



Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière
Belgische Vereniging voor Ziekenhuishygiëne

BAPCOOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriel :

VOL. XV n° 3
3^{ème} trimestre 2011

Bureau de dépôt :

Belgique - België
Bruxelles - Brussel X
P.P. 1/3542

Editeur Responsable :

A. Simon
UCL - Hygiène Hospitalière
Av. Mounier - Tour Franklin -2 sud
B - 1200 - BRUXELLES

SOMMAIRE

- 2 L'Institut Scientifique de Santé Publique : partenaire des autorités sanitaires et des prestataires de soins de santé
- 6 Coup d'envoi officiel de la désignation et du soutien des centres de référence nationaux
- 10 La rougeole en Belgique, 2011: un retour inattendu.
- 15 Rapport d'activités 2010 - Groupe de travail Hygiène hospitalière NVKVV
- 16 Une enquête pour déterminer les compétences attendues de l'infirmier(ère) hygiéniste hospitalier !
- 17 Les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques : ne vous faites pas un sang d'encre !
- 17 Recommandations relatives à la maîtrise des infections lors des soins réalisés en médecine dentaire
- 18 Nous avons lu pour vous.
- 20 Site Web.
- 21 Agenda scientifique.
- 23 Instructions aux auteurs.
- 24 Comité de Rédaction.
Abonnements.

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

EDITORIAL

De la confidentialité à la transparence publique, quelle place pour la notification des indicateurs des programmes de maîtrise des infections liées aux soins ?

P. Demol, président de la plate-forme fédérale

Introduction

L'arrêté royal d'avril 2007 établit que « l'équipe d'hygiène hospitalière procède à la surveillance des infections nosocomiales à l'aide d'indicateurs permettant d'en suivre et d'en corriger l'incidence au sein de l'établissement ». Ces indicateurs vont-ils rester confidentiels ou au contraire devenir publics.

Pourquoi le fait médical devrait-il échapper à la comparaison publique et son étude rester secrète?

Pour un nouvel achat domestique d'importance, il est courant de comparer les prix et la qualité de ce que l'on veut acquérir, quoique cela soit assez difficile. Les informations qui sont données par le vendeur sont fréquemment biaisées par sa commission à la vente, qui est variable d'un modèle à l'autre.

On se reporte dès lors vers des informations comparatives données par des organisations de défense de consommateurs. L'honnêteté des informations paraît grande, cependant, l'expertise pour les produire semble parfois contestable.

En cas de problème de santé, l'attitude traditionnelle est la confiance dans la médecine, mais cette confiance de principe est de plus en plus mise à mal par un questionnement sur le moyen de trouver le meilleur, au meilleur prix, ce qui paraît raisonnable.

Et, en conséquence, vient un intérêt du public, par exemple, pour choisir l'hôpital où il y aurait le moins d'infections nosocomiales (IN) et un intérêt des organisations de défense de consommateurs, pour obtenir les résultats d'études qui font la comparaison entre hôpitaux sur des thèmes liés à l'hygiène hospitalière (HH) et seraient susceptibles d'orienter un choix entre institutions de soins.

Cependant, on sait que comparaison n'est pas raison, et ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la santé.

Les indicateurs

La comparaison souffre de nombreux biais, un hôpital n'est pas l'autre en terme de pathologie (case mix), les définitions des infections ne sont pas standardisées et quand elles le sont, l'application pratique de la définition peut varier (par exemple, pour les infections de plaie opératoire), l'infection elle-même est difficile à diagnostiquer (par exemple, les infections liées à la ventilation artificielle), les méthodes diagnostiques peuvent être différentes d'un labo à l'autre,...

Quels indicateurs employer ?

Classiquement, on distingue les indicateurs de résultats, de processus et de structure.

A première vue, ce sont les indicateurs de résultats (par exemple, l'incidence des IN) qui sont les plus utiles mais, en même temps, ce sont ces résultats qui sont les plus sensibles aux biais évoqués ci-dessus.

Les indicateurs de processus (comme l'observance de l'hygiène des mains) ou de structure (comme la présence d'infirmiers référents en HH) sont plus faciles à établir mais, sans corrélation évidente avec les résultats, ils apparaissent moins pertinents.

Le benchmarking dans des pays riches

Une revue récente⁽¹⁾ reprend de manière comparative les développements dans le domaine du benchmarking* et de sa diffusion publique en France, en Allemagne, en Angleterre et aux États-Unis pour ce qui concerne les indicateurs d'IN.

Aux États-Unis, l'intérêt pour la surveillance des IN s'est manifesté dès les années 1970. A la même époque, le National Nosocomial Infections Surveillance system (NNIS; maintenant National Healthcare Safety Network, NHSN) a su mettre à disposition des taux d'IN qui pouvaient être comparés pour chaque hôpital participant aux performances nationales. La participation volontaire et la confidentialité étaient considérées comme des composants importants de ce programme.

(suite page 19)

N
O
S
O
I
N
F
E
O

NOUVELLES DE L'INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP)

L'Institut Scientifique de Santé Publique : partenaire des autorités sanitaires et des prestataires de soins de santé

Johan Peeters, Directeur Général de l'ISP

Un siècle après la création de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie et de l'Institut Pasteur du Brabant, il a été décidé d'intégrer les deux établissements en un seul institut, avec une vision, une mission et un organigramme communs (M.B. 26.08.08) : l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).

Le WIV-ISP est une institution scientifique autonome, sous l'autorité du Ministre Fédéral de la Santé Publique. L'ISP-WIV offre un soutien scientifique aux autorités fédérales telles que le SPF Santé Publique (SPF), l'Institut National d'Assurance-maladie et invalidité (INAMI), l'Agence Fédérale pour la Sécurité Alimentaire (AFSCA) et l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Il soutient également les autorités sanitaires des communautés et des régions et représente la Belgique auprès des organisations européennes et internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation pour la Coopération au Développement économique (OCDE), le centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC), l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA), l'Agence Européenne du Médicament (EMA), la Direction Européenne de la Qualité du Médicament et des Soins de Santé (DEQM), entre autres.

Ce bref aperçu traite plus en détail l'évolution de l'ISP-WIV dans le cadre des récents audits et restructuration de ses activités.

1. Contexte historique

Comme souvent, c'est une crise sanitaire qui est à l'origine de la création de l'ISP-WIV. La crainte d'une épidémie de choléra a contraint les autorités de l'époque à créer un service sanitaire au cours de l'exposition universelle de 1897 dans le Parc du Cinquantenaire de Bruxelles, 40 ans avant la création d'un Ministère de la Santé Publique en Belgique. En 1951, ce laboratoire fut transformé en un Institut d'Hygiène et Epidémiologie (IHE) (AR 24.11.51 et 06.03.68), lequel prit ses quartiers à son actuel emplacement, rue Wytzman, dès 1957. Entretemps, l'Institut Antirabique et Bactériologique du Brabant avait été créé en 1900 en province du Brabant, sous la direction du

futur prix Nobel Jules Bordet, et rebaptisé Institut Pasteur en 1903. Cet institut siégea dans le Parc Léopold de Bruxelles jusqu'en 1982, date à laquelle il déménagea vers son site actuel, au Verrewinkel d'Uccle.

Fin 1995, des discussions furent entamées au sujet d'une fusion entre l'IHE et l'Institut Pasteur, fusion qui fut portée au niveau fédéral suite à la scission de la province du Brabant. Et c'est dans ce cadre que fin 1996, un nouveau nom fut prévu pour l'IHE : l'**Institut Scientifique de Santé Publique** (AR 17.10.96). Mais il a quand même fallu attendre jusqu'en 2003 pour voir cette fusion devenir réalité (AR 11.07.03) : l'Institut Pasteur devint le quatrième département de l'ISP-WIV, côtoyant ainsi les trois départements existants de Microbiologie, Pharmaco-Bromatologie et Epidémiologie-Toxicologie.

Il a toutefois fallu attendre le projet Jenner, entamé en 2006, dont le but était de faire correspondre la vision et les objectifs futurs de l'ISP-WIV aux partenaires de l'institut et aux défis du 21ème siècle, pour assister à une réelle intégration des services de l'IHE et de l'Institut Pasteur. Cela signifiait une vision, une mission, une structure et des procédures de travail communes. Dans ce cadre, il était important de conserver le lien avec les communautés et les régions. Comme la loi spéciale du 16.01.89 avait transféré 30% du budget de l'ISP-WIV aux communautés et 10% aux régions, celles-ci ont ensuite décidé de réinvestir une partie de ce budget dans l'ISP-WIV par le biais d'accords de coopération quinquennaux.

Après un interrogatoire fouillé de tous les intéressés de l'ISP-WIV et un audit consciencieux de tous les services, l'ISP-WIV s'est vu confier, fin 2007, une nouvelle mission (AR 20.12.07) et un organigramme avec 4 directions opérationnelles (MB 26.08.08). Cela mit par la même occasion un terme à l'Institut Pasteur de Belgique. Au terme de négociations avec l'Institut Pasteur de Paris, il n'était apparemment pas possible de conserver le nom de Pasteur dans le nom de l'institution fusionnée, la mission de l'ISP-WIV étant beaucoup plus large que celle des instituts Pasteur classiques (limitée à la recherche en matière de maladies infectieuses). Mais l'ISP-WIV reste tout de

même membre du réseau international des instituts Pasteur. Par ailleurs, l'ISP-WIV est aussi membre fondateur de « l'International Association of Public Health Institutes (IANPHI) » qui a tenu son meeting européen à Bruxelles en 2010.

2. Mission et vision de l'ISP-WIV

Comme le précise l'AR du 20.12.07, l'ISP-WIV a pour mission de soutenir la politique de santé publique grâce à la recherche scientifique, à des avis d'experts et à des prestations de service.

Sur base des recherches scientifiques, l'ISP-WIV formule des recommandations et des solutions pour une politique de santé proactive aux niveaux belge, européen et international. Il évalue l'état de santé et les indicateurs de santé sur base de méthodes scientifiques de pointe qu'il développe, évalue et applique eu sein d'un système de qualité certifié. Il élabore en outre des solutions avancées en matière de diagnostic, de prévention et de traitement de maladies actuelles et émergentes ainsi qu'en matière d'identification et de prévention d'autres risques pour la santé, y compris ceux issus de l'environnement.

Pour la réalisation de cette mission, l'ISP-WIV vise les objectifs suivants :

- L'ISP-WIV désire rester un Centre d'Excellence qui fait autorité pour les enquêtes épidémiologiques, les maladies transmissibles et autres risques sanitaires chez l'homme, le contrôle des médicaments et des vaccins et le contrôle de qualité des laboratoires et, dans ce cadre, devenir un acteur important dans le réseau international des laboratoires de référence et des centres d'expertise;
- L'ISP-WIV fait en outre continuellement l'inventaire des tendances et des risques sanitaires et informe, après analyse, les décideurs politiques et la population des nouvelles évolutions en matière de santé, de sécurité de la chaîne alimentaire, d'alimentation et d'environnement;
- L'ISP-WIV essaie d'être toujours en mesure, en toutes circonstances, d'apporter un soutien et des solutions aux autorités belges, européennes et internationales en cas de crise sanitaire;
- Fort de son expertise, l'ISP-WIV souhaite être un partenaire de discussion privilégié pour les autorités belges, européennes et internationales en matière de santé publique.
- L'ISP-WIV a pour ambition de devenir le point de contact par excellence pour délivrer une information correcte et objective au sujet de la santé et des risques pour la santé publique.

