

# Bulletin



ÉDITORIAL

## Donnez aux hygiénistes les outils nécessaires pour travailler efficacement en 2026 !

Jean-Winoc Decousser  
Président de la SF2H

Chères/chers collègues,

Cet éditorial sera contemporain du 36<sup>e</sup> congrès de la SF2H qui se déroulera à Lille du 3 au 5 juin 2026. Parmi les communications scientifiques et les partenariats industriels figureront en bonne place les outils technologiques désormais indispensables à notre exercice quotidien.

Notre rôle d'hygiéniste pourrait en effet se résumer en deux approches :

- **La prévention de la survenue d'infections, qui peuvent être d'origine endogène ou exogène.** Nous y travaillons par la mise en place de protocoles de soins et nous participons à l'évaluation de leur observance. La détection/alerte et la surveillance de ces infections font partie de cette stratégie.
- **La prévention de la transmission de micro-organismes,** qui pourra entraîner une colonisation puis secondairement une infection que l'on qualifiera alors d'exogène. L'objectif est la lutte contre la transmission croisée et la prévention des épidémies.

Pour effectuer ces missions, nous avons besoin de détecter des infections et des événements de transmission, puis de les investiguer. Nous avons ensuite besoin de nous assurer que les mesures que nous mettons en place fonctionnent et que les infections et transmissions s'arrêtent.

Pour la détection de ces phénomènes, nous sommes souvent dépendants des alertes des soignants, du laboratoire ou de nos correspondants en hygiène. Cette approche a pour limite de ne voir que l'évidence, c'est-à-dire les infections ou les phénomènes de transmission ayant des caractéristiques très particulières : bactéries multirésistantes, ou appartenant à des espèces peu communes, phénomènes épidémiques explosifs... Nous « ratons » les phénomènes impliquant des micro-organismes sans caractéristiques particulières, comme les bactéries sensibles aux antibiotiques ou les virus diffusant aussi dans la communauté. À l'inverse, pour les infections virales respiratoires, nous incluons « large », c'est-à-dire que nous considérons comme appartenant à un même cluster temporo-spatial tous les cas survenant chez les patients et les soignants même quand le virus circule en parallèle dans la communauté. Et pour mettre fin à ces épidémies, nous utilisons des critères arbitraires (souvent deux séries de dépistage hebdomadaires sans nouveau cas) qui peuvent augmenter artificiellement la durée des épidémies lorsque sont captés dans les séries de dépistages des cas communautaires indépendants du cluster. Concernant les investigations, nous travaillons finalement presque encore comme John Snow, le célèbre médecin anglais qui identifia la source et les voies de

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION

L.-S. Aho Glélé – M. Arbogast – C. Bataille – Ph. Berthelot – H. Blanchard – Y. Carré – P. Cassier – M. Coppry – C. Dananché – J.-W. Decousser – R. Dutrech – A. Florentin – S. Fournier – O. Keita Perse – D. Langlois – G. Mellon – I. Novakova – P. Parneix – J. Racaud – A.-M. Rogues – S. Romano Bertrand – C. Tamames – H. Vergnes – V. Walocha

#### BUREAU

Président : Pr Jean-Winoc Decousser – Vice-présidente non médicale : Rachel Dutrech – Vice-présidente médicale : Dr Sara Romano Bertrand – Secrétaire générale : Marie-Christine Arbogast – Secrétaire adjoint : Dr Pierre Cassier – Trésorière : Dr Julie Racaud – Trésorière adjointe : Dr Olivia Keita Perse

transmission du choléra dans le quartier de Soho à Londres au XIX<sup>e</sup> siècle (alerte, investigations épidémiologiques, hypothèses de transmission, mesures de prévention) que nous complétons finalement de façon assez exceptionnelle par des comparaisons moléculaires de souches.

Pourtant les outils modernes existent : les logiciels hyperconnectés dopés à l'IA permettent de simplifier la surveillance et d'améliorer l'alerte, les outils de séquençage de nouvelle génération associés à des logiciels de comparaisons de génomes faciles d'utilisation permettent d'identifier sans ambiguïté les événements de transmission croisée bactériens et viraux. Ce typage et cette comparaison des souches bactériennes, virales ou fongiques peuvent se faire pour confirmer une transmission croisée ou l'exposition à un même réservoir ; une approche systématique sans a priori (« *Sequence first* ») est également désormais possible en raison de la démocratisation de la technologie et de la baisse vertigineuse des coûts. Cela fait plus de quatre ans que l'équipe de Sundermann et coll. a publié dans la prestigieuse revue *Clinical Infectious Diseases* un travail comparant les performances de ces nouvelles technologies à celles de nos organisations actuelles<sup>1</sup>. Les résultats étaient sans appel : non seulement nous passons à côté de plus de 90% des clusters de transmission croisée bactérienne en travaillant « à l'ancienne », mais en plus, nous travaillons « pour rien » dans deux tiers des cas en investiguant des épidémies qui finalement n'en sont pas. Ces résultats, confirmés ensuite par d'autres travaux m'avaient stupéfié, et je n'étais pas le seul.

Pourtant aujourd'hui en 2026 la situation n'a quasiment pas évolué : les EPRI utilisant des logiciels métiers se comptent sur les doigts d'une main, et très peu ont un accès facile à la comparaison moléculaire des souches, y compris au sein des CHU.

« *Cela coûte cher* » est le principal argument opposé aux hygiénistes audacieux qui osent demander à avoir accès au progrès. Mais qu'est ce qui coûte cher : la perte de chance des patients bloqués en amont des structures de soins spécialisées en proie à une épidémie identifiée trop tardivement ? Les lits de réanimation ou de chirurgie bloqués par des patients infectés ? La multiplication des infections du site opératoire non détectées à temps ? Le rapport récent de la Cour des comptes sur la qualité des soins publié fin avril 2026 rappelle ce que nous savions déjà : les infections associées aux soins constituent un gouffre financier de 2,5 à 5 milliards d'euros et un scandale éthique<sup>2</sup>. La SF2H, interrogée par la Cour des comptes, n'a pu que confirmer ces faits.

