



## I Sommaire

- 2 |** La prévention des nv-HAP ou pneumonie nosocomiale non associée à la ventilation: un (nouveau) défi pour les équipes de prévention et de contrôle des infections (EPCI)
- 7 |** Mes noces d'étain à l'Association Belge des Infirmier.e.s en Hygiène Hospitalière (A.B.I.H.H)
- 15 |** L'hygiène vue par les étudiants en soins infirmiers et l'hygiène sur le terrain : amis proches ou ennemis jurés ?
- 19 |** Dépistage du MRSA dans un hôpital psychiatrique : une approche réfléchie dans un cadre complexe
- 22 |** Stratégie multimodale pour la prévention des infections associées aux cathéters urinaires (CAUTI) dans 4 hôpitaux belges
- 27 |** Médiation animale dans les Unité des Soins Intensifs Pédiatriques et Adultes du HUB. Et l'hygiène ?
- 31 |** Des nouvelles de Sciensano
- 35 |** Sites web
- 36 |** Agenda scientifique
- 37 |** Nos derniers mots
- 38 |** Comité de rédaction & Partenaires

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

## I Éditorial



### Chères lectrices, chers lecteurs,

En refermant ce numéro, nous refermons aussi une page particulière de notre histoire. Dernier numéro de l'année, dernier numéro tout court ! Ce numéro marque la fin de plusieurs engagements successifs qui ont façonné Noso-Info mais aussi la prévention des infections en Belgique. Mais si une page se tourne, c'est bien pour laisser place à une autre : éclairée par l'expérience, nourrie par l'expertise et animée par une communauté professionnelle toujours plus engagée.

Ce numéro illustre une fois encore la richesse et la diversité des enjeux qui nous rassemblent. La prévention des nv-HAP, encore trop peu étudiée et pourtant centrale pour la sécurité des patients, y occupe une place majeure. Le témoignage consacré aux « noces d'étain » à l'ABIHH rappelle, avec force et humilité, combien l'engagement associatif peut transformer un métier, une équipe... parfois même une carrière entière.

Les regards croisés entre étudiants, enseignants et personnes engagées dans la prévention des infections soulignent quant à eux un défi essentiel : celui de transmettre, de former, de guider, afin que les pratiques de terrain rejoignent les exigences théoriques et que la prévention des infections ne soit jamais perçue comme un obstacle, mais comme un réflexe de soin.

À travers ces contributions, c'est tout un écosystème qui se donne à voir : des institutions en évolution, des collaborations qui se renforcent, des professionnels qui innovent, partagent, s'interrogent et avancent ensemble. Et c'est bien là la force de notre domaine : une dynamique collective, qui se nourrit des défis présents pour construire les solutions de demain.

Je tiens à remercier chacune et chacun d'entre vous — auteurs, relecteurs, membres du comité de rédaction, équipes PCI, enseignants, partenaires et lecteurs fidèles — pour votre constance, vos partages, votre confiance. Noso-Info n'existe que grâce à vous, et grâce à cette volonté commune d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Que cette transition vers, espérons-le une formule revisitée de Noso-Info, soit un pas vers une nouvelle étape. Continuons à faire vivre la prévention des infections avec exigence, curiosité et conviction. Continuons à tisser les liens qui font progresser notre profession et protègent nos patients.

Puisque j'ai décidé de ne pas faire partie de la future histoire de Noso-Info, je tiens tout spécialement à remercier ceux qui ont cru en moi en m'en confiant la rédaction pendant toutes ces années.

Le comité de rédaction se joint à moi pour vous souhaiter une lecture stimulante... et une année à venir porteuse de sens et surtout de beaux projets.

Anne Simon

**noso info**



### Editeur Responsable :

A. Simon  
anne.simon@helora.be



## ARTICLE À LA UNE

# I La prévention des pneumonies nosocomiales non-associées à la ventilation (nv-HAP): un (nouveau) défi pour les équipes de prévention et de contrôle des infections (EPCI)

**Guido Demaiter**

Infirmier hygiéniste hospitalier à l' AZ Groeninge Courtrai, membre du WIN (Werkgroep Infectiebeheersing Netwerk verpleegkunde)



## Introduction

La pneumonie est l'infection associée aux soins de santé (IAS) la plus courante dans le monde et est associée à une morbidité, une mortalité et un coût importants<sup>1-4</sup>. Jusqu'à récemment, les équipes PCI se concentraient (au mieux) exclusivement sur la surveillance et la prévention de la pneumonie associée à la ventilation assistée (VAP). Ceci est à noter car d'après des études américaines les 2/3 de toutes les pneumonies nosocomiales surviennent chez des patients non ventilés<sup>5-6</sup>. En Europe, l'impact des pneumonies nosocomiales non associées à la ventilation (nv-HAP) a été très peu étudié. Les programmes nationaux de prévention de la nv-HAP, qu'ils aient ou non été élaborés conformément à la stratégie d'amélioration multimodale de l'OMS, sont absents<sup>7</sup>. L'impact négatif de la nv-HAP sur les patients et le système de santé est considérable<sup>4,8</sup>. Ce n'est pas pour rien que les nv-HAP ont été incluses dans les 10 points à travailler les plus importants pour la sécurité des patients en 2022 par l'ECRI (Emergency Care Research Institute). Malgré les diverses initiatives d'action déjà formulées<sup>7,9</sup>, l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie d'amélioration multimodale pour la prévention de la nv-HAP s'avèrent complexes. Cet article passe en revue quelques points sensibles, et émets également des suggestions pour rendre cette approche possible et réalisable.

## Définition de la nv-HAP

Dans le contexte européen, l'utilisation de la définition du ECDC pour la pneumonie semble appropriée. Cette définition de la surveillance est utilisée, entre autres, dans les études européennes de prévalence ponctuelle des infections nosocomiales dans les hôpitaux de soins aigus et est également utilisée dans le protocole Sciensano pour la surveillance nationale des infections nosocomiales en soins intensifs (2004). Le CDC/NHSN utilise une définition similaire, bien qu'avec quelques nuances et une sous-catégorisation différente des pneumonies.

Fig.1 Définition ECDC, CDC/NHSN des nv-HAP<sup>3,10</sup>

RX	Apparition d'une image évocatrice d'une pneumonie dans au moins 2 radiographies du thorax ou tomodensitogrammes consécutifs chez des patients atteints d'une maladie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente. Chez les patients sans maladie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente, une seule radiographie pulmonaire ou tomodensitométrie suffisent.
Symptômes	Au moins l'une des situations suivantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre &gt; 38 °C sans autre cause apparente</li> <li>• Nombre abnormal de globules blancs ≤ 4 000 ou ≥ 12 000 µL</li> <li>• ≥ 70 ans et confusion aiguë sans autre explication (CDC/NHSN seulement)</li> </ul> Et au moins l'un des éléments suivants (ou au moins 2 en cas de « seulement » suspicion clinique et d'absence de confirmation microbiologique) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition d'expectorations purulentes ou modifications des caractéristiques de l'expectoration (couleur, odeur, quantité, consistance)</li> <li>• Toux de dyspnée ou tachypnée</li> <li>• Auscultation suggestive (crépitations ou souffle bronchique), ronchi, respiration sifflante</li> <li>• Détérioration des échanges gazeux (par exemple, désaturation en O2 ou augmentation de la demande en oxygène ou besoin accru de ventilation)</li> </ul>
Microbiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture quantitative positive de LBA ou d'aspiration endotrachéale</li> <li>• Hémoculture positive non liée à une autre cause</li> <li>• Culture positive du liquide pleural</li> <li>• Examen histologique positif</li> <li>• PCR positive : pour un agent pathogène respiratoire viral</li> <li>• Test antigénique urinaire positif (Legionella)</li> <li>• Culture non quantitative positive d'expectoration ou d'échantillon des voies respiratoires</li> <li>• Pas de microbiologie positive</li> </ul>

## Surveillance

Mesurer, c'est savoir, mais cartographier correctement les nv-HAP s'avère une tâche complexe et exige une charge de travail importante. Contrairement à d'autres infections associées aux soins de santé, pratiquement tous les patients hospitalisés peuvent être considérés comme à risque. En l'absence d'une surveillance automatisée ou semi-automatisée, la surveillance continue est une tâche impossible compte tenu des effectifs insuffisants de personnel PCI actuellement disponible dans nos hôpitaux. Pour contourner le problème de la surveillance longue et complexe, les codes ICD-10 sont parfois utilisés pour les pneumonies qui surviennent après 48 heures d'hospitalisation et qui ne sont pas présentes à l'admission. Cette méthode est associée à une faible sensibilité et spécificité et est en outre influencée par la variabilité interhospitalière de la qualité du codage ICD10<sup>4,11,12</sup>. Ainsi, dans une étude Suisse Mueller et al. rapportaient, par ex. une sensibilité de 53,7 %<sup>12</sup>. L'utilisation des données de résumé cliniques minimum (RCM) n'est généralement pas recommandée comme technique de surveillance et conduit souvent à une sous-estimation. Dans un contexte différent, une étude belge arrive à la même conclusion<sup>13</sup>.

En raison de l'utilisation généralisée des dossiers de santé électroniques, l'introduction de la surveillance (semi-)automatisée offre une solution prometteuse<sup>14-15</sup>. Dans la surveillance automatisée, des logiciels (algorithmes ou systèmes d'apprentissage automatique) permettent de détecter des épisodes de nv-HAP via les données des dossiers patients électroniques, les paramètres vitaux, les résultats de laboratoire, les rapports RX, etc. Avec la surveillance entièrement automatisée, il n'est pas nécessaire de confirmer manuellement les cas d'infection détectés. Dans le cadre d'une surveillance semi-automatisée, le logiciel identifie les cas suspects sur la base de critères définis. Dans un second temps, une analyse manuelle des dossiers suspects est effectuée afin de déterminer s'il s'agit réellement d'une nv-HAP. La sensibilité, la spécificité et la réduction possible de la charge de travail de divers algorithmes pour la surveillance semi-automatisée de nv-HAP ont été étudiées à l'hôpital universitaire de Zürich<sup>12</sup>.

L'utilisation de ces algorithmes dépend des usages locaux et de la manière dont toutes les données nécessaires sont enregistrées de manière structurée dans le système d'information hospitalier. De nombreux algorithmes prometteurs rapportés dans une étude monocentrique ne peuvent pas être simplement adoptés sans que ceux-ci n'aient fait la preuve d'une validation locale préalable<sup>16</sup>. Une sensibilité élevée de détection est le paramètre le plus important dans la surveillance (semi-)automatisée, un minimum de 90 % est nécessaire<sup>17</sup>. Bien que les données d'une étude monocentrique limitent la généralisation, elles peuvent tout de même être une bonne source d'inspiration pour commencer. Dans l'étude Suisse mentionnée ci-dessus, une sensibilité de 99,3 % a été obtenue en combinant « procédure radiographique thorax » et « fièvre >38 °C ou un nombre anormal de globules blancs ». Cet algorithme a permis de réduire la charge de travail de 91,1 %<sup>12</sup>. Si l'on veut faire une surveillance périodique de nv-HAP et mesurer l'effet des actions préventives prises, une sensibilité de 90 % paraît suffisante<sup>12</sup>. Compte tenu du fait qu'il est préférable de s'efforcer également d'obtenir la réduction la plus élevée de la charge de travail, 3 algorithmes semblent intéressants (voir figure 2).

Fig.2. Algorithmes prometteurs pour la surveillance semi-automatisée de nv-HAP<sup>12</sup>.

Imagerie du thorax	Imagerie du thorax avec rançon	fièvre >38°C	WBC >4000 ou ≥ 12000	Antimicrobiens	Bactériologie	virologie	CRP ≥ 20mg/l	Hôpital LOS >5j	Code CIM-10 pour HAP	Réduction de l'oxygénation	pas d'intubation	sensibilité	spécificité	Réduction de la charge de travail	Nombre de personnes à dépister (nombre de personnes à risque à dépister pour détecter un cas de nv-HAP)
x	x sur x			X						X	91,5%	96,6%	96,1%	6,6	
x	x sur x			X				x		X	90,6%	96,7%	96,2%	6,4	
x	x sur x	X			x	x	x	x	x	X	92,0%	96,7%	96,2%	6,4	

Une solution réalisable pourrait consister à recourir à une surveillance semi-automatisée, limitée ou non à certains services à risque (par exemple, neurologie, oncologie/ hématologie, gériatrie, etc.) pendant quelques mois (par exemple, pendant la période hivernale). Une telle approche permettrait également de valider l'algorithme utilisé.

La grande variabilité des méthodes de surveillance se traduit par un manque de données de référence fiables. Les informations sur la prévalence ou sur l'incidence de la nv-HAP sont rares<sup>11</sup> (et il est toujours nécessaire d'examiner la manière dont les données ont été recueillies. La Fig. 3 énumère quelques chiffres d'incidence rapportés.

Fig.3. Incidence des nv-HAP

Giuliano et al., 2018	3,63/1000 jours-patients	Codage de la ICD-9
Carey et al., 2022	1,26/1000 jours-patients	Codage de la ICD-10
Jones et al., 2023	0,96/1000 jours-patients	Définition de la surveillance électronique NV-HAP
Wolfensberger et al. 2023	1,42/1000 jours-patients (pré-intervention)	surveillance semi-automatisée cf. définition de l'ECDC

## Stratégies de prévention

Des données fiables sur les actions préventives efficaces sont limitées. Il s'agit souvent d'études non randomisées qui ne mentionnent pas des critères objectifs tels que la durée du séjour, la mortalité ou l'utilisation d'antibiotiques<sup>21</sup>. En raison des différentes définitions et méthodologies de surveillance, il est également difficile d'évaluer les résultats rapportés des stratégies de prévention utilisées.

Sur la base de l'aperçu des facteurs de risque pour le développement de nv-HAP, les stratégies de prévention suivantes visant les facteurs de risque modifiables peuvent être proposées<sup>21-23</sup>.

### Soins bucco-dentaires quotidiens pour tous les patients.

Cette intervention est la plus étudiée et est mentionnée dans les études avant-après. Elle vise à réduire le taux de colonisation du pharynx buccal par des bactéries pathogènes. Ce que ces soins bucco-dentaires quotidiens impliquent exactement n'est pas toujours clairement défini<sup>21</sup>, mais de plus en plus de preuves soulignent la grande importance du brossage des dents tandis que l'utilisation standard d'un bain de bouche contenant de la chlorhexidine est abandonnée<sup>2,21,24-25</sup>.

Le brossage mécanique des dents empêche la formation de la plaque dentaire et la formation de biofilm beaucoup mieux que les antiseptiques oraux. Les meilleures pratiques de soins buccodentaires basés sur des preuves (p.ex. celles préconisées par l'American Dental Association) devrait servir de base aux infirmiers pour prendre en charge quotidiennement le patient<sup>22</sup>.

#### Dépistage des troubles de la déglutition en cas de suspicion de problèmes de déglutition/ajustement du régime alimentaire et de l'apport hydrique.

Cette intervention s'adresse principalement aux patients victimes d'un AVC, mais aussi aux patients gériatriques et à certains patients oncologiques<sup>26-27</sup>. Elle vise à prévenir l'aspiration. Cette stratégie de prévention comprend la mise en œuvre d'une politique claire de dépistage au chevet du patient, l'utilisation d'un ou de plusieurs outils de dépistage de la dysphagie et l'élaboration de lignes directrices sur les menus de dysphagie dans lesquels la consistance des aliments et des boissons est déterminée en fonction du degré de dysphagie. Le cadre IDDSI (International Dysphagia Diet Standardization Initiative) est une ligne directrice utile pour la cuisine diététique et l'orthophonie. La mesure dans laquelle l'élevation de la tête du lit (30-45°) joue un rôle dans la prévention de la nv-HAP pendant les repas ou la nutrition entérale n'a pas été suffisamment étudiée<sup>21-22</sup>.

## Mobilisation précoce des patients

Faire de l'exercice en toute sécurité le plus tôt possible après l'admission ou l'intervention chirurgicale présente de nombreux avantages, tant sur le plan physique que mental, et semble également être utile pour la prévention de nv-HAP<sup>29-32</sup>. En plus de programmes de physiothérapie adaptés à des groupes de patients spécifiques, il est nécessaire de mettre en place une politique générale (par exemple, s'asseoir sur le bord du lit ou se lever au moins 2 fois par jour, prendre ses repas hors du lit si possible).

## Interventions multimodales pour la prévention des pneumonies virales.

20 à 40 % des nv-HAP sont d'origine virale<sup>21</sup>. La pandémie de covid-19 a donné lieu à la préparation d'un plan hivernal pour les infections respiratoires<sup>33</sup> dans lequel diverses mesures sont proposées en fonction de l'ampleur de la circulation des agents pathogènes respiratoires viraux. Une nouvelle version est attendue à l'automne 2025. L'utilisation de masques faciaux, le dépistage viral des patients symptomatiques, l'isolement, la ventilation sont des éléments importants. Selon le CSS, une vaccination adéquate contre le covid-19; RSV et la grippe saisonnière dans les groupes à haut risque contribue également à la prévention du nv-HAP. La vaccination peut non seulement contribuer à la prévention des pneumonies virales. Dans des groupes à risque spécifiques, l'administration d'un vaccin antipneumococcique est également indiquée<sup>34</sup>.

Bien que parfois mentionnée dans les care bundle de soins, l'association entre la prévention des ulcères de stress et la nv-HAP n'est pas claire<sup>21,23</sup>. Aucune étude ne démontre que la prévention des ulcères de stress est utile dans la prévention des nv-HAP.

Un nombre limité de publications font état de l'utilisation de care bundle efficaces. La figure 4 en donne un aperçu<sup>23</sup>. Les éléments inclus dans les care bundles varient et sont rarement décrits en détail.

