noso info

vol.XXIX n°2, 2025

LE MAGAZINE D'INFORMATION **POUR LA PRÉVENTION**
DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Sommaire

2 | Recevoir la visite de son animal de compagnie en soins palliatifs

5 | Instauration d'une nouvelle politique de prévention des infections respiratoires virales en milieu hospitalier: retour d'expérience locale à 'Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)

8 | Une bouffée d'oxygène pour l'avenir : vers une politique d'isolement plus intelligente après le coronavirus.

11 | L'OST ... un outil à votre disposition dans la gestion des épidémies de MDRO

14 | La prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les hôpitaux de soins aigus de Flandre : pratiques actuelles de surveillance et de retour d'information par les équipes en charge de la PCI

17 | Conseil Supérieur de la santé

20 | Des nouvelles de Sciensano

22 | Nous avons lu pour vous

27 | Info-news

28 | Sites web

29 | Agenda scientifique

30 | Comité de rédaction & Partenaires

Éditorial

Chères lectrices, chers lecteurs,

Ce nouveau numéro de Noso-info s'ouvre sur un constat simple : la prévention des infections reste au cœur des enjeux de qualité et d'humanité des soins. Chaque article de cette édition illustre, à sa manière, l'équilibre à trouver entre rigueur scientifique, exigences organisationnelles et attention aux besoins des patients.

Qu'il s'agisse d'autoriser la visite d'animaux de compagnie en soins palliatifs, d'adapter les politiques d'isolement face aux infections respiratoires, ou encore d'améliorer la surveillance et le retour d'information dans les hôpitaux, la question est toujours la même : comment concilier sécurité et humanité, efficacité et durabilité ?

Les expériences partagées par nos collègues de divers établissements démontrent que l'innovation, lorsqu'elle est guidée par la collaboration interdisciplinaire et le respect des recommandations scientifiques, permet de franchir de nouveaux seuils. Loin d'être figées, nos pratiques évoluent en continu, nourries par l'expérience de terrain, les retours des patients et l'apport des nouvelles connaissances.

Dans un contexte où les pressions — sanitaires, économiques et écologiques — se font toujours plus fortes, il nous appartient de renforcer la cohérence de nos politiques de prévention et de contrôle des infections, tout en préservant l'humanité au cœur du soin.

Puisse ce numéro vous inspirer, susciter des réflexions, et, surtout, nourrir vos pratiques au quotidien.

Vous trouvez peut-être que la patte de l'édito de ce numéro 2/2025 a changé et vous avez absolument raison ! En fait j'ai voulu me prouver que personne n'est indispensable et surtout pas moi qui rédige les éditos de Noso-info depuis tant d'années ! J'ai donc envoyé à Chat GPT la maquette du numéro en lui demandant d'écrire un éditorial ! En 3 minutes exactement, il m'a envoyé ce ficher, bien structuré, sans fautes d'orthographe et dans un style finalement très éditorialiste ! CQFD !

Bonne lecture à toutes et à tous,

Anne Simon
noso info

Avec le soutien de :
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Eurostation Bloc II – 1er étage (1D01D)
Place Victor Horta, 40/10
1060 Bruxelles

Editeur Responsable :
A. Simon
anne.simon@helora.be

ARTICLE À LA UNE

Recevoir la visite de son animal de compagnie en soins palliatifs

Julian Deneyer
Infirmier en Prévention et Contrôle des Infections au CHU Helora site La Louvière
Ophélie Dubrulle
Infirmière chef de l'unité des soins palliatifs, au CHU Helora site La Louvière

En Belgique, la visite d'animaux de compagnie privés dans les institutions de soins est une initiative récente et peu d'hôpitaux l'autorisent pour des raisons d'hygiène ou de sécurité, à l'exception des chiens guides ou formés à la zoothérapie.
Ces visites partent le plus souvent d'une demande de la part du patient et sont conditionnées à des règles strictes. La plupart du temps, ces visites sont organisées dans un local dédié à cette activité et pas la chambre du patient. Ceci dit, le phénomène s'étend de plus en plus et le cadre évolue.
Les bénéfices de ces visites, pour les patients, sont cliniquement reconnus, tant sur le plan émotionnel que physiologique. Elles peuvent même améliorer le dialogue et renforcer le lien de confiance entre les patients et les soignants.
Les études montrent notamment une réduction de l'anxiété et du stress. Pour les hospitalisations de longue durée, ces visites peuvent également apporter un réconfort et un sentiment de normalité.
En soins palliatifs, vivre un moment en présence de son animal de compagnie est un rappel de la vie en extérieur qui apporte chaleur et stabilité émotionnelle. [1] Le contact tactile avec l'animal peut détourner l'attention portée à l'inconfort et à la douleur. [2-3]

Au CHU Hélora, Hôpital de La Louvière site Jolimont, l'équipe des soins palliatifs a rencontré, en 2023, l'équipe de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI) avec la volonté de développer la cynothérapie, c'est à dire de donner la possibilité à un chien, dans ce cas-ci, spécialement formé à accompagner les patients dans leur parcours de soins. Le but étant d'avoir un impact positif sur l'état mental et physique du patient.
Mais en priorité, le souhait de l'équipe était de pouvoir répondre à la demande récurrente des patients d'avoir la possibilité de revoir leur animal de compagnie (chien ou chat).

L'équipe PCI y a été particulièrement sensible et après avoir obtenu l'accord des directions, le travail sur le projet a pu réellement commencer.

Les soins palliatifs nous semblaient être un bon « laboratoire » pour expérimenter et valider un mode opératoire. Le décret Kama ne tenant compte jusque-là que des chiens d'assistance [4], nous nous sommes rendu compte de l'importance de pouvoir élargir aux animaux de compagnie.

Les premières réunions se sont enchaînées à partir de fin 2023 et le premier chien a pu être accueilli en novembre 2024.

Faisons le point sur les différentes étapes de ce projet !

Réunir les différents acteurs autour de la table

Une première réunion a eu lieu avec la responsable médicale, la cheffe d'unité et la cheffe de service des soins palliatifs, la responsable du service entretien, un membre du Service Interne pour la Prévention et la Protection au travail (SIPP) et l'équipe PCI.

En effet, plusieurs sujets devaient être abordés comme le domaine d'application, les responsabilités, les conditions d'admission dans l'hôpital et dans l'unité dont les exigences spécifiques envers l'animal, la sécurité du personnel, l'entretien des chambres après le passage de l'animal et la définition du circuit autorisé pour la circulation de l'animal au sein de l'hôpital.

Une seconde réunion fût nécessaire afin de pouvoir construire notre procédure d'accueil pour les visites en soins palliatifs.

Elaborer la procédure d'accueil

En voici les points principaux :

Quels animaux de compagnie sont acceptés et dans quelles unités ?

Dans un premier temps, le déploiement du projet a été autorisé uniquement aux chiens et aux chats en dessous de 15kg et seulement pour l'unité des soins palliatifs sur rendez-vous fixé au préalable. Aussi, les NAC (nouveaux animaux de compagnie) posent de réels problèmes de santé publique en raison des maladies importantes qu'ils peuvent transmettre. Ils présentent également un risque plus élevé de zoonose et de morsures.

Quelles sont les exigences avant l'arrivée de l'animal à l'hôpital ?

Au préalable, il est important de définir le cadre juridique. En effet, il est important de connaitre les responsabilités de la direction de l'établissement de soins, du personnel responsable de la prise en charge des animaux , du patient et de sa famille ?
Une rencontre avec la juriste de l'institution s'est imposée.

Voici l'exemple du document qui doit être signé, au préalable, par la personne responsable de l'animal et qui sera versé au dossier du patient par la suite pour des raisons de traçabilité.

L'Hôpital et l'équipe soignante se réserve le droit de refuser ou d'interrompre les visites de l'animal de compagnie si :

- Celui-ci représente un danger tant pour le patient et leurs proches que pour les autres personnes se trouvant au sein de l'unité et à l'extérieur de celle-ci.
- Si un incident survient tel que des aboiements intempestifs. Le bien-être des autres patients doit également être pris en compte.

Questionnaire Patient

Vous souhaitez que votre animal de compagnie vienne vous rendre visite dans l'unité de soins

Nous avons pour cela besoin de quelques informations le concernant pour éviter tout risque lié à sa présence à la fois pour le personnel et les autres patients présents.

Entourez la mention exacte

Votre animal est	un chien / un chat	
Votre animal est-il suivi par un vétérinaire	oui	non
Avez-vous un carnet de santé en ordre	oui	non
Votre animal est-il sociabilisé	oui	non
Votre animal est-il obéissant	oui	non
A-t-il déjà présenté des comportements agressifs inadéquats en présence d'inconnu	oui	non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces informations.

Je suis conscient que je suis entièrement responsable des dommages éventuels causés par mon animal.

Fait à La Louvière le .....

Nom prénom signature

- Celui-ci n'est pas propre.
- Celui-ci détruit le matériel qui l'entoure.
- Celui-ci est en malade au moment de la visite, s'il présente des diarrhées, des plaies, ou une infection cutanée.

Il est bon à savoir également que la réglementation concernant le port ou non de muselière dans les espaces publiques peut varier d'une commune à l'autre. Une race de chien pourrait être autorisée à circuler sans muselière dans une commune et ne pas l'être dans une autre. Vous pouvez trouver toutes ces informations sur le portail officiel de la police qui permet d'accéder aux sites des différentes zones de police locale. (www.police.be)

Comment procéder ?

1. Prendre contact avec les membres du personnel travaillant dans l'unité des soins palliatifs.

2. Répondre au questionnaire présenté plus haut.

3. Idéalement avoir en votre possession le carnet de santé de votre animal de compagnie. L'animal devra porter un collier antipuce et être vermifugé.

4. La décision sera prise en équipe en premier lieu et ensuite avec la famille et le patient afin d'arriver à un accord sur l'organisation et les modalités pratiques de la visite de l'animal.

Remarques et conditions importantes :

- Le jour et l'heure sont convenus avec l'équipe soignante, vous ne pouvez en aucun cas venir à un autre moment que celui fixé !
- Un trajet spécifique est à respecter ! Une vidéo a été créée et est disponible via QR code afin de visualiser le trajet à suivre avec l'animal, du parking patient à l'unité des soins palliatifs. A l'entrée du bâtiment réservé au passage des animaux, un tapis de 8 mètres de long a été installé. Cette longueur permettant aux pattes de l'animal d'être sèches avant d'entrer dans l'ascenseur en cas de pluie. En voici une petite illustration.
- L'animal est accompagné en permanence par un adulte. S'il se déplace à quattre pattes, il sera tenu en laisse en dehors de la chambre.
- L'animal ne quitte la chambre qu'au moment du retour.
- Aucune nourriture ne peut être administrée à l'animal pendant la visite.
- L'animal aura eu l'occasion de faire ses besoins avant son arrivée.

Une fois l'animal dans la chambre, l'infomation suivante sera apposée sur la porte, à la fois pour ne pas surprendre le personnel et avertir les personnes éventuellement phobiques.

Un entretien classique de la chambre se déroulera au plus tard le lendemain matin de la visite et c'est l'accompagnateur de l'animal qui est chargé de ramasser les saletés visibles qui auront pû être engendrées pendant la visite (selles, urines, vomissements...).

Toutes ces informations se retrouvent dans la brochure réalisée à cet effet à destination des patients et de leur famille Depuis la mise en route de ce projet, nous, équipe PCI avons demandé à l'équipe des soins palliatifs de nous faire part de quelques retours d'expériences.

En voici quelques lignes :

« Des visites animales bien encadrées : entre cœur et rigueur »

Après une année de réflexion, d'échanges en équipe pluridisciplinaire et de mise en place de protocoles rigoureux, notre service a franchi une étape importante. Accueillir des animaux de compagnie plus précisément chien et chat au sein de l'unité. Ce projet, est né d'un besoin humain de réconfort et d'un profond désir des équipes soignantes dont le but est de continuer à humaniser au maximum les soins. Il a été mis en œuvre dans un cadre strict, respectant les règles d'hygiène hospitalière et les recommandations de sécurité sanitaire.