Nos directeurs et autorités de tutelle nous demandent de prendre des décisions compliquées ayant des conséquences sur l'offre de soins (ralentissement des parcours de soins, voire fermetures de lits). Pire, ils nous demandent de fournir et valider des chiffres et indicateurs que nous savons probablement inexacts, voire sous-estimés.

Les hygiénistes sont des professionnels de santé experts qui doivent pouvoir avoir accès aux nouvelles technologies pour bien faire leur travail, qui a le seul défaut d'être basé sur la prévention collective plutôt que sur le traitement individuel de patient. Un hématalogue accepterait-il en 2026 de traiter ses patients sans typage génomique de leurs maladies ? Un infectiologue traiterait-il une infection décapitée par les antibiotiques sans analyse métagénomique ? Alors pourquoi les hygiénistes devraient-ils travailler sans accès aux nouveaux outils ?

Nos ambitions doivent être double : maintenir et développer les effectifs des EPRI mais aussi leur permettre de travailler plus efficacement. Ce sera certainement un des nombreux sujets discutés à Lille.

### Références

- 1- Sundermann AJ, Chen J, Kumar P, et al. Whole-genome sequencing surveillance and machine learning of the electronic health record for enhanced healthcare outbreak detection. *Clin Infect Dis*. 2022;75(3):476-482. Doi : 10.1093/cid/ciab946.
- 2- Cour des comptes. La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. Avril 2026. Accessible à : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-damelioration-de-la-qualite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante> (Consulté le 04-05-2026).



# La Commission COPERMIC

Camille Bataille et Thierry Pialleport

La Commission Permanente de Microbiologie de l'environnement (COPERMIC) a été créée en 2023 pour répondre à un besoin de positionnement de la SF2H sur les questions soulevées par le risque infectieux lié à l'environnement hospitalier. En effet, la maîtrise de ce risque est une de nos missions qui prend une place de plus en plus importante dans notre quotidien et qui pose souvent de nombreuses questions pratiques.



C. Bataille

## Qui compose la COPERMIC ?

Nous sommes une équipe pluridisciplinaire composée de 9 membres, dont 5 membres du conseil d'administration et du conseil scientifique de la SF2H.

Avec 2 techniciens biohygiénistes et 5 praticiens spécialisés en microbiologie de l'environnement, nous sommes armés pour répondre aux différentes sollicitations de la commission. Une infirmière en prévention du risque infectieux et une cadre de santé traduisent le langage parfois obscur des microbiologistes...

## Nos missions ?

L'élaboration d'avis, de recommandations de bonnes pratiques ou de fiches techniques à l'usage des professionnels de terrain en s'appuyant sur les données disponibles dans la littérature scientifique et leur actualisation. Nous travaillons dans l'optique que nos documents soient à la portée de tous, notamment des professionnels moins expérimentés en microbiologie.

Un autre objectif de la commission est l'élaboration d'outils d'aide à la décision notamment dans le contexte national de la publication ou la diffusion de textes officiels, de recommandations ou de guides techniques. En effet, il n'est pas toujours simple de décrypter et d'appliquer les textes officiels, et nous souhaitons en tirer l'essentiel pour une application pratique sur le terrain.

Ces productions documentaires sont disponibles sur le site internet de la SF2H essentiellement sous forme de fiches de réponse rapide.

Enfin, pour rester proches des problématiques des professionnels de terrain, nous travaillons sur les questions que les adhérents nous font remonter via le site de la SF2H (<https://www.sf2h.net/contact.html>), lors des échanges autour du congrès et dans nos pratiques quotidiennes. Un questionnaire soumis aux adhérents de la SF2H fin 2023 avait aussi permis de recueillir les interrogations de terrain.

Une foire aux questions est régulièrement mise à jour, elle est disponible dans l'onglet « Publications » sur le site internet de la SF2H.

## Notre domaine de compétence ?

- La place des analyses microbiologiques au sein des stratégies de maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement.
- La réalisation de ces analyses au sens large du terme, à savoir :
  - leur programmation au sein d'un plan de prélèvement adapté à l'objectif (surveillance, investigation autour d'un cas d'infection à un micro-organisme de l'environnement),
  - la réalisation du prélèvement,
  - la réalisation de l'analyse, par exemple par l'ensemencement des milieux de culture adaptés et après incubation, puis par la lecture des cultures obtenues,
  - l'ensemble des paramètres pouvant influencer le résultat de ces analyses.
- L'interprétation des résultats de ces analyses environnementales, incluant les actions à mettre en œuvre au regard de ces résultats.
- Les techniques alternatives ou complémentaires aux techniques de culture microbiologique traditionnelles.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à consulter nos actualités sur le site de la SF2H : <https://www.sf2h.net/commissions/microbiologie-de-lenvironnement.html>



T. Pialleport

# Les premiers pas de la TEPRI

Emmanuelle Joseph et Dorothée Langlois

## Introduction

L'impact des activités humaines sur l'évolution du climat est scientifiquement prouvé. Les conséquences de ces perturbations sont très bien décrites et dans cette situation, chacun est appelé à agir et à œuvrer pour réduire les émissions de gaz à effet de serre dans son domaine de compétence. C'est dans ce cadre que la TEPRI intervient au service de la prévention et du contrôle du risque infectieux sous la direction de la SF2H.