3. Organigramme de l'ISP-WIV

La mise en œuvre de cette mission et de cette vision requiert une organisation énergique, qui bénéficie d'une structure logique. Dans l'ancienne organisation de l'IHE et de l'Institut Pasteur, les activités étaient réparties sur moult départements, sections et services généraux, ce qui n'a pas toujours permis de privilégier une vision commune et une structure logique.

C'est pour cette raison qu'au cours de la première phase (2007-2008), les services d'appui parcellisés ont été rassemblés en 4 services centraux : finances et contrôle de gestion, personnel et organisation, ITC et infrastructure et bâtiments. Les services scientifiques ont été réunis au cours d'une seconde phase (2009-2010) en plusieurs domaines scientifiques, en fonction des disciplines complémentaires : respectivement, l'épidémiologie, les statistiques et l'évaluation des risques, la microbiologie et la chimie. Toutes les activités de prestations de services où l'accent est mis sur la qualité ont été réunies en une direction opérationnelle : expertise (biologie clinique, biosécurité, plans de crise), tâches préparatoires en matière de prestation de services (dispatching, préparation des échantillons) et de relations avec les clients et les parties prenantes. Cela a mené à une nouvelle structure, avec quatre directions opérationnelles :

- Santé Publique et Surveillance
- Maladies transmissibles et infectieuses
- Alimentation, médicaments et sécurité du consommateur
- Expertise, prestations de services et relations clients

4. Mission de la Direction Santé publique et Surveillance

La Direction Opérationnelle Santé publique et Surveillance fournit une information fiable, utile et objective sur la santé de la population belge. Cette organisation du savoir ne recherche pas uniquement les facteurs qui améliorent l'état de santé, mais aussi les risques qui représentent une menace pour la santé de la population. Être en bonne santé ne signifie pas simplement ne pas être malade. L'attention ne se concentre pas uniquement sur les maladies et les anomalies, mais aussi sur la santé physique, mentale et sociale, ainsi que les facteurs qui ont une influence sur elle. Il en résulte un suivi santé-maladie. La direction Santé Publique et Surveillance comprend plusieurs centres de connaissances, qui étudient le suivi santé-maladie sous un angle multidisciplinaire.

Activités

La Direction Santé Publique et Surveillance informe les décideurs politiques et la population au sujet des nouvelles évolutions sur le plan de la santé et des facteurs qui influencent la santé de la population. Elle analyse les facteurs socio-économiques, le mode de vie (mal)sain, la sécurité toxicologique des produits de consommation, l'environnement et le climat, ainsi que les aspects de l'organisation des soins de santé. Dès lors, l'attention de la direction Santé Publique et Surveillance se porte plus particulièrement sur :

- la meilleure compréhension des facteurs de risques connus et inconnus qui influencent la santé et le bien-être;
- le suivi des problèmes de santé et de l'expansion des maladies infectieuses et chroniques qui constituent un risque pour la santé publique;
- l'évaluation de l'effet du mode de vie et des décisions politiques sur la santé de la population et sur l'évolution des maladies;
- l'amélioration de la qualité des soins;
- l'évaluation des risques liés à l'exposition de la population belge aux produits chimiques et aux rayonnements;
- la coordination de l'information sur la santé en Belgique.

Commanditaires et collaborations

La Direction Santé publique et Surveillance coopère avec toutes les autorités de Belgique. Ainsi, des enquêtes sanitaires sont menées à la demande de ministres fédéraux et des communautés qui ont la santé publique dans leurs compétences. La direction collabore à cet effet étroitement avec les réseaux existants de prestataires de soins tels que les hôpitaux, les laboratoires et un réseau de médecins généralistes qui suivent depuis plus de 30 ans déjà la santé de la population. La direction conclut en outre des accords avec différentes universités belges et étrangères, ainsi qu'avec les institutions européennes. Au niveau international, la direction est un point de contact pour l'OCDE et l'OMS.

Les services

- Toxicologie;
- Etude de soins de santé;
- Enquêtes, mode de vie et maladies chroniques;
- Maladies infectieuses au sein de la population générale;
- Maladies infectieuses dans les institutions de soins de santé;
- Santé et environnement ;
- Centre du Cancer.

5. Mission de la Direction Maladies Transmissibles et Infectieuses

La direction opérationnelle des maladies transmissibles et infectieuses se charge de la détection et de l'identification rapides et précoces, ainsi que de la surveillance des maladies transmissibles et infectieuses existantes ou (ré)émergentes en Belgique, mais aussi de leur prévention et de leur traitement. La direction joue un rôle important au sein du réseau de laboratoires de surveillance, de référence et des centres d'expertise belges, européens et internationaux pour les maladies infectieuses et la sécurité alimentaire. Au travers de son action et de son expertise, la direction informe de manière fiable les décideurs et la population quant aux nouvelles évolutions en matière de santé publique, de sécurité de la chaîne alimentaire et d'environnement.

Commanditaires et collaborations

Les principaux commanditaires de cette direction sont le SPF, l'AFSCA et l'INAMI. La direction coopère avec les communautés, le CODA-CERVA et les universités. Pour les matières européennes, elle échange ses connaissances et expériences avec l'ECDC, l'EFSA et les Instituts Scientifiques de Santé Publique. Au niveau international, la direction est un point de contact pour l'OCDE et l'OMS.

Les services

- Pathogènes alimentaires;
- Maladies bactériennes;
- Maladies virales;
- Mycologie et Aérobiologie;
- Immunologie.

6. Mission de la Direction Alimentation, Médicaments et Sécurité du Consommateur

La direction opérationnelle Alimentation, médicaments et sécurité du consommateur a pour mission de réaliser des études chimiques analytiques dans l'intérêt de la santé publique. Des dispositifs d'analyse de qualité sont utilisés pour la détermination de la présence de substances chimiques dans l'alimentation, les biens de consommation et l'environnement. A quels potentiels effets néfastes les personnes sont-elles exposées ? Quelles substances ingèrent-elles quotidiennement ? Quelles en sont les conséquences pour leur santé ? Afin d'apporter un soutien à la politique en matière de santé, cette direction opérationnelle fournit des informations objectives, absolues et fiables relatives à la sécurité alimentaire, aux médicaments et aux produits de consommation.

Activités

L'étude scientifique de cette direction s'organise en quatre services :

- Médicaments;
 - Risques chimiques émergents;
 - Résidus toxiques et pharmacologiques;
 - Pesticides.
- Le service Médicaments réalise des études relatives, d'une part, à la qualité de nouveaux médicaments réguliers et de leurs matières premières et, d'autre part, aux risques pour la santé liés à la consommation de médicaments illégaux et de contrefaçon.
 - Le service Risques chimiques émergents identifie et évalue les risques pour la santé liés à l'utilisation de nouveaux produits chimiques : Le groupe Biomonitoring humain évalue les risques pour la santé liés à l'exposition aux produits chimiques par l'analyse directe d'échantillons humains. Le groupe Études d'ingestion renseigne quelles quantités de substances nocives sont ingérées par l'alimentation (comme les substances provenant de matériaux d'emballages et qui imprègnent l'aliment).
 - Le service Résidus toxiques et pharmacologiques identifie et recherche les toxines marines et les toxines de bactéries dans l'alimentation. Ce service détecte également les résidus de substances dans la nourriture. Ceux-ci possèdent une action pharmacologique (les médicaments vétérinaires par exemple).
 - Le service Pesticides recherche les pesticides dans l'alimentation et l'environnement.

Commanditaires et collaborations

L'AFSCA a désigné la direction Alimentation, médicaments et sécurité du consommateur en tant que laboratoire national de référence (LNR) pour le dépistage de pesticides, de toxines marines, de PCB, de HAP, de médicaments vétérinaires, de substances hormonales dans l'alimentation et dans les matériaux en contact avec la nourriture pour la Belgique. De plus, la direction opérationnelle est également le LNR pour le Grand-Duché du Luxembourg. Le service Médicaments collabore avec l'AFMPS comme LNR pour l'analyse de médicaments. En outre, la direction collabore avec le SPF dans le cadre de la réalisation d'études d'ingestion des additifs.

7. Mission de la Direction Expertise, prestations de services et relations clients

Mission

La Direction Opérationnelle Expertise, prestations de service et relations clients a pour mission :

- L'évaluation et le contrôle de la qualité de médicaments biologiques à usage humain (vaccins et produits sanguins) avant leur mise sur le marché;
- L'évaluation et le contrôle de la qualité des laboratoires de biologie clinique et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro;
- L'évaluation des risques liés à l'utilisation des organismes génétiquement modifiés (OGM) et/ou pathogènes et un soutien au contrôle de leur utilisation;
- Apporter au sein de l'ISP-WIV, un soutien logistique, technique et scientifique aux Directions Opérationnelles, dans le cadre de leurs prestations de service et de leurs relations clients.

Activités

Les domaines d'activités scientifiques ont été organisés en quatre services scientifiques :

- le Service de standardisation biologique examine la qualité des vaccins et des produits dérivés du sang;
- le Service de biologie clinique est essentiellement en charge du suivi des agréments et des inspections des laboratoires de biologie clinique, du contrôle externe de la qualité de leurs prestations, ainsi que des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro;
- le Service de biosécurité et biotechnologie est essentiellement chargé de l'évaluation des risques pour la santé humaine, animale et l'environnement liés à l'utilisation d'OGM et/ou pathogènes;
- la plateforme de biotechnologie et biologie moléculaire est d'une part responsable du laboratoire de détection des OGM et coordinateur du laboratoire national de référence des OGM, et d'autre part soutien logistique, technique et scientifique des Directions opérationnelles du WIV-ISP en matière de biologie moléculaire.

La Direction Opérationnelle abrite également les services horizontaux suivants :

- le Centre de Dispatching, en charge de la réception et de l'enregistrement des échantillons à analyser à l'ISP-WIV, ainsi que de l'envoi des rapports d'analyses aux clients
- La Cellule de coordination des relations clients et d'orientation, essentiellement en charge de la coordination des relations avec les clients et les partenaires principaux de l'ISP-WIV.

Commanditaires et formes de collaboration

Les commanditaires des services scientifiques de la Direction Opérationnelle Expertise, prestations de

services et relations clients sont relativement nombreux. Au niveau belge, les principaux sont : le SPF, l'INAMI, l'AFMPS, l'AFSCA, les régions, les communautés flamande et française. Au niveau européen et international, l'EDQM et l'OMS. Ces services scientifiques collaborent également avec tout un réseau d'experts, essentiellement du monde académique, en relation avec les activités du Conseil de Biosécurité et de la Commission de Biologie clinique, ou indépendamment.

