

Campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains

2010-2011

DO Santé Publique et Surveillance
Service Maladies Infectieuses dans les institutions de soins (NSIH)
Mai 2012 | Bruxelles, Belgique
IPH/Epi Reports N°: 2012-16
N° ISSN : 2294-1320



Natacha VISEUR *

+ natacha.viseur@wiv-isp.be
+ tel: 02/642 57 44
+ fax: 02/642 54 10

*Ce rapport a été réalisé au nom du groupe de travail de la campagne pour l'hygiène des mains de la Plate-forme fédérale pour l'Hygiène Hospitalière: Anne Simon (Hygiène hospitalière, Cliniques universitaires St-Luc, UCL), Michiel Costers (Belgian Antibiotic Coordination Committee, SPF Santé Publique) (autres membres : Francine de Meerleer, An Willemse, Tina Debeer (OLVZ Aalst), Aldo Spettante (Grand Hôpital de Charleroi site St Joseph, Gilly), Patricia Taminiau (Valida, Bruxelles), Christophe Barbier (CHU Liège), Roger Haenen (IDEWE), David De Wandel (UGent), Norbert Eggermont (SPF Santé Publique), Sofie Vaerenberg, Boudewijn Catry et Natacha Viseur (Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique).

La campagne nationale « Vous êtes entre de bonnes mains » était une initiative du Service Public Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement et a été réalisée avec le soutien de BAPCOC (Belgian Antibiotic Coordination Committee, SPF Santé Publique) par la Plate-forme fédérale pour l'Hygiène H-hospitalière, en collaboration avec WIV-ISP (Institut Scientifique de Santé Publique), l'ABIHH (Association Belge des Infirmiers pour l'Hygiène Hospitalière), le BICS (Belgian Infection Control Society) et la NVKVV (Nationale Vereniging van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen).

Le projet est financièrement soutenu par le Service Public Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

La Science au service de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement.



BAPCOC
Belgian Antibiotic Coordination Committee

NVKVV
V.Z.W.



isp
wiv



Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier toutes les institutions participantes, les plateformes régionales pour l'hygiène hospitalière et les nombreuses personnes de l'ISP (en particulier Karl Mertens et Jérôme Antoine), de la BAPCOC et de l'UCL qui ont contribué au succès de cette campagne.

Table de matières

I	Introduction.....	6
II	Matériel et méthode.....	8
II.1	Objectifs.....	9
II.2	Description de la campagne.....	9
II.3	Organisation et planification.....	10
II.4	Matériel de campagne et nouveautés.....	11
II.5	Mesure de l'observance de l'hygiène des mains et rétro-information des résultats.....	13
II.6	Mesure de l'observance des conditions de base en matière d'hygiène des mains.....	14
II.7	Mesure de l'utilisation de solution hydro-alcoolique.....	14
III	Résultats.....	16
III.1	Participation à la campagne.....	17
III.2	Observance de l'hygiène des mains.....	18
III.2.1	Hospital-wide.....	18
III.2.2	Selon le type de service et la catégorie d'institution.....	19
III.2.3	Selon l'indication.....	22
III.2.4	Selon la catégorie professionnelle.....	24
III.3	La consommation de la solution hydro-alcoolique.....	28
III.3.1	Le taux d'utilisation de l'alcool.....	28
III.3.2	La consommation mensuelle de solution hydro-alcoolique.....	29
III.4	Sessions d'information.....	31
III.5	Les conditions de base.....	33
III.5.1	Participation.....	33
III.5.2	Le port de bijoux.....	34
III.5.3	L'hygiène des ongles.....	36
III.5.4	Réflexions autour des conditions de bases.....	36
III.6	Quiz.....	37
III.6.1	Objectifs.....	37
III.6.2	Méthodologie.....	37
III.6.3	Résultats.....	39
III.6.4	Conclusions.....	40
IV	Conclusions.....	41
V	Références.....	44
VI	Annexes.....	48
VI.1	Résultats nationaux des observations avant campagne, 15/11/2010 – 15/12/2010 ..	49
VI.2	Résultats nationaux des observations après campagne, 18/04/2011 – 30/05/2011 ..	51
VI.3	Clip Vidéo.....	53
VI.4	Powerpoint.....	53
VI.5	Affiches : <i>Notre hôpital participe</i>	54
VI.6	Dépliant pour le patient.....	55
VI.7	Affiches.....	56
VI.8	Set de table pour plateau-repas.....	58
VI.9	Gadgets.....	58
VI.10	Grille d'observations de l'hygiène des mains.....	59
VI.11	Grille d'observation des conditions de base.....	61

Executive summary

The last point prevalence survey performed by the European Centre for Disease Prevention and Control in 2011 revealed a prevalence rate of infected patients of 7,2% in Belgian acute care hospitals. Transmission of microbial pathogens by the hands of healthcare workers (HCWs) during patient care plays a crucial role in the spread of healthcare-associated infections. However, numerous reports indicate that hand hygiene compliance of HCWs remains disappointingly low.

The objective of the countrywide hand hygiene campaigns is raising awareness on good hand hygiene (HH) practices and promoting the use of alcohol based hand rubs. The fourth campaign was focused on healthcare workers, paying particular attention to physicians and their role model for other colleagues. Additionally during the last campaign patients themselves were invited to become an active partner. The methodology of the campaign was based on two components, an awareness campaign and a measurement of the impact of the campaign. The campaign combined reminders on the work floor (posters), educational sessions for health care workers (slide presentation and web-based quiz), video clips, promotion of alcohol-based hand rubs, patient awareness (leaflets) and audits (with performance feedback). The infection control teams of the participating hospitals displayed or distributed the campaign materials, and organized educational sessions during the one month intervention period. Before and after the intervention period they measured hand hygiene compliance of health care workers by direct observation using a standardized roster.

A total of 141 hospitals were involved in the fourth campaign (110 acute care hospitals, 9 chronic care hospitals and 22 psychiatric hospitals). Compliance with hand hygiene (national weighted mean) increased from 62.3% to 72.9% after the intervention (absolute increase in compliance rate, +10.6%). During four campaigns, the increase of compliance at the end of each campaign seemed to be partially sustained until the beginning of the next campaign (increase of \pm 4% from one campaign to another), confirming earlier observations in which repeated campaigns resulted in an overall progressive improvement of hand hygiene.

During the fourth campaign, an increase in compliance rates was observed in acute care, chronic care and psychiatric hospitals alike. Compliance rates after campaign improved for all types of hospital units (around 8 to 10%).

Compliance rates increased for all types of health-care workers (around 7 to 10%). Although the fourth campaign focused on physicians as being a role model, compliance was markedly lower among physicians than among nurses (absolute difference in compliance rate, \sim 15%). While this confirms the findings of other authors, a study by Salemi et al. (2002) shows that improvement of hand hygiene compliance among physicians is feasible.

Compliance increased for all indications for hand hygiene although it was much higher (often +20%) after patient contact and body fluid exposure risk than before patient contact and aseptic tasks. One explanation could be that health-care workers are more inclined to protect themselves than their patients. Another possible interpretation is that health-care workers are more likely to decontaminate their hands if they perceive them to be dirty.

We conclude that the fourth national campaign, like the three before, was a success, in terms of high participation rate, increasing of HH compliance and wide use of alcohol based hand rub solutions. The key factors for success was explained by the multimodal methodology of awareness campaign, the repetition of campaign, the nation-wide scale and the political and financial support of the federal government. Lower compliance rates among physicians compared with nurses, before patient contact, and before performing aseptic procedures remain challenges for the forthcoming campaign.

I Introduction



Pourquoi une quatrième campagne?

Les infections liées aux soins (infections nosocomiales ou infections hospitalières) ont un impact énorme sur la santé publique. Dans la récente étude de prévalence (2011) réalisée par le 'European Centre for Disease Prevention and Control' (ECDC)^[1], il a été mesuré que, en Belgique, 7,2 % des patients hospitalisés dans les hôpitaux aigus contractent une infection hospitalière. Par extrapolation, on peut estimer, sur base annuelle, qu'environ 103 000 patients contractent une infection hospitalière. Il est en général connu que les infections hospitalières vont de pair avec une augmentation de la morbidité, de la mortalité, de la durée d'hospitalisation et donc aussi des coûts des soins de santé^[2]. Il est dès lors évident que la prévention des infections nosocomiales soit une priorité pour les instances fédérales et ce d'autant plus que la maîtrise des infections est un axe important dans la promotion de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

Il est suffisamment connu que l'hygiène des mains est la mesure la plus importante pour la prévention du transfert de micro-organismes entre patients, soignants et environnement hospitalier^[4]. Hélas, force nous est d'admettre que l'observance des règles d'hygiène des mains (observance) par les travailleurs de la santé laisse encore à désirer étant donné un grand nombre de facteurs^[5,6,10].

Dans la littérature scientifique, des interventions intéressantes ayant pour but la promotion de l'hygiène des mains ont déjà été décrites^[5-9]. Naikoba et Hayward^[8] tiraient la conclusion que tant les actions uniques que les actions combinées (formation et formation permanente, rappels sur le lieu de travail, promotion de la solution hydro-alcoolique et audit avec feed-back) peuvent augmenter l'observance mais que cet effet est temporaire sans effort constant.

Les résultats des trois campagnes belges (voir tableau) illustrent également l'importance de la répétition régulière de telles campagnes. Durant chacune des campagnes, l'observance (moyenne nationale) a augmenté de 11 à 19%. Au cours des 3 campagnes, l'augmentation de l'observance à la fin de chaque campagne semble être partiellement maintenue jusqu'au début de la campagne suivante (augmentation de \pm 5% d'une campagne à l'autre), ce qui suggère que la répétition des campagnes résultent en une amélioration progressive de l'hygiène des mains. Enfin, il convient de constater que l'observance après campagne plafonnait juste en deçà des 70%.

	Observance avant campagne	Observance après campagne
1ère campagne	49,6%	68,6%
2ème campagne	53,2%	69,5%
3ème campagne	58,0%	69,1%

La nécessité de répétition régulière de campagnes semblables pour atteindre une modification permanente des comportements ont amené la plateforme fédérale pour l'hygiène des mains et le groupe de travail de la campagne à choisir pour l'avenir une campagne bisannuelle.

Dans ce rapport, les résultats de la 4^{ème} campagne sont présentés.

II Matériel et méthode



II.1 Objectif

Comme pendant les campagnes précédentes, le projet visait à améliorer l'observance des règles d'hygiène des mains à court et à long terme.

Cette 4^{ème} campagne nationale visait

- tous les travailleurs de la santé qui ont un contact direct avec le patient dans les hôpitaux (aigus, chroniques et psychiatriques)
- en particulier les médecins du fait de leur fonction de modèle
- les patients hospitalisés (patient empowerment).

II.2 Description de la campagne

La campagne comportait deux grands volets:

1. la sensibilisation des soignants et des patients à l'aide du matériel de campagne; la campagne mettait l'accent sur les messages suivants:
 - Quand appliquer l'hygiène des mains (les 5 indications) ?
 - Comment utiliser la solution hydro-alcoolique ?
 - Pourquoi appliquer l'hygiène des mains ?
 - Comment utiliser correctement des gants ?
 - Quels sont les conditions de base de l'hygiène des mains (le port des bijoux et l'hygiène des ongles) ?
2. L'évaluation de l'impact de la campagne à l'aide de mesures enregistrées avant et après la période de sensibilisation :
 - L'observance de l'hygiène des mains des professionnels de la santé par observation directe,
 - L'utilisation de solution hydro-alcoolique
 - Le respect des exigences de base pour une bonne hygiène des mains (optionnel).
 - La connaissance des indications à l'hygiène des mains (via le quiz)

II.3 Organisation et planification

La quatrième campagne s'est déroulée durant la période allant du 15 novembre 2010 au 30 mai 2011.

- Mesure de l'observance (pré-campagne): 15 novembre au 15 décembre 2010
- Campagne de sensibilisation : 14 février au 15 mars 2011
- Mesure de l'observance (post-campagne) : 18 avril au 30 mai 2011

Les hôpitaux ont été invités à participer à la campagne par une lettre envoyée par Monsieur Christiaan Decoster, directeur général du Service Fédéral Public de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement, DG organisation des établissements de soins. Les inscriptions, ainsi que l'envoi de tout le matériel de la campagne ont été assurés par la coordination de la BAPCOC. Le service 'Surveillance nationale des infections nosocomiales et de l'antibiorésistance (NSIH)' du WIV-ISP s'est chargé de l'application internet, de la collecte des données, de l'analyse et de la réalisation des rapports.

II.4 Matériel de campagne et nouveautés

La sensibilisation était multimodale et composée notamment de 1) un audit avec feed-back (résultats de la mesure de l'observance pré-campagne), 2) des rappels sur les lieux de travail (e.a. affiches), 3) des séances de formation pour les travailleurs (présentations PowerPoint et quiz en ligne), 4) promotion de la solution hydro-alcoolique et 5) la sensibilisation du patient (feuillet patient).

Pour la réalisation de la campagne 2010-2011, le développement du matériel de la campagne et les instruments de formation, nous avons consulté les 'Recommandations en matière d'hygiène des mains durant les soins' (Conseil Supérieur de la Santé, CSS 8349, 2009) et les 'WHO Guidelines on hand hygiene in health care' (2009).

Focus de la campagne 2010-2011

Une attention supplémentaire a été consacrée à deux groupes cibles :

- les médecins, chez qui l'observance lors de la campagne précédente était significativement plus basse que chez les autres prestataires de soins ; et
- les patients, dont l'implication dans la campagne pourrait/peut être un stimulant pour sensibiliser leurs propres prestataires.

Tous les éléments du matériel de la campagne précédente sont conservés, mais un matériel additionnel a été développé pour ces deux groupes cibles, notamment une présentation PowerPoint pour la formation des médecins, un nouveau folder patient, de même qu'un clip vidéo.

Dans la présentation PowerPoint pour les médecins, nous rappelons au médecin sa fonction de modèle vis-à-vis des autres travailleurs de la santé et en particulier en ce qui concerne l'hygiène des mains. En nous basant sur des études scientifiques récentes, nous avons tenté de convaincre les médecins qu'une augmentation de l'observance de l'hygiène des mains mène effectivement à une baisse de l'incidence des infections hospitalières.

Par le biais d'un folder, nous informons le patient sur l'impact des infections hospitalières, sur l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de ces infections, et l'appelons à demander aux médecins, aux infirmiers et au personnel paramédical s'ils s'étaient désinfectés les mains avant tout contact, traitement ou soin. Nous réalisons que, pour certains patients, le seuil à franchir pour le faire de manière effective peut être grand, et d'un autre côté qu'une résistance peut apparaître chez certains travailleurs de la santé quand ils sont interpellés de cette manière par les patients mais nous voulons poser un premier pas vers la participation active du patient. Nous laissons donc à l'appréciation de l'hôpital d'adopter oui ou non dès maintenant cette vision de la participation du patient.

Sensibilisation : matériel de la campagne

- Affiches de la campagne 2010-2011 en format A0 et A3
- Affiches avec nouveau lay-out en format A3 (voir VI.7) ;
 - QUAND? (Les 5 indications) 2 versions (1 pour les hôpitaux aigus + chroniques et 1 pour les hôpitaux psychiatriques);
 - COMMENT? (Technique de friction des mains avec la solution hydro-alcoolique);
 - POURQUOI? (Les 5 arguments);
 - ONGLES ET BIJOUX (Les mains en or n'en portent pas)
 - GANTS (Utilisation correcte)
- Nouvelles affiches “Notre hôpital participe ...” (voir VI.5).

- Sets de table imprimables via le site web “Notre hôpital participe,...” (voir VI.8)
- Gadget pour les unités: magnettes en forme de main avec le slogan ‘Vous êtes en de bonnes mains’
- Porte-badges (si demandé par l’hôpital)
- Folder pour les patients (si l’hôpital a choisi de participer)
- Présentation PowerPoint (PPT) pour la formation des prestataires de soins
- Présentation PowerPoint (PPT) spécifique pour les médecins
- Présentation PowerPoint (PPT) avec des données spécifiques pour la psychiatrie
- Online Quiz (via les sites web www.wiv-isp.be/handhy et www.nsih.be)
- Spots audiovisuels: 2 clips vidéo (1 pour les prestataires de soins et 1 pour les patients, les visiteurs, ...)

II.5 Mesure de l'observance de l'hygiène des mains et rétro-information des résultats

La méthodologie de la campagne est améliorée mais inchangée dans son principe pour pouvoir comparer les résultats obtenus d'une campagne à l'autre.

La mesure de l'observance de l'hygiène des mains a été effectuée par le personnel de l'équipe d'hygiène hospitalière (ou par des collaborateurs formés spécifiquement à cet effet) de l'hôpital participant. Ces mesures ont été enregistrées à l'aide d'une grille d'observation standardisée, utilisée depuis la première campagne nationale, avec un minimum de 150 observations par unité pour laquelle l'hôpital désirait effectuer une évaluation avant-après campagne. Afin de rendre les chiffres les plus comparables possible à l'échelle nationale, il était demandé d'inclure au moins le service de soins intensifs. Pour chaque opportunité d'hygiène des mains, l'observateur notait le comportement du prestataire de soins face à celle-ci : désinfection à l'alcool, lavage à l'eau avec ou sans savon ou aucune action. Les observations étaient stratifiées selon le groupe professionnel, le type de contact et suivant le moment de l'opportunité (avant ou après contact avec le patient).

Note : Mesure de l'observance dans les hôpitaux psychiatriques

La méthodologie utilisée pour la mesure de l'observance dans les hôpitaux psychiatriques est identique à celle employée dans les hôpitaux aigus et chroniques à l'exception d'un aspect important, les « contacts sociaux ». Afin de garantir mutuellement l'homogénéité des statistiques d'observance entre ces établissements, il a été décidé, depuis la 3^{ème} campagne nationale, de ne plus procéder à l'enregistrement de tels « contacts sociaux » au sein des hôpitaux psychiatriques.

Dans ce contexte, les « contacts sociaux » sont définis comme des contacts physiques de courte durée excluant les soins, tels que par ex. serrer la main à quelqu'un ou lui taper sur l'épaule. Une présentation reprenant des exemples pratiques de cette observation dans les hôpitaux psychiatriques est disponible sur le site web www.handhygienedesmains.be. Cet instrument peut être utilisé dans le cadre de la formation d'observateurs.

