

Sommaire

- 2 |** Infirmier hygiéniste en psychiatrie : par où commencer ?
- 8 |** L'IFIC et la description de fonction sectorielle 6162 - infirmier-hygiéniste : quoi de neuf ?
- 10 |** La voix des lecteurs
- 16 |** Infos-News
- 18 |** Sites web
- 19 |** Agenda scientifique
- 20 |** Comité de rédaction & Partenaires

Éditorial



Enfin un numéro dans lequel on ne parle pas de Covid-19 mais difficile cependant de ne pas aborder le sujet dans l'édito !

En ce début d'année 2022, l'actualité liée aux virus respiratoires refait surface à la façon d'un tsunami. Ce n'est plus une vague, c'est une véritable déferlante qui submerge toute la population européenne avec un risque de paralysie de la société !

Nos hôpitaux semblent pourtant protégés, quoique...

Nos unités de soins intensifs ne sont plus envahies de patients malades à cause du covid mais nos services d'hospitalisation sont bien remplis de patients covid + puisque des patients admis pour d'autres pathologies sont détectés positifs et leur taux est identique à celui de la population.

Donc nous devons faire face ! Ce que nous avons appris des vagues précédentes ne nous sert pas beaucoup ! La situation est tellement différente et nous obligent à être à nouveau créatif et à réinventer (adapter) nos procédures chaque jour. Personnellement, je trouve cela très enrichissant, pour ne pas dire excitant !

Nous sommes en train de vivre les effets très positifs de la vaccination et les conséquences d'un virus plus transmissible mais apparemment moins virulent. Si on compare cette situation à celle du début 2020, nous devrions tous être sereins et détendus. Et bien non !

Les équipes de prévention et contrôle des infections sont à nouveau très sollicitées et nous devenons hiatraux yeux de beaucoup des personnes, de plus en plus indispensables même si nous ne sommes pas tout à fait incontournables... Nos directions nous posent des questions de plus en plus sophistiquées notamment suscitées par l'absentéisme du personnel et l'afflux important de patients positifs peu ou pas symptomatiques.

Peut-on réduire la durée des isollements des patients, la durée des quarantaines ? Peut-on supprimer les frottis de dépistage de personnes contact à haut risque, peut-on laisser travailler un porteur positif s'il est asymptomatique ? etc et etc... Doit-on garder des unités 'covid' ou chaque patient positif peut-il être hospitalisé dans le service ou dans l'unité dédiée à sa pathologie afin d'optimiser la prise en charge et dont il bénéficie. Ne me dites pas que vous n'êtes pas confrontés à ces mêmes questions, je ne vous crois pas ! Heureusement, Sciensano nous aide à répondre à quelques-unes de ces questions et nous pouvons nous appuyer sur ces rapports et publications. Pas facile pourtant d'assurer de la cohérence!

Et pourtant les équipes de prévention et contrôles des infections (EPCI) le font et en particulier les infirmiers des équipes qui sur le terrain sont assaillis de questions. Ceci déborde largement du cadre des seuls hôpitaux aigus et concerne également entre autres les établissements psychiatriques comme nous le rappelle Medhi El Fassi dans ce numéro. Que l'IFIC ou Institut de Classification des Fonctions viennent voir sur le terrain les responsabilités que les EPIC prennent tous les jours et la classification sera vite revue.

Le comité de rédaction se joint à moi pour vous souhaiter une année 2022 ... différente !

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
anne.simon@jolimont.be



■ Infirmier hygiéniste en psychiatrie : par où commencer ?

Mehdi El Fassi

Conseiller en prévention niveau 1 et infirmier hygiéniste au centre neuropsychiatrique CNP Saint-Martin à Dave (Namur).



La prise de fonction comme infirmier hygiéniste au sein d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière nécessite de disposer d'une vision claire des attentes et des missions à réaliser.

Le secteur de la psychiatrie n'échappe pas à cette règle. En commençant comme infirmier hygiéniste, face à l'enjeu et l'ampleur du challenge, je me suis posé cette question : « mais par où commencer ? ». Cette question a fait l'objet de mon travail de fin d'étude du Certificat interuniversitaire en Hygiène hospitalière.

L'objectif de cet article est de partager les principaux enseignements acquis suite à l'audit initial mené au CNP Saint-Martin. Le but opérationnel est de mettre en évidence les besoins spécifiques du contrôle des infections en psychiatrie ainsi que les principales priorités à mettre en œuvre.

À contexte particulier, approche particulière...

Les établissements de santé mentale ont de nombreuses particularités qui les différencient des autres établissements de soins. La formation des soignants, leurs interactions, le profil des patients, la conception des bâtiments, les projets de soins, les traitements, la notion d'isolement sont entre autres des facteurs à étudier si l'on veut mettre en œuvre un plan de prévention du risque infectieux dans une institution psychiatrique (Eveillard, 1999).

Comme le montre l'étude prospective réalisée par IDEWE¹ entre 2001 et 2014, les mesures de prévention ont un impact significatif sur la prévalence d'infections associées aux soins et illustre la nécessité du contrôle des infections en psychiatrie. Les principaux enseignements retenus de ces travaux sont : l'importance et l'efficacité de l'hygiène des mains et l'identification des principales infections rencontrées en psychiatrie (dermatites, infections des voies respiratoires hautes et basses) (Haenen, 2016).

¹ Le groupe IDEWE asbl est un service externe doté d'une expertise en matière d'environnement et de sécurité qui œuvre pour la prévention et la protection au travail.

L'utilisation d'indicateurs de qualité relatif à la politique d'hygiène hospitalière en psychiatrie pose également question. Néanmoins, le *benchmarking* est complexe vu qu'il implique de se comparer aux hôpitaux aigus. Il existe en Belgique différentes initiatives qui se concentrent sur la qualité générale des soins dans les hôpitaux, coordonnées par les pouvoirs publics ou exécutées par des organisations privées comme l'*Accreditation Canada International* (ACI) ou la *Joint Commission International* (JCI). La littérature met difficilement en évidence de meilleurs résultats pour le patient suite à la poursuite d'une procédure d'accréditation. Néanmoins, elle permet d'améliorer le suivi des indicateurs de qualité (Devkaran, 2015 ; Demaiter, 2018). Le cadre à suivre n'est pas évident et est difficilement exploitable tel quel pour la psychiatrie mais laisse entrevoir la possibilité de renforcer le suivi et d'espérer un résultat pour les patients.

Failing to plan is planning to fail...

Conscient de ces particularités, le CNP Saint-Martin a opté pour un audit clinique développé par IDEWE et la KUL afin de disposer d'une première vision du choix des priorités.

Cet audit clinique traite les principaux thèmes ayant un impact sur l'hygiène hospitalière en suivant la logique du bundle. L'avantage de cet audit clinique est de donner une vue globale des faiblesses à renforcer en priorité.

La version finale du plan d'action identifie qui réalise l'action, les interactions transversales avec les différents services et les organes de validation en fonction des priorités.

Principales discussions issues de cette démarche

L'objectif de cet article est de partager les acquis et les réflexions en cours. Cet article ne présentera pas les résultats bruts de l'analyse de l'institution mais permettra à chacun de mener la sienne au sein de son hôpital.

Au niveau de la politique institutionnelle, il apparaît évident que l'hygiène est l'affaire de tous. La solidité d'une chaîne dépend de son maillon le plus faible. La crise sanitaire nous montre quotidiennement la nécessité de l'implication de l'ensemble des collaborateurs de l'institution. Elle nécessite d'être considérée comme une priorité par les gestionnaires.

Cette politique doit se retrouver dans le règlement de travail, dans une répartition claire des tâches, à travers une gestion prospective et un suivi journalier.

Cet audit met en évidence que la rédaction du plan stratégique relatif au contrôle des infections est le point de départ de toutes ces démarches.

Un suivi et une supervision de l'application des procédures est nécessaire. En effet, le suivi de l'application et de l'impact des mesures d'hygiène est à renforcer. Ce contrôle, associé à une communication bienveillante et à une approche constructive

de l'apprentissage grâce aux erreurs permettent une amélioration de la qualité des soins à l'échelle institutionnelle. La réalisation de réunions de type « *toolbox* »² est un outil à implémenter afin d'assurer la cohérence entre le travail prescrit et réalisé.

L'accès à la bonne information est crucial. Ainsi, l'accès à l'équipe d'hygiène hospitalière nécessite d'être simple et systématisé. L'accès à la farde d'hygiène doit permettre d'obtenir des informations claires et pratiques. Ce point met en évidence l'importance d'avoir une gestion documentaire efficace avec des moteurs de recherche qui ne permettent pas seulement de chercher mais surtout de trouver les informations utiles.

La désignation d'un référent en hygiène pour chaque unité et une formation à l'ensemble des procédures est une priorité à mettre en œuvre. La collaboration avec l'infirmier en chef est indispensable. Ce dernier doit être formé au même titre que le référent en hygiène de l'unité.

Les consignes relatives aux mesures de contrôle des infections spécifiques à un patient doivent être visibles et aisément accessibles dans son dossier informatisé. L'équipe d'hygiène doit pouvoir suivre l'évolution clinique du patient via des transmissions ciblées, claires et précises.