8. Conclusion

La nouvelle structure organisationnelle de l'ISP-WIV permet d'utiliser mieux et plus efficacement les maigres ressources dont il dispose et d'offrir une réponse toujours plus rapide aux nouveaux défis qui se présentent en matière de santé publique. Sur le plan épidémiologique, l'ISP-WIV suit de près

les domaines les plus importants de santé publique, établit l'état des lieux et cherche de nouvelles méthodes rapides pour identifier les risques microbiologiques et chimiques. Nos experts s'engagent pour assurer la qualité des domaines cruciaux que sont entre autres la biologie clinique, les médicaments et les vaccins.

Pour les domaines dans lesquels il ne dispose pas de l'expertise nécessaire, l'ISP-WIV essaie d'étendre son réseau de manière à pouvoir y trouver également des solutions. L'important étant de toujours trouver une réponse à chaque situation avec ouverture et transparence, en respectant le point de vue et les compétences de chacun. Et c'est dans cet état d'esprit que nous visons à toujours faire honneur à notre slogan: "La science au service de la santé publique, de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement, véritable leitmotiv pour chaque collaborateur de l'ISP-WIV"

Coup d'envoi officiel de la désignation et du soutien des centres de référence nationaux

Amber Litzroth, Gaëtan Muyldermans,

Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance de l'ISP-WIV

Avant-propos

Le projet belge relatif à la désignation et au soutien officiel des centres de référence pour 40 pathogènes humains ou groupes pathogènes a été lancé en mars 2011.

Depuis la fin des années 90 déjà, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP-WIV) travaille à la création d'une structure légale à ce sujet. Les capacités de référence reprises dans le projet existaient depuis plusieurs années déjà sous la forme de laboratoires de référence liés au réseau de laboratoires vigies pour la microbiologie. Il n'existait cependant aucun cadre légal et les laboratoires ne pouvaient pas non plus bénéficier d'une intervention financière.

Conséquence: les activités de référence ne pouvaient pas être garanties.

A l'issue d'un accord de l'INAMI sur le soutien financier du projet et sa coordination par l'ISP-WIV, les étapes nécessaires ont été entreprises afin de créer

un cadre légal pour ce projet. La parution de l'Arrêt Royal au Moniteur Belge du 1er mars 2011 a marqué le coup d'envoi définitif du projet ^[1].

Objectif

L'objectif de ce projet est double. D'une part, la désignation et le soutien officiel des centres de référence vont améliorer les soins aux patients en garantissant une intervention financière pour l'exécution de tests qui ne figurent pas encore dans la nomenclature de l'INAMI. Ces tests peuvent avoir plusieurs objectifs (tests de sensibilité, diagnostic ou confirmation de diagnostic, caractérisation...).

D'autre part, une importante contribution sera apportée aux initiatives dans le domaine de la santé publique grâce au soutien actif des centres de référence au système «early warning», au soutien des programmes de surveillance nationaux et internationaux, au soutien des autorités de santé, à la fourni-

ture ponctuelle d'informations pour l'approche de «clusters» et de foyers et à la fourniture d'un soutien technique aux laboratoires cliniques.

Autre point crucial : la Belgique sera de cette manière en mesure de répondre aux exigences internationales existantes. Il existe en effet différentes réglementations européennes et internationales concernant la communication de maladies infectieuses. Au niveau européen, les Etats membres doivent communiquer à temps plusieurs pathogènes bien définis au Centre Européen de Contrôle et de Prévention des Maladies (CECPM). Au niveau international, les «International Health Regulations», révisées en 2005 par l'Organisation Mondiale de la Santé, stipulent que chaque pays doit disposer des capacités pour contribuer au niveau régional au diagnostic de laboratoire d'échantillons, soit au sein du pays, soit à l'aide d'une collaboration internationale ^[2]. Ce qui veut dire que l'existence de centres de référence de grande qualité n'est pas seulement une nécessité au sein de l'Europe, elle est également cruciale au niveau mondial.

Fonctionnement du projet

Le projet est coordonné par l'ISP-WIV, assisté par un organe consultatif médico-technique (OCMT) revêtant surtout un rôle consultatif. Le Service Maladies Infectieuses dans la population générale au sein de la Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance de l'ISP-WIV se charge du secrétariat scientifique de l'OCMT et organise les procédures de sélection des centres de référence. Les conventions avec les centres de références et le budget alloué par l'INAMI sont également gérés au sein de l'ISP-WIV.

L'OCMT donne des conseils à l'ISP concernant les critères d'obtention et le maintien de la désignation des centres de référence, et ce notamment par le biais d'une collaboration active lors de l'établissement des cahiers des charges. Une fois par an, l'OCMT rend un avis relatif à la révision de la liste des pathogènes pour lesquels un centre de référence est nécessaire. L'OCMT formule un avis de sélection d'un certain centre de référence sur la base du dossier de candidature et d'une évaluation de réviseurs indépendants. L'OCMT donne également des conseils concernant

les conditions financières du contrat conclu entre l'ISP-WIV et les centres de référence ^[1].

Première sélection

Un appel à candidatures a tout d'abord été lancé pour 40 pathogènes, dont quelques groupes de pathogènes pour lesquels il était souhaitable de regrouper les activités de référence au sein d'un centre ^[3]. Dans l'appel à candidatures, il est fait référence au cahier des charges général et aux cahiers des charges spécifiques établis séparément pour chaque pathogène. Le cahier des charges général donne un aperçu des tâches et obligations auxquelles chaque centre de référence doit répondre.

Les cahiers des charges spécifiques énumèrent des missions spécifiques par pathogène, le niveau de compétence et les tâches à exécuter auxquelles le centre de référence peut s'attendre dans un contexte spécifique ^[4].

Les dossiers de candidature reçus ont été évalués par 3 reviewers indépendants et l'OCMT a, sur la base de ces évaluations et de son évaluation propre, émis une proposition de sélection. Cette proposition de sélection a été suivie dans son intégralité par le responsable de sélection officiel, le directeur de l'ISP-WIV.

En mai 2011, un centre de référence a donc été sélectionné pour 35 des 40 pathogènes pour lesquels un appel avait été lancé. Dans certains cas, le centre est un consortium de différents laboratoires où un seul laboratoire assure la coordination.

Aucun dossier de candidature n'a été reçu pour 1 pathogène et pour les 4 autres, le dossier de candidature introduit n'a pas été considéré comme suffisant.

Au sein des 35 centres de référence sélectionnés, 7 sont cruciaux pour les infections nosocomiales. Il s'agit des centres de référence pour *Pseudomonas* et *Acinetobacter*, résistants aux antibiotiques, *Clostridium difficile*, entérocoques, extended spectrum bêta-lactamase et entérobactéries productrices de carbapénémase, *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pyogenes* invasif. Aucun dossier de candidature n'a été introduit pour le complexe *Burkholderia cepacia*.

Tableau 1 : centres de référence belges pour les pathogènes nosocomiaux

Pathogènes	Centres de référence		Adresse	Adresse mail	N° de téléphone
	Laboratoire coordinateur	Laboratoire associé			
<i>Pseudomonas et Acinetobacter résistants aux antibiotiques</i>	Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne Laboratoire de Biologie Clinique	Hôpital Universitaire Erasme-ULB	Av. Dr. Gaston Therasse 1 B-5530 Yvoir Belgique	pierre.bogaerts@uclouvain.be	+32 (0)8142 32 00
<i>Clostridium difficile</i>	Université Catholique de Louvain (UCL) Secteur des sciences de la santé - Pôle de Microbiologie Médicale	/	Av. Hippocrate 54 bte B1.54.05 B-1200 Bruxelles Belgique	michel.delmee@uclouvain.be	+32 (0)2 764 94 41
Entérocoques	Universiteit Antwerpen (UA) Faculteit Geneeskunde - Vaxinfectio - Laboratorium voor Medische Microbiologie	/	Universiteitplein 1 S3.14 B-2610 Wilrijk België	herman.goossens@uza.be	+32 (0)3 265 25 51
Extended spectrum beta-lactamase et entérobactéries productrices de carbapenemase	Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne Laboratoire de Biologie Clinique	Hôpital Universitaire Erasme-ULB	Av. Dr. Gaston Therasse 1 B-5530 Yvoir Belgique	pierre.bogaerts@uclouvain.be	+32 (0)8142 32 00
<i>Legionella pneumophila</i>	Universitair Ziekenhuis Brussel VUB Microbiologie en Ziekenhuishygiëne	Hôpital Universitaire Erasme-ULB	Laarbeeklaan 101 B-1090 Brussel België	labomicro@uzbrussel.be	+32 (0)2 477 50 00
<i>Staphylococcus aureus</i>	Hôpital Universitaire Erasme (ULB) Service de Microbiologie-Laboratoire de bactériologie	/	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles Belgique	odenis@ulb.ac.be ariane.deplano@ulb.ac.be	+32 (0)2 555 69 71
<i>Streptococcus pyogenes invasif</i>	Universiteit Antwerpen (UA) Faculteit Geneeskunde - Vaxinfectio - Laboratorium voor Medische Microbiologie	/	Universiteitplein 1 S3.14 B-2610 Wilrijk België	herman.goossens@uza.be	+32 (0)3 265 25 51

Le tableau suivant illustre les centres de référence sélectionnés pour les pathogènes nosocomiaux.

Tâches et obligations des centres désignés

Tous les centres de référence désignés doivent assurer une bonne prestation de services envers les laboratoires de routine. Ce qui veut notamment dire pouvoir communiquer à temps, dans la langue (français et néerlandais) du labo, les résultats des tests demandés et offrir un soutien technique. Ils doivent également évaluer et implémenter les nouvelles méthodes de test.

Sous la coordination et avec le soutien du Service Maladies Infectieuses dans la population générale au sein de la Direction Opérationnelle Santé Publique

et Surveillance de l'ISP-WIV (DO) les centres de référence doivent participer à la surveillance nationale et dès lors également mettre à la disposition des labos des informations comme les formulaires de demande et les critères pour l'exécution des tests. En marge de la définition de caractéristiques précises du pathogène, ils participent également à l'examen de cas groupés et d'épidémies et fournissent ponctuellement informations et expertise en cas de menace ou d'urgence. Il est attendu que les centres sélectionnés participent au système d'alerte précoce, organisé par les autorités compétentes en matière de santé publique. Une participation internationale aux projets de surveillance et aux projets internationaux est également cruciale. Il est attendu des centres qu'ils possèdent au plus tard deux ans après leur sélection officielle une

accréditation BELAC (ISO15189) et qu'ils rédigent annuellement un rapport scientifique et financier.

Tous les centres doivent disposer de l'expertise et de l'expérience scientifique suffisante, suivre les innovations et contribuer au développement de nouvelles techniques. Ils doivent diffuser leurs résultats scientifiques.