## La TEPRI : définition et situation dans le paysage SF2H

Créée en janvier 2026, la TEPRI est la commission pour la Transition Écologique et la Prévention du Risque Infectieux. Sa création structure et formalise l'engagement constant de la SF2H en matière d'écoresponsabilité en santé. Sous le pilotage d'Emmanuelle Joseph (praticien hygiéniste au centre hospitalier de Salon-de-Provence) et Dorothée Langlois (infirmière hygiéniste au Groupe hospitalier du Havre), la TEPRI est composée d'une équipe pluridisciplinaire et dynamique de 10 membres.



E. Joseph

## La TEPRI : les missions

Ses missions consistent à promouvoir des approches durables en santé respectueuses des fondamentaux de la prévention et du contrôle des infections au service de la sécurité des patients, de la qualité des soins et de l'écoresponsabilité. La TEPRI participe ainsi à l'analyse de différentes pratiques pour la co-construction et le développement de référentiels et d'outils en la matière. À ce jour, plusieurs travaux sont à l'étude : la durée de conservation des flacons de gel d'échographie lors

d'examens sur peau intacte et hors acte interventionnel, la place des draps d'examen en cabinet de consultation, etc....

## La TEPRI : engagement et partenaires

Le projet est ambitieux et les sujets, particulièrement complexes, ne se limitent pas exclusivement au champ de la prévention du risque infectieux. Aussi, si la TEPRI travaille de concert avec les différentes commissions de la SF2H, elle se veut également un partenaire fiable en cultivant ses relations avec d'autres sociétés savantes impliquées sur le terrain du développement durable (la SFAR, la SRLF, la SPILF, le C2DS, le CERES, l'ANAP, etc....). Enfin, elle souhaite encore pouvoir s'appuyer sur les travaux et réflexions initiés en région en s'associant et en renforçant ses liens avec le réseau des CPIas. C'est forte de ce maillage et de cette vision concertée que la TEPRI entend mener à bien ses missions, au service des professionnels de santé sur le terrain.

## La TEPRI : comment nous contacter

Vous aussi, vous vous sentez concerné par ces sujets et souhaitez concilier soins durables et prévention du risque infectieux ? Alors, n'hésitez pas à contacter la TEPRI sur le site de la SF2H via le formulaire suivant : <https://www.sf2h.net/contact.html>.

La TEPRI ne peut exprimer tout son potentiel que par la force du collectif. C'est notre ressource la plus précieuse. Aussi, la commission aura le plaisir de vous retrouver au prochain congrès de la SF2H où vous pourrez entendre Emmanuelle Joseph donner le point de vue de l'hygiéniste dans la session SFAR du jeudi 4 juin 2026 de 17h30 à 18h45 intitulée : « Comment verdir son bloc opératoire tout en respectant l'hygiène et la sécurité des patients ? » Nous espérons vous y voir nombreux..



D. Langlois



# La recherche en PRI, est-ce accessible ?

## Portrait de chercheurs

Comme dans toute discipline, la recherche est un levier essentiel pour faire progresser les connaissances. La Commission Recherche de la SF2H vous invite à découvrir le parcours de professionnels engagés dans une dynamique de recherche en Prévention du risque infectieux (PRI) : Dorothee Langlois, infirmière au sein de l'équipe de PRI du Groupe hospitalier du Havre et Guillaume Mellon, médecin infectiologue, chef du service de Surveillance et de prévention des risques infectieux de l'hôpital Saint-Louis à Paris.



### Expérience de Dorothee Langlois

#### « D'où je viens ? »

Diplômée infirmière en 2008 j'ai d'abord exercé dans différents services d'un CHU de province tels que la gériatrie, la médecine interne ou la pneumologie. Au cours de ces années j'ai pu régulièrement côtoyer la recherche médicale. Après 10 années d'exercice, j'ai eu le besoin d'évoluer et de changer d'horizon. À la suite de plusieurs mois de réflexion, j'ai fait le choix de reprendre des études et me suis dirigée vers l'hygiène et la qualité des soins, deux dimensions fondamentales dans ma pratique. Direction Caen pour un master 2. Désormais... il fallait trouver une question de recherche...

#### Pourquoi l'hygiène des mains n'est-elle pas toujours réalisée aux moments attendus ?

À première vue, la question paraît presque naïve pour qui travaille en hygiène. En réalité, elle m'a conduit vers l'une des expériences les plus intenses de mon parcours professionnel, une expérience bien plus riche que je ne pouvais l'anticiper.

Tout a commencé dans le cadre de mon Master 2, avec l'exigence de produire un travail répondant aux critères d'une recherche scientifique. Au point de départ de

cette aventure, il y a : une étudiante, un sujet ancré dans sa pratique quotidienne et... beaucoup d'incertitudes.

#### Un exercice exigeant, avant tout. . .

Soyons honnêtes : c'est un long travail difficile et très chronophage qui demande de concilier des exigences méthodologiques académiques avec les contraintes et réalités d'un terrain d'étude. C'est dans ce contexte que l'on apprend à construire un protocole de recherche, à le tenir, à l'ajuster.

Ce qui m'a permis d'avancer ? Un entourage de grande qualité, à la fois du côté universitaire et du côté du terrain. C'est, je crois, une condition *sine qua non* : on ne fait pas de recherche tout seul. Aussi, une grande faculté d'adaptation : face aux contraintes, face aux erreurs, face aux doutes, accepter et continuer à avancer.

#### Ce que ça m'a apporté

Des rencontres inattendues – notamment des sociologues, dont le regard sur nos pratiques m'a profondément questionnée. Aussi une méthode de travail solide et rigoureuse. Et surtout, une façon différente d'aborder un sujet que je pensais bien connaître.

Ce travail a été récompensé par le Prix Recherche SF2H Junior 2021-paramédical et a été publié dans la revue *Hygiènes*. Je le mentionne non pas pour m'en prévaloir, mais parce que cela dit quelque chose d'important : une infirmière hygiéniste, sans étiquette officielle de chercheuse, peut, à son humble niveau, produire un travail reconnu par la communauté.