Concernant la protection des travailleurs exposés aux agents biologiques, l'employeur doit inclure cet aspect du bien-être au travail à son plan global de prévention. Entre autres, la vaccination du personnel se fait également en collaboration avec le conseiller en prévention médecin du travail via les campagnes de vaccinations obligatoires. Cela s'applique également pour des campagnes préventives comme la vaccination contre la grippe ou contre la Covid-19. L'analyse de risques doit également être étendue aux étudiants, jobistes stagiaires et intérimaires.

L'hygiène des mains : un processus d'amélioration continue

Les précautions standard constituent la base de la prévention de la transmission de micro-organismes. A cet égard, la mise en œuvre de la stratégie de promotion de l'hygiène des mains reste la priorité absolue (Haenen, 2016). En général, des procédures existent, elles sont mises à jour, les affiches sont présentes. A présent le défi est d'évaluer le degré d'application des procédures et de mesurer leurs effets. Ce suivi doit être continu en collaboration avec les collègues, les référents, la ligne hiérarchique et l'équipe d'hygiène. Elle nécessite d'être multidisciplinaire et d'impliquer non seulement les professionnels de la santé mais aussi les travailleurs non soignants.

Ce point d'action, qui est un processus d'amélioration continue, repose sur les cinq éléments de la stratégie de promotion de l'hygiène des mains développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) intitulée « *WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy* » à savoir : adaptation des systèmes, entraînement et formation, évaluation et feedback, emploi de rappels sur le point de soins et culture de la sécurité au sein de

² Réunion de type « *toolbox* » signifie : une séance d'information très rapide de mise au point vis-à-vis d'une consigne, une pratique ou un retour sur une situation donnée. (Utilisation d'un nouveau produit, rappel sur le suivi des désinfections des surfaces high touch, ...)

l'institution de soins. (WHO, 2009), L'évolution de l'observance de l'hygiène des mains au sein des hôpitaux psychiatriques, au cours des six dernières campagnes montre des résultats globalement encourageants. Néanmoins, le nombre d'institutions participantes est à la baisse et les auteurs d'une étude belge récente émettent l'hypothèse d'un abandon des hôpitaux présentant les scores d'observance les plus faibles (Shodu, 2020).

L'optimisation de la stratégie de communication requiert d'adapter les messages de prévention aux différents publics cible de l'hôpital en fonction de leurs perceptions de la menace (Rosenstock,1974).

Unmonitoring de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA) mérite d'ailleurs d'être réalisé même en dehors des campagnes nationales afin de disposer d'une évaluation de la consommation et donc une tendance vis-à-vis de l'observance de l'hygiène des mains. Plusieurs prestataires utilisent des SHA issues du commerce, ce qui échappe au contrôle qualité, biaise le monitoring de consommation. La crise sanitaire actuelle a renforcé ce phénomène et montre l'importance de l'acceptation du public cible dans le choix des produits au niveau institutionnel.

Les appareils-distributeurs de SHA sont disponibles au plus près du point de soins en tenant compte du risque d'ingestion accidentelle ou volontaire pour les patients. Dans les services où ce risque est présent les flacons individuels sont utilisés et les distributeurs se trouvent dans les salles de soins dont l'accès nécessite de badger.

Les mains encore et toujours... mais pas que...

La présence d'équipements, comme les lave-mains, les distributeurs de savons et de serviette ainsi que leur gestion logistique doit être renforcée.

Il y a lieu de vérifier si les indications du port de gants sont respectées, et si les techniques d'enfilage et de retrait sont correctement suivies. En effet, l'usage inapproprié des gants donne un faux sentiment de sécurité et constitue dans ce cas un risque important de contamination, tant pour le patient que pour le soignant.

L'hygiène de la toux est le critère qui a présenté le plus grand point d'amélioration depuis le début de la crise sanitaire. Ce point n'était pour ainsi dire pas abordé jusqu'en mars 2020. Depuis, l'hygiène de la toux a intégré les précautions universelles pour l'ensemble du personnel des hôpitaux psychiatriques.

Le port d'une tenue de travail en psychiatrie est une source de débat récurrent. En effet, avant la crise sanitaire, le port de cette tenue était marginal dans les unités de soins et appliqué seulement au service technique et en cuisine. Hormis dans le service de psycho-gériatrie, les soignants travaillaient généralement en tenue civile. Au CNP Saint Martin, depuis mars 2020, le port de la tenue de travail suit une stratification du risque par unité. Il est recommandé, voire imposé, en fonction de la fragilité des patients et du lien thérapeutique. La charge de travail des laveries externes a considérablement augmenté. Pour faire face à leur retard de livraison et éviter

que les travailleurs reprennent leur tenue à domicile, le CNP Saint Martin a temporairement renforcé sa capacité de traiter les tenues directement sur place.

L'institution dispose d'une politique de lutte contre l'antibiorésistance. Un suivi de cette politique mériterait d'être réalisé et des indicateurs de suivi permettent de monitorer et de corriger les prescriptions non adéquates. Les outils mis à disposition par la BAPCOC sont à exploiter afin de soutenir ces démarches.

Selon la classification des zones de risque en fonction des zones géographiques, un hôpital psychiatrique se situe à 2 sur une échelle à 4 niveaux. Cela correspond à des risques moyens.

De manière générale, les procédures d'entretien ont été définies et diffusées dans les hôpitaux psychiatriques. Elles sont établies pour chaque type d'environnement et de surface ainsi que pour chaque type de traitement (nettoyage et désinfection). Toutefois, un point d'attention est le suivi des procédures de supervision et de contrôle. Vu le meilleur rapport coût/efficacité, les contrôles non bactériologiques basés sur les indicateurs structurels sont à favoriser. Un suivi des plans d'entretien et des fiches de traçabilité est à réaliser par la ligne hiérarchique avec le soutien de l'équipe d'hygiène.

L'attribution des responsabilités et une délimitation précise des tâches de nettoyage de toutes les surfaces (qui fait quoi ?) est un facteur de réussite dans la prévention et le contrôle des infections. La collaboration entre les trois principaux secteurs concernés, à savoir le service entretien, l'équipe d'hygiène et les soignants, prend alors toute son importance. Il est à prévoir qu'un ajout ou un transfert de ressources peut être nécessaire pour atteindre l'objectif de « zéro zone grise » (surfaces pour lesquelles la responsabilité de nettoyage et de désinfection n'est pas attribuée) (MSSS, 2008), (Havill, 2013).

Afin d'assurer un suivi efficace, il est important de distinguer les « *clinical contact* », les « *housekeeping surfaces* » et les surfaces « *high touch* ».

Afin de simplifier la gestion du matériel médical, le CNP Saint-Martin n'utilise presque que du matériel à usage unique. Lors du départ du patient ou du résident, le nettoyage et la désinfection du matériel doit faire l'objet d'une procédure qui sera abordée dans les mesures spécifiques relatives aux précautions additionnelles via la matrice de décontamination par zone géographique en fonction du niveau de risque de contamination.

Les urinaux, les éviers et les bassins de lit sont généralement individuels mais l'entretien nécessite un traitement systématique en évitant l'utilisation des douchettes.

Comme de nombreux hôpitaux psychiatriques, le CNP Saint-Martin dispose de deux types de lave-vaisselle : un lave-vaisselle industriel dans la cuisine centrale et des lave-vaisselle domestiques dans certaines unités. Cet audit n'envisage que les équipements situés dans les unités de soins.

Le projet de soins de certaines unités prévoit une promotion de l'autonomie des patients vis-à-vis des activités de la vie quotidienne. Des ateliers de cuisine thérapeutique sont organisés et des lave-vaisselle domestiques utilisés. Le

CSS déconseille d'utiliser un lave-vaisselle domestique dans une institution de soins. Ce dernier doit être réglé à une température de 60 °C. En cas de maladie infectieuse, la température de 60 °C doit être respectée. Si cela n'est pas possible, il convient de passer à du matériel jetable et de se fier aux recommandations particulières du CSS 9277 (par ex. en cas de MRSA, VRE, Clostridium difficile, BSLE).

Le contrôle de l'eau est également un point clé. Les bâtiments anciens se révèlent être de vrais casse-têtes vis-à-vis du contrôle des bras morts. Ce défi est généralement relevé par le Directeur des infrastructures en collaboration avec des firmes extérieures pour optimiser les plans de réglage des vannes micrométriques et obtenir du support quant aux autres réglages et/ou bras morts.

Le plan de gestion de la légionellose doit impérativement suivre les recommandations du CSS en cas de réalisation de travaux. Les risques liés à la contamination par la légionellose et par l'aspergillose sont multipliés. Comme stipule le CSS, la coordination entre les intervenants et l'implication d'un hygiéniste est capitale. C'est sur base de ce dernier que nous collaborons entre le service infrastructure et l'équipe d'hygiène lors des différentes étapes des projets de rénovation et de construction.

Les accidents avec exposition au sang requièrent une gestion dynamique du risque qui inclut un enregistrement, une analyse et une évaluation de l'efficacité des mesures prises .

Le rapport annuel des accidents de travail des dernières années ne mentionne que très peu évènements indésirables (EI). Ceci peut s'expliquer par le type de soins effectués en psychiatrie mais également par un sous-rapportage des accidents (ISP,2008). Par contre, les travailleurs sont plus fréquemment sujets à des agressions et particulièrement lors des mises en isolement. Ces accidents sont taxonomisés et répertoriés comme agressions et non comme EI pour éviter de créer des doublons dans les taux de fréquence, ce qui biaise l'analyse.