Après l'enregistrement sur papier, les données ont été encodées à l'aide d'un logiciel développé par l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP-module hygiène des mains dans NSIHwin), puis exportées et envoyées au WIV-ISP pour analyse et rétro-information. Ce rapport contenait une analyse des données individuelles et nationales avec la comparaison des différents indicateurs à ceux des autres hôpitaux participants (*benchmarking*). A partir du moment où 30 hôpitaux avaient envoyé leurs données (minimum pour la base de données de référence), le rapport a pu être envoyé à l'hôpital participant dans la semaine suivant l'envoi des données. La rétro-information des résultats aux soignants fut considérée comme partie intégrante de la sensibilisation.

Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 10. Chaque rétro-information individuel, contenant les résultats par hôpital, présente un intervalle de confiance à 95%, les percentiles propres à l'hôpital ainsi que les résultats nationaux et les indicateurs stratifiés par groupe professionnel et par service hospitalier. Les résultats nationaux ont été calculés de manière à présenter la moyenne des moyennes et la moyenne pondérée. L'analyse univariée de la variation des moyennes et les tests de Kruskal-Wallis ont été effectués et la limite statistiquement significative a été fixée à $p < 0.05$.

II.6 Mesure de l'observance des conditions de base en matière d'hygiène des mains

Comme pendant la 3^{ème} campagne nationale, l'évaluation du port des bijoux (bagues, bracelets ou montres) et de l'hygiène des ongles du personnel soignant (ongles naturels coupés courts et soignés, et donc aussi sans vernis ou faux ongles) constituait un module optionnel.

Par « l'observance des conditions de base en matière d'hygiène des mains », on fait référence au nombre de professionnels de la santé ayant fait l'objet d'une observation qui ne soit pas totalement conforme - ongles longs et sales, vernis à ongles et/ou faux ongles et/ou bijoux sur les mains ou les poignets – divisé par le nombre total de personnes observées.

Observation (%) = $100 \times [\text{nombre de professionnels de la santé non conformes} / \text{total des professionnels de la santé observés}]$

Le respect des exigences de base relatives à une bonne hygiène des mains par les professionnels de la santé a été mesuré par observation directe. L'observation des professionnels de la santé a été réalisée à l'aide de la grille d'observation standardisée « conditions de base en matière d'hygiène des mains – observation 2010 – 2011 » (idem version 2008-2009). Une présentation reprenant des exemples pratiques de cette observation peut être consultée sur le site web www.handhygienedesmains.be.

Ces données ont été introduites à l'aide de l'application MS Access-based «NSIHwin» (module d'hygiène des mains) de l'Institut Scientifique de Santé publique. Les résultats pouvaient être exportés vers un fichier excel pour pouvoir ensuite être traités ou pour générer un rapport automatique

II.7 Mesure de l'utilisation de solution hydro-alcoolique

L'utilisation de solution hydro-alcoolique (exprimée en litre pour 1000 patient-jours) est un indicateur complémentaire du respect des prescriptions en matière d'hygiène des mains. Les chiffres ont été recueillis par les équipes d'hygiène hospitalière des hôpitaux participants (auprès des pharmacies hospitalières) et ont été transmis à l'Institut Scientifique de Santé publique (WIV-ISP) – par le biais du module d'hygiène NSIHwin – qui analyse ceux-ci en détail et les communiquer ensuite aux hôpitaux (avec une analyse comparative nationale).

Il est possible d'opter pour la consommation totale (dans tout l'hôpital), la consommation au niveau des unités observées ou pour les deux. Dans tous les cas, il faut fournir les chiffres relatifs à la consommation pour une période d'au moins 3 mois entiers précédant (octobre, novembre et décembre 2010) et une période de 3 mois entiers suivant la période de sensibilisation (avril, mai et juin 2011).

III Résultats



III.1 Participation à la campagne

Au total, 141 établissements ont pris part activement à la quatrième campagne (c.à.d transmis des données au WIV-ISP) (Tableau 1).

Tableau 1: Hôpitaux participants

Type d'hôpital	Hôpitaux participants Nombre
Hôpitaux aigus	110
Hôpitaux chroniques	9
Hôpitaux psychiatriques	22
Total	141

La participation n'était considérée comme avérée que lorsqu'au moins une des données devant être collectées dans le cadre de la campagne avait également été envoyée au WIV-ISP (fermeture de la base de données le 15 décembre 2011) : les mesures d'observation pré-campagne, les mesures d'observation post-campagne et le questionnaire relatif à la consommation d'alcool pour les mains, les sessions d'information et/ou les observations des conditions de base (module optionnel).

Tableau 2: Participation des institutions (sites/fusions) selon la partie des données de la campagne

	Hôpitaux participants	
Données d'observations pré-campagne (O1)	141	
Données d'observations post-campagne (O2)	112	
Consommation d'alcool (litre)	Hospital-wide	8
	Par unité	23
Sessions d'information	45	
Observations des conditions de base (optionnel)	51	

Certains hôpitaux aigus avec plusieurs sites ont envoyé leurs données par site hospitalier (comme demandé pour la campagne), d'autres pour l'ensemble des sites. Le total des fichiers ainsi envoyés au WIV-ISP est de 141 (pré-campagne) (Tableau 2). Parmi ceux-ci, 112 ont également envoyé les données d'observation après campagne. Les institutions qui n'ont pas envoyé leurs données d'observance post-campagne (n=29) ont été exclues de la comparaison pré/post-campagne.

III.2 Observance de l'hygiène des mains

III.2.1 Hospital-wide

Pendant 7 517 heures d'observation dans toutes les institutions participantes, un total de 201 943 opportunités d'hygiène des mains ont été enregistrées (respectivement 105 573 avant et 96 370 après campagne) dans 730 unités avant et dans 626 unités après campagne. En moyenne, 27 minutes étaient nécessaires pour observer 10 occasions (ou opportunités).

La moyenne de l'observance nationale de l'hygiène des mains (=pourcentage d'hygiène des mains avec savon et/ou alcool / nombre total d'opportunités d'hygiène des mains observées) avant campagne était de 62,3% (tous services confondus) (P10: 41,0; P50: 63,3, P90: 81,3). Au niveau national, la différence d'observance s'élevait en moyenne à 10,6% (tableau 3).

Tableau 3: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) avant et après campagne, hospital-wide, 2010-2011

Hospital-wide	Avant	Après	Différence	p
Nombre d'opportunités	105 573	96 370		
Observance	62,3%	72,9%	+10,6%	<0.0001

Les figures 1 et 2 nous montrent l'évolution de l'observance d'hygiène des mains au cours des 4 campagnes. Nous constatons une amélioration de l'observance par rapport à la même phase au cours de la première, deuxième campagne, troisième campagne et quatrième campagne. Cependant, alors que le taux d'observance avant campagne augmente sensiblement au cours du temps de 49,6% à 62,3% (augmentation de $\pm 5\%$ d'une campagne à l'autre), le taux d'observance après campagne semble se stabiliser autour de 70%, bien que le plafond virtuel de 70% lors la dernière campagne ait été dépassé (figure 2).

Figure 1 : Observance d'hygiène des mains avant et après campagne, en 2005, en 2006-2007, en 2008-2009 et en 2010-2011 (hospital-wide)

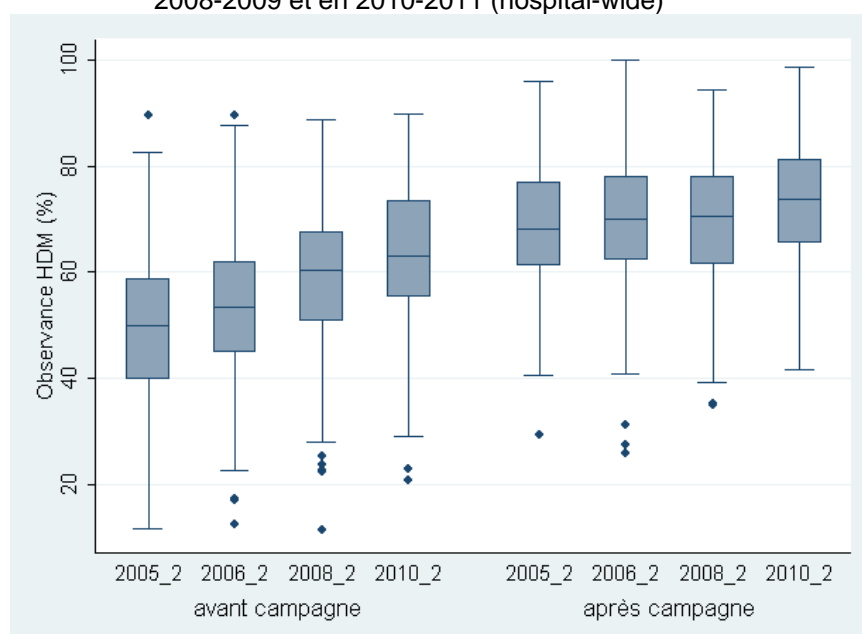
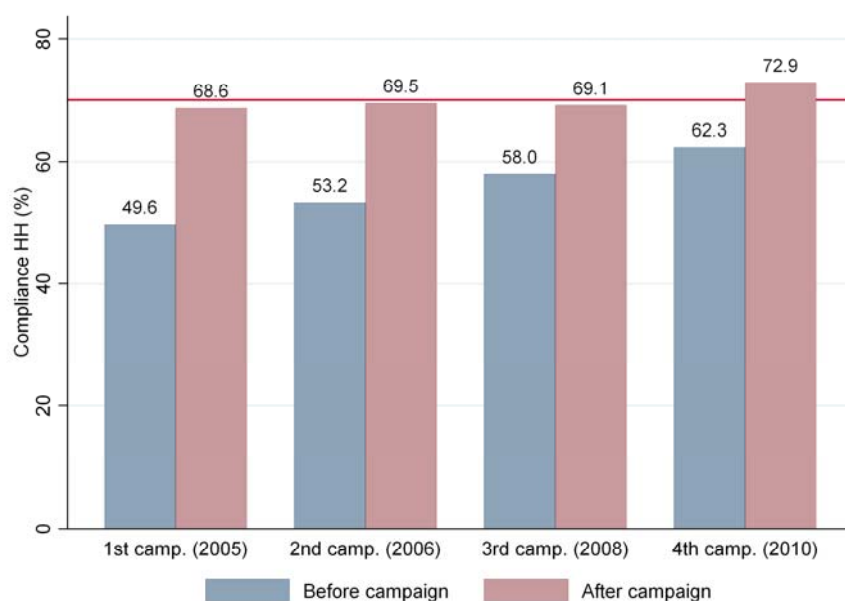


Figure 2 : Observance d'hygiène des mains (moyenne) avant et après campagne, en 2005, en 2006-2007, en 2008-2009 et en 2010-2011 (hospital-wide)



III.2.2 Selon le type de service et la catégorie d'institution

Selon le type de service

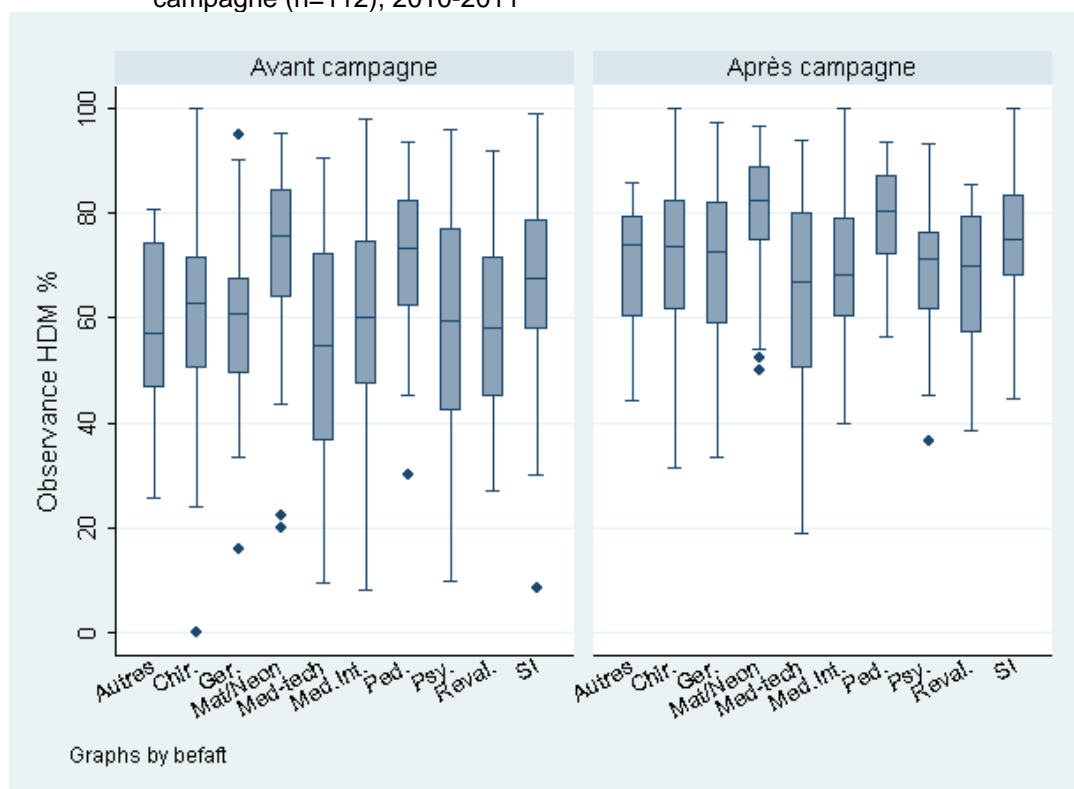
L'observance mesurée dans les services de soins intensifs (n=93 hôpitaux) était de 66,8% (P10: 46,1%, P50: 67,6%, P90: 88,1%) et augmentait de 8,3% après campagne (Tableau 4). Les services de soins intensifs (SI) montraient en moyenne un meilleur score en matière d'observance comparativement à l'ensemble de l'hôpital.

Tableau 4: Observance moyenne de l'hygiène des mains avant et après campagne, Unités de Soins Intensifs (= soins intensifs + soins intensifs néonatales + soins intensifs pédiatriques), 2010-2011

Soins Intensifs (SI)	Avant	Après	Différence	p
N unités	122	106		
Nombre d'opportunités	19 841	17 678		
Observance SI	66,8%	75,1%	+8,3%	<0.0001

L'évolution dans les autres services est présentée sur la figure 3. Notons encore que tous les hôpitaux n'ont pas observé tous les types de services. Les services de pédiatrie (n=44 unités dans 36 hôpitaux) et de maternité/néonatalogie (n=26 unités dans 22 hôpitaux) présentent les résultats les plus élevés, tant avant (moyenne = 71,2% et 69,8%, respectivement) qu'après (moyenne 78,9% et 79,6%, respectivement) la campagne. La plus importante augmentation est constatée dans les services de gériatrie (n=73 unités dans 51 hôpitaux), + 10,6%), de psychiatrie (n=122 unités dans 34 hôpitaux, + 10,0%) et de maternité/néonatalogie (+9,8%). Tous les services avaient de meilleurs résultats après la campagne (Figure 3).

Figure 3. L'observance moyenne de l'hygiène des mains selon le type de service avant et après campagne (n=112), 2010-2011

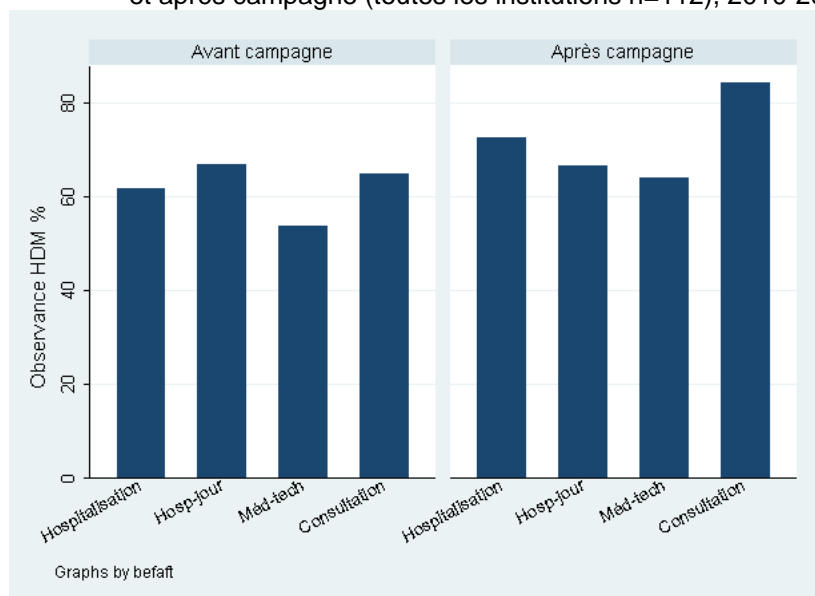


Autres= autres services ; Chir.=chirurgie ; Ger.=gériatrie ; Mat/Neon=maternité et néonatalogie ; Med-tech= services médico-technique ; Med.Int.= médecine interne ; Ped.=pédiatrie ; Psy.=psychiatrie ; Reval.= revalidation ; SI : unités de soins intensifs

Selon le type de structure

Lorsque nous examinons l'observance moyenne par type de structure de l'hôpital, nous constatons une augmentation significative de l'observance pour les catégories 'hospitalisation', 'médico-technique', 'consultation' (Figure 4).