Fig. 4 Care bundles pour la prévention des nv-HAP

Kazaure et al., 2014, <sup>35</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiné respiratoire pré- et post-opératoire (toux/respiration profonde à l'aide d'un spiromètre)</li> <li>- Hygiène bucco-dentaire avec de la chlorhexidine 2x/J</li> <li>- Mobilisation avec un bon contrôle de la douleur</li> <li>- Tête de lit min. 30°</li> <li>- Prise de repas en position assise</li> </ul>
Lacerna et al. 2020 <sup>36</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation précoce</li> <li>- Prise de repas avec assise bien droite</li> <li>- Dépistage des problèmes de déglutition</li> <li>- Réduction de la sédation</li> <li>- Tête de lit min. 30°</li> <li>- Hygiène bucco-dentaire</li> <li>- Entretien de la sonde d'alimentation</li> </ul>
de Assis et al. 2021 <sup>37</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RX control : positionnement correct de la sonde entérale pour la première alimentation par sonde</li> <li>- Tête de lit à 30° pendant l'alimentation par sonde</li> <li>- Hygiène bucco-dentaire 3x /J</li> <li>- Hygiène nasale quotidienne</li> <li>- Contrôle quotidien de la fixation de la sonde d'alimentation</li> </ul>
Rosario et al. 2021 <sup>26</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tête de lit min. 30°</li> <li>- Dépistage systématique de la dysphagie</li> <li>- En plus du brossage dentaire, rinçage de la bouche ou gargarisme avec de la chlorhexidine 0,2 %</li> <li>- Vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque</li> </ul>
Wolfensberger et al. 2023 <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène bucco-dentaire</li> <li>- Dépistage de la dysphagie</li> <li>- mobilisation</li> <li>- pas d'IPP ou d'antécide sans indication</li> <li>- Kiné respiratoire</li> </ul>
Sopena et al. 2023 <sup>38</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène des mains</li> <li>- Dépistage de la dysphagie chez les patients à haut risque</li> <li>- Tête de lit min. 30°</li> <li>- réduction ou arrêt des sédatifs en cas de changement de l'état mental ou de confusion</li> <li>- Hygiène bucco-dentaire</li> <li>- Utilisation d'eau stérile pour les soins respiratoires, d'eau en bouteille pour l'irrigation de la sonde entérale et des prothèses dentaires</li> </ul>

## Conclusion

À ce jour, la Belgique n'est pas encore prête pour une bonne surveillance automatisée des nv-HAP. Il n'y a pas de programme de surveillance formalisé. Il n'existe pas non plus de recommandations nationales fondées sur des données probantes pour la prévention de la nv-HAP.

Ces manques existent en fait au niveau de l'Europe dans son ensemble.

Des mesures relativement simples<sup>39-40</sup> peuvent prévenir la nv-HAP, mais il n'est pas facile d'atteindre une conformité suffisante de l'ensemble des soins à l'échelle de l'hôpital. La mise en place de soins bucco-dentaires adéquats 2 fois par jour pour tous les patients est un défi majeur<sup>2</sup>. Théoriquement, il devrait être facile de mesurer l'observance des care bundles à l'aide des données du dossier électronique du patient, mais la pratique montre que ce n'est pas aussi simple. Il faut également y réfléchir.

Le nouvel ensemble d'indicateurs de qualité fédéraux CHIPS (Check Hospital Infection Prevention Status) qui entrera en vigueur à partir de 2026 inclut explicitement la prévention des nv-HAP. Une stratégie d'amélioration multimodale composée de procédures, de formation et d'éducation, de care bundle

(mesure) et de surveillance est attendue sur une période de 3 ans. En l'absence d'un programme national, ce sera une tâche difficile pour de nombreux hôpitaux.

## Références

- (mesure) et de surveillance est attendue sur une période de 3 ans. En l'absence d'un programme national, ce sera une tâche difficile pour de nombreux hôpitaux.
- assessment of reliability and validity, *Infect Control & Hosp Epidemiol* 2023, 44, 1769-1775.
17. Van Mourik (M.) et al., PRAISE: Providing a roadmap for automated infection surveillance in Europe, *Clin Microbiol Infect*, 2021, 27:S3-19.
  18. Giuliano (K.) et al., The epidemiology of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States, *Am J Infect Control*, 2018, vol. 46, nr. 3, 322-327.
  19. Carey (E.) et al., Non-ventilator associated hospital acquired pneumonia incidence and health outcomes among US veterans from 2016-2020. *Am J Infect Control*, 2022, 520,116-119.
  20. Wolfensberger (A.) et al., Prevention of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in Switzerland: a type 2 hybrid effectiveness-implementation trial, *Lancet Infect Dis*, 2023, 23:836-846.
  21. Klompas (M.) et al., Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute care hospitals: 2022 update, *Infect Control & Hosp Epidemiol*, 2022, 43, 687-713.
  22. Quinn (B.) et al., Non-ventilator healthcare-associated pneumonia (nvHAP): best practices for prevention of nv-HAP, *Am J Infect Control*, 2020, 48, A23-A27.
  23. Livesey (A.) et al., Practices to prevent non-ventilator hospital acquired pneumonia: a narrative review, *J Hosp Infect*, 2024, 151, 201-212.
  24. Ehrenzeller (S.), Klompas (M.), Association between daily toothbrushing and hospital-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis, *JAMA Internal Medicine*, 2024, 184(2), 131-142.
  25. Crist (M.) et al., Oral care in non-ventilated hospitalized patients, *Am J Infect Control*, 2025, 53, 277-288
  26. Rosario (B.) et al., Evaluation of multi-component interventions for prevention of nosocomial pneumonia in older adults: a randomized, controlled trial, *European Geriatric Medicine*, 2021, 12, 1045-1055.
  27. Green (L.), Non-ventilator healthcare associated pneumonia (nvHAP): oncology, *Am J Infect Control*, 2020, 48, A20-22.
  28. Passaro (L.), Harbarth (S.), Landelle (C.), Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients, *ARIC*, 2016, 5:43.
  29. Boden (I.) et al., Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded multicentre randomised controlled trial, *BMJ* 2018;360:j5916.
  30. Cuesy (P.) et al., Reduction in the incidence of poststroke nosocomial pneumonia by using the turn-mob program, *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2010;19(1)23-8.
  31. Stolbrink (M.) et al., The early mobility bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of stay, *J Hosp Infect* 2014;88(1)34-39.
  32. Qi (W.) et al., Association between daily average of mobility achieving during therapy sessions and hospital-acquired or ventilator associated pneumonia among critically ill patients, *J Intensive Care Med*, 2023, 38(5), 418-424.
  33. RMG, Seizoensplan respiratoire pathogenen/winterplan luchtweginfecties, 2024.
  34. - Vaccinatie tegen pneumokokken (volwassenen), HGR nr. 9674, september 2022.
  35. Kazaure (H.) et al., Long-term results of a postoperative pneumonia prevention program for the inpatient surgical ward, *JAMA Surg*, 2014, 149(9), 914-918.
  36. Lacerna (C.) et al., A successful program preventing nonventilator hospital acquired pneumonia in a large hospital, *Infect Control & Hosp Epidemiol*, 2020, 41, 547-552.

37. de Asis (M.) et al., The impact of a bundle to prevent hospital-acquired pneumonia in a cohort of nonventilated patients on enteral nutrition, *Infect Control & Hosp Epidemiol.*, 2021, 42, 100-102.
38. Sopenda (N.) et al., Intervention to reduce the incidence of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia: a pilot study, *Am J Infect Control*, 2023, 51, 1324-1328.
39. Davilla (S.), Non-ventilator healthcare associated pneumonia (nv-HAP): taking action to improve nv-HAP outcomes, *Am J Infect Control*, 2020, 48, A28-A35.
40. Patient Safety Movement Foundation, Non-ventilator Hospital-acquired Pneumonia (nv-HAP) actionable patient safety solutions, 2022.

## ARTICLE ORIGINAL

# I Mes noces d'étain à l'Association Belge des Infirmier.e.s en Hygiène Hospitalière (A.B.I.H.H)

**Yves Velghe**

Adjoint à la direction du département infirmier et paramédical au CHU Brugmann (Bruxelles) - Infirmier chef de service en hygiène hospitalière/prévention et contrôle des infections - Président de l'ABIHH 2015-2025



## Introduction

Je ne reprendrai pas dans cet article toutes les législations relatives aux missions des comité d'hygiène hospitalière, médecin hygiéniste et infirmier.e hygiéniste, ni le financement au niveau du budget des moyens financiers (BMF), ni la législation spécifique ou la structure du département infirmier.

L'objectif de cet article est de vous présenter mon expérience et vécu de président de l'ABIHH pendant 10 ans.

L'Association Belge des Infirmier.e.s en Hygiène Hospitalière (ABIHH) fondée en 1974, sous forme d'une association scientifique, a modifié ses statuts en 2011 pour devenir une A.S.B.L.

Les membres actuels sont des infirmier.e.s travaillant dans le cadre de l'hygiène hospitalière. L'objectif de l'association est la promotion de toutes mesures, recommandations ou activités relatives à la formation, à l'évaluation, à la supervision et à la recherche scientifique en matière de prévention des infections liées aux soins. Sa gouvernance est assurée par un comité exécutif (président.e, vice-président.e, trésorière, secrétaire, vice-secrétaire) assisté par un conseil d'administration, le tout dans le respect des statuts.

En 2015, une nouvelle gouvernance a été mise en place à l'expiration des mandats des comité exécutif et conseil d'administration présents. Etant déjà membre du conseil d'administration depuis plusieurs années, j'ai accepté, après mure réflexion, le poste de Président avec le soutien des administrateurs. C'était pour moi un honneur de reprendre ce mandat confié même si cela incluait la prise de nouvelles responsabilités, le tout sur base volontaire et bénévolement..... Très vite je me suis posé la question « Et maintenant que vais-je faire ? »

**Ma vision de la présidence était la suivante :**  
La présidence implique avant tout d'être un leader et un catalyseur de la dynamique collective.

Elle doit incarner la vision et les valeurs de l'ABIHH tout en assurant sa bonne gouvernance.

Mon rôle consistait à coordonner les efforts des membres, à représenter l'association auprès des partenaires, et à veiller à la réalisation des objectifs fixés, le tout au travers de valeurs et de compétences qui me sont chères:

- Leadership et charisme afin d'inspirer, de motiver et de mobiliser les membres autour d'un projet commun.
- Ecoute des besoins et des idées des membres, en favorisant un climat de confiance, de dialogue et de partage.
- Organisation et rigueur c.à.d. capable de gérer efficacement les ressources, de planifier les activités et de respecter les engagements.
- Esprit d'initiative et dynamisme : Proactif pour proposer des projets innovants et faire avancer l'association.
- Capacités de communication : À l'aise pour représenter l'association à savoir dialoguer, convaincre et nouer des partenariats.
- Honnêteté et intégrité : Agir avec transparence et éthique, en respectant les statuts et en étant un modèle pour les membres.
- Adaptabilité et résilience: Savoir faire face aux imprévus et ajuster la stratégie et le fonctionnement lorsque nécessaire.
- Bienveillance tout en assurant une certaine assertivité.
- Persévérence....tenir bon contre vents et marées.
- Professionnalisme.

En somme, un président d'association est un leader humain, à la fois fédérateur et rigoureux, capable de porter la vision de son association tout en cultivant la cohésion et l'engagement de ses membres.

Mon plan stratégique voyait donc le jour : « L' ABIHH pour vous, l' ABIHH par vous », initialement pour la durée du mandat, il s'est poursuivi jusque début 2025.

Ce plan était constitué de plusieurs actions et se présentait sous la forme suivante :



## INFORMATION

Pour transmettre efficacement l'information aux membres de l'association, il est important d'utiliser plusieurs canaux de communication adaptés (Email, site internet, réunions et assemblées, procès-verbaux, teams, groupe de messagerie instantanée, ...) pour des échanges rapides, formels et informels.

Il est essentiel que les membres puissent disposer d'informations claires, transparentes et à jour pour favoriser leur engagement, leur sentiment d'appartenance, leur participation active à la vie de l'association. L'évolution rapide de l'information implique sans cesse une attention particulière pour tenir nos membres à jour.

Durant mon mandat, vu l'évolution technologique, peut être que plus de moyens « à la mode » (réseaux sociaux :Facebook, Twitter, LinkedIn,..), auraient pu être mis en place mais je sais que ce point sera déjà repris par la nouvelle équipe dirigeante.

## FORMATION

Pour pouvoir jouer un rôle essentiel dans la prévention des infections et la promotion de l'hygiène au sein de nos institutions, l' I.H.H. doit actualiser et développer ses compétences en «savoir-faire» (les compétences techniques et opérationnelles). Je trouvais aussi important que nos membres puissent aussi développer leurs compétences en «savoir-être» (les qualités personnelles et attitudes) nécessaires pour pouvoir bien exercer sa fonction d'I.H.H. Allier des compétences techniques pointues à des qualités personnelles de management et de leadership me semblait indispensable.

Les formations et les échanges de pratiques entre les I.H.H. (e.a. mise en place lors des plénière d'étude de cas), apparaissent comme des éléments essentiels pour améliorer la sécurité et qualité des soins aux patients et des soignants dans le contexte de la PCILS. Par ailleurs, ces formations et échanges constituent également des leviers pour renforcer ces préventions et contrôles dans nos établissements de santé. Ils favorisent une approche proactive, collaborative et adaptée aux enjeux locaux, contribuant ainsi à l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

Comment cela s'est-il traduit concrètement lors de mon mandat pour un développement professionnel et personnel ?

## REPRESENTATION

L'objectif de la représentativité d'une association est :

- D'apporter une visibilité notamment lors d'événements nationaux et internationaux (congrès, réunions et groupes de travail divers, ...).
- D'avoir une volonté de représentativité forte avec d'autres associations nationales et internationales.
- D'augmenter le taux d'adhésion et de participation des infirmier.e.s en hygiène hospitalière (I.H.H.).
- D'être un partenaire de choix en interne et en externe pour toutes questions relatives à l'hygiène hospitalière et la prévention et contrôle des infections liées aux soins (PCILS) avec une certaine capacité d'influence e.a. au niveau des plateformes fédérale et régionales, en tant qu'expert au Conseil Supérieur de la Santé, en faisant partie du comité de rédaction du Noso info, en collaborant avec la Belgian Infection Control Society (B.I.C.S) et les instances fédérales, ...
- De défendre la légitimité, la crédibilité, la visibilité et les intérêts de notre profession d'I.H.H. notamment lors de la discussion de l'attribution du code IFIC (Institut de classification de fonctions) pour les I.H.H. en tant qu'infirmier.e chef.fe de service (ICS), ceci en concertation et actions communes avec la NVKV Win (Werkgroep Infectiebeheersing Netwerk Verpleegkunde)(BRAEKEVELD Pedro, VELGHE Yves, L'Infirmier en Hygiène Hospitalière – une espèce en voie de disparition ?, Noso Info vol. XXIII n° 1, 2019) et obtenir le soutien de l'UGIB (Union Générale des Infirmier.e.s de Belgique) en tant que membre.
- La reconnaissance de notre profession, comme son rôle clé dans la PCILS est souvent banalisé par nos instances officielles, voir nos directions, sauf pendant la période du COVID ou lors d'épidémies. Ce n'est pas sans peine que nous avons pris notre bâton de pèlerin pour aller sonner à toutes les portes pour qu'enfin notre profession soit reconnue à sa juste valeur .. à suivre. ( VELGHE Yves, L' Infirmier (e) en Hygiène Hospitalière en Belgique : une espèce en voie de disparition ou une renaissance grâce à la pandémie de COVID 19 ?, Noso Info vol. XXV n°3, 2021).

## Formations lors des réunions plénaires (minimum 3/an) :

03/12/2015 Les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière

03/12/2015 Temps d'attente (groupes de travail)

25/02/2016 Les Plan et carte stratégiques de L'ABIHH

25/02/2016 Le site de l'ABIHH

22/09/2016 Gestion de cathétères intravasculaires

22/09/2016 Ma piscine est malade

22/09/2016 Lutte et prévention de la Légionnelle : expérience pratique

22/09/2016 Décontamination d'un circuit d'eau par l'hydrolyse

22/09/2016 L'hydrolyse

22/09/2016 Tout ce que vous voulez savoir des robinets

22/09/2016 Feed back Journée BICS/NVKVV Win/ABIHH

13/12/2016 Infections liées aux soins, partage d'expériences d'un médecin expert

13/12/2016 Hygiène hospitalière et aspects juridiques

13/12/2016 Le point de vue du médiateur : Hygiène hospitalière et réalité du terrain

13/12/2016 Le rôle du médecin du travail

09/03/2017 Gestion d'une épidémie à Norovirus

09/03/2017 Épidémie de norovirus

09/03/2017 Gestion d'une épidémie à CPE

09/03/2017 Gastrostomie ... Bizarre ...vous avez dit bizarre ?

09/03/2017 Hygiène des mains : Techniques de formation et de contrôle

09/03/2017 Feed back grande des référents en HH

09/03/2017 Gestion des indicateurs qualité en HH

09/03/2017 Audit virtuel et e-learning

09/03/2017 Projet d'extension des audits hygiènes des mains

09/03/2017 Projet innovant à travers l'audit ?

09/03/2017 Audit des cuisines des unités de soins

09/03/2017 Audit KT

09/03/2017 Gestion des précautions additionnelles

20/03/2017 E-learning Pusti

28/03/2017 Le concept PICC CVC CUROS

28/09/2017 Expérience de l'accréditation

28/09/2017 Donner envie au changement

28/09/2017 Statut de l'infirmier hygiéniste

28/09/2017 Recommandations en stérilisation

28/09/2017 Etude Halt = 3 PSY

05/12/2017 Gestion des précautions opératoires ... et Vous

05/12/2017 Feed back grande des référents en HH

15/03/2018 Et si Maribrek avait été un attentat bactériologique ?

15/03/2018 Efficacité et efficacité des Masques Respiratoires

15/03/2018 IFIC – Etat de la Question

15/03/2018 Résultats enquête nationale statut de l'IFH

26/06/2018 Gestion d'un projet de changement : comment réussir à échouer ?

16/10/2018 Du marketing en Prévention et Contrôle des Infections ?

06/12/2018 La fièvre Q

06/12/2018 Vaccination Grippe : Tu veux ou tu veux pas ?

06/12/2018 Bientôt Halt = 3 PSY

12/12/2018 Gestion du petit matériel en néant/instabilité - Atelier

06/12/2018 CPE en réadaptation : Quid précautions additionnelles ? - Atelier

06/12/2018 Infections plates : Audits réalisées ? - Atelier

06/12/2018 Atelier Dépistage pré opératoire : Suivi et qui ?

06/12/2018 Désinfection / Nettoyage Véhicules SMUR et ambulance : Réalité ?

14/05/2019 La chambre des erreurs

14/05/2019 Projet 5 ans pour sauver des vies : Observance de l'hygiène des mains HIS

14/05/2019 Recommandations du CSS sur la prévention des infections urinaires au cours de soins

14/05/2019 Thermotherapie et prévention des infections

14/05/2019 Dépistage pré opératoire : Suivi et qui ?

14/05/2019 Audit IFIC Audition 30/04/2019

24/09/2019 Tout ce que vous voulez savoir sur les sondes endocavitaires !

24/09/2019 Le leadership situationnel

24/09/2019 Réflexion critique par rapport aux indicateurs qualité en hygiène hospitalière

05/12/2019 Les résistances aux antiseptiques

05/12/2019 Les bactéries ESKAPE !

05/12/2019 L'hygiéniste: position centrale ?