L'expérience montre que les choses se déroulent globalement très bien. Les patients, les familles et l'équipe en retirent un bénéfice évident, tant sur le plan émotionnel que relationnel. Au niveau des procédures, les éléments les plus sensibles sont généralement bien respectés. Le carnet de vaccination à jour, alors que cela nous semblait être un obstacle lors de nos discussions, est finalement toujours présenté, preuve de l'implication et du sérieux des accompagnants. Les consignes de base en matière d'hygiène sont bien comprises et intégrées, ce qui garantit un cadre sûr pour tous. L'équipe prend le temps avec les familles d'expliquer la procédure et et les éléments qui doivent êtres respectés.

La seule difficulté récurrente concerne le respect de l'horaire d'arrivée, malgré la bonne volonté des familles. Cela peut parfois désorganiser le planning, sachant qu'un membre de l'équipe accueille à l'entrée la famille et l'animal. Toutefois, une fois sur place, le déroulement de la visite se passe sans problème : le trajet a bien été identifié, les consignes sont suivies, et les échanges avec le personnel se font dans un climat respectueux et apaisé.

Témoignages de membres de l'équipe :

- « Ce que je retiens, au fil des visites d'animaux de compagnie auprès des patients, ce sont les visages. Celui d'une patiente, qui s'illumine à l'instant précis où son regard croise celui de son chien. Les yeux rayonnants, un sourire sincère aux lèvres… Un instant suspendu, où la maladie s'efface, l'espace d'un instant. D'autre part, je suis admirative de la douceur silencieuse des animaux, leur calme, leur présence rassurante. Ils entrent dans la chambre très calmement, comme s'ils comprenaient l'importance de ce qu'ils apportent. »

- « À Jolimont, les animaux sont parfois les meilleurs soins. Au sein du service Saint-Alexis de Jolimont, nous avons la chance de pouvoir accueillir les animaux de nos patients (chiens, chats), dans des conditions encadrées et sécurisées. Pour des patients souvent en parcours long, oncologiques ou neurologiques, parfois en fin de vie, ces visites ont une portée immense. Retrouver son compagnon, c'est faire entrer un souffle de vie, un élan de tendresse, là où les soins peuvent être lourds, voire épuisants. Ces retrouvailles réactivent un lien précieux, un lien d'amour et de mémoire. On voit alors, chez le patient comme chez l'animal, une même émotion profonde, une paix silencieuse qui en dit long. C'est cela aussi soigner : faire place à l'essentiel ! »

Ces retours d'expérience soulignent qu'avec un cadre clair, un accompagnement bienveillant et une communication fluide, ces moments précieux peuvent s'inscrire durablement dans nos pratiques de soin !

Merci à Mesdames Marie Christine Tell et Valérie Tell pour leurs témoignages.

Références

1-William R. G. McGhee, Martin Dempster & Lisa Graham-Wisener . The role of companion animals in advanced cancer: an interpretative phenomenological analysis,
BMC Palliative Care volume 21, Article number: 160 (2022)

2-Karina D, Claudia T, Maria de Lourdes Benamor Teixeira, et al. Animal assisted intervention for oncology and palliative care patients: A systematic review
PMID: 33691267

3-Yongshen F, Yeqing L, Ningning Z, et al. Effects of Animal-Assisted Therapy on Hospitalized Children and Teenagers: A Systematic Review and Meta-Analysis, Journal of Pediatric Nursing, 2021

4- Décret Kama : https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2021/07/15/2021203683/2021/08/06

5- https://www.police.be/fr (En vous localisant dans « Ma police locale)

ARTICLE ORIGINAL

Instauration d'une nouvelle politique de prévention des infections respiratoires virales en milieu hospitalier : retour d'expérience locale à 'Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)

Caroline Weltjens
Infirmière en prévention et contrôle des infections à 'Ziekenhuis Oost-Limburg' (ZOL) et membre de l'ABIHH (Association belge des infirmiers en hygiène hospitalière)

Introduction

Suite à la pandémie de SRAS-CoV-2, des recherches ont été menées dans le monde entier pour connaître les voies de transmission des virus respiratoires, permettant ainsi d'acquérir de nouvelles connaissances majeures. En janvier 2023, le service de prévention et de contrôle des infections de l'hôpital du Limbourg oriental (ZOL) a lancé un projet de réforme de la politique d'isolement en présence d'un virus respiratoire.
L'objectif de ce projet était de procéder à un examen critique des procédures en cours et d'établir une politique fondée sur des données probantes, uniforme pour tous les virus respiratoires. Par ailleurs, la mise en application pratique des mesures a également été prise en compte, sachant que le respect des règles diminue lorsque celles-ci sont trop contraignantes.

Les directives internationales et nationales, et par conséquent aussi les procédures internes décrivent différentes formes d'isolement, différentes durées d'isolement et différents équipements de protection individuelle (EPI) selon les virus respiratoires considérés. Pour le virus de la grippe, les patients étaient soignés en isolement « gouttelettes ». Au ZOL, cet isolement était maintenu pendant cinq jours et les équipements de protection individuelle consistaient en un masque chirurgical et une protection oculaire. En cas de d'isolement « gouttelettes/contact », applicables au VRS, l'isolement était maintenu « jusqu'à disparition des symptômes », et l'équipement de protection individuelle consistait en une surblouse, des gants, un masque chirurgical et une protection oculaire. Enfin, pour les patients contaminés par le virus du SARS-COV-2, un isolement « gouttelettes/air/contact » était mis en place durant 10 jours et le personnel soignant devait porter une surblouse, des gants, un masque FFP2 et une protection oculaire. Cette cacophonie de mesures était source de confusion sur le lieu de travail.

La littérature récente a battu en brèche l'hypothèse largement répandue selon laquelle les virus se transmettent principalement par gouttelettes dans un rayon de 1,5 m (Wang, et al., 2021). En effet, une gouttelette se divise rapidement en petits aérosols et se propage sur plusieurs mètres dans l'air. L'importance de la transmission par contact a également été revue à la baisse, le risque d'être infecté par un virus respiratoire après contact avec des matériaux semblant beaucoup plus faible qu'on ne le pensait auparavant.

Nouvelle politique

Forts de ces nouvelles connaissances, nous avons commencé à rédiger une nouvelle politique. Deux changements de paradigme majeurs ont été introduits, l'un dans le domaine des équipements de protection individuelle et l'autre dans celui de la purification de l'air (Onakpoya, et al., 2021; Geng, et al., 2022 ; Ribaric, et al., 2021).
En ce qui concerne les équipements de protection individuelle, l'accent a été mis sur le port strict de masques et protections oculaires. Le port systématique de gants et d'une surblouse a été abandonné. Le choix de la purification de l'air était quant à lui totalement inédit. En effet, nous avons décidé de déployer un dispositif mobile de purification de l'air pour chaque patient

placé en isolement pour cause de virus respiratoire. L'objectif était de réduire la charge virale dans la chambre et de pouvoir laisser la porte de la chambre du patient ouverte. Avec deux avantages à la clé : une meilleure vue sur le patient depuis le couloir pour le personnel soignant et un sentiment moindre de solitude et d'isolement pour le patient. La qualité des soins s'en trouve elle aussi améliorée.

Mise en œuvre

Après une longue préparation impliquant des changements dans les procédures, le dossier numérique du patient, les fiches d'isolement, etc., cette nouvelle politique a été proposée aux différentes parties prenantes et au comité de direction et de gestion. Après approbation formelle, cette nouvelle politique a été instaurée le 2 octobre 2023 au ZOL Genk (3 campus) et au ZOL Maas & Kempen. Cette mise en place a été précédée d'une communication importante (via les canaux de communication disponibles ; une vidéo a également été réalisée). Les 500 médecins et 4 000 employés ont tous été informés de cette modification. Ce fut une évolution majeure pour les services de soins de réduire leur équipement de protection individuelle contre le SRAS-CoV-2 au seul port de lunettes et d'un masque chirurgical. Durant les premiers mois qui ont suivi la mise en œuvre, chaque service où des patients étaient placés en isolement respiratoire en raison d'un virus a fait l'objet de visites multiples de la part du personnel infirmier du service de prévention et de contrôle des infections et a bénéficié d'un retour d'information direct et des ajustements nécessaires. De nombreuses formations ont également été données sur cette nouvelle façon de travailler, permettant ainsi au personnel et aux médecins d'appliquer rapidement la nouvelle politique.

Retour d'expérience

La nouvelle politique a été très bien accueillie par le personnel et les médecins. Le personnel soignant rapporte une nette diminution de la charge de soins grâce à l'adaptation des EPI ainsi qu'un sentiment de moindre isolement de la part des patients. Le personnel note également un sentiment de sécurité accru grâce à l'amélioration de la pureté de l'air et une chambre qui parait plus fraîche. Les modalités de distribution des équipements de purification de l'air ont été ajustées à plusieurs reprises afin d'équilibrer la rapidité de livraison et la capacité logistique. La nouvelle politique n'a pas entraîné d'augmentation des infections nosocomiales ni du nombre d'épidémies, ce qui laisse penser que l'assouplissement des mesures de précautions complémentaires « contact » (abandon des gants et des surblouses) associé à une purification accrue de l'air est efficace et sûr. La réussite de la mise en œuvre du changement dans un hôpital nécessite une préparation minutieuse, car de tels processus ne peuvent pas être menés à bien à la hâte. Il est essentiel d'impliquer activement l'ensemble des acteurs, tels le personnel hospitalier, les services techniques, le service de prêt et les infirmières en chef. On y gagne en termes d'adhésion, mais aussi en efficacité dans la réalisation des plans.

Il est par ailleurs crucial de communiquer clairement au personnel et aux patients la nécessité et les avantages d'un tel changement. S'assurer que toutes les personnes concernées reçoivent une formation et un enseignement appropriés contribue à une transition en douceur et permet à chacun de se sentir bien préparé.
Enfin, un suivi adéquat est essentiel. Il est important de repérer rapidement les problèmes et de procéder aux réajustements nécessaires. Cela permet au processus de se dérouler de manière optimale et de contribuer à une amélioration durable de la qualité des soins.

Sources

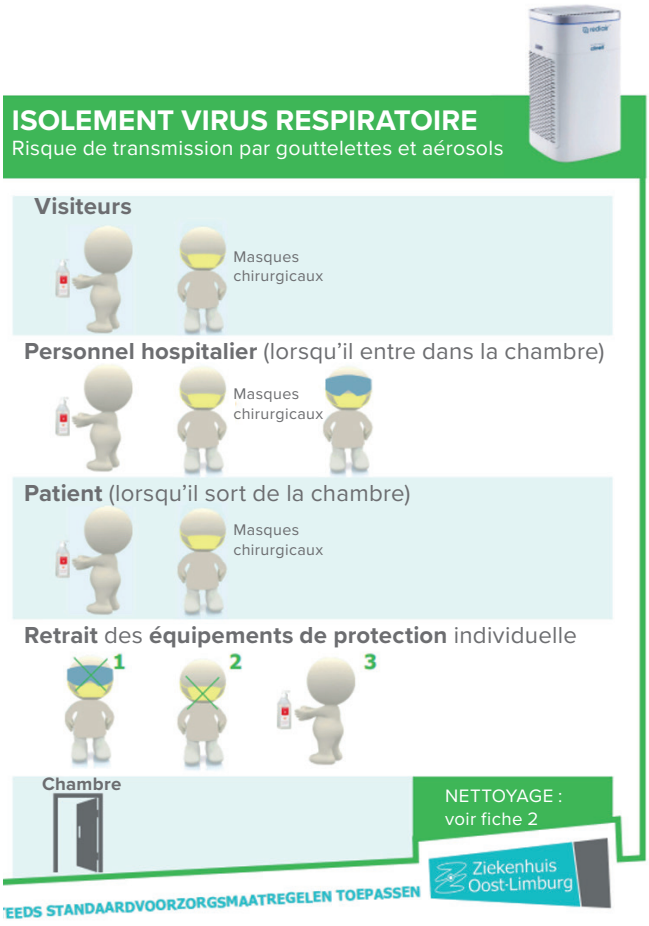
Geng, Y., & Wang, Y. (2022). Stability and transmissibility of SARS-CoV-2 in the environment. Journal of Medical Virology, 94(4), 1519-1526. https://doi.org/10.1002/jmv.28103

