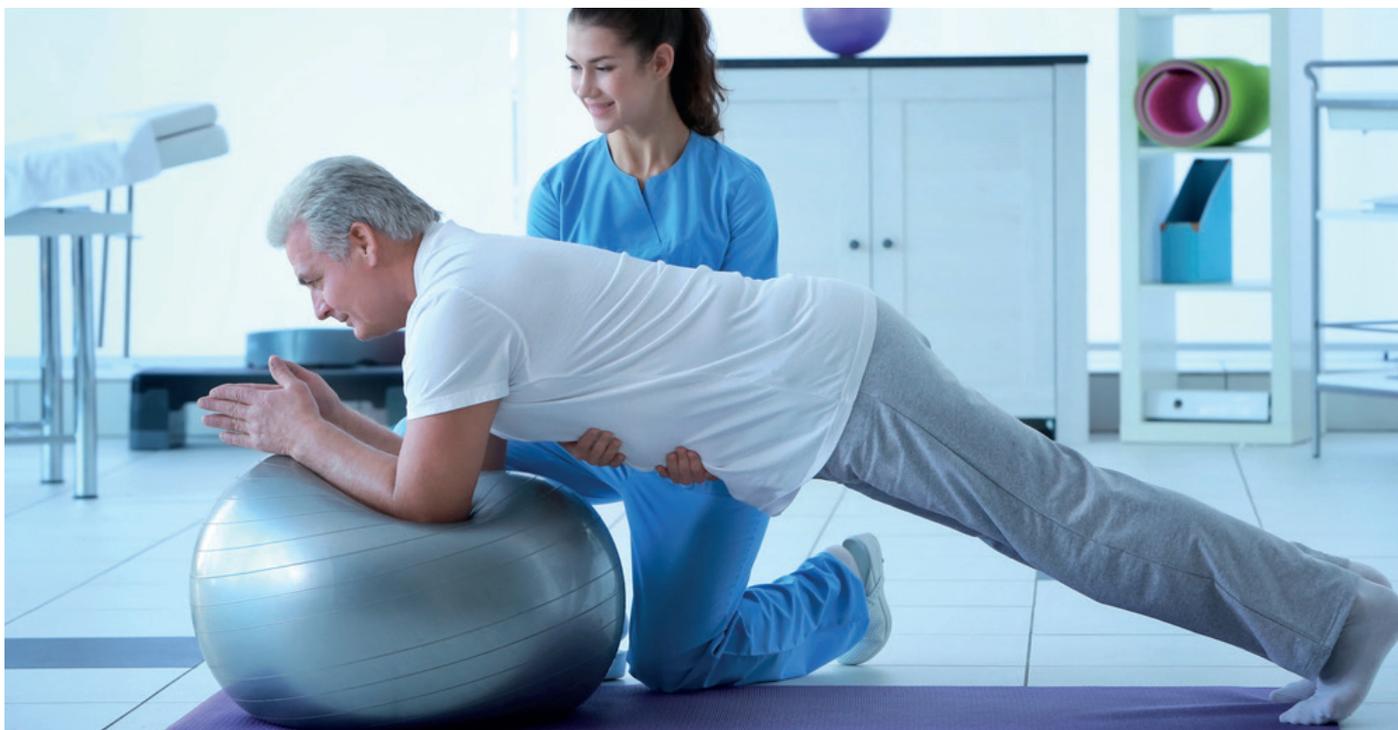
Au-delà du contrôle des normes, l'inspecteur se rend disponible et à l'écoute au travers de « missions de conseils ». Il s'appuie pour cela sur les recommandations et recueils de bonnes pratiques en la matière.

Bibliographie

1. Agence pour une Vie de Qualité, Rue de la Rivelaine, 21 à 6060 CHARLEROI
2. Agence pour une Vie de Qualité, Rue de la Rivelaine, 21 à 6060 CHARLEROI
3. AVIQ, Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés au 31 décembre 2014, p. 52.
4. Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, Annexe 120, Chapitre 2. Des normes concernant l'hygiène, la nourriture et les soins de santé. D'autres dispositions éparées sont inscrites dans l'AR du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour et comme centre pour lésions cérébrales acquises
5. AVIQ, Rapport bisannuel, op. cit., pp. 87-88
6. Réflexion actuellement en cours au sein de l'Agence à l'initiative notamment de Madame Jessica Marchal, anciennement chargée de projet.
7. CWASS, article 334, alinéa 1er, 6°

La prévention et la gestion des infections associées aux soins de la réadaptation.

Christiane Robin



Introduction

Nous évoquerons deux aspects liés à l'âge des patients. Tout d'abord la personne adulte, voir âgée, ensuite en neurologie pédiatrique.

La maîtrise du risque infectieux est également une composante de la politique de lutte contre les infections associées aux soins au sein des établissements qui se consacrent à la réadaptation des personnes victimes de conséquences fonctionnelles motrices et/ou cognitives suite à un problème de santé : accident ou maladie.

1. Dans le secteur des personnes adultes

Cette politique s'inscrit dans le projet qualité – sécurité et gestion des risques au sein de tout hôpital. Elle est élaborée par le comité d'Hygiène Hospitalière (HH) et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Cette équipe met en œuvre de manière opérationnelle les décisions prises par ce comité.

Elle se décline à travers un plan d'action pluriannuel piloté par l'équipe opérationnelle d'Hygiène Hospitalière autour de différents axes :

- Promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins.
- Optimiser le recueil et l'utilisation des données de

surveillance.

- Anticiper et détecter l'émergence des agents pathogènes à fort potentiel épidémique et les Bactéries Multi Résistantes (BMR).
- Maintenir le Bénéficiaire de Soins au centre du dispositif.
- Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales.

Une discipline complexe et exigeante visant d'abord la sécurité microbiologique des soins, des activités tant hôtelières que sanitaires au regard des patients hébergés en établissements de santé.

En cela, l'hygiène hospitalière s'intègre bien dans les démarches qualité et sécurité déployées depuis les années 1990 dans l'ensemble des institutions hospitalières.

La maîtrise du risque infectieux associé aux soins poursuit les objectifs suivants :

- Assurer aux usagers des hôpitaux de réadaptation une offre de soins et de services dans des conditions de sécurité optimales
- Maîtriser le risque de transmission croisée au sein des services de soins

Concrètement, nous ciblons quelques actions comme :

- Développer les actions d'évaluation des pratiques professionnelles ciblées sur les pratiques d'hygiène et à risque de transmission croisée par l'ensemble des

intervenants qui gravitent autour du patient

- Améliorer le dispositif de signalement interne des infections et mettre en place des actions de gestion des risques
- Organiser la traçabilité du signalement interne des infections nosocomiales
- Identifier des actes à risques et proposer une action de gestion des risques a priori

En structure hospitalière de réadaptation, la durée de séjour est nettement plus longue par rapport aux patients en unités de soins aigus et leur renouvellement est nettement plus faible.

Un questionnement s'impose : comment ces caractéristiques de durée de séjour modifient-elles la dynamique de transmission infectieuse ?

Rappelons-nous la définition de la réadaptation proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé :

« La réadaptation médicale est définie comme l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société et/ou à lui conserver cette place ».

Cette définition suppose de considérer le patient de manière holistique ce qui présume une évaluation et une prise en charge par plusieurs professionnels de la santé de formations initiales différentes complétées parfois de disciplines relevant de spécialités.

Le risque infectieux en réadaptation est attribué à divers facteurs comme :

- les différentes pathologies rencontrées
- la diversité des intervenants
- l'activation de structures diverses qui engendrent des facteurs de risques spécifiques : nombreux déplacements du patient, manipulation d'un même matériel, diversité des locaux...
- les facteurs de risques liés à la situation singulière de chaque patient: situations de soins complexes, séjour d'hospitalisation long, poly pathologies...
- les facteurs de risques liés aux intervenants : multiplicités des contacts par une équipe poly professionnelle et la circulation de l'information non optimale entre soignants

Autant d'éléments dont il est nécessaire de tenir compte dans l'évaluation du risque de transmission des germes.

Une grande variété de matériel et d'objets est utilisée lors de différentes activités de rééducation fonctionnelle : ateliers de cuisine, de jeux, de bricolage, d'artisanat, permettant au patient de réaliser les différents gestes à acquérir dans le cadre de son indépendance et de sa réinsertion future.

Tous ces objets indispensables lors des séances de rééducation (bois, cuir, carton, corde, métal, pâte à modeler, ustensiles de cuisine, marteau, scie, coussin, ordinateurs, livres, jouets) vont passer de mains en mains tout au long de la journée entraînant un risque de transmission d'éventuels germes pathogènes.

Même problématique avec le matériel utilisé lors des séances de kinésithérapie (massage, électrothérapie, presso thérapie, thermothérapie, attelles, orthèses ...).

Les risques de transmission de microorganismes pathogènes de patient à patient, de patient à soignant, voire de propagation d'épidémie si le patient est infecté et colonisé, sont quotidiens

et bien réels.

Au regard de ce risque, il est indispensable d'établir quelques recommandations envers les intervenants lors des approches soignantes ou thérapeutiques des Bénéficiaires de Soins. Le germe ne peut pas représenter un obstacle, même s'il est BMR, à sa rééducation fonctionnelle.