31/03/2020 Référence COVID

31/03/2020 Nouvelles annales COVID

24/09/2020 Prise en charge d'une patiente atteinte de Junin

24/09/2020 Prise en charge COVID/19

24/09/2020 Nouveau site internet

24/09/2020 Expérience COVID et nous - Groupes de travail

08/12/2020 Plénière annulée COVID

Année 2021 : 3 plénières annulées pour COVID

12/10/2021 Les filtres respiratoires

12/10/2021 NOSOKOS

12/10/2021 Etre membre de l'ABIHH

12/10/2021 La plateforme fédérale psychiatrique

12/10/2021 Le réseau des référents en hygiène hospitalière et accréditation

15/03/2022 Révision et audit du processus d'entretien des endoscopes digestifs thermosensibles

15/03/2022 Le traitement COVID 19

15/03/2022 Infection : quid utile à l'IFH

15/03/2022 Feed back aux unités de soins : nouvelle approche ?

15/03/2022 Suspension contamination matériel ancillaire Creutzfeld Jakob - cas pratique

15/03/2022 Infirmier de pratique avancée

07/06/2022 Audits aux quartiers opératoires : Utilité ?

07/06/2022 Epidémie d'Enterobactéries Productrices de Carbapénémases (CPE) en unité de gériatrie

07/06/2022 Présentation du projet HOST Huri

07/06/2022 Prévention des IAS à CSPO en dialyse

07/06/2022 Audits en dialyse

07/06/2022 Cas groupés de mucormycoses dans un service d'onco-hématologie - cas pratique

06/12/2022 Dépistage en réadaptation

06/12/2022 Cas groupés de mucormycoses dans un service d'onco-hématologie

06/12/2022 Feed-back RIFIH Dommedange

06/12/2022 Hospitalisation à domicile et ses défis de demain

06/12/2022 Rapport d'étonnement

06/12/2022 Apport de la mise en place d'un algorithme pour la surveillance semi-automatisée des ISO

25/03/2025 Les résultats des indicateurs de qualité pour la PCI (données 2023)

25/03/2025 Support à la gestion d'épidémie par l'OST-MDRO

25/03/2025 Expérience de l'introduction de chiens aux USI Erasme

25/03/2025 Le chien d'assistance

25/03/2025 Dépistage MSSA/MSRSA à domicile en pré-opératoire pour la chirurgie de prothèse d'épaule et de hanche

25/03/2025 Rôle du relais en hygiène hospitalière au sein du Secteur B

25/03/2025 Bilan 10 ans Présidence et CA démissionnaires

25/03/2025 Nouvelle présidence et CA ... To be continue

09/03/2023 La variole du singe

09/03/2023 Gestion CLABSI en Dialyse - Cas Pratique

09/03/2023 Moi et les autres

09/03/2023 Feed-back RIFIH Dommedange

09/03/2023 NVKVV win et ABIHH : l'union fait la force

23/07/2023 Bilan 10 ans Présidence et CA démissionnaires

## Participation en tant qu'orateur.trice.s et/ou modérateur.trice.s aux Rencontres Internationales Francophones (R.I.F.)

Notre association a toujours proposé la majorité des sujets et depuis 2016, et chaque fois, ceux-ci ont été retenus lors de la sélection (VELGHE Yves, *XXVIII rencontres internationales francophones des Infirmier.e.s en hygiène et prévention des infections*, Noso Info vol. XXVIII n°2, 2024)

6 & 7/10/2016 - SFH Lille Xvies: Le parcours de soins et risque infectieux	
Retour d'expériences d'une épidémie d'enterocoques VRE aux soins intensifs	S. Browet
MRSA en long séjour	F. Antoine
Audit CVC aux soins intensifs	S. de Montpellier
27 & 28/09/2018 - SIPI Lausanne Xvies: "De l'ordinaire à l'extraordinaire"	
Stratégie de formation basée sur l'apprentissage mixte, une réponse à la mise en place d'une politique performante en matière de lutte contre les infections liées aux soins en maison de repos et de soins ?	A. Compère
Prise en charge d'un patient porteur d'un Corynebacterium ulcerans producteur de toxine au CHU de Liège...ou lorsque la diptérie réapparaît	A. Dumazy
Partager les expériences invasives : un nouveau défi au CHU de Charleroi !	J. Janiczek
Maladies d'infections hospitalières : 3200 soignants à former et à informer au sein d'une même institution .... sortons des sentiers battus !!!	P. Spinazze
Gestion des voies IV : Evidence Based medicine et évidence de la réalité : mieux communiquer pour s'améliorer!	V. Schamroth
Empowerment du patient porteur MRSA : Mythe ou réalité sur le terrain ?	A. Metango
Importance du rôle de l'équipe opérationnelle d'hygiène lors d'un déménagement vers une nouvelle structure des soins aigus	A. Bennert
27 & 28/10/2022 - URSL Domainedange XVlies : De l'hospitalier à l'extra-hospitalier: la pandémie sous toutes ses coutures	
Vous avez dit changement ?	A. Bennert
To be HOST not to be... de l'hospitalier à extra hospitalier	A. Dumazy
Optimisation de la PCI et AMS : Vous avez dit Host ?	C. Gerardy
Empowerment du patient psychiatrique ...une expérience pas si ordinaire	A. Metango
Implémentation d'une base de données de surveillance épidémiologique : Quand le Canada s'invite en Belgique, un défi	H. Strale
Pandémie COVID et une unité de pédiatrie accueillant des enfants maltraités : Conciliable ?	F. Antoine
Gestion du COVID en communauté germanophone : Entre mythe et réalités	I. Finck
COVID : de l'extra à l'intra hospitalier	N. Houdart
Développement d'un blended learning en Hygiène Hospitalière : les précautions additionnelles et les soignants	Z. Crockart
16 & 17/05/2024 ABIHH LIN XVIIIèmes : l'infirmier en prévention et contrôle des infections: solidaire ou solitaire ?	
Infection de cathéter en dialyse: Toute une histoire!	N. Houdart
Comment améliorer les pratiques en Prévention et Contrôle des Infections (PCI) d'un hôpital en pleine restructuration ?	
Les virus respiratoires	A. Morel
Optimisation de la Prise en Charge des MDRO à l'Hôpital de la Citadelle	C. Weltjens
Développement durable du Bloc Op CHU Liège	Z. Crockart
Gestion d'une épidémie aux entérocoques résistants à la vancomycine aux Cl. Univ. Saint-Luc	D. Mertens
Bon prélèvement des hémoductures chez l'adulte aux urgences	E. Dumitrescu
L'infirmier(e) en prévention et contrôle des infections .... la solitude n'existe pas...	I. Miesse
	A. Metango
19/03/2018 Confrès NVKVV Win Oostende	
Kritische reflectie van de ABIHH op het aantal indicatoren versus ls de patient er mee gebaat ?	Y. Velghe

## INVITATION

D'autres professionnels de la santé (médecine du travail, infirmiers urgentistes, juriste, psychologue, gestionnaire de projet, cadres infirmiers, laboratoire, collègues néerlandophones, ...) ont eu l'opportunité de présenter des sujets lors nos réunions plénierées.

Une volonté initiale était aussi de donner la parole à certaines autres professions tout aussi concernées mais moins mises en avant dans le cadre de la PCILS (paramédicaux, kiné, responsable logistique /support ...), à d'autres associations infirmières (AFIU, ASTER, AFISO, ...) et autres premières lignes (MRS, Soins à domicile,... ) mais hélas cela n'a pu être réalisé.

La création des réseaux HOST impliquait que leurs représentants puissent aussi présenter leurs activités à l'ensemble des membres lors des réunions plénierées, donnant parfois lieu à des débats.

Par contre, un grand pas été fait vers le monde de l'enseignement en soins infirmiers en incluant dans nos statuts le fait qu'un.e I.H.H. puisse rejoindre le conseil d'administration comme administrateur.trice.

## PARTICIPATION

La participation en tant que membre au sein de notre association professionnelle consiste à participer activement aux activités de l'ABIHH afin de soutenir ses objectifs et de contribuer à son développement ( rappel de notre devise « L'ABIHH pour vous, L'ABIHH par vous »).

Un partie de cette participation a déjà été abordé dans l'item « Formation » mais cela inclus aussi la participation aux réunions et assemblées (assister aux rencontres pour discuter des projets, des politiques et des orientations de l'association) en sachant que le taux moyen de participation aux réunions plénière n'est que de 50%..... Les raisons des absences sont multiples mais principalement liées à un agenda (sur)chargé, d'autres priorités urgentes, parfois un refus de Directions infirmières (un seul.e IHH libéré.e par plénière et institution), d'ordre privé, ...

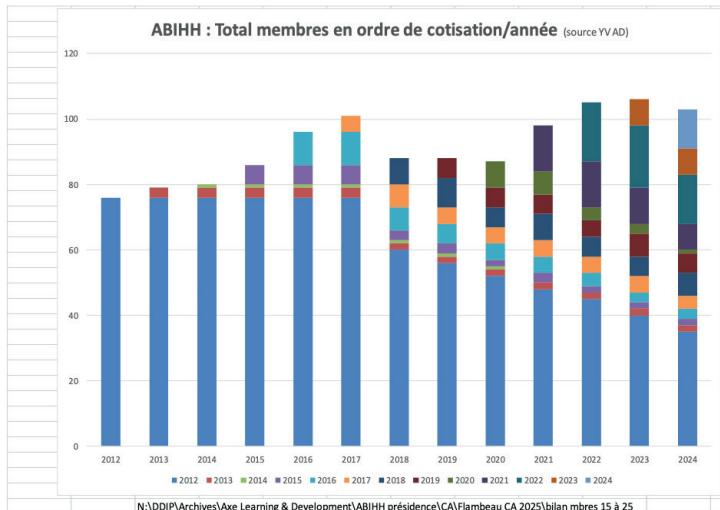
## IMPLICATION

Le président n'est pas le seul à s'impliquer. Outre l'implication en tant qu'orateur.trice ou/et modérateur.trice, il est attendu des membres de :

- contribuer aux activités et projets (prendre part à l'organisation ou à la réalisation d'événements, formations, conférences ou autres initiatives).
- payer dans les temps la cotisation annuelle. Bien que modeste, cela peut sembler anodin mais c'est un travail supplémentaire pour notre trésorière qui doit faire des rappels réguliers. Du coup si pas en ordre de cotisation, la décision prise était d'arrêter l'accès au site et aux invitations aux plénières et autres activités .... responsabilisation de chacun.e.
- s'engager bénévolement dans la gouvernance (voir nos statuts), ce qui n'a pas toujours été facile, notamment en 2019 lors de la composition du Comité Exécutif (CE) et Conseil d'administration (CA).
- recherche de sponsors .....
- partager des documents/fiches/procédures.
- répondre à la foire aux questions entre membres.
- mettre à la disposition de l'ABIHH des locaux (idéalement gratuitement) pour les réunions plénierées. Auparavant, nous étions accueillis gratuitement dans les locaux d'une firme pharmaceutique. Ce changement a eu un impact important sur les frais de l'association.
- participer aux enquêtes/audits proposés par l'ABIHH.
- rédiger et publier des articles e.a. dans Noso info.

Cette implication est différente d'une personne à une autre, d'une génération à une autre. L'équilibre vie privée et vie professionnelle n'est pas évident, tout comme le « don de soi gratuitement » pour une association n'est pas inné.

Au regard du tableau ci-dessous, notre association aura une toute autre composition au départ des « baby-boomers » dont je fais partie. Une réelle remise en question de chacun. C'est à cette implication sera primordiale pour la survie de notre association.



Néanmoins, ces relations intergénérationnelles au sein de notre association peuvent être perçues comme un véritable atout pour favoriser la transmission des savoirs, le partage et la valorisation d'expériences. Les membres plus expérimentés apportent leur vécu, leur expertise et leur sagesse, tandis que les jeunes peuvent offrir une ouverture d'esprit, des compétences numériques et une énergie renouvelée. L'apprentissage mutuel et l'enrichissement réciproque, que ce soit dans les activités, les projets ou la gestion de l'association est primordial.

En favorisant une bonne intégration intergénérationnelle et un environnement inclusif, dynamique et riche en échanges (voir Innovation), la pérennité de l'A.B.I.H.H. me semble en bonne voie.

## COLLABORATION

Un élément plus qu'important au niveau du plan stratégique. Comme dit le proverbe « Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ».

Ma volonté était de développer nos collaborations au niveau national (Ecoles en soins infirmiers, Netwerk verpleegkunde (l'ancien NVKVV win), Belgian Infection Control Society, SPF, plateformes fédérale et régionales, ....) et internationales (Associations luxembourgeoise l'Union des Responsables des Soins Infirmiers du Luxembourg / Suisse – les Spécialistes Infirmiers Prévention de l'Infection / française – la SF2H société Française d'Hygiène Hospitalière / la canadienne l'Association des Infirmières en Prévention des Infections).

### Ecoles en soins infirmiers

La collaboration entre notre association professionnelle et les écoles d'enseignement en soins infirmiers est extrêmement bénéfique pour renforcer les formations théoriques et pratiques dans le cadre de la prévention des infections liées aux soins (ex : Implication au niveaux des journées consacrées à la

prévention et contrôle des infections à HELMo (Haute Ecole Libre Mosane) afin de préparer ces futur.e.s infirmier.e.s à la culture sécurité.

Grâce à notre expérience du terrain et à l'actualisation de notre expertise, nos réunions plénierées ont permis d'enrichir le contenu des programmes éducatifs des enseignants en PCILS. Un pas plus loin aurait été de développer des outils, guides ou modules interactifs en collaboration avec les enseignants pour sensibiliser les futur.e.s infirmier.e.s aux enjeux de la prévention des infections.

A contrario, les enseignants, par leurs questions et remarques spécifiques liées au pratico-pratique du suivi des étudiants sur le terrain, permettent parfois aux IHH de rester réaliste.

En collaboration avec deux d'entre eux, notre réflexion du terrain vous apportera de plus amples informations. Voir article publié également dans ce Noso Info ( VERSCHUEREN Sophie, ZANINI Fabrice, VELGHE Yves, *L'hygiène vue par les étudiants en soins infirmiers et l'hygiène sur le terrain : Différences et complémentarités entre l'enseignement théorique et la pratique*).

### Netwerk verpleegkunde (ancien NVKVV) Win

Bien qu'ayant développé les collaborations internationales au niveau francophone, je souhaitais aussi mettre en place une collaboration nationale avec nos collègues néerlandophones. Étant bilingue, très rapidement des liens se sont créés, pas uniquement entre nos associations, mais également au niveau interpersonnel.

Étant membre de la NVKVV Win, j'ai pu être invité en tant qu'orateur lors de leur congrès annuel ( <https://www.netwerkverpleegkundemagazine.be/nieuwseditie-mei-2017/> ) et bénéficier de leurs expériences de terrain en communauté flamande. Le fait que nos pratiques en PCILS soient identiques est rassurant. Par contre il n'en va de même au niveau de la formation des I.H.H à tel point que certain.e.s de leurs I.H.H. s'inscrivent à notre certification interuniversitaire en prévention des infections et hygiène hospitalière. Se pose aussi alors la question d'une certification commune .... . voire qui sait, d'une seule certification nationale dans le futur ? Cette collaboration a donné lieu récemment à notre volonté d'organiser une journée de formation commune avec le BICS en 2026.

Un dossier commun pris en charge a été la révision de notre descriptif de fonction, défendu ensemble lors des discussions IFIC (SNOEIJ Thomas, VELGHE Yves, *L'IFIC et la description de fonction sectorielle 6162 - infirmier-hygieniste : quoi de neuf ?*, Noso Info vol. XXV, n° 4, 2021)

### Union Générale des Infirmier.e.s de Belgique

L'ABIHH assise aux réunions et réflexions relatives à la profession infirmière. Cette adhésion à l'UGIB a permis notamment de se positionner en tant qu'ABIHH en cosignant avec d'autres associations professionnelles infirmières le recours contre l'arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice; et - le recours contre l'arrêté royal du 14 avril 2024 modifiant l'arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice.....

### Plateformes fédérale et régionales

Plusieurs de nos membres y participent déjà activement. Mon souhait serait que l'ABIHH, au travers de sa présidence, puisse être membre à part entière de la plateforme fédérale et non pas comme invitée. La réflexion sera à poursuivre.

En collaboration avec le Dr. Leen Popleu, j'ai eu l'occasion d'initier la création de la dixième plateforme fédérale spécifique pour la PCILS en milieu psychiatrique.

#### **Conseil Supérieur de la Santé**

De nombreux groupes de travail relatifs à la révision de recommandations comportent en leur sein des IHHs de l'ABIHH. Grâce à leurs pratiques quotidiennes, ces actualisations de recommandations tiennent compte de la réalité du terrain.

#### **Sciensano: Indicateurs Qualité en Hygiène Hospitalière.**

2025 est une année de remise en question de ceux -ci, du moins au niveau du contenu et de la forme. La présence d'IHHs dans leurs réflexions permet d'anticiper les changements futurs tout en étant justement un acteur de ces changements.

#### **SPF (<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/website-pour-lipc>)**

Implication pour l'évaluation des programmes en PCI en Belgique (CALUWAERTS An, BOGAERT MICLAUS Camelia, LAURENT Christine, SNOEIJ Thomas, VELGHE Yves, Survey Report: *Evaluation of the Belgian IPC Programme, October 2024* [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/content/evaluation\\_ipc.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/content/evaluation_ipc.pdf) )

Cette évaluation et réactualisation de la réalité du terrain était plus que nécessaire pour permettre une remise en question de nos pratiques et des moyens qui y sont/seront alloués pour la qualité et sécurité des soins aux patients.

#### **Au niveau international**

L'actualisation de notre convention de collaboration (ABIHH/ SF2H/SIPI/URSIL/AIPI ), l'organisation des rencontres internationales francophones (RIF) et nos échanges de pratiques mettent en évidence la diversité de la fonction d'IHH au travers ces différentes associations.

La Belgique était le pays organisateur de ces rencontres en 2024. J'avais toujours dit que j'arrêterais la présidence une fois cet évènement finalisé et réussi. Une fierté pour moi, mais aussi pour le CA et le CE. Encore merci à eux pour leur implication et pour leur professionnalisme.

Une prochaine réflexion serait peut-être d'y intégrer de nouveaux collègues de l'Afrique du nord, d'Afrique centrale, la Roumanie, ....

Je clôturerai ce chapitre « Collaboration » en insistant sur la nécessité d'avoir une approche proactive, claire, structurée et respectueuse des enjeux réglementaires et culturels, autant de facteurs indispensables pour réussir des collaborations efficaces à l'échelle nationale et internationale.

#### **La relation et la collaboration entre notre association et les firmes spécialisées dans le contrôle et la prévention des infections.**

Point peut-être plus délicat : Pas toujours évidente tenant compte de la réglementation Mdeon (lourdeur administrative) et des marchés publics (la collaboration doit être gérée de manière transparente pour éviter tout conflit d'intérêt). Néanmoins cette collaboration est essentielle pour rester à jour, être informé des nouveautés, pouvoir prendre du recul par rapport aux différents produits proposés, identifier des besoins non satisfaits, soutenir la recherche et faciliter le développement de produits innovants. Mais, il ne faut pas le cacher, également pour soutenir financièrement les

différentes activités. La recherche de sponsoring est e.a. une tache dévouée au Président.