Le contexte particulier des EI survenus suite à des agressions ou suite à des soins aux patients présentant des facteurs de risques comme une marginalisation sociale et de la toxicomanie nécessitent un renforcement de la procédure d'enregistrement et une implication systématique de la ligne hiérarchique et de l'enclenchement d'un suivi par le conseiller en prévention médecin du travail ainsi que l'équipe d'hygiène hospitalière.

A situation spécifique, mesures spécifiques

L'audit envisage la présence ou l'absence des principaux équipements de protection individuels (EPI) utilisés en hygiène et sur la présence d'une procédure dans la farde d'hygiène.

La législation prévoit cette mise à disposition mais précise que l'inventaire des EPI inclut la mise à disposition de fiches d'instructions à l'attention des travailleurs. Une formation continue relative à l'utilisation des EPI spécifiques à l'hygiène hospitalière est à mener en collaboration avec l'équipe d'hygiène et le service interne de prévention et de protection au travail.

L'audit aborde les « isolements ». Ce terme n'est cependant pas adéquat et crée des confusions pouvant avoir un impact bien plus complexe qu'une simple question de vocabulaire. Il en est de même pour le terme « confinement ».

Il est plus adéquat d'aborder la question en se basant sur les trois types de précautions additionnelles requises pour protéger le patient en interrompant la transmission au patient, au personnel et aux visiteurs en se basant sur le mode de transmission des agents pathogènes comme le recommande l'avis du CSS 9277. Il s'agit de la prévention des transmissions de germes par contact, par gouttelettes et aériennes.

Avant la crise sanitaire actuelle, la mise en place des précautions additionnelles concernait essentiellement la prévention des transmissions par contact suite à des cas de gale ou de pédiculose.

La crise de COVID-19 a également mis en évidence l'impact des contraintes architecturales des services qui ont pour projet de renforcer les contacts et la sociabilisation des patients. Certains patients présentent une faible capacité d'observance des consignes et « l'isolement » les expose à une aggravation de leur pathologie mentale. De même, la crise a aussi mis en lumière l'importance du rôle de l'équipe d'hygiène hospitalière lors de chaque « isolement sanitaire » pour en clarifier la justification et éviter l'amalgame avec la privation de liberté pour raison psychiatrique. Il est à noter qu'il est également parfois nécessaire de devoir gérer un isolement pour des raisons psychiatriques parallèlement à la mise en place des précautions additionnelles visant à limiter le risque infectieux. Cette situation mettant en lumière la complexité et la prise de risque tant pour le personnel que pour les autres patients.

L'audit envisage également l'enregistrement des infections. Ce dernier point est globalement très peu observé dans le secteur de la psychiatrie contrairement aux hôpitaux aigus, notamment vis-à-vis du MRSA. Il apparaît donc opportun de suivre l'enregistrement des principaux types d'infection rencontrés en psychiatries. Dans le cadre d'une étude réalisée chez des patients psychiatriques hospitalisés en Belgique (étude de cohorte dynamique et prospective entre 2001-2014), les infections les plus fréquentes étaient les dermatites infectieuses, ainsi que les infections des voies respiratoires supérieures et inférieures (Haenen, 2016). Les résultats de ces travaux nous amènent également à envisager l'enregistrement des infections urinaires, des gastro-entérites, les hépatites B ou C, des infections génitales et des conjonctivites. Actuellement, les données enregistrées dans le dossier patient informatisé ne font cependant pas encore l'objet d'une exploitation afin d'avoir un monitoring continu de ces infections.

Afin de limiter le risque de transmission de germes pathogènes, des mesures sont à prendre également avec les services extérieurs à l'institution. Les transferts, entrants ou sortants, représentent toujours une fenêtre temporelle plus risquée. Cela implique de soigner la communication avec les institutions mais aussi avec les services réalisant les déplacements via les fiches à disposition via le CSS et l'AViQ.

Lors des mouvements internes, il est également important de s'assurer de la bonne transmission des informations afin de protéger le patient, les différents intervenants et la collectivité. Ceci concerne à la fois les mouvements entre les services pour

un hébergement à long terme ou de temporisation de type « Time out » et la réalisation d'examen dans le service médico technique. »

Le CSS précise également qu'il est éthiquement non recevable de refuser l'admission d'un patient sur base de son statut infectieux. L'hôpital peut retarder l'admission pour s'organiser mais doit s'adapter et prévoir les mesures additionnelles nécessaires.

La crise sanitaire actuelle a permis de renforcer l'anamnèse et sa documentation dans le dossier du patient et d'impliquer davantage l'équipe d'hygiène dans la préparation des admissions présentant un test PCR positif. Lors de situations d'urgence comme les mises en observation, dans le doute, il a été décidé d'appliquer de manière préventive des mesures de précautions additionnelles en attendant l'avis de l'équipe d'hygiène et les résultats d'analyse des prélèvements.

En synthèse

L'utilisation d'un audit clinique présente l'avantage de documenter de manière objective les points faibles et les actions prioritaires.

Il apparaît clairement que disposer des ressources et des procédures est globalement un acquis mais qu'il est cependant nécessaire d'assurer un contrôle et une évaluation de l'application des différentes mesures et de leur impact sur les bénéficiaires.

Le point de départ des différentes mesures est la traduction de cet audit initial en un plan d'actions priorisées. L'équipe d'hygiène constitue un acteur essentiel à la rédaction et à la mise en œuvre de ce de plan qui nécessite l'adhésion de la Direction mais aussi une implication du terrain et transversalement au sein de l'institution.

D'un point de vue politique, cet audit met en évidence que la rédaction du plan stratégique relatif au contrôle des infections est le point de départ. Ce plan doit permettre à terme d'intégrer le contrôle des infections dans la stratégie générale de l'institution. Ce point inclut la définition des objectifs, la distribution des tâches et la création du monitoring. Afin d'optimiser l'adhésion et l'observance aux procédures il convient d'impliquer largement les acteurs de terrain, avec l'appui des référents et le soutien de l'équipe d'hygiène.

Sur le plan des précautions standard, la promotion de l'hygiène des mains reste la priorité absolue ainsi que le positionnement de l'institution en matière de tenues de travail et de leur gestion, et du suivi des procédures d'entretien et de nettoyage.

L'enregistrement et l'exploitation des données relatives aux EI ainsi que la formation du personnel doivent être optimisés pour limiter leur survenue ainsi que le risque de récurrence.

La politique en matière d'utilisation des antibiotiques doit être diffusée, discutée en réunion médicale et suivie.

En ce qui concerne les précautions spécifiques, la gestion des équipements de protection individuel et la formation à leur utilisation en cas de mise en place de précautions additionnelles constitue également un des objectifs prioritaires. La prise en

compte du volet infectieux doit apparaître clairement dans la gestion des transferts entrants et sortants.

Un autre défi majeur consistera à responsabiliser et à impliquer les patients présentant des pathologies chroniques dans ces démarches (patient empowerment) par le respect des gestes barrières et de l'hygiène des mains (Aujoulat, 2007). Ce défi à lui seul mériterait d'être spécifiquement étudié.

Peut-être une opportunité d'être traité par un autre étudiant du certificat inter-universitaire en hygiène hospitalière ?

Références bibliographiques

Aujoulat Isabelle, 2007, L'empowerment des patients atteints de maladie chronique, des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire, Thèse de doctorat en santé publique, Université Catholique de Louvain.

Agence pour une Vie de Qualité, 2020, Plan interne d'urgence adapté aux spécificités des structures d'hébergement des secteurs de la santé – à l'exception des hôpitaux –, du handicap et de l'action sociale afin d'aider les structures d'hébergement pour l'élaboration et la mise en œuvre de celui-ci, AViQ, Charleroi.

BAPCOC et Sciensano, 2019, « Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière, cahier des charges : définitions, consignes de remplissage, preuves à conserver, [URL : http://www.nsih.be/download/IQ/2018_cahier_des_charges_IQ.pdf consulté le 2 mai 2021 (Cité en annexe dans le plan d'actions détaillé)

BeSWIC, Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail, 2021, « Equipement de protection individuelle (EPI), réglementation », [URL: <https://www.beswic.be/fr/reglementation/equipements-de-protection-individuelle-epi-reglementation>, consulté le 13 mars 2021].

Byl B., 2019, Plan stratégique, objectifs annuels, bilan, Support de cours certificat interuniversitaire en hygiène hospitalière 6ème édition, Université Libre de Bruxelles.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention, 2021, « Options for evaluating environmental cleaning », [URL: <https://www.cdc.gov/hai/toolkits/appendices-evaluating-environmental-cleaning.html>, consulté le 17 mars 2021].

CNP Saint-Martin, 2020, Plan d'urgence interne Covid-19, version 2.0, Namur
Code du bien-être au travail Livre VI.- Agents chimiques, cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques Titre 1er.- Agents chimiques

CSS-HGR. Conseil Supérieur de la Santé – Hoge Gezondheidsraad.