Figure 4: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) selon le type de structure de l'hôpital, avant et après campagne (toutes les institutions n=112), 2010-2011



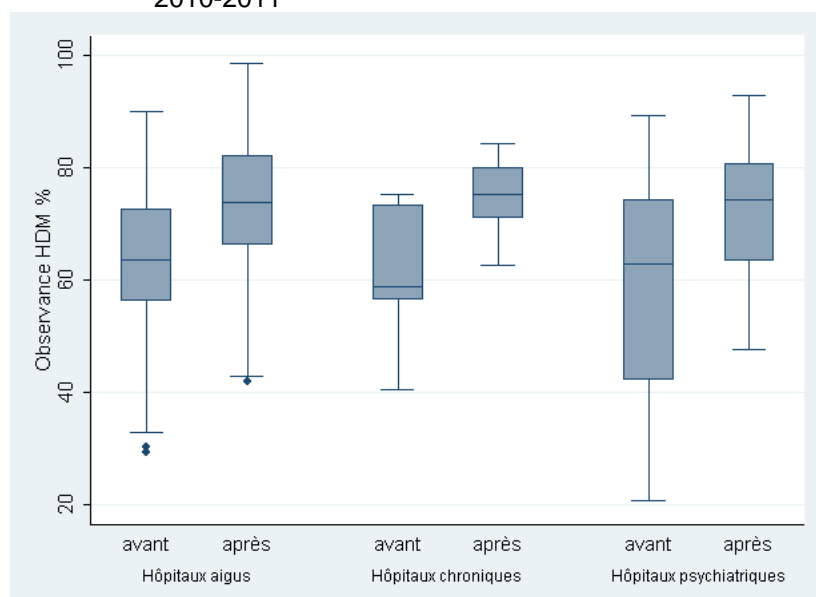
Selon la catégorie institutionnelle

Avant la campagne, l'observance moyenne de l'hygiène des mains est légèrement plus faible parmi les institutions psychiatriques (59,0%) en comparaison avec les hôpitaux aigus et psychiatriques et la variance de celle-ci se révèle très élevée. Par contre, la plus forte augmentation d'observance a été observée dans cette catégorie d'institutions (+13,6%) (Tableau 5 et Figure 5).

Tableau 5: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) selon la catégorie institutionnelle

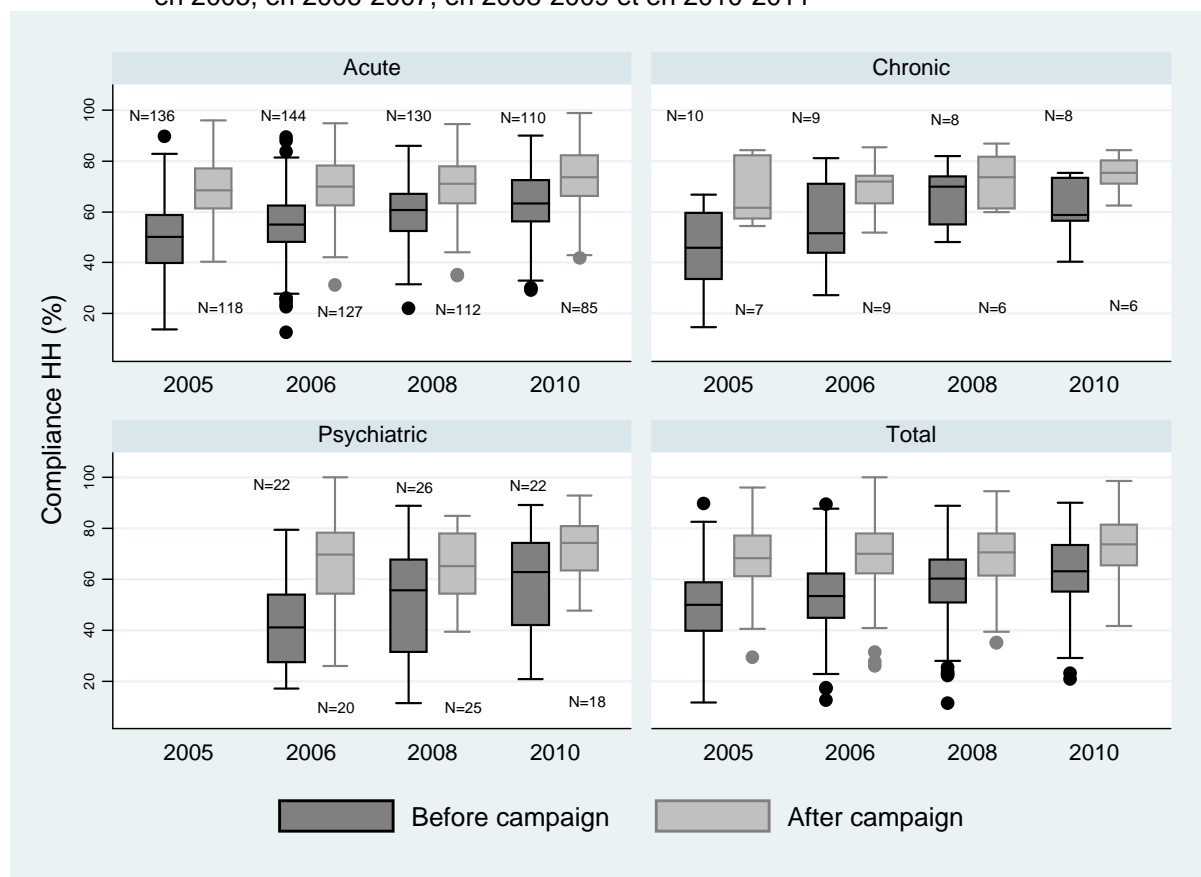
	Avant	Après	différence	p
Hôpitaux aigus	63,2	73,1	+10,1	<0.001
Hôpitaux chroniques	61,6	74,7	+13,1	<0.001
Hôpitaux psychiatriques	59,0	72,6	+13,6	<0.001

Figure 5: L'observance de l'hygiène des mains par catégorie d'institutions, avant et après campagne, 2010-2011



La figure 6 nous montre l'évolution de l'observance de l'hygiène des mains au cours du temps par catégorie institutionnelle. Nous constatons une amélioration de l'observance pour chaque type d'hôpitaux. Cependant, nous pouvons souligner que les hôpitaux psychiatriques qui ont participé depuis la seconde campagne améliorent très rapidement leur observance (de 43% à 59% avant campagne) et atteignent le même taux d'observance que les hôpitaux aigus après la 4ème campagne (72,6% pour les hôpitaux psychiatriques vs 73,1% pour les hôpitaux aigus, après campagne).

Figure 6 : Observance de l'hygiène des mains par catégorie d'institutions, avant et après campagne, en 2005, en 2006-2007, en 2008-2009 et en 2010-2011



III.2.3 Selon l'indication

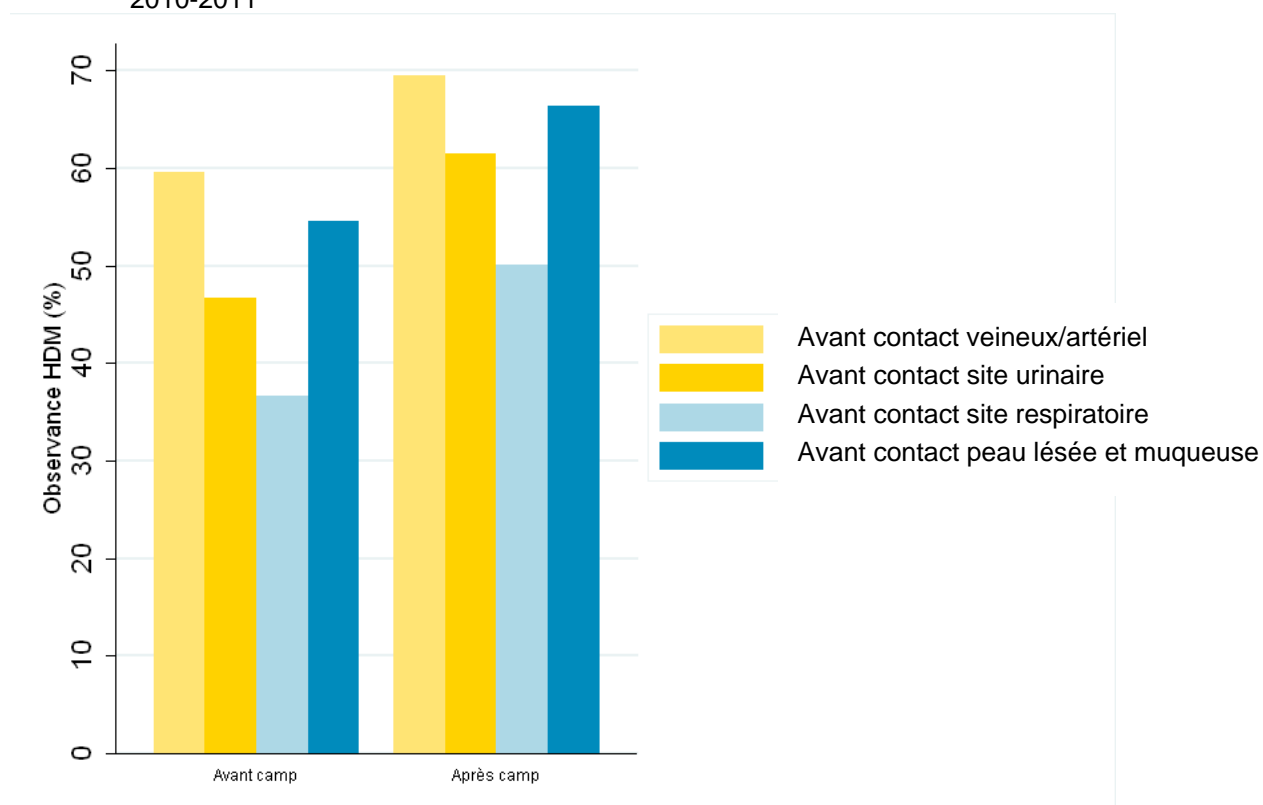
Pour les contacts exigeant une hygiène des mains, l'observance est systématiquement plus faible pour les indications avant contact patient qu'après contact patient (- ~20%) (Tableau 6). Après la campagne, cette différence a persisté bien que l'observance pour chaque type de contact ait augmenté uniformément d'environ 8,2% à 12,5%.

Tableau 6: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) selon l'indication, avant et après campagne (toutes les institutions n=112), 2010-2011

Selon les 5 indications	Avant campagne	Après campagne	Différence %
1. Avant contact patient	50,2%	62,7%	+12,5%
2. Après contact patient	71,3%	79,5%	+ 8,2%
3. Avant acte propre/invasif	50,7%	62,8%	+12,1%
4. Après exposition aux liquides biologiques	72,8%	82,9%	+10,1%
5. Après contact avec l'environnement du patient	57,3%	69,3%	+12,0%

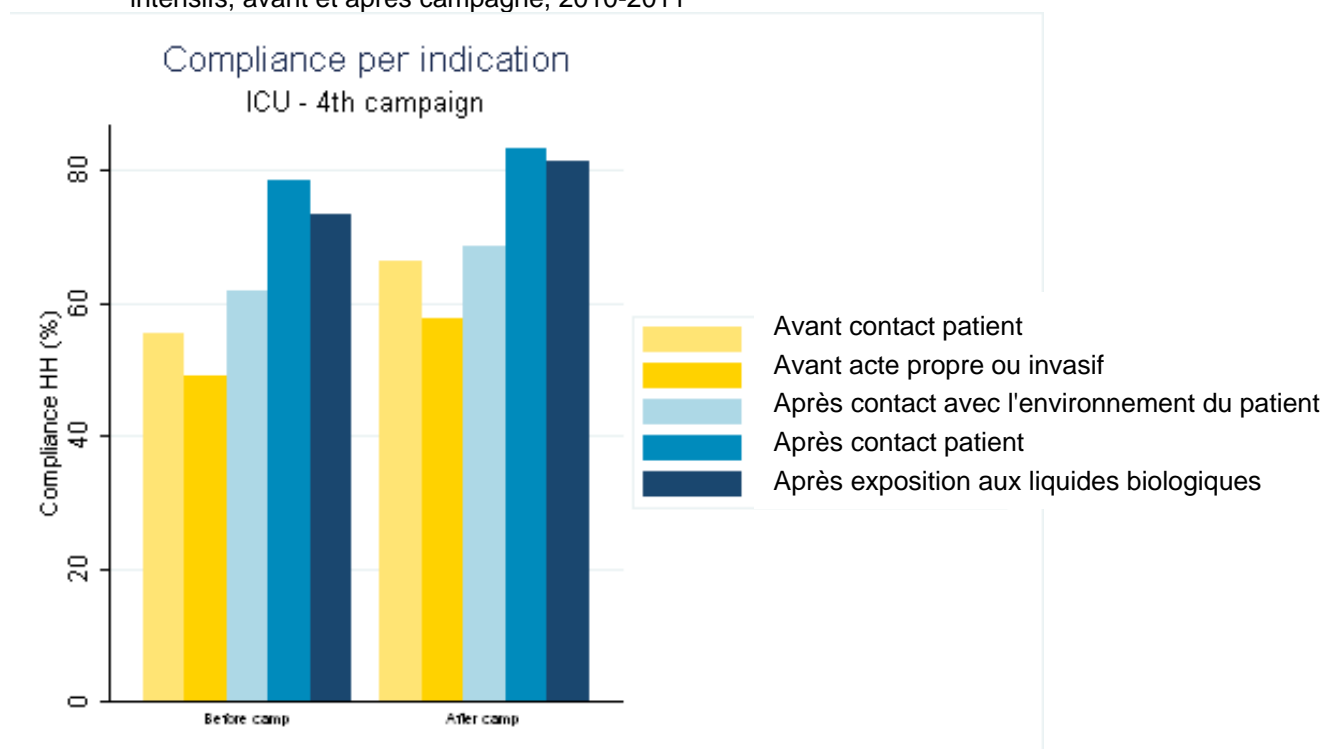
Dans la grille d'observation, l'indication 3 (avant acte propre ou invasif) est scindée en différentes catégories: avant contact veineux/artériel, avant contact site urinaire, avant contact site respiratoire, avant contact peau lésée et muqueuse. Nous avons constaté que l'observance moyenne de l'hygiène des mains la plus faible était avant un contact sur site respiratoire aussi bien avant la campagne (37,4%) qu'après la campagne (51,1%) (Figure 7).

Figure 7: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) à l'intérieur de l'indication 3 (avant acte propre/invasif), avant et après campagne (toutes les institutions n=112), 2010-2011



Si l'on se focalise uniquement sur les services de soins intensifs (Figure 8), nous constatons la même tendance, à savoir une observance plus faible avant contact patient qu'après contact patient. L'indication 3 (avant acte propre ou invasif) passe de 49% avant campagne à 58% après campagne, ce qui représente un taux d'observance légèrement plus faible dans les services de soins intensifs comparé à celui incluant l'ensemble des unités.

Figure 8: L'observance d'hygiène des mains (moyenne) selon l'indication dans les unités de soins intensifs, avant et après campagne, 2010-2011

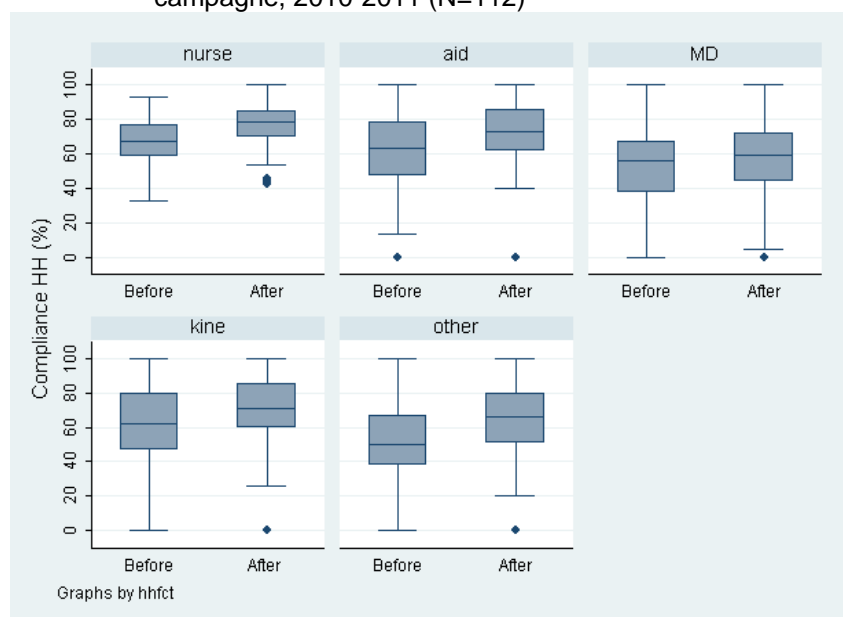


III.2.4 Selon la catégorie professionnelle

L'observance moyenne diffère selon la catégorie professionnelle.

Les infirmières obtiennent les meilleurs résultats tant avant qu'après la campagne (de 66,2% à 76,9%) tandis que les médecins obtiennent les moins bons résultats (de 53,0% à 57,1%) (Figure 9). Une augmentation moyenne de l'observance de 10% a été constatée parmi de tous les groupes professionnels, excepté pour les médecins, où une amélioration de seulement 4% est perçue.