## **INNOVATION**

Très vite j'ai proposé de sous-traiter à d'autres professionnels certaines matières que nous ne maîtrisons pas (ex.: comptable pour validation des comptes et déclaration fiscale, bureau d'avocats pour actualisation et dépôt des statuts, Webmaster pour notre site, société événementiel pour la RIF, ...)

La création d'un nouveau logo pour l'ABIHH a permis à tous les membres de pouvoir choisir et s'identifier au travers de celui-ci. Les 6 axes pour la PCI (agents infectieux, réservoir, porte de sortie, mode de transmission, porte d'entrée, hôte réceptif) s'y retrouvent. L'idée de mouvement vers le haut apporte la dynamique et l'évolution de notre profession. La référence à une flamme correspond à notre motivation et ardeur.

Avant



Après



Le rôle du président d'une association est essentiel pour motiver les jeunes infirmier.e.s hygiénistes, pour créer un environnement stimulant, rassurant et porteur d'espoir mais aussi sortir les « chevronnés » de leur zone de confort, non en remettant en question leur pratiques liées à la PCILS mais en les sensibilisant aux compétences liées aux management et au leadership. L'un ne vas pas sans l'autre si on veut mettre en place une politique PCI au sein de son institution. Concrétisation lors des réunions plénierées par :

- la mise en place d'échanges, les enseignements tirés d'expériences passées, positives ou négatives ("lessons learned")
- l'animation d'ateliers relatifs à une problématique
- la parole donnée aux nouveaux membres sous la forme de défi à savoir présenter un sujet lors de sessions plénierées au cours de leur première année d'affiliation, chaque membre y est gagnant.

Bien que tous les membres s'entraident au travers de ce réseau de soutien, une attention plus particulière pour l'accompagnement des nouveaux dans la fonction est utile. Le président doit jouer un rôle de leader empathique, motivateur et facilitateur, en créant un climat positif où les jeunes I.H.H.s se sentent soutenu.e.s, valorisé.e.s et inspiré.e.s pour construire leur avenir professionnel avec confiance. Ce point sera poursuivi par le nouveau CA dans le cadre de la mise en place d'un parrainage/marrainage.

Au niveau de la RIF organisée en 2024 à Louvain-la-Neuve, nous avons pris l'option d'inviter Justine Henin en ouverture des rencontres. Notre réflexion était de mettre un parallèle le parcours d'une championne avec celui d'IHH (seul souvent sur le terrain mais qui a besoin d'une équipe pour avancer).

Organisation d'activités spécifiques: visites de sociétés pharmaceutiques, plénière au musée d'Afrique Centrale, poursuite d'une plénière par la visite du marché de noël de Bruxelles, ...

Utilisation des technologies numériques : En 10 ans, leur évolution a fait un bon important que malheureusement nous n'avons pas assez exploité (autres priorités, manque d'expertise, ...). Le déploiement de plateformes en ligne pour la formation continue, le partage de bonnes pratiques et la communication entre membres, la mise en place d'applications mobiles, l'exploitation de l'intelligence artificielle ... sont différents aspects dont il faudra tenir compte à l'avenir. Un élément par contre positif de la crise COVID a été l'usage des visio-conférences, permettant ainsi un gain de temps et une participation plus importante.

## AVENIR DE NOTRE PROFESSION .... MA VISION

J'ai déjà abordé plusieurs points ci-dessus mais je tenais quand même à attirer l'attention sur d'autres éléments que j'estime important à savoir :

- La relation et la collaboration entre l'I.H.H. et un médecin hygiéniste. Leurs complémentarités, leurs communication et échanges réguliers, leur travail en équipe multi disciplinaire, leur respect mutuel de leurs compétences, leurs synergies avec d'autres acteurs du secteur de la santé (direction, techniciens, gestionnaires, ...), ...sont autant d'éléments qui permettent d'assurer une cohérence dans la mise en œuvre des mesures pour atteindre des objectifs communs en matière de prévention et de contrôle des infections.
- La relation entre l'I.H.H. et sa direction infirmière. Dans le contexte actuel, la direction infirmière est invitée à reconnaître l'expertise spécifique de l'hygiéniste, à favoriser un environnement de travail où la communication est fluide et à soutenir les initiatives visant à améliorer la sécurité des patients et du personnel. Une relation constructive repose sur une compréhension claire des responsabilités de chacun.e, des échanges réguliers et une volonté commune d'atteindre des objectifs de santé publique et de qualité/sécurité des soins.
- La relation avec la cellule qualité me semble indispensable à moyen terme étant donné nos objectifs communs (soins de qualité et en toute sécurité) (CIVET Nathalie, VELGHE Yves, *Au CHU Brugmann (Bruxelles), quand l'équipe opérationnelle en Hygiène Hospitalière rencontre la Cellule Qualité au profit du patient*, Noso Info vol. XXIX N°1, 2025)

En résumé : l'I.H.H. 2.0 sera un.e professionnel.le de santé spécialisé.e dans la prévention des infections et la promotion de l'hygiène hospitalière. Il/elle utilisera pleinement les outils numériques et des innovations technologiques pour optimiser ses pratiques. Ce sera un.e professionnel.le innovant.e, connecté.e, et proactive, intégrant la technologie pour renforcer la prévention des infections et améliorer la qualité des soins. ... et j'espère aussi un.e professionnel.le reconnu.e à sa juste valeur par tous (pas uniquement en temps de crise) que ce soit par rapport à sa fonction, son positionnement dans la structure du département infirmier, tout comme sa valorisation (Code IFIC). J'espère que l'A.B.I.H.H poursuivra le chemin déjà commencé et qui sera probablement encore long.

## CONCLUSION

Après dix années passées à la présidence de l'Association, il était temps pour moi de passer le flambeau à une nouvelle équipe dynamique et engagée. Lorsque j'ai repris la présidence j'étais conscient des responsabilités et du travail bénévole associés à cette fonction mais honnêtement j'avais sous-estimé leur ampleur, surtout si on veut bien faire et se donner à 100 % sans compter ses heures. Mais au fond, ma mission n'était-elle de faire en sorte que l'association (sur)vive, même si cela signifie passer plus de temps à s'organiser ?

Ce mandat a été une expérience intense, marquée à la fois par des embûches à surmonter et des succès à célébrer. Ce rôle de président m'a demandé un investissement considérable, mais il m'a également offert des moments de grande satisfaction et des rencontres enrichissantes. Parmi les défis majeurs, nous avons dû faire face aux crises EBOLA et COVID. Ces moments n'ont pas toujours été faciles, mais grâce à la mobilisation des membres, l'aide des CA et CE et à une gestion rigoureuse des équipes opérationnelles en hygiène hospitalière, nous avons su nous adapter et nous remettre en question, parfois au détriment de bonnes pratiques ... un comble ! Ces expériences ont renforcé notre résilience et notre capacité à travailler ensemble dans l'adversité.

Côté succès, je suis fier de pouvoir dire que nous avons accompli de nombreux projets (RIF, journée des référents, dossier IFIC, collaborations nationales et internationales, adhésion de nombreux nouveaux membres, implication à différents niveaux, ...). Ceux-ci ont permis à l'association de gagner en visibilité et en impact, d'évoluer tant sur le plan structurel que dans sa mission permettant de préparer le terrain pour que la nouvelle équipe (CA et CE) puisse poursuivre et amplifier ce travail. J'espère avoir laissé une base solide pour la suite.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude au comité exécutif et au conseil d'administration pour leur engagement, leur soutien sans faille et pour leur confiance qui ont rendu cette aventure possible durant ma période de présidence.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement tous les membres pour leur motivation et volonté à poursuivre leur plan de développement professionnel et personnel.

Et last but not least, merci également à ma Direction du CHU Brugmann de m'avoir soutenu et permis d'exercer ce mandat de président de l'ABIHH pendant 10 ans.

Cette expérience restera une étape marquante de ma vie, riche en enseignements et en rencontres. En tant que membre de l'association, je continuerai à suivre avec intérêt les projets à venir et à soutenir l'association.

**Mot de la fin :**

Je mettrai peut-être sur mon épitaphe : « Ici repose un infirmier hygiéniste dévoué, défenseur infatigable de la prévention et contrôle des infections liées aux soins. Son engagement en tant que président de l'ABIHH en a motivé d'autres et probablement contribué à sauver des vies de patients. Puisse sa mémoire inspirer les nouvelles générations d'hygiénistes.

P.S. N'oubliez pas de vous laver les mains après avoir déposé vos fleurs »

Merci à tous et toutes pour ces dix années partagées... et n'hésitez pas à continuer à soutenir l'A.B.I.H.H.

ARTICLE ORIGINAL

# I L'hygiène vue par les étudiants en soins infirmiers et l'hygiène sur le terrain : amis proches ou ennemis jurés ?

**S. Verschuren<sup>1</sup>, F. Zanini<sup>2</sup> et Y. Velghe<sup>3</sup>**

(1) Maître Assistante et Maître de Formation Pratique à la Haute Ecole Francisco Ferrer (HEFF - Bruxelles)

(2) Maître Assistant et Maître de Formation Pratique à la Haute Ecole Libre Mosane (HELMo - Liège)

(3) Adjoint à la direction du département infirmier et paramédical. du CHU Brugmann, Infirmier chef de service Prévention et Contrôle des Infections (PCI) au CHU Brugman et Président Association Belge des Infirmier(e)s en Hygiène Hospitalière (ABIHH) 2015-2025



## Introduction :

### Le petit mot du Président

Pendant mes 10 ans de présidence de l'ABIHH, la place des infirmier(e)s hygiénistes enseignant(e)s au sein de notre association a donné parfois lieu à un débat et des discussions, notamment par rapport aux statuts de l'ASBL :

- dans un premier temps par rapport à la possibilité d'être membre à part entière de l'ABIHH,
- dans un second temps, l'intégration en tant que membre du conseil d'administration. Infirmier(e) hygiéniste en institution de soins et infirmier(e) hygiéniste dans l'enseignement : même combat ?

Il est évident que l'un ne va pas sans l'autre, plus spécifiquement encore si les 2 répondent aux mêmes critères (formations).

Si je compare les rôles et responsabilités de chacun(e), leur objectif final est toujours le même : la gestion et prévention des

infections liées aux soins afin d'offrir aux patients des soins de qualité en toute sécurité, chacun(e) ayant une approche différente :

- l'infirmier(e) hygiéniste en institution de soins : la surveillance des infections, la mise en œuvre de protocoles de prévention, la connaissance des pathogènes, l'analyse des données épidémiologiques, la gestion des épidémies ou la résistance aux antibiotiques, la capacité à travailler en équipe et la formation du personnel.
- l'infirmier(e) hygiéniste enseignant les soins infirmiers : la mise de l'accent sur la transmission de pathogènes, les cours théoriques, les simulations pratiques et les stages cliniques. Il/elle sensibilise les étudiants aux enjeux de la gestion des infections, les préparant ainsi à faire face à des situations réelles.

## Et au niveau des compétences requises ?

Un élément commun : l'importance de la formation continue dans les deux rôles afin de former des futurs professionnels et réactualiser des pratiques, l'objectif étant d'avoir des soignants compétents et conscients des enjeux de la gestion et prévention des infections liées aux soins.

Les aspects pédagogiques sont certainement plus développés chez les infirmier(e)s enseignant(e)s que chez les infirmier(e)s hygiénistes de terrain. C'est pourquoi, j'ai l'occasion d'aborder ce point au cours du Certificat inter-universités : Prévention des infections et hygiène hospitalière.

Infirmier(e) hygiéniste enseignant les soins infirmiers ... A eux la parole ....

## La formation en soins infirmiers aujourd'hui en Belgique

Il existe en Belgique plusieurs chemins différents pour devenir « infirmier(e) » : le niveau supérieur (Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux en Enseignement Supérieur de type court (plein exercice) – 4 ans - en Haute Ecole OU Enseignement Supérieur de promotion sociale – 5 ans) et le niveau secondaire (Brevet d'infirmier(e) hospitalier(e) – 3,5 ans).

Depuis le 28 juin 2023, le nouveau praticien de l'art infirmier dénommé Assistant en soins infirmiers (AESI – 3 ans) – basisverpleegkundige en néerlandais – a été introduit dans notre législation (SPF Justice, 2023). Il faudra attendre juin 2026 avant de voir les premiers diplômés en Flandre.

La formation du Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux (BIRSG) a connu plusieurs modifications ces dernières années. Un des plus grands changements a été le passage de la formation en 4 ans (à la place de 3) depuis septembre 2016. Ce passage de 180 crédits (ECTS) à 240 crédits (incluant un minimum de 2300 h d'enseignement clinique) était un changement obligatoire afin de pouvoir se conformer aux directives européennes.

## La place de l'hygiène hospitalière et la prévention des infections dans la formation des étudiants en soins infirmiers : contenus et formateurs

### Contenus

Le programme d'études conduisant au titre de formation d'infirmier responsable de soins généraux (décret du 30 juin 2016 remplacé par le décret du 12 novembre 2020) comprend un enseignement théorique et un enseignement clinique (pratique).

**Enseignement théorique** : parmi les mots-clés devant apparaître dans la formation, se trouvent bien évidemment les mots « hygiène » et « microbiologie (bactériologie, virologie, parasitologie) ».

L'organisation académique des études impose un cadre, mais laisse également une liberté à chaque pouvoir organisateur. Afin d'assurer une cohérence pédagogique maximale entre instituts de formation en soins infirmiers de niveau bachelier en Belgique francophone, un nouveau référentiel de compétence est disponible depuis 2023, validé par l'ARES (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur).

**Enseignement clinique** : la compétence de mise en œuvre du projet de soins (réalisation des activités infirmières sur le terrain) intègre entre autres le respect de l'hygiène, de la sécurité, de l'asepsie ..., et ce depuis la première année de formation jusqu'à l'année terminale.

A titre d'exemples, pour chacune de nos 2 Hautes Ecoles, voici comment la formation en lien avec l'hygiène est concrètement appréhendée :

- **HEFF** : le cours d'hygiène hospitalière se donne au 1er quadrimestre de la première année de formation. Ce cours dure 30h et est essentiellement théorique. Un atelier de formation pratique en petits groupes est organisé de façon spécifique sur l'hygiène des mains avant le premier stage.

Une collaboration avec notre partenaire privilégié (CHU Brugmann) permet la mise en œuvre d'une matinée d'accueil pour les étudiants de 1ère année avant leur 1er stage, incluant une rencontre avec les hygiénistes et des moments de jeux sur le thème de l'hygiène à l'hôpital. En 2ème année, un atelier de formation pratique en petits groupes est organisé sur les précautions additionnelles avant le premier stage.

- **HELMO** : Le cours d'hygiène hospitalière se donne au 1er quadrimestre de la première année de formation. Ce cours dure 24h et est essentiellement théorique. L'aspect pratique de l'hygiène est essentiellement dispensée dans les cours de pratiques professionnelles.

Deux activités pédagogiques sont organisées chaque année académique :

- L'un est dédié aux étudiants de 2ème année (bloc 2) et consiste en un quizz. Celui-ci est l'occasion de faire un rappel de quelques notions d'hygiène sous un mode ludique en créant une compétition entre les 2 classes du bloc 2.

- La seconde est organisée pour les étudiants infirmier(e)s et sage-femmes en année terminale : la « journée hygiène » permet également un rappel des concepts de prévention des infections de manière ludique. Cette journée est organisée depuis plus de 10 ans et depuis 2025, des infirmier(e)s hygiénistes de 3 institutions hospitalières liégeoises sont impliqués activement dans cette journée.

De plus, une « charge de mission : hygiène et asepsie » de 1/10 de charge de travail a été créée depuis de nombreuses années.

Cette charge de mission a pour objectifs de dynamiser la formation en hygiène de nos étudiants et de maintenir une mise à jour des contenus de nos cours. Ce dernier objectif est possible, en autre, par la possibilité d'assister aux réunions de l'ABIHH.

De façon générale pour nos 2 Hautes Ecoles, l'application des concepts d'hygiène est appréhendée lors des cours de pratiques professionnelles et surtout lors des différents stages. Les praticiens du terrain sont d'une importance cruciale dans l'apprentissage pratique du respect de l'hygiène sur le terrain hospitalier et extra-hospitalier.

## Formateurs

Être enseignant(e) et infirmier(e) hygiéniste en Haute-Ecole en 2025 ?

Le profil des enseignant(e) (Maître Assistant – MA) qui dispensent le cours théorique d'hygiène peut être multiple. Les conditions minimales sont : infirmier bachelier, détenteur d'un Master (santé publique, gestion hospitalière ...) et d'un titre pédagogique CAPAES (Certificat d'Aptitude Pédagogique Adapté à l'Enseignement Supérieur). Détenir une formation complémentaire en hygiène hospitalière est un plus, mais n'est pas obligatoire.

Notons que seuls les infirmier(e)s hygiénistes sont membres de l'ABIHH !

En termes de formation à l'école et sur le terrain, 4 profils différents de formateurs cohabitent :

- > le MA sans certification interuniversitaire en prévention des infections et hygiène hospitalière
- > le MA avec certification interuniversitaire en prévention des infections et hygiène hospitalière
- > l'infirmier.e hygiéniste détenteur d'un titre pédagogique
- > l'infirmier.e hygiéniste sans titre pédagogique.

A titre d'exemple, pour chacune de nos 2 Hautes Ecoles, voici le profil des enseignant(e)s qui dispensent le cours d'hygiène :

- **HEFF** : le cours a été dispensé par une enseignante, Maître Assistante, détentrice de la formation complémentaire en hygiène, membre de l'ABIHH, et ce durant 7 ans.  
Depuis 2 ans, ce n'est plus le cas : le cours est dispensé par une enseignante expérimentée, mais qui ne détient pas de certificat en hygiène hospitalière.
- **HELMO** : le cours est conféré par trois enseignants pour 4 classes de 1ère année  
2 MA sont porteurs du certificat en hygiène hospitalière,  
1 MA sans certificat en hygiène hospitalière.

De façon générale, pour nos 2 Hautes Ecoles, les enseignant(e)s qui accompagnent les étudiants en stage (enseignement clinique) sont des infirmiers expérimentés détenteurs d'un titre pédagogique (CAPAES).

## Méthode

Nous avons voulu questionner nos étudiants sur leur perception de l'hygiène hospitalière. Un formulaire Form's reprenant une dizaine de questions a été proposé aux étudiants Infirmier Responsable de Soins Généraux (IRSG) des deux Hautes Ecoles, de la 1ère année à l'année terminale, dans le courant du 2ème quadrimestre de l'année académique 2024-25.