- 5109, Recommandations en matière de gestion des déchets de soins de santé (2005)
- 8363, Recommandations relatives à la maîtrise des infections lors des soins réalisés en médecine dentaire (2011)
- 8364, Recommandations en matière de contrôles bactériologiques de l'environnement dans les institutions de soins (2010)

- 8429, Recommandations en matière de prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans les institutions de soins (2011)
- 8579, Recommandations relatives à la prévention de la tuberculose dans les institutions de soins (2013)
- 8580, Recommandations en matière de prévention des infections durant les travaux de construction, de rénovation et les interventions techniques dans les institutions de soins (2013)
- 9256, Recommandations à la stérilisation des dispositifs médicaux (2017)
- 9277, 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 (révision de 2020)
- 9344, Recommandations en matière d'hygiène des mains durant les soins (révision de 2018)
- 9345, Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des infections dues à *Clostridium difficile* dans les institutions de soins (2017)
- 9444, Recommandations en matière de gestion du textile dans les institutions de soins (2018)

Devkaran Subashnie, O-Farell Patrick, 2015, The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis, *BMC Health Services Research*, 15:137.

Demaiter Guido, 2018, « Réflexion critique sur l'ensemble des indicateurs fédéraux de qualité en matière d'hygiène hospitalière », Résumé de l'allocation présenté lors de la journée d'étude sur le contrôle des infections en services infirmiers (44^e semaine des infirmières et sages-femmes) le 19 mars 2018, Ostende [URL : <http://www.noso.info/be/nosoinfos/reflexion-critique-sur-lensemble-des-indicateurs-federaux-de-qualite-en-matiere-dhygiene-hospitaliere%C2%A7/> consulté le 8 avril 2021].

ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control, 2017, « Etude de prévalence des infections liées aux soins et de l'usage d'antimicrobiens dans les établissements de long séjour européens, protocole belge - psychiatrie », [URL : https://www.wiv-isp.be/nsih/download/LTCF/PSY/HALT3_PSY_Protocol_FR_V4.pdf consulté le 8 avril 2021.

Eveillard M, Manuel Ch, Mounier M, Sarnel M, Caer M, Bourlioux P, 1998, « Evaluation de l'efficacité de trois méthodes de surveillance des infections nosocomiales en psychiatrie », *Médecine et Maladies Infectieuses*, Volume 28, Issue 12, Pages 962-966, ISSN 0399-077X

Eveillard M., Manuel C., Caer M., Sarnel C., Bourlioux P., 1999, « Une équipe d'hygiène dans un établissement de santé mentale – Particularités du milieu psychiatrique et conséquences sur les mesures à mettre en place prioritairement », [URL : <https://www.hygienes.net/boutique/hygienes-2/une-equipe-dhygiene-dans-un-etablissement-de-sante-mentale-particularites-du-milieu-psychiatrique-et-consequences-sur-les-mesures-a-mettre-en-place-prioritairement/> consulté le 6 février 2021.

Godin Gaston, 1991, « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences Sociales et Santé*, vol.9, n°1, [URL : https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/4-150318091015.pdf consulté le 19 mai 2021.

Haenen Roger, Vandenbroek Sophie, 2016, « Impact d'une campagne de prévention sur la prévalence d'infections associées aux soins chez des patients psychiatriques hospitalisés en Belgique: étude de cohorte dynamique et prospective (2001-2014) », *Noso info*, vol.10, n°3, [URL : <http://www.noso.info/be/nosoinfos/impact-dune-campagne-de-prevention-sur-la-prevalence-dinfections-associees-aux-soins-chez-des-patients-psychiatriques-hospitalises-en-belgique-etude-de-cohorte-dynamique-et-prospect/> consulté le 6 février 2020.

Havill Nancy L. 2013, "Best practices in disinfection of noncritical surfaces in the health care setting: creating a bundle for success", *Am J Infect Control* ;41(5 Suppl):S26-30

ISP - Institut scientifique de Santé Publique, 2008, « Etude nationale du non-rapportage des accidents d'exposition au sang dans les hôpitaux belges. Résultats 2006-2007 », *EPI reports 2008/2505/012*, Bruxelles.

ISP - Institut scientifique de Santé publique, 2008, « Surveillance des accidents d'exposition au sang dans les hôpitaux belges - résultats 2003-2007 », *IPH/EPI reports 2008-004*, Bruxelles.

Kirkpatrick D.L., Kirkpatrick J.D., 2009, *Evaluating training programs, The Four Levels*, Third edition. S.I: Berret-Koehler, p373.

MSSS, Ministère de de la Santé et des Services sociaux, 2008, *Les zones grises, processus d'attribution des responsabilités*, Québec, [URL : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-209-04.pdf> consulté le 10 avril 2021.

Rosenstock Irwin, 1974, "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior", *Health Education Monographs*, vol.2 n°4, pp.354-386.

Shodu Nathalie, Simon Anne, 2020, « L'évolution de l'observance de l'hygiène des mains dans les institutions psychiatriques » *Noso info*, vol.14 n°3 [URL : <http://www.noso.info/be/nosoinfos/levolution-de-lobservance-de-lhygiene-des-mains-dans-les-institutions-psychiatriques> consulté le 13 mars 2021.

SPF Santé publique, Direction générale Organisation des établissements de soins, 2007, « Note de Christiaan Dekoster du 19 juillet 2007 relatif aux AR du 26 avril 2007 modifiant l'AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre », [URL: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/belgische_commissie_voor_de_coordinatie_van_het_antibioticabeleid-fr/15174562_fr.pdf , consulté le 15/2/2021.

World Health Organization, 2009, *Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care, the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*, WHO, Genève, [URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144032/> consulté le 13 mars 2021.

L'IFIC et la description de fonction sectorielle 6162 - infirmier-hygiéniste : quoi de neuf ?

Thomas Snoeij

Infirmier-hygiéniste hospitalier - AZ Sint Lucas Gent

Yves Velghe

Président de l'Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière (ABIHH)

Support Manager direction département Infirmier et paramédical - CHU Brugmann



Introduction

À la demande des partenaires sociaux, l'Institut de Classification de Fonctions (ASBL IFIC) travaille sur l'actualisation de la classification de fonction pour les secteurs de la commission paritaire 330. Les fonctions de référence sectorielles sont à cette fin réparties en catégories, auxquelles des nouveaux barèmes salariaux sont liés. Le 11 décembre 2017, les partenaires sociaux ont signé pour cette commission paritaire deux conventions collectives de travail pour tous les collaborateurs des services de santé fédéraux et régionalisés. La nouvelle classification de fonction est depuis le premier janvier 2018 applicable aux secteurs (privés) fédéraux. En avril 2018, les employeurs ont communiqué l'attribution de fonction individuelle aux travailleurs.

Déroulement chronologique et actions entreprises

En avril 2018, tous les collaborateurs se sont vu proposer une classification de fonction avec le barème salarial assorti, en ce compris les infirmiers hygiénistes des hôpitaux. Ils étaient libres d'y souscrire ou pas.

Le profil de fonction et de compétences de l'IFIC pour les infirmiers hygiénistes a été établi en 2018 par des consultants

désignés par l'IFIC. Ceux-ci avaient reçu des informations relatives à cette fonction via un questionnaire à propos duquel aucun détail n'a été révélé.

A noter qu'aucune des organisations professionnelles actives dans ce secteur (NVKVV, ABIHH, Plateforme fédérale d'Hygiène Hospitalière, BAPCOC) n'avaient alors été consultées. Le profil de fonction et de compétences belge pour les infirmiers hygiénistes, soutenu par les quatre parties, n'a par conséquent pas été utilisé comme modèle pour la description de la fonction dans le modèle IFIC.

Les collaborateurs, qui en 2018 n'étaient pas d'accord avec la classification de fonction et le barème salarial associé, pouvaient introduire une réclamation via un recours interne au sein des hôpitaux. Le choix pour le nouveau barème a été étant alors suspendu jusqu'à l'audition de l'appel. Une classification de fonction n'est adaptée que lorsque 80% des établissements de soins en formulent la demande.

Le 14 mai 2018, la NVKVV et l'ABIHH ont appris que la fonction d'infirmier hygiéniste allait être reprise dans la phase d'entretien et que la carte de fonction adaptée allait être examinée lors de la révision du profil de fonction et de compétences, et ce, suite aux nombreux appels interjetés par le secteur et à un courrier conjoint du NVKVV, WIN (groupe de travail pour la maîtrise des infections « Werkgroep Infectiebeheersing NVKVV » au sein de la NVKVV), l'ABIHH et la BAPCOC (voir article noso info vol XXIII N°1 -2019).

Pour ces organisations, la carte de fonction de l'IFIC présente des vices majeurs à trois niveaux :

1. Le statut juridique (l'AR du 1er avril 2007) n'est pas respecté.
2. Les obligations légales ne sont pas reprises dans la carte de fonction. Le champ d'action de l'infirmier hygiéniste est en effet nettement plus large que les tâches de fond décrites par l'IFIC.
3. Le contenu de la fonction ne cadre pas avec le profil de compétences professionnelles belge de l'infirmier en hygiène hospitalière ni avec les pratiques actuelles des infirmiers en hygiène hospitalière.