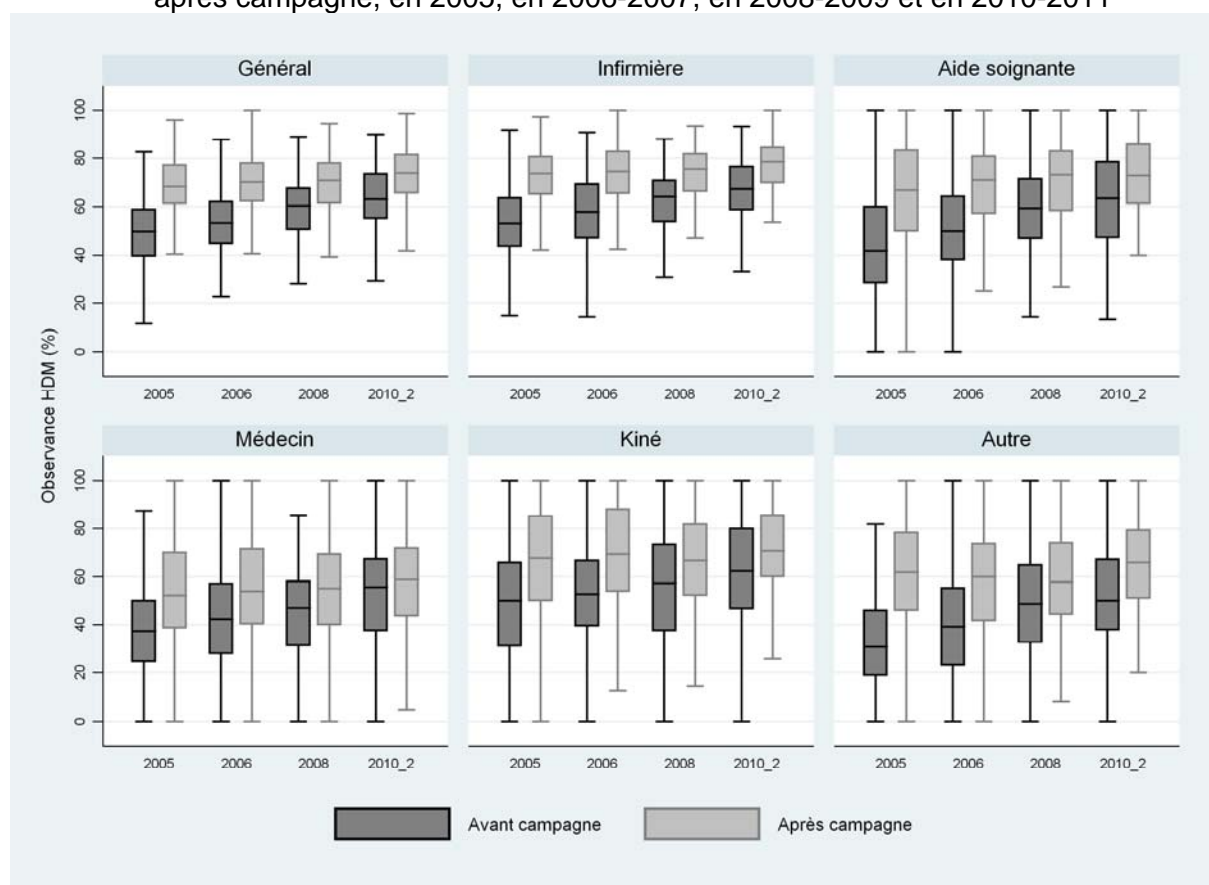
Figure 9: L'observance d'hygiène des mains selon la catégorie professionnelle, avant et après campagne, 2010-2011 (N=112)



Nurse = Infirmière ; aid = Aide soignante ; MD = Médecin ; Kine = Kiné ; Other = Autre

La figure 10 nous montre l'évolution de l'observance de l'hygiène des mains au cours du temps par catégorie professionnelle.

Figure 10: L'observance d'hygiène des mains selon la catégorie professionnelle, avant et après campagne, en 2005, en 2006-2007, en 2008-2009 et en 2010-2011

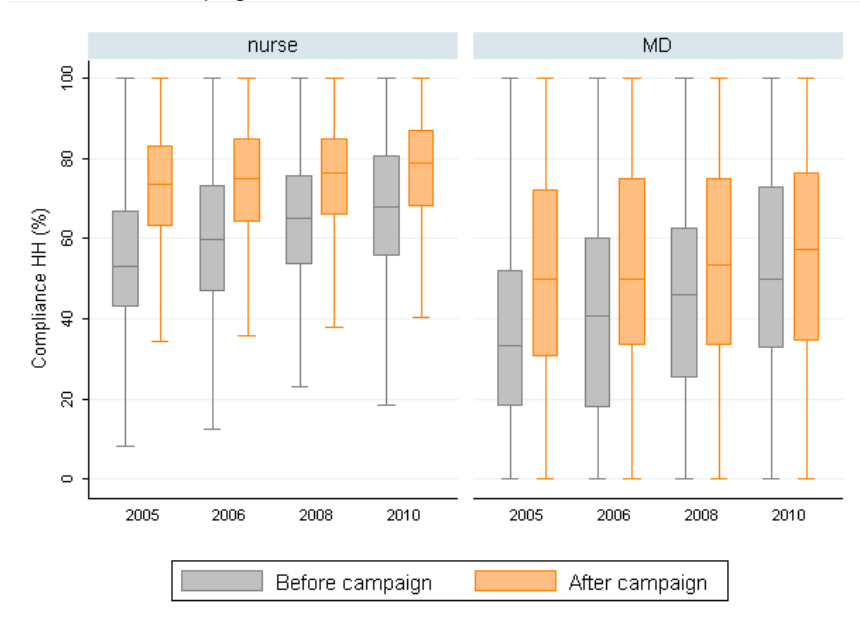


Focus sur la catégorie professionnelle : les médecins

La quatrième campagne a mis l'accent sur les médecins en vue de renforcer leur fonction de modèle vis-à-vis des autres travailleurs et d'augmenter leur observance de l'hygiène des mains.

Bien que le taux d'observance ait augmenté pour toutes les catégories professionnelles, il est à noter que l'observance de l'hygiène des mains parmi les médecins est nettement plus basse que parmi les infirmières (- ~20%), et ce à chaque campagne. De plus, le taux d'observance après la 4^{ème} campagne parmi les médecins n'atteignait pas encore le taux parmi les infirmières après la première campagne (57,1% vs 72,3%, respectivement) (Figure 11)

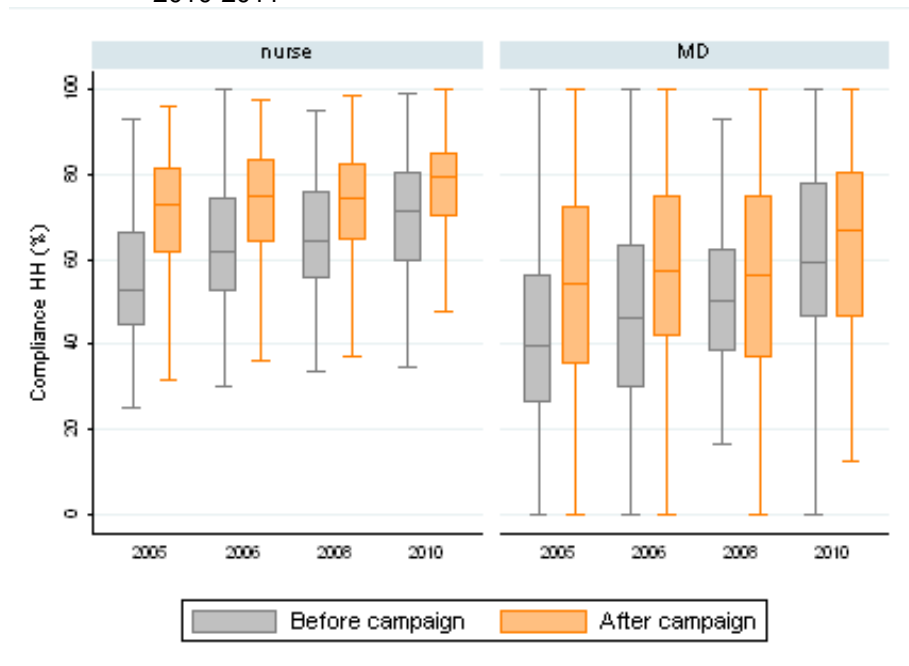
Figure 11: L'observance d'hygiène des mains parmi les médecins et les infirmières, avant et après campagne, en 2005, en 2006-2007, en 2008-2009 et en 2010-2011



Nurse = infirmière ; MD = Médecin

Si l'on regarde l'évolution de l'observance de l'hygiène des mains parmi les infirmières et les médecins dans les unités de soins intensifs, le taux d'observance, aussi bien chez les infirmières que les médecins, est plus élevé d'environ 5% comparé au taux incluant toutes les unités (Figure12).

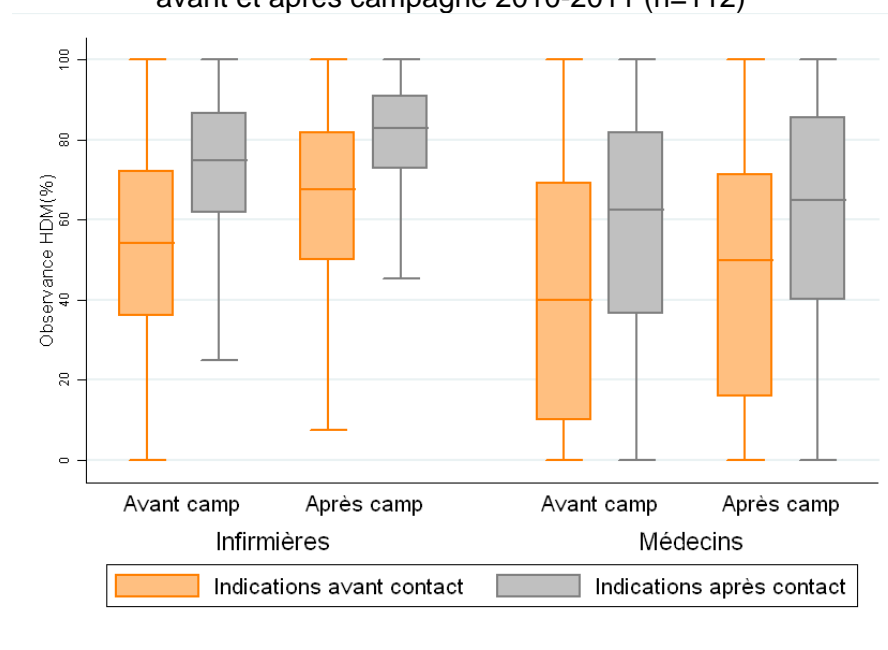
Figure 12: L'observance d'hygiène des mains parmi les médecins et les infirmières dans les unités de soins intensifs, avant et après campagne, en 2005, en 2006-2007, en 2008-2009 et en 2010-2011



Nurse = infirmière ; MD = Médecin

Si l'on regarde l'observance de l'hygiène des mains par indication parmi les infirmières et les médecins, il est à noter que le taux d'observance pour les indications avant contact étaient nettement plus faible parmi les médecins (42,6% et 49,5% avant et après campagne respectivement) que parmi les infirmières (53,5% et 64,6% avant et après campagne respectivement) ; et ce aussi bien avant campagne (différence absolue du taux d'observance, -10,9%) qu'après campagne (différence absolue du taux d'observance, -15,1%) (Figure 13).

Figure 13: L'observance d'hygiène des mains par indication et par catégorie professionnelle, avant et après campagne 2010-2011 (n=112)



- Indications avant contact = avant contact patient + avant acte propre/invasif
- Indications après contact = après contact patient + après exposition aux liquides biologiques + après contact avec environnement du patient

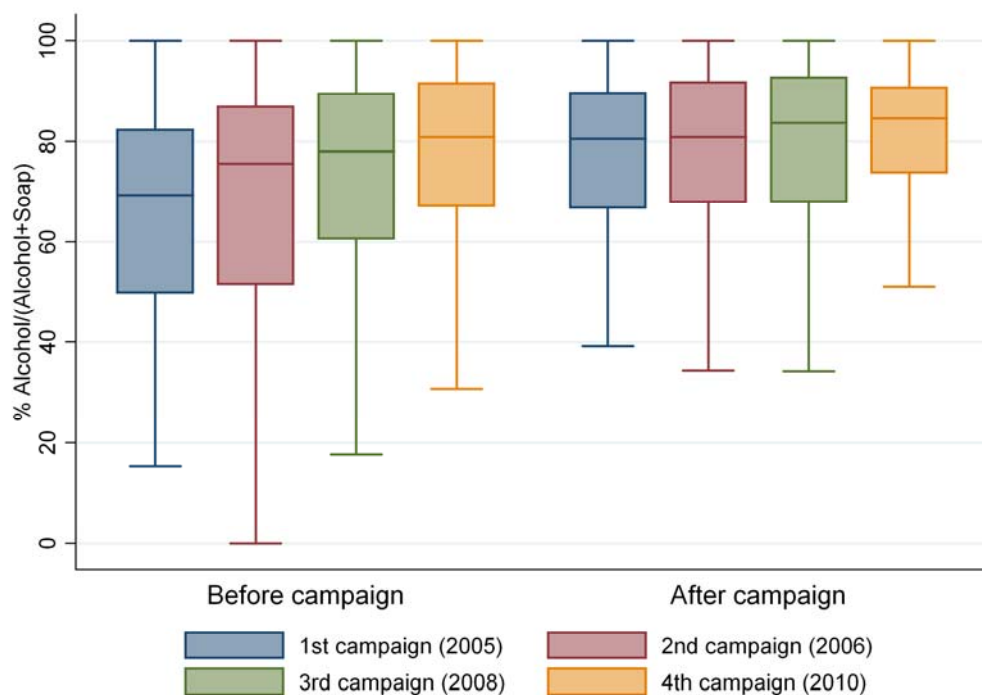
III.3 La consommation de la solution hydro-alcoolique

III.3.1 Le taux d'utilisation de l'alcool

La campagne vise à stimuler l'utilisation de la solution hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains par rapport au lavage des mains à l'eau et savon.

Il ressort de la figure 14 que le taux d'utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains est proportionnellement plus important lors de l'après-campagne et ceci pour les 4 campagnes (de 68,7% à 80,9%, de 75,6% à 80,9%; de 78,0% à 83,7 % et de 80,9% à 84,6%, médianes respectives pour l'avant-après campagne 1, 2, 3 et 4). De plus, le taux d'utilisation de l'alcool était plus important lors de l'avant-quatrième campagne par rapport à l'avant-troisième campagne de sensibilisation. Cela montre que l'effet des campagnes précédentes persiste.

Figure 14: L'évolution du taux d'utilisation de l'alcool (% alcool /alcool+eau+savon), avant et après campagne, campagne 2005, campagne 2006-2007, campagne 2008-2009 et campagne 2010-2011.



III.3.2 La consommation mensuelle de solution hydro-alcoolique

Il a été demandé aux hôpitaux de récolter les données mensuelles de consommation de solution hydro-alcoolique tant au niveau de l'hôpital qu'au niveau des unités dans lesquelles l'observance d'hygiène des mains a été observée (3 mois avant et 3 mois après la campagne de sensibilisation).

Au niveau hospitalier, les données disponibles de la consommation de solution hydro-alcoolique n'étaient complètes que pour 8 hôpitaux avant campagne et pour 7 hôpitaux après campagne. Au vu de ce faible nombre de données, les résultats doivent être interprétés avec prudence au niveau national. Au niveau de l'hôpital, la consommation mensuelle de solution hydro-alcoolique augmente, en moyenne, de 2 litres/1000 patient-jours (Tableau 7). La médiane augmente de 1,9 litres/ 1000 patient-jours.

Tableau 7: La consommation mensuelle de l'alcool (litr/1000 patient-jours) avant et après campagne, hospital-wide

	N hosp	Moy.	P10	P25	P50	P75	P90
Données hospital-wide							
Avant campagne	8	16.2	1.0	14.3	16.9	20.8	24.9
Après campagne	7	18.2	1.1	17.3	18.8	22.2	29.7

Moy.: consommation moyenne de l'alcool en litre/1000 journées d'hospitalisations ;
P10-P90: percentiles ; P50=median

Le tableau 8 indique les données de consommation par type d'unité. La campagne de sensibilisation a eu un effet positif sur la consommation de solution hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains. Dans les services psychiatriques, la consommation d'alcool pour l'hygiène des mains n'est pas encore une pratique intégrée. A nouveau, les données doivent être interprétées avec précaution vu leur nombre faible (21 hôpitaux avant et 16 hôpitaux après campagne).

Tableau 8: La consommation mensuelle de l'alcool (litr/1000 patient-jours) avant et après campagne, par type d'unité

	N hosp	N unités	Moy.	P10	P25	P50	P75	P90
Toutes les unités								
Avant campagne	21	89	21.6	6.2	8.9	13.6	33.3	47.7
Après campagne	16	78	26.5	7.6	11.1	16.6	35.0	62.6
Soins intensifs								
Avant campagne	17	20	44.8	29.7	34.9	43.0	50.1	59.2
Après campagne	13	17	55.2	30.2	40.2	47.4	62.6	68.0
Médecine interne								
Avant campagne	6	11	12.2	8.6	8.9	10.3	11.6	12.7
Après campagne	6	11	14.2	6.0	7.1	12.6	16.7	23.0
Chirurgie								
Avant campagne	9	16	14.4	7.1	8.6	11.6	16.6	23.3
Après campagne	8	15	14.2	7.8	10.2	14.7	17.0	20.6

	N hosp	N unités	Moy.	P10	P25	P50	P75	P90
Pédiatrie								
Avant campagne	5	6	20.1	11.6	12.3	20.1	20.8	35.5
Après campagne	5	6	22.8	13.4	14.1	20.9	23.8	43.6
Gériatrie								
Avant campagne	5	7	12.0	7.2	8.7	10.1	15.0	19.1
Après campagne	5	7	16.2	9.1	10.7	12.5	18.1	33.9
Psychiatrie								
Avant campagne	1	1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Après campagne	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Autres unités								
Avant campagne	11	28	16.9	4.0	6.2	11.4	18.0	45.0
Après campagne	8	21	24.2	7.7	9.7	15.9	22.7	63.1

Moy.: consommation moyenne d'alcool en litre/1000 patient-jours ;
P10-P90: percentiles ; P50=median

III.4 Sessions d'information

Ce questionnaire évalue les efforts réalisés par les hôpitaux dans le cadre de cette campagne afin d'informer et de former les prestataires de soins à l'hygiène des mains. Le nombre de sessions de formation (en hygiène des mains) variait fortement d'un hôpital à l'autre (de 1 à 30 sessions). La durée moyenne des formations différaient également fortement selon l'hôpital (de 15 minutes à 2H par session) (Figure 15 et 16).