Onakpoya, I. J., Heneghan, C. J., Spencer, E. A., Brassey, J., Plüddemann, A., Evans, D. H., Conly, J. M., & Jefferson, T. (2021). SARS-CoV-2 and the role of fomite transmission: A systematic review. F1000Research, 10, 590. https://doi.org/10.12688/f1000research.51590.3

Ribaric, N. L., Vincent, C., Jonitz, G., Hellinger, A., & Ribaric, G. (2021). Hidden hazards of SARS-CoV-2 transmission in hospitals: A systematic review. Wiley, 49(6), 1055-1063. https://doi.org/10.1111/ina.12968

Wang, C. C., Prather, K. A., Sznitman, J., Jimenez, J. L., Lakdawala, S. S., Tufekci, Z., & Marr, L. C. (2021). Airborne transmission of respiratory viruses. Science, 373(6558), 659-664. https://doi.org/10.1126/science.abd9149

Wang, X., Liu, Y., & Zhang, Z. (2021). Aerosol transmission of COVID-19: Insights from recent research. Science, 373(6558), 150-157. Airborne transmission of respiratory viruses - PubMed



Service de prévention et de contrôle des infections du Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) à gauche, de haut en bas : Prof. Dr Pharm. Biol. Deborah Steensels, Dr Sarah Resseler, Pharm. Biol. Baptist Declerck; de gauche à droite (grande photo) : Lize Ceunen, Liesbeth Wyers, Tine Nelis, Corinna Op 'T Eyndt, Caroline Weltjens, Fauve Thys

ARTICLE ORIGINAL

Une bouffée d'oxygène pour l'avenir : vers une politique d'isolement plus intelligente après le coronavirus

Sofie Van Belle [1], Pascal De Waegemaeker [1], Katrien Van Crombrugge [3]

[1] Verpleegkundige infectiepreventie UZ Gent.
[2] Verantwoordelijke infectiepreventie UZ Gent.
[3] Arts infectiepreventie UZ Gent.

La pandémie de COVID-19 a sensibilisé le monde entier aux infections respiratoires. Ainsi, les connaissances sur la transmission aérienne du SRAS-CoV-2 ont conduit à une réévaluation critique des mesures de prévention des infections pour d'autres agents pathogènes respiratoires (1,2).

Une avancée importante dans ce contexte est la récente publication, par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2024, du rapport de consultation technique mondiale sur la terminologie proposée pour les agents pathogènes transmissibles par voie aérienne (3). Ce rapport marque un changement de paradigme en s'éloignant explicitement de la dichotomie classique entre transmission par gouttelettes et transmission aérienne. Avec ce rapport, l'OMS introduit le terme générique de « particules respiratoires infectieuses », qui couvre l'ensemble des voies de transmission, du dépôt direct de grosses gouttelettes au déplacement d'aérosols fins sur de longues distances. Cette révision conceptuelle appelle à une politique respiratoire unique et uniforme (3).

De plus, dans des environnements de soins complexes, des procédures uniformes et des directives claires et reconnaissables sont essentielles pour garantir des soins sûrs et efficaces. Jusqu'à récemment, pas moins de dix formes différentes d'isolement étaient utilisées à l'hôpital universitaire de Gand, avec autant de procédures et de cartes d'isolement, ce qui était souvent source de confusion et, par conséquent, d'un risque accru d'application incorrecte des mesures d'isolement. Dans ce contexte, une révision de la politique d'isolement s'est avérée nécessaire, en accordant une attention particulière à la simplification, à la standardisation et à une meilleure mise en œuvre en pratique clinique.

Les engagements du Pacte vert pour des soins durables ont également eu des répercussions sur la manière dont les établissements de santé ont abordé leur politique en matière d'équipements de protection individuelle (EPI). L'utilisation excessive, et parfois inadéquate, des EPI entraîne des inefficacités, une augmentation des coûts et contribue également de manière significative à l'empreinte écologique du secteur de la santé. De plus, il apparaît dans la pratique qu'un excès d'EPI peut avoir un impact négatif sur le respect de l'hygiène des mains et la mise en œuvre des précautions standard en général (4,5). Ces constats ont motivé l'UZG à réviser en profondeur la politique d'isolement existante, en mettant l'accent sur la politique respiratoire. Dans cet article, nous expliquons les fondements de la nouvelle politique d'isolement de l'UZ Gent et décrivons le processus de développement et de mise en œuvre.

Objectifs de la nouvelle politique d'isolement

Les objectifs suivants ont été fixés :

La politique d'isolement

- doit être simple et identifiable, avec des directives et des procédures claires et facilement applicables en pratique ;
- doit être durable ;
- doit offrir une protection respiratoire optimale aux professionnels de santé en contact (direct) avec des patients

présentant une infection virale respiratoire suspectée ou confirmée, en accordant une attention particulière à la purification de l'air, à la ventilation et à la protection optimale des muqueuses du visage (protection oculaire et masques adaptés) ;
• doit encourager l'utilisation rationnelle des EPI afin de limiter l'empreinte écologique, de promouvoir le respect de l'hygiène des mains et d'améliorer la qualité des soins aux patients.

Les nouvelles modalités d'isolement, élaborées en fonction du mode de transmission, devaient également répondre aux défis futurs, afin de garantir la pérennité de la politique d'isolement même en cas d'apparition de nouveaux agents pathogènes.

Concrètement, ceci a résulté en trois modalités d'isolement : isolement par air, isolement par contact et isolement contact - air. Chacune de ces modalités d'isolement comporte une variante « plus » : isolement contact plus, isolement air plus et isolement contact – air plus, dans lesquelles des mesures complémentaires telles que l'utilisation d'EPI supplémentaires, de produits de désinfection plus spécifiques ou le respect d'un temps de sédimentation spécifique après la sortie sont mises en œuvre.

Formes d'isolement respiratoire : Focus sur « l'isolement air» et « l''isolement air plus »

Pour les agents pathogènes respiratoires, notamment le SARS-CoV-2, la grippe, le VRS et les oreillons, ''l'isolement air'' est d'application. Dans ce cas, l'ancienne terminologie « isolement par gouttelettes » est abandonnée conformément aux directives de l'OMS. Le degré de risque de contamination est déterminé, entre autres, par la durée d'exposition dans l'environnement du patient. Sur cette base, des EPI appropriés sont utilisés. Lors des contacts avec les soignants, selon la durée du contact (inférieure ou supérieure à 15 minutes), les soignants portent un masque de procédure ou un masque FFP2 pour éviter l'inhalation d'aérosols infectieux (de près ou de loin), tandis que des lunettes de protection ou un écran facial préviennent l'exposition conjonctivale aux éclaboussures.
''L'isolement air plus'', utilisé pour la tuberculose pulmonaire ouverte par exemple, nécessite des mesures plus strictes, comme le port systématique d'un masque FFP2, et ce indépendamment de la durée du contact.

Dans ces deux formes d'isolement, la porte reste fermée et la ventilation nécessaire (filtre HEPA) est assurée dans la chambre. Après la sortie ou la fin de l'isolement, un temps de sédimentation de 2 heures est observé (ou autre, conformément à l'accord du service). Ce délai devrait permettre aux particules d'aérosol restantes dans l'air de se déposer. En pratique, il s'avère cependant difficile d'appliquer cette mesure de manière cohérente. Il n'existe pas de preuves scientifiques claires concernant la charge virale des particules respiratoires qui serait encore présente dans la chambre après 7 jours d'isolement. L'influence de la ventilation, de la filtration de l'air et des facteurs environnementaux tels que l'humidité et la température est insuffisamment connue. Dès lors, on ignore encore si une charge résiduelle de particules virales présentes pourrait entraîner un risque reél d'infection pour le patient suivant. Par conséquent, aucune base solide ne permet d'appuyer cette mesure. Une évaluation critique de cette mesure est donc nécessaire afin de trouver un juste équilibre entre la limitation du risque d'infection, la garantie de la sécurité du patient et du soignant, et la faisabilité pratique.

Isolement par contact : « Isolement contact » et « Isolement contact plus »

L'« isolement contact » est utilisé pour les patients porteurs de micro-organismes multirésistants (MDRO) tels que les CPE, les VRE, le MRSA et les *Pseudomonas* spp. ou *Acinetobacter* spp. multirésistants. Le type de contact lors des soins détermine en grande partie le choix de l'EPI. En cas de contact social (par exemple, une conversation ou le service d'un repas), une hygiène stricte des mains est suffisante, tandis que le port de gants et d'une blouse est obligatoire en cas de soins impliquant un contact direct. Ces agents pathogènes ne se propageant pas par voie aérienne, la porte peut rester ouverte. Le port systématique de masques de procédure pour le MRSA a également été abandonné. Les observations en pratique montrent qu'une mauvaise utilisation des masques (toucher et déplacer fréquemment) peut même augmenter le risque de contamination par contact main-bouche. L'isolement ''contact plus'' s'applique pour les agents pathogènes pour lesquels des précautions supplémentaires sont nécessaires, notamment pour les micro-organismes sporulés tels que *Clostridioides difficile*. Dans ces cas, en plus des mesures d'isolement 'contact', des interventions supplémentaires sont mises en œuvre, telles que l'utilisation de désinfectants spécifiques (sporicides) et une attention particulière aux éléments environnementaux difficiles à nettoyer (sanitires, literie, clenches de portes par exemple)

Isolement contact et air (aérosol) combiné :

Les patients atteints d'infections se propageant à la fois par contact direct et par voie aérienne, comme la rougeole et la varicelle, sont placés en « isolement contact et aérosol (air)». Cet isolement combiné nécessite l'application simultanée de mesures ciblant les deux voies de transmission, notamment le port d'un masque FFP2 (sauf si le soignant est suffisamment immunisé), une protection oculaire, port de gants et de blouse, ainsi que la fermeture de la porte de la chambre et une ventilation adéquate. Le type d'isolement plus strict « contact et aérosol » est actuellement réservé à *Mycobacterium abcessus*, mais pourrait être utilisé à l'avenir pour de nouveaux agents pathogènes. Par ailleurs, d'autres éléments de la politique d'isolement ont également été évalués de manière critique et simplifiés, notamment la période d'isolement pour les agents pathogènes respiratoires. Pour les patients adultes atteints d'infections telles que le SARS-CoV-2, la grippe, le VRS ou l'adénovirus, une période d'isolement de 7 jours est actuellement maintenue. Chez les patients immunodéprimés, compte tenu d'une possible excrétion prolongée du virus, un nouveau test est effectué dans ce groupe afin de pouvoir mettre fin à l'isolement en cas de résultat négatif. Les enfants restent isolés jusqu'à ce qu'à la guérison clinique.