Ce questionnaire comprenait des questions à réponses courtes et une série d'affirmation où ils devaient se positionner sur une échelle de Likert.

## Résultats

Nous avons pu récolter 449 questionnaires complétés.

Dans un premier temps, s'ils devaient définir l'« hygiène hospitalière », ils utilisaient des mots que l'on peut trier selon 3 « aspects » de l'hygiène hospitalière. Notons que peu importe l'année d'étude de l'étudiant, ce sont les 3 mêmes « aspects » qui reviennent :

1. Propre / propreté / asepsie
2. Important / indispensable / essentiel
3. Sécurité / protection / prévention

De plus, l'aspect « indispensable » et l'aspect « sécurité » est retrouvé dans le résultat d'une autre question où 98.5 % des étudiant(e)s considèrent l'hygiène comme incontournable et 98 % des étudiant(e)s considèrent l'hygiène comme un élément essentiel pour la sécurité du patient.

L'importance de l'hygiène hospitalière est donc clairement déjà perçue et ce depuis la première année. Il est cependant intéressant de mentionner que 11% déclarent qu'ils ont l'impression que le non-respect de l'hygiène n'a pas autant d'impact sur le patient que l'on veut bien nous faire croire.

Ces étudiant(e)s sont ensuite confrontés à la réalité des terrains de stage. Ces terrains de stage sont les endroits privilégiés où seront fixées les compétences de notre profession.

Nous leur avons demandé d'évaluer l'écart perçu entre l'hygiène hospitalière telle que enseignée à l'école et celle pratiquée dans les unités de soins. Ces écarts est évaluée en moyenne à 2,98/ 5.

Une majorité d'étudiants (212) ont répondu 3/5.

Cette différence perçue se répercute dans le résultat d'autres questions : Une des demandes d'amélioration de la formation en hygiène hospitalière serait en outre d'avoir des rappels tout au long du cursus mais surtout d'avoir des formations abordant les adaptations pratiques sur le terrain.

41% des étudiants considèrent qu' observer des professionnels de la santé ne respectant pas les règles d'hygiène peut influencer leur propre adhésion à ces règles et 47% imputent l'adhésion à la charge de travail dans l'unité de soins.

Par contre, 34 % mettent en avant leur conscience professionnelle comme facteur d'adhésion à l'hygiène hospitalière.

Face à ce non-respect des principes d'hygiène, certains étudiants donnent avec humilité quelques pistes de réflexion : se mettre à la place de nos patients, aimerions nous être soigné comme cela ?

## Discussion - propositions

Quels sont les facteurs qui influencent le respect des règles d'hygiène par les étudiant.e.s en soins infirmiers ?

- L'actualisation des connaissances des enseignants (Maître Assistant – MA) qui dispensent le cours d'hygiène ?

- Le contenu du cours d'hygiène, en terme d'heures, d'actualisation, de récurrence tout au long de la formation ?
- L'observation des soignants qui les accompagnent durant les stages : les notions de modèle, d'exemple, de référence que représentent les soignants pour les étudiants sont fondamentales.

Notre enquête montre que les étudiant(e)s souhaitent pour eux ET pour les soignants des « piqûres de rappels » en terme de formation, afin d'assurer le respect de l'hygiène hospitalière dans les soins.

Nous pourrions dès lors suggérer les points suivants :

- **Suggestions par rapport à la formation :**

1. Essentiellement des rappels continus tout le long du cursus
2. Des ateliers plus pratiques et plus proches de la réalité du terrain
3. Des campagnes de sensibilisation fréquentes : mise en avant des conséquences du non-respect de l'hygiène

- **Suggestions pour les équipes :**

1. Des rappels réguliers
2. Conscience professionnelle : se mettre à la place de nos patients -> aimerais nous être soigné comme cela ?

## Conclusion

Ce travail, bien que fait à petite échelle, amène quand même une éventuelle réflexion pour le futur. L'hygiène hospitalière et la prévention des infections liées aux soins est présente dans la formation (et l'évaluation) de manière permanente, transversale, durant les 4 années de formation, tant à l'école que sur les terrains de stage. Pour les étudiant(e)s que nous avons interrogés dans notre « sondage », l'hygiène est qualifiée d'essentielle, synonyme de sécurité ou de protection, en lien avec l'asepsie. Pour eux, le respect de l'hygiène est incontournable, essentielle à la sécurité. Ils/elles l'assimilent peu à une notion de contrainte, mais reconnaissent qu'elle est difficile à appliquer parfaitement. Pour une très grande majorité d'entre eux (86%), il existe un écart assez important entre la formation à l'école sur le sujet et la mise en application sur le terrain des concepts enseignés.

L'aspect lié à la réalité du terrain vécue par les infirmier(e)s hygiénistes constitue un plus pour les enseignant(e)s et est l'occasion de pouvoir en discuter ensemble, que ce soit au sein de l'ABIHH ou lors d'invitation au sein des écoles.

Un plus serait que tout enseignant ait aussi une expérience professionnelle en institution de soins, tout comme l'inverse ?

Qu'ils soient étudiants ou professionnels de la santé, la valorisation de la formation continue et l'engagement dans la prévention des infections liées aux soins sont les mêmes.

L'importance de la gestion des infections au sein des institutions, ainsi que le rôle crucial de l'enseignement dans la formation des futurs professionnels sont complémentaires.

Se pose alors la question du vécu et réalité de nos futur(e)s

infirmier(e)s. ?

Enseignement et terrain, pratiques identiques ? .... En tout cas, la présence d'un infirmier hygiéniste enseignant au sein du CA (Conseil d'Administration) constitue encore toujours un plus. Une réflexion à pour suivre en tout cas.

## Bibliographie

ARES. (2023). Référentiel de compétences Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux. Bruxelles.

SPF Justice. (2023, Juin 28). Banque de données Justel - Modifications récentes. Récupéré sur Moniteur Belge: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=2023062803](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2023062803)

## Références consultées

Cochard-Graslin, H. (2019, Avril/mai). Hygiène hospitalière en Ifsi : une plaie à enseigner ? Objectifs Soins et Management(268), pp. 40-42.

Hardy-Massard, S. G.-L. (2020). Le rapport aux règles d'hygiène auprès d'étudiants en soins infirmiers : une approche éthogénique. Recherche en soins infirmiers (143(4)), pp. 35-44. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.143.0035>.

ARTICLE ORIGINAL

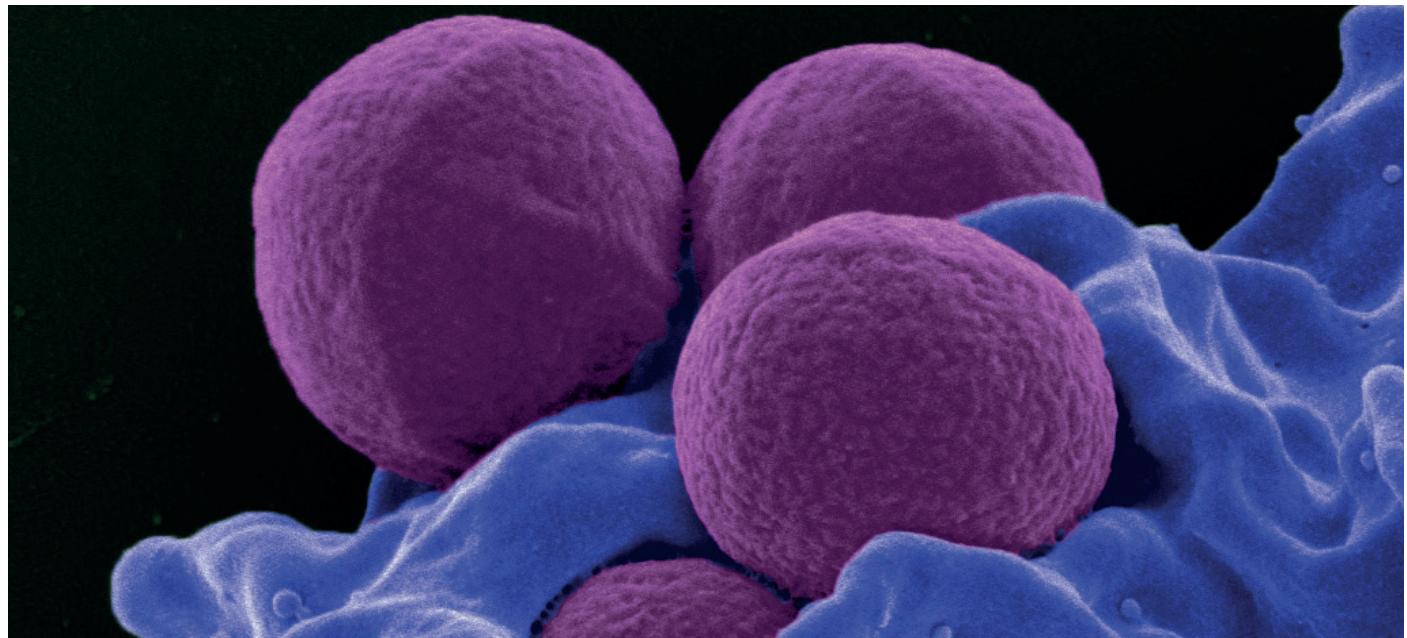
# Dépistage du MRSA dans un hôpital psychiatrique : une approche réfléchie dans un cadre complexe

Vanheyst, I., Swysen, K., Croenen, G., Hex, A. & Van Meensel, B.

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



## Introduction

Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) reste un point d'attention majeur pour l'hygiène hospitalière. Bien que l'incidence dans les hôpitaux belges ait diminué ces dernières années, une approche ciblée demeure nécessaire. Pour les hôpitaux psychiatriques, la situation n'est pas différente. Le contexte et la population de patients rendent parfois nécessaires des ajustements des mesures de précautions générales parfois difficile à implémenter, mais dans tous les cas la nécessité d'une politique cohérente et axée sur le risque demeure. Cet article décrit comment, depuis 2013, nous avons mis en place une approche structurée de dépistage et de prévention du MRSA à l'hôpital psychiatrique Bilzen-Hoeselt et à la maison de soins psychiatriques (PVT : Psychiatrisch verzorginstehuis) Tongeren-Borgloon, intégrée dans un plan stratégique plus large pour la prévention et la maîtrise des infections.

base de cette réorientation stratégique, en l'occurrence ; l'intensification de la collaboration avec l'hôpital Jessa en matière d'hygiène hospitalière (le médecin hygiéniste de l'hôpital Jessa était également devenu médecin hygiéniste à l'hôpital psychiatrique Bilzen-Hoeselt) et d'autre part le changement des responsabilités de l'hygiène hospitalière conformément à l'arrêté royal du 26/04/2007 (médecin-chef, directeur des soins, médecin hygiéniste, infirmier hygiéniste).

Sur ces bases, un nouveau plan stratégique a été élaboré, avec une vision globale de la prévention et de la maîtrise des infections. L'un des axes prioritaires était une politique MRSA structurée et orientée vers les risques.

Notre politique en matière de MRSA s'inscrit dans une stratégie plus large visant à réduire les maladies transmissibles et les infections nosocomiales. La prévention reste au cœur de cette stratégie. Elle repose sur des mesures de précaution standard, complétées depuis 2016 par un plan d'action interne solidement ancré en matière d'hygiène des mains.

## Réorientation stratégique

Il y a treize ans, la politique interne en matière d'hygiène hospitalière a fait l'objet d'une révision profonde et a été professionalisée. Deux éléments en 2011-2012 ont été à la

## Pourquoi une politique MRSA est nécessaire même dans un hôpital psychiatrique

Bien que les patients psychiatriques soient généralement soumis à moins de traitements invasifs que dans un hôpital général, les risques liés au MRSA restent réels. Le cadre spécifique comporte en effet des défis propres :

- **Les séjours relativement longs** augmentent le risque de colonisation ;
- **Les espaces de vie partagés, les chambres communes et les multiples interactions sociales** pendant et en dehors des moments de thérapie peuvent favoriser la transmission ;
- **Les contacts réguliers avec des hôpitaux généraux**, souvent pour des soins somatiques spécialisés ;
- **Les patients âgés présentant des comorbidités somatiques** constituent un groupe particulièrement vulnérable ;
- **Les symptômes spécifiques ou le comportement des patients hospitalisés** peuvent entraîner des contacts à risque ou une diminution de l'hygiène personnelle.

## Screening initial suivie d'une décolonisation des patients, résidents et employés porteurs de MRSA

Afin de réaliser un état des lieux, un screening initial pour le dépistage de MRSA a été réalisé au printemps 2013. Sur la base d'une évaluation des risques, nous l'avons effectué chez tous les patients du groupe cible des personnes âgées à l'hôpital et chez tous les résidents des unités de la maison de soins psychiatrique PVT Tongeren-Borgloon (dans les deux cas, trois prélèvements étaient réalisés : nez, gorge et périnée). Cette évaluation a montré que parmi les patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique, deux patients étaient porteurs de MRSA dans deux services différents, tandis qu'à l'unité PVT (en capacité d'accueil décroissante), 11 résidents se sont avérés être porteurs.

Suite à ce bilan, le Outbreak Support Team a décidé, en concertation avec le médecin du travail, de tester aussi le personnel de l'unité PVT concernée (médecin, infirmiers, aides-soignants, thérapeutes et personnel d'entretien). Lors de cette série de tests, il est apparu que 4 employés étaient également porteurs de MRSA.

La décolonisation des patients et des résidents a été coordonnée par le Outbreak Support Team, tandis que celle des employés positifs a été effectuée par le médecin du travail et les infectiologues de l'hôpital Jessa.

Pour la majorité des patients, résidents et employés, la décolonisation a pu être obtenue sans avoir recours à des antibiotiques oraux. Chez trois personnes colonisées, et après consultation des médecins, une décolonisation avec antibiotiques oraux a été mise en œuvre.

## Ordre permanent de dépistage de MRSA

Le bilan initial a clairement mis en évidence la nécessité d'instaurer une politique structurelle de dépistage. Le comité d'hygiène hospitalière a donc élaboré un ordre permanent de dépistage MRSA avec des critères de dépistage précis pour les adultes, les personnes âgées et les résidents PVT (notamment : âge >75 ans, plaies chroniques, admission à l'hôpital/PVT, ou antécédent connu de MRSA).

En outre, un dépistage sur recommandation du médecin hygiéniste ou du médecin généraliste de l'hôpital psychiatrique ou de la PVT a été ajouté, ainsi qu'un dépistage annuel chez tous les patients du groupe cible (personnes âgées) à l'hôpital psychiatrique ainsi que chez les résidents de la PVT.

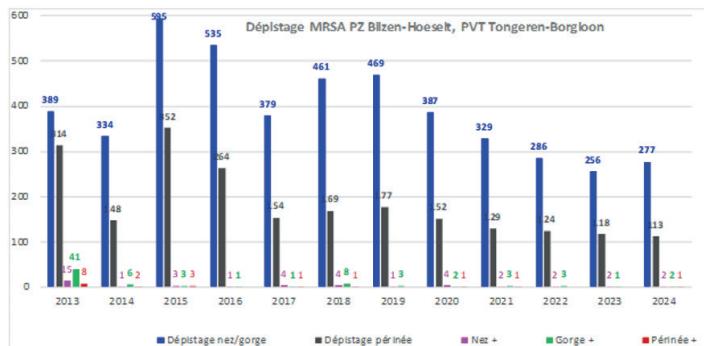
Cet ordre permanent a été approuvé par le personnel médical et reste en vigueur. Le dépistage annuel chez tous les patients âgés à l'hôpital psychiatrique et chez les résidents en PVT avait cependant été interrompu en 2021 en raison de résultats négatifs répétés ; un nouveau dépistage en 2024 a confirmé cette tendance. Le dépistage est réalisé conformément aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (avis 9277 MDRO) avec trois écouvillons (nez, gorge, périnée). Selon le contexte clinique, des échantillons supplémentaires peuvent parfois être prélevés sur indication du médecin hygiéniste hospitalier ou du médecin généraliste.

## Consentement éclairé pour le dépistage de MRSA

Selon la loi sur les droits des patients, toute intervention doit se faire avec le consentement éclairé du patient. Nous avons constaté que les patients acceptent généralement bien le dépistage au niveau du nez et de la gorge mais qu'ils sont plus réticents pour le frottis périnéal. Lorsque le patient refuse ce site de dépistage, nous nous limitons au dépistage du nez et de la gorge. Nous insistons cependant sur son importance et essayons malgré tout de les motiver à accepter le dépistage du périnée lors des contrôles après décolonisation.

## Aperçu des dépistages effectués pour la période 2013 – 2024

L'histogramme montre l'évolution et les fluctuations du nombre de dépistage réalisés et des taux de positivité au cours des 11 années de suivi



## Isolement et décolonisation

Un dépistage positif nécessite une action : isolement et décolonisation (sans antibiotiques oraux). Cependant, isoler les patients porteurs de MRSA n'est pas simple et peut éventuellement entraver leurs parcours thérapeutiques dans notre établissement.

Il s'agit toujours d'un compromis à faire afin de prévenir la propagation (soins sûrs) et, d'autre part, continuer à prodiguer les soins médico-psychiatriques appropriés aux patients porteurs. Les décisions sont prises au cas par cas, toujours en concertation entre l'équipe d'hygiène hospitalière, le chef de médecine, le directeur des soins, le psychiatre traitant (en coordination avec l'équipe) et le patient / la famille.

Les mesures varient de la décolonisation à domicile, l'isolement temporaire dans le service (avec ou sans participation à la thérapie - sous des conditions strictes, moments de visite supplémentaires, promenades à l'extérieur du service...) jusqu'à la planification adaptée pour, par exemple, l'Electroconvulsivothérapie (programmation toujours en dernier de la journée). Après décolonisation, deux contrôles de dépistage sont effectués (au jour 10 et au jour 15). Si les deux prélèvements sont négatifs, nous considérons que la décolonisation a été réussie et les mesures sont arrêtées. Cependant, toutes les décolonisations ne se déroulent pas de manière aussi réussie. En général, nous procédons deux fois, puis la politique ultérieure est déterminée en concertation avec l'ensemble des responsables des soins ainsi qu'un infectiologue.

## Dépistage du MRSA et soins adaptés pour les groupes vulnérables

Comme mentionné ci-dessus, nous procédons toujours à une évaluation rigoureuse lorsqu'un dépistage du MRSA est positif. Celle-ci prend en compte des aspects éthiques, déontologiques et moraux.

Etant donné que, dès l'admission médicale, des interactions sociales ont souvent lieu entre les patients, et que les patients âgés sont en outre particulièrement vulnérables, nous avons cherché un moyen de connaître le statut MRSA le plus rapidement possible.

Depuis août 2025, un projet pilote est en cours au sein du groupe des personnes âgées, élaboré par les membres du comité d'hygiène hospitalière en collaboration avec les médecins et le gestionnaire des soins de ce groupe. Lors d'un transfert depuis un hôpital général, le statut MRSA est généralement déjà connu.