En chambre :

- Appliquer les recommandations en vigueur : précautions générales et précautions additionnelles si indiqué
- Planifier la visite de ce patient en fin de programme
- Limiter le matériel de rééducation en chambre (matériel de substitution : compresses, papier...) et privilégier celui à usage unique
- Nettoyer et désinfecter le matériel après utilisation
- Pratiquer la désinfection hydro alcoolique des mains avant et après l'activité thérapeutique tant pour le patient que pour le professionnel

En salle commune de rééducation :

- Programmer le patient en fin de séance de travail
- Appliquer les précautions générales
- Dédier un espace délimité aux patients en précautions additionnelles
- Respecter l'hygiène des mains patient/thérapeute avant et après l'activité
- Veiller à ce que le patient soit revêtu de vêtements longs: poignets et chevilles serrés, renouvelés quotidiennement, surtout si MRSA
- Faire porter au patient un masque chirurgical si toux productive
- Porter un équipement de protection individuel pour le thérapeute si contact physique avec le patient
- Nettoyer et désinfecter le matériel et les surfaces à proximité du patient dans un périmètre de +/- 1 mètre
- Eliminer le linge et les déchets selon la filière des déchets contaminés en vigueur dans l'établissement

Il est primordial également d'impliquer le patient, ses proches et les visiteurs dans le cadre des mesures de prévention de la transmission des germes.

La rédaction de brochures explicatives générales ou spécifiques en lien avec un microorganisme, représente un élément d'importance pour sensibiliser chacun.

Leur contenu est d'une part théorique mentionnant des explications brèves par rapport au germe impliqué, sur son dépistage éventuel, sur sa transmission en réadaptation et d'autre part, la mention de l'aspect pratique :

- Hygiène des mains : indications + schéma de la technique
- Port du masque : indication
- Vêtements : spécificité + règles de nettoyage
- Visites : règles autorisation – interdiction
- Circulation dans l'institution : précautions – mesures
- Précautions à prendre lors du retour à domicile : informations

Actuellement, les technologies numériques permettent aussi d'illustrer ces situations à travers des supports visuels à disposition en chambre et/ou dans les différents locaux institutionnels.

Quel que soit le support activé, la parole explicative du professionnel reste indispensable. S'assurer de la

compréhension des propos émis et surtout échanger avec son interlocuteur pour apaiser son éventuelle angoisse générée par la situation infectieuse.

2. Aspects spécifiques du secteur de la réadaptation en neuropédiatrie

La neurologie pédiatrique (neuropédiatrie) a pour but l'évaluation, le diagnostic et le traitement des affections neurologiques aiguës et chroniques de l'enfant.

Notre hôpital accueille des enfants, de tout âge, atteints de problèmes consécutifs à une maladie ou un accident neurologique. Dans le cadre de sa mission d'aide au mieux-être de l'enfant hospitalisé en rééducation neurologique infantile, l'aspect de l'hygiène hospitalière représente un aspect incontournable. Le versant social, c'est-à-dire la réadaptation, se développe avec des données clairement énoncées que représentent l'intégration scolaire, l'implication des familles et le travail en réseau autour d'un projet personnalisé.

Etant centre de référence pour l'épilepsie réfractaire, nombre d'enfants présentent un syndrome électro clinique, caractérisé par la répétition de crises épileptiques, phénomènes paroxystiques, repérables cliniquement et sur les tracés électro-encéphalographiques.

Les crises traduisent un dysfonctionnement du système nerveux central. Elles perturbent le vécu de façon profonde, même si cette perturbation peut être transitoire. Il est nécessaire d'apprécier la place que prennent ces phénomènes dans le fonctionnement psychique et somatique. Il existe bien des sortes de manifestations cliniques, électriques et évolutives : il n'existe pas une épilepsie mais des épilepsies.

L'explication de l'épilepsie renvoie à la complexité de l'organisme : le dysfonctionnement épileptique et sa répétition doivent être situés dans un ensemble biopsychosocial interactif.

Les motifs d'hospitalisation sont diversifiés ; de manière non exhaustive, en voici quelques exemples :

- bilan neurologique de difficultés ou incertitudes à propos du développement moteur (trouble de la marche) et/ou cognitif (trouble du langage) entraînant des difficultés scolaires
- troubles du comportement
- enfants ou adolescents présentant des situations de handicap au niveau moteur et/ou cognitif : enfant polyhandicapé, enfant avec une déficience mentale, une infirmité motrice cérébrale, une maladie neuromusculaire
- maladies neurométaboliques et génétiques
- séquelles suite à une infection et inflammation du système nerveux (méningites, encéphalites, syndrome de Guillain Barré),
- traumatismes crâniens
- malformations cérébrales
- pathologies vasculaires cérébrales

Notre programme de prévention et gestion des situations infectieuses se décline en divers axes :

- Une politique de la prescription des traitements antibiotiques, pour freiner le développement de résistance par un usage rationnel, prudent des Anti Biotiques (AB)
- Un suivi vaccinal de l'enfant et campagne de vaccination chez les professionnels de la santé
- Une politique de prévention de l'infection par la mise en application des précautions générales face à tous et selon les situations infectieuses, les précautions additionnelles
- L'actualisation des protocoles et procédures de soins infirmiers et paramédicaux

- Suivi de l'épidémiologie locale : en particulier les BMR : MRSA, BLSE, CD....
- Mise en œuvre d'un programme de formation en hygiène hospitalière pour tous dont l'hygiène des mains ainsi que l'intégration des procédures de soins infirmiers aseptiques dans leur mise en pratique à travers des séances d'exercices dans des salles didactiques sur le site de l'hôpital. Développement de l'e-learning avec divers supports sous forme de vidéos, quizz...

Une vigilance est accordée également aux méthodes et techniques employées pour :

- Le nettoyage et la désinfection de l'environnement du patient : travail de collaboration avec l'équipe des techniciens de surface
- Le nettoyage et la désinfection des équipements et matériels utilisés pour soigner les patients, utilisation de «dispositifs de soins » à Usage Unique (UU)

L'équipe opérationnelle en HH, composée de professionnels relais en HH, accomplit ses missions sur base d'une description de fonction. Ils :

- organisent une surveillance des infections associées aux soins qui sont enregistrées puis analysées,
- participent à la mise au point de procédures (ou protocoles) de soins et d'entretien des locaux, des équipements et du matériel de soins («dispositifs médicaux»),
- contribuent, avec les « qualitiens » et les soignants au sens large, à des évaluations sur la mise en application de ces procédures (ou protocoles),
- réalisent des actions d'information et de formation auprès des différents professionnels de santé,
- répondent aux demandes d'avis techniques ou de documentation.

La notion d'infection associée aux soins représente un élément qui exige une surveillance des situations infectieuses dans la dynamique institutionnelle.

La lutte contre les infections associées aux soins est un ensemble d'activités et d'actions qui concernent tous les acteurs de santé. Elle comprend une panoplie de méthodes qui se complètent entre elles : surveillance, application des précautions standards, précautions septiques, aseptie, antisepsie, désinfection, stérilisation, filtration, antibiothérapie et traitements de rééducation au niveau moteur et cognitif.

Le versant médical prend en compte les progrès des connaissances scientifiques appliquées à la médecine, depuis la biologie moléculaire au service du traitement des maladies neuromusculaires, jusqu'à la connaissance des neuromédiateurs et du fonctionnement cérébral au service du traitement des désordres neuromoteurs ou neurocognitifs.

Ces progrès imposent à la rééducation une analyse de plus en plus pertinente de la fonction touchée par le processus neurologique. Ainsi, se sont développées les échelles d'évaluation fonctionnelles ou motrices, l'analyse quantifiée de la marche, les tests neuropsychologiques.

Ces évaluations ont une incidence directe sur le type de l'offre de soins et services proposé. Une collaboration étroite entre tous les intervenants médicaux, paramédicaux et soignants est nécessaire dans cette pratique. C'est ici que la maîtrise des problèmes infectieux demande une analyse spécifique de chaque situation clinique.

Les situations infectieuses virales sont fréquemment rencontrées. Elles sont liées à la transmission des virus chez les enfants hospitalisés atteints également de pathologies digestives et respiratoires. Deux germes pathogènes principaux

en sont la cause : les rotavirus et les norovirus.

Les rotavirus sont les principaux agents pathogènes des gastro-entérites de l'enfant de moins de cinq ans. Les jeunes enfants sont principalement touchés, en particulier les nourrissons, plus fragiles, car non encore immunisés contre ces virus et présentant souvent des pathologies médicales sous-jacentes.

La prévention de la transmission de ces virus très contagieux et très résistants dans l'environnement repose sur le respect de mesures d'hygiène adaptées. Elle nécessite une attention et une discipline de chaque instant; des efforts doivent donc porter sur l'éducation du personnel mais aussi des parents.

La vaccination contre le rotavirus a déjà montré son efficacité dans la prévention des gastro-entérites sévères à rotavirus, son utilisation devrait permettre une diminution de ce type d'infection.

La prévention de ces infections repose sur le respect strict des règles d'hygiène telles que l'hygiène des mains avec les produits hydro alcooliques, le nettoyage et la désinfection des surfaces et la mise en œuvre des précautions d'isolement envers ces enfants.

Ces mesures d'hygiène permettent de limiter la diffusion de ces épidémies en milieu hospitalier mais demandent une grande rigueur et elles sont difficiles à appliquer au quotidien. Ces mesures d'hygiène dépendent de facteurs parfois difficilement contrôlables ; les situations d'urgence, un dysfonctionnement lié à un déficit de personnel, l'absence d'équipement médical à usage unique ; les visites des parents et des proches sont des facteurs propices au non-respect des règles d'hygiène.