Approche et mise en œuvre

La refonte de la politique d'isolement a nécessité un effort considérable en termes de coordination, d'harmonisation et de planification. L'ensemble de l'équipe de prévention des infections a été mobilisée pour structurer le processus de mise en œuvre à l'aide d'une fiche projet claire. Cela a impliqué une étroite collaboration avec toutes les parties prenantes

concernées, notamment le service de pneumologie, la révision de l'ensemble des procédures et documents en vue de leur réduction, la coordination avec les services technologie/information/communication (TIC) pour l'adaptation du dossier patient, etc. Un élément clé du processus de révision a été la refonte des procédures et documents, avec un accent particulier sur la simplification, l'uniformisation et la réduction du nombre de directives distinctes. Parallèlement, en collaboration avec les TIC, le dossier patient électronique a été adapté afin d'enregistrer correctement les nouvelles modalités d'isolement et de les rendre visibles pour tous les professionnels de santé concernés. Une série d'outils d'aide ont été développés pour assurer une mise en œuvre fluide sur le lieu de travail. Parmi ceux-ci figurent des cartes d'isolement visuellement attrayantes et standardisées ; une liste de contrôle pratique pour la préparation d'une chambre d'isolement ; une base de données centrale contenant des informations spécifiques aux micro-organismes et une brochure d'information destinée aux patients. L'introduction officielle de la nouvelle politique d'isolement a eu lieu en octobre 2024, juste avant le début de la saison des infections respiratoires. L'équipe de prévention des infections a joué un rôle actif et visible sur les lieux de travail, notamment par la distribution d'un « kit de démarrage » comprenant des cartes d'isolement et du matériel de soutien. De plus, les professionnels de santé ont été informés et soutenus de diverses manières : par des échanges directs, des explications lors des transferts, des réunions de travail et des réunions du personnel. Les services de soutien tels que le nettoyage et le transport des patients n'ont pas non plus été négligés, soulignant ainsi l'approche intégrée et la portée transversale du projet. L'adaptation de l'enregistrement dans le dossier patient électronique a constitué un aspect assez complexe. Le jour de la mise en œuvre, les statuts d'isolement des patients admis ont été mis à jour, les admissions prévues ont été examinées pour détecter des indications d'isolement et la liste des isolats actifs a été révisée.

Après une période d'adaptation aux changements nécessaire pour les professionnels de santé, la nouvelle politique a rapidement été appréciée. Durant les mois de pointe de la saison respiratoire, la simplification a été perçue comme une valeur ajoutée indéniable. Conformément aux principes du cycle PDCA, nous évaluerons systématiquement la nouvelle politique d'isolement au cours des prochains mois et l'ajusterons si nécessaire. Les premiers signaux du terrain sont déjà positifs : la nouvelle approche a été largement soutenue et la simplification de la politique a été perçue par les professionnels de santé comme une nette amélioration. Cela ressort des nombreux retours spontanés déjà reçus par l'équipe de prévention des infections. Sur la base de ces contributions et des résultats des futures évaluations, la politique sera affinée si nécessaire, en veillant constamment à sa faisabilité, sa durabilité et la sécurité des patients.

La figure 1 (Checklist) reprend l'ensemble des éléments à mettre en place dans le cadre d'isolements de type air (aérosol)

La figure 2 détaille les précautions additionelles à prendre pour les soignants (selon la durée de contact) ainsi que pour le patient et les visiteurs

Références

1. ECDC. Considerations for infection prevention and control in relation to respiratory infections in healthcare settings. 6 februari 2023.

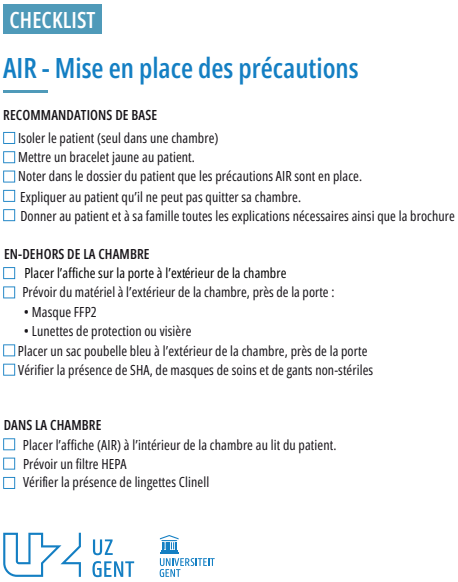
2. Wang CC, Prather KA, Sznietman J et al. Airborne transmission of respiratory viruses. Science 2021 Aug 27;373(6558):eabd9149. DOI: 10.1126/science.abd9149.

3. WHO. Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. 2024

4. Materialen en afval | Vlaanderen.be. Laatst geraadpleegd op 30 mei 2025.

5. Leroux-Roels, I. (2023, 25 september) Bronisolatie: nieuwe inzichten – nieuwe richtlijnen? 27ste Dag van de Infectiepreventie | Ziekenhuisnetwerk Gent. Laatst geraadpleegd op 30 mei 2025.

Figure 1



CHECKLIST

AIR - Mise en place des précautions

RECOMMANDATIONS DE BASE

- ☐ Isoler le patient (seul dans une chambre)
- ☐ Mettre un bracelet jaune au patient.
- ☐ Noter dans le dossier du patient que les précautions AIR sont en place.
- ☐ Expliquer au patient qu'il ne peut pas quitter sa chambre.
- ☐ Donner au patient et à sa famille toutes les explications nécessaires ainsi que la brochure

EN-DEHORS DE LA CHAMBRE

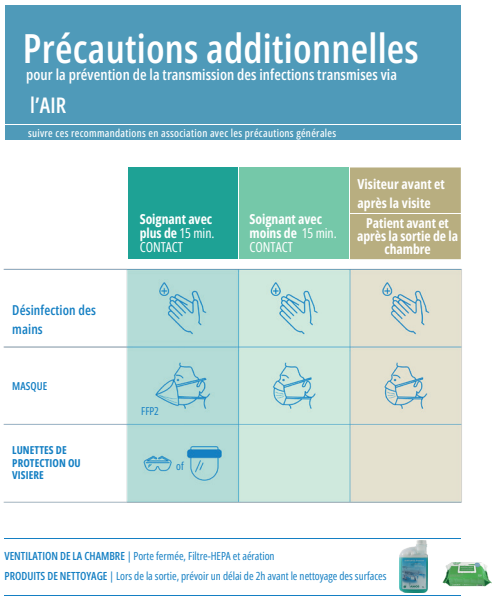
- ☐ Placer l'affiche sur la porte à l'extérieur de la chambre
- ☐ Prévoir du matériel à l'extérieur de la chambre, près de la porte :
  - • Masque FFP2
  - • Lunettes de protection ou visière
- ☐ Placer un sac poubelle bleu à l'extérieur de la chambre, près de la porte
- ☐ Vérifier la présence de SHA, de masques de soins et de gants non-stériles

DANS LA CHAMBRE

- ☐ Placer l'affiche (AIR) à l'intérieur de la chambre au lit du patient.
- ☐ Prévoir un filtre HEPA
- ☐ Vérifier la présence de lingettes Clinell

UZ GENT UNIVERSITEIT GENT

Figure 2



Précautions additionnelles

pour la prévention de la transmission des infections transmises via l'AIR

suivre ces recommandations en association avec les précautions générales

	Soignant avec plus de 15 min. CONTACT	Soignant avec moins de 15 min. CONTACT	Visiteur avant et après la visite / Patient avant et après la sortie de la chambre
Désinfection des mains			
MASQUE	FFP2		
LUNETTES DE PROTECTION OU VISIERE	of //		

VENTILATION DE LA CHAMBRE | Porte fermée, Filtre-HEPA et aération

PRODUITS DE NETTOYAGE | Lors de la sortie, prévoir un délai de 2h avant le nettoyage des surfaces

ARTICLE ORIGINAL

L'OST … un outil à votre disposition dans la gestion des épidémies de MDRO

Emilie Coppens [1], Adrae Taame [1], Michèle Gailly [2], Madeleine Anoufo [2], Katelijne Mathys [3], Isabelle Uwera Mpalirwa [3], Elise Vanhoucke [4], Hanna Masson [4], Hilde Vochten [4], Caroline Broucke [4], Gert Bellen [4]

[1] Vivalis.
[2] AVIQ.
[3] Sciensano.
[4] Soins infirmiers.

Introduction :

La problématique de la résistance aux antimicrobiens ne cesse d'évoluer, rendant nécessaire une attention permanente sur l'application des mesures de contrôle des infections. Cette évolution est illustrée par la modification récente par l'OMS de la liste des pathogènes prioritaires (1,2), basée sur différents critères (mortalité, incidence, …), dont le niveau de résistance des micro-organismes. La collaboration entre les différentes entités et structures en charge de la prévention et du contrôle des infections est indispensable pour gérer les situations découlant de cette problématique.
En Belgique cette collaboration se concrétise notamment au sein de la structure «OST" dans laquelle les autorités régionales de santé (AVIQ en Wallonie, Departement Zorg en Flandre et Vivalis à Bruxelles) travaillent en coopération avec Sciensano et l'équipe de gestion des épidémies (OMT) des hôpitaux ou des établissements de soins chroniques, afin de contrôler les épidémies de MDRO (3) . Des experts externes, par exemple des Centres Nationaux de Référence, sont associés si nécessaire.

Contexte

Le concept d'OST, outbreak support team dédiée aux épidémies de MDRO est apparu en 2013 dans le protocole d'accord concernant le Plan national MDRO (3).
Les priorités de ce plan étaient le renforcement de la surveillance épidémiologique et microbiologique, la maîtrise des infections, la politique antibiotique et pour finir, une meilleure coordination de la lutte contre les MDRO, dans laquelle s'inscrit l'OST.
L'importance de poursuivre et de soutenir les missions de l'OST est également soulignée dans l'axe «Prévention et contrôle des infections» du pilier humain du dernier plan d'action national belge «One health» de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (NAP-AMR) 2020-2024 (4), composé de 10 axes stratégiques.

Objectif :

L'OST a pour objectif de contribuer à la maîtrise des foyers de MDRO dans les institutions de soins.

N.B. :

- **Les épidémies de MDRO figurent sur la liste des maladies à déclaration obligatoire**. Leur signalement n'implique pas une demande de soutien de la part de l'OST. Vous pouvez soit demander une aide de manière proactive, soit cette aide vous sera proposée lors du signalement.
- L'OST est une structure de support différente des HOST. Vous trouverez toutes les informations en lien avec le projet HOST via ce lien : Projet-pilote «Hospital Outbreak Support Teams» (HOST) | Santé Publique (https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/projet-pilote-hospital-outbreak-support-teams-host
- En Wallonie, il existe, depuis 2020, 8 équipes de terrain appelées OSTA (OST ambulatoire) qui, à la demande de l'AVIQ, apportent un soutien aux collectivités face à un cluster de maladie infectieuse et peuvent les aider à la mise en place des mesures de prévention et de contrôle.

Demande de support :

Les demandes de support peuvent se faire par téléphone ou par mail auprès de l'autorité sanitaire de votre région :

- AVIQ (Wallonie) :
  - o Wallonie :
    - Tel: 071/33 77 77
    - E-mail: surveillance.sante@aviq.be
  - o Communauté germanophone :
    - Tel : 0492/14 05 57
    - E-mail : infektionen@dgov.be
- Departement Zorg (Flandre) :
  - E-mail : infectieziektebestrijding@vlaanderen.be
- Vivalis (Bruxelles) :
  - Tel : 02/552 01 91
  - E-mail : notif-hyg@vivalis.brussels

Afin de vous aider à nous transmettre les informations nécessaires concernant une épidémie, une checklist (un PDF interactif) commune aux 3 régions, créée en collaboration avec Sciensano, l'AVIQ, Departement Zorg et Vivalis, est à votre disposition sur les sites suivants :

- AVIQ : Les maladies infectieuses de A à Z | AVIQ (checklist en attente de publication)(https://www.aviq.be/fr/abcdaire-des-maladies-infectieuses)
- Departement Zorg : https://www.departementzorg.be/nl/outbreak-support-team-ost
- Vivalis : https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir/surveillance-sanitaire/support-a-la-gestion-des-epidemies-mdro-dans-les

Composition de l'OST :

L'OST est dirigée par les experts des autorités régionales de santé (AVIQ, Departement Zorg ou Vivalis selon la région). Cette équipe de support est déployée à la demande de l'équipe PCI de l'institution ou du médecin responsable de la gestion de l'épidémie, ou, si nécessaire, par les autorités sanitaires régionales elles-mêmes après avoir reçu notification d'une épidémie.
L'autorité régionale de santé concernée fait alors appel à d'autres experts pour former l'OST :

- Sciensano
- Le CNR concerné
- Autres experts nationaux de terrain

Support :

Les différentes activités de soutien possibles de l'OST sont les suivantes :

- Transmission de la Checklist MDRO
- Organisation de réunions réunissant les membres de l'OST ainsi que l'équipe PCI de l'institution. D'autres collaborateurs de l'institution peuvent également être invité en fonction de la situation comme la direction, le laboratoire, le service d'entretien, le service prévention, le service qualité, ... ; Les échanges peuvent avoir lieu sur place dans l'établissement ou en ligne.
- Mise à disposition d'outils d'investigation et de gestion des épidémies (Home - Epi-curve tool) ;
- Analyse des indicateurs dont dispose l'institution ou Sciensano concernant l'utilisation des antimicrobiens, l'hygiène des mains, ... ;
- Visites de terrain, avec observations et, le cas échéant, prélèvement d'échantillons sur les mains du personnel et dans l'environnement (disponible en Flandre et en cours de développement à Bruxelles), avec retour d'informations sur les constatations et recommandations dans un rapport;
- Transmission de recommandations sur base des preuves scientifiques disponibles, des recommandations nationales et internationales ainsi que des expériences ;
- Contrôle et suivi régulier jusqu'à la clôture de l'épidémie ;
- Appui auprès de la direction concernant les mesures à prendre ;
- ...