Des missions, critères et tâches spécifiques sont également décrits concernant le pathogène, et ce pour chaque centre de référence. Il s'agit notamment des tests qui peuvent être réalisés dans le laboratoire, des réseaux auxquels il faut participer, des services de surveillance attendus, des données épidémiologiques que le laboratoire doit pouvoir fournir, de la participation précisément attendue en cas de foyer et des caractéristiques de l'agent pathogène que le laboratoire doit pouvoir déterminer.

Dans le cas des infections nosocomiales, il est notamment attendu des centres qu'ils contrôlent la résistance aux antibiotiques et les souches en circulation, qu'ils puissent définir la sensibilité aux antibiotiques ainsi que les mécanismes à la base de la résistance aux antibiotiques et qu'ils participent aux programmes de surveillance européens.

Poursuite du projet

Les conventions entre l'ISP-WIV et les 35 centres de référence sélectionnés ont été fixés pour une période de 5 ans.

En ce qui concerne les 5 pathogènes pour lesquels aucun centre n'a encore été sélectionné, un nouvel appel sera lancé d'ici la fin de l'année.

Chaque année, l'OCMT effectuera une révision de la liste des pathogènes. Un budget supplémentaire est prévu, qui pourra être utilisé en cas d'urgence ou le cas échéant. La procédure est actuellement encore en train d'être approfondie.

La Direction Opérationnelle Santé publique et Surveillance de l'ISP-WIV doit également assurer la qualité des données épidémiologiques. Un instrument a

été développé à cet effet, facilitant le transfert de ces données.

Les rapports d'activité annuels et les rapports financiers trouveront également leur place sur le site web.

Financement

Un montant fixe annuel est alloué à chaque centre de référence à titre de compensation des activités du personnel, des appareils et de l'infrastructure pour l'exécution de leurs missions.

Une partie variable du budget est également prévue, calculée sur la base des frais des tests réalisés (réactifs, kits, contrôles...).

Puisque le budget total est limité, il se peut que dans certains cas, tous les tests de laboratoire demandés ne puissent être indemnisés par ce projet. Après une période de deux ans, la partie fixe et la partie variable du budget alloué seront révisées par l'OMCT sur la base des rapports d'activité introduits.

Conclusion

La Belgique est, au sein de l'Europe, l'un des premiers pays où tant la désignation que le soutien financier des laboratoires de référence sont réglementés par la loi et financés par la sécurité sociale. Grâce à ce système, la Belgique pourra garantir des soins de qualité aux patients, assurer la santé publique au niveau national et répondre aux exigences internationales.

Références

1. Arrêté royal du 9 février 2011 fixant les conditions de financement des centres de référence en microbiologie humaine. Moniteur belge. 1/3/2011.
2. World Health Organization. International health Regulations (2005). Second edition. Geneva: WHO; 2008.
3. Liste des pathogènes. http://www.wiv-isp.be/NRCHMWEB/App_GUI/A/A2.aspx. Site web consulté le 15/06/2011.
4. Cahier des charges général. http://www.wiv-isp.be/NRCHMWEB/Documents/gen_terms/en/GeneralTermsReference.pdf Site web consulté le 15/06/2011.

La rougeole en Belgique, 2011: un retour inattendu.

M. Sabbe¹, D. Hue¹, V. Hutse¹, P. Goubau²

1. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles

2. Président du Comité pour l'Eradication de la Rougeole et de la Rubéole, Bruxelles

La rougeole est une maladie virale extrêmement contagieuse (R0=12.5-18) se transmettant par voie respiratoire. Son temps d'incubation est de l'ordre de 2 semaines (Strebel et al. 2008). Ces dernières années, l'incidence en Belgique était très basse, en dehors d'une épidémie dans les écoles anversoises en 2007-2008, qui fut considérée comme une situation exceptionnelle (Lernout et al. 2009). Nous pouvions alors avoir l'impression d'être en bonne voie vers l'élimination visée, par l'OMS, pour 2015 malgré une couverture vaccinale qui n'atteint pas encore la couverture recommandée pour obtenir une bonne immunité de groupe (Sabbe et al. 2011b), soit au moins 95% pour deux doses vaccinales (Fine et Mulholland 2008). Actuellement, en Belgique, il existe des différences régionales, certains groupes sont difficiles à atteindre ou refusent la vaccination. En outre, une étude séro-épidémiologique de 2006 indique que le groupe de population entre 5 et 24 ans est insuffisamment immunisé contre la rougeole (Theeten et al. 2011). Ces éléments laissent craindre que la Belgique pouvait connaître une nouvelle vague d'infections rougeoleuses.

Situation européenne

Dans l'ensemble de l'Europe, une augmentation de la rougeole est constatée avec plus de 30.000 cas en 2010 et déjà plus de 21.000 pour le premier semestre de 2011 (ECDC 2011). Pratiquement tous les

pays rapportent des cas. L'incidence la plus élevée se trouve en France (Freymuth et Vabret, 2011), en Bulgarie et en Roumanie. En France, l'augmentation commença fin 2008, le nombre de cas rapportés montrant depuis une croissance exponentielle. L'épidémie européenne est attribuée à une couverture vaccinale insuffisante, le refus de vaccination par certaines personnes et la difficulté d'atteindre certains groupes pour des interventions médicales, comme les gens du voyage.

Situation en Belgique (Sabbe et al. 2011a, Sabbe et al. 2011b)

La Belgique a subi la pression de l'épidémie présente dans les pays voisins. Fin juillet 2011, 485 cas avaient été déclarés, contre seulement 40 en 2010 (voir fig.1). Tous les groupes d'âge jusqu'à trente ans sont représentés, il y a aussi quelques cas au-delà de 30 ans. La plupart des personnes chez qui on pouvait contrôler le statut vaccinal, n'avaient pas été vaccinées ou n'avaient reçu qu'une seule dose de vaccin (voir fig. 2).

Bien qu'il y ait eu quelques épidémies dans des écoles ou des communautés fermées, beaucoup de cas ont pu être rapportés à des contacts à l'étranger, particulièrement à la France. Quatre patients ont été infectés dans une salle d'attente de médecin généraliste et dans au moins 4 autres cas, l'infection fut contractée à l'hôpital ou dans un service d'urgence.

Figure 1. Cas de rougeole en Belgique (janvier 2007 – juin 2011). ISP-WIV.

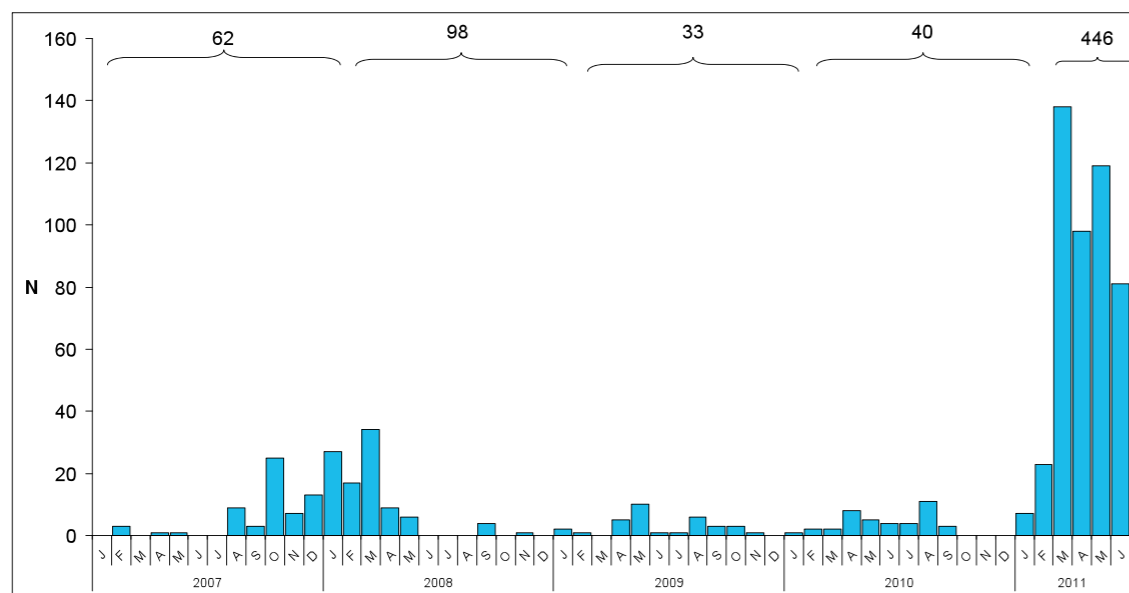
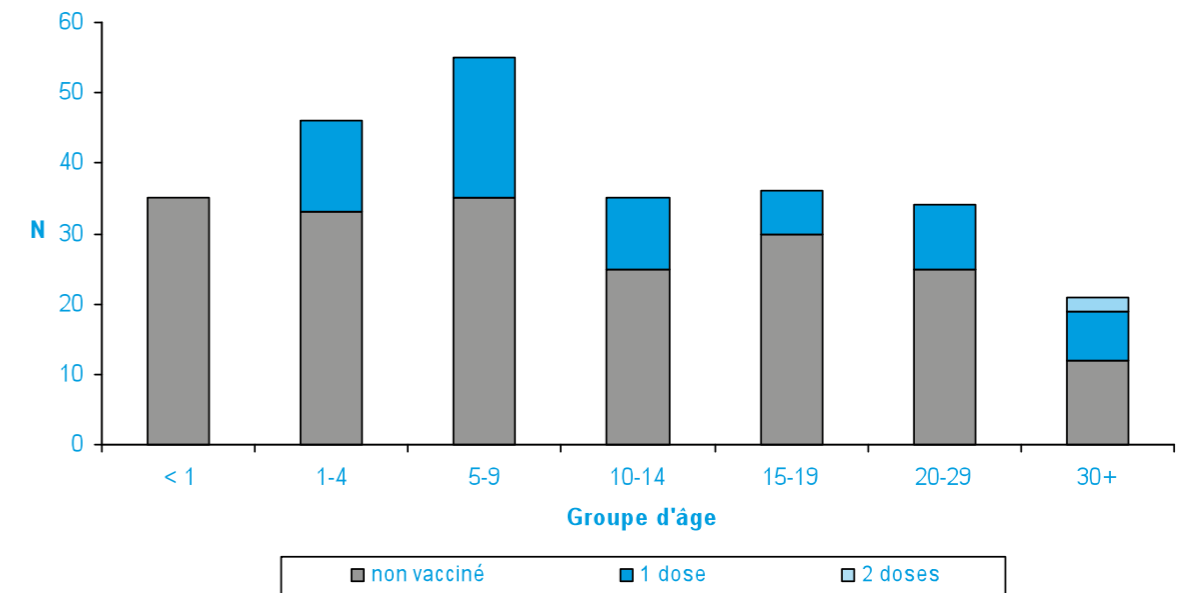


Figure 2. Cas de rougeole suivant l'âge et le statut vaccinal, Belgique (1 janvier – 31 juillet 2011). ISP-WIV.