Le portage asymptomatique de ces virus dans les selles constitue un facteur de risque de transmission de ces infections. Les mesures de prévention doivent s'appliquer aussi aux enfants ayant présenté une infection dans les jours ou les semaines précédant l'hospitalisation dans notre centre hospitalier neurologique de réadaptation. Ainsi, tous les enfants, surtout ceux de moins de deux ans, sont à risque de portage viral, source de contamination pour le personnel et les autres enfants.

Il est utile de faciliter l'accessibilité aux solutions hydro alcoolique (SHA) dans les services afin de permettre une hygiène des mains de manière systématique avant et après chaque soin à l'enfant : la combinaison du flacon de poche avec le distributeur représente une garantie de son observance.

Les précautions d'isolement sont contraignantes et parfois mal acceptées car elles nuisent à la convivialité des services de pédiatrie.

Cependant, elles sont nécessaires, surtout chez les enfants de moins de deux ans potentiellement réceptifs aux infections liées aux soins.

Chez ces enfants, l'importance des activités infirmières (soins, biberons, changement des couches, etc.) et la multiplicité des intervenants favorisent la transmission de ces infections.

Idéalement, ces enfants doivent être isolés dans une chambre disposant d'un équipement de protection individuel, de matériel à usage unique (stéthoscope individualisé) et d'un circuit d'élimination des selles. Les Solutions Hydro Alcooliques (SHA) et les solutions de désinfection du matériel doivent également être disponibles dans la chambre.

La limitation du nombre de visites à deux adultes par enfant est nécessaire. Les équipes soignantes, mais aussi les parents, doivent être régulièrement sensibilisés aux risques de contamination et au respect des mesures d'hygiène.

Une attention particulière concerne l'entretien des locaux et des objets de l'environnement.

Le matériel réutilisable nécessite un nettoyage et une désinfection avec un produit virucide adapté.

La formation du personnel soignant est indispensable car l'information sur la prévention de ces infections à l'hôpital doit être répétée et évaluée régulièrement.

En pédiatrie, le jouet fait partie intégrante de l'environnement de l'enfant.

Une vigilance toute particulière y est accordée à travers des recommandations à propos de leur nettoyage/désinfection.

Le jouet est un objet conçu pour amuser un enfant, occuper agréablement son temps, le divertir, lui procurer du plaisir, l'égayer, le distraire.

Il se décline en divers éléments :

- Jeux (de société, de construction)
- Peluches
- Poupées
- Appareils électroniques
- Livres

Ces distractions :

- font partie de l'expérience hospitalière de l'enfant et de sa famille
- sont source de réconfort et de sécurité dans des situations inconnues et angoissantes
- peuvent être intégrées dans les soins
- contribuent à diminuer l'hostilité de l'hôpital, à humaniser l'hospitalisation
- participent au développement socio-affectif et à l'éveil de l'enfant

Du point de vue de la Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI), il représente :

- un matériel non critique faisant partie de l'environnement hospitalier
- un réservoir potentiel de Micro-Organismes (MO) pathogènes ou non (salive, sécrétions respiratoires, selles...)
- une source éventuelle d'infections liées aux activités de soins et de transmission croisée

Le type de jouet représente un déterminant majeur de la colonisation microbienne ; nous observons que :

- Les jouets mous (ex: peluches) sont presque toujours contaminés par diverses bactéries (coliformes), des champignons et fréquemment par des virus entériques comme le rotavirus quasi impossible à décontaminer. Le jouet se contamine donc très vite (en moins d'une semaine)
- Les jouets durs sont moins fréquemment colonisés par des bactéries et en moindre quantité, plus faciles à décontaminer

Du fait de ces caractéristiques, nous privilégions des jouets lavables et supportant une étape de désinfection comme les jouets aux surfaces lisses et sans texture.

Les jouets complexes à entretenir, comportant des pièces non nettoyables, avec des matières textiles/poreuses, type bois, carton non plastifié, à valve retenant l'eau sont proscrits et éliminés de l'environnement de l'enfant.

Quelques points d'attention sont encore à mettre en évidence comme :

- Trier les jouets et ranger les jouets au terme de la journée
- Ne pas stocker des jouets humides/mouillés
- Lister tous les jouets présents dans le service
- Etablir une fiche de traçabilité : indiquer la méthode et la fréquence de nettoyage

La méthode de nettoyage que nous appliquons est la suivante :

- **pour les matières rigides :**
 - Si souillures, nettoyer à l'eau et au savon de vaisselle, rinçage, séchage avec essuies à UU
 - Ensuite désinfecter avec lingettes imprégnées d'Ethanol à 70% ou d'hypochlorite de sodium à 250 ppm + rinçage abondant à l'eau claire + séchage
 - Alternatives:
 - o Lave-vaisselle à 60°C
 - o Solution détergente/désinfectante type Incidin Pro 0.5 %® suivi d'un rinçage abondant à l'eau claire (irritation des voies respiratoires) et séchage
- **pour les matières textiles/poreuses :**
 - Machine à laver à minimum 60°C durant au moins 50 min
 - Machine à laver à 40° (avec pré-lavage) durant plus de 60 min
- **pour les appareils et jeux électroniques : selon compatibilité du désinfectant avec le matériel :**
 - o lingettes imprégnées d'Ethanol à 70%
 - o hypochlorite de sodium à 250 ppm
- **pour les livres et magazines :**
 - Contrôler 1x/semaine au minimum
 - Eliminer si signes d'humidité, moisissures, souillures macroscopiques
 - Préférer les photocopies, les pages laminées,
 - Munir l'ordinateur d'une housse de protection ou clavier tactile
- **pour les contenants (bacs plastiques, armoires, étagères)**
 - Nettoyer avec produit détergent/désinfectant type Incidin Pro 0.5 %®
 - Au minimum 1x/semaine ou chaque fois si souillés

En salle de jeux et dans la salle d'attente :

- Nettoyer/désinfecter immédiatement après souillure macroscopique
- Eviter, si possible l'accès aux enfants immunodéprimés (cas échéant, jouets nettoyés/désinfectés)

En chambre avec application des précautions standards

- Nettoyer/ désinfecter :
 - o Entre 2 enfants
 - o 1x/semaine si pas d'échange de jouet entre patients
 - o Au départ définitif de l'enfant ou avant d'être remis dans un lieu commun
- Privilégier les jouets personnels
- Permettre le strict minimum
- Appliquer, si possible, pas d'échanges entre enfants
- Demander, si possible, que l'entretien soit à la charge des parents

En chambre avec application des mesures additionnelles :

- o Jouets dédiés (personnels acceptés)
- o Nettoyer/désinfecter immédiatement si souillure visible ou 1x/semaine
- o Entretien des jouets personnels à la charge des parents
- o A la levée des mesures : nettoyer/désinfecter tous les jouets y compris les personnels

En chambre en Isolement Protecteur :

- o Jouets dédiés (personnels acceptés)
- o Eviter tous les jouets «mous»
- o Nettoyer et désinfecter tous les jouets avant de les introduire dans la chambre ou 1x/semaine
- o Entretien des jouets personnels à la charge des parents

Conclusion

Nous avons ciblé quelques aspects liés à l'hygiène hospitalière dans la dynamique institutionnelle des structures hospitalières de réadaptation.



Nous achevons cette balade en soulignant qu'il est intéressant dans ce type d'hôpital d'être créatif et innovant dans les outils mis à disposition. Pour illustrer notre propos, voici une armoire organisatrice de l'Équipement de Protection de l'Infection fabriquée en collaboration avec un collègue du service de maintenance.

Selon les besoins, elle peut être déplacée et posée à côté de la chambre nécessitant l'application de précautions additionnelles.

Son avantage, elle rassemble tout l'équipement et est suspendue, ainsi elle n'entrave nullement l'espace au sol pour les personnes à mobilité réduite souvent équipées d'appareillage ou chaise roulante.

En réadaptation, comme ailleurs, chaque professionnel de la santé veille à une offre optimale de soins individualisés au patient.

Pour un agir correct, quelques composantes d'un soin de qualité nous guident dans notre approche soignante :

- Sa justification : un soin est-il vraiment justifié dans cette situation singulière ?
- Son type : le type de soin est-il approprié ?
- Sa réalisation : le soin est-il correctement réalisé ?
- Son moment : le soin est-il effectué au moment judicieux ?
- Son explication : le soin est-il expliqué de façon satisfaisante et compréhensible ?
- Son suivi : l'évolution après le soin est-elle suivie de manière adéquate ?
- Son efficacité : le soin se montre-t-il efficace lors de l'évolution ?
- Son innocuité : aucun effet indésirable ne se révèle-t-il après le soin ?

La finalité de l'audit en hygiène hospitalière est avant tout de promouvoir la qualité des prestations dispensées aux patients :

- Avoir des objectifs précis
- Utiliser une méthodologie rigoureuse
- Donner envie de progresser et s'améliorer
- Informer le plus grand nombre : patients et professionnels de la santé
- Travailler en équipe et/ou groupe de travail par rapport à un thème précis

Aussi en réadaptation, l'hygiène hospitalière représente une mise en langage de ce que vit la personne soignée à un moment de son parcours de vie en institution hospitalière.

Découvrir les mystères de l'autre, avoir de l'intérêt à en connaître davantage engage sur la reconnaissance et la confiance qui se créent de personne à personne.