N.B. : La responsabilité principale et finale des actions à entreprendre pour endiguer l'épidémie incombe à l'hôpital ou à l'établissement de soins.

Déclaration :

Les épidémies de MDRO sont reprises dans la liste des maladies à déclaration obligatoire de chaque autorité régionale de santé.
Pour effectuer une déclaration, veuillez-vous référer à la procédure de déclaration spécifique à chaque région :

- AVIQ (Wallonie) : La déclaration obligatoire des maladies infectieuses en Wallonie de langue française | AVIQ
- Departement Zorg (Flandre) : https://www.departementzorg.be/nl/een-meldingsplichtige-infectieziekte-aangeven

• Vivalis (Bruxelles) : https://www.vivalis.brussels/fr/prevenir-et-agir/surveillance-sanitaire/maladies-a-declaration-obligatoire-en-region-bruxelloise#heading-1
N.B. : Une déclaration n'implique pas une demande de support de l'OST.

Références

1 WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2 WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 Protocole d'accord concernant le Plan national multidrug resistant organisms (MDRO), Moniteur belge, 21/11/2013.

4 https://www.health.belgium.be/fr/plan-daction-national-belge-one-health-de-lutte-contre-la-resistance-aux-antimicrobiens-2020-2024

vivalis .brussels

Vlaanderen is zorg

Wallonie familles santé handicap AVIQ

sciensano

Liste de contrôle des épidémies de MDRO

Date de la notification :

Liste de contrôle remplie par : le

Le formulaire peut être rempli à l'aide d'Adobe Acrobat Reader qui peut être téléchargé gratuitement ici. Les établissements de soins de santé qui n'ont pas la possibilité d'installer Acrobat Reader peuvent envoyer un courriel à mdro@sciensano.be pour recevoir une version en Word.

1. Coordonnées et informations sur l'institution					
Personne de contact principale (et remplaçante)	PERSONNE DE CONTACT Nom : Fonction : Téléphone : Adresse électronique :		BACK UP Nom : Fonction : Téléphone : Adresse électronique :		
Établissement de santé (et site, le cas échéant)	Nom : Adresse :		Site : Nom du réseau HOST :		
Type d'établissement	☐ Hôpital de soins aigus	☐ Hôpital psychiatrique	☐ Autre hôpital spécialisé / soins chroniques :	☐ Maison de repos et de soins	☐ Autre établissement de soins de longue durée :
Taille de l'institution (nombre de lits)	Nombre total de lits :				
L'OMT local est établi ? (Outbreak Management Team, l'équipe de gestion des épidémies)	☐ oui ☐ non	Si oui, indiquez la composition :			
Nomination d'un coordinateur d'épidémie ?	☐ oui ☐ non	Si oui, indiquez le nom :			
Nomination d'un responsable de la communication ?	☐ oui ☐ non	Si oui, indiquez le nom :			

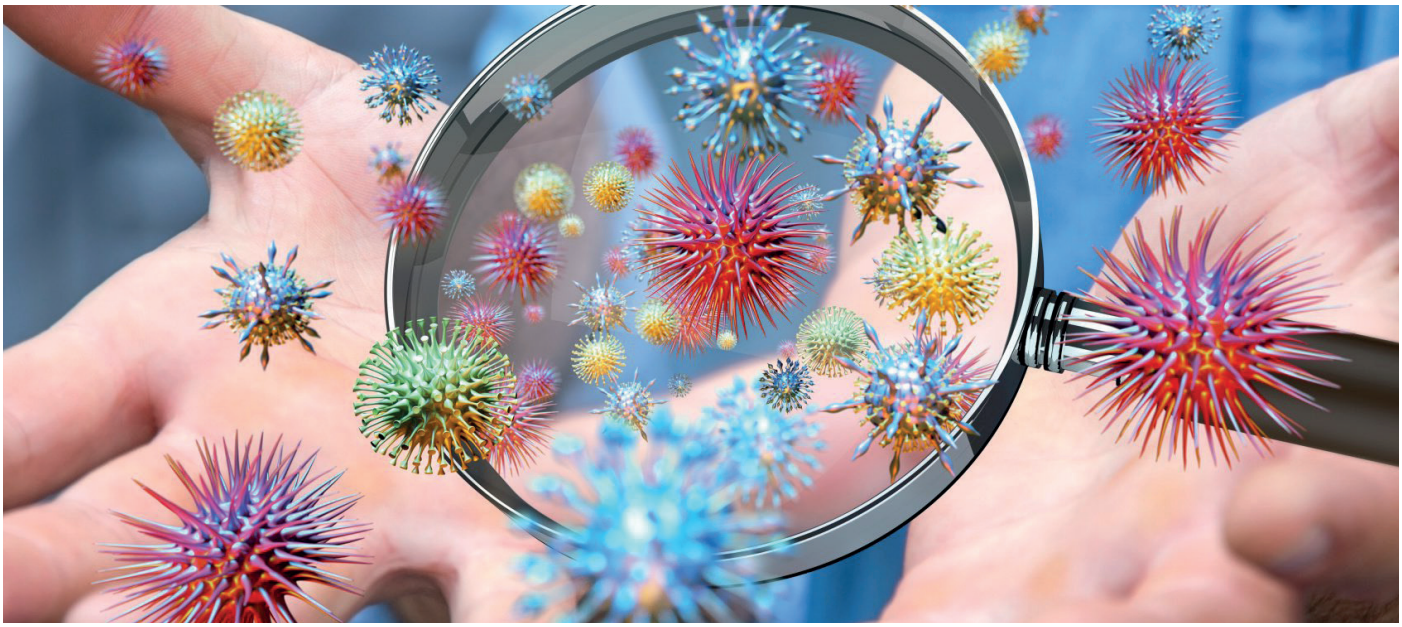
Version Février 2024 1/5

ARTICLE ORIGINAL

La prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les hôpitaux de soins aigus de Flandre : pratiques actuelles de surveillance et de retour d'information par les équipes en charge de la PCI.

Thannée Vandermeulen[1], An Caluwaerts[2], Annette Schuermans[3]

1 Infirmier hygiéniste au St Noorderhart vzw
2 Responsable de la prévention et du contrôle des infections IPC BAPCOC
3 Professeur à la Faculté de Médecine, Département Santé Publique, KU Leuven



Historique :

La surveillance et le retour d'information constituent des éléments essentiels de la prévention et du contrôle des infections (PCI) (1). En Belgique, les hôpitaux sont tenus d'évaluer leurs programmes de prévention et de contrôle des infections au moyen d'indicateurs de qualité fixés au niveau fédéral (2). Toutefois, ces indicateurs visent principalement à déterminer si un suivi est effectué et ne fournissent que peu ou pas d'informations sur les méthodes utilisées, la manière dont les retours d'information sont communiqués ou la manière dont les résultats contribuent à l'amélioration de la qualité.

Objectif

L'objectif est d'obtenir un aperçu détaillé des méthodes de suivi et de retour d'information utilisées couramment dans les hôpitaux aigus de Flandre. En parallèle, les principaux facilitateurs et obstacles au sein de ce processus sont également identifiés. L'accent est mis sur les pratiques de PCI suivantes dans les soins de santé : hygiène des mains, nettoyage et désinfection de l'environnement immédiat du patient, politique d'isolemenassociated urinary tract infectiont et prévention des quatre principales infections associées aux soins (CAUTI = catheter associated urinary tract infection, CLABSI : central line associated bloodstreaminfection, POWI = postoperatieve wondinfection et VAP/HAP = ventilator associated pneumonia. Pour cartographier le processus de surveillance et de retour d'information, l'accent a été mis sur le respect des indicateurs structurels et procéduraux.

Méthodologie

Cette étude a utilisé à une stratégie d'échantillonnage ciblée afin d'inclure un groupe diversifié d'hôpitaux de soins aigus flamands. Le choix a été effectué en tenant compte de la répartition géographique, du type et de la taille de l'hôpital, ainsi que de son statut d'accréditation. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés jusqu'à atteindre la saturation des

données, laquelle a été observée avec un échantillon final composé de quinze hôpitaux. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique, conduite selon une approche à la fois déductive et itérative.

Résultats

1.1 Objets de surveillance et retour d'information

Tous les hôpitaux étudiés procèdent à une surveillance et à un retour d'information, en mettant l'accent sur l'hygiène des mains, la politique d'isolement et la prévention des infections liées aux soins. L'hygiène des mains est le domaine le plus fréquemment observé, même si les observations demandent beaucoup de travail et que l'effet Hawthorne influence la fiabilité. L'approche en matière de nettoyage de l'environnement varie considérablement et s'inscrit généralement dans le cadre d'un projet ou d'une analyse des risques.
La gestion de l'isolement est abordée de manière systématique à l'aide d'échantillons aléatoires et de listes de tâches dans le DPI, en s'appuyant également sur des observations sur le lieu de travail et la collaboration avec le service de transport des patients. La fréquence varie, de ponctuelle à hebdomadaire. La surveillance dans le cadre de la prévention des infections liées aux soins se concentre principalement sur les ICC et les UAC ; les PAVM et les ISO font l'objet d'un suivi moins approfondi.
La sélection des points à surveiller repose sur les plans stratégiques, les analyses de risques et les obligations légales. Dans les hôpitaux universitaires, elle est également influencée par les exigences de programmes d'accréditation tels que JACIE ou Magnet.

1.2 Méthodes de collecte et d'analyse de données

La collecte des données dans les hôpitaux se fait principalement de manière manuscrite, sur papier, notamment lors des observations et des audits. Elle peut également être numérique, par exemple via le dossier médical électronique. L'analyse des données est le plus souvent réalisée manuellement dans Excel, à l'aide de tableaux et de graphiques. Malgré un intérêt croissant pour l'automatisation, le processus demeure laborieux et fortement dépendant de l'intervention humaine. Certains établissements développent des tableaux de bord internes, mais un besoin important en outils standardisés et en soutien technique persiste.

« Si on pouvait améliorer la collecte des données, l'analyse devrait automatiquement s'en trouver facilitée. Le fait que notre collecte de données soit encore largement manuelle rend également l'analyse plus difficile » (hôpital M, communication personnelle, 4 avril 2024).

1.3 Méthodes de retour d'information

Le retour d'information s'effectue à plusieurs niveaux. Le feedback direct et individuel reste rare, se limitant principalement à l'observation de l'hygiène des mains. Le retour d'information à l'échelle de l'équipe passe généralement par des tableaux de bord ou des indicateurs de qualité. Il est plus fréquemment adressé au personnel soignant qu'au personnel médical.
À l'échelle de l'hôpital, le retour d'information se fait surtout par le biais de rapports transmis aux chefs de service ou lors d'échanges en face à face. Pour les collaborateurs, il prend souvent une forme passive, via l'intranet, des bulletins d'information ou des tableaux de bord.
Le comité d'hygiène hospitalière constitue le principal lieu de concertation pour faire remonter les informations aux dirigeants et aux autres parties prenantes. Par ailleurs, les équipes de prévention et de contrôle des infections (PCI) participent régulièrement à des réunions de chefs de service ou d'équipes. La majorité des hôpitaux bénéficient de la reconnaissance et de la confiance de leur direction, même si certains soulignent que le retour d'information demeure parfois unidirectionnel.