Au début de l'année 2021, l'IFIC a communiqué le démarrage de la procédure d'entretien pour la fonction d'infirmier en hygiène hospitalière, en même temps que celle de dix autres fonctions.¹

Peu de temps avant la mise en route de cette procédure, la NVKVV et l'ABIHH ont rédigé une carte de fonction adaptée, reposant sur le modèle de l'IFIC et validée par la BAPCOG et la Plateforme fédérale d'Hygiène Hospitalière. Nous avons clairement indiqué que le groupe de travail était prêt à collaborer avec la commission IFIC, pour arriver à une description correcte et complète de la fonction d'infirmier en hygiène hospitalière.

L'IFIC a ensuite envoyé en mars 2021 une enquête en ligne concernant cette fonction aux établissements de soins intéressés, ceci afin d'obtenir une image précise de la fonction dans sa globalité. Par le biais de cette enquête, l'IFIC souhaitait rassembler des informations relatives aux tâches et aux responsabilités quotidiennes des infirmiers en hygiène hospitalière. L'IFIC a également organisé une enquête qui est similaire à celle envoyée à propos des infirmiers hygiénistes et autres travailleurs exerçant des fonctions dans d'autres organisations.

Les associations professionnelles ne peuvent cependant pas vérifier la représentativité de cette enquête par rapport à l'enquête nationale réalisée en 2017 qui concernait les pratiques des infirmiers en hygiène hospitalière de 2017 en Belgique et à laquelle 125 infirmiers en hygiène hospitalière avaient participé.

Afin d'assurer une bonne représentativité des fonctions sectorielles, l'IFIC a organisé en mai 2021 des réunions individuelles et collectives avec d'autres porte-paroles de la fonction. Deux tables rondes ont été organisées, l'une avec les organisations professionnelles, l'autre avec un nombre limité d'infirmiers en hygiène hospitalière. A noter que lors de ces réunions seul le contenu de la fonction, et non l'intégration dans la catégorie 17, a été abordé.

Les comptes rendus ont été transmis et sont particulièrement affligeant car ceux-ci ne contiennent que des adaptations purement sémantiques, mais n'apportent aucun changement

de fond.

Sur la base des informations recueillies lors de ces différentes réunions, l'IFIC a établi une description sectorielle de notre fonction. En d'autres termes, une description qui offre à notre fonction une image pertinente au niveau sectoriel à l'échelle du secteur. C'est pourquoi il se pourrait que certaines tâches spécifiques exercées ne soient pas reprises dans la description finale. En effet, ce projet de description définitif sera abordé au sein d'un groupe de travail technique, puis sera ensuite examiné et validé par les partenaires sociaux. L'établissement d'une description de fonction est un processus long et précis, dont le but est d'inclure la totalité des acteurs concernés.

Lorsque le comité de pilotage aura validé l'ensemble des mises à jour des descriptions, celles-ci devront encore être approuvées par la commission paritaire 330, puis être formalisées par des conventions collectives de travail. L'objectif est de boucler les discussions juridiques avant le lancement de la phase 2.

1 [https://www.if-ic.org/liste des fonctions reprises lors de la première phase de la procédure d'entretien.](https://www.if-ic.org/liste-des-fonctions-reprises-lors-de-la-premiere-phase-de-la-procedure-d-entretien)

Conclusion de la discussion

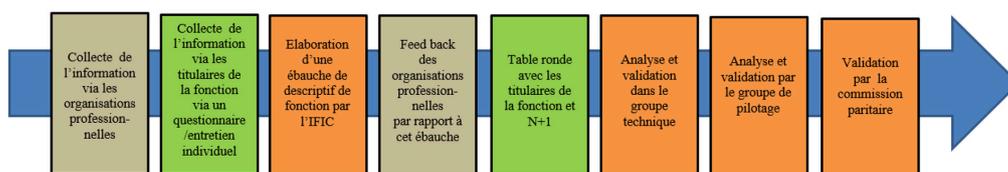
L'IFIC a organisé une table ronde pour soumettre la fonction d'infirmier en hygiène hospitalière à la procédure d'entretien. Cependant, aucun ajustement ayant un impact sur les responsabilités de ces infirmiers n'a été apporté. À l'exception de quelques modifications terminologiques, aucun changement n'a été apporté. Peut-on dès lors considérer que la procédure d'entretien de l'IFIC a manqué son objectif ? Une autre question se pose à notre niveau : la procédure mise en place a-t-elle été bien suivie et qui en est garant ?

L'IFIC indique que les remarques formulées par les organisations professionnelles dans le cadre de la table ronde sont consignées, ce qui n'implique pas d'office qu'elles seront intégrées telles quelles à la description de fonction de référence sectorielle. Elles sont examinées et traitées à l'issue d'une concertation avec les partenaires sociaux. L'IFIC indique qu'il est important de trouver un équilibre entre l'intégration des éléments pertinents pour une description plus précise de la fonction et le respect de la méthodologie de l'IFIC (logique de la classification de fonction, plus grand dénominateur commun, etc.). Rien ne garantit donc que la version définitive prendra en compte tous les éléments communiqués le 23 mars 2021.

Nous faisons également référence à la page du site web du groupe de travail WIN VPK-ZHH de la NVKVV, où de nombreuses informations et documents peuvent être trouvés.

<https://www.nvkvv.be/page?orl=113882&ssn=&lng=1&page=555&are=1728>

Schéma nouvelle procédure



Implication des organisations professionnelles

Implications des institutions concernées, les titulaires de la fonction et les responsables hiérarchiques

Procédure à l'IFIC en concertation étroite avec les partenaires sociaux

On a lu pour vous

Nous vous proposons les résumés d'une série d'articles récents de la littérature scientifique internationale relative à la pandémie de COVID-19. Cette sélection porte plus particulièrement sur les aspects socio-culturels et éthiques qui sous-tendent l'acceptation des stratégies de vaccination contre la COVID-19 au sein de la population générale. La majorité des données sont issues de l'expérience accumulée au Royaume-Uni et en Israël qui ont été les deux grands pionniers en matière de campagne de masse de vaccination. Dans ces deux pays on a pu aussi étudier rétrospectivement les limites des stratégies déployées pour le dépistage et pour la contention de l'épidémie, étudier la transmissibilité de nouveaux variants (notamment le variant SARS-CoV-2 appartenant à la lignée B.1.1.7) leur impact sur l'effet protecteur de la vaccination ainsi que les conséquences sanitaires et économiques. A partir des données obtenues de manière rétrospective des modélisations de transmission de l'infection à COVID-19 ont pu être établies selon différents scénarios. Ces modèles offrent des perspectives de permettre dans le futur un meilleur contrôle de la transmission ainsi qu'un ciblage plus précis des sous-groupes à risque dans la population et réticents à la vaccination sur la base de facteurs de risques démographiques et socio-culturels.

Williams L.,* Flowers P., McLeod J., Young D., Rollins L., and The CATALYST Project Team.

Social Patterning and Stability of Intention to Accept a COVID-19 Vaccine in Scotland: Will Those Most at Risk Accept a Vaccine?

Vaccines (Basel). 2021 Jan; 9(1): 17. Published online 2021 Jan 4. doi: 10.3390/vaccines9010017

ABSTRACT

Vaccination is central to controlling COVID-19. Its success relies on having safe and effective vaccines and also on high levels of uptake by the public over time. Addressing questions of population-level acceptability, stability of acceptance, and sub-population variation in acceptability are imperative. Using a prospective design, a repeated measures two-wave online survey was conducted to assess key sociodemographic variables and intention to accept a COVID-19 vaccine. The first survey (Time 1) was completed by 3436 people during the period of national lockdown in Scotland and the second survey (n = 2016) was completed two months later (Time 2) when restrictions had been eased. In the first survey, 74% reported being willing to receive a COVID-19 vaccine. Logistic regression analyses showed that there were clear sociodemographic differences in intention to accept a vaccine for COVID-19 with intention being higher in participants of white ethnicity as compared with Black, Asian, and minority ethnic (BAME) groups, and in those with higher income levels and higher education levels. Intention was also higher in those who had "shielding" status due to underlying medical conditions. Our results suggest that future interventions, such as mass media and social marketing, need to be targeted at a range of sub-populations and diverse communities.

Intention to accept a COVID-19 vaccine is currently high in Scotland and our findings suggest that intention to receive the vaccine did not fall in the context of lower infection rates and fewer restrictions. However, the data also point to a sizeable minority of the public who are hesitant about receiving a future COVID-19 vaccine. Of note, intention was higher in participants of white ethnicity as compared with those from BAME groups, and in those with higher levels of income and education. Our findings and those from other studies suggest that future interventions need to be targeted at a range of sub-populations and diverse communities. To do so, we need to better understand the barriers to vaccination in these groups so that we can collectively be better prepared to deliver appropriate evidence-based culturally and community-appropriate messaging aimed at maximising COVID-19 vaccine uptake.

Davies N. G., Abbott S., Barnard R. C., Jarvis C. I., Kucharski A. J., Munday J. D., Pearson C.A.B, et al.

Surveillance for Azole-Resistant Aspergillus fumigatus in a Centralized Diagnostic Mycology Service, London, United Kingdom, 1998-2017.