Dans cette perspective, l'impératif moral de l'infirmière est de connaître la personne et de rester centrée sur son mandat premier : être là pour les autres.

Notre engagement en tant qu'infirmière est de soutenir la personne dans ses allers et retours, là où elle se trouve,

cheminant dans sa recherche de sens de ce qui lui arrive avec ses valeurs et ses représentations.

Notre intention étant d'aller à la découverte de qui est cette personne et de ce qui est important pour elle, dans le respect de ses choix, à son rythme.

Se laisser porter par le mouvement présent, en acceptant les roulis et tangages incertains au gré des changements et des expériences vécues, sans avoir peur de l'inconnu, de ce que nous allons découvrir, en étant ouvert dans l'intention de mieux connaître la personne.

References

- Aoki Y, Suto A, Mizuta K, Ahiko T, Osaka K, Matsuzaki Y. Duration of norovirus excretion and the longitudinal course of viral load in norovirus-infected elderly patients. *J Hosp Infect* 2010 ; p 42-6.
- Cunliffe NA, Booth JA, Elliot C, et al. Healthcare-associated viral gastroenteritis among children in a large pediatric hospital, United Kingdom. *Emerg Infect Dis* 2010 ; p 55-62.
- Doyen M. et al. Nounours, un copain de Nosor? *Noso-Info* 2007/06, 11(2), 17-19. Disponible à l'adresse : <http://www.nosobasebiblio.cclin-arlin.fr/>(date d'accès : 23.07.2018)
- Festini F, Cocchi P, Mambretti D, et al. Nosocomial rotavirus gastroenteritis in pediatric patients: a multi-center prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2010: p 235.
- INFECTION PREVENTION AND CONTROL OPERATIONAL GROUP, NORTHAMPTONSHIRE HEALTHCARE. (2014) Guidelines for cleaning Toys. Disponible à l'adresse : <http://www.nht.nhs.uk/main.cfm?type=search> (date d'accès : 24.07.2018)
- Mougéot, F., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Robelet, M., Touzet, S. & Michel, P. (2017). L'émergence de la question de la sécurité des patients en France. *Santé Publique*, vol. 29,(6), 869-877. doi:10.3917/spub.176.0869.
- PCI. CANADA (2011). Revue des pratiques pour le Canada: jouets. Disponible à l'adresse: www.ipac-canada.org/site_map.php (date d'accès: 23.07.2018)

I On a lu pour vous

Am J Infect Control. 2016 Dec 1;44(12):1622-1627. doi: 10.1016/j.ajic.2016.04.251. Epub 2016 Aug 1.

Reduction of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in long-term care is possible while maintaining patient socialization: A prospective randomized clinical trial.

Peterson LR, Boehm S, Beaumont JL, Patel PA, Schora DM, Peterson KE, Burdsall D, Hines C, Fausone M, Robicsek A, Smith BA.

BACKGROUND:

Antibiotic resistance is a challenge in long-term care facilities (LTCFs). The objective of this study was to demonstrate that a novel, minimally invasive program not interfering with activities of daily living or socialization could lower methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) disease.

METHODS:

This was a prospective, cluster-randomized, nonblinded trial initiated at 3 LTCFs. During year 1, units were stratified by type of care and randomized to intervention or control. In year 2, all units were converted to intervention consisting of universal decolonization using intranasal mupirocin and a chlorhexidine bath performed twice (2 decolonization-bathing cycles 1 month apart) at the start of the intervention period. Subsequently, after initial decolonization, all admissions were screened on site using real-time polymerase chain reaction, and those MRSA positive were decolonized, but not isolated. Units received annual instruction on hand hygiene. Enhanced bleach wipe cleaning of flat surfaces was done every 4 months.

RESULTS:

There were 16,773 tests performed. The MRSA infection rate decreased 65% between baseline (44 infections during 365,809 patient days) and year 2 (12 infections during 287,847 patient days; $P < .001$); a significant reduction was observed at each of the LTCFs ($P < .03$).

CONCLUSIONS:

On-site MRSA surveillance with targeted decolonization resulted in a significant decrease in clinical MRSA infection among LTCF residents.

Am J Infect Control. 2014 Oct;42(10 Suppl):S269-73. doi: 10.1016/j.ajic.2014.05.011.

Impact of Detection, Education, Research and Decolonization without Isolation in Long-term care (DERAIL) on methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization and transmission at 3 long-term care facilities.

Schora DM, Boehm S, Das S, Patel PA, O'Brien J, Hines C, Burdsall D, Beaumont J, Peterson K, Fausone M, Peterson LR.

ABSTRACT

We tested infection prevention strategies to limit exposure of long-term care facility residents to drug-resistant pathogens in a prospective, cluster randomized 2-year trial involving 3 long-term care facilities (LTCFs) using methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) as a model. We hypothesized that nasal MRSA surveillance using rapid quantitative polymerase chain reaction and decolonization of carriers would successfully lower overall MRSA colonization. In year 1, randomly assigned intervention units received decolonization with nasal mupirocin and chlorhexidine bathing and enhanced environmental cleaning with bleach every 4 months. Newly admitted MRSA nares-positive residents were decolonized on admission. Control units were screened but not decolonized. All units received periodic bleach environmental cleaning and instruction on hand hygiene. In year 2, all units followed intervention protocol caused by failure of the cluster randomized approach to sufficiently segregate patients. MRSA colonization was monitored using point prevalence testing every 4-6 months. Colonization status at admission and discharge was performed 1 quarter per year to determine acquisition. Fisher exact test was used for statistical analysis. Baseline MRSA colonization rate was 16.64%. In year 1, the colonization rate of intervention units was 11.61% ($P = .028$) and 17.85% in control units ($P = .613$) compared with baseline. Intervention unit rate difference compared with the controls was significant ($P = .001$). In year 2, the colonization rate was 10.55% ($P < .001$) compared with baseline. The transmission rates were 1.66% and 3.52% in years 1 and 2, respectively ($P = .034$). The planned interventions of screening and decolonization were successful at lowering MRSA colonization.

Am J Infect Control. 2000 Feb;28(1):3-7.

Effect of a comprehensive infection control program on the incidence of infections in long-term care facilities.

Makris AT, Morgan L, Gaber DJ, Richter A, Rubino JR.

BACKGROUND:

Control of infection within the long-term care facility is a daunting problem. Elderly patients are at high risk for contracting infection because of reduced innate immunity, malnutrition, and the presence of chronic medical conditions. This small study tested the effect of developing and implementing a comprehensive preventive infection control program in the long-term care setting and

examined the resultant incidence of infections.

METHODS:

Eight private, freestanding, long-term care facilities in urban and suburban settings were selected for the study. The 4 test sites had a total of 443 beds; there were 447 beds in 4 matched control sites. Data on infection rates were accrued in both preintervention and intervention years. The control homes maintained their existing infection control policies and procedures. The test homes were provided with an infection control educational program and replaced all currently used germicidal products with single-branded products for a 12-month period. A criteria-based standardized infection control surveillance system was used to monitor and report infections in all facilities.

RESULTS:

In the preintervention year, the test sites experienced 743 infections (incidence density rate, 6.33) and the control homes experienced 614 infections (incidence density rate, 3.39). In the intervention year, the test homes reported 621 infections, a decrease of 122 infections (incidence density rate, 4.15); in the control homes, the number of infections increased slightly, to 626 (incidence density rate, 3.15). The greatest reduction in infections in the test homes was in upper respiratory infections (P =.06).

CONCLUSIONS:

This study provides additional evidence that a comprehensive infection control program that includes handwashing and environmental cleaning and disinfecting may help reduce infections among the elderly residing in long-term care settings.

Ann Nutr Metab. 2016;68(1):51-9. doi: 10.1159/000442305. Epub 2015 Nov 25.

The Effectiveness of Lactobacillus Beverages in Controlling Infections among the Residents of an Aged Care Facility: A Randomized Placebo-Controlled Double-Blind Trial.

Nagata S, Asahara T, Wang C, Suyama Y, Chonan O, Takano K, Daibou M, Takahashi T, Nomoto K, Yamashiro Y.

BACKGROUNDS/AIMS:

To clarify the usefulness of Lactobacillus casei strain Shirota (LcS)-fermented milk in the normalization of bowel movements and improvement of infection control for the elderly residents and staff of facilities for the elderly.

METHODS:

A randomized placebo-controlled double-blind test was performed among the elderly residents (average age, 85) and staff members (average age, 37) of facilities for the elderly. The participants randomly received either LcS-fermented milk or a placebo beverage once daily for 6 months. Clinical data and enteric conditions were compared between the 2 groups.

RESULTS:

A significantly lower incidence of fever and improved bowel movements were seen in the LcS-fermented milk group (n = 36) in comparison to the placebo group (n = 36). The numbers of Bifidobacterium and Lactobacillus were significantly higher (p < 0.01), the numbers of destructive bacteria such as Clostridium difficile were significantly lower (p < 0.05), and the fecal acetic acid concentration and total acidity were significantly higher in the LcS group. A significant difference in the intestinal microbiota, fecal acetic acid, and pH was also observed between the LcS and placebo groups among the facility's staff members.

CONCLUSIONS:

The long-term consumption of LcS-fermented milk may be useful for decreasing the daily risk of infection and improving the quality of life among the residents and staff of facilities for the elderly.

Behav Med. 2018 Apr-Jun;44(2):141-150. doi: 10.1080/08964289.2017.1288607. Epub 2017 Mar 3.