« Les services facilitaires ont souvent moins accès à ces outils en ligne et sont moins familiarisés avec ceux-ci. Il est donc d'autant plus important de passer par les chefs de service » (hôpital I, communication personnelle, 14 mars 2024).

1.4 Méthodes d'intégration dans les stratégies d'amélioration

Bien que les résultats du suivi soient utilisés pour mettre en place des plans d'action, le cycle PDCA de Deming n'est que rarement mis en œuvre jusqu'au bout. Le manque de temps et de personnel entrave le suivi des points d'action, empêchant parfois les améliorations. Il est nécessaire de mettre en place une approche plus systématique et un planning réaliste en matière de retour d'information et de suivi.
« Pour certaines données, nous préférerions aller plus loin, car actuellement, cela reste parfois trop limité. Le cycle n'est pas toujours bouclé. Nous collectons, nous interprétons, nous relayons, nous déterminons des points d'action pour certains services, mais nous n'avons pas le temps d'assurer le suivi de ces points d'action » (hôpital B, communication personnelle, 18 avril 2024).

1.5 Facilitateurs et obstacles

Une bonne dynamique d'équipe, une collaboration interdisciplinaire efficace et le soutien de la direction contribuent à un suivi de qualité. Les équipes de prévention et de contrôle des infections se sentent reconnues et bénéficient d'une certaine autonomie.
Cependant, plusieurs obstacles persistent : une charge de travail élevée, des ressources limitées, une automatisation encore insuffisante des processus et un manque de capacités de gestion des données. En l'absence de soutien informatique adapté, le traitement des données demeure particulièrement chronophage.
La disparition de l'accréditation externe (ISQua, remplacée par FlaQuM) a entraîné la perte d'incitatifs externes pour certains établissements. Enfin, bien que de nombreux hôpitaux expriment leur volonté d'investir dans des améliorations, leurs contraintes financières en freinent souvent la mise en œuvre.

1.6 Recommandations

Il est recommandé de privilégier une communication ouverte, de favoriser la collaboration multidisciplinaire, d'intégrer les données de PCI dans les systèmes existants et de limiter le suivi aux priorités réalisables. Dans le même temps, de nombreuses

équipes de prévention et de contrôle des infections soulignent qu'il est difficile de formuler des recommandations à d'autres équipes en raison d'une visibilité limitée sur leurs approches respectives.

Les recommandations adressées à BAPCOC appellent à des réformes structurelles, notamment une révision du cadre juridique afin de garantir des effectifs adéquats, incluant un soutien administratif suffisant et un nombre approprié d'équivalents temps plein par hôpital. Il est également essentiel d'assurer la transparence, une représentation active des travailleurs dans l'élaboration des politiques, ainsi qu'une stratégie claire et cohérente à long terme, en particulier dans le cadre des réseaux hospitaliers tels que HOST.

Sur le plan technologique, il est recommandé de développer des outils nationaux uniformisés pour le suivi, le retour d'information et la visualisation des données, de mettre en place des systèmes numériques en temps réel, ainsi que de prévoir l'accompagnement par des experts en gestion des données.
Par ailleurs, les recommandations insistent sur la nécessité d'améliorer la communication interne et externe, de renforcer la formation continue des professionnels en PCI, de rédiger des lignes directrices concrètes et standardisées et de réaliser des audits externes. Enfin, une attention particulière est portée à la promotion d'une culture organisationnelle positive, dans laquelle le travail des équipes PCI est pleinement reconnu et valorisé.

Conclusion

Si une surveillance est généralement bien mise en œuvre, une approche systématique et normalisée fait souvent défaut. Le suivi est davantage curatif que préventif et s'inscrit rarement dans un cycle PDCA complet assorti de stratégies d'amélioration. Les hôpitaux et les décideurs politiques doivent accorder la priorité à l'élaboration de plans de surveillance structurés, appuyés par une infrastructure informatique renforcée et des stratégies claires en matière de retour d'information, de suivi et d'assurance qualité. Ces éléments sont essentiels pour améliorer l'efficacité des actions de prévention et de contrôle des infections.

Références

1. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Genève : Organisation mondiale de la santé (2016) : Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. Sciensano. Indicateurs de qualité pour la prévention et le contrôle des infections dans les hôpitaux aigus, Bruxelles 2011, Disponible sur : https://www.sciensano.be/fr/projets/indicateurs-de-qualite- pour-la-prevention-et-le-controle-des-infections-dans-les-hopitaux-aigus

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

Conseil Supérieur de la Santé

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9554

Lignes directrices pour la détection en laboratoire des organismes multirésistants (MDRO) à partir d'échantillons cliniques et de prélèvements de dépistage

Lignes directrices pour la détection en laboratoire des organismes multirésistants (MDRO) à partir d'échantillons cliniques et de prélèvements de dépistage

Juin 2025
N° 9554

.be

RESUMÉ

La lutte contre les infections associées aux soins de santé repose sur une détection rapide et fiable des organismes multirésistants (MDRO). Les présentes lignes directrices du Conseil supérieur de la Santé (CSS) de Belgique proposent des recommandations standardisées pour la détection en laboratoire des MDRO dans des échantillons cliniques et prélèvements de dépistage. Ce document s'inscrit en complément direct des recommandations publiées par le CSS en 2019 (CSS, 2019a), qui portaient sur la prévention et le contrôle des MDRO dans les établissements de soins belges. Il se concentre spécifiquement sur les méthodes de laboratoire permettant un diagnostic précis de l'infection ou de la colonisation par ces organismes. Il s'adresse aux microbiologistes médicaux, au personnel de laboratoire, aux spécialistes de la prévention des infections et experts en maladies infectieuses.

Priorités essentielles pour la détection des MDRO

Ces lignes directrices ciblent les MDRO les plus préoccupants sur le plan clinique, en particulier les pathogènes ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* et autres Enterobacterales), réputés pour leur forte résistance aux antibiotiques et leur rôle dans des infections nosocomiales sévères. L'accent est mis sur les mécanismes de résistance acquis, à l'exclusion des micro-organismes présentant une résistance intrinsèque (ex. : les carbapénémases chromosomiques intrinsèques chez *Aeromonas* spp, *Stenotrophomonas maltophilia*...).

Au-delà des méthodes de laboratoire, ces recommandations couvrent également des aspects organisationnels essentiels tels que la surveillance active, la validation des tests de laboratoire, la communication des résultats et les procédures de notification. Des pratiques standardisées garantissent des réponses efficaces et rapides en matière de prévention et de contrôle des infections (IPC, Infection prevention and control). Étant donné l'évolution constante de l'épidémiologie des MDRO et des technologies de détection, les laboratoires doivent se tenir informés en consultant les Centres nationaux de référence (CNR) pour les dernières informations relatives aux MDRO émergents et aux outils diagnostiques.

Le contenu complet de cet avis peut être consulté (en français) et téléchargé à partir du lien :
https://www.hgr-css.be/file/download/3ee7bfb7-6681-4302-8472-e2e3b4eab37e/wAL8odlgwYpAsqK3s8qKoc9EEz5GA7AU-Jpw343gxQXU3d.pdf

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9553

Recommandations sur la prévention et le contrôle des infections du sang liées aux cathéters intravasculaires, sous-cutanés et intra-osseux

(Cet avis remplace et intègre l'avis précédent CSS 9803 « Épidémiologie et diagnostic des infections sanguines liées aux cathéters intravasculaires », 2024)

RESUMÉ

Cet avis propose des recommandations détaillées et peut servir de base pour le développement d'une stratégie multimodale de prévention et de gestion des infections sanguines liées aux cathéters intravasculaires, sous-cutanés et intra-osseux. Il est recommandé de combiner différentes méthodes de prévention afin de prévenir efficacement les infections.

Le chapitre 1 présente une mise à jour de la situation épidémiologique des infections sanguines associées aux cathéters en Belgique.

Le chapitre 2 propose une classification des cathéters vasculaires et non vasculaires abordés dans cet avis, à savoir les cathéters artériels, les cathéters périphériques (cathéters périphériques courts et longs, et midlines), les voies d'accès veineux central (cathéters veineux centraux, cathéters centraux insérés par voie périphérique PICCs, cathéters tunnelisés, cathéters implantables et cathéters ombilicaux), les cathéters sous-cutanés et les cathéters intra-osseux. Les cathéters de dialyse ne relèvent pas du champ de cet avis.

Le chapitre 3 fournit un aperçu des directives générales applicables à tous les types de cathéters mentionnés dans cet avis, notamment des recommandations sur la préparation de la peau, les antiseptiques, les niveaux d'asepsie, le choix des pansements et des systèmes de fixation, le soin quotidien, la manipulation des connexions et des lignes de perfusion, les prélèvements sanguins, le rinçage et le verrouillage des cathéters ainsi que leur retrait. Des directives spécifiques sont développées pour chaque type de cathéter, avec une attention particulière portée au choix du site d'insertion, à la technique du placement, à l'utilisation, à l'entretien et au retrait. L'importance de l'hygiène des mains et du recours à du personnel qualifié est également mise en avant.

Le chapitre 4 traite du choix du cathéter le plus approprié, en tenant compte des facteurs liés à la thérapie et au patient. L'avis souligne l'importance de sélectionner l'option la moins invasive et la plus sûre, offrant un confort maximal au patient tout en minimisant les risques de complications.

Le chapitre 5 propose un cadre de référence pour le diagnostic des infections sanguines liées aux cathéters, basé sur le contexte clinique et les tests microbiologiques, conformément aux recommandations du CSS 9803.

Le dernier chapitre est consacré aux programmes de qualité visant à prévenir les infections et les complications liées aux cathéters. Il aborde les indicateurs de qualité, propose des outils pratiques pour améliorer les soins, et insiste sur l'importance de la formation.

Pour en savoir plus :
https://www.hgr-css.be/file/download/f09fb67a-a574-468e-af40-978e17cd0549/m6IZS2HWnoVcCdke0CjN3XUbW0jZ-S21eM2vDamkZc3d.pdf

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9444

Recommandations pour l'emballage du linge traité destiné aux institutions de soins

Complément à l'avis CSS 9444. Recommandations en matière de gestion du textile dans les institutions de soins, 2018

Recommandations pour l'emballage du linge traité destiné aux institutions de soins

Complément à l'avis CSS 9444 : Recommandations en matière de gestion du textile dans les institutions de soins, 2018.

Juin 2025
N° 9854

.be

RESUME

Ces recommandations complètent les directives CSS 9444 concernant le traitement du linge dans les institutions de soins, en mettant un accent particulier sur l'emballage du linge propre destiné au secteur de la santé. Elles prennent en compte des aspects hygiéniques, financiers et durables. L'objectif de ces directives est d'organiser le stockage et le transport du linge propre de manière à prévenir efficacement toute contamination ou pollution, tant dans la buanderie, au sein de l'institution de soins, que pendant le transport entre ces deux lieux. Des recommandations spécifiques sont proposées pour chaque étape du processus : le traitement du linge propre dans la buanderie, son stockage, le transport du linge de la buanderie à l'institution de soins, le stockage central dans l'institution de soins, le transport du linge vers le lieu d'utilisation, ainsi que le stockage du linge propre au sein du service de soins.Les techniques moléculaires, telles que les tests d'amplification des acides nucléiques (NAAT, nucleic acid amplification test) (PCR, LAMP), permettent de détecter directement les principaux gènes codant pour les carbapénémases. Elles peuvent s'avérer utiles en situation épidémique, où la rapidité est cruciale. Néanmoins, dans toutes les autres situations, le Conseil Supérieur de la Santé www.css-hgr.be – 5 – dépistage par culture semble être le choix le plus rentable et le plus pratique et est donc préconisé.