La situation est toutefois différente chez les patients admis depuis leur domicile ou depuis une maison de repos et de soins (MRS). Dans ces situations, il est souvent difficile de demander d'effectuer un dépistage MRSA préalablement à l'admission. Dans le cadre de ce projet pilote, ces patients sont dépistés par les infirmières de notre hôpital juste avant l'admission médicale. Lorsqu'un portage de MRSA est détecté, nous déterminons en concertation, quel est le contexte de soins le plus approprié, à savoir :

- soins médicaux à domicile, en collaboration avec le médecin généraliste ;
- soins itinérants en MRS;
- ou admission dans notre hôpital, éventuellement avec des mesures d'isolement adaptées.

## Conclusion

L'engagement continu en matière de prévention, avec l'hygiène des mains comme priorité, permet de limiter autant que possible le risque de transmission. Notre fonctionnement démontre que, même dans un contexte aussi complexe que celui des soins psychiatriques, il est possible de développer et d'appliquer une politique réfléchie pour protéger les patients, le personnel et l'environnement de soins au sens large. Notre expérience au cours des dernières années a montré qu'un hôpital psychiatrique a effectivement besoin d'une politique active et structurée concernant le MRSA. Le dépistage, l'isolement et la décolonisation nécessitent toujours un équilibre entre le contrôle des infections et le parcours thérapeutique du patient. Nous avons pu démontrer que ceci est réalisable grâce à une approche basée sur les risques et à un dialogue adapté.

Nous souhaitons adresser nos remerciements particuliers au Dr L. Waumans et au service d'hygiène hospitalière de l'hôpital Jessa.

## Référence

Conseil Supérieur de la Santé. (2019). Recommandations concernant la prévention, le contrôle et la prise en charge des patients porteurs d'organismes multirésistants aux antibiotiques (MRO) dans les établissements de soins (Avis n° 9277).

Houben, F., van Hensbergen, M., Den Heijer, C. D. J., Dukers-Muijrs, N. H. T. M., & Hoebe, C. J. P. A. (2022). Barriers and facilitators to infection prevention and control in Dutch psychiatric institutions: A theory-informed qualitative study. *BMC Infectious Diseases*, 22(243). <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07236-2>

Jones, D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients, *Nursing Times*, 106(36). [www.nursingtimes.net](http://www.nursingtimes.net)

## ARTICLE ORIGINAL

# I Stratégie multimodale pour la prévention des infections associées aux cathéters urinaires (CAUTI) dans 4 hôpitaux belges

**T. De Beer<sup>1</sup>, C. Barbaix<sup>2</sup>, A. Desmet<sup>3</sup>, I. Aerts<sup>4</sup>, S. Teering<sup>5</sup>, M. Moretti<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Infirmière et coordinatrice en prévention des infections, HOST CUROZ

<sup>2</sup> Infirmière en prévention des infections, AZORG

<sup>3</sup> Infirmière en prévention des infections, Hôpital universitaire de Bruxelles (au moment de l'étude)

<sup>4</sup> Pharmacien hospitalier, HOST CUROZ

<sup>5</sup> Intensiviste et président du groupe de politique d'antibiothérapie, AZ Sint-Maria Halle



## Introduction

Les infections urinaires comptent parmi les infections associées aux soins (IAS) les plus fréquentes, tant à l'hôpital qu'en maison de repos. Leur survenue est souvent liée à l'utilisation d'un cathéter urinaire.<sup>1</sup>

Bien qu'il n'existe aucune preuve de surmortalité due aux infections urinaires associées aux soins, ces infections peuvent entraîner des complications graves telles que la pyélonéphrite, la prostatite ou le sepsis, et augmentation de la durée moyenne d'hospitalisation de 4,1 jours. Le coût annuel associé pour l'assurance maladie en Belgique était estimé en 2007 à près de 80 millions d'euros, et le nombre de journées d'hospitalisation supplémentaires à 167 000.<sup>2</sup>

Deux études récentes<sup>3,4</sup> ont montré que l'évaluation de l'indication d'utilisation d'une sonde urinaire, ainsi que sa réévaluation quotidienne, sont associées à une réduction des infections urinaires associées aux cathéters urinaires (CAUTI) dans les unités de soins intensifs et les services généraux. Par ailleurs, une autre étude<sup>5</sup> a montré que la fixation d'une sonde peut également contribuer à une diminution de la prévalence des CAUTI.

La mise en œuvre d'une stratégie multimodale de prévention des infections peut également réduire l'incidence des CAUTI<sup>6</sup> et ainsi améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. Les stratégies de mise en œuvre multimodales sont des éléments essentiels des programmes efficaces de prévention et de contrôle des infections, selon les recommandations de

l'OMS sur les composantes essentielles des programmes de PCI au niveau national et dans les établissements de soins aigus. Une stratégie multimodale se compose de plusieurs éléments (trois ou plus, généralement cinq) mis en œuvre de manière intégrée. Se concentrer sur un seul élément augmente le risque d'échec de la stratégie. Les cinq éléments (*Build it, Teach it, Check it, Sell it, live it*) doivent être pris en compte et les mesures nécessaires doivent être prises en fonction du contexte local et de la situation.<sup>7</sup>

## Objectif

Dans cette étude, nous visons à évaluer l'effet d'une stratégie multimodale sur l'incidence des CAUTI, consistant en : (1) des ajustements au dossier électronique du patient sous forme de champs obligatoires, (2) l'introduction de (nouveau) matériel de fixation et (3) la sensibilisation et la formation sur la prévention des CAUTI, dans 4 hôpitaux en Flandre, en Belgique, au cours de la période octobre 2023 - octobre 2024.

## Méthode

### Plan de l'étude

Une étude multicentrique quasi-expérimentale avec mesures pré- et post- a été menée dans les hôpitaux du réseau CUROZ, à savoir l'AZORG (un hôpital fusionné, composé des anciens hôpitaux A.S.Z. et OLV depuis le 1er janvier 2025), l'AZ Sint-Maria Halle et l'UZ Bruxelles.

### Échantillon

Des patients adultes porteurs d'un cathéter transurétral en place depuis plus de 48 heures ont été inclus dans l'ensemble des services de l'hôpital pendant 14 jours consécutifs en octobre 2023 (pré-mesure) et octobre 2024 (post-mesure).

### Intervention

L'intervention a débuté en mars 2024 et comportait plusieurs volets (voir figure 1). La méthodologie de stratégie multimodale de l'OMS<sup>7</sup> a été utilisée.

#### • Build it (changements du système)

- o Dans trois des quatre hôpitaux, des ajustements ont été apportés au dossier patient électronique (DPE) afin de rendre obligatoires l'enregistrement de l'indication du cathéter transurétral et la réévaluation quotidienne de la nécessité de le maintenir. Dans un hôpital, ces deux champs obligatoires étaient déjà en place avant le début du projet d'amélioration; dans un autre, seul l'enregistrement de l'indication était déjà obligatoire.
- o Dans deux des quatre hôpitaux où les cathéters n'étaient pas encore fixés, un adhésif de fixation pour cathéters transurétraux à demeure a été introduit. Cet adhésif a également été testé dans les deux autres hôpitaux où la fixation était auparavant réalisée avec un matériau différent. Dans l'un de ces hôpitaux, le nouvel adhésif a été remplacé.

#### • Teach it (formation et éducation)

- o Une formation en ligne a été développée à l'intention des médecins et des infirmier(e)s. Elle couvrait les indications d'un cathéter transurétral, les alternatives non invasives, l'importance de la réévaluation quotidienne de la nécessité de maintenir le cathéter et l'importance de sa fixation.

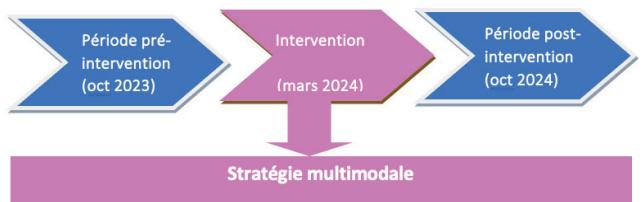
#### • Check it (suivi et retour d'information)

- o Les résultats de la pré-mesure ont été communiqués via un message général sur l'intranet et/ou relayés aux référents prévention des infections, aux infirmiers chefs de service et/ou au comité d'hygiène hospitalière des hôpitaux du réseau, en fonction des canaux de communication habituels des hôpitaux.

#### • Sell it (rappels et communication)

- o Deux affiches ont été distribuées à des fins de sensibilisation. L'une présentait les alternatives non invasives à la sonde transurétrale (voir figure 2a). L'autre illustrait les points clés de la prévention des infections urinaires liées à la sonde (voir figure 2b).

Figure 1 : Aperçu des interventions dans le cadre de la stratégie multimodale



<b>BUILD IT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustements au dossier patient (champs obligatoires)</li> <li>• Introduction de (nouveaux) équipements de fixation</li> </ul>
<b>TEACH IT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation en ligne pour les médecins et les infirmier(e)s</li> </ul>
<b>CHECK IT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour d'information sur les résultats des mesures</li> </ul>
<b>SELL IT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation par affichage</li> </ul>

Figure 2 : Affiches – a) Alternatives non invasives au cathéter transurétral (partie supérieure) et b) Conseils pour prévenir les infections urinaires liées au cathéter (partie inférieure)

## Cathéter transuretral à demeure

**ÉTAPE 0**  
Eviter l'utilisation d'un cathéter à demeure

**Eviter l'utilisation d'un cathéter à demeure**

- Utiliser des alternatives lorsque cela est possible.
- Respecter la liste des **indications**.
- **Consigner** l'indication dans le dossier du patient

**Placement du cathéter urinaire**

- Technique aseptique
- Lubrifiant stérile
- Connexion sèche

**1**

**2**

**3**

**Retirer le cathéter le plus vite possible**

- Évaluer quotidiennement la nécessité du cathéter
- **Consigner** cette évaluation dans le dossier du patient.

**Soins au cathéter**

- Hygiène des mains correcte
- Système fermé
- Fixation correcte
- Sac urinaire en dessous du niveau de la vessie et ne traînant pas par terre

## Prévention des infections urinaires associées à un cathéter

Bron: SHEA 2022

HOST CUROZ – version 08/02/2024

## Résultats cliniques

Chez les patients inclus, la survenue d'une CAUTI a été initialement évaluée. Une CAUTI a été définie selon les recommandations des Centers of Disease Control and prevention (CDC)<sup>8</sup>, exigeant la présence simultanée de trois critères – voir Figure 3.

De plus, la conformité à un ensemble de soins ('bundle' de soins) a été mesurée un jour choisi en octobre 2023 (avant la mesure) et en octobre 2024 (après la mesure). Cet 'bundle' comprenait les éléments suivants :

- Consignation de l'indication de la sonde à demeure dans le dossier du patient ;
- Consignation de la réévaluation quotidienne de la nécessité de la rétention du cathéter dans le dossier du patient ;
- Fixation correcte du cathéter (sur la cuisse pour les femmes, sur la cuisse ou l'abdomen pour les hommes).

**Figure 3 : Critères devant être présents pour une CAUTI selon le CDC<sup>8</sup>**

1. Le patient porte une sonde urinaire à demeure en place depuis plus de 48 heures le jour de la suspicion d'infection urinaire (jour de la pose de la sonde = jour 1), et elle est toujours en place le jour de la suspicion de l'infection urinaire OU a été retirée la veille.

2. Le patient présente au moins l'un des signes suivants :

- Fièvre ( $>38,0^{\circ}\text{C}$ )
- Sensibilité sus-pubienne
- Sensibilité ou douleur de l'angle costo-vertébral
- Besoin urgent d'aller aux toilettes
- Besoin fréquent d'aller aux toilettes
- Dysurie

3. La culture d'urine du patient ne révèle pas plus de deux espèces bactériennes identifiées, dont l'une présente un taux supérieur à  $10^5$  UFC/ml

## Collecte de données

Les données ont été collectées par les équipes locales de prévention des infections des hôpitaux du réseau à partir de l'analyse des dossiers (présence d'infections urinaires aiguës, mention de l'indication de la pose d'une sonde à demeure, mention de la réévaluation quotidienne de la nécessité de la rétention de la sonde) et de l'observation (fixation correcte de la sonde).

Les jours de sonde urinaire ont été comptabilisés comme dénominateurs. Cela a permis de calculer l'incidence des CAUTI pour 1 000 jours de sonde.

Un protocole de mesure uniforme a été utilisé pour la collecte des données et un fichier Excel uniforme a également été utilisé pour la saisie des données.

## Analyse des données

Les données continues, telles que l'incidence des infections urinaires aiguës, ont été exprimées en nombre d'infections urinaires aiguës pour 1 000 jours de sonde. Un test U de Mann-Whitney a été réalisé pour déterminer les différences

significatives entre les mesures avant et après l'intervention. Les données par catégories ont été présentées sous forme de nombres et de proportions.

Un test exact de Fisher a été utilisé pour comparer la compliance avec le 'bundle' de soins entre les mesures pré et post. Le niveau de signification a été fixé à  $p = 0,05$ .

L'analyse des données a été réalisée par un seul investigateur central à l'aide d'IBM SPSS Statistics pour Windows, version 20.0 (Armonk, NY : IBM Corp, 2011).

## Résultats

437 et 470 cathéters transurétraux ont été enregistrés respectivement avant et après l'intervention.

Le nombre de jours de cathéter urinaire était de 2 590 avant (données disponibles pour 3 des 4 hôpitaux) et de 3 536 après l'intervention (données disponibles pour 4 hôpitaux). Si l'on ne prend en compte que les jours de cathéter des hôpitaux disposant de données pour les mesures avant et après, le nombre de jours de cathéter après était de 2 856.

La densité d'incidence des CAUTI a diminué, passant de 7,34 pour 1 000 jours de cathéter avant (données de 3 hôpitaux) à 3,96 pour 1 000 jours de cathéter après l'intervention (données de 4 hôpitaux). Cependant, cette diminution n'est pas statistiquement significative ( $p = 0,392$ ). Voir la figure 4.

La conformité au 'bundle' de soins a augmenté significativement ( $p < 0,001$ ), passant de 9 % (13/151) avant à 52 % (86/165) après l'intervention. Cela s'explique principalement par une amélioration significative de l'enregistrement de la réévaluation quotidienne de la nécessité de maintenir le cathéter (de 52 % sur 78/151 à 88 % sur 145/165,  $p < 0,001$ ) et aussi par une amélioration significative de la fixation correcte (de 30 % sur 46/151 à 59 % sur 97/165,  $p < 0,001$ ). Voir la figure 5.

**Figure 4 : Densité d'incidence des CAUTI pour 1 000 jours de cathéter avant et après l'intervention**

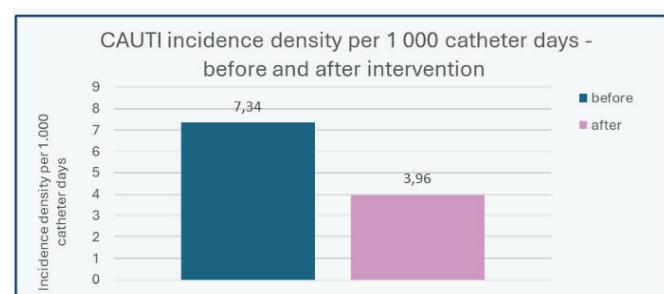
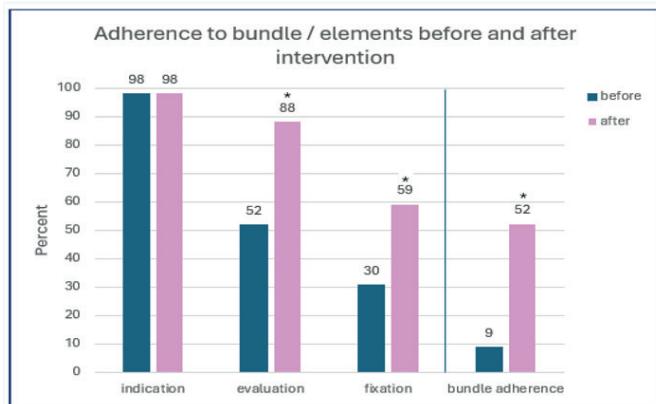


Figure 5 : Conformité avec le 'bundle' de soins et les éléments individuels du 'bundle' avant et après l'intervention (les éléments présentant une différence statistiquement significative entre la mesure avant et après sont indiqués par un astérisque)



## Discussion

Dans cette étude, la densité d'incidence des CAUTI pour 1 000 jours-cathéter était de 7,34 au départ et de 3,96 après l'intervention. Ces chiffres sont comparables aux données du National Healthcare Safety Network (NHSN) américain, qui a enregistré une importante variation dans les hôpitaux de soins aigus en 2006, avec un taux de densité d'incidence moyen combiné de 3,1 à 7,5 CAUTI pour 1 000 jours-cathéter.<sup>9</sup> Des chiffres de référence plus récents ne sont pas disponibles en raison du passage du NHSN au ratio d'infection standardisé (RIS). En raison de l'absence de surveillance nationale des CAUTI en Belgique, les chiffres de référence belges ne sont pas non plus disponibles.

Après l'intervention, dans cette étude, la densité d'incidence des CAUTI a été presque divisée par deux par rapport au départ, mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à l'absence de différence significative.

En premier lieu, cette étude était une étude multicentrique menée dans les hôpitaux du réseau CUROZ. Bien qu'un protocole de mesure ait été élaboré pour normaliser les méthodes de collecte de données, on ne peut pas exclure totalement que des différences d'interprétation aient pu se produire entre les investigateurs dans les différents hôpitaux.

De plus, lors de la mise en œuvre de la stratégie multimodale, des différences ont été observées entre les hôpitaux du réseau. Par exemple, les champs obligatoires du DPE n'ont été finalement mis en œuvre que dans trois des quatre hôpitaux. Dans le quatrième, cette mise en œuvre n'a pas pu être réalisée car elle était incompatible avec la politique du DPE, qui stipule que le nombre de champs obligatoires doit être réduit au minimum.

En outre, le protocole de mesure ne fournissait pas de directives uniformes concernant l'emplacement exact de la fixation de la sonde urinaire sur le fémur. Une étude antérieure<sup>5</sup> a montré qu'une réduction significative des CAUTI n'était observée que chez les patients dont la fixation du cathéter se situait à hauteur du tiers supérieur du fémur, et non sur la partie inférieure du fémur.

Enfin, le délai entre la mise en œuvre des actions d'amélioration et la mesure post-intervention a été relativement court. Cela a empêché l'introduction de l'apprentissage en ligne à grande échelle dans quelques hôpitaux. Compte tenu des échéances de date du projet pilote HOST qui étaient imposées par la BAPCOC, il n'a pas été possible de différer la mesure post-intervention.