Behavioral Interventions to Reduce Infections in Pediatric Long-term Care Facilities: The Keep It Clean for Kids Trial.

Larson EL, Murray MT, Cohen B, Simpser E, Pavia M, Jackson O, Jia H, Hutcheon RG, Mosiello L, Neu N, Saiman L.

ABSTRACT

Children in pediatric long-term care facilities (pLTCF) represent a highly vulnerable population and infectious outbreaks occur frequently, resulting in significant morbidity, mortality, and resource use. The purpose of this quasi-experimental trial using time series analysis was to assess the impact of a 4-year theoretically based behavioral intervention on infection prevention practices and clinical outcomes in three pLTCF (288 beds) in New York metropolitan area including 720 residents, ages 1 day to 26 years with mean lengths of stay: 7.9-33.6 months. The 5-pronged behavioral intervention included explicit leadership commitment, active staff participation, work flow assessments, training staff in the World Health Organization «five moments of hand hygiene (HH),» and electronic monitoring and feedback of HH frequency. Major outcomes were HH frequency, rates of infections, number of hospitalizations associated with infections, and outbreaks. Mean infection rates/1000 patient days ranged from 4.1-10.4 pre-intervention and 2.9-10.0 post-intervention. Mean hospitalizations/1000 patient days ranged from 2.3-9.7 before and 6.4-9.8 after intervention. Number of outbreaks/1000 patient days per study site ranged from 9-24 pre- and 9-18 post-intervention (total = 95); number of cases/outbreak ranged from 97-324 (total cases pre-intervention = 591 and post-intervention = 401). Post-intervention, statistically significant increases in HH trends occurred in one of three sites, reductions

in infections in two sites, fewer hospitalizations in all sites, and significant but varied changes in the numbers of outbreaks and cases/outbreak. Modest but inconsistent improvements occurred in clinically relevant outcomes. Sustainable improvements in infection prevention in pLTCF will require culture change; increased staff involvement; explicit administrative support; and meaningful, timely behavioral feedback.

Clin Trials. 2016 Jun;13(3):264-74. doi: 10.1177/1740774515625976. Epub 2016 Feb 11.

A cluster randomized controlled trial comparing relative effectiveness of two licensed influenza vaccines in US nursing homes: Design and rationale.

Gravenstein S, Dahal R, Gozalo PL, Davidson HE, Han LF, Taljaard M, Mor V.

ABSTRACT

BACKGROUND:

Influenza, the most important viral infection affecting older adults, produces a substantial burden in health care costs, morbidity, and mortality. Influenza vaccination remains the mainstay in prevention and is associated with reduced rates of hospitalization, stroke, heart attack, and death in non-institutional older adult populations. Influenza vaccination produces considerably lower antibody response in the elderly compared to young adults. Four-fold higher vaccine antigen (high-dose) than in the standard adult vaccine (standard-dose) elicits higher serum antibody levels and antibody response in ambulatory elderly.

PURPOSE:

To describe the design considerations of a large clinical trial of high-dose compared to standard-dose influenza vaccine in nursing homes and baseline characteristics of participating nursing homes and long-stay (more than 90 days) residents over 65 years of age.

METHODS:

The high-dose influenza vaccine intervention trial is multifacility, cluster randomized controlled trial with a 2x2 factorial design that compares hospitalization rates, mortality, and functional decline among long-stay nursing home residents in facilities randomized to receive high-dose versus standard-dose influenza vaccine and also randomized with or without free staff vaccines provided by study organizers. Enrollment focused on nursing homes with a large long-stay resident population over 65 years of age. The primary outcome is the resident-level incidence of hospitalization with a primary diagnosis of pulmonary and influenza-like illness, based upon Medicare inpatient hospitalization claims. Secondary outcomes are all-cause mortality based upon the vital status indicator in the Medicare Vital Status file, all-cause hospitalization directly from the nursing home Minimum Data Set discharge records, and the probability of declining at least 4 points on the 28-point Activities of Daily Living Scale.

RESULTS:

Between February and September 2013, the high-dose influenza vaccine trial recruited and randomized 823 nursing homes. The analysis sample includes 53,035 long-stay nursing home residents over 65 years of age, representing 57.7% of the participating facilities' population. Residents are mainly women (72.2%), white (75.5%), with a mean age of 83 years. Common conditions include hypertension (79.2%), depression (55.1%), and diabetes mellitus (34.4%). The prevalence of circulatory and pulmonary disorders includes heart failure (20.5%), stroke (20.1%), and asthma/chronic obstructive pulmonary disease (20.2%).

CONCLUSIONS:

This high-dose influenza vaccine trial uniquely offers a paradigm for future studies of clinical and programmatic interventions within the framework of efforts designed to test the impact of changes in usual treatment practices adopted by health care systems.

J Am Geriatr Soc. 2017 Mar;65(3):496-503. doi: 10.1111/jgs.14679. Epub 2016 Nov 16.

High-Dose Monthly Vitamin D for Prevention of Acute Respiratory Infection in Older Long-Term Care Residents: A Randomized Clinical Trial.

Ginde AA, Blatchford P, Breese K, Zarrabi L, Linnebur SA, Wallace JI, Schwartz RS.

OBJECTIVES:

To determine the efficacy and safety of high-dose vitamin D supplementation for prevention of acute respiratory infection (ARI) in older long-term care residents.

DESIGN:

Randomized controlled trial investigating high-dose vs standard-dose vitamin D from 2010 to 2014.

SETTING:

Colorado long-term care facilities.

PARTICIPANTS:

Long-term care residents aged 60 and older (n = 107).

INTERVENTION:

The high-dose group received monthly supplement of vitamin D3 100,000 IU, the standard-dose group received a monthly placebo (for participants taking 400-1,000 IU/d as part of usual care) or a monthly supplement of 12,000 IU of vitamin D3 (for participants taking <400 IU/d as part of usual care).

MEASUREMENTS:

The primary outcome was incidence of ARI during the 12-month intervention. Secondary outcomes were falls and fractures, 25-hydroxyvitamin D levels, hypercalcemia, and kidney stones.

RESULTS:

Participants (55 high dose, 52 standard dose) were randomized and included in the final analysis. The high-dose group had 0.67 ARIs per person-year and the standard-dose group had 1.11 (incidence rate ratio (IRR) = 0.60, 95% confidence interval (CI) = 0.38-0.94, P = .02). Falls were more common in the high-dose group (1.47 per person-year vs 0.63 in standard-dose group; IRR = 2.33, 95% CI = 1.49-3.63, P < .001). Fractures were uncommon and similar in both groups (high dose 0.10 vs standard dose 0.19 per person-year; P = .31). Mean trough 25-hydroxyvitamin D levels during the trial were 32. ng/mL in the high-dose group and 25.1 ng/mL in the standard-dose group. There was no hypercalcemia or kidney stones in either group.

CONCLUSION:

Monthly high-dose vitamin D3 supplementation reduced the incidence of ARI in older long-term care residents but was associated with a higher rate of falls without an increase in fractures.

J Am Geriatr Soc. 2014 Jan;62(1):103-10.

Effectiveness of cranberry capsules to prevent urinary tract infections in vulnerable older persons: a double-blind randomized placebo-controlled trial in long-term care facilities.

Caljouw MA, van den Hout WB, Putter H, Achterberg WP, Cools HJ, Gussekloo J.

OBJECTIVES:

To determine whether cranberry capsules prevent urinary tract infection (UTI) in long-term care facility (LTCF) residents.

DESIGN:

Double-blind randomized placebo-controlled multicenter trial.

SETTING:

Long-term care facilities (LTCFs).

PARTICIPANTS:

LTCF residents (N = 928; 703 women, median age 84).

MEASUREMENTS:

Cranberry and placebo capsules were taken twice daily for 12 months. Participants were stratified according to UTI risk (risk factors included long-term catheterization, diabetes mellitus, ≥ 1 UTI in preceding year). Main outcomes were incidence of UTI according to a clinical definition and a strict definition.

RESULTS:

In participants with high UTI risk at baseline (n = 516), the incidence of clinically defined UTI was lower with cranberry capsules than with placebo (62.8 vs 84.8 per 100 person-years at risk, P = .04); the treatment effect was 0.74 (95% confidence interval (CI) = 0.57-0.97). For the strict definition, the treatment effect was 1.02 (95% CI = 0.68-1.55). No difference in UTI incidence between cranberry and placebo was found in participants with low UTI risk (n = 412).

CONCLUSION:

In LTCF residents with high UTI risk at baseline, taking cranberry capsules twice daily reduces the incidence of clinically defined UTI, although it does not reduce the incidence of strictly defined UTI. No difference in incidence of UTI was found in residents with low UTI risk.

J Hosp Infect. 2017 May;96(1):69-71. doi: 10.1016/j.jhin.2017.03.019. Epub 2017 Mar 20.

Universal screening and decolonization for control of MRSA in nursing homes: follow-up of a cluster randomized controlled trial.

Héquet D, Rousson V, Blanc DS, Büla C, Qalla-Widmer L, Masserey E, Zanetti G, Petignat C.

ABSTRACT

In 2010-11, a trial conducted in nursing homes showed no benefit of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) universal screening and decolonization over standard precautions to reduce the prevalence of MRSA carriage. Accordingly, no routine screening was performed from 2012. A five-year follow-up shows no new evidence supporting the intervention. Recommendations issued after trial (no screening and decolonization of MRSA residents) were retained.