Le contenu complet de cet avis peut être consulté (en français) et téléchargé à partir du lien :
https://www.hgr-css.be/file/download/667581d8-97c4-42f6-bd34-e9df95670c24/iHSo1N6FhK4dOnEPIGu1COwzmT-2m3AC1eNHq7sxM3d.pdf

Healthcare-associated infections and use of antimicrobials in long-term care facilities (HALT studies): HALT-4 reports published(2023-2024)

Belgium :
National report 2023-2024 (in Dutch or French)

Abstract

La quatrième étude de prévalence ponctuelle dans les institutions de long séjour (HALT-4), menée en 2023-2024 en Belgique, s'inscrivait dans un projet européen coordonné par Sciensano en collaboration avec le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). L'objectif principal de cette étude était de mesurer la prévalence des infections actives liées aux soins et l'usage des antimicrobiens systémiques dans les institutions de soins de long séjour. Un total de 79 institutions ont participé à l'étude, couvrant 8 816 résidents et patients éligibles.

Soixante-neuf maisons de repos (et de soins) (MR(S)) ont participé à l'étude HALT-4. Parmi elles, 35 MR(S) (50,7%) se trouvent en Flandre, dont 33 MR(S) ont pris part à l'étude à l'automne 2023 et deux MR(S) au printemps 2024. En Wallonie, 30 MR(S) (43,5%) ont participé à l'étude, deux MR(S) lors de l'automne 2023 et 28 lors du printemps 2024. A Bruxelles, les quatre MR(S) (5,8%) ont participé lors du printemps 2024.

Plus de la moitié des résidents éligibles (59,4%) étaient âgés de plus de 85 ans et 28,0% étaient des hommes. Ils étaient majoritairement désorientés dans le temps et/ou l'espace (57,9%) et incontinents (pour les urines et/ou pour les selles) (66,5%). Les soins généraux étaient assurés par des médecins traitants dans 63,8% des MR(S), par une combinaison de médecins internes et traitants dans 34,8%, ou uniquement par des médecins internes dans une MR(S) (1,4%). Presque toutes (97,1%) disposaient d'un médecin coordinateur et conseiller (MCC). En ce qui concerne les ressources en prévention et contrôle des infections (PCI), 72,5% des MR(S) avaient au moins une personne formée, principalement des infirmiers, et parfois des médecins. La formation en hygiène des mains avait été dispensée dans 58,0% des MR(S), ciblant principalement les infirmiers et le personnel paramédical.

La prévalence moyenne et médiane des infections actives liées aux soins chez les résidents était respectivement de 2,5% et 1,6%. Un total de 178 infections ont été rapportées. Les infections les plus courantes étaient les infections des voies respiratoires (42,7%), les infections des voies urinaires (35,4%) et les infections de la peau (12,9%).

La prévalence médiane des résidents recevant au moins un antimicrobien systémique était de 3,8%. Un total de 347 agents antimicrobiens ont été rapportés. Au total, 64,0% des traitements antimicrobiens systémiques étaient administrés de façon thérapeutique. Une date de fin ou de révision était connue pour 61,7 % des antimicrobiens. Pour les traitements prophylactiques, la date de fin ou de révision n'était connue que dans 11,2%, contre 90,1% pour les médicaments prescrits à des fins thérapeutiques. Les antimicrobiens systémiques majoritairement prescrits étaient toujours les antibiotiques (J01 ; 97,4%). Les trois premières sous-catégories prescrites étaient les « autres antibactériens » (J01X; 34,3% - en particulier la fosfomycine et la nitrofurantoïne), les « bêta-lactames, pénicillines » (J01C; 28,7% - en particulier l'amoxicilline/acide clavulanique) et les « macrolides, lincosamides, streptogramines » (J01F, 14,5% - en particulier l'azithromycine).

Conclusions

The fourth PPS (HALT-4) had in part limited participation of LTCFs at national and local levels, often due to lack of resources of national teams to focus on HAIs and antimicrobial use in LTCFs. However, participation in the PPS was good (18 EU/EEA countries participated) with most participating countries achieving at least good representativeness. Most of the countries performed the PPS using the ECDC standardised methodology, including the

most recent protocol updates, contributing to the robustness of the results. The results of the PPS indicate that it is essential to strengthen IPC in LTCFs by ensuring core competencies for IPC professionals, allocating adequate resources for IPC programmes, implementing robust quality control and surveillance systems, developing comprehensive guidelines, and promoting awareness and training activities. Future actions should include further training for LTCF staff, prioritising hand disinfection with alcohol-based hand rub and standardised monitoring of HAIs and antimicrobial use, especially with PPSs. Additionally, collaboration of national authorities to collect and maintain comprehensive registries of LTCFs and their population is essential to improve understanding and comparability of long-term care systems across Europe.

Pour en savoir plus

European report 2023-2024(link is external) (including results for Belgium) : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/PPS-HAI-AMR-LCTF.pdf

LECTURES

Nous avons lu pour vous

Wang C.C., Prather K.A., Sznitman J., Jimenez J.L., Lakdawala S.S., Tufekci Z., Marr L.C.

Airborne transmission of respiratory viruses

Science, 2021 373 (6558), 659-664.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has revealed critical knowledge gaps in our understanding of and a need to update the traditional view of transmission pathways for respiratory viruses. The long-standing definitions of droplet and airborne transmission do not account for the mechanisms by which virus-laden respiratory droplets and aerosols travel through the air and lead to infection. In this Review, we discuss current evidence regarding the transmission of respiratory viruses by aerosols-how they are generated, transported, and deposited, as well as the factors affecting the relative contributions of droplet-spray deposition versus aerosol inhalation as modes of transmission. Improved understanding of aerosol transmission brought about by studies of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection requires a reevaluation of the major transmission pathways for other respiratory viruses, which will allow better-informed controls to reduce airborne transmission.

Onakpoya I.J, Heneghan C.J., Spencer E.A., Brassey J., Rosca E.C., Maltoni S., Plüddemann A., Evans D.H., Conly J.M., Jefferson T.

Viral cultures for assessing fomite transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis.

J Hosp Infect. 2022 Dec:130:63-94.

ABSTRACT

Background: The role of fomites in the transmission of SARS-CoV-2 is unclear.

Aim: To assess whether SARS-CoV-2 can be transmitted through fomites, using evidence from viral culture studies.

Methods: Searches were conducted in the World Health Organization COVID-19 Database, PubMed, LitCovid, medRxiv, and Google Scholar to December 31st, 2021. Studies that investigated fomite transmission and performed viral culture to assess the cytopathic effect (CPE) of positive fomite samples and confirmation of SARS-CoV-2 as the cause of the CPE were included. The risk of bias using a checklist modified from the modified Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies - 2 (QUADAS-2) criteria was assessed.

Findings: Twenty-three studies were included. The overall risk of bias was moderate. Five studies demonstrated replication-competent virus from fomite cultures and three used genome sequencing to match fomite samples with human clinical specimens. The mean cycle threshold (CT) of samples with positive viral culture was significantly lower compared with cultured samples that returned negative results (standardized mean difference: -1.45; 95% confidence interval (CI): -2.00 to -0.90; I2 = 0%; P < 0.00001). The likelihood of isolating replication-competent virus was significantly greater when CT was <30 (relative risk: 3.10; 95% CI: 1.32 to 7.31; I2 = 71%; P = 0.01). Infectious specimens were mostly detected within seven days of symptom onset. One study showed possible transmission of SARS-CoV-2 from fomites to humans.

Conclusion: The evidence from published studies suggests that replication-competent SARS-CoV-2 is present on fomites. Replication-competent SARS-CoV-2 is significantly more likely when the PCR CT for clinical specimens and fomite samples is <30. Further studies should investigate the duration of infectiousness of SARS-CoV-2 and the frequency of transmission from fomites.

Mellon G., Mahjoub N., Metivier F.., Osinski N., Gabassi A., Delaugerre C., Vanoli E., Crawford C., Le Goff J.

Enhancing the control of respiratory virus spread: a comprehensive approach integrating airborne virus detection, aerological investigations, and airflow modeling for practical implementation

Infect Control Hosp Epidemiol ., 2025 Jan 10:1-10.

Objective: Patients with chronic kidney disease suffer from immune dysfunction, increasing susceptibility to infections. The aim of the study was to investigate air contamination with respiratory viruses in a dialysis unit at a quaternary hospital using molecular detection techniques and to analyze airflow dynamics through computational fluid dynamics (CFD) simulations for a comprehensive assessment of air transmission risks.

Methods: We conducted dialysis unit air sampling using AerosolSense™ samplers. Air and clinical sampling occurred during three periods in 2022: winter, early, and late fall. A technical team maintained the dialysis unit's ventilation system during mid fall. Ventilation system capacity and airflow rates were measured. CFD simulations were used to evaluate airflow dynamics.

Results: The investigation collected 144 air samples, revealing heterogeneous virus detection rates across locations and study periods. Virus positivity correlated with the presence of patients and the effectiveness of the ventilation system. The ratio of virus air positivity to virus patient positivity was 1.84 and 3.35 during the first and the second periods, respectively, and collapsed to 0.64 after maintenance. Airflow rate measurements highlighted a ninefold discrepancy between actual and theoretical airflow (393 m3/h vs. 3530 m3/h), which was rectified by maintenance actions. Airflow dynamics and particle dispersion visualization through CFD simulations contributed to a better understanding of transmission risks.

Conclusions: Detection of viruses in the air, combined with CFD, revealed deficiencies in air renewal. Maintenance interventions significantly improved airflow dynamics and particle dispersion, reducing airborne virus spread.

MacIntyre C.R., Chughtai A.A., Kunasekaran M.., Tawfiq E., Greenhalgh T.

The role of masks and respirators in preventing respiratory infections in healthcare and community settings [Review].

BMJ 2025 Feb 27:388:e078573.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic saw frequent changes and conflicts in mask policies and politicization of masks. On reviewing the evidence, including studies published after the pandemic, the data suggest respirators are more effective than masks in healthcare, but must be continuously worn to be protective. Healthcare and aged care settings amplify outbreaks, so protection of patients and staff is paramount. Most guidelines assume risk is only present during close contact or aerosol generating procedures, but studies show intermittent use of respirators is not protective. New research in aerosol science confirms the risk of infection is widespread in health facilities. In community settings, any mask use is protective during epidemics, especially if used early, when combined with hand hygiene, and if wearers are compliant. Community use of N95 respirators is more protective than surgical masks, which are more protective than cloth masks, but even cloth masks provide some protection. Mask guidelines should be adaptable to the specific context and should account for rising epidemic activity, and whether a pathogen has asymptomatic transmission. The main rationale for universal masking during pandemics is asymptomatic transmission, which means risk of transmission cannot be self-identified. The precautionary principle should be applied during serious emerging infections or pandemics when transmission mode is not fully understood, or vaccines and drugs are not available. If respirators are not available, medical or cloth masks could be used as a last resort. Data exist to support extended use and reuse of masks and respirators during short supply. In summary, extensive evidence generated during the covid-19 pandemic confirms the superiority of respirators and supports the use of masks and respirators in the community during periods of high epidemic activity. Some gaps in research remain, including economic analyses, research in special population groups for whom masking is challenging, and research on countering disinformation.

Simniceanu A., Satta G.

Infection prevention and control of epidemic-prone acute respiratory infections in healthcare setting

Curr Opin Pulm Med 2025 May 1;31(3):230-236.

ABSTRACT

Purpose of review:

The recent COVID-19 pandemic sparked discussions and highlighted significant gaps on the most appropriate infection prevention and control (IPC) measures when dealing with acute respiratory infections (ARIs). This narrative review aims to provide an overview of the existing international and national guidelines on the IPC measures to control epidemic and pandemic-prone ARIs in healthcare settings.

Recent findings: The WHO has recently produced a report proposing an updated terminology for respiratory pathogens. One of the key outcomes of this consultation was the adoption of the term 'infectious respiratory particles' (IRPs). According to the report, IRPs are defined as infectious particles that can be expired from an infected person through activities like breathing, talking, singing, coughing, sneezing, or even spitting. Most notably, there is no longer the clear and traditional distinction between droplet and aerosol based on the cut-off of particle size, but rather a continuum of particle sizes of IRPs.