Dans les circonstances actuelles, il est donc impératif que les médecins tiennent compte du diagnostic de la rougeole, même si la maladie s'était, ces dernières années, éloignée de leurs préoccupations. La rougeole se complique fréquemment d'infections bactériennes, particulièrement d'otite moyenne et de pneumonie. Une encéphalite post-infectieuse est possible bien que rare (1/1000 cas). Il faudra penser au diagnostic en présence de prodromes tels que rhinite et conjonctivite accompagnés de fièvre. Ceux-ci précèdent les taches de Koplik sur la muqueuse buccale et l'apparition d'un érythème maculo-papuleux cen-

trifuge qui commence sur le visage. Lorsqu'on suspecte le diagnostic, il faut le faire confirmer par le laboratoire pour tout cas isolé ou chez quelques-uns des cas lorsqu'il y a un lien épidémiologique. Ceci est possible par un échantillon de sérum, de salive ou sur écouvillon nasal ou pharyngé.

Le test salivaire et le frottis pharyngé permettent également de définir les caractéristiques génétiques du virus, si le prélèvement se fait dans les 7 jours qui suivent l'éruption. Tout cas certain ou probable doit être déclaré auprès des autorités sanitaires compétentes (voir tableau 1).

Tableau 1. Contacts pour la déclaration obligatoire.

Wallonie
Numéro d'appel unique pour les déclarations obligatoires de maladies transmissibles par les professionnels de santé: Tél. 070.246.046 Courriel: surveillance.sante@cfwb.be
Déclaration obligatoire des maladies transmissibles en ligne : http://www.sante.cfwb.be , on clique ensuite sur l'icône « Déclaration obligatoire des maladies transmissibles »
Arrondissement Bruxelles-Capitale
Dr Johan BOTS – Dr Jacques Waegenaere Inspection d'hygiène CCC Avenue Louise 183 1050 Bruxelles - tel 02 502 60 01 fax 02 502 59 05 gsm 0478 77 77 08 jbots@ccc.irisnet.be jwaegenaere@ccc.irisnet.be

Flandres - Service Surveillance en Santé Publique	
http://www.zorg-en-gezondheid.be/Contact/Contactgegevens-infectieziekten-en-vaccinatie/ Pour obtenir des informations urgentes concernant les maladies infectieuses en dehors des heures de bureau, contactez un des médecins du service infectiologie au n° suivant 02 512 93 89	
Province d'Anvers	Dr. Koen De Schrijver Anna Bijns-gebouw Lange Kievitstraat 111-113 bus 31 2018 Antwerpen T: 03 224 62 04 F: 03 224 62 01 koen.deschrijver@wvg.vlaanderen.be
Limbourg	Dr. Annemie Forier V.A.C. Hendrik van Veldeke Koningin Astridlaan 50 bus 7 3500 Hasselt T: 011 74 22 40 F: 011 74 22 59 anmarie.forier@wvg.vlaanderen.be
Flandre Orientale	Dr. Wim Flipse Elfjulistraat 45 9000 Gent T: 09 244 83 60 F: 09 244 83 70 wim.flipse@wvg.vlaanderen.be
Brabant Flamand	Dr. Annemie Forier Diestsepoort 6 bus 52 3000 Leuven T: 016 66 63 50 F: 016 66 63 55 anmarie.forier@wvg.vlaanderen.be
Flandre occidentale	Dr. Valeska Laisnez Spanjaardstraat 15 8000 Brugge T: 050 44 50 70 F: 050 34 28 69 valeska.laisnez@wvg.vlaanderen.be
Coordination	Dr. Ruud Mak Ellipsgebouw Koning Albert II laan 35 bus 33 1030 Brussel T: 02 553 35 86 F: 02 553 36 16 ruud.mak@wvg.vlaanderen.be

Diagnostic de laboratoire

Hors contexte épidémique, on recommande un test salivaire dans tous les cas de rougeole eu égard à la politique d'élimination. Dans la situation épidémique actuelle, les recommandations du comité sont recadrées :

- De préférence, le diagnostic sera confirmé sérologiquement (IgG et IgM spécifiques) dans tout laboratoire. Ceci peut aussi se faire au centre national de référence pour la rougeole, mais le test y sera facturé.
- Dans les situations suivantes, un diagnostic basé sur un échantillon salivaire ou sur un frottis de nez ou de gorge reste recommandé. Ces tests, effectués par le Centre National, ne sont pas facturés.

- Enfants de moins de 2 ans, car un prélèvement salivaire est indolore. Tests effectués: IgM, PCR et éventuellement génotypage ;
- Rougeole après un voyage récent (< 2 semaines). Tests effectués : IgM, PCR et éventuellement

génotypage

- Rougeole chez une personne vaccinée. Tests effectués: IgM, PCR et éventuellement génotypage
 - En cas de complication sévère ou forme atypique. Tests effectués: IgM et PCR.
 - Rougeole chez une personne présentant un risque particulier, comme chez une femme enceinte ou une personne immunodéprimée. Tests effectués: IgM et PCR.

Lors d'une épidémie dans une famille, crèche, école, hôpital, ... il n'est pas nécessaire de confirmer chaque cas par le laboratoire. Une notion de contact avec un cas confirmé est suffisante.

Le kit de prélèvement salivaire permet d'obtenir de la salive avec un écouvillon "éponge". Le prélèvement est totalement indolore. Ce matériel peut être obtenu auprès du service de Maladies Virales de l'Institut Scientifique de Santé Publique (Contact: Veronik Hutse, virologie@wiv-isp.be. Tel: 02/642 56 90) (voir tableau 2)

Tableau 2 : Instructions de l'échantillonnage pour la détection des anticorps de la rougeole ou le virus de la rougeole

Type d'échantillon	Analyse demandée	Test utilisé	Quand prélever	Quand envoyer	Conservation	Envoyer à qui et par où
Sérum	IgM et IgG	Enzygnost® anti-Measles ELISA (Siemens)	7-28 jours après l'éruption cutanée	Le plus vite possible	Au frigo jusqu'à ce que les échantillons soient envoyés.	ISP – Service Maladies Virales Centre National de la rougeole et de la rubéole À l'attention de Hutse Veronik Rue Juliette Wytzman 14 1050 Bruxelles Tél: 02/642.56.90 Fax: 02/642.56.92 Mail: virologie@wiv-isp.be rapportage des résultats: - ELISA et PCR : maximum 7 jours de travail - Génotypage : maximum 1 mois
Salive	IgM et IgG	Measles EIA (Microlmmune)	7-28 jours après l'éruption cutanée	Le plus vite possible (doit arriver endéans les 7 jours dans le labo)		
	PCR (détection du virus)	In-house nested RT-PCR	Max. 7 jours après l'éruption cutanée	Le plus vite possible (doit arriver endéans les 7 jours dans le labo)		
	Génotypage	In-house test	Max. 5 jours après l'éruption cutanée	Le plus vite possible		
Frottis de nez et gorge	PCR (détection du virus)	In-house nested RT-PCR	Max. 7 jours après l'éruption cutanée	Le plus vite possible		
	Culture de cellules + génotypage	In-house test	Max. 5 jours après l'éruption cutanée	Le plus vite possible		

Mesures de précaution à l'hôpital

Tout cas de rougeole à l'hôpital peut entraîner des transmissions nosocomiales. Il est donc important de prendre les mesures appropriées après concertation entre les services médicaux concernés, l'hygiène hospitalière, le laboratoire et le service de médecine du travail.

Le patient :

- Un patient soupçonné de rougeole doit être soigné par un personnel immun. (Vaccination clairement identifiée, antécédent de rougeole dans l'anamnèse ou sérologie IgG positive, les personnes nées avant 1970 sont considérées comme ayant eu la rougeole);
- Isoler le patient en phase infectieuse (jusqu'à 4 jours après le début de l'exanthème);
- Limiter les visites;
- Éviter le déplacement du patient entre les unités (ex.: radiologie...);
- Le patient porte un masque chirurgical s'il quitte sa chambre;
- Port d'un masque par le personnel en contact direct (FFP1 ou FFP2, les recommandations divergent sur ce point (CCLIN Paris-Nord, WIP, CDC));
- Aération adéquate de la chambre;
- Renforcer les mesures habituelles d'hygiène, dont l'hygiène des mains.

Environnement :

- Identification rapide (idéalement dans les 24 heures) des contacts potentiels (salle d'attente, salle d'urgence, diverses unités ...);
- Cette identification permet de prévenir les personnes et de prendre les mesures prophylactiques nécessaires. Un contact non immun peut être protégé en administrant un vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO) dans les 72 heures après contact;
- Vérifier le statut immunitaire du personnel et proposer une vaccination si nécessaire.

Vaccination (CSS 2011) :

- Le schéma de base consiste en deux doses vaccinales, l'une administrée à 12 mois et la seconde entre 10 et 13 ans;
- Les personnes nées après 1970 qui n'ont pas eu la rougeole et qui n'ont pas été vaccinées, devraient vérifier leur statut immunitaire et recevoir éventuellement une vaccination de rattrapage. Celle-ci comporte deux doses à au moins 4 semaines d'intervalle;
- Les personnes nées avant 1970 sont considérées comme immunes car ayant vécu dans une période où le virus circulait librement;
- Le vaccin RRO contient des virus actifs et ne peut donc être administré aux femmes enceintes ou aux personnes immunodéprimées. Une femme évitera

de tomber enceinte dans les 4 semaines suivant la vaccination.

Conclusions

Nous sommes confrontés cette année à une augmentation importante des cas de rougeole en Belgique. Les services médicaux doivent garder le phénomène «rougeole» présent à l'esprit et considérer le diagnostic de rougeole dans le diagnostic différentiel des maladies exanthématiques. Il est nécessaire de poursuivre l'effort pour conserver et améliorer la couverture vaccinale de la population et également d'assurer un bon enregistrement des cas. Une bonne politique préventive est nécessaire à l'hôpital, particulièrement le maintien d'un bon état immunitaire des soignants.

Bibliographie

CDC, 2007 guideline for isolation precautions: "Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings". Available online: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>

CSS Conseil Supérieur de la Santé. La rougeole : vaccination. 30/06/2011. Available online : http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/19069865_FR?ie2Term=rougeole&ie2section=9744

CCLIN Paris-Nord. Fiche technique « Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la rougeole dans les établissements de santé ». 2009. Available online : http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT6_Rougeole.pdf

ECDC. European monthly measles monitoring (EMMO), June 2011. Surveillance Report, vol. 1, 1-11, 2011. Available online : http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/2011_June_measles_monthly.pdf

Fine PEM, Mulholland K. Community immunity. In Vaccines, Eds S Plotkin, W Orenstein, P Offit, Fifth Edition, Saunders Elsevier, 1573-1592, 2008.

Freythuth F, Vabret A. Measles, a re-emerging disease in France ? Clinical Microbiology and Infection, 17, 793, 2011.

Lernout T, Kissling E, Hutse V, De Schrijver K, Top G. An outbreak of measles in orthodox Jewish communities in Antwerp, Belgium, 2007-2008: different reasons for accumulation of susceptibles. Euro Surveill. 2009;14(2);pii=19087. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19087>

Sabbe M., Hue D., Hutse V., Top G., Braeye T., Flipse W & Goubau P. – Mazelenepidemie in België. Stand van zaken januari to midden mei 2011. - Vlaams Infectieziektenbulletin, 2/76, 10-13, 2011a.