#### Pourquoi en parler ici ?

Parce que je suis convaincue que nous sommes nombreux et nombreuses à avoir des questions qui mériteraient d'être creusées. Et que la peur, le manque de confiance ou le manque de légitimité sont souvent perçus comme un premier obstacle, bien avant le manque de temps ou de méthode. Pourtant, vous n'avez pas besoin d'être chercheur pour faire de la recherche. Vous avez besoin d'une question qui vous habite, d'un entourage solide et du courage pour vous lancer. Le reste s'apprend : j'en témoigne.

Aujourd'hui, infirmière hygiéniste, impliquée dans le Conseil d'administration et la commission Recherche de la SF2H, j'ai l'opportunité d'évoluer aux côtés de professionnels aguerris : j'observe, j'apprends, je construis sans cesse.

Mon ambition ? Participer à un nouveau projet de recherche et embarquer à mes côtés cette équipe d'hygiène dans laquelle j'évolue depuis maintenant six ans et qui me soutient, me fait confiance au quotidien.



### Expérience de Guillaume Mellon

Mon intérêt pour la recherche est venu naturellement. Dès mon internat, au cours de mes stages notamment en maladies infectieuses et en médecine interne, je me suis interrogé sur les raisons qui justifiaient le choix d'une stratégie thérapeutique plutôt qu'une autre, alors que plusieurs options semblaient démontrer un bénéfice pour les patients. Mes encadrants, impliqués dans des protocoles de recherche clinique, m'ont encouragé à y inclure des patients. C'est ainsi que le virus de la recherche m'a contaminé !

Une fois devenu Chef de Clinique des universités, j'ai enfin pu concevoir et mettre en place un protocole répondant à une question qui me taraudait : *faut-il adapter la dose d'amoxicilline chez les patients obèses et si oui comment ?* Seul aux commandes, j'ai découvert l'excitation, mais aussi les difficultés et la solitude de cet exercice. Entre la joie d'inclure des patients et les frustrations liées aux lenteurs administratives et aux difficultés de terrain, j'ai compris que le temps de la recherche et celui de la clinique ne suivaient pas le même rythme. Pourtant, je me suis accroché. Les patients ont été inclus, les analyses réalisées, et le travail a été publié. Une première victoire, qui m'a appris l'importance de mener ces projets de manière collective et de m'entourer de collègues dynamiques.

### COVIDET : un projet né de la pandémie

Dans le contexte de la pandémie de SARS-CoV-2, il m'a semblé nécessaire de générer des données au sein de l'univers pénitentiaire, où je travaillais alors. Un appel à projets de l'Agence nationale pour la Recherche (ANR) a été lancé. Pour la première fois, j'ai rédigé en totalité un protocole de recherche, accompagné par des équipes de méthodologie, de statistique, des soignants et des laboratoires. Le projet **COVIDET** a ainsi vu le jour grâce au financement obtenu.

Cette aventure a été longue, fastidieuse et semée d'embûches. Elle a demandé un travail considérable en plus des longues journées auprès des patients. Mais nous avons réussi à produire des données sur la

diffusion du SARS-CoV-2 en détention, un bel exemple de détermination collective.

### Se former pour mieux chercher

En parallèle de ces projets, je me suis formé sur le plan théorique. J'ai suivi les enseignements du diplôme inter-universitaire **CESAM**, puis un **Master**. Ces formations m'ont permis d'acquérir les outils nécessaires pour concevoir et analyser des protocoles de recherche rigoureux.

### Une expérience internationale aux États-Unis : le Massachusetts General Hospital à Boston

Fort de ces expériences en France, j'ai eu la chance de vivre une immersion en recherche au **Massachusetts General Hospital** de Boston, affilié à la prestigieuse **Harvard Medical School**. Ce séjour a été magique. Vivre au quotidien le dynamisme et le pragmatisme de cet écosystème a été extrêmement enrichissant. J'y ai travaillé sur les enjeux de l'acquisition de bactéries hautement résistantes parmi les voyageurs américains. Je recommande à tous cette expérience, tant sur le plan professionnel que personnel.

### Aujourd'hui : l'équilibre entre terrain, enseignement et recherche

Aujourd'hui, j'exerce à l'hôpital **Saint-Louis** à Paris, un établissement hospitalo-universitaire où je prends beaucoup de plaisir à travailler en équipe. Mon activité se partage entre :

- Missions quotidiennes nécessaires à la mise en place des actions de **prévention et de contrôle des infections**,
- L'enseignement, pour transmettre mon intérêt pour la recherche aux internes et étudiants de master,
- Consultations en maladies infectieuses,
- Et la **recherche**, avec la mise en place et la constitution de nouveaux projets.

Notre discipline a besoin de données scientifiquement solides pour offrir les meilleurs soins possibles à nos patients. Alors, qu'attendez-vous ? **Lancez-vous dans la recherche en prévention du risque infectieux !**

# Webinaires du JePPRI : bilan d'une année au service des adhérents

## Groupes de travail Éditorial du JePPRI

Chaque année, le groupe Formation du JePPRI se démène pour proposer aux adhérents de la SF2H du contenu utile à leur montée en compétence. Cet article vous résume les 3 dernières séries de Webinaires, organisés par le JePPRI en 2025-2026.

### Juri'nars : regards croisés sur le droit de la santé et le risque infectieux

Par Sarah Littée, IDE Hygiéniste



#### Juri'nar#1 : Droit de la santé, cadre juridique général et application au bon usage des antibiotiques

Ce premier opus a permis d'explorer les dimensions juridiques de la prévention du risque infectieux (PRI) et du bon usage des antibiotiques (BUA), à travers des approches complémentaires mêlant droit, organisation des soins et retours d'expérience.