Bien qu'aucune différence significative n'ait pu être démontrée concernant les données d'incidence des CAUTI, une amélioration significative de l'application du bundle de soins a été constatée. L'introduction de champs obligatoires dans le DPE y a largement contribué. L'importance du support informatique dans l'application du bundle de soins/PCI ressort également de la littérature.<sup>10</sup>

## Conclusion et recommandations

Bien que la mise en œuvre de la stratégie multimodale n'ait pas entraîné de réduction significative de l'incidence des infections urinaires liées aux cathéters, elle a permis de sensibiliser les hôpitaux du réseau CUROZ à la prévention des infections urinaires liées aux cathéters. L'amélioration significative de la mise en œuvre du 'bundle' de soins en témoigne.

Cependant, une attention soutenue est nécessaire pour pérenniser les améliorations obtenues.

Dans les futures stratégies multimodales au niveau du réseau, la phase de mise en œuvre devrait être mieux synchronisée et un délai de temps suffisant devrait être prévu entre la phase d'intervention et la phase post-mesure afin de maximiser l'efficacité de l'intervention.

## Remerciements

Cette stratégie multimodale a été élaborée dans le cadre des projets pilotes HOST menés en Belgique de 2021 à 2025, sous l'autorité du Comité Belge de Coordination de la Politique Antibiotique (BAPCOC).

Nous tenons à remercier tous les membres du personnel hospitalier du réseau CUROZ qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de cette stratégie multimodale de prévention des infections urinaires aiguës, et en particulier le Pr Ingrid Wybo et la Pharm. Anke Stoefs, qui ont dirigé le projet HOST au sein du réseau CUROZ au moment de l'élaboration de cette stratégie multimodale.

## Références

1. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des infections urinaires au cours des soins. (CSS 8889). Mai 2019 (version adaptée de la recommandation de Juillet 2017).

2. Vrijens F, Hulstaert F, Gordts B, De Laet C, Devriese S, Van De Sande S, et al. Nosocomiale infecties in België, deel II: Impact op mortaliteit en kosten. Health Services Research (HSR). Brussels: Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE reports 102A (D/2009/10.273/01).
3. Gonçalves Menegueti M, Cioli MA, Bellissimo-Rodrigues F, Auxiliadora-Martins M, Gambero Gaspar G, da Silva Canini SRM et al. Long-term prevention of catheter-associated urinary tract infections among critically ill patients through the implementation of an educational program and a daily checklist for maintenance of indwelling urinary catheters. A quasi-experimental study. Medicine. 2019; 98:8(e14417)
4. Gauron G, Bigand T. Implementation of evidence-based strategies to reduce catheter-associated urinary tract infections among hospitalized, post-surgical adults. American Journal of Infection Control. 2021; 49: 843-845
5. Zhu L, Jiang R, Kong X, Wang X, Pei L, Deng Q, Li X. Effects of various catheter fix sites on catheter associated lower urinary tract symptoms. EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE. 2021; 21: 47
6. Potugari et al. Multimodal Intervention Approach Reduces Catheter-associated Urinary Tract Infections in a Rural Tertiary Care Center. Clinical Medicine & Research. 2020; 18(4): 140-144
7. WHO multimodal improvement strategy. Juni 2009. Consulté le 28/05/2025 sur <https://www.who.int/publications/m/item/who-multimodal-improvement-strategy>
8. CDC 2017 – NHSN Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events
9. HICPAC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. 2009. Consulté le 10/06/2025 sur <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/cauti/background.html>
10. Fisher JC, Godfried DH, Lighter-Fisher J, Pratko J, Sheldon ME, Diago T, Kuenzler KA, Tomita SS, Ginsburg HB. A novel approach to leveraging electronic health record data to enhance pediatric surgical quality improvement bundle process compliance. J Pediatr Surg. 2016; 51(6):1030-3 consulté le 10/6/2025 sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995516/>

ARTICLE ORIGINAL

# I Médiation animale dans les Unité des Soins Intensifs Pédiatriques et Adultes du HUB. Et l'hygiène ?

**J. Bonte<sup>1</sup>, A. Willems<sup>2</sup>, A. Rodriguez Cheang<sup>3</sup>, J. Cano-Chervel<sup>4</sup>, L. Elegeert<sup>5</sup>,  
C. Steckelmacher<sup>6</sup>, S. Goenen<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>. Infirmière chef de service, HUB

<sup>2</sup>. Directeur du service des soins intensifs pédiatriques, HUB

<sup>3</sup>. Conseillère en hygiène hospitalière, HUB campus Laeken

<sup>4</sup>. Psychologue, HUB Campus Laeken

<sup>5</sup>. Infirmière en unité de soins intensifs adultes, HUB campus Anderlecht

<sup>6</sup>. Infirmière en unité de soins intensifs adultes, HUB campus Anderlecht

<sup>7</sup>. Infirmière chef des soins intensifs pédiatriques, HUB campus Laeken



L'Hôpital Universitaire de Bruxelles (HUB) a récemment accueilli Tika dans son unité de soins intensifs pédiatriques située à Laeken. Avant cela : Yuki au sein de ses unités de soins intensifs adultes basées à Anderlecht. Ces nouveaux membres viennent renforcer les équipes soignantes dans une démarche innovante visant à améliorer le bien-être des patients et de leurs proches grâce à la thérapie assistée par l'animal. Cette initiative est mise en œuvre dans le respect strict de principes fondamentaux, chers aux équipes d'hygiène hospitalière.

La médiation animale désigne une pratique impliquant une triade interspécifique entre un humain professionnel du soin ou non, un animal et un humain en souffrance psychologique et/ou physique, en vue de bénéfice(s) pour ce dernier.

## Les origines

Les approches non-pharmacologiques dans la gestion du stress, de la douleur et plus largement de la qualité de vie des patients hospitalisés aux soins intensifs sont un axe de travail central dans nos pratiques soignantes. C'est dans cette perspective que le projet de la médiation par le chien s'inscrit.

Une revue de la littérature a été réalisée par tous les intervenants avec comme pierres angulaires : des expériences de médiation par l'animal dans les centres de soins, l'impact microbiologique, la gestion du stress et de la douleur.

La race du chien a été sélectionnée en tenant compte du cadre dans lequel ils étaient censés intervenir. Il importait aussi que les chiens puissent avoir un contact rapproché avec les patients sans les effrayer. On s'est orienté donc naturellement vers des chiens de petite taille dont le caractère est réputé doux, affectueux et sociable. Des chiens de plus petite taille permettent un suivi plus aisés de l'hygiène lors de leur présence dans les services. Le type de poils peut également influer sur le risque allergène et sur les mues bien que cela reste minime et peu documenté.

Les soins intensifs sont un lieu dans lequel, sur le plan polysensoriel, l'expérience est intense et très singulière : alarmes des appareils, monitorings et situations d'urgences, odeurs (désinfectants), matériel (machines, tuyaux, câbles), tenues vestimentaires (blouses, gants, masques). Il faut que le chien se sente à l'aise et trouve cet environnement familier. Ainsi, il est fondamental d'exposer les chiots dès leur sevrage à l'environnement dans lequel ils seront amenés à évoluer.

## Le bien-être de l'animal

Le bien-être animal est une condition non négociable dans la réussite de la médiation. Il est reconnu qu'une interdépendance existe entre le bien-être animal, le bien-être humain et l'environnement (concept de One Welfare).

Afin de garantir une référence humaine à nos chiens, chaque chien a son propre propriétaire, issu de leur unité de soins qui prend en charge le chien en dehors de ses missions hospitalières.

Les chiens viennent dans leur unité deux fois par semaine ou plus. Un quartier général a été aménagé dans un bureau, où ils disposent de leur panier et d'une gamelle d'eau. Leurs besoins primaires sont rigoureusement respectés : promenade avant leur arrivée dans le service, sorties pour faire leurs besoins, jeux. Les temps de sommeil sont priorisés ce qui signifie que quand ils dorment, ils ne sont pas disponibles pour visiter des patients.

Les chiens sont également, dans les premiers temps suivis par un éducateur canin. Nous veillons à leur équilibre psychologique en favorisant le jeu, les récompenses, les temps d'apprentissage sans stress et sans pression.

Enfin, aucun de nos chiens ne doit courir de risque de maltraitance ou de violence lors de ses missions hospitalières.

## Le protocole d'hygiène extra- et intra-muros

Les chiens, et particulièrement les chiots, peuvent être porteurs de germes (parasites, virus, bactéries,...) potentiellement dangereux, certains pouvant être transmis à l'homme.

C'est ce que l'on nomme des zoonoses.

Pour limiter ces risques, nos chiens ne sont pas de grands aventuriers des plaines et forêts et, l'hygiène des mains est essentielle. Il est impératif de se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon ou d'utiliser un gel hydroalcoolique après tout contact avec un animal, son environnement ou ses déjections.

Nos chiens étant considérés comme une ressource pour assurer les soins, ils sont ainsi inclus dans les indications à l'hygiène des mains. Cette simple précaution vise à protéger à la fois la santé des animaux et celle des personnes.

Les chiens sélectionnés comme animal de médiations bénéficient d'un suivi vétérinaire rigoureux (vaccination, vermifugation, hygiène buccale) et spécifiquement adapté à leur race.

Pour diminuer l'impact des mues dans les unités, nos chiens bénéficient d'un brossage régulier, d'une alimentation équilibrée, de bains adaptés à leur pelage.

Les protocoles de nettoyage des surfaces et matériaux en unités de soins intensifs étant déjà assez stricts, nous n'avons pas dû les adapter.

Après la promenade, les chiens arrivent dans l'unité dans un sac à dos adapté. Ensuite, une toilette spécifique est effectuée: brossage des poils puis nettoyage des poils, des yeux, des oreilles et des pattes avec des lingettes adaptées.

Lorsque les chiens sont amenés à monter sur le lit des patients, un drap de protection est utilisé pour préserver l'environnement direct du patient.

Chaque jour de passage des chiens, sont dressées des listes de patients qui pourraient bénéficier de la médiation animale. Afin de maîtriser le risque de transmission, quelques critères d'exclusion existent :

- Patients en isolement protecteur ou infectieux, chaque patient ayant le screening d'usage en soins intensifs (MRSA, VRE, CPE, ...)
- Patients avec une plaie ouverte ou brûlures étendues
- Patients présentant une mycose cutanée
- Patients sédatés

## Sur le terrain, concrètement :

Les chiens sont promenés en laisse jusque dans les chambres par le personnel de l'unité ou par les patients, dans le service. La rencontre ne se fait que si le patient ou son accompagnant donnent leur accord. Tout commence par un regard, à distance, en attente d'un signal, d'une invitation exprimée par le patient ou son accompagnant, puis éventuellement le toucher.

Ces rencontres peuvent se faire dans le cadre de la gestion de la douleur, lors d'annonces difficiles, lors de crises émotionnelles, à l'entame d'une relation soignant-soigné plus complexe, lors de phobies de soins, lors de phases dépressives ou d'ennui.

Bien que quelques membres du personnel aient émis des réserves (peur, bien-être animal, hygiène et allergies, ...), assez rapidement nos chiens ont été adoptés dans leur service par les métiers et les patients. Certaines personnes initialement réticentes se sont ensuite montrées favorables à cette initiative. L'approche ouverte et spontanée constitue une réelle ressource thérapeutique dont l'impact positif significatif sur les patients peut se noter à différents niveaux: réduction du stress et de l'anxiété, amélioration de l'humeur, soutien émotionnel, stimulation de l'interaction sociale ou encore aide à la revalidation.

Concernant cette dernière, nous en avons minimisé l'impact, non seulement sur les patients mais aussi sur les soignant. Ainsi, les kinésithérapeutes du service ont en effet trouvé un réel soutien en nos chiens, les patients étant plus rapidement enclins à sortir de leur lit pour effectuer leurs promenades et leurs exercices de revalidation tout en ayant leur attention détournée.

Le personnel soignant est aussi ravi car outre le fait de voir leurs patients sourire, Tika et Yuki les enchantent et leur permettent également de décompresser, dans un environnement de travail régulièrement stressant.

L'environnement hospitalier peut toutefois constituer un risque pour des chiens en phase d'apprentissage. Il convient alors d'adapter cet environnement : les câbles que le chiot adore grignoter, les médicaments qui ressemblent à des friandises, les portes ouvertes qui sont un appel à la liberté, et pour rappel : les bruits qui peuvent provoquer des aboiements si le chien n'y est pas familiarisé rapidement.

## Conclusion

Il s'agit ici d'un projet pilote et les données objectives manquent dans la littérature. Notamment, l'impact de cette thérapie innovante dans la maîtrise des infections acquises au sein d'une unité des soins intensifs devrait être évalué à l'avenir afin de mieux cerner les risques encourus. A cet égard, nous ambitionnons de réaliser une surveillance continue de la transmission de germes, dont des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.

Une chose est certaine, l'arrivée d'un animal de médiation se prépare et doit être d'ores et déjà considérée comme une avancée thérapeutique notable.

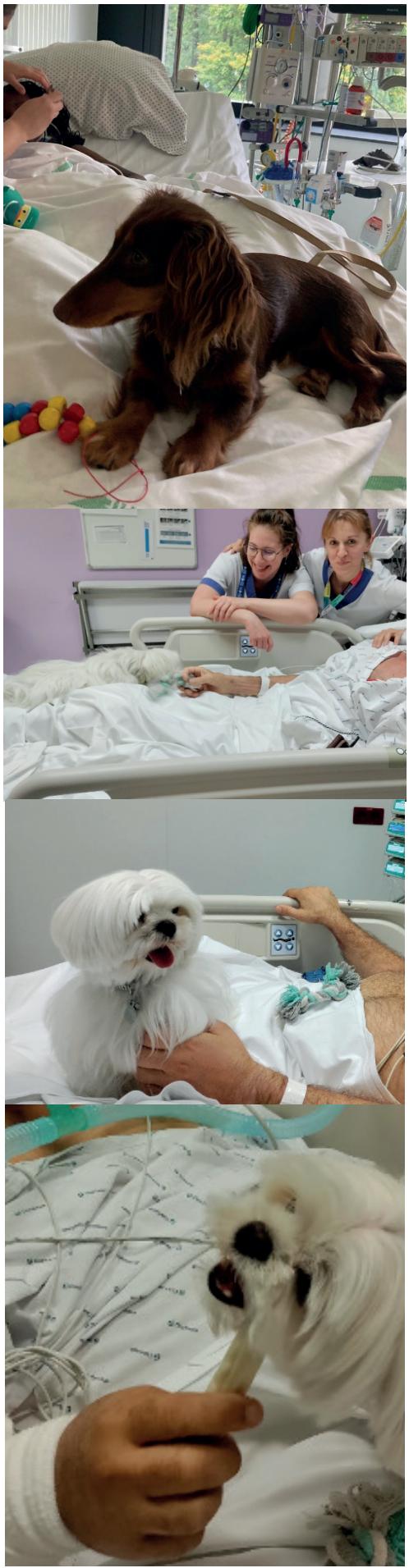
Lorsque le projet mis en place trouve un rythme de croisière, l'équipe d'hygiène, le personnel et les patients des soins intensifs du HUB peuvent envisager du répit et aller à la rencontre de nos « soignants » à quatre pattes

## Illustrations

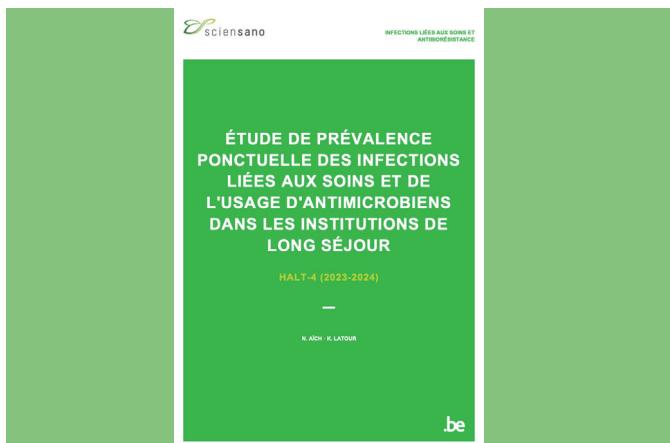


## Références.

1. CHUBAK J et al. A randomized controlled trial of animal-assisted activities for pediatric oncology patients: psychosocial and microbial outcomes. *Journal of pediatric health care*. 2023 Nov 4:S0891-5245(23)00279-1.
2. ERREN TC et al. , The kids' ward reindeer: a scoping review of the effects of support animals on the well-being of healthcare staff. *Journal of occupational medicine and toxicology*. 2023 Dec 12;18(1):28.
3. SPIKESTEIN A et al. Impact of facility dog and Certified Child Life Specialist Dyad on Children's Pain and Anxiety During Needlestick Procedures in a Pediatric Hematology Oncology Clinic Setting. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2024 Jan 1;46(1):51-56.
4. BRODIE S et al. An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in healthcare settings. *Journal of clinical Nursing*. 2002; 11:444-456.
5. EDNER A et al, Low Risk of Transmission of Pathogenic Bacteria between Children and the Assistance Dog during Animal Assisted Therapy if Strict Rules are Followed, *Journal of Hospital Infection*, v. 1- Mar. 1980.
6. YONGSHEN F et al. Effects on animal-assisted therapy on hospitalized children and teenagers: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 60 ,2021 11–23.
7. FIORE M et al. Risks and benefits of animal-assisted interventions for critically ill patients admitted to intensive care units, *Journal of anesthesiology, analgesia and critical care*, 2023, 3:15.



# Les infections liées aux soins et l'usage d'antimicrobiens en maison de repos et de soins en Belgique: Résultats de l'étude de prévalence ponctuelle HALT-4 (2023-2024)



La quatrième étude de prévalence ponctuelle (PPS) 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 ont pris part à l'étude à l'automne 2023 et deux au printemps 2024. En Wallonie, 30 MR(S) (43,5%) ont participé à l'étude, dont deux 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 en PCI, principalement des infirmiers, et parfois des médecins. La formation en hygiène des mains avait été dispensée dans 58,0% des MR(S) au cours de l'année écoulée, ciblant principalement les infirmiers et le personnel paramédical. La prévalence moyenne et médiane des infections actives liées aux soins chez les résidents le jour de l'étude 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%).