Sabbe M, Hue D, Hutse V, Goubau P. Measles resurgence in Belgium from January to mid-April 2011: a preliminary

report. Euro Surveill. 2011b;16(16);pii=19848. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19848>

Strebel PM, Papania MJ, Dayan GH, Halsey NA. Measles Vaccine. In Vaccines, Eds S Plotkin, W Orenstein, P Offit, Fifth Edition, Saunders Elsevier, 353-398, 2008.

Theeten H, Hutse V, Hens N, Yavuz Y, Hoppenbrouwers

K, Beutels P, Vranckx R, Van Damme P. Are we hitting immunity targets? The 2006 age-specific seroprevalence of measles, mumps, rubella, diphtheria and tetanus in Belgium. Epidemiol Infect. 2011 Apr;139(4):494-504.

WIP. Werkgroep Infectie Preventie "Infection Prevention Working Party – airborne isolation". 2006. Available online : http://www.wip.nl/UK/free_content/Richtlijnen/Airborn%20isolation.pdf

NOUVELLES DU NVKVV

Rapport d'activités 2010 - Groupe de travail Hygiène hospitalière NVKVV¹

Kathy Claeys, Présidente du groupe de travail

En mars 2010, la journée d'étude Hygiène Hospitalière, intitulée "Compétences et projet de gestion main dans la main", a eu lieu comme chaque année à Ostende. Les critiques des nombreux participants furent élogieuses.

La journée d'étude a fait l'objet d'une évaluation interne et le projet d'élaboration de la journée en 2011, pour laquelle nous souhaitons mettre l'accent sur le concept du «Care Bundel» a été lancé.

Dans le cadre de l'objectif de renforcer le développement d'un profil national des compétences, nous avons pris contact avec l'ABHH et le SPF Santé Publique. Lors de la réunion de l'ABHH, le questionnaire finalisé en matière de compétences fut examiné. Leurs réflexions/suggestions furent transmises à notre groupe de travail, qui les a, à son tour, examinées et commentées. L'ABHH s'est réjouie de la proposition de collaboration et a exprimé son souhait d'intensifier à l'avenir la collaboration avec notre groupe de travail.

Dans le courant de l'année 2011, le questionnaire en matière de compétences établi en collaboration avec l'ABHH et le SPF Santé Publique sera distribué.

Un membre du groupe de travail a démarré, avec trois autres hôpitaux, la rédaction d'un questionnaire relatif à l'épilation préopératoire. L'objectif est d'envoyer le questionnaire à différents hôpitaux pour évaluer dans quelle mesure les tondeuses pour l'épilation préopératoire sont utilisées. Nous souhaitons identifier les facteurs critiques ayant un impact sur une implémentation réussie de la tondeuse pour l'épila-

tion préopératoire. Le groupe de travail a validé le questionnaire. Nous acceptons volontiers l'invitation de l'ABHH et proposons de les faire participer à l'enquête. Une société externe s'occupera de la traduction et de la diffusion du questionnaire.

En 2010, une formation d'infirmier(ère)-hygiéniste hospitalier a été organisée. Le premier semestre était consacré aux derniers cours théoriques et à la présentation des travaux de séminaires. Pendant le deuxième semestre, les participants ont effectué leur stage.

Au printemps, ont aussi démarré une formation ouverte au sein du NVKVV et, en automne, une formation « incompany » pour les infirmières de référence en hygiène (hospitalière).

En automne, également, a démarré une concertation avec un 'Woon- en zorgcentrum' pour le développement d'un programme de formation spécifique à cette activité pour les infirmières de référence en hygiène hospitalière.

Le groupe de travail est régulièrement contacté pour donner son avis sur une application correcte des procédures et pour des questions pratiques relatives à la prévention des infections. Tous les membres du groupe de travail ont ainsi lu de manière critique le contenu d'un module «e-learning» sur l'hygiène des mains. La réunion a abouti à un consensus, qui a été envoyé au demandeur.

Ce dernier a également été orienté vers le groupe de travail national responsable pour la campagne hygiène des mains.

Nous tenons à remercier les membres du groupe de travail pour cette année passionnante.

1. NVKVV = Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (Association Nationale des Infirmier(e)s et Sages-Femmes Catholique Flamands)

Une enquête pour déterminer les compétences attendues de l'infirmier(ère) hygiéniste hospitalier !

Dès la fin du mois de septembre 2011 une enquête en ligne, visant à mieux comprendre quelles sont les compétences attendues des infirmiers hygiénistes hospitaliers sur le terrain, va démarrer.

Cette enquête est le fruit d'une collaboration entre l'UGIB, l'ABIHH, le groupe de travail Ziekenhuishygiëne de la NVKVV, ainsi que le SPF Santé Publique (Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins) et la firme OKc pour les aspects techniques.

Il s'agira de demander aux principaux intéressés ([infirmier(ère)s des équipes d'hygiène hospitalière, mais également directions infirmière et médicale, présidents des comités d'hygiène...] quels sont les compétences qu'ils estiment importantes pour pouvoir exercer cette fonction.

L'objectif final étant de rédiger dans le courant de l'année 2012 un profil de compétences basé sur toutes ces réponses. Pouvoir bénéficier d'un profil de compétences serait utile pour de nombreux acteurs de l'hygiène hospitalière : les infirmiers hygiénistes pour pouvoir s'auto-évaluer, les institutions pour pouvoir déterminer leurs profils de fonction spécifiques, les universités et écoles pour adapter les cursus de formation ...

Pour des raisons méthodologiques liées à cette enquête, le lien pour y répondre sera envoyé fin septembre via email par le SPF Santé Publique aux directions médicale et infirmière des hôpitaux.

Le courrier précisera qu'ils doivent aussi communiquer ce lien aux différents professionnels ciblés par l'enquête.

Si vous êtes concerné et n'avez pas reçu ce lien par email au 01/10/2011, vous pouvez vous adresser à votre direction.

Nous espérons qu'un maximum d'infirmiers et d'infirmières exerçant comme hygiénistes hospitaliers vont répondre à cette enquête en ligne.

Miguel Lardennois, SPF Santé Publique, Pedro Braekeveld, WG Ziekenhuishygiëne NVKVV, Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen, Christophe Barbier, ABHH, Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière, Marc Koninckx, UGIB, Union Générale des Infirmières de Belgique

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (CSS)

Les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques : ne vous faites pas un sang d'encre !

Les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) sont fréquents en milieu de soins et leur prévention est un objectif prioritaire. C'est pourquoi le Conseil Supérieur de la Santé a formulé un avis avec des recommandations.

Dans une première approche, ce document décrit l'ensemble des aspects liés à cette prévention en reprenant une description du risque et les précautions à adopter impérativement.

Ce document aborde, dans une deuxième partie, la stratégie intégrée de prévention (dont la sensibilisation du personnel de santé) ainsi que le signalement, l'enregistrement et la surveillance des AES survenant dans les milieux de soins.

En final, un chapitre spécifique est consacré à la prévention de la transmission d'agents infectieux aux patients par les professionnels de santé.

En réalisant cette compilation de l'état des connaissances actuelles, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) tient à formaliser des recommandations relatives aux mesures à prendre après un AES dans le milieu hospitalier et ainsi permettre une coordination efficace des mesures de prévention.

L'avis complet peut être consulté via le lien : <http://www.health.belgium.be>; cliquer sur Conseil Supérieur de la Santé (CSS), publication 8429 ou recherche exposition au sang.

Recommandations relatives à la maîtrise des infections lors des soins réalisés en médecine dentaire

La lutte contre la transmission d'infections durant les soins de santé s'appuie sur des obligations professionnelles, réglementaires, déontologiques et éthiques applicables à tous les travailleurs de la santé, en ce compris les prestataires de soins en médecine dentaire.

En mars 1997, le Conseil Supérieur d'Hygiène a publié des recommandations en matière « d'Hygiène en pratique dentaire ». Cette publication a, durant des années servi de document de base.

Avec le temps, différentes évolutions ont toutefois vu le jour, nécessitant et justifiant une révision de ce texte notamment suite :

- à une meilleure perception des risques de transmission d'infections liés aux soins dentaires;

- au développement de matériel et techniques nécessitant des précautions spécifiques;
- à l'arrivée sur le marché de produits, matériels et appareils qui aident à prévenir ou combattent la transmission d'agents infectieux;
- etc....

C'est la raison pour laquelle le Conseil Supérieur de la Santé a confié à un groupe de travail la mission de réviser et d'actualiser les directives en matière de maîtrise des infections lors de soins dentaires.

L'avis complet peut être consulté via <http://www.health.belgium.be>, cliquer Conseil Supérieur de la Santé (CSS) dans la rubrique Institutions et ensuite maîtrise des infections lors des soins en médecine dentaire.

NOUS AVONS LU POUR VOUS

NP O'Grady, M Alexander, LA Burns, E Patchen Dillinger, J Garland, SO Heard, PA Lipsett, H Masur, LA Mermel, ML Pearson, II Raad, AG Randolph, ME Rupp, S Saint and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (Appendix1) Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections

American Journal of Infection Control, 39 (4) supplement1 : S 1-34, mai 2011

Ces recommandations ont été développées pour le personnel de soins qui insère des cathéters vasculaires et pour les personnes responsables de la surveillance et du contrôle de l'infection dans les hôpitaux, dans les structures pour patients externes et organisations de soins à domicile.

Ce rapport a été préparé par un groupe de travail comprenant des membres d'organisations professionnelles représentant les soins critiques médicaux, les pathologies contagieuses, la surveillance des infections, la

chirurgie, l'anesthésie, la radiologie interventionnelle, la pneumologie, la pédiatrie, la médecine et le nursing.

Il s'agit d'un document de référence qui, pour chaque intervention, rappelle l'état des connaissances, indique le consensus de l'équipe pour les aspects de formation, du suivi et de la technique à appliquer en fonction des caractéristiques des produits utilisés, le tout, en fonction des données disponibles dans la littérature. Ce document permet, après adaptation à nos pratiques et matériels, de réaliser des «care bundles» spécifiques.

I Btaiche, DS Kovacevitch, N Khalidi, LF Papke The effects of needleless connectors on catheter-related bloodstream infections.

American Journal of Infection Control, 39 (4) : 277-283, mai 2011

Les connecteurs sans aiguille, y inclus le septum standard fendu et la valve mécanique «luer» activée, ont été introduits dans la pratique clinique pour éliminer le risque de blessure par piqûre en excluant l'utilisation d'aiguilles pour l'accès aux cathéters vasculaires. Les valves à déplacement positif ou négatif ont été associées avec une augmentation des taux de septicémie associée au cathéter en comparaison aux connecteurs à septum fendu. En se basant sur les données disponibles, les connecteurs à membrane fendue devraient

être préférés aux valves mécaniques. Une désinfection adéquate du port d'accès avec, de façon préférentielle, de la chlorhexidine en plus de l'application des pratiques de contrôle de l'infection sont recommandées pour minimiser le risque de contamination microbienne. De larges études cliniques randomisées sont nécessaires pour évaluer les nouvelles causes possibles et les effets de différents types de connecteurs avec valve mécanique sans aiguille sur les infections des voies sanguines.