##### Droit de la santé : un cadre juridique structurant pour la prévention du risque infectieux

L'intervention du Dr Catherine Dumartin a rappelé les fondements du droit de la santé, indispensables à la compréhension des enjeux actuels. Le cadre juridique repose sur une hiérarchie de normes, allant de la Constitution aux textes réglementaires, en passant par les lois et ordonnances. À l'échelle européenne, règlements et directives participent à l'harmonisation, tandis que les

recommandations orientent les politiques de santé. Le Code de la santé publique constitue une référence centrale (missions des établissements de santé, incluant la lutte contre les infections associées aux soins). À ce socle s'ajoutent les recommandations de la HAS, avis du HCSP, travaux des sociétés savantes et normes techniques (AFNOR, ISO), qui participent à la définition des bonnes pratiques.

##### La question de la responsabilité professionnelle occupe une place centrale

Elle repose sur la démonstration d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité. Elle peut être civile ou administrative (indemnisation), disciplinaire (sanction professionnelle) ou pénale. En matière d'infections nosocomiales, un régime spécifique s'applique : l'établissement est présumé responsable, sauf preuve d'une cause étrangère.

##### Bon usage des antibiotiques : une structuration progressive du cadre juridique

Dans une seconde partie, le Dr Ségolène Bouges a détaillé l'organisation juridique du bon usage des antibiotiques. Initialement fondé sur des initiatives locales, ce dispositif est désormais intégré à une stratégie nationale pilotée par les Agences régionales de santé (ARS), en lien avec les politiques de lutte contre l'antibiorésistance.

Les ARS assurent la déclinaison territoriale de cette stratégie, en s'appuyant sur des indicateurs de suivi et une coordination des acteurs. Parmi eux, les Centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb), rendus obligatoires en 2022, jouent un rôle structurant aux côtés des Cpias et des équipes multidisciplinaires d'antibiothérapie.

Au niveau des établissements, l'intégration du BUA dans la politique de qualité et de sécurité des soins est désormais obligatoire. Elle se traduit par la mise en place de programmes dédiés, la désignation de référents et le suivi d'indicateurs. Ce dispositif est renforcé par la certification HAS (version 2025), les indicateurs nationaux de qualité et des mécanismes d'incitation financière.

##### Juri'nar#2 : Expertise et contentieux : une réalité croissante en infectiologie

Le second webinaire a mis en lumière les enjeux médico-légaux à travers les regards croisés d'un expert judiciaire et d'un médecin-conseil.

### Expertise judiciaire et responsabilité civile en PRI : synthèse et enjeux

Le Dr Joseph Hajjar a rappelé le rôle structurant de la loi Kouchner du 4 mars 2002, qui a consacré le droit des patients à l'indemnisation et à l'accès au dossier médical. En cas de litige, plusieurs voies sont possibles, avec une place importante accordée à la résolution amiable. L'expertise médicale constitue une étape clé. Elle repose sur une analyse rigoureuse du dossier, l'audition des parties et l'évaluation des pratiques. En infectiologie, cette démarche est particulièrement complexe et nécessite une approche pluridisciplinaire. La traçabilité y joue un rôle déterminant : au-delà de l'existence de protocoles, c'est leur application effective qui doit être démontrée. Le rôle de l'hygiéniste apparaît ici central, tant dans la prévention que dans la gestion du risque contentieux.

### Le regard du médecin-conseil : entre défense et analyse des pratiques

L'intervention du Dr Jean-Winoc Decousser a illustré concrètement ces enjeux à travers l'expérience de l'AP-HP. L'établissement dispose d'une organisation dédiée à la gestion du risque médical, associant juristes et médecins-conseils. Les données de sinistralité montrent le poids des infections nosocomiales, représentant environ 15% des indemnisations. Les spécialités les plus exposées sont l'orthopédie, l'obstétrique et les urgences. L'analyse des dossiers met en évidence des situations contrastées, allant de la reconnaissance de fautes à l'exclusion de responsabilité lorsque la prise en charge est conforme. Ces retours soulignent l'importance d'une documentation rigoureuse et d'une collaboration étroite entre équipes cliniques et équipes d'hygiène.

### Juri'nar#3 : Responsabilités de l'hygiéniste dans son établissement de santé

Le troisième volet a été consacré à la responsabilité de l'hygiéniste, dont le rôle, à la fois stratégique et transversal, reste encore insuffisamment reconnu.

### L'hygiéniste face au risque juridique : un rôle clé mais encadré

Dans une première partie, le Dr Pierre Parneix a pointé du doigt la place singulière de l'hygiéniste dans l'arsenal juridique hospitalier. L'hygiéniste intervient avant tout comme conseiller. Il s'appuie sur les données scientifiques et les exigences réglementaires pour formuler ses recommandations, sans être décisionnaire. Sa responsabilité dépend donc largement de la traçabilité de ses avis. En cas de non-suivi de ses préconisations, il est essentiel de pouvoir démontrer que l'alerte a bien été formalisée. Si les mises en cause personnelles restent rares, le risque juridique existe, notamment sur le plan pénal en cas de manquement caractérisé (Code pénal, art. 121-3). Toutes les activités n'exposent cependant pas au même niveau de risque : la gestion des épidémies ou celle des risques environnementaux constituent les situations les plus sensibles.

### Traçabilité, expertise et culture du retour d'expérience

Les retours d'expérience présentés rappellent que les situations contentieuses sont souvent liées à des défauts d'application des recommandations ou à des insuffisances de traçabilité. Plusieurs exemples, tels que les risques liés aux antiseptiques, aux erreurs d'administration ou à l'absence de fit test pour les équipements de protection, illustrent l'importance d'une vigilance constante.