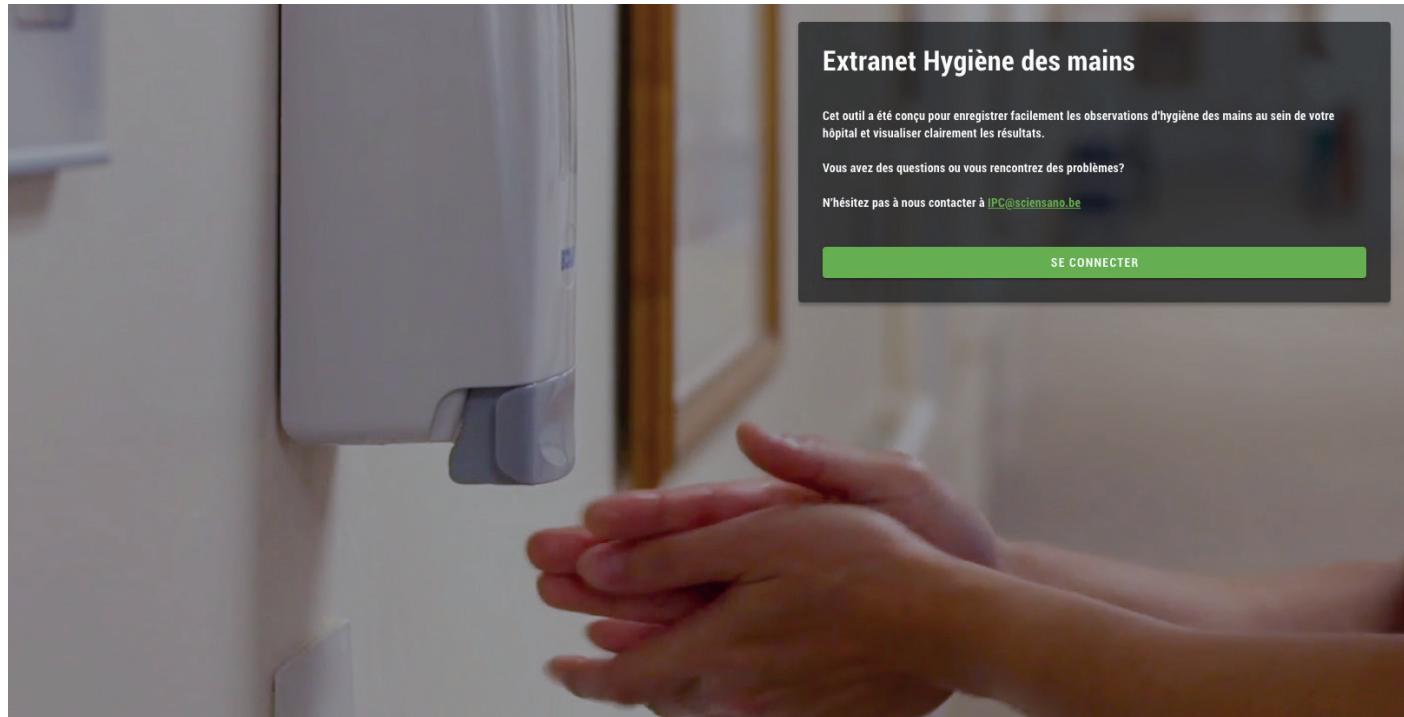
La prévalence médiane des résidents recevant au moins un antimicrobien systémique était de 3,8%. Un total de 347 agents antimicrobiens ont été rapportés. Au total, 64,0% des traitements antimicrobiens systémiques étaient administrés de façon thérapeutique. Une date de fin ou de révision était connue pour 61,7% des antimicrobiens. Pour les traitements prophylactiques, la date de fin ou de révision n'était connue que dans 11,2% des cas, contre 90,1% pour les antimicrobiens 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).

**Lien vers le rapport belge:** Les infections liées aux soins et l'usage d'antimicrobiens en maison de repos et de soins en Belgique: Résultats de l'étude de prévalence ponctuelle HALT-4 (2023-2024) | sciensano.be  
<https://www.sciensano.be/en/biblio/les-infections-liees-aux-soins-et-lusage-dantimicrobiens-en-maison-de-repos-et-de-soins-en-belgique-0>

**Lien vers le rapport européen:** Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities 2023-2024  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-6>

**Conclusion:** Les résultats du PPS indiquent qu'il est essentiel de renforcer la PCI dans les institutions de long séjour. Cela implique le développement de compétences clés des professionnels de la PCI, l'allocation de ressources suffisantes aux programmes de PCI, l'instauration de systèmes robustes de surveillance, l'élaboration de lignes directrices détaillées, ainsi que la promotion des activités de sensibilisation et de formation. Les actions futures devraient inclure la formation continue du personnel, en accordant une priorité particulière à l'hygiène des mains, ainsi qu'à la surveillance standardisée des infections liées aux soins et de l'usage des antimicrobiens. Il est également nécessaire d'améliorer la gestion des antimicrobiens prophylactiques, qui sont souvent prescrits sans date de fin ou de révision. Une telle optimisation est essentielle pour garantir un usage plus rationnel des antibiotiques.

# I Rappel : l'Outil d'hygiène des mains est en ligne !



L'équipe informatique de Sciensano, en collaboration avec le Groupe de travail national sur l'hygiène des mains, a développé un nouvel outil convivial pour surveiller l'hygiène des mains.

Cet outil vous offre actuellement les possibilités suivantes :

- Observer et enregistrer le respect des 5 moments clés de l'OMS pour l'hygiène des mains
- Évaluation des exigences de base
- Analyse par hôpital, par campus, par service, par groupe professionnel, par moment OMS
- Comparaison entre les services et entre les campus
- Comparaison entre différentes périodes, par exemple avant et après une campagne interne
- Feedback en temps réel pour une amélioration immédiate
- Téléchargement de graphiques à partager hors ligne dans des documents et des présentations

Une application mobile (fonctionnant hors ligne !) avec synchronisation automatique sera disponible dans un avenir proche.

**Lien :** <https://handhygiene.sciensano.be/>

**Plus d'informations et webinaire :**  
[health.belgium.be](http://health.belgium.be) – Hand Hygiene

**Contactez** [IPC@sciensano.be](mailto:IPC@sciensano.be) **pour y accéder.**

# I Eaux usées ? sciensano retient des informations utiles pour vous !



## WASTEWATER-BASED EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE

**Yearly report - 2024**

---

H. MALOUX • R. JANSSENS • M. LESENFANTS • A. MEYERS • K. HANSFORD • L. CORNELISSEN •  
L. VAN POELVOORDE • A. GOBBIO • M.A. FRAITURE • S. DE KEERSMAECKER • N. ROOSSENS • B.  
VERHAEGEN • J. LINUSSIO • M. ANDRE • C. GARCIA-GRAELLS • K. VAN HOORDE • N. UI HUDDA  
• N. DE ROECK • P. DELPUTTE • T. BOOGAERTS • N. VAN WICHELEN • A. VAN NUIJS • R. PYPE •  
B. VAN BOXSTAELE • P. HERMAN • S. VAN GUCHT • K. DE RIDDER • K. BLOT • V. HUTSE



.be

Saviez-vous que Sciensano publie non seulement un bulletin hebdomadaire sur les infections respiratoires aiguës, mais un rapport hebdomadaire sur la surveillance des virus respiratoires dans les eaux usées ?

La surveillance épidémiologique des eaux usées mesure l'évolution du coronavirus (SARS-CoV-2), de la grippe et du virus respiratoire syncytial (VRS) dans la population générale en collectant des échantillons d'eaux usées à l'entrée des stations d'épuration réparties dans l'ensemble du pays. La surveillance des eaux usées couvre une partie importante, à savoir 38%, de la population générale et permet de détecter rapidement et précocement des évolutions significatives de la circulation du virus.

Sur le site web de Sciensano, vous trouverez le tableau de bord interactif (Surveillance des eaux usées - Virus respiratoires Sciensano Belgique) ainsi que le rapport hebdomadaire avec un aperçu des derniers résultats (Surveillance épidémiologique basée sur les eaux usées - Rapport hebdomadaire | sciensano.be). Le rapport annuel 2024 d'eaux usées (<https://www.sciensano.be/nl/biblio/wastewater-based-epidemiological-surveillance-yearly-report-2024>).

Sciensano utilise également l'expertise acquise dans le domaine de la surveillance des eaux usées pour surveiller la résistance aux antimicrobiens. Plusieurs projets pilotes sont actuellement en cours, notamment dans des hôpitaux et des maisons de repos. Vous en entendrez certainement bientôt parler plus en détail.

# I Rapport national de la surveillance des infections à *Clostridioides difficile* dans les hôpitaux (ICD/CDI) 2024



Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance

## EPIDEMIOLOGY OF *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* INFECTIONS IN BELGIAN HOSPITALS

**National report**  
**Data up to and including 2024**

MILENA CALLIES • LEILA VAN IMSCOOT • KARL MERTENS



### Principaux résultats

- La participation à la surveillance des infections à *Clostridioides difficile* (ICD) dans les hôpitaux en 2024 était de 88,3 % (91/103), atteignant des niveaux jamais vus depuis que la surveillance n'est plus entièrement obligatoire (2015).
- Les services les plus touchés en 2024 étaient les services de gériatrie (25,3 %). Cependant, pour la première fois, les patients âgés de 65 à 79 ans (35,7 %) étaient plus nombreux que ceux âgés de 80 ans et plus (34,6 %).
- La proportion d'infections à *C. difficile* associées aux soins hospitaliers (HA-ICD) a diminué pour atteindre 53,8 % en 2024. La proportion de cas signalés dont l'origine présumée est « communautaire » a augmenté pour atteindre 29,3 % la même année. Le pourcentage d'ICD récurrentes (10,4 %) et compliquées (9,3 %) reste stable.

- En 2024, 40 des hôpitaux participants ont déclaré un taux moyen de dépistage des ICD de 98,46 pour 10 000 jours d'hospitalisation. Sur les 39 hôpitaux ayant fourni des informations sur leurs algorithmes de dépistage, 23 (59,0 %) ont déclaré utiliser les algorithmes en plusieurs étapes recommandés par la Société européenne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (ESCMID).

- Selon les données de remboursement de l'INAMI, la plupart des tests de dépistage du *C. difficile* ont été facturés pour des patients ambulatoires (54 %) en 2024. Le nombre de tests facturés pour 1 000 habitants assurés est passé à 16,76.

- En 2024, l'incidence était de 2,77 et 1,49 pour 10 000 jours d'hospitalisation pour les ICD et les HA-ICD, respectivement. Après une augmentation progressive de l'incidence à partir de 2022, nous observons à nouveau une diminution de l'incidence des ICD et des HA-ICD en 2024, bien que les niveaux ne soient pas encore revenus à ceux d'avant la pandémie de COVID-19. Cependant, l'incidence des cas d'origine présumée « communautaire » est restée stable en 2024 (0,80 pour 10 000 jours d'hospitalisation).

- L'incidence des ICD, telle que déterminée à partir des données (administratives officielles) Résumé Hospitalier Minimum, reste supérieure à celle observée dans le cadre de notre surveillance. Il est intéressant de noter que la comparaison entre ICD « non présentes à l'admission » (Résumé Hospitalier Minimum) et celle des HA-ICD (données de surveillance) montre l'effet inverse.

- Les ribotypes les plus fréquemment isolés en 2024 étaient les suivants : 014, 078, 106, 001 et 020. Tous les isolats sont restés sensibles aux antibiotiques actuellement recommandés pour le traitement des ICD, notamment la vancomycine, le métronidazole et la fidaxomicine. Les ribotypes RT012, RT126 et RT078, parmi les plus courants en Belgique, ont été associés à une résistance à plusieurs antimicrobiens (clindamycine, moxifloxacine, tétracycline, érythromycine).

- Le taux de mortalité national pour « l'entérocolite à *Clostridioides difficile* » est passé de 0,32 à 0,52 pour 100 000 habitants entre 2021 et 2022 (dernières données disponibles du registre des décès).

### Pour en savoir plus

<https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiology-clostridioides-difficile-infections-belgian-hospitals-national-report-data-and-2>

## SITES WEB

# I 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.belgianinfectioncontrolociety.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

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

## • 27 JANVIER 2026

**Symposium georganiseerd door de BICS, ABIHH en WIN**  
**Opleiding van zorgprofessionals in infectie-preventie en controle (IPC)**

Lieu: Campus Erasme, ULB Bruxelles

Renseignements: BICS, ABIHH (<https://abihh.com>, H. Strale Tel : 02/555 45 89)  
 ou WIN (Mme C Bogaert, Tél : 02/737 97 83, Email : [administratie@netwerkverpleegkunde.be](mailto:administratie@netwerkverpleegkunde.be));  
[belgianinfectioncontrolsociety.com/en/](http://belgianinfectioncontrolsociety.com/en/)

## • 5 MARS 2026

**Kennis delen samen sterker - intercollegiale uitwisseling infectiepreventie (CONTRAIN)**

Lieu: Utrecht, Pays-Bas

Renseignements: <https://contrain-ipc.nl/uncategorized/kennis-delen-samen-sterker-2026/>

## • 21 MARS 2026

**Symposium Séminaire de diagnostic des maladies infectieuses.(SSID))**

Lieu: Atlanta,USA

Renseignements: <https://www.sciensano.be/fr/evenements/symposium-diagnostic-des-maladies-infectieuses-2026>

## • 26 MARS 2026

**WZC symposium - zorginfecties en antimicrobiële résistance (SCIENSANO)**

Lieu: Rue Ernest Blérot n°1, Bruxelles ou en ligne. Matinée en français et après-midi en néerlandais

Renseignements: <https://surveys.sciensano.be/index.php/698472?lang=fr>; [Nathalie.Verhocht@sciensano.be](mailto:Nathalie.Verhocht@sciensano.be)

## • 7 - 10 AVRIL 2026

**The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)°Spring Conference**  
**Defending Science, protecting patients**

Lieu: Hyatt Regency Chicago, Chicago, Illinois, USA

Renseignements: <https://sheaspring.org>

## • 15 - 17 AVRIL 2026

**9th World Congres on Vascular Acces (WOCOVA)**

Lieu: Valence, Espagne

Renseignements: <https://wocova.com/congress-info-2026>

## • 17 - 21 AVRIL 2026

**ESCMID Global 2026 Congress**

Lieu: Munchen, Duitsland

Renseignements: <https://www.escmid.org/congress-events/escmid-global/munich-2026/>

## • 28 - 29 AVRIL 2026

**Conférence sur la prévention et le contrôle des infections (ICPIC)**

Lieu: Birmingham, VK

Renseignements: <https://www.infectionpreventioncontrol.net/>

## • 3 - 5 JUIN 2026

**36ème Congrès de la Société Française en Hygiène Hospitalière (SF2H)**

Locatie: Lille, France

Renseignements: [insc-SF2H@europa-organisation.com](mailto:insc-SF2H@europa-organisation.com)

## • 15 - 17 JUIN 2026

**APIC Annual conference 2026**

Lieu: Nashville, VS

Renseignements: Register – Annual Conference 2026

## • 23 - 24 JUIN 2026

**Healthcare Infection Society (HIS) Annual Conference**

Lieu: Londres, Royaume-Uni

Renseignements: Annual Conference 2026 | Healthcare Infection Society - Healthcare Infection Society

## • 28 - 29 SEPTEMBRE 2026

**Semaine des infirmier(ère)s. Journées d'étude sur la prévention des infections.**

28/09/26 Journée d'étude pour les experts PCI

29/09/26 Journée d'étude pour les experts PCI

Lieu: Kursaal Ostende, Belgique

Renseignements: [administratie@netwerkverpleegkunde.be](mailto:administratie@netwerkverpleegkunde.be)

## NOS DERNIERS MOTS

**Chers lecteurs,**

C'est avec une pointe de nostalgie mais aussi avec fierté que nous nous adressons à vous, en tant que comité de rédaction, dans ce tout dernier numéro de Noso info — sous sa forme actuelle. Après 29 ans et plus de 100 éditions, un chapitre se referme sur un périodique qui était une référence dans le domaine de la prévention des infections en Belgique.

L'avenir n'est pas encore déterminé. Mais nous avons grand espoir qu'une nouvelle initiative verra le jour, afin que des informations actualisées et fiables sur les infections nosocomiales continuent à parvenir aux professionnels et aux personnes intéressées dans les années à venir.

Nous regardons avec gratitude une histoire riche. En 1996, Noso info a été fondé sous la direction inspirée de Jean-Jacques Haxhe, dérivant du trimestriel « Bulletin d'Information en HH » qui avait également vu le jour en 1979 sous son impulsion. Par la suite, Youri Glupczynski et Anne Simon ont successivement pris les rênes, chacun avec leur propre vision et avec un engagement sans limite. En 2007, Noso Info a fait ses premiers pas numériques en rendant les versions papier disponibles en ligne sur un site de l'UCL. Depuis la mi-2014, ce périodique est exclusivement disponible en version numérique sur une plateforme en ligne où les nouvelles éditions comme les anciennes peuvent être consultées.

Que nous ayons pu réaliser plus de 100 éditions, nous le devons à l'engagement de nombreux acteurs. Nos sincères remerciements vont à :

- Tous les auteurs qui, au fil des années, ont partagé leur expertise et ont écrit avec enthousiasme sur divers thèmes liés à la prévention des infections. Grâce à eux, nous avons également pu composer plusieurs numéros thématiques.

- Anne Simon, notre coordinatrice actuelle, qui, depuis 2003, a guidé Noso Info avec une énergie inépuisable, de la créativité et un œil attentif aux sujets pertinents, contribuant ainsi à le modeler pour qu'il devienne ce qu'il est aujourd'hui.

- Tous ceux qui ont contribué dans les coulisses, tant d'un point de vue pratique que financier. Nous souhaitons en particulier remercier Mme Michèle Zumofen, Mme Liliane De Greef et Mr Rudy Lechantre pour leur travail consciencieux et précis au secrétariat durant de nombreuses années. Leur engagement et leur dévouement ont été autant de contributions essentielles au succès de notre activité.

- Et bien sûr : vous, nos lecteurs. Sans votre intérêt et votre implication, Noso info n'aurait jamais pu exister. Nous concluons ce chapitre avec gratitude, mais aussi avec confiance dans l'avenir. Confiance que le feu du partage des connaissances sur la prévention des infections continue de brûler, sous quelque forme que ce soit.

Avec nos salutations chaleureuses,

**Met warme groet,**

**Le comité de rédaction**

**Aldo Spettante – Youri Glupczynski – Yves Velghe – Nicole Verbraeken – Kat Matthys – Guido Demaiter – Tina De Beer**



# 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 maîtrise des infections liées aux soins. Ceux-ci sont sélectionnés par le comité de rédaction et publiés en français et en néerlandais (traduction assurée par la revue).

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

# Partenaires

## Pour tout renseignement concernant Sciensano

+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 83  
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: veuillez consulter le formulaire de contact sur le site web  
<https://abihh.com>

## BICS – Belgian Infection Control Society



## Pour tout renseignement concernant BICS,

Email : veuillez consulter le formulaire de contact sur le site web: [belgianinfectioncontrolsociety.com/en/](http://belgianinfectioncontrolsociety.com/en/)

## COTISATIONS BICS :

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

**noso** info est également disponible sur internet :  
**[www.nosoinfo.be](http://www.nosoinfo.be)**