J Oto, H Imanaka, M Konno, E Nakataki, M Nashimura A prospective clinical trial on prevention of catheter contamination using the hub protection cap for needleless injection device.

American Journal of Infection Control, 39 nr (4) : 309-313, mai 2011

La contamination de la connexion a été reconnue comme source de septicémies liées au cathéter. Nous avons investigué l'efficacité d'un bouchon de protection pour la prévention de la contamination «intra luminale» du cathéter en comparaison à un robinet 3 voies classique.

Les patients adultes nécessitant un placement de cathéter intravasculaire pour au moins 48 heures dans une unité de soins intensifs ont été assignés, de façon aléatoire, à bénéficier soit du site d'injection avec bouchon protecteur (groupe test n=31, nombre d'appareils n=15) soit d'un robinet 3 voies classique (groupe comparé n=33, nombre d'appareils n=179). Pour évaluer

la contamination «intra luminale», nous avons examiné les isolats bactériens issus du filtre placé en aval des endroits d'injection.

L'incidence de la contamination bactérienne était significativement différente entre les deux groupes (groupe test 2/151[1,3 %] versus groupe de comparaison 11/179 [6,2 %], P=0,04). Il n'y avait pas de corrélation entre le taux de contamination et la durée du placement ou le nombre d'injections. Le bouchon de protection pour le matériel d'injection sans aiguille diminue le transfert bactérien de l'endroit d'injection vers le flux «intra luminale» et diminue le risque de septicémie liée au cathéter.

*Benchmarking : analyse comparative des performances ou des fonctionnements pour identifier le meilleur d'entre eux pour améliorer les performances

Des diminutions importantes des taux d'infections nosocomiales ont été observées, notamment celles des infections sur voie centrale chez les patients en état critique.

Dans le même temps, l'intérêt des médias pour la sécurité des patients s'est accru et a fait pression sur les politiques pour aboutir à une notification publique obligatoire des IN dans 28 des 50 états; cette notification est faite par participation au NHSN dans 22 états.

En Angleterre, depuis les années 90, le *Nosocomial Infection National Surveillance Scheme* (NINSS) a été mis en place ; il a été orienté vers les infections de plaies chirurgicales et les bactériémies sur base de notifications volontaires et confidentielles. Par la suite, les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (MRSA) sont apparus comme un des principaux agents d'IN. Les médias se sont emparés du sujet, le public y a été sensibilisé et le gouvernement a focalisé son action sur cette bactérie. En 2001, le Département de la Santé a demandé une notification des bactériémies à MRSA pour les hôpitaux publics. Le taux de bactériémies à MRSA est accessible au public depuis 2002 sur le site du Département de la Santé. Par la suite, ce sont les infections à *Clostridium difficile* qui ont été notifiées et, actuellement, ces infections comme les bactériémies à MRSA sont rapportées chaque semaine par les hôpitaux publics.

Les autorités avaient fixé des objectifs à atteindre, réduire de 50% les bactériémies à MRSA de 2004 à 2008, réduire de 30 % les infections à *C. difficile* de 2008 à 2011 et ces cibles ont été largement atteintes.

En France, depuis 1998, un réseau national (RAISIN = *réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales*) a été mis en place avec pour vocation la surveillance plus particulière des infections de plaie opératoire, des incidents d'exposition aux liquides corporels, des bactériémies, des bactéries multi-résistantes et des IN aux soins intensifs. La participation est volontaire, la rétro-information est confidentielle, avec des éléments de comparaison au sein du réseau.

En 2003, mis sous pression par les médias et les associations de victimes, le Ministère de la Santé a établi un éventail d'indicateurs pour permettre le benchmarking entre hôpitaux. Ce sont des indicateurs de performance qui ont été choisis : rapports des comités hospitaliers d'HH mesurant le niveau d'activité de l'HH, le volume de solution hydro-alcoolique employée, la proportion de secteurs de chirurgie dans une institution de soins assurant un suivi des infections de plaies opératoires et la gestion et l'usage des antibiotiques. De plus, le taux de MRSA dans les échantillons cliniques, exprimé par journée d'hospitalisation, a été ajouté en 2009. Le Ministère de la Santé a fixé des objectifs à atteindre pour ces différents indicateurs au niveau national mais non au niveau des institutions.

L'Allemagne possède elle aussi un réseau de surveillance (*Krankenhaus Infektions Surveillance System*, KISS) depuis 1997, celui-ci est basé sur le modèle du NNIS américain et est volontaire et confidentiel. Actuellement la moitié des hôpitaux envoient au moins des données sur un des aspects des IN surveillés par KISS.

Si l'adhésion à KISS est optionnelle, certaines IN (infections de plaies opératoires ou associées à du matériel prosthétique) doivent être enregistrées dans certains types d'unités hospitalières. De manière générale, les données ne sont pas rapportées systématiquement, mais le Ministère de la Santé en a un droit d'inspection. Seuls les secteurs néonataux intensifs rapportent systématiquement de manière confidentielle à KISS depuis 2006.

En Allemagne, les indicateurs d'IN et leurs interprétations ne sont pas publiques.

En conclusion, si on constate que les indicateurs des IN existent partout, la manière de les collecter, de les traiter de les mettre à disposition des institutions de soins, de les rendre disponibles pour des comparaisons de type benchmarking et enfin de les rendre publiques, sont extrêmement différentes. Les experts s'accordent à les trouver nécessaires mais divergent sur leur « mode d'emploi ».

Quelles notifications publiques promouvoir ?

En ce qui concerne les indicateurs, seule la France se limite à des indicateurs de processus alors que les indicateurs de résultats apparaissant plus simples et plus immédiats. Néanmoins, la qualité des indicateurs reste préoccupante, par exemple, le rapportage des infections de plaies opératoires sous-estime généralement les taux réels d'infections. Par ailleurs, comme il est extrêmement difficile d'ajuster les risques des patients pour les IN, la comparaison des indicateurs reste très malaisée.

En ce qui concerne la notification soit volontaire, soit obligatoire, il apparaît que dans le premier cas les données sont de meilleure qualité, que le taux de participation s'améliore dans le temps mais que néanmoins le rapportage ne dépassera pas la moitié des institutions de soins avec des biais de représentativité d'un type d'institution (par exemple, les hôpitaux universitaires) par rapport aux autres.

L'accès du public aux indicateurs d'IN est obligatoire dans la majorité des états des USA, en Angleterre et en France. Le contexte de cette publicité est variable, aux USA, c'est une réponse aux sociétés de défense des patients qui sont très actives, en Angleterre, il s'agit plutôt d'une réponse à la pression des médias, tandis qu'en France, l'approche est plus diplomatique, incluant dans le processus les patients et les dispensateurs de soins mais en évitant les indicateurs de résultats.

Il est légitime que les patients et le public aient accès aux indicateurs dans un but de transparence ainsi que pour renforcer leur responsabilité dans les soins qui leur sont dédiés. Cependant, dans les pays évoqués précédemment, les médias et le public ne comprennent pas bien la signification des données accessibles, ni leur interprétation. Certains médias tentent de les utiliser pour classer les hôpitaux.

Par ailleurs, en tout cas en France et aux USA, il ne semble pas que la publication des indicateurs oriente le choix des patients vers l'une ou l'autre institution de soins.

Si l'effet global de l'accès public des données concernant les IN est difficile à apprécier, si cet accès est plus souvent orienté par la politique que par des arguments scientifiques, il n'en reste pas moins qu'il contribue à promouvoir la prise de conscience des responsables des institutions hospitalières des mesures de lutte à promouvoir et à renforcer l'efficacité des mesures de maîtrise des infections.

En conclusion

C'est toujours sous la pression de l'opinion publique que l'accès aux données hospitalières est libéralisée, les acteurs de l'HH doivent comprendre que c'est une évolution inévitable ; c'est donc à eux de concevoir quand il est encore temps, une méthodologie adéquate conduisant à la sélection d'indicateurs pertinents (à la fois pour eux et pour le public), à une notification adéquate de ceux-ci, au traitement de ces données et à leur publication sous une forme sans ambiguïté. Sans doute, il est nécessaire de mener une information des médias et du public avant l'accès aux informations.

Le rapport final d'un groupe de travail dédié aux indicateurs de maîtrise des infections nosocomiales, composé d'experts en Hygiène Hospitalière et piloté par l'Institut de la Santé Publique, sera soumis prochainement à la Plate Forme Fédérale d'Hygiène Hospitalière.

(1) Hausteil T., Gastmeier P., Lucet J.C. et al. Use of benchmarking and public reporting for infection control in four high-income countries. *Lancet Infect Dis* 2011; 11: 471-81.

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOC : <http://health.fgov/antibiotics>
- Congrès : <http://nosobase.chu-lyon.fr/congres/congres.htm>
- Congressen : <http://www.wip.nl/congress.htm>
- CDC/HICPAC : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>
- Belgian Infection Control Society - BICS : <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- Journal of Hospital Infection (JHI) : <http://www.harcourt-international.com/journals/jhin>
- Nosobase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>
- Noso-info : <http://www.noso-info.be>
- World health organization (OMS) : <http://www.who.int/gpsc/en/>
- Swiss Noso : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/f122cl.htm>
- Infect Control and hospital Epidemiology (ICHE) : <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/home.html>
- "Tuesday seminars", Section épidémiologie : <http://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifir/agenda.htm>
- Avis et recommandations du Conseil Supérieur de la Santé : http://www.health.fgov.be/CSS_HGR
- Ensemble des brochures CSS : http://health.fgov.be/CSS_HGR/brochures ; à la page d'accueil le lien se situe dans la colonne de droite
- Plate-forme Fédérale d'Hygiène Hospitalière (HIC = Hospital Infection Control) accès aux différents sites des plates-formes régionales : <http://www.hicplatform.be>
- Clean care is safer care : <http://www.who.int/gpsc/en/index.html>
- The Infection Prevention Working Party (WIP) (Nederland) <http://www.wip.nl/UK/contentbrowser/onderwerpsort.asp>
- Association Belge en Hygiène Hospitalière : <http://www.abhh.be>

Nouveautés

- Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections transmises par les appareils souples d'endoscopie digestive et de bronchoscopie : http://2011_endoscopie_Canada.pdf
- Rapport d'expertise. Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France : http://2011_ConsommationAntibiotiques_AFSSAPS.pdf
- Recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé relatives aux critères de choix des procédés de désinfection des surfaces par voie aérienne en milieu de soins : http://2011_DSA_AFSSAPS-1.pdf
- Cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique ou PICC lines (peripherally inserted central catheter) : http://2011_PICC_SF2H-1.pdf
- Site web des plates-formes régionales via le site web de la plate-forme fédérale : www.hicplatform.be

Discussion privée (les inscriptions sont sélectionnées mais non modérées). Pour s'inscrire ou annuler l'inscription, voyez un message comprenant votre adresse électronique, vos nom et prénom, votre diplôme avec la date d'obtention, vos fonctions actuelles à l'adresse anne.simon@uclouvain.be. Après inscription, vous pouvez envoyer vos messages à Nosomail@wiv-isp.be

NOUVELLE RUBRIQUE : IDEES OU EXPERIENCES A PARTAGER
Vos expériences nous intéressent, celles des uns profitent aux autres.