JAMA Pediatr. 2017 Sep 1;171(9):872-878. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1482
Incidence, Risks, and Types of Infections in Pediatric Long-term Care Facilities.
Importance.

Saiman L, Maykowski P, Murray M, Cohen B, Neu N, Jia H, Hutcheon G, Simpser E, Mosiello L, Alba L, Larson E.

The population of infants, children, and adolescents cared for at pediatric long-term care facilities is increasing in complexity and size and thus consumes substantial health care resources. Infections are a significant cause of morbidity and mortality in this population, but few recent data describe their incidence and effects.

OBJECTIVES:

To describe the types of infections diagnosed in residents of pediatric long-term care facilities, calculate infection rates, and identify risk factors for respiratory tract infections (RTIs).

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS:

This prospective cohort study, which was part of a larger trial called Keep It Clean for Kids, was conducted from September 1, 2012, to December 31, 2015, at 3 pediatric long-term care facilities in New York. Residents of the facilities who were 21 years or younger and either residents or admitted during the study period (n=717) were enrolled in the study. Medical records were reviewed to identify infections diagnosed by site clinicians.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES:

Incidence of infections, such as RTIs; skin and soft-tissue infections; chronic comorbid conditions, including neurologic and respiratory disorders; and device use, including gastrostomy tubes and tracheostomies, was determined. Risk factors for RTIs were assessed by generalized linear mixed method regression modeling.

RESULTS:

The 717 residents had a median (interquartile range) age at enrollment of 2.6 (0.4-9.1) years; 358 (49.9%) were male. Four hundred twenty-eight residents (59.7%) had feeding tubes and 215 (30.0%) had tracheostomies. Most chronic comorbid conditions were musculoskeletal or ambulation (532 residents [74.2%]), neurologic (505 [70.4%]), respiratory (361 [50.3%]), and gastrointestinal (230 [32.1%]) disorders, and 460 residents (64.2%) had 4 or more chronic comorbid conditions. Site clinicians diagnosed 2052 infections during the 3-year study period. Respiratory tract infections were most common and were diagnosed in 1291 residents (62.9%). The overall infection rate was 5.3 infections per 1000 resident-days, and RTI rates were 3.3 infections per 1000 resident-days. Overall infection rates and rates of RTI, skin and soft-tissue infection, urinary tract infection, and bloodstream infection varied among the 3 sites. In the multivariable model, younger age (incidence rate ratio [IRR], 1.05; 95% CI, 1.03-1.06), increased number of chronic comorbid conditions (IRR, 1.12; 95% CI, 1.06-1.19), and the use of feeding tubes (IRR, 1.34; 95% CI, 1.03-1.64) and tracheostomies (IRR, 1.40; 95% CI, 1.17-1.69) were associated with RTIs.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE:

In this study, RTIs were the most common infections diagnosed, but modifiable risk factors for RTIs were not identified. Future work should focus on optimizing infection prevention and control strategies to reduce infections, particularly RTIs, in the pediatric long-term care population.

Am J Geriatr Psychiatry. 2012 Jun;20(6):468-76. doi: 10.1097/JGP.0b013e318246b807.

Exercise and social activity improve everyday function in long-term care residents..

Lorenz RA, Gooneratne N, Cole CS, Kleban MH, Kalra GK, Richards KC.

OBJECTIVES:

This study examined the effects of high-intensity resistance strength training and walking (E), individualized social activity (SA), and resistance training and walking combined with social activity (ESA) on everyday function in long-term care (LTC) residents and explored the relationship between change in everyday function and change in sleep.

DESIGN:

The study used data from The Effect of Activities and Exercise on Sleep, a randomized controlled trial.

SETTING:

Residential LTC facilities.

PARTICIPANTS:

A total of 119 participants who had measures of everyday function and sleep at baseline and postintervention.

INTERVENTIONS:

The E group exercised 5 days a week. The SA group was involved in social activities 5 days a week. The ESA group received both E and SA interventions. The usual care (UC) control group participated in usual activities.

MEASUREMENTS:

Everyday function was measured by the Nursing Home Physical Performance Test. Nighttime sleep was measured by attended polysomnography.

RESULTS:

The UC and SA groups showed a decline in everyday function, whereas the E and ESA groups showed improvement. There were statistically significant differences between the groups, with pairwise comparisons showing significant improvements in the ESA group over the SA group (95% confidence interval, -3.94 to -0.97) and the UC group (95% confidence interval, -3.69 to -0.64). No relationship was found between change in everyday function and change in sleep.

CONCLUSION:

Seven weeks of high-intensity resistance strength training and walking, combined with individualized social activities (ESA), improved everyday function among LTC residents, independent of change in sleep.

American Journal of Infection Control, Volume 47, Issue 7, Pages 737-743

Laminar airflow and mixing ventilation: Which is better for operating room airflow distribution near an orthopedic surgical patient ?

Guangyu Cao, Anders M. Nilssen, Zhu Cheng, Liv-Inger Stenstad, ... Jan Gunnar Skogås

BACKGROUND

There has been little research on the performance of laminar airflow (LAF) and mixing ventilation (MV) systems regarding clean airflow distribution near a surgical patient in operating rooms (ORs). The objective of this study was to examine the performance of LAF and MV systems in ORs at St Olavs Hospital in Norway.

METHODS

Experimental measurements were conducted in 2 ORs equipped with LAF and MV systems.

RESULTS

Under real operating conditions, airflow distribution from the LAF system was disrupted, and airflow velocity became significantly lower than that of MV above the lying patient. Airflow pattern was observed as distributed vertically downward and horizontally with LAF and MV, respectively. Turbulence intensity of supply airflow from LAF was much lower than that of MV.

CONCLUSIONS

The airflow distribution by LAF system in close proximity to a patient is greatly affected by thermal plumes generated above incisions by both patients and surgical facilities. The effect of surgical facilities on airflow distribution by using MV is not significant compared to LAF ventilation. New guidelines are needed for the design of clean airflow distribution systems in the vicinity of surgical patients in ORs.

American Journal of Infection Control, Volume 47, Issue 6, Supplement, June 2019, Page s8

Factors Associated with Infection Preventionist Turnover in Long-term Care Facilities.

Margaret Drake, Regina Nailon, Teresa Fitzgerald, Laura K. Tyner, Muhammad Ashraf.

BACKGROUND

Infection Preventionist (IP) turnover is a significant barrier in developing effective infection prevention and control (IPC) programs in the long-term care facilities (LTCF). We studied the factors that contributed to or prevented IP turnover in LTCF.

METHODS

An 11 question online survey was developed and emailed to 222 directors of nursing (DON) of LTCF with directions to forward it to the facility IP for completion. Survey collected information on turnover of IP, DON and associate DON (ADON) in the past 24 months. Additional questions assessed perceptions of IPs regarding impact of turnover and factors associated with it.

RESULTS

A total of 64 IPs (28.8%) completed the survey. All reported performing at least one additional responsibility in addition to their IP role (range 1-4). In the past 24 months, 54.7% LTCF had at least one turnover at IP, 54.7% at DON and 29.7% at ADON positions. Majority of IPs (54.3%) from the LTCF that had turnover at DON position (n=35) reported that turnover in nursing leadership affected their ability to perform their IPC program responsibilities. Many IPs (45.7%) from LTCF that experienced IP turnover (n=35) reported that it impeded full implementation of IPC program at their facility. Workload was the most frequently selected contributing factor to the turnover (37.1%), followed by wages and benefits (28.6%), nursing leadership turnover (25.7%), dissatisfaction with the job (25.7%), and understaffing (25.7%). The most common reasons preventing IP turnover reported by IPs from LTCF without any IP turnover (n=29) included nursing leadership stability (27.6%), opportunity for professional development (20.7%), and overall satisfaction with the job (17.2%).

CONCLUSIONS

This study identified several modifiable factors that influence IP turnover in LTCF. Advocacy at the national level is required to raise awareness of the challenges faced by IPs in this setting in order to decrease their turnover rate.

American Journal of Infection Control, Volume 42, Issue 10, Supplement, October 2014, Pages s269-s273.

Impact of Detection, Education, Research and Decolonization without Isolation in Long-term care (DERAIL) on methicillin-resistant colonization and transmission at 3 long-term care facilities.

Donna M. Schora, Susan Boehm, Sanchita Das, Parul A. Patel, Lance R. Peterson

We tested infection prevention strategies to limit exposure of long-term care facility residents to drug-resistant pathogens in a prospective, cluster randomized 2-year trial involving 3 long-term care facilities (LTCFs) using methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) as a model. We hypothesized that nasal MRSA surveillance using rapid quantitative polymerase chain reaction and decolonization of carriers would successfully lower overall MRSA colonization. In year 1, randomly assigned intervention units received decolonization with nasal mupirocin and chlorhexidine bathing and enhanced environmental cleaning with bleach every 4 months. Newly admitted MRSA nares-positive residents were decolonized on admission. Control units were screened but not decolonized. All units received periodic bleach environmental cleaning and instruction on hand hygiene. In year 2, all units followed intervention protocol caused by failure of the cluster randomized approach to sufficiently segregate patients. MRSA colonization was monitored using point prevalence testing every 4-6 months. Colonization status at admission and discharge was performed 1 quarter per year to determine acquisition. Fisher exact test was used for statistical analysis. Baseline MRSA colonization rate was 16.64%. In year 1, the colonization rate of intervention units was 11.61% (P = .028) and 17.85% in control units (P = .613) compared with baseline. Intervention unit rate difference compared with the controls was significant (P = .001). In year 2, the colonization rate was 10.55% (P < .001) compared with baseline. The transmission rates were 1.66% and 3.52% in years 1 and 2, respectively (P = .034). The planned interventions of screening and decolonization were successful at lowering MRSA colonization.