Dans ce contexte, la traçabilité apparaît comme un levier majeur de sécurisation, tout comme l'information du patient et la mise en œuvre de retours d'expérience structurés. Le maintien des compétences, via la formation continue et la veille scientifique, constitue également un élément clé.

### Les Juri'nars en chiffres

	N participants	N visionnage replays
Jurinar#1	128	208
Jurinar#2	145	129
Jurinar#3	166	237

### Biblinars : de la preuve scientifique à la mise en œuvre sur le terrain

Par Coralie Noël, Pauline Sorlin et Maïder Coppry, Praticiens hygiénistes



Dans le cadre d'une nouvelle série de webinaires, le JePPRI a souhaité accompagner les adhérents de la SF2H dans la production et l'utilisation de données scientifiques. Cette initiative s'inscrit dans un contexte où les professionnels de la prévention du risque infectieux doivent composer avec une évolution rapide des connaissances, des recommandations et des outils.

### Biblinar#1 : Recherche documentaire en prévention du risque infectieux

Ce premier épisode était consacré aux bases de la recherche documentaire, depuis la formulation d'une question jusqu'à l'exploitation des résultats dans la pratique professionnelle.

### Des objectifs concrets pour structurer la recherche

Animé par Dr Anne-Gaëlle Venier et Emmanuelle Reyraud du Cpias Nouvelle-Aquitaine et de la mission MATIS, la première partie du webinaire poursuivait un objectif clair : fournir des repères méthodologiques simples et directement mobilisables. Il s'agissait notamment d'apprendre à formuler une question de recherche pertinente, à identifier des sources fiables et à interroger efficacement les bases documentaires.

Dans un second temps, Yolène Carré est intervenue pour nous expliquer comment trouver des éléments de réponse dans la littérature scientifique, dédramatiser la traduction de l'anglais vers le français et enfin, synthétiser pour répondre à notre question de recherche.

### Formuler une question : une étape déterminante

La qualité d'une recherche documentaire repose d'abord sur la clarté de la question posée. Deux approches complémentaires ont été présentées.

La méthode PICO, largement utilisée en recherche clinique, permet de structurer une question autour de quatre éléments : la population étudiée, l'intervention, la comparaison éventuelle et les objectifs attendus. Elle est particulièrement adaptée à la construction de protocoles ou à l'analyse d'une problématique précise.

La méthode dite « 3QCP » (Qui, Quoi, Quand, Où, Comment, Pourquoi) offre une approche plus large, utile notamment pour les travaux exploratoires ou la conception d'outils pédagogiques.

### Interroger efficacement les ressources documentaires

Une recherche pertinente nécessite également une stratégie d'interrogation adaptée. L'utilisation de mots-clés précis, en français comme en anglais, est indispensable pour accéder à la littérature internationale.

Les opérateurs logiques (ET, OU, SAUF) permettent d'affiner les résultats, tandis que certains outils techniques - comme l'usage des guillemets pour rechercher une expression exacte ou la troncature pour élargir une recherche - améliorent significativement l'efficacité des requêtes.

### Identifier des sources fiables

Le webinaire a mis en avant plusieurs ressources de référence pour les professionnels de la prévention du risque infectieux. En France, la plateforme Prévention Infection (Répia) constitue une porte d'entrée majeure, regroupant les productions des CPIas, des CRAth et des missions nationales.

Les sociétés savantes, en particulier la SF2H et les réseaux d'infectiologie, proposent également des recommandations, des publications et des outils actualisés. Les sources réglementaires, telles que Légifrance ou les bulletins officiels, complètent cet ensemble.

### Quelle place pour l'intelligence artificielle ?

L'intelligence artificielle peut être utilisée comme un outil d'appui, à condition d'en maîtriser les limites. Présentée comme un « assistant cognitif », elle facilite la recherche et la synthèse d'informations, mais ne se substitue pas à l'analyse critique du professionnel. Une vigilance particulière est nécessaire concernant la fiabilité des références proposées : la vérification des sources reste indispensable. Le cadrage précis des requêtes (prompts) permet toutefois d'en améliorer la pertinence. Des outils spécialisés, en cours de développement, pourraient à terme sécuriser davantage ces usages.

### Explorer la littérature scientifique

Pour approfondir une thématique, le recours aux bases de données scientifiques est incontournable. Selon les objectifs, différents types de revues peuvent être mobilisés. Les revues narratives offrent une vision globale rapide, utile en pratique quotidienne. Les scoping reviews permettent de cartographier un champ de recherche, tandis que les revues systématiques, notamment selon la méthodologie PRISMA, apportent un niveau de preuve élevé au prix d'une démarche plus exigeante. Concrètement, Yolène Carré expose ici une méthode clé en main pour réaliser une revue narrative rapide.

Plusieurs bases de données ont été présentées, chacune ayant ses spécificités : PubMed pour les données biomédicales, Embase pour les études qualitatives, CINAHL pour les pratiques soignantes ou encore Cairn pour les sciences humaines et sociales.

### Traduire les articles anglophones : mode opératoire

Si l'idée même de lire un article scientifique en anglais vous terrifie, retrouvez dans cet opus un tutoriel made in Quebec pour traduire les pages internet. Et pour ce qui concerne les articles en PDF, vous pourrez dorénavant vous appuyer sur des outils comme DeepL ou encore DocTranslator, dans leurs versions gratuite (limitée) ou payante.

### Gérer aisément l'ensemble des références collectées

Des outils comme Zotero facilitent la gestion des références, tandis que les solutions de traduction permettent de lever, en partie, la barrière de la langue. Ce webinaire se termine par une mise en application pratique des principes et méthodes présentées.