Science. 2021 Apr 9; 372(6538): eabg3055. Published online 2021 Mar 3. doi: 10.1126/science.abg3055

ABSTRACT

A severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) variant, VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7), emerged in southeast England in September 2020 and is rapidly spreading toward fixation. Using a variety of statistical and dynamic modeling approaches, we estimate that this variant has a 43 to 90% (range of 95% credible intervals, 38 to 130%) higher reproduction number than preexisting variants. A fitted two-strain dynamic transmission model shows that VOC 202012/01 will lead to large resurgences of COVID-19 cases. Without stringent control measures, including limited closure of educational institutions and a greatly accelerated vaccine rollout, COVID-19 hospitalizations and deaths across England in the first 6 months of 2021 were projected to exceed those in 2020. VOC 202012/01 has spread globally and exhibits a similar transmission increase (59 to 74%) in Denmark, Switzerland, and the United States.

In December 2020, evidence began to emerge that a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) variant, Variant of Concern 202012/01 (lineage B.1.1.7, henceforth VOC 202012/01), was rapidly outcompeting preexisting variants in southeast England (1). The variant increased in incidence during the second national lockdown in November 2020, which was

mandated in response to a previous and unrelated surge in COVID-19 cases, and continued to spread after the lockdown despite ongoing restrictions in many of the most affected areas. Concern over this variant led the UK government to enact stronger restrictions in these regions on 20 December 2020 and eventually to impose a third national lockdown on 5 January 2021. As of 29 March 2021, VOC 202012/01 comprises roughly 95% of new SARS-CoV-2 infections in England and has now been identified in at least 114 countries (2). Our current understanding of effective pharmaceutical and nonpharmaceutical control of SARS-CoV-2 does not reflect the epidemiological and clinical characteristics of VOC 202012/01. Estimates of the growth rate, disease severity, and impact of this novel variant are crucial for informing rapid policy responses to this potential threat.

Mass Testing With Contact Tracing Compared to Test and Trace for the Effective Suppression of COVID-19 in the United Kingdom: Systematic Review

JMIRx Med. 2021 Apr-Mbwogge M. JMIRx Med. 2021 Apr-Jun; 2(2): e27254. Published online 2021 Apr 12. doi: 10.2196/27254.

ABSTRACT

Background

Making testing available to everyone and tracing contacts might be the gold standard to control COVID-19. Many countries including the United Kingdom have relied on the symptom-based test and trace strategy in bringing the COVID-19 pandemic under control. The effectiveness of a test and trace strategy based on symptoms has been questionable and has failed to meet testing and tracing needs. This is further exacerbated by it not being delivered at the point of care, leading to rising cases and deaths. Increases in COVID-19 cases and deaths in the United Kingdom despite performing the highest number of tests in Europe suggest that symptom-based testing and contact tracing might not be effective as a control strategy. An alternative strategy is making testing available to all.

Objective

The primary objective of this review was to compare mass testing and contact tracing with the conventional test and trace method in the suppression of SARS-CoV-2 infections. The secondary objective was to determine the proportion of asymptomatic COVID-19 cases reported during mass testing interventions.

Methods

Literature in English was searched from September through December 2020 in Google Scholar, ScienceDirect, Mendeley, and PubMed. Search terms included “mass testing,” “test and trace,” “contact tracing,” “COVID-19,” “SARS-CoV-2,” “effectiveness,” “asymptomatic,” “symptomatic,” “community screening,” “UK,” and “2020.” Search results were synthesized without meta-analysis using the direction of effect as the standardized metric and vote counting as the synthesis metric. A statistical synthesis was performed using Stata 14.2. Tabular and graphical methods were used to present findings.

Results

The literature search yielded 286 articles from Google Scholar, 20 from ScienceDirect, 14 from Mendeley, 27 from PubMed, and 15 through manual search. A total of 35 articles were included in the review, with a sample size of nearly 1 million participants. We found a 76.9% (10/13, 95% CI 46.2%-95.0%; P=.09) majority vote in favor of the intervention under the primary objective. The overall proportion of asymptomatic cases among those who tested positive and in the tested sample populations under the secondary objective was 40.7% (1084/2661, 95% CI 38.9%-42.6%) and 0.0% (1084/9,942,878, 95% CI 0.0%-0.0%), respectively.

Conclusions

There was low-level but promising evidence that mass testing and contact tracing could be more effective in bringing the virus under control and even more effective if combined with social distancing and face coverings. The conventional test and trace method should be superseded by decentralized and regular mass rapid testing and contact tracing, championed by general practitioner surgeries and low-cost community services.

Sandmann F.G., Davies N.G., Vassall A., Edmunds W.J., Mark Jit and Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group.

The potential health and economic value of SARS-CoV-2 vaccination alongside physical distancing in the UK: a transmission model-based future scenario analysis and economic evaluation

Lancet Infect Dis. 2021 Jul; 21(7): 962–974. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00079-7.

ABSTRACT

Background

In response to the COVID-19 pandemic, the UK first adopted physical distancing measures in March, 2020. Vaccines against SARS-CoV-2 became available in December, 2020. We explored the health and economic value of introducing SARS-CoV-2 immunisation alongside physical distancing in the UK to gain insights about possible future scenarios in a post-vaccination era.

Methods

We used an age-structured dynamic transmission and economic model to explore different scenarios of UK mass immunisation programmes over 10 years. We compared vaccinating 75% of individuals aged 15 years or older (and annually revaccinating 50% of individuals aged 15–64 years and 75% of individuals aged 65 years or older) to no vaccination. We assumed either 50% vaccine efficacy against disease and 45-week protection (worst-case scenario) or 95% vaccine efficacy against infection and 3-year protection (best-case scenario). Natural immunity was assumed to wane within 45 weeks. We also explored the additional impact of physical distancing on vaccination by assuming either an initial lockdown followed by voluntary physical

distancing, or an initial lockdown followed by increased physical distancing mandated above a certain threshold of incident daily infections. We considered benefits in terms of quality-adjusted life-years (QALYs) and costs, both to the health-care payer and the national economy. We discounted future costs and QALYs at 3.5% annually and assumed a monetary value per QALY of £20000 and a conservative long-run cost per vaccine dose of £15. We explored and varied these parameters in sensitivity analyses. We expressed the health and economic benefits of each scenario with the net monetary value: QALYs × (monetary value per QALY) – costs.

Findings

Our model findings highlight the substantial health and economic value of introducing SARS-CoV-2 vaccination. Smaller outbreaks could continue even with vaccines, but population-wide implementation of increased physical distancing might no longer be justifiable. Our study provides early insights about possible future post-vaccination scenarios from an economic and epidemiological perspective.

de Figueiredo A., Larson H.J, Reicher S.D. E

The potential health and economic value of SARS-CoV-2 vaccination alongside physical distancing in the UK: a transmission model-based future scenario analysis and economic evaluation

ClinicalMedicine. 2021 Sep 9 : 101109. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101109 [Epub ahead of print]

ABSTRACT

Background

The UK Government is considering the introduction of vaccine passports for domestic use and to facilitate international travel for UK residents. Although vaccine incentivisation has been cited as a motivating factor for vaccine passports, it is unclear whether vaccine passports are likely to increase inclination to accept a COVID-19 vaccine.

Methods

We conducted a large-scale national survey in the UK of 17,611 adults between 9 and 27 April 2021. Bayesian multilevel regression and poststratification is used to provide unbiased national-level estimates of the impact of the introduction of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccines and identify the differential impact of passports on uptake inclination across socio-demographic groups.

Findings

We find that a large minority of respondents report that vaccination passports for domestic use (46.5%) or international travel (42.0%) would make them no more or less inclined to accept a COVID-19 vaccine and a sizeable minority of respondents also state that they would 'definitely' accept a COVID-19 vaccine and that vaccine passports would make them more inclined to vaccinate (48.8% for domestic use and 42.9% for international travel). However, we find that the introduction of vaccine passports will likely lower inclination to accept a COVID-19 vaccine once baseline vaccination intent has been adjusted for. This decrease is larger if passports were required for domestic use rather than for facilitating international travel. Being male (OR 0.87, 0.76 to 0.99) and having degree qualifications (OR 0.84, 0.72 to 0.94) is associated with a decreased inclination to vaccinate if passports were required for domestic use (while accounting for baseline vaccination intent), while Christians (OR 1.23, 1.08 to 1.41) have an increased inclination over atheists or agnostics. Change in inclination is strongly connected to stated vaccination intent and will therefore unlikely shift attitudes among Black or Black British respondents, younger age groups, and non-English speakers.

Interpretation

Our findings should be interpreted in light of sub-national trends in uptake rates across the UK, as our results suggest that passports may be viewed less positively among socio-demographic groups that cluster in large urban areas. We call for further evidence on the impact of vaccine certification and the potential fallout for routine immunization programmes in both the UK and in wider global settings, especially those with low overall trust in vaccinations.

Goldman R.D, Yan T.D, Seiler M., Cotanda C.P., Brown J.C, Klein E.J., Hoeffe J., et al. and For the International COVID-19 Parental Attitude Study (COVIPAS) Group.

Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey

Vaccine. 2020 Nov 10; 38(48): 7668–7673. Published online 2020 Oct 10. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.084

ABSTRACT

Background

More than 100 COVID-19 vaccine candidates are in development since the SARS-CoV-2 genetic sequence was published in January 2020. The uptake of a COVID-19 vaccine among children will be instrumental in limiting the spread of the disease as herd immunity may require vaccine coverage of up to 80% of the population. Prior history of pandemic vaccine coverage was as low as 40% among children in the United States during the 2009 H1N1 influenza pandemic.