Noso-info peut faire le lien.

Racontez-nous vos épidémies : nombre de cas, quel processus a été mis en place, résultats obtenus, coût

AGENDA SCIENTIFIQUE

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

18 OCTOBRE 2011

SÉMINAIRES AU CHU DE MONT-GODINNE

«**Diagnostic rapide, révolution dans le diagnostic des maladies infectieuses ou Louis Pasteur reconnaîtrait-il son laboratoire de bactériologie en 2011 ?**» Dr. O. Denis, Labo Microbiologie, Hôpital Erasme-ULB, BXL

Lieu : CHU Mont Godinne, Yvoir, auditoire B (12h30-14h00) Sandwichs et boissons prévus

Renseignements : Cédric Baude. Tél. +32 (0)81 42 32 14 - Fax. +32 (0)81 42 32 04

Email : cedric.baude@uclouvain.be - Site web : www.chumontgodinne.be

20 - 23 OCTOBRE 2011

49th MEETING IDSA (INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA)

Lieu : Boston, MA, USA

Renseignements : Phil Bolin. Tél. +1 703 299 0200 - Fax. +1 703 299 0204

Email : info@idsociety.org - Site web : <http://www.idsociety.org>

31 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 2011

3rd IPCAN (INFECTION PREVENTION AND CONTROL AFRICA NETWORK)

Lieu : Windhoek (Namibie), Afrique

Renseignements : Tél. +27 21 938 9651

Email : neldar@sun.ac.za - Site web : www.ipcan.co.za/conference-2011

08 - 10 NOVEMBRE 2011

56^{es} JIB (JOURNÉES INTERNATIONALES DE BIOLOGIE)

Lieu : CNIT, Paris-la-Défense, France

Renseignements : Eric Moquet. Tél. +33 (1) 47 56 50 79 - Fax. +33 (1) 47 56 52 58

Email : jibcongress@reedexpo.fr - Site web : <http://www.jib-sdbio.fr>

8 NOVEMBRE 2011

SÉMINAIRE DU SBIMC - Infections du système nerveux central

Lieu : salle Delgoutte, Ophain

Renseignements : <http://www.sbimc-bvikm.org/>

15 NOVEMBRE 2011

SÉMINAIRES AU CHU DE MONT-GODINNE

«**The changing face of Enterohemorrhagic "Escherichia coli" infections.**» Prof. D. Pierard, Labo de microbiologie, Labo de référence des EHEC, UZ Brussel

Lieu : CHU Mont Godinne, Yvoir, auditoire B (12h30-14h00) Sandwichs et boissons prévus

Renseignements : Cédric Baude. Tél. +32 (0)81 42 32 14 - Fax. +32 (0)81 42 32 04

Email : cedric.baude@uclouvain.be - Site web : www.chumontgodinne.be

24 NOVEMBRE 2011

27^{ÈME} ÉDITION DU SÉMINAIRE DE DIAGNOSTIC ET SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Lieu : Centre culturel de Woluwé-Saint-Pierre, Bruxelles

Renseignements : Ducoffre, Genevieve - Tél : 02.642.57.77 - Fax.02.642.54.10

24 NOVEMBRE 2011

7^e JOURNÉE AMIÉNOISE EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

«**Thème : Maîtriser la transmission croisée : où en sommes-nous ?**»

Lieu : Amiens, France

Renseignements : Crespin A. Tél.+33 (3) 22 66 82 20 - Fax. +33 (3) 22 66 82 03- Email : hygienehosp@chu-amiens.fr

28- 29 NOVEMBRE 2011

XIII^{es} JIQHS (JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA QUALITÉ HOSPITALIÈRE ET EN SANTÉ)

Lieu : Cité des sciences, Paris, France

Renseignements : Reor. Tél. +33 (1) 45 46 19 00 - Fax. +33 (1) 45 46 21 87

Email : jiqhs@reor.fr - Site web : <http://www.jiqhs.fr>

28 - 29 NOVEMBRE 2011

34^{es} JOURNÉES RÉGIONALES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ET DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Lieu : Strasbourg, France

Renseignements : Caroline Burgun. Tél. +33 (3) 68 85 49 40 – Fax. +33 (3) 68 85 49 41

Email : congres@unistra.fr - Site web : www.jrhh.org

1^{er} DECEMBRE 2011

XII^e JOURNÉE MÉDITERRANÉENNE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Lieu : Marseille, France

Renseignements : Tél. +33 (4) 91 74 57 67 – Fax. +33 (4) 91 74 57 69 - Email : andree.benassi@ap-hm.fr

1 - 2 DECEMBRE 2011

31^e RICAI (RÉUNION INTERDISCIPLINAIRE DE CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE)

Lieu : CNIT, Paris la Défense, France

Renseignements : Alexia Nollent. Tél. +33 (1) 58 47 79 34 – Fax. +33 (1) 58 47 79 57

Email : alexia.nollent@jcdconseil.com - Site web : www.ricai.org

9 DECEMBRE 2011

21^e JOURNÉE GERES (GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS)

Lieu : Paris, France

Renseignements : Tél.+33 (1) 57 27 78 70 - Email : geres@geres.org - Site web : http://www.geres.org

20 DECEMBRE 2011

SÉMINAIRES AU CHU DE MONT-GODINNE

«Nouvelles infections virales émergentes : aspects diagnostics, épidémiologiques et cliniques.»

Prof. P. Goubau, Labo de virologie UCL, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique (IREC), Pôle de Microbiologie Médicales (MBLG))

Lieu : CHU Mont Godinne, Yvoir, auditoire B (12h30-14h00) Sandwichs et boissons prévus

Renseignements : Cédric Baude. Tél. +32 (0)81 42 32 14 - Fax. +32 (0)81 42 32 04

Email : cedric.baude@uclouvain.be - Site web : www.chumontgodinne.be

15 - 16 MARS 2012

34^{es} JOURNÉES RÉGIONALES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DE BORDEAUX

Lieu : Pessac, France

Renseignements : Tél. +33 (5) 56 79 55 53 – Fax. +33 (5) 56 79 49 97- Email : hygiene.hospitaliere@chu-bordeaux.fr

29 - 30 MARS 2012

2nd ASEPTIC SURGERY FORUM

Lieu : Cité des sciences, Paris, France

Renseignements : J. Appert. Tél. +33 (1) 48 91 89 89 – Fax. +33 (1) 48 43 49 94

Email : aseptic@aseptic-surgery-forum.com - Site web : http://www.aseptic-surgery-forum.com

31 MARS AU 3 AVRIL 2012

22ND ECCMID (EUROPEAN CONGRESS OF CLINICAL MICROBIOLOGY AND INFECTIOUS DISEASES)

Lieu : Londres, Grande-Bretagne

Renseignements : Fax. +41 61 686 77 88 - Site web : http://www.esccmid.org/eccmid2012

4 - 5 AVRIL 2012

34^{es} JOURNÉES NATIONALES D'ÉTUDES SUR LA STÉRILISATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Lieu : Lyon, France

Renseignements : J. Vanbesien. Tél. +33 (5) 65 23 06 01 – Fax. +33 (5) 65 23 06 09

Email : vanbesiencefh@wanadoo.fr - Site web : www.cefh-ceps.com

17 - 20 AVRIL 2012

INTERNATIONAL FORUM ON QUALITY AND SAFETY IN HEALTH CARE

Lieu : Paris, France

Renseignements : BMJ Publishing Group. Tél.+44 20 7383 6241 – Fax. +44 20 7554 6997

Email : events@bmjgroup.com - Site web : www.internationalforum.bmj.com

13 - 16 JUIN 2012

15th ICID (INTERNATIONAL CONGRESS ON INFECTIOUS DISEASES)

Lieu : Bangkok, Thaïlande

Renseignements : tél.+1 617 277 0551 – Fax. +1 617 278 9113

Email : info@isid.org - Site web : www.isid.org

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comité de Rédaction

COMITÉ DE RÉDACTION

B. Catry, K. Claeys, M. Costers,
A. Deschuymere, J. J. Haxhe, M.L. Lambert,
C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante,
E. Van Gastel, F. Van Laer, I. Wybo,
M. Zumofen.

COORDINATION RÉDACTIONNELLE

A. Simon

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Simon A.
UCL – Hygiène Hospitalière
Av. Mounier,
Tour Franklin, - 2 Sud
1200 Bruxelles
Tél : 02/764.67.33
Email : anne.simon@uclouvain.be ou
lg084901@scarlet.be

Noso-*info* publie des articles, correspondances et revues ayant trait à l'hygiène hospitalière. Ceux-ci sont sélectionnés par le comité de rédaction et publiés en français et en néerlandais (traduction assurée par la revue). Le contenu des publications n'engage que la responsabilité de leurs auteurs.

Pour tout renseignement concernant l'Institut de Santé Publique (ISP)

Section épidémiologie
14 av. J. Wytsmans
1050 Bruxelles
<http://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr>

Pour tout renseignement concernant le NVKVV Vlaamse Werkgroep Ziekenhuishygiëne

Mevr. K. Claeys, présidente
Mme G. De Mey, collaboratrice
Tél : 02/737.97.85
Fax : 02/734.84.60
Email : navorming@nvkvv.be

Abonnements et cotisations 2011

Pour tout renseignement concernant l'abonnement et le paiement de NOSO-*info*, veuillez vous adresser au trésorier de NOSO-*info* :

Simon A.
UCL – Hygiène Hospitalière
Av. Mounier,
Tour Franklin, - 2 Sud
1200 Bruxelles
Tél : 02/764.67.33
Email : anne.simon@uclouvain.be ou
lg084901@scarlet.be

Abonnement personnel à NOSO-*info* :

Pour la Belgique: 25 €
Au numéro de compte : 408-7090741-09
NOSO-*info*, Harmoniestraat, 68
2018-Antwerpen
Hors Belgique : 30 €
uniquement par virement bancaire

Inscription comme membre du BICS (sans journal) :

Infirmier(e)s	25 €
Médecins	50 €
Médecins en formation	25 €

via <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>

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

Dr. O. Denis
Hôpital Erasme, Route de Lennik, 808,
1070 Bruxelles.
Tél.: 02/555.6643-4541 - Fax : 02/555.85.44
Email : o.denis@ulb.ac.be

Pour tout renseignement concernant l'ABHH

Groupe infirmier francophone
Mr. Ch. Barbier
Tél : 04/366.28.79
Fax : 04/366.24.40
Email : info@abh.be