Il rappelle ainsi quelques principes essentiels : la nécessité de formuler une question claire, d'utiliser des mots-clés adaptés, de s'appuyer sur des sources fiables et de conserver une trace des recherches effectuées. Il souligne également l'importance de garder un regard critique sur les résultats et de viser, en permanence, leur applicabilité sur le terrain.

### Biblinar#2 : Lecture critique d'un article

Dans ce second épisode, nous comprenons que lire un article scientifique relève d'une démarche rigoureuse, proche d'une enquête. Le Dr Cédric Dananché s'est donc livré à un exercice loin d'être si simple : rendre accessible l'analyse critique d'un article.

Il explique ainsi, qu'une étude n'énonce pas une vérité définitive, mais propose une réponse à une question scientifique qu'il convient d'examiner avec recul.

D'abord, il s'agit d'en comprendre la structure, puis de distinguer approches expérimentales et observationnelles afin d'en apprécier la portée. À ce titre, les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses comptent parmi les méthodes les plus robustes, tandis que les études descriptives, sans établir de causalité avec le même degré de certitude, restent utiles pour décrire les phénomènes cliniques ou environnementaux et orienter les hypothèses.

Ensuite, l'interprétation des résultats exige de la nuance. En effet, une association ne démontre pas une causalité, et la p-value ne se lit jamais isolément. Les mesures d'effet et leurs intervalles de confiance s'interprètent dans leur contexte.

Par ailleurs, les biais, inévitables, appellent une identification attentive, qu'il s'agisse de biais de sélection, de mesure ou de confusion. Même si les méthodes d'ajustement en limitent l'impact, elles ne les font pas disparaître. En définitive, la lecture critique repose sur une vigilance constante, qui consiste à examiner la cohérence de l'ensemble, à évaluer la qualité des données et à identifier les limites, explicites comme implicites.

### Biblinar#3 : De la recommandation à la mise en action sur le terrain

Dans ce troisième volet du webinaire, le Pr Serge Aho-Glele s'est intéressé à l'interprétation d'une méta-analyse. Ainsi, il nous explique que tout l'art de la méta-analyse réside dans une synthèse et une estimation globale de l'effet d'une intervention, d'une exposition ou encore d'un diagnostic. On saisit ainsi l'importance de prendre en compte l'hétérogénéité des études incluses dans une méta-analyse. En effet, même si plusieurs études répondent à une même question, leur design peut varier en termes de population, d'expositions... En somme, une hétérogénéité importante doit alerter le lecteur. La robustesse de la méta-analyse quant à elle se mesure par la sensibilité. Plusieurs exemples appliqués à la PRI, sont ainsi explicités et les éléments clés d'interprétation sont mis en exergue. Le Forest plot par exemple présente les effets de chaque étude incluse dans la méta-analyse, ainsi que l'effet poolé de la méta-analyse en elle-même. Les méta-analyses en réseau permettent quant à elles de comparer des études de manière croisée. En effet, avec cette méthode, lorsque l'on souhaite comparer 3 interventions A, B et C et que l'on ne dispose de données que pour A versus B et A versus C, il est possible de déduire l'effet de B versus C.

Il conclut sa présentation avec 3 essentiels pour une

méta-analyse de qualité : inclure des données de qualité, maîtriser les aspects statistiques sous-jacents et s'assurer de la pertinence clinique de cette analyse.

Dans la seconde partie de ce webinaire, le Dr Maider Coppy s'est intéressé à la mise en œuvre des recommandations sur le terrain.

Ce qui est paradoxal dans le domaine de la médecine par la preuve, c'est le délai, parfois très long, pour qu'une recommandation soit appliquée en pratique courante. Si l'on s'intéresse spécifiquement à l'hygiène des mains, 41 ans plus tard, nous sommes encore loin des 100% de compliance, malgré toutes les données disponibles dans la littérature.

La production de recommandations repose d'abord sur l'analyse de la littérature scientifique, qui fera par la suite l'objet d'une cotation, selon le niveau de preuve estimé. Les méthodes de cotation sont par ailleurs variées, comme la méthode Grade ou encore la méthode des recommandations pour la pratique clinique.

Une fois la recommandation publiée, de nombreux freins à la mise en œuvre existent, liés aux professionnels, aux organisations, aux ressources, à la formulation même des recommandations ou encore aux patients. Lever ces freins requiert de s'appuyer sur les sciences de l'implémentation.

Elle identifie ainsi 4 leviers essentiels pour transposer une recommandation dans la pratique de terrain : l'adaptation locale, le leadership clinique, la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles avec un retour des résultats. En résumé, la preuve scientifique va guider la pratique professionnelle, mais elle ne pourra pas la dicter. La production d'une recommandation s'appuie sur un travail collectif. Enfin la mise en œuvre pratique doit prendre en compte plusieurs facteurs et freins à maîtriser.

### Les Biblinars en chiffres

	N participants	N visionnage replays
Biblinar#1	72	117
Biblinar#2	62	60
Biblinar#3	47	51

### Scopi'nars : Prévenir le risque infectieux en endoscopie

Par Marion Rami, Praticien hygiéniste et Isabelle Wehrung, IDE hygiéniste

#### Scopi'nar #1 : Généralités sur les endoscopes

Ce premier opus a présenté les généralités relatives à la sécurisation de la prise en charge des endoscopes souples à canaux thermosensibles, ainsi qu'au risque infectieux qui leur est associé.

Le Dr Christophe Gauthier, praticien hospitalier hygiéniste au CHU Bordeaux et au CPIas Nouvelle-Aquitaine, a présenté les principes généraux de l'endoscopie, dans



une perspective de sécurisation de la prise en charge des endoscopes souples thermosensibles.