Methods

An international cross sectional survey of 1541 caregivers arriving with their children to 16 pediatric Emergency Departments (ED) across six countries from March 26 to May 31, 2020.

Results

65% (n = 1005) of caregivers reported that they intend to vaccinate their child against COVID-19, once a vaccine is available. A univariate and subsequent multivariate analysis found that increased intended uptake was associated with children that were older, children with no chronic illness, when fathers completed the survey, children up-to-date on their vaccination schedule, recent history of vaccination against influenza, and caregivers concerned their child had COVID-19 at the time of survey completion in the ED. The most common reason reported by caregivers intending to vaccinate was to protect their child (62%), and the most common reason reported by caregivers refusing vaccination was the vaccine's novelty (52%).

Conclusions

The majority of caregivers intend to vaccinate their children against COVID-19, though uptake will likely be associated with specific factors such as child and caregiver demographics and vaccination history. Public health strategies need to address barriers to uptake by providing evidence about an upcoming COVID-19 vaccine's safety and efficacy, highlighting the risks and consequences of infection in children, and educating caregivers on the role of vaccination.

Green M.S., Abdullah R., Vered S., Nitzan D.

A study of ethnic, gender and educational differences in attitudes toward COVID-19 vaccines in Israel – implications for vaccination implementation policies.

Isr J Health Policy Res. 2021; 10: 26. Published online 2021 Mar 19. doi: 10.1186/s13584-021-00458-w

ABSTRACT

Background

Vaccines for COVID-19 are currently available for the public in Israel. The compliance with vaccination has differed between sectors in Israel and the uptake has been substantially lower in the Arab compared with the Jewish population.

Aim

To assess ethnic and socio-demographic factors in Israel associated with attitudes towards COVID-19 vaccines prior to their introduction.

Methods

A national cross-sectional survey was carried out in Israel during October 2020 using an internet panel of around 100,000 people, supplemented by snowball sampling. A sample of 957 adults aged 30 and over were recruited of whom 606 were Jews (49% males) and 351 were Arabs (38% males).

Results

The sample of Arabs was younger than for the Jewish respondents. Among the men, 27.3% of the Jewish and 23.1% of the Arab respondents wanted to be vaccinated immediately, compared with only 13.6% of Jewish women and 12.0% of Arab women. An affirmative answer to the question as to whether they would refuse the vaccine at any stage was given by 7.7% of Jewish men and 29.9% of Arab men, and 17.2% of Jewish women and 41.0% of Arab women. Higher education was associated with less vaccine hesitancy. In multiple logistic regression analysis, the ethnic and gender differences persisted after controlling for age and education. Other factors associated with vaccine hesitancy were the belief that the government restrictions were too lenient and the frequency of socializing prior to the pandemic.

Conclusions

The study revealed a relatively high percentage reported would be reluctant to get vaccinated, prior to the introduction of the vaccine. This was more marked so for Arabs than Jews, and more so for women within the ethnic groups. While this was not a true random sample, the findings are consistent with the large ethnic differences in compliance with the vaccine, currently encountered and reinforce the policy implications for developing effective communication to increase vaccine adherence. Government policies directed at controlling the pandemic should include sector-specific information campaigns, which are tailored to ensure community engagement, using targeted messages to the suspected vaccine hesitant groups. Government ministries, health service providers and local authorities should join hands with civil society organizations to promote vaccine promotion campaigns

Haas E.J., McLaughlin J.M, Khan F., Angulo F.J, Anis E., Lipsitch M., Singer S.R, et al.

Infections, hospitalisations, and deaths averted via a nationwide vaccination campaign using the Pfizer–BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in Israel: a retrospective surveillance study.

Lancet Infect Dis. 2021 Sep 22 doi: 10.1016/S1473-3099(21)00566-1 [Epub ahead of print]

ABSTRACT

Background

On Dec 20, 2020, Israel initiated a nationwide COVID-19 vaccination campaign for people aged 16 years and older and exclusively used the Pfizer–BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine (tozinameran). We provide estimates of the number of SARS-CoV-2 infections and COVID-19-related admissions to hospital (ie, hospitalisations) and deaths averted by the nationwide vaccination campaign.

Methods

In this retrospective surveillance study, we used national surveillance data routinely collected by the Israeli Ministry of Health

from the first 112 days (Dec 20, 2020, up to our data cutoff of April 10, 2021) of Israel's vaccination campaign to estimate the averted burden of four outcomes: SARS-CoV-2 infections and COVID-19-related hospitalisations, severe or critical hospitalisations, and deaths. As part of the campaign, all individuals aged 16 years and older were eligible for inoculation with the BNT162b2 vaccine in a two-dose schedule 21 days apart. We estimated the direct effects of the immunisation programme for all susceptible individuals (ie, with no previous evidence of laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection) who were at least partly vaccinated (at least one dose and at least 14 days of follow-up after the first dose). We estimated the number of SARS-CoV-2 infection-related outcomes averted on the basis of cumulative daily, age-specific rate differences, comparing rates among unvaccinated individuals with those of at least partly vaccinated individuals for each of the four outcomes and the (age-specific) size of the susceptible population and proportion that was at least partly vaccinated.

Findings

We estimated that Israel's vaccination campaign averted 158 665 (95% CI 144 640–172 690) SARS-CoV-2 infections, 24 597 (18 942–30 252) hospitalisations, 17 432 (12 770–22 094) severe or critical hospitalisations, and 5532 (3085–7982) deaths. 16 213 (65.9%) of 24 597 hospitalisations and 5035 (91.0%) of 5532 of deaths averted were estimated to be among those aged 65 years and older. We estimated 116 000 (73.1%) SARS-CoV-2 infections, 19 467 (79.1%) COVID-19-related hospitalisations, and 4351 (79%) deaths averted were accounted for by the fully vaccinated population.

Interpretation

Without the national vaccination campaign, Israel probably would have had triple the number of hospitalisations and deaths compared with what actually occurred during its largest wave of the pandemic to date, and the health-care system might have become overwhelmed. Indirect effects and long-term benefits of the programme, which could be substantial, were not included in these estimates and warrant future research.

Rosen B. Waitzberg R., Israeli A., Hartal M.,¹ Davidovitch N.

Addressing vaccine hesitancy and access barriers to achieve persistent progress in Israel's COVID-19 vaccination program.

Isr J Health Policy Res. 2021; 10: 43. Published online 2021 Aug 2. doi: 10.1186/s13584-021-00481-x

ABSTRACT

As of March 31, 2021, Israel had administered 116 doses of vaccine for COVID-19 per 100 population (of any age) – far more than any other OECD country. It was also ahead of other OECD countries in terms of the share of the population that had received at least one vaccination (61%) and the share that had been fully vaccinated (55%). Among Israelis aged 16 and over, the comparable figures were 81 and 74%, respectively. In light of this, the objectives of this article are:

1. To describe and analyze the vaccination uptake through the end of March 2021
2. To identify behavioral and other barriers that likely affected desire or ability to be vaccinated
3. To describe the efforts undertaken to overcome those barriers

Israel's vaccination campaign was launched on December 20, and within 2.5 weeks, 20% of Israelis had received their first dose. Afterwards, the pace slowed. It took an additional 4 weeks to increase from 20 to 40% and yet another 6 weeks to increase from 40 to 60%. Initially, uptake was low among young adults, and two religious/cultural minority groups - ultra-Orthodox Jews and Israeli Arabs, but their uptake increased markedly over time.

In the first quarter of 2021, Israel had to enhance access to the vaccine, address a moderate amount of vaccine hesitancy in its general population, and also address more intense pockets of vaccine hesitancy among young adults and religious/cultural minority groups. A continued high rate of infection during the months of February and March, despite broad vaccination coverage at the time, created confusion about vaccine effectiveness, which in turn contributed to vaccine hesitancy. Among Israeli Arabs, some residents of smaller villages encountered difficulties in reaching vaccination sites, and that also slowed the rate of vaccination.

The challenges were addressed via a mix of messaging, incentives, extensions to the initial vaccine delivery system, and other measures. Many of the measures addressed the general population, while others were targeted at subgroups with below-average vaccination rates. Once the early adopters had been vaccinated, it took hard, creative work to increase population coverage from 40 to 60% and beyond.

Significantly, some of the capacities and strategies that helped Israel address vaccine hesitancy and geographic access barriers are different from those that enabled it to procure, distribute and administer the vaccines. Some of these strategies are likely to be relevant to other countries as they progress from the challenges of securing an adequate vaccine supply and streamlining distribution to the challenge of encouraging vaccine uptake.

Giubilini A., Savulescu J., Wilkinson D.