Summary: Among other recommendations, all international guidelines place emphasis on the use of standard and transmission-based precautions when dealing with respiratory viruses. It is important to assess how the new proposed terminology for respiratory pathogens may affect the current existing IPC measures.

Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. World Health Organisation (WHO)

April, 2024, 52pp. This document can be downloaded in full (52pp) in PDF format from the following link

https://www.who.int/publications/m/item/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air

Overview

Terminology used to describe the transmission of pathogens through the air varies across scientific disciplines, organizations and the general public. While this has been the case for decades, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, the terms 'airborne', 'airborne transmission' and 'aerosol transmission' were used in different ways by stakeholders in different scientific disciplines, which may have contributed to misleading information and confusion about how pathogens are transmitted in human populations.

This global technical consultation report brings together viewpoints from experts spanning a range of disciplines with the key objective of seeking consensus regarding the terminology used to describe the transmission of pathogens through the air that can potentially cause infection in humans.

This consultation aimed to identify terminology that could be understood and accepted by different technical disciplines. The agreed process was to develop a consensus document that could be endorsed by global agencies and entities. Despite the complex discussions and challenges, significant progress was made during the consultation process, particularly the consensus on a set of descriptors to describe how pathogens are transmitted through the air and the related modes of transmission. WHO recognizes the important areas where consensus was not achieved and will continue to address these areas in follow-up consultations

---

Plachouras D, Kacelnik O., Rodriguez-Bano J., Birgand G., Borg M.A., Kristensen B., Kubele J. Lyytikaïnen O., Presterl E., Reilly J., Voss A., Zing W., Suetens C., Monnet D.L.

Revisiting the personal protective equipment components of transmission-based precautions for the prevention of COVID-19 and other respiratory virus infections in healthcare

Euro Surveill 2023 Aug;28(32):2200718.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic highlighted some potential limitations of transmission-based precautions. The distinction between transmission through large droplets vs aerosols, which have been fundamental concepts guiding infection control measures, has been questioned, leading to considerable variation in expert recommendations on transmission-based precautions for COVID-19. Furthermore, the application of elements of contact precautions, such as the use of gloves and gowns, is based on low-quality and inconclusive evidence and may have unintended consequences, such as increased incidence of healthcare-associated infections and spread of multidrug-resistant organisms. These observations indicate a need for high-quality studies to address the knowledge gaps and a need to revisit the theoretical background regarding various modes of transmission and the definitions of terms related to transmission. Further, we should examine the implications these definitions have on the following components of transmission-based precautions: (i) respiratory protection, (ii) use of gloves and gowns for the prevention of respiratory virus infections, (iii) aerosol-generating procedures and (iv) universal masking in healthcare settings as a control measure especially during seasonal epidemics. Such a review would ensure that transmission-based precautions are consistent and rationally based on available evidence, which would facilitate decision-making, guidance development and training, as well as their application in practice.

Zanella M.C., Rhee C., Klompas M.

Preventing respiratory viral transmission in healthcare settings [Review]

Curr Opin Infect Dis 2025 Aug 1;38(4):339-346.

Purpose of review: The COVID-19 pandemic catalyzed new insights into respiratory viral transmission mechanisms and prevention. We review the most practical and impactful measures to prevent SARS-CoV-2 and other nosocomial respiratory viral infections in healthcare.
Recent findings: Nosocomial respiratory viral infection rates mirror viral activity levels in the surrounding community. During peak periods ~15-20% of hospitalized patients with respiratory viral infections may have acquired their virus in the hospital. Nosocomial respiratory viral infections are associated with increased lengths-of-stay, risk of respiratory failure, and hospital death. Most procedures contribute minimally to aerosol production compared to labored breathing, coughing, and forced expiration. Masking for source control and exposure control both decrease transmission risk, respirators more so than masks. Likewise, vaccinating healthcare workers decreases transmission risk and is associated with lower patient mortality rates, particularly in long-term care facilities. Increasing air changes, ultraviolet irradiation, and portable HEPA filtration units may also decrease transmission rates but their marginal benefit relative to current healthcare ventilation standards has yet to be established.
Summary: Practical strategies to prevent nosocomial respiratory viral infections include maximizing staff and patient influenza and SARS-CoV-2 vaccination rates and implementing routine masking during patient interactions when community incidence is high.

Gettler E.B., Keipp Talbot H., Zhu Y., Ndi D., Mitchel E, Markus T. M., Schaffner W., Harris B., Talbot T.R.

Respiratory syncytial virus: an under-recognized healthcare-associated infection

Infect Control Hosp Epidemiol. 2025 May 16;46(6):1-5.

ABSTRACT
Objective: Prior reports of healthcare-associated respiratory syncytial virus (RSV) have been limited to cases diagnosed after the third day of hospitalization. The omission of other healthcare settings where RSV transmission may occur underestimates the true incidence of healthcare-associated RSV.
Design: Retrospective cross-sectional study.

Setting: United States RSV Hospitalization Surveillance Network (RSV-NET) during 2016-2017 through 2018-2019 seasons.

Patients: Laboratory-confirmed RSV-related hospitalizations in an eight-county catchment area in Tennessee.

Methods: Surveillance data from RSV-NET were used to evaluate the population-level burden of healthcare-associated RSV. The incidence of healthcare-associated RSV was determined using the traditional definition (i.e., positive RSV test after hospital day 3) in addition to often under-recognized cases associated with recent post-acute care facility admission or a recent acute care hospitalization for a non-RSV illness in the preceding 7 days.
Results: Among the 900 laboratory-confirmed RSV-related hospitalizations, 41 (4.6%) had traditionally defined healthcare-associated RSV. Including patients with a positive RSV test obtained in the first 3 days of hospitalization and who were either transferred to the hospital directly from a post-acute care facility or who were recently discharged from an acute care facility for a non-RSV illness in the preceding 7 days identified an additional 95 cases (10.6% of all RSV-related hospitalizations).

Conclusions: RSV is an often under-recognized healthcare-associated infection. Capturing other healthcare exposures that may serve as the initial site of viral transmission may provide more comprehensive estimates of the burden of healthcare-associated RSV and inform improved infection prevention strategies and vaccination efforts.

Brierley R.C.M., Taylor J., Turner N., Rees S., Thorn J., Metcalfe C., Henderson E.J., et al.

A pragmatic cluster randomised controlled trial of air filtration to prevent symptomatic winter respiratory infections (including COVID-19) in care homes (AFRI-c) in England: Trial protocol.

PLoS One. 2024 Jul 23;19(7):e0304488.

ABSTRACT

Background: Respiratory tract infections are readily transmitted in care homes. Airborne transmission of pathogens causing respiratory tract illness is largely unmitigated. Portable high-efficiency-particulate-air (HEPA) filtration units capture microbial particles from the air, but it is unclear whether this is sufficient to reduce infections in care home residents. The Air Filtration to prevent symptomatic winter Respiratory Infections (including COVID-19) in care homes (AFRI-c) randomized controlled trial will determine whether using HEPA filtration units reduces respiratory infection episodes in care home residents.

Methods: AFRI-c is a cluster randomized controlled trial that will be delivered in residential care homes for older people in England. Ninety-one care homes will be randomised to take part for one winter period. The intervention care homes will receive HEPA filtration units for use in communal areas and private bedrooms. Normal infection control measures will continue in all care homes. Anonymised daily data on symptoms will be collected for up to 30 residents. Ten to 12 of these residents will be invited to consent to a primary care medical notes review and (in intervention homes) to having an air filter switched on in their private room. The primary outcome will be number of symptomatic winter respiratory infection episodes. Secondary outcomes include specific clinical measures of infection, number of falls / near falls, number of laboratory confirmed infections, hospitalisations, staff sickness and cost-effectiveness. A mixed methods process evaluation will assess intervention acceptability and implementation.

Discussion: The results of AFRI-c will provide vital information about whether portable HEPA filtration units reduce symptomatic winter respiratory infections in older care home residents. Findings about effectiveness, fidelity, acceptability and cost-effectiveness will support stakeholders to determine the use of HEPA filtration units as part of infection control policies.

IDEES OU
EXPERIENCES
A PARTAGER
Vos expériences
nous intéressent,
celles des uns profitent
aux autres.
Noso-info peut faire le lien.
Racontez-nous vos épidémies :
nombre de cas, quel processus
a été mis en place,
résultats obtenus, coût.

SITES WEB

Les adresses à ne pas oublier

- ABIHH - AUVB Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
  https://www.abihh.be
- Avis et Recommandations du Conseil Supérieur de la Santé
  https://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante
- BAPCOC
  https://www.health.fgov.be/antibiotics
- Belgian Infection Control Society (BICS)
  https://www.belgianinfectioncontrolsociety.be
- CDC/HICPAC
  https://www.cdc.gov/hicpac/index.html
- Healthcare Infection Society (HIS)
  https://www.his.org.uk/
- Infect Control and Hospital Epidemiology (ICHE)
  https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology
- Journal of Hospital Infection (JHI)
  https://www.journalofhospitalinfection.com
- Noso Suisse
  https://www.swissnoso.ch/fr/
- Noso-*info* Belgique
  https://www.nosoinfo.be
- Sciensano
  https://www.sciensano.be
- The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)
  https://shea-online.org
- WIN, Werkgroep Infectiebeheersing netwerk verpleegkundige
  https://www.netwerkverpleegkunde.be
- World Health Organization (WHO)
  https://www.who.int/gpsc/en

AGENDA SCIENTIFIQUE

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

- **16 - 19 SEPTEMBRE 2025**
  International Conference on Prevention and Infection control (ICPIC)
  Lieu : Genève, Suisse

- **9 OCTOBRE 2025**
  Symposium de la Belgian Infection Control Society (BICS)
  Video conférence
  Renseignements : Christine Laurent, UCL Namur
  Email : : christine.laurent@chuuclnamur.uclouvain.be

- **19 - 22 OCTOBRE 2025**
  Society for Health Care Epidemiology of America (SHEA)
  ID Week - Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America
  Lieu : Atlanta,USA
  Renseignements : https://shea-online.org/events/idweek-2025/
  Email : info@shea-online.org

- **15 - 16 DÉCEMBRE 2025**
  46ème Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie infectieuse (RICAI)
  Lieu : Palais des Congrès, Place de la Porte Maillot, 2, Paris, France
  Renseignements : inscription-ricai@europa-organisation.com

- **3 - 5 JUIN 2026**
  36ème Congrès de la Société Française en Hygiène Hospitalière (SF2H)
  Lieu : Lille, France
  Renseignements : insc-SF2H@europa-organisation.com

Comité de rédaction

Comité de rédaction
G. Demaiter, T. De Beer, Y Glupczynski, K. Matthys,
A. Simon, A. Spettante, Y. Velghe,
N. Verbraeken.

Coordination rédactionnelle
A. Simon

Secrétariat de rédaction
A. Simon
Email : anne.simon@helora.be

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

Partenaires

Pour tout renseignement concernant Sciensano

+32 2 642 51 11
www.sciensano.be/fr
info@sciensano.be

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

Netwerk verpleegkunde

Pour tout renseignement concernant le groupe de travail hygiène hospitalière NVKVV

Mme Camelia Bogaert
Tél : 02/737 97 85
Fax : 02/734 84 60
Email : administratie@netwerkverpleegkunde.be

ABIHH

Pour tout renseignement concernant l'ABIHH

Association belge des infirmiers en hygiène hospitalière
Mme Huguette Strale
Tél : 02/555 45 89
Email : info@abihh.be
https://abihh.com

BICS – Belgian Infection Control Society

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

Christine Laurent
Centre Hospitalier Universitaire CHU
UCL Namur.
Tél : 081/42 32 73
Email : -

COTISATIONS BICS :

Inscription comme membre du BICS :
Infirmier(e)s 30 €
Médecins 70 €
Médecins en formation 30 €
Autres 55 €
via www. belgianinfectioncontrolsociety.com