L'exposé a débuté par une définition des dispositifs concernés, permettant de poser le cadre conceptuel. Il s'est poursuivi par une analyse des facteurs influençant la qualité du traitement de ces dispositifs, structurée selon un diagramme d'Ishikawa (méthode des «5M»). Chaque catégorie de facteurs a ensuite été détaillée. Le « M » de Matériel correspond notamment au parc d'endoscopes, dont les caractéristiques et l'état conditionnent les modalités de traitement. Le « M » de Main-d'œuvre regroupe les professionnels impliqués, dont la coordination et le niveau de compétence sont déterminants. Le « M » de Méthode concerne les procédures de traitement des endoscopes, qu'elles soient manuelles ou automatisées en laveur-désinfecteur, avec une description des différentes étapes du processus. Enfin le « M » de Matières inclut les produits et consommables utilisés, tandis que le « M » de Milieu renvoie à l'architecture des locaux et aux conditions environnementales.

Ainsi, cette approche globale permet d'identifier les déterminants majeurs de la qualité du traitement des endoscopes et de structurer les actions d'amélioration dans une logique de maîtrise du risque infectieux. Dans une deuxième partie, le Dr Hélène Boulestreau, nous a proposé une revue de la littérature consacrée au risque infectieux en endoscopie.

Ce risque est décrit depuis la fin des années 1960. Initialement estimé entre 1 et 3 cas pour un million d'actes, il a longtemps été considéré comme faible, voire théorique, par les cliniciens. Toutefois, les données actuelles confirment son caractère indiscutable, en raison de la complexité des dispositifs médicaux utilisés et du caractère invasif des actes. Les études récentes suggèrent par ailleurs une augmentation du risque infectieux, probablement en lien avec une meilleure détection des cas et la complexification des pratiques. Le risque infectieux en endoscopie apparaît multifac-

toriel. Les micro-organismes impliqués sont variés et les mécanismes de survenue des infections associées aux soins sont multiples. Le délai parfois prolongé entre la réalisation de l'acte et la survenue des signes cliniques contribue à une sous-estimation de ce risque. Les infections peuvent être d'origine endogène, liées aux micro-organismes du patient, ou exogène, impliquant des micro-organismes issus de l'environnement provenant d'un défaut dans le traitement des endoscopes. L'analyse de la littérature met en évidence l'implication de bactéries, de mycobactéries, de *Clostridioides difficile*, de bactéries multirésistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRe), ainsi que de virus et d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC). Ces situations sont d'ailleurs illustrées par de nombreuses études et cas rapportés.

L'amélioration des pratiques est notable au cours des dernières années, sous l'effet combiné du renforcement du cadre réglementaire, de la prise de conscience des professionnels et de l'implication des autorités de santé, notamment de la HAS qui identifie l'endoscopie comme une activité à risque.

En bonus : Un schéma résumant la démarche qualité et sécurité des soins en endoscopie qui est essentielle. Le risque infectieux peut survenir à chaque étape du processus de prise en charge, soulignant l'importance de la traçabilité des actes et du signalement des événements indésirables, éléments clés dans une stratégie globale de prévention.

### Scopi'nar #2 : Microbiologie et endoscopie

Dans ce second opus, il était question de surveillance microbiologique en endoscopie.

Mme Céline Ciotti, technicienne supérieure hospitalière biohygiéniste à l'hôpital Saint-Louis (AP-HP), propose une approche concrète de la prévention du risque infectieux en endoscopie.

#### Visite de risque et audit de pratiques : méthodes clés

Deux outils méthodologiques de visite de risque ont été présentés, permettant une évaluation du niveau de maîtrise du processus de traitement des endoscopes. En matière d'audit, un référentiel complet et opérationnel a été détaillé ; il couvre l'organisation, les pratiques professionnelles et la gestion du risque infectieux lié aux endoscopes. Le bonus : un exemple d'audit de traçabilité y a également été présenté, illustrant la démarche d'évaluation sur le terrain et pouvant être transposé dans votre établissement.

#### Surveillance en endoscopie : entre matériel et environnement

La seconde partie a abordé la surveillance microbiologique en endoscopie. Mme Ciotti y a précisé les modalités de réalisation des prélèvements programmés et des prélèvements ponctuels d'endoscopes,

ainsi que les prélèvements de qualification à l'installation, la requalification annuelle et le suivi trimestriel des laveurs-désinfecteurs (LDE) et des enceintes de stockage (ESET). Les résultats attendus ont été explicités et un exemple de conduite à tenir en cas de non-conformité a été détaillé. En complément, un modèle de planning annuel des prélèvements, visuel et facilement transposable, est proposé pour faciliter la mise en œuvre de la surveillance microbiologique.

#### Les prélèvements en endoscopie : techniques de réalisation des prélèvements

Dans une troisième et dernière partie, M. Thierry Pialleport, biohygiéniste au Centre hospitalier de Saint-Brieuc Paimpol-Tréguier, a développé une approche technique détaillée des prélèvements en endoscopie. L'exposé a débuté par un rappel des prérequis, reposant sur la formation initiale des professionnels, leur habilitation ainsi que le maintien des compétences, considérés comme des éléments fondamentaux dans la maîtrise du risque infectieux associé à ces dispositifs médicaux.

Il a notamment décrit de manière structurée les modalités de réalisation des prélèvements d'endoscopes. Ont été successivement abordés les aspects organisationnels et techniques, incluant l'identification des opérateurs, la préparation du matériel, la sélection des réactifs et consommables, ainsi que les exigences relatives à l'environnement de prélèvement. Les techniques de prélèvement ont été détaillées étape par étape, distinguant le prélèvement multicanal de celui canal par canal.

Un exemple de procédure standardisée de prélèvement a même été proposé, permettant d'illustrer de manière opérationnelle les différentes étapes du processus et de faciliter leur appropriation par les équipes.

Enfin, sa présentation se termine avec les prélèvements environnementaux associés, comprenant les prélèvements d'eau des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes, ainsi que les