Figure 15: Nombre des sessions d'information données

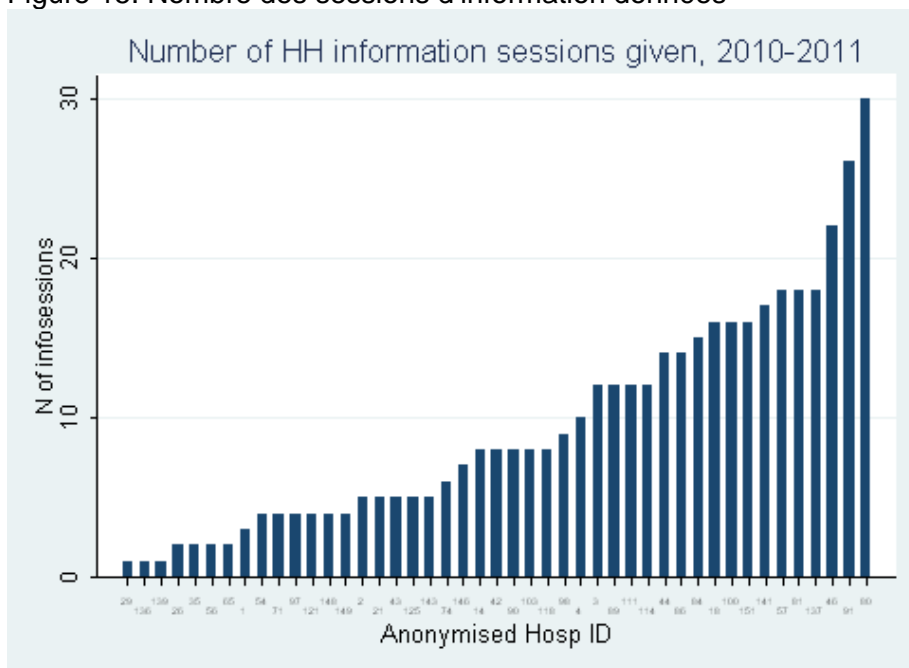
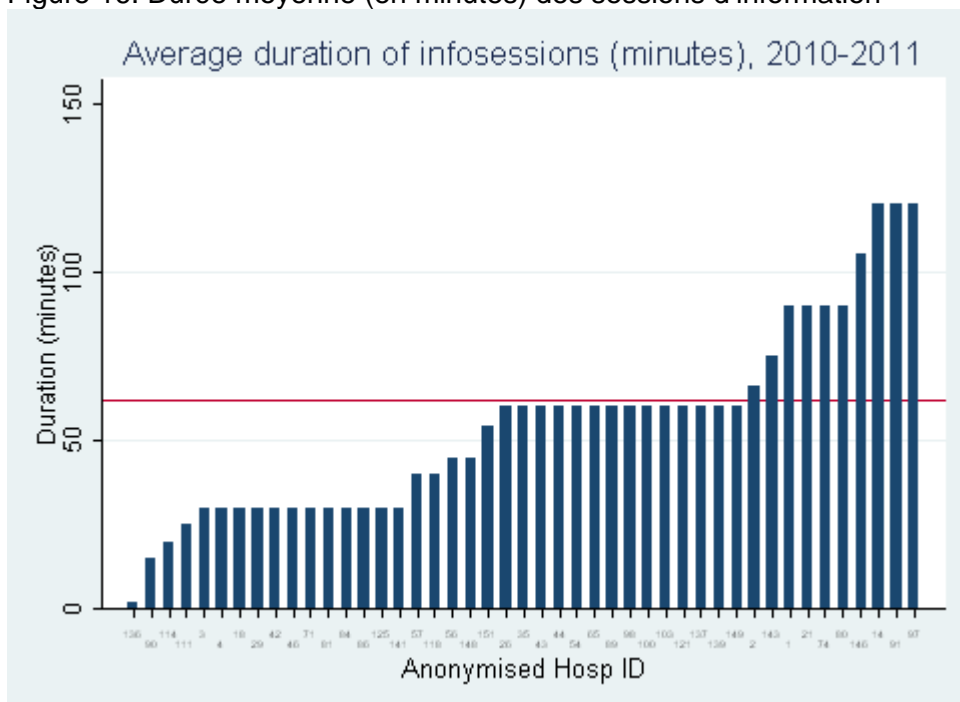
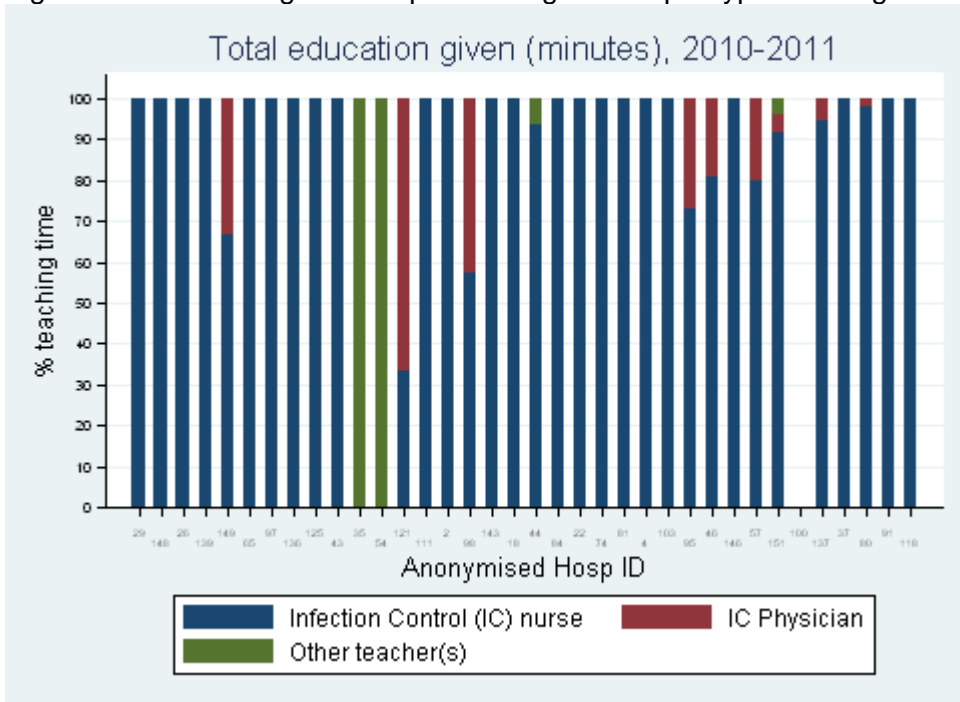


Figure 16: Durée moyenne (en minutes) des sessions d'information



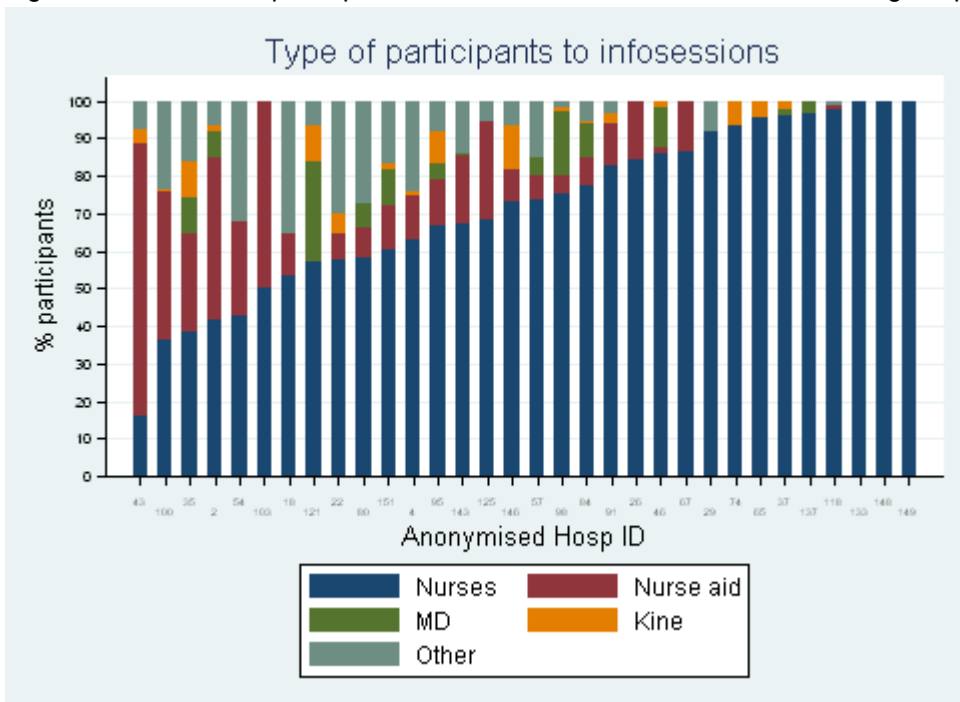
A l'exception de quelques hôpitaux, la formation est principalement donnée par des infirmières-hygiéniste (Figure 17)

Figure 17: Pourcentage de temps d'enseignement par type d'enseignant



Pour l'ensemble des hôpitaux, le public suivant la formation est principalement composé d'infirmières et d'aides soignantes, et dans une plus petite proportion de médecins et de kinésithérapeutes. (Figure 18).

Figure 18: Nombre de participants aux sessions d'information selon la catégorie professionnelle



Nurses = Infirmières ; Nurse aid = Aide soignante ; MD = Médecin ; Kine = Kiné ; Other = Autre

III.5 Les conditions de base

III.5.1 Participation

Un module optionnel destiné à l'évaluation du port des bijoux (bijoux, bagues ou montres) et de l'hygiène des ongles du personnel soignant (ongles naturels coupés courts et soignés sans vernis ou faux ongles), qui est également appelé « exigences de base en matière d'hygiène des mains », constituait la nouveauté à partir de la 3^e campagne nationale.

Au total, durant la 4^{ème} campagne, 44 hôpitaux ont envoyé des données relatives à 5 756 membres du personnel ayant fait l'objet d'observations avant la campagne et à 31 hôpitaux après la campagne (4 736 personnes observées) (Tableau 9). Seuls 25 hôpitaux ont observé les exigences de base tant en précampagne qu'en postcampagne.

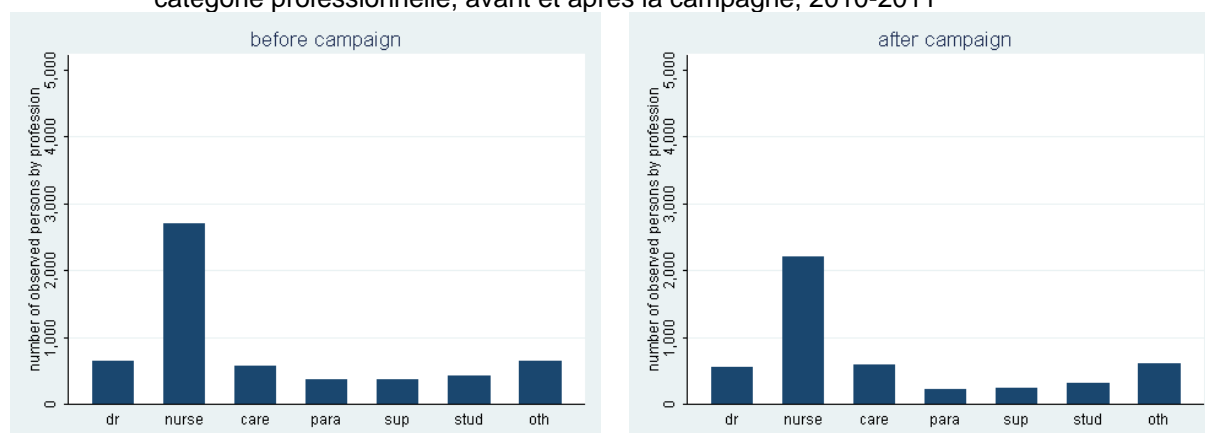
Tableau 9: Nombre d'hôpitaux ayant envoyé des données d'observation relatives aux exigences de base à l'ISP, par type d'institution, avant et après la campagne, 2010-2011

	Nbr de personnes observées	Nombre d'hôpitaux
Avant la campagne		
Aigus	5031	36
Chroniques	725	8
TOT	5756	44
Après la campagne		
Aigus	3976	27
Chroniques	760	4
TOT	4736	31

Au vu du faible nombre d'hôpitaux chroniques disposant de données, je ne présenterai pas les résultats en comparant les hôpitaux aigus vs hôpitaux chroniques.

Au total 10492 membres du personnel issus de toutes les catégories professionnelles ont fait l'objet d'observation. Des infirmiers (4902 soit 46,7%), mais également des médecins (1209 soit 11,5%) représentaient la majorité de ces personnes observées. (Fig 19)

Figure 19: Nombre de personnes observées pour les exigences relatives à l'hygiène des mains par catégorie professionnelle, avant et après la campagne, 2010-2011



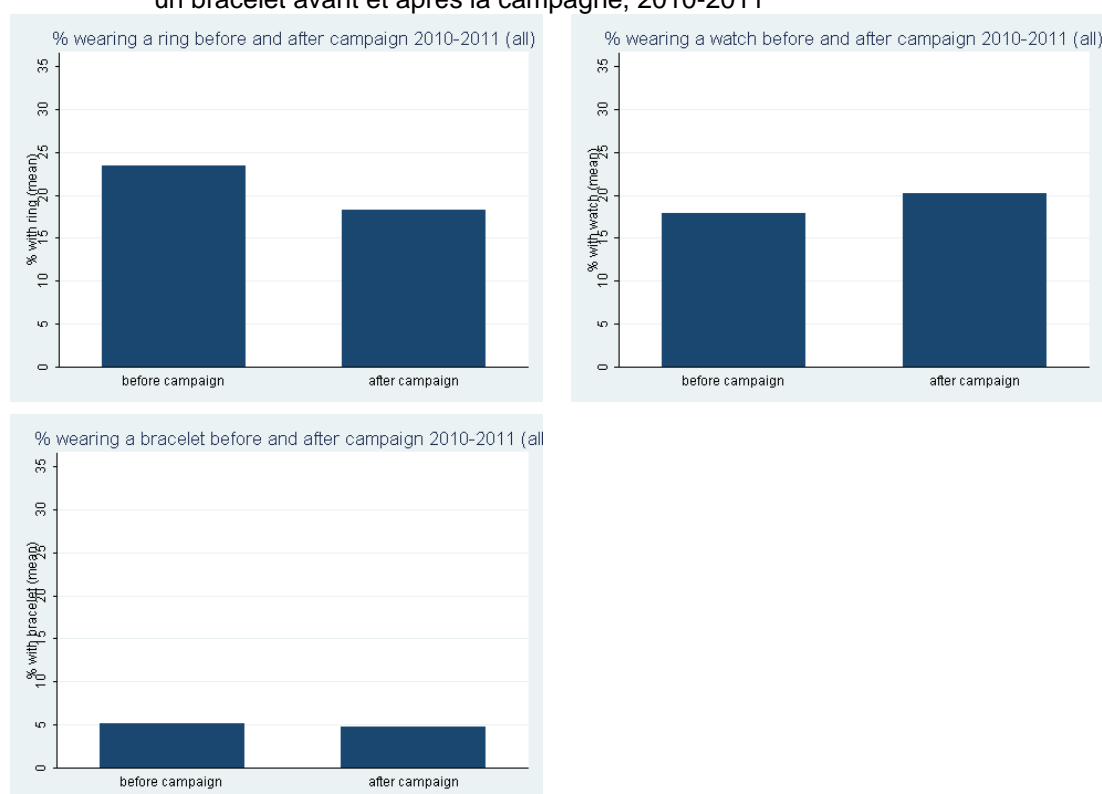
Dr=docteur; nurse=infirmières et sages-femmes; care= aides-infirmiers et assistants logistiques ; para= laborantins, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciens ; sup=transport/déchets, techniciens, brancardiers, personnel d'entretien, blanchisseurs ; stud= étudiants en infirmerie, dentisterie, médecine ; oth= autres

III.5.2 Le port de bijoux

Nous constatons que le port d'une bague (23,4 %) ou de la montre (17,9%) reste un problème majeur. Un cinquième des membres du personnel observés (toutes catégories professionnelles confondues) portaient une bague et/ou une montre. En outre, on a constaté que 5,2 % du personnel portaient un bracelet.

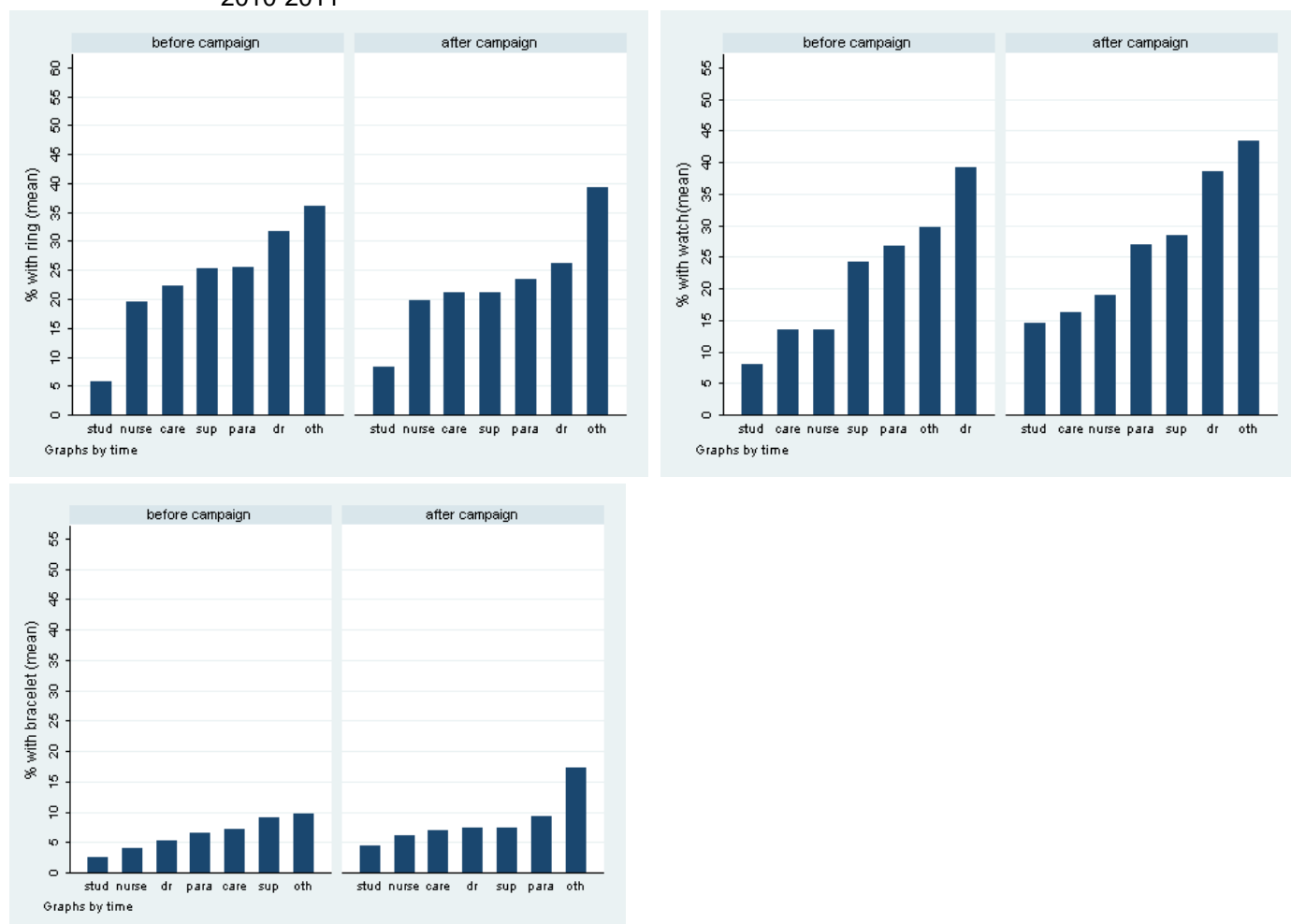
Après la campagne sensibilisation, le pourcentage des membres du personnel portant encore une bague et/ou une montre restait identique (18,3% et 18,2%, respectivement). La 4^{ème} campagne n'a pas eu d'effet positif sur le port des bijoux. (Figure 20), ce qui méritera une attention particulière lors des initiatives ultérieures.