Queue questions: Ethics of COVID-19 vaccine prioritization

Bioethics. 2021 Feb 8 : 10.1111/bioe.12858. doi: 10.1111/bioe.12858 [Epub ahead of print]

ABSTRACT

The rapid development of vaccines against COVID-19 represents a huge achievement, and offers hope of ending the global pandemic. At least three COVID-19 vaccines have been approved or are about to be approved for distribution in many countries. However, with very limited initial availability, only a minority of the population will be able to receive vaccines this winter. Urgent decisions will have to be made about who should receive priority for access. Current policy in the UK appears to take the view that those who are most vulnerable to COVID-19 should get the vaccine first. While this is intuitively attractive, we argue that

there are other possible values and criteria that need to be considered. These include both intrinsic and instrumental values. The former are numbers of lives saved, years of life saved, quality of the lives saved, quality-adjusted life-years (QALYs), and possibly others including age. Instrumental values include protecting healthcare systems and other broader societal interests, which might require prioritizing key worker status and having dependants. The challenge from an ethical point of view is to strike the right balance among these values. It also depends on effectiveness of different vaccines on different population groups and on modelling around cost-effectiveness of different strategies. It is a mistake to simply assume that prioritizing the most vulnerable is the best strategy. Although that could end up being the best approach, whether it is or not requires careful ethical and empirical analysis.

Alanezi F., Aljahdali A., Alyousef S.M., Alrashed H., Mushcab H., AlThani B., Alghamedy F., et al.

A Comparative Study on the Strategies Adopted by the United Kingdom, India, China, Italy, and Saudi Arabia to Contain the Spread of the COVID-19 Pandemic.

J Healthc Leadersh. 2020; 12: 117–131. Published online 2020 Oct 30. doi: 10.2147/JHL.S266491

ABSTRACT

Purpose

The objective of this study was to compare the strategies adopted by the United Kingdom, Italy, China, India, and Saudi Arabia to contain the spread of the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods

A review of the literature was carried out to collect data on the strategies used by China, Italy, India, the United Kingdom, and Saudi Arabia to contain the spread of the COVID-19 virus. The global analysis of 65 published literature references allowed observing the effectiveness and efficiency of the strategies used by these countries to control the spread of the COVID-19 virus.

Results

Both mitigation and suppression strategies were adopted by the United Kingdom, India, Italy, China, and Saudi Arabia to control the spread of the COVID-19 pandemic. It was observed that China has achieved a greater success in flattening the curve compared to the other countries. In China, few new daily cases have occurred since March, and it has been the only country that has managed to keep the COVID-19 pandemic under control. On the other hand, reductions in the number of daily cases (since May 2020) were detected in the United Kingdom, Italy, and Saudi Arabia (since July 2020). Also, during the last 3 months (June, July and August) India has shown the highest growth in the total number of confirmed cases and in the number of new daily cases, compared to the mentioned countries.

Conclusion

The review of the strategies adopted by China, India, the United Kingdom, Italy and Saudi Arabia to combat the COVID-19 pandemic can guide countries in the design and development of mitigation and suppression approaches to control the spread of the COVID-19 virus. Containment strategies such as lockdowns cannot continue in the long term. Therefore, countries must adopt mitigation and prevention strategies to protect people from infection and learn to live with the virus.

Iftekhar E.N., Priesemann V., Balling R., Bauer S., Beutels P., Valdez A.C., Cuschieri S., et al.

A look into the future of the COVID-19 pandemic in Europe: an expert consultation

Lancet Reg Health Eur. 2021 Sep; 8: 100185. Published online 2021 Jul 30. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100185

ABSTRACT

How will the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic develop in the coming months and years? Based on an expert survey, we examine key aspects that are likely to influence the COVID-19 pandemic in Europe. The challenges and developments will strongly depend on the progress of national and global vaccination programs, the emergence and spread of variants of concern (VOCs), and public responses to non-pharmaceutical interventions (NPIs). In the short term, many people remain unvaccinated, VOCs continue to emerge and spread, and mobility and population mixing are expected to increase. Therefore, lifting restrictions too much and too early risk another damaging wave. This challenge remains despite the reduced opportunities for transmission given vaccination progress and reduced indoor mixing in summer 2021. In autumn 2021, increased indoor activity might accelerate the spread again, whilst a necessary reintroduction of NPIs might be too slow. The incidence may strongly rise again, possibly filling intensive care units, if vaccination levels are not high enough. A moderate, adaptive level of NPIs will thus remain necessary. These epidemiological aspects combined with economic, social, and health-related consequences provide a more holistic perspective on the future of the COVID-19 pandemic.

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.

Infos - News



Lancement de la nouvelle plateforme d'encodage des observances d'hygiène des mains - HD4DP 2.0 bêta 1

Épidémiologie et santé publique • Infections liées aux soins et antibiorésistance

Mesdames, Messieurs,
Chers collègues,

Nous sommes heureux de vous annoncer la mise en production ce jour de notre nouvelle plateforme d'encodage des audits d'hygiène des mains, HD4DP 2.0 bêta 1, en collaboration avec l'équipe de Healthdata.

HD4DP 2.0 est appelé « bêta 1 » car il s'agit d'une plateforme qui est vouée à évoluer dans le temps et à être le plus représentatif possible de vos besoins. De ce fait, nous nous ferons un plaisir de recevoir vos appréciations et remarques par mail pour pouvoir améliorer cet outil.

Vous trouverez ici comment utiliser HD4DP 2.0 bêta 1. En cas de problème technique, veuillez contacter le Service Support de Healthdata par e-mail (support.healthdata@sciensano.be) ou par téléphone au +32 2 793 01 42. Pour toute autre question, nous restons à votre entière disposition par e-mail (nathalie.shodu@sciensano.be) ou par téléphone au +32 2 642 57 45.

Ce lancement n'aurait pas été possible sans vous. Nous tenons à vous remercier pour tout le travail que vous fournissez, et apprécions votre précieuse collaboration.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, Chers collègues, l'expression de nos salutations distinguées,

Au nom de l'équipe Hygiène des mains du service NSIH de Sciensano
Nathalie Shodu Contact : Nathalie Shodu
Tél. : +32 2 642 57 45
E-mail : nathalie.shodu@sciensano.be

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- ABIHH - AUVB Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
[https:// www. abihh.be](https://www.abihh.be)
- Agentschap Zorg en Gezondheid, Corona lignes directrices pour les professionnels de la santé :
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>
- Avis et Recommandations du Conseil Supérieur de la Santé :
<https://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante>
- BAPCOC :
<https://www.health.fgov.be/antibiotics>
- Belgian Infection Control Society (BICS) :
<https://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- CDC/HICPAC :
<https://www.cdc.gov/hicpac/index.html>
- Healthcare Infection Society (HIS) :
<https://www.his.org.uk/>
- Infect Control and Hospital Epidemiology (ICHE) :
<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology>
- Journal of Hospital Infection (JHI) :
<https://www.journalofhospitalinfection.com>
- Noso Suisse :
<https://www.swissnoso.ch/fr/>
- Noso-info Belgique :
<https://www.nosoinfo.be>
- Sciensano procédures Covid-19 :
<https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-procedures>
- Sciensano :
<https://www.sciensano.be>
- The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) :
<https://shea-online.org>
- WIN, Werkgroep Infectiebeheersing NVKVV
<https://www.nvkvv.be>
- World Health Organization (WHO ou OMS) :
<https://www.who.int/gpsc/en>

AGENDA SCIENTIFIQUE

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

- **16 - 18 MARS 2022**

7ème Congrès mondial accès vasculaire (WOCOVA)

Lieu : Athènes, Grèce

Renseignements : <https://www.wocova.com>

- **12-14 AVRIL 2022**

The Society for Healthcare Epidemiology of America - IDWeek

Lieu : Colorado Springs, USA

Renseignements : info@shea-online.org / <https://shea-online.org>

- **23-26 AVRIL 2022**

ECCMID

32nd European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

Lieu : Lisbonne, Portugal

Renseignements : www.eccmid.org

- **1er - 3 JUIN 2022**

32ème Congrès de la SF2H (Société Française Risques infectieux et soins)

Lieu : Lyon, France

Renseignements : <https://www.sf2h.net/congres-sf2h-lyon-2022>

- **03 OCTOBRE 2022**

Studiedag verpleegkundigen Infectiebeheersing NVKVV

Lieu : Kursaal d' Ostende

Renseignements : administratie@nvkvv.be

- **27-28 OCTOBRE 2022**

Réunion des Infirmiers francophones.

De l'hospitalier à l'extra-hospitalier. La pandémie sous toutes ses coutures

Lieu : Alvisse Parc Hotel Dommeldange, Grand-Duché de Luxembourg

Renseignements : Yves.VELGHE@chu-brugmann.be

- **17 - 20 NOVEMBRE 2022**

International Society for Infectious Diseases (ISID)

19ème Congrès international sur les maladies infectieuses

Lieu : Kuala Lumpur, Malaisie

Renseignements : info@isid.org

Comité de rédaction

Comité de rédaction

G. Demaiter, T. De Beer, Y. Glupczynski, N. Shodu,
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

Email : anne.simon@jolimont.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

Association belge des infirmiers en hygiène hospitalière

Mr Yves Velghe

Tél: 02/477.25.43

Email: info@abihh.be

<https://abihh.com>



BICS – Belgian Infection Control Society

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

Elise Brisart

Hôpital Erasme,
Route de Lennik, 808,
1070 Bruxelles.

Tél: 02/555.67.46

Fax: 02/555.85.44

Email : elise.brisart@erasme.ulb.ac.be



COTISATIONS BICS :

Inscription comme membre du BICS :

Infirmier(e)s 25 €

Médecins 60 €

Médecins en formation 25 €

via www.belgianinfectioncontrolociety.be

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