American Journal of Infection Control, Volume 44, Issue 12, 1 December 2016, Pages 1622-1627

Reduction of methicillin-resistant infection in long-term care is possible while maintaining patient socialization: A prospective randomized clinical trial.

Lance R. Peterson, Susan Boehm, Jennifer L. Beaumont, Parul A. Patel, Becky A. Smith.

BACKGROUND

Antibiotic resistance is a challenge in long-term care facilities (LTCFs). The objective of this study was to demonstrate that a novel, minimally invasive program not interfering with activities of daily living or socialization could lower methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) disease.

METHODS

This was a prospective, cluster-randomized, nonblinded trial initiated at 3 LTCFs. During year 1, units were stratified by type of care and randomized to intervention or control. In year 2, all units were converted to intervention consisting of universal decolonization using intranasal mupirocin and a chlorhexidine bath performed twice (2 decolonization-bathing cycles 1 month apart) at the start of the intervention period. Subsequently, after initial decolonization, all admissions were screened on site using real-time polymerase chain reaction, and those MRSA positive were decolonized, but not isolated. Units received annual instruction on hand hygiene. Enhanced bleach wipe cleaning of flat surfaces was done every 4 months.

RESULTS

There were 16,773 tests performed. The MRSA infection rate decreased 65% between baseline (44 infections during 365,809 patient days) and year 2 (12 infections during 287,847 patient days; P < .001); a significant reduction was observed at each of the LTCFs (P < .03).

CONCLUSIONS

On-site MRSA surveillance with targeted decolonization resulted in a significant decrease in clinical MRSA infection among LTCF residents.

American Journal of Infection Control, Volume 43, Issue 5, 1 May 2015, Pages 424-434.

Cleaning and disinfecting environmental surfaces in health care: Toward an integrated framework for infection and occupational illness prevention.

Margaret M. Quinn, Paul K. Henneberger, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), National Occupational Research Agenda (NORA) Cleaning and Disinfecting in Healthcare Working Group

Abstract

BACKGROUND

The Cleaning and Disinfecting in Healthcare Working Group of the National Institute for Occupational Safety and Health, National Occupational Research Agenda, is a collaboration of infection prevention and occupational health researchers and practitioners with the objective of providing a more integrated approach to effective environmental surface cleaning and disinfection (C&D) while protecting the respiratory health of health care personnel.

METHODS

The Working Group, comprised of >40 members from 4 countries, reviewed current knowledge and identified knowledge gaps and future needs for research and practice.

RESULTS

An integrated framework was developed to guide more comprehensive efforts to minimize harmful C&D exposures without reducing the effectiveness of infection prevention. Gaps in basic knowledge and practice that are barriers to an integrated approach were grouped in 2 broad areas related to the need for improved understanding of the (1) effectiveness of environmental surface C&D to reduce the incidence of infectious diseases and colonization in health care workers and patients and (2) adverse health impacts of C&D on health care workers and patients. Specific needs identified within each area relate to basic knowledge, improved selection and use of products and practices, effective hazard communication and training, and safer alternatives.

CONCLUSION

A more integrated approach can support multidisciplinary teams with the capacity to maximize effective and safe C&D in health care.

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.

I Infos - News

Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (MDRO) dans les institutions de soins

AVRIL 2019
CSS N° 9277

RÉSUMÉ

L'émergence rapide des germes multi-résistants (MDRO) constitue une menace générale de santé publique à laquelle la Belgique n'échappe pas plus que les autres pays. Les bactéries regroupées sous le vocable « MDRO » (Multi Drug Resistant Organisms) représentent un ensemble hétérogène de micro-organismes ayant comme point commun d'avoir acquis une résistance à la plupart des classes d'antibiotiques normalement actifs sur ceux-ci et d'être responsables de diverses pathologies infectieuses variées. Il a été bien démontré que les infections causées par des MDRO entraînaient plus fréquemment une hospitalisation des patients, qu'elles étaient associées à des coûts directs et indirects majorés, à une augmentation de la durée d'hospitalisation et qu'elles affectaient de manière péjorative le pronostic clinique (taux de complication et de mortalité plus important que celui associé aux mêmes types d'infections causées par des bactéries sensibles aux antibiotiques).

Les MDRO ont émergé au cours du temps sous la pression de l'usage excessif d'antibiotiques. Cette multi-résistance peut éventuellement aboutir à une pan-résistance touchant toutes les classes d'antibiotiques et occasionnant ainsi des impasses thérapeutiques majeures. Les infections occasionnées par les MDRO sont potentiellement transmissibles de patient à patient, classiquement par voie manuportée lors des soins médicaux et paramédicaux. Les mesures de prévention et de contrôle de la transmission, notamment via l'hygiène des mains, constituent, parallèlement à la prescription appropriée des antibiotiques, un autre axe majeur dans la lutte contre ces bactéries. A noter qu'une proportion importante des patients peut être porteur transitoire ou chronique de MDRO sans présenter aucun signe clinique (on parle dans ce cas de colonisation ou de portage asymptomatique). Les mesures d'hygiène et visant à contrôler la transmission de MDRO doivent également s'appliquer chez les personnes colonisées et pas seulement chez les sujets infectés, particulièrement en cas de séjour à l'hôpital et dans des institutions de soins chroniques.

La problématique des MDRO est un phénomène actuellement largement répandu qui n'est plus limité aux seules structures de soins aigus (les hôpitaux) et chroniques (MR/MRS, institutions de soins chroniques et long séjour [réhabilitation/revalidation]). Les infections résultant d'une exposition à partir d'une source ou d'un réservoir dans la communauté sont connues sous le vocable d'« infection communautaire » (« community acquired infection », CA). Les CA-MRSA ou les E. coli producteurs d'ESBL sont parmi les MDRO les mieux connus et les plus fréquents et leur transmission dans la communauté a été bien documentée ces dernières décennies, sans qu'aucun lien avec des structures de soins ne soit mis en évidence.

L'importation de MDRO à la faveur de voyages internationaux ainsi que le rapatriement sanitaire ou encore les transferts inter-établissements de patients hospitalisés en Belgique ou à l'étranger contribuent également à l'évolution rapide de l'épidémiologie des MDRO.

En Belgique, l'Institut de Santé Publique (ISP, désormais intégré dans Sciensano) et les Centres nationaux de référence (CNR) de la résistance aux antibiotiques assurent un rôle primordial dans la surveillance microbiologique de l'évolution de la résistance aux antibiotiques des différents pathogènes MDRO.

Face à cette menace, une approche globale et pluridimensionnelle est requise et il apparaît important de fournir aux professionnels de la santé des recommandations pratiques couvrant les MDRO dans leur globalité et non plus, comme par le passé, dans des documents traitant ces derniers de manière individuelle (par ex. : MRSA).

Un point d'importance majeure concerne la définition des différents MDRO (dont le caractère est parfois hétérogène dans la littérature). Ceux-ci sont en accord avec les critères utilisés par Sciensano et les CNR belges dans le cadre des programmes de surveillance microbiologique et épidémiologique.

I Infos - News

Le document de travail réalisé ici constitue un outil qui est amené à évoluer en fonction de l'évolution des connaissances et des acquis scientifiques dans le domaine. Cette version informative fournit un ensemble de recommandations pratiques à destination des acteurs de terrain et visant à les aider dans leur approche et dans la gestion de la problématique des MDRO en institution de soins.

Ceci concerne notamment :

- la mise en place de mesures de prévention et de contrôle de la transmission des différents MDRO en cas de survenue de cas individuels ou de cas groupés dans les institutions des soins,
- l'assistance aux équipes de terrain dans la prise de décisions selon le contexte local et la population de patients (en harmonisant les démarches et en tenant compte de la nécessité pour chaque institution de les adapter selon leurs spécificités locales),
- le renforcement de l'adhésion des acteurs de terrain aux recommandations et la confiance des patients et de leurs familles par rapport à l'institution de soins qui les prend en charge.

Ces directives traitent essentiellement des aspects généraux et spécifiques des différents MDRO liés :

- à la prévention,
- aux précautions générales et additionnelles,
- aux mesures environnementales (entretien, nettoyage et désinfection de l'environnement),
- aux aspects organisationnels généraux et spécifiques des soins selon le contexte épidémiologique,
- à l'éducation des professionnels de la santé, des patients (implication dans l'hygiène des mains cf. chapitre « Empowerment du patient » dans l'avis 9344 de 2018) et de leur entourage familial,
- à la surveillance et au dépistage du portage asymptomatique par le laboratoire de microbiologie,
- à la gestion des cas individuels et des cas groupés de MDRO,
- à la gestion des épidémies ainsi qu'aux stratégies de maîtrise spécifiques des différents MDRO.

La problématique de l'usage approprié des antibiotiques n'est abordée que de manière très succincte dans ce document; la BAPCOC étant l'institution de référence en Belgique; ses recommandations en cette matière sont traitées de façon détaillée dans d'autres documents.