Figure 20: Pourcentage (moyenne) des membres du personnel qui portent une bague, une montre ou un bracelet avant et après la campagne, 2010-2011



La figure 21 représente le pourcentage moyen des membres du personnel qui portaient des bijoux par catégorie professionnelle. Les étudiants sont ceux qui faisaient preuve de la plus grande conformité à l'égard des conditions de base en matière d'hygiène des mains. L'impact de la campagne variait très peu en fonction de la catégorie professionnelle. La sensibilisation n'a eu aucun effet, excepté l'impact positif de la campagne de sensibilisation sur le port de la bague chez les médecins (le port d'une bague passait de 31,7% à 26,2% après la campagne).

Figure 21: Pourcentage (moyenne) des membres du personnel qui portent une bague, une montre ou un bracelet en fonction de la catégorie professionnelle, avant et après la campagne, 2010-2011

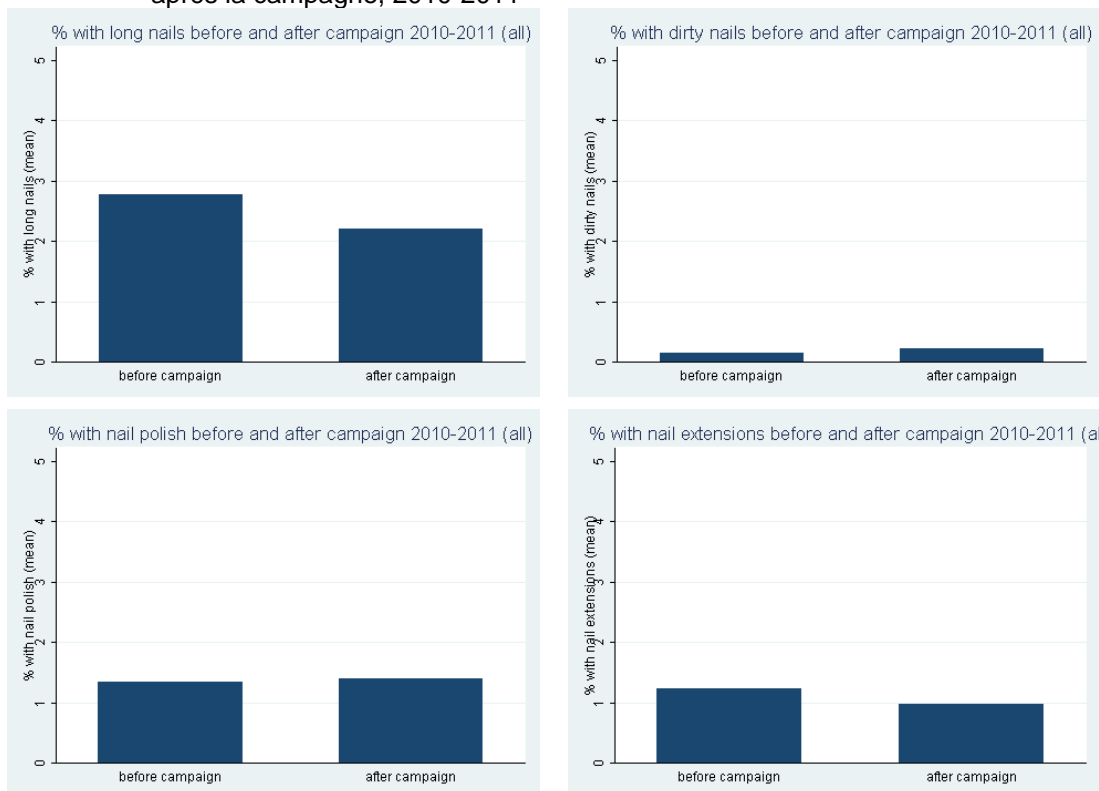


Dr=docteur; nurse=infirmières et sages-femmes; care= aides-infirmiers et assistants logistiques ; para= laborantins, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciens ; sup=transport/déchets, techniciens, brancardiers, personnel d'entretien, blanchisseurs ; stud= étudiants en infirmerie, dentisterie, médecine ; oth= autres

III.5.3 L'hygiène des ongles

Comparé au port des bijoux, le respect de l'hygiène des ongles s'avère nettement meilleur. Les résultats varient très fortement d'un hôpital à l'autre. Dans la moitié des hôpitaux, il a été fait état d'une hygiène des ongles excellente. Dans 25 % des établissements, l'on a observé certaines non-conformités. Les ongles longs constituaient le problème principal (p75: 4,7%). La campagne de sensibilisation a eu pour effet d'améliorer cette non-conformité (ongles longs) dans les hôpitaux (Figure 22).

Figure 22: Pourcentage (moyenne) des membres du personnel présentant des lacunes quant à l'hygiène des ongles (ongles longs, ongles sales, vernis à ongles, faux ongles), avant et après la campagne, 2010-2011



III.5.4 Réflexions autour des conditions de bases

- Le port des bagues et des montres constituaient les problèmes majeurs. La campagne de sensibilisation n'avait pas eu un effet positif sur le port des bijoux.
- Les étudiants obtenaient de très bons résultats quant au port de bijoux. L'impact de la campagne variait très peu en fonction de la catégorie professionnelle, excepté l'impact positif de la campagne de sensibilisation sur le port de la bague chez les médecins.
- Dans 50 % des hôpitaux, l'hygiène des ongles était excellente. La campagne de sensibilisation avait eu un effet positif sur les ongles longs.
- Le fait de rappeler le message continue à revêtir de l'importance.

III.6 Quiz

Aussi bien les prestataires de soins des hôpitaux (institutions qui ont participé à la campagne) que les instituts de formation en soins infirmiers et médecine peuvent utiliser le quiz sur internet (<https://www.wiv-isp.be/handhy/>).

III.6.1 Objectifs

Le quiz interactif a été conçu comme un instrument de formation supplémentaire qui enseigne « l'application correcte de l'hygiène des mains » le largement possible. Grâce au quiz sur Internet, les professionnels de la santé ont pu tester leurs connaissances concernant les indications d'hygiène des mains, améliorer leurs connaissances et évaluer leurs progrès en comparant leurs résultats avant et après les sessions d'information.

De plus, le quiz a été utilisé au niveau national comme moyen de formation pour les observateurs (hygiénistes des hôpitaux et infirmiers de référence / personnes de référence en matière d'hygiène dans les hôpitaux) dans le cadre de la mesure de la compliance. Ainsi, le quiz a permis une meilleure harmonisation des observations des indications pour l'hygiène des mains et de l'interprétation de l'application observée.

III.6.2 Méthodologie

Connexion

Le quiz était accessible dans l'institution par ordinateur via une connexion Internet. Chaque institution participante a reçu de l'Institut Scientifique de la Santé Publique (WIV-ISP) un code unique (composé de 4 chiffres) et un mot de passe afin de recevoir un feed-back concernant les résultats du quiz (de la part du WIV-ISP qui gère la base de données centrale). Le quiz n'était accessible qu'après l'enregistrement préalable de la personne sous un « pseudonyme » unique (nom au choix). Ainsi, chaque fois qu'il faisait le quiz, l'utilisateur pouvait comparer ses résultats à ceux obtenus antérieurement.

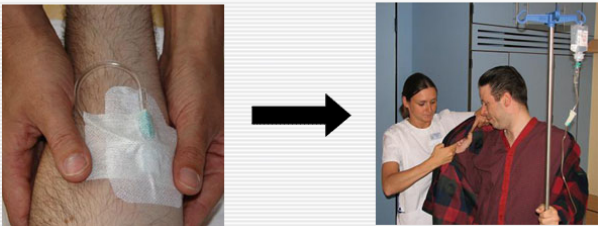
Les questions du quiz

Le personnel soignant se voit offrir le choix entre 6 modules relatifs à l'application des règles en matière d'hygiène des mains dont 3 niveaux sont destinés à toutes les catégories professionnelles, un module spécialement destiné aux médecins, un pour les kinésithérapeutes et un pour les sections psychiatriques. Chaque situation pratique était représentée par une combinaison de deux photos et était expliquée par un texte descriptif. La même question était posée à chaque fois : « L'hygiène des mains est-elle nécessaire entre ces deux actions ? » En d'autres termes : « Existe-t-il une indication d'hygiène des mains entre la première et la deuxième situation décrite ? ». L'utilisateur a la possibilité de choisir l'une des six possibilités de réponse qui correspondent aux indications d'hygiène des mains (conformément aux affiches de la campagne) (Figure 23). Au terme du quiz, le score est calculé pour le participant et s'affichait sous forme de graphique à l'écran. Le module « gants » comprend 20

questions toutes illustrées à l'aide d'une photo (Figure 24). Pour chaque illustration la question suivante est posée: « Le port des gants est-il nécessaire dans la situation suivante ? ». L'utilisateur clique sur l'une des trois possibilités de réponse qui correspondent aux indications relatives à l'utilisation des gants (oui, gants stériles ; oui, gants non stériles ; non)

Figure 23: Présentation d'une question du quiz avec 2 situations pratiques

L'hygiène des mains est-elle nécessaire entre ces deux actions ?




11/20. L'infirmière se désinfecte les mains, contrôle visuellement le pansement de l'endroit de ponction et aide ensuite le patient à enfiler sa robe de chambre

1. Oui, AVANT contact patient
 2. Oui, APRÈS contact patient
 3. Oui, AVANT acte propre / invasif
 4. Oui, APRÈS contact (potentiel) avec des liquides biologiques ou des muqueuses
 5. Oui, APRÈS contact avec l'environnement direct du patient
 6. Non

Valider Question Suivante

Figure 24: Présentation d'une question du quiz avec une situation pratique concernant l'utilisation des gants

Le port des gants est-il nécessaire dans la situation suivante?



20/20. L'infirmière réalise une aspiration bronchique par le tube endotrachéal.

1. Oui, des gants stériles
 2. Oui, des gants non stériles
 3. Non

Valider Question Suivante

III.6.3 Résultats

Participation

4 245 membres du personnel soignant ont consulté le site web afin de tester leurs connaissances, ce qui représente quelque 2000 personnes de moins que lors de la campagne précédente. Outre les hôpitaux aigus (91 sites), des institutions chroniques et psychiatriques (n=25) et des écoles (n=14) ont également pris part à pas moins de 11 800 sessions. La plupart des participants (72,5%) étaient des infirmières (y compris les étudiantes infirmières). Les médecins (y compris médecins spécialistes en formation et les médecins étudiants) représentaient 2,2% des participants (soit 2 % de moins que lors de la campagne précédente). Parmi les personnes qui ont participé aux sessions quiz du module « kiné » (n=122), 34,7% étaient des kinésithérapeutes et parmi les personnes qui ont consulté le module médecin (n=152), 28,8% étaient des médecins, ce qui représente une grande amélioration par rapport à la campagne précédente (n=17, 1,8%).

Scores obtenus (tous modules confondus, excepté les gants)

Le score moyen s'élève à 70,2% (P10: 55,6%; P25: 62,9%; P50: 70%, P75: 78,3%, P90: 86,3%), ce qui correspond au score moyen de la campagne précédente. La formation ne semble pas avoir eu un impact positif sur le score moyen (70,2% avant vs 70,1% après formation).

Les scores obtenus variaient suivant le type d'institution : 71,5% pour les hôpitaux aigus, 65,9% pour les institutions chroniques/psychiatriques et 67,9% pour les écoles.

Les spécialistes en la matière (médecins ou infirmiers hygiénistes et référents en hygiène) ont obtenu les meilleurs scores (74,5%, 79% et 80,6%, respectivement). Les médecins et les étudiants médecins ont réalisés un score moyen assez faible, de 62,8% et de 52,4%, respectivement. Les collaborateurs logistiques, aides-soignants, aides-logistiques, techniciens labo, logopèdes et autres paramédical ont réalisé les scores les plus faibles (tous autour de 62%).

Le score moyen par unité variait de 45% (urologie, n=4) à 78,7% (endocrinologie, n=2). Le score moyen pour la chirurgie (n=54) était de 66,4%, pour les soins intensifs (n=46) de 70,8%, pour la gériatrie (n=38) de 62,9%, pour la revalidation (n=36) de 67,2% et pour la pédiatrie (n=32) de 71,3%.

Gants

949 membres du personnel soignant ont consulté le module du port des gants, ce qui représente 600 personnes de plus que lors de la précédente campagne. Le score moyen s'élève à 85,5% (P10: 75,0%; P25: 82,8%; P50: 87,5%, P75: 91,8%, P90: 95,0%). La formation ne semble pas avoir eu un impact positif sur le score moyen (86,6% avant vs 81,7% après formation).

Les infirmiers hygiénistes et référents en hygiène ont obtenu les meilleurs scores (90,6% et 92,3%, respectivement). Par contre les médecins hygiénistes ont le score le plus faible (51,7%). La majorité des autres professions ont un score assez élevés allant de 75,2% à 87,8%.

Les scores moyens obtenus variaient suivant le type d'unité : 76,9% pour la chirurgie (n=21), 85,5% pour la gériatrie (n=17), 79,8% pour la médecine interne (n=12), 81,8% pour la psychiatrie (n=17), 91,9% pour la pédiatrie (n=14), 81,4% pour la revalidation (n=11), 83,9% pour les soins intensifs (n=17)

III.6.4 Conclusions

Le quiz sur Internet a été consulté par plus de 4.000 spécialistes de la santé. Le quiz s'est révélé être un excellent moyen de diffuser des informations concernant l'hygiène correcte des mains. Le module « gants » a enregistré 3 fois plus de succès – en popularité - que lors de la précédente campagne. Cependant, la formation ne semble pas avoir eu un impact positif sur le score moyen.

IV Conclusions



Quatrième campagne 2010-2011 : Enfin, on crève le plafond des 70% d'observance !

La quatrième campagne nationale, tout comme les campagnes précédentes, a été un succès, non seulement en termes de participation, mais également en termes de résultats. Ce succès s'explique notamment par la méthodologie multimodale de la campagne, la répétition de celles-ci au cours du temps, son caractère national et le support politique et financier du SPF Santé Publique. Aussi, la campagne ne se résume pas seulement à une campagne de sensibilisation. Grâce à la mesure de l'observance antérieure et postérieure à la campagne de sensibilisation, nous avons pu déterminer l'influence de la sensibilisation. Le fait que la campagne ne soit pas uniquement axée sur les professionnels de la santé, mais qu'elle cible également les patients hospitalisés lui confère un caractère unique.

Un total de 141 établissements ont pris part activement à la quatrième campagne (110 hôpitaux aigus, 9 hôpitaux chroniques et 22 hôpitaux psychiatriques).

Nous avons observé une amélioration de l'observance de l'hygiène des mains (moyenne nationale pondérée) de 62,3% à 72,9% après l'intervention (augmentation absolue du taux d'observance, +10,6%). Le taux d'observance après la campagne s'était amélioré pour tous les types d'unités (environ 8 à 10%), pour toutes les catégories professionnelles (environ 7 à 10%) et pour toutes les indications (environ 8 à 12%). Nous avons constaté que l'utilisation de solution hydro-alcoolique était très répandue et que plus de 80% des travailleurs de la santé en moyenne utilisaient la solution hydro-alcoolique pour se désinfecter les mains après la campagne de sensibilisation.

Les résultats de référence dans les hôpitaux psychiatriques qui ont participé à partir de la seconde campagne nationale étaient inférieurs à ceux des autres hôpitaux, mais on a pu observer un effet de rattrapage important lors de la mesure post campagne de la 4ème campagne (72,6% pour les hôpitaux psychiatriques vs 73,1% pour les hôpitaux aigus, après campagne).

Importance de la répétition de la campagne

Le besoin de répéter les campagnes de sensibilisation à l'hygiène des mains afin d'obtenir un effet durable a déjà été documenté précédemment dans la littérature [6-7]. Au cours des 4 campagnes, l'augmentation de l'observance à la fin de chaque campagne semble être partiellement maintenue jusqu'au début de la campagne suivante (augmentation de $\pm 5\%$ d'une campagne à l'autre), ce qui suggère que la répétition des campagnes résultent en une amélioration progressive de l'hygiène des mains. Il est malgré tout remarquable de constater qu'entre le début de la première campagne et le début de la quatrième, il y a une amélioration de l'observance de base de 13%.

Par contre, même si les résultats globaux de l'observance post-campagne semblent très encourageants, l'examen en détails des performances nous donne des pistes de réflexion pour les campagnes futures.

Malgré que la quatrième campagne a mis l'accent sur les médecins en vue de renforcer leur fonction de modèle vis-à-vis des autres travailleurs et d'augmenter leur observance de l'hygiène des mains, leur observance reste très faible (environ -20%

par rapport aux infirmières). De plus, le taux d'observance après la 4^{ème} campagne parmi les médecins n'atteignait pas encore le taux parmi les infirmières après la première campagne (57,1% vs 72,3%, respectivement).

Si on examine l'observance en fonction du type de contact, on se rend compte que l'observance aux moments où l'on protège le mieux les patients restait très faible puisqu'elle n'atteint que 50%. Ce constat était encore plus marqué parmi les médecins (environ -10% par rapport aux infirmières). Le type de contact avec le taux d'observance le plus faible était avant un contact sur site respiratoire.

Il semble que, pour certains actes propres/invasifs où l'utilisation des gants est la procédure standard, l'hygiène des mains avant de mettre les gants n'est pas toujours respectée. Pourtant celle-ci est requise car les gants n'empêchent pas entièrement la contamination.

Le faible taux d'observance avant contact patient a déjà été rapporté par d'autres auteurs [7, 10,13]. Les raisons ont été décrites dans la littérature. Le comportement de l'hygiène des mains chez les travailleurs de la santé semble être motivé par une protection d'eux-mêmes en priorité ou un désir de se désinfecter les mains après une tâche qui est perçue comme étant sale [30-31]. La différence d'observance d'hygiène des mains entre les infirmières et les médecins vient principalement du fait que les infirmières perçoivent l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des infections chez les patients et eux-mêmes, alors que les médecins perçoivent un manque d'évidence dans l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention de la transmission des infections [32].

Le quiz est sous-exploité par le personnel soignant dans les hôpitaux. Pour la prochaine campagne, il serait utile de développer un outil e-learning plus performant.

En conclusion :

L'hygiène des mains aux moments où l'on protège le mieux le patient est appliquée de manière insuffisante. Le focus de la cinquième campagne nationale sera :

« Hygiène des mains : surtout avant, ... dans l'intérêt du patient ».

Aussi les médecins comme rôle de modèle et le respect des conditions de base (e.a. l'absence de bijoux) continueront à être mis en avant lors de la prochaine campagne.

Deux articles reprenant les résultats de la quatrième campagne ont été publiés :

Costers M, Viseur N, Catry B, Simon A. Four multifaceted countrywide campaigns to promote hand hygiene in Belgian hospitals between 2005 and 2011: impact on compliance to hand hygiene. Euro Surveill. 2012;17(18):pii=20161. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20161>

Viseur N, Costers M, Mertens K, Catry B, Simon A. Quatrième campagne nationale « Vous êtes en de bonnes mains » 2010-2011 : zoom sur les indications avant contact patient. NOSO-Info.

V Références



1. Goossens M. Point Prevalence Survey of Healthcare-associated Infections and Antimicrobial use in Belgian acute care hospitals. WIV-ISP PPS report not yet available online.
2. Gordts B, Vrijens F, Hulstaert F, Devriese S, Van De Sande S. The 2007 Belgian national prevalence survey for hospital-acquired infections. *J Hosp Infect.* 2010;75(3):163-7.
3. Vrijens F, Hulstaert F, Gordts B, De Laet C, Devriese S, Van De Sande S, et al. Nosocomial infections in Belgium, part II: impact on mortality and costs. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2008. KCE reports 92C (D/2008/10.273/72).
4. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis.* 2006;6(10):641-52.
5. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. *MMWR Recomm Report.* 2002;51(RR-16):1-45.
6. World Health Organization, Clean Care is Safer Care Team. WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009.
7. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet.* 2000;356(9238):1307-12.
8. Naikoba S, Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers – a systematic review. *J Hosp Infect.* 2001;47(3):173-80.
9. Gould DJ, Chudleigh JH, Moralejo D, Drey N. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007, issue 2. Art. No.: CD005186.
10. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(3):283-94.
11. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Ann Intern Med.* 1999;130(2):126-30.
12. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect.* 2007;67(1):9-21.
13. Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Arch Intern Med.* 2002;162(9):1037-43.
14. Rosenthal VD, McCormick RD, Guzman S, Villamayor C, Orellano PW. Effect of education and performance feedback on handwashing: The benefit of administrative support in Argentinean hospitals. *Am J Infect Control.* 2003;31(2):85-92.
15. Salemi C, Canola MT, Eck EK. Hand washing and physicians: how to get them together. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002;23(1):32-5.
16. Earl ML, Jackson MM, Rickman LS. Improved rates of compliance with hand antisepsis guidelines: A three-phase observational study. *Am J Nurs.* 2001;101(3):26-33.
17. Panhotra BR, Saxena AK, Al-Arabi Al-Ghamdi AM. The effect of a continuous educational program on handwashing compliance among healthcare workers in an intensive care unit. *Br J Infect Control.* 2004;5(3):15-8.
18. Magiorakos AP, Suetens C, Boyd L, Costa C, Cunney R, Drouvot V, et al. National hand hygiene campaigns in Europe, 2000-2009. *Euro Surveill.* 2009;14(17):1-7.
19. Stone S, Slade R, Fuller C, Charlett A, Cookson B, Teare L, et al. Early communication: Does a national campaign to improve hand hygiene in the NHS work? Initial English and Welsh experience from the NOSEC study (National

- Observational Study to Evaluate the CleanYourHandsCampaign). Letter to the editor. *J Hosp Infect.* 2007;66(3):293-6.
20. Haas JP, Larson EL. Measurement of compliance with hand hygiene. *J Hosp Infect.* 2007;66(1):6-14.
 21. Gould DJ, Chudleigh J, Drey NS, Moralejo D. Measuring handwashing performance in health service audits and research studies. *J Hosp Infect.* 2007;66(2):109-15.
 22. Swoboda SM, Earsing K, Strauss K, Lane S, Lipsett PA. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Crit Care Med.* 2004;32(2):358-63.
 23. Lam BCC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: A multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics.* 2004;114(5):e565-71.
 24. Won SP, Chou HC, Hsieh WS, Chen CY, Huang SM, Tsou KI, et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004;25(9):742-6.
 25. Johnson PDR, Martin R, Burrell LJ, Grabsch EA, Kirsa SW, O'Keeffe J, et al. Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection. *Med J Aust.* 2005;183(10):509-14.
 26. Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. *Am J Infect Control.* 2005;33(7):392-7.
 27. Pessoa-Silva CL, Hugonnet S, Pfister R, Touveneau S, Dharan S, Posfay-Barbe K, et al. Reduction of health care-associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. *Pediatrics.* 2007;120(2):382-90.
 28. Grayson ML, Jarvie LJ, Martin R, Johnson PD, Jodoin ME, McMullan C, et al. Significant reductions in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia and clinical isolates associated with a multisite, hand hygiene culture-change program and subsequent successful statewide roll-out. *Med J Aust.* 2008;188(11):633-40.
 29. Larson E.L., Early E., Cloonan P., Sugrue S., and Parides M. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behavioral Medicine* 2000;26:14-22.
 30. Erasmus V, Brouwer W, van Beeck EF, Oenema A, Daha TJ, Richardus JH, Vos MC, Brug J. A Qualitative Exploration of Reasons for Poor Hand Hygiene Among Hospital Workers: Lack of Positive Role Models and of Convincing Evidence That Hand Hygiene Prevents Cross-Infection. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009 May;30(5):415-9.
 31. Whitby M, McLaws M-L, Ross RW. Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006;27:484e492.
 32. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med* 2004;141:1-8.
 33. Behnke M, Gastmeier P, Geffers C, Mönch N and Reichardt C. Establishment of a National Surveillance System for Alcohol-Based Hand Rub Consumption and Change in Consumption over 4 Years. *Infection Control and Hospital Epidemiol* 2012; 33 (6).
 34. Stone SP, Fuller C, Cookson B, Duckworth G et al. Evaluation of the national Cleanyourhands campaign to reduce *Staphylococcus aureus* bacteraemia and *Clostridium difficile* infection in hospitals in England and Wales by improved hand hygiene: four year, prospective, ecological, interrupted time series study. *BMJ* 2012;344 : 2-11.
 35. Simon A., Suetens C., De Laet C., Costers M., Gordts B. Eerste nationale campagne ter bevordering van de handhygiëne: resultaten. *Noso-info* 2005;4:14-16.
 36. Website swiss**hand**hygiene.campaign: <http://www.swisshandhygiene.ch>
 37. Simon A. Samen zullen we NOSOR overwinnen ! *Noso-info* 2006;2:3
 38. Website FOD Volksgezondheid: <http://www.health.fgov.be>

39. Website WIV-ISP –: <http://www.wiv-isp.be/nsih>
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2005. Résultats.
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2006-2007. Résultats.
ISP D/2009/2505/52
Campagne nationale de la promotion de l'hygiène des mains, 2008-2009. Résultats.
ISP D/2009/2505/62
40. E. Leens, J. Antoine, C. Barbier, M. Costers, F. De Meerleer, S. De Corte, R. Haenen, A. Spettante, P. Taminiau, S. Vaerenberg, A. Willemse, A. Simon (membres du groupe de travail "Hygiène des mains"). Trois campagnes nationales pour la promotion de l'hygiène des mains : un succès ? *Noso-info* 2010; numéro spécial, 4-8

Vous pouvez télécharger tous les documents de la campagne sur www.hicplatform.be

VI Annexes



VI.1 Résultats nationaux des observations avant campagne, 15/11/2010 – 15/12/2010

Totaux, durée d'observation et consommation d'alcool

	Belgique (1)	BE, Moy. (2)	P10 (3)	P25	P50	P75	P90
Nombre d'unités observées (n)	730	5,3	1	2	3	6	13
Nombre d'opportunités observées (n)	105573	771	151	204	451	984	1903
Durée d'observation totale (en h.)	3854	28,1	3,0	6	13,1	33,6	79
Durée d'observation/10 opp. (en min.)	3492	25,5	8,5	13	17,5	25,9	46,0
Alcool/alcool+savon (%)	79	76,6	48,6	66	80,9	90,3	96,3

(1) Toutes les institutions, nombre=141, (2) Moyenne par institution, (3) percentiles

Résultats par groupe professionnel et par type de contact

Résultats observance (alcool+savon/total):	BE, N (1)	BE, moy. (2)	BE, moy.(3)	P10	P25	P50	P75	P90
Toutes les professions, toutes les opp.	105573	62,6	62,6	44,4	56,1	63,2	73,5	76,9
Par groupe professionnel, toutes les opp.								
Infirmie(è)r(e)	66388	67,2	66,6	47,1	58,9	67,2	76,8	81,7
Aide-soignant(e)	11362	60,2	62,1	37,5	46,7	62,4	78,2	91,3
Médecin	12786	51,3	52,7	23,1	37,6	54,6	67,3	79,2
Kiné	5114	58,6	63,1	33,3	50,0	64,7	80,2	100,0
Autres	9923	51,7	52,6	27,3	40,0	50,0	66,7	83,3
Par type de contact								
Contact direct avec le patient	47700	61,4	62,2	39,8	54,1	63,5	73,1	78,6
Avant contact	21414	49,9	50,4	25,0	38,7	51,9	64,8	72,7
Après contact	26286	70,7	71,8	53,8	64,0	72,9	81,8	88,0
Contact veineux/artériel	10767	66,6	66,5	38,5	51,9	66,7	83,3	94,1
Avant contact	5797	59,9	58,3	24,5	38,5	60,7	77,8	100,0
Après contact	4970	74,4	76,4	46,2	63,6	81,8	92,9	100,0
Contact site urinaire	4712	68,5	66,6	33,3	54,5	69,5	81,8	100,0
Avant contact	1977	49,0	45,0	0,0	22,2	46,4	66,7	95,5
Après contact	2735	82,6	78,2	43,8	66,7	85,7	100,0	100,0
Contact site respiratoire	4957	55,7	54,7	20,0	37,6	56,4	73,6	84,0
Avant contact	2366	37,6	37,4	0,0	11,7	38,0	57,7	80,0
Après contact	2591	72,2	70,1	33,3	50,0	75,0	91,7	100,0
Contact muqueuse et peau lésée	7342	66,2	65,8	33,3	53,7	69,4	81,4	100,0
Avant contact	3485	55,0	54,5	0,0	36,7	58,4	79,1	100,0
Après contact	3857	76,4	76,4	50,0	66,7	77,8	93,8	100,0
Contact liquide biologique	3775	77,3	74,5	42,8	59,6	81,3	92,5	100,0
Contact matériel/environnement pt.	16603	56,8	57,4	33,3	46,7	56,7	70,2	83,3
Hors soins	9717	66,6	64,1	38,1	50,0	66,7	78,4	92,3
Selon les 5 indications								
1.Avant contact patient	21414	49,9	50,4	25,0	38,7	51,9	64,8	72,7
2.Après contact patient	26286	70,7	71,8	53,8	64,0	72,9	81,8	88,0
3.Avant acte propre/invasif	13625	53,2	51,6	21,4	37,5	51,6	67,4	81,5
4.Après exposition aux liquides biologiques	17928	76,4	73,7	50,0	64,7	75,7	86,1	91,7
5.Après contact avec l'environnement du patient	16603	56,8	57,4	33,3	46,7	56,7	70,2	83,3

(1)N d'opp. (2)% base de données, poids plus important pour les inst. avec un nombre d'observations élevé (3) Moyenne des %, chaque institution a le même poids

Résultats par service

Type de service	BE, N (1)	N (2)	BE, moy.(3)	P10	P25	P50	P75	P90
Soins intensifs	19841	118	67,2	48,1	58,8	67,7	76,4	86,7
Chirurgie	22952	155	61,5	44,4	52,3	62,6	71,5	76,0
Médecine Interne	16404	116	61,6	43,2	49,5	60,5	72,6	78,7
Pédiatrie/Néonat.	5470	43	71,3	56,7	64,1	71,5	80,8	89,7
Maternité	3009	19	68,6	43,5	64,0	75,4	79,6	83,9
Gériatrie	9941	65	61,1	43,8	53,0	61,2	68,0	79,2
Revalidation	8741	58	59,3	39,5	46,6	61,0	71,7	76,5
Psychiatrie	9114	90	59,2	29,5	41,3	63,0	74,4	81,5
Médico-technique	1321	9	67,7	9,4	62,1	76,6	84,4	90,7
Autres	8780	57	58,2	38,9	48,2	57,3	73,4	77,0

(1) N d'opp. (2) Nombre d'unités de soins (3) Moyenne des %

VI.2 Résultats nationaux des observations après campagne, 18/04/2011 – 30/05/2011

Totaux, durée d'observation et consommation d'alcool

	Belgique (1)	BE, moy. (2)	P10 (3)	P25	P50	P75	P90
Nombre d'unités observées (n)	626	5,6	1	2	4	6	13
Nombre d'opportunités observées (n)	96370	860	161	278	458	1075	1814
Durée d'observation total (en h.)	3561	31,8	3,0	6	14,7	32,7	68
Durée d'observation/10 opp. (en min.)	2650	23,7	7,8	12	17,8	23,6	37,9
Alcool/alcool+savon (%)	82	80,4	55,5	74	84,6	91,3	96,2

(1) Toutes les institutions, nombre=112, (2) Moyenne par institution, (3) percentiles

Résultats par groupe professionnel en par type de contact

Résultats observance (alcool+savon/total):	BE, N (1)	BE, moy. (2)	BE, moy.(3)	P10	P25	P50	P75	P90
Toutes les professions, toutes les opp.	96370	72,6	73,0	58,3	65,5	73,8	81,8	86,3
Par groupe professionnel, toutes les opp.								
Infirmie(è)r(e)	60085	76,8	77,0	61,7	69,8	78,6	84,5	91,3
Aide-soignant(e)	11476	71,9	72,0	47,6	61,2	73,4	85,7	96,3
Médecin	10980	58,2	57,3	30,2	43,8	58,8	72,2	81,9
Kiné	4338	67,8	69,1	39,1	60,0	70,7	85,7	100,0
Autres	9491	65,7	63,8	38,6	52,2	65,6	79,1	90,0
Par type de contact								
Contact direct avec le patient	44036	70,8	72,3	55,4	64,8	73,3	80,9	87,9
Avant contact	19768	61,3	62,9	37,5	53,3	64,3	75,0	84,7
Après contact	24268	78,6	79,6	64,7	72,6	80,9	87,4	93,5
Contact veineux/artériel	9656	75,1	73,9	50,0	62,1	76,5	86,2	100,0
Avant contact	5123	69,6	67,3	35,7	53,3	69,1	85,3	100,0
Après contact	4533	81,4	81,9	58,3	71,4	85,7	97,0	100,0
Contact site urinaire	4457	78,4	75,6	48,5	66,7	77,9	90,5	100,0
Avant contact	1840	61,6	55,9	0,0	33,3	62,7	80,7	89,2
Après contact	2617	90,2	87,6	60,7	80,0	94,3	100,0	100,0
Contact site respiratoire	4208	66,7	65,0	34,6	50,0	66,2	81,8	94,1
Avant contact	1979	51,1	49,4	0,0	29,4	50,0	72,7	100,0
Après contact	2229	80,4	78,5	51,7	66,7	84,0	100,0	100,0
Contact muqueuse et peau lésée	6455	76,8	76,2	50,0	67,4	77,8	90,9	96,8
Avant contact	3012	66,7	67,2	33,3	53,6	70,0	85,7	100,0
Après contact	3443	85,6	83,5	60,0	79,7	86,2	95,7	100,0
Contact liquide biologique	3832	85,2	85,4	57,4	77,3	91,2	100,0	100,0
Contact matériel/environnement pt.	14727	67,9	69,5	48,1	58,4	72,0	80,7	87,6
Hors soins	8999	78,0	77,1	50,0	68,8	80,2	90,2	100,0
Selon les 5 indications								
1.Avant contact patient	19768	61,3	62,9	37,5	53,3	64,3	75,0	84,7
2.Après contact patient	24268	78,6	79,6	64,7	72,6	80,9	87,4	93,5
3.Avant acte propre/invasif	11954	64,6	62,9	35,6	50,0	64,5	79,3	88,9
4.Après exposition aux liquides biologiques	16654	84,4	83,1	65,4	75,4	86,5	92,0	97,1
5.Après contact avec l'environnement du patient	14727	67,9	69,5	48,1	58,4	72,0	80,7	87,6

(1)N d'opp. (2)% base de données, poids plus important pour les inst. avec un nombre d'observations élevé (3) Moyenne des %, chaque institution a le même poids

Résultats par service

Type de service	BE, N (1)	N (2)	BE, moy.(3)	P10	P25	P50	P75	P90
Soins intensifs	17678	104	74,7	60,4	68,4	75,0	83,3	86,9
Chirurgie	21394	134	71,0	55,0	64,5	73,0	81,2	86,5
Médecine Interne	14328	90	70,4	50,4	61,1	69,6	81,5	87,9
Pédiatrie/Néonat.	5200	37	80,4	68,1	76,2	81,4	87,9	89,0
Maternité	2643	14	78,2	52,3	72,7	81,0	89,8	96,9
Gériatrie	9289	57	71,0	45,1	61,6	74,5	83,2	90,4
Revalidation	6889	44	67,1	45,7	55,5	68,9	79,1	85,1
Psychiatrie	10728	92	68,6	47,6	58,8	71,3	77,8	89,3
Médico-technique	1141	9	70,8	32,7	66,7	74,3	85,0	91,7
Autres	7080	45	66,8	46,1	50,8	67,8	81,5	87,3

(1) N d'opp. (2) Nombre d'unités de soins (3) Moyenne des %

VI.3 Clip Vidéo

A télécharger sur www.handhygienedesmains.be

- Clip vidéo personnel
- Clip vidéo patients

VI.4 Powerpoint

A télécharger sur www.handhygienedesmains.be

- PowerPoint formation médecin
- PowerPoint formation personnel soignant
- PowerPoint données spécifiques pour la psychiatrie (en anglais)

A télécharger sur www.handhygienedesmains.be

VI.5 Affiches : *Notre hôpital participe*, (accent mis sur le médecin dans sa fonction de modèle)

... moi aussi (photo, nom et signature du médecin)



...moi aussi Et vous... (photo, nom du médecin, signature du personnel)



VI.6 Dépliant pour le patient

A télécharger sur www.handhygienedesmains.be

Un partenaire dans les soins propres

Vous pouvez également jouer un rôle important dans le succès de cette campagne en devenant un partenaire des médecins, du personnel infirmier et paramédical dans vos propres soins. Parlez aux médecins, aux infirmier(ère)s et au personnel paramédical de l'importance de l'hygiène des mains. Osez leur demander s'ils se sont désinfectés les mains avant de vous traiter ou de vous soigner. Montrez-leur également combien vous appréciez qu'ils se désinfectent les mains.

Enfin, vous pouvez également prévenir vous-même la transmission de ces microbes en vous lavant régulièrement les mains avec du savon et de l'eau ou en les frictionnant avec la solution hydro-alcoolique après chaque visite à la toilette, avant chaque repas et avant de quitter votre chambre. Couvrez-vous la bouche avec un mouchoir en papier quand vous toussiez, éternuez ou quand vous vous mouchez, lavez le mouchoir immédiatement après usage et lavez-vous les mains.

PROMOUVOIR L'HYGIÈNE DES MAINS AFIN D'ÉVITER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (infections acquises en milieu de soins)

Campagne nationale 2010-2011

Vous êtes en de bonnes mains

"Vous êtes en de bonnes mains"

Demandez aux médecins, aux infirmier(ère)s et au personnel paramédical s'ils se sont bien désinfectés les mains avant de vous traiter ou de vous soigner

Ministère fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnementale

parisoul-sahy.be

.be

Hygiène des mains

Ici, vous êtes en de bonnes mains !

Les souches qui causent les infections nosocomiales se transmettent en particulier via les mains. L'hygiène des mains, c'est-à-dire la désinfection ou le lavage des mains, est dès lors la manière la plus efficace de prévenir ces infections.

Durant les soins, il est recommandé d'utiliser les solutions hydro-alcooliques pour les mains plutôt qu'un savon et de l'eau.

De nombreuses enquêtes internationales indiquent cependant que l'observation des consignes d'hygiène des mains par les médecins, les infirmier(ère)s et le personnel paramédical est moindre que ce que l'on espère (à cause de diverses barrières), et qu'elle peut donc être améliorée.

Grâce aux trois précédentes campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains, cette situation dans les hôpitaux belges s'est certainement améliorée, mais le message doit cependant être répété.

L'hôpital dans lequel vous séjournez actuellement participe à la quatrième édition de la campagne et s'engage donc à vous fournir les soins les meilleurs et les plus sûrs possibles.

Ici, vous êtes en de bonnes mains !

Infections hospitalières

Une étude belge récente montre que 6% des patients contractent une infection nosocomiale durant leur séjour à l'hôpital. La situation en Belgique est tout à fait comparable à celle des autres pays européens.

Une infection nosocomiale se manifeste de diverses façons pour le patient, allant d'infections plutôt bénignes des voies urinaires jusqu'à des infections graves du système sanguin et des voies respiratoires inférieures. Ces infections entraînent en plus des coûts supplémentaires pour nos soins de santé.

Malheureusement, seul un tiers des infections hospitalières peuvent être évitées. Des patients très fragiles et sensibles à ces infections séjournent à l'hôpital. Il suffit de penser aux personnes âgées affaiblies, aux patients dont le système immunitaire est diminué (en cas de SIDA, par exemple) et aux patients en traitement intensif pour des maladies mettant la vie en danger (par exemple, les patients hospitalisés pour transplantation ou en soins intensifs).

Durant la dernière décennie, les hôpitaux belges ont fourni un gros effort en matière de combat contre les infections hospitalières, et ce avec succès. Ces dernières années, nous observons par exemple une diminution constante du nombre d'infections par Staphylocoque doré résistant à la méthicilline (MRSA).

L'autorité fédérale soutient les hôpitaux dans ce combat. Ces cinq dernières années, trois campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains ont été organisées.

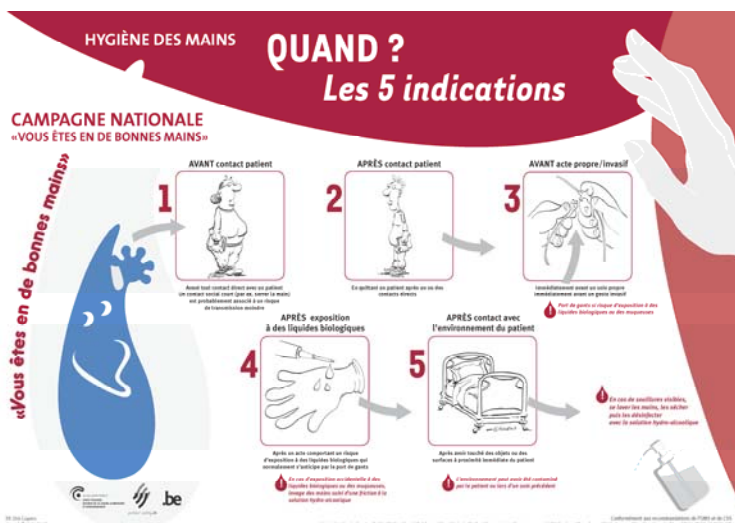
«6% des patients contractent une infection nosocomiale durant leur séjour à l'hôpital»

VI.7 Affiches

A télécharger sur www.handhygienedesmains.be



Pour les hôpitaux aigus et chroniques



Pour les hôpitaux psychiatriques

HYGIÈNE DES MAINS

POURQUOI ?

Les 5 arguments

CAMPAGNE NATIONALE «VOUS ÊTES EN DE BONNES MAINS»

«Vous êtes en de bonnes mains»

AVANT contact patient
Pour protéger le patient vis-à-vis des germes que ses mains transportent

AVANT acte propre/ invasif
Pour protéger le patient vis-à-vis des germes (y compris les siens) lors d'un acte propre/invasif

APRES contact patient
Pour vous protéger et prévenir la contamination de l'espace de soins avec les germes du patient

APRES exposition à des liquides biologiques ou des muqueuses
Pour protéger le patient et vous-même et prévenir la contamination de l'espace patient et l'espace de soins avec les germes du patient

APRES contact avec l'environnement du patient
Pour vous protéger et prévenir la contamination de l'espace de soins avec les germes du patient

© 2010 Capes
Illustration:

Une initiative de l'Agence Fédérale Santé Publique, l'Institut de la Qualité Médicale et l'Environnement / Mediatheque - Plan de Soins Fédéral pour l'Hygiène Hospitalière, APRN, BCL, NIVEL, SP
Avec le soutien de SAPHO, et de la Direction générale d'Organisation des Établissements de Soins

HYGIÈNE DES MAINS

ONGLES ET BIJOUX

Les mains en or n'en portent pas

CAMPAGNE NATIONALE «VOUS ÊTES EN DE BONNES MAINS»

«Vous êtes en de bonnes mains»

- ➔ Pas de bijoux aux mains ni aux poignets
- ➔ Ongles courts et propres (pas de vernis, pas de faux ongles)

© 2010 Capes
Illustration:

Une initiative de l'Agence Fédérale Santé Publique, l'Institut de la Qualité Médicale et l'Environnement / Mediatheque - Plan de Soins Fédéral pour l'Hygiène Hospitalière, APRN, BCL, NIVEL, SP
Avec le soutien de SAPHO, et de la Direction générale d'Organisation des Établissements de Soins

HYGIÈNE DES MAINS

LES GANTS

Utilisation correcte

CAMPAGNE NATIONALE «VOUS ÊTES EN DE BONNES MAINS»

«Vous êtes en de bonnes mains»

Cette pyramide reprend quelques exemples d'utilisation appropriée des gants

- ➔ Ôter les gants immédiatement après le soin et appliquer l'hygiène des mains
- ➔ Le port de gants n'est pas une alternative à l'hygiène des mains

POUR LE PROTECTEUR DU PATIENT LORS D'UN ACTE INVASIF

Toutes procédures chirurgicales - Accouchements - Procédures médicales et radiologiques invasives (placement d'IVC, placement d'une sonde urinaire, artériographie, cathétérisme...), Préparations stériles (administration parentérale, chimiothérapie...)

POUR LA PROTECTION DU SOIGNANT SI RISQUE D'EXPOSITION À DES LIQUIDES BIologiques, DES MUCQUES OU DE MATÉRIEL CONTAMINÉ

POUR LA PROTECTION DU SOIGNANT SI RISQUE D'EXPOSITION À DES LIQUIDES BIologiques, DES MUCQUES OU DE MATÉRIEL CONTAMINÉ

POUR LE PROTECTEUR DU PATIENT LORS D'UN ACTE INVASIF

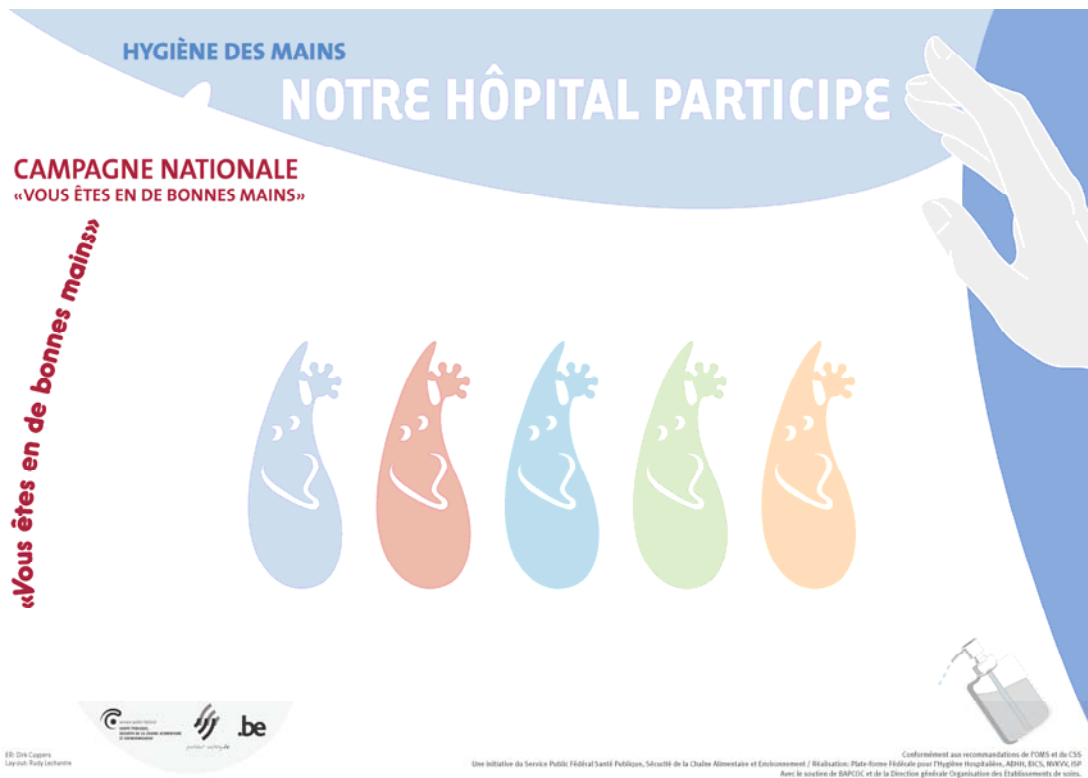
POUR LA PROTECTION DU SOIGNANT SI RISQUE D'EXPOSITION À DES LIQUIDES BIologiques, DES MUCQUES OU DE MATÉRIEL CONTAMINÉ

POUR LE PROTECTEUR DU PATIENT LORS D'UN ACTE INVASIF

© 2010 Capes
Illustration:

Une initiative de l'Agence Fédérale Santé Publique, l'Institut de la Qualité Médicale et l'Environnement / Mediatheque - Plan de Soins Fédéral pour l'Hygiène Hospitalière, APRN, BCL, NIVEL, SP
Avec le soutien de SAPHO, et de la Direction générale d'Organisation des Établissements de Soins

VI.8 Set de table pour plateau-repas



VI.9 Gadgets

Marque-page « Booky »



Porte-badges « Handy »



HYGIÈNE DES MAINS – OBSERVATION

Observateur : _____ Date : __/__/____ Heure de : __:__:__ à : __:__:__ Unité : _____ Avant campagne O Après campagne O

		Contact direct avec le patient		Contact veineux / artériel		Contact site urinaire		Contact site respiratoire		Contact peau lésée et muqueuse		Contact liquide biologique	Contact matériel et environnement du patient	Hors soins
		avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	après	après	avant / après
Infirmier(e) Accoucheur(r)se	opportunité													
	rien													
	savon													
	alcool													
Aide- Soignant(e)	opportunité													
	rien													
	savon													
	alcool													
Médecin	opportunité													
	rien													
	savon													
	alcool													
Kiné	opportunité													
	rien													
	savon													
	alcool													
Autre	opportunité													
	rien													
	savon													
	alcool													

Version : 2010 - 2011

Méthodologie

Période d'observation de 30 minutes en observant le maximum de soignants intervenant dans la pièce.

Enregistrement par période d'observation :

- Observateur : initiales de la personne qui observe
- Date de l'observation
- Heure de début et de fin d'observation
- Unité : code interne

Cocher « Avant campagne » ou « Après campagne » en fonction de la période de sensibilisation organisée dans votre institution/unité.

Une opportunité à l'hygiène des mains = chaque contact d'un intervenant avec un patient, son entourage, le matériel propre ou stérile et début ou fin de service. Les opportunités possibles sont détaillées dans le tableau d'observation (au verso).

Enregistrement par opportunité :

1. Groupe professionnel auquel l'intervenant appartient (infirmier, médecin, aide-soignant, ...), étudiant compris

2. Choix de l'hygiène des mains :

- rien : l'opportunité n'est suivie d'aucune hygiène des mains
- savon : les mains sont lavées avec de l'eau et du savon (type de savon sans importance)
- alcool : les mains sont frictionnées à la solution hydro-alcoolique

Remarque : dans le cas où les mains sont lavées et ensuite frictionnées à la solution hydro-alcoolique, on enregistre 'alcool'.

3. Le type de contact :

- contact direct : contact avec la peau intacte du patient, les vêtements du patient, lors de la prise de paramètres, examen clinique, ...
- contact site veineux ou artériel : prise de sang, pose et retrait de cathéter, manipulations au niveau d'un cathéter, changement de perfusion, administration de médicaments via le cathéter, réfection du pansement de cathéter, ...
- contact site urinaire : prise d'échantillon urinaire, pose et retrait de sonde urinaire, rinçage de vessie, manipulations au niveau des connections sac - sonde, ...
- contact site respiratoire : aspiration endotrachéale, soins de trachéotomie, administration d'aérosol, administration d'oxygène, ...
- contact muqueuse ou peau lésée : toilette intime, soin de plaie, soin de bouche, placement et retrait de sonde gastrique, injection sous-cutanée/ intramusculaire, ...
- contact avec liquide biologique* : tout contact avec les urines, le sang, les sécrétions respiratoires, les selles, ... que l'on porte ou non des gants
- contact matériel et entourage du patient : réfection du lit, entretien, ...
- hors soins : début ou fin de service, hygiène personnelle, préparation de médicaments, ...

* en présence du patient : comptabiliser l'opportunité dans le site correspondant (urinaire, veineux / artériel, respiratoire, ...), en absence de patient : comptabiliser l'opportunité comme contact avec des liquides biologiques.



VI.11 Grille d'observation des conditions de base

Version : 2010-2011

LES CONDITIONS DE BASE DE L'HYGIÈNE DES MAINS – OBSERVATION

Observateur: _____ Date: ___/___/___ Heure: _____ Unité: _____ Avant campagne Après campagne

Soignant observé	Catégorie professionnelle	Bijoux			Ongles			
		Montre bracelet	Bracelet	Bague	Ongles sales	Ongles longs	Faux ongles	Vernis à ongles



Version : 2010-2011

Methodologie

Observez à un moment où un grand nombre de soignants de différents groupes professionnels peuvent être observés (par exemple lors d'une réunion pluridisciplinaire)

Notez par période d'observation:

- observateur (initiales)
- date de l'observation
- heure de début d'observation
- unité (code interne)

Enregistrez

1. Les soignants observés (nom ou numéro)
2. Le groupe professionnel auquel appartient la personne observée (médecin, infirmière, aide-soignant, étudiant et profession, kiné, ergothérapeute, ...).
3. Le type de 'non conformité' (chaque 'erreur' sera cochée)

Observez par personne:

- La présence de bijoux aux mains/poignets:
 - Montre bracelet
 - Bracelet
 - Bague (y compris alliance)
- Les ongles des doigts
 - Ongles sales (lit de l'ongle pas propre)
 - Ongles longs (plus long que le bout de doigt)
 - Faux ongles (toutes les modifications de l'ongle naturel, y compris les ongles en gel résine)
 - Vernis à ongles

Exemples:

- Une personne qui porte montre bracelet et bague sera scorée 2
- Une personne qui porte 2 bagues, une montre bracelet et un bracelet sera scorée 4
- Une personne avec des ongles longs et vernis et une alliance sera scorée 3
- Une personne avec des ongles propres et coupés courts et sans bijoux à hauteur des mains et poignets ne sera pas scorée.