Certains chapitres incluent, dans le corps du texte, une brève synthèse de l'état actuel des connaissances; le contenu scientifique et/ou technique détaillé étant développé - à l'attention des utilisateurs souhaitant aller plus loin dans l'analyse du sujet en question - in extenso en annexe de ce document.

Il est clair que pour certains aspects, il est difficile, en l'absence d'évidence scientifique reconnue, de trouver un consensus ou de dégager un axe transversal libre de toute controverse.

Ce document n'a pas la prétention d'être exhaustif ni d'apporter des solutions pour tous les cas de figures et toutes les situations rencontrées en clinique mais il est conçu comme un recueil de recommandations à destination des différents acteurs professionnels de la santé dans les institutions de soins. Ceci doit permettre de mettre à disposition de chaque institution une trame générale qu'elle est libre - par le biais de son Comité d'Hygiène Hospitalière (CHH) et de son Equipe opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) – d'adapter aux contingences locales rencontrées.

De cette façon, le CSS met à disposition des publics professionnels concernés un premier document d'information et de référence pratique. Chaque institution se doit de l'adapter en fonction des contingences et des priorités locales en s'inspirant des grandes lignes énoncées dans ce document. Ce dernier devra par la suite être étoffé, adapté et complété en fonction de l'évolution des connaissances et de l'accumulation des informations issus des expériences et mises en pratique.

Pour de plus amples renseignements :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_9277_mdرو_2_1.pdf

I Infos - News

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ET DE PRISE EN CHARGE DES ENDOSCOPES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX ENDOCAVITAIRES THERMOSENSIBLES

Mai 2019
CSS N° 9446

RÉSUMÉ

De nos jours, la majorité des endoscopes rigides sont thermorésistants et subissent un cycle complet d'autoclavage (CSS 9256, 2017), contrairement aux endoscopes flexibles qui sont thermosensibles. Ces derniers sont utilisés quotidiennement en routine à plusieurs fins : diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicales. Vu la sophistication de ces dispositifs médicaux (DM) ces dernières années et l'émergence de nombreux phénomènes épidémiques liés à certains endoscopes, il est apparu essentiel pour le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) de revoir les précédentes recommandations 8355 de 2010 relatives à la prévention de la transmission des infections lors de l'utilisation de matériel endoscopique flexible thermosensible.

Dans ce cadre, le CSS a décidé d'élargir la démarche aux sondes et DM endocavitaires thermosensibles. Ce document concerne donc non seulement les endoscopes thermosensibles avec canal mais également toute une série de dispositifs sans canal (dont principalement les sondes échographiques rigides et flexibles).

L'objectif de ces recommandations, décrivant la prise en charge globale de tous ces DM endocavitaires thermosensibles, est d'optimiser la sécurité des soins en pratique médicale dans et en dehors des institutions de soins et finalement de tendre vers le risque d'infection zéro aussi bien pour les patients que pour le personnel.

Pour répondre à cet objectif, le premier chapitre est consacré à l'organisation pratique, c'est-à-dire les différents types d'exigences auxquelles les prestataires de soins doivent répondre, au cadre normatif - plus précisément les responsabilités - ainsi qu'à l'actualisation de l'information quant à la criticité du matériel et dès lors au niveau de désinfection exigé. En effet, ces DM endocavitaires sont considérés comme semi-critiques selon la classification de Spaulding. Ils doivent donc subir une désinfection de haut niveau.

En ce qui concerne les endoscopes thermosensibles avec canal, les différentes étapes pour aboutir à une libération de l'endoscope sont décrites dans ce document, à savoir : le premier nettoyage (par l'utilisateur dans le local d'endoscopie), le transport, la préparation du pré-nettoyage manuel, le test d'étanchéité, la réalisation du pré-nettoyage manuel, le nettoyage et la désinfection mécaniques et, finalement, le séchage et stockage de ce dernier. Contrairement à ce qui fut le cas dans son avis n° 8355 (2010), le CSS ne soutient plus la désinfection manuelle en cas de laveur-désinfecteur d'endoscopes défectueux. Enfin, un point a été consacré à la gestion des accessoires spécifiques (nettoyage / désinfection / usage unique).

Pour les DM sans canal, le CSS recommande également une désinfection de haut niveau et ce, que l'on utilise ou pas une gaine de protection. Dans le cas de l'utilisation d'une gaine, la formation des utilisateurs est indispensable. Les techniques de désinfection de haut niveau comprennent les systèmes automatisés, le trempage et les lingettes ; chacun de ces points fait l'objet de recommandations. Les principes primordiaux concernant l'organisation de la procédure de (re)traitement, le transport et le stockage sont rappelés.

Dans un chapitre spécifiquement consacré aux produits utilisés lors du nettoyage et de la désinfection des DM endocavitaires thermosensibles avec et sans canal, des lignes de conduites ont été formulées à l'attention de l'utilisateur quant à la sélection des produits détergents-désinfectants selon la situation rencontrée ainsi qu'à la problématique des biofilms.

Ce document synthétise également les axes importants en matière de surveillance de la qualité et des contrôles. Ce chapitre d'importance majeure pour garantir la sécurité du patient et du personnel a été également fortement remanié. Il reprend la validation des processus, indispensable pour garantir qu'un DM soit conforme aux exigences de qualité, mais aussi les exigences et prérequis liés aux indicateurs attachés à la structure, au processus et aux résultats. Ces recommandations se veulent également pratiques en proposant des exemples de points critiques intéressants à auditer. Cette partie se termine par des recommandations concernant les conduites à tenir pour la réalisation d'une enquête épidémiologique (audit ponctuel, traçabilité, etc.).

Enfin, le CSS recommande à chaque établissement de soins de rédiger, sur base de ces présentes recommandations, ses propres procédures écrites, lesquelles devront être approuvées par le Comité d'Hygiène Hospitalière. Dans la pratique privée, un document relatif aux bonnes pratiques devra également être disponible.

Le CSS attire l'attention des autorités compétentes pour que des audits dans les institutions de soins et dans la pratique privée soient organisés.

Pour de plus amples renseignements :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9446_avis_endoscopes_et_sondes_update_0.pdf

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOG : www.health.fgov.be/antibiotics
- CDC/HICPAC : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>
- Belgian Infection Control Society - (BICS) : <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- Journal of Hospital Infection (JHI) : <https://www.journalofhospitalinfection.com/>
- Noso-info : <http://www.nosoinfo.be>.
- World health organization (WHO) : <http://www.who.int/gpsc/en/>
- Infect Control and hospital Epidemiology (ICHE) : <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology>
- “Tuesday seminars”, afdeling Volksgezondheid en Surveillance, WIV-ISP
<http://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/agenda.htm>
- Avis et recommandations du Conseil Supérieur de la Santé : http://www.HGR_CSS.be
- Brochures du Conseil Supérieur de la Santé : http://www.health.fgov.be/HGR_CSS/brochures
- Plate-forme Fédérale d’Hygiène Hospitalière (HIC = Hospital Infection Control) : <http://www.hicplatform.be>
- 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>
- Sciensano FR : <https://www.sciensano.be/fr>
- WIN, Werkgroep Infectiebeheersing NVKVV
administratie@nvkvv.be
- American Journal of Infection Control:
<https://www.ajicjournal.org/>

AGENDA SCIENTIFIQUE

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

- **10 - 13 SEPTEMBRE 2019**
The International Conference on Prevention and Infection Control (ICPIC)
Lieu : Genève, Suisse
Renseignements : <https://10times.com/international-conference-on-prevention-infection-control>
- **26 SEPTEMBRE 2019**
NSIH Symposium: Zorggerelateerde infecties en Antimicrobiële Resistentie
Lieu : Koninklijke Bibliotheek, Keiserslaan, Brussel
Renseignements : nathalie.verhocht@sciensano.be (02/642 57 37).
- **3 OCTOBRE 2019**
Colloque Hygiène: Tuberculose : une menace dans l'air
Lieu : CHU UCL Namur site Godinne
Renseignements et inscriptions : www.evenements.chuucnamur.be

Comité de rédaction

Comité de rédaction

G. Demaiter, T. De Beer, S. Milas, L. Mortgat,
A. Simon, A. Spettante, F. Van Laer, Y. Velghe,
N. Verbraeken.

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

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.

Partenaires

Pour tout renseignement concernant Sciensano

14 av. J. Wytsmans

1050 Bruxelles

+32 2 642 51 11

www.sciensano.be/fr

info@sciensano.be



Service Infections liées aux soins & Antibiorésistance
nsih-info@sciensano.be
www.nsih.be

NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

Pour tout renseignement concernant le groupe de travail hygiène hospitalière NVKVV

Mmes Véronique Blomme et

Anneliese Catoore

Tél: 02/737.97.85

Fax: 02/734.84.60

Email: navorming@nvkvv.be



ABIHH

Pour tout renseignement concernant l'ABIHH

Groupe infirmier francophone

Mr Yves Velghe

Tél: 02/477.25.43

Email: info@abihh.be

www.ABIHH.be



BICS – Belgian Infection Control Society

Pour tout renseignement concernant l'inscription au BICS, veuillez vous adresser au secrétaire BICS :

Dr Sandrine Roisin

Hôpital Erasme,

Route de Lennik, 808,

1070 Bruxelles.

Tél: 02/555.6643-4541

Fax: 02/555.85.44

Email : Sandrine.Roisin@erasme.ulb.ac.be



COTISATIONS BICS :

Inscription comme membre du BICS :

Infirmier(e)s 25 €

Médecins 60 €

Médecins en formation 25 €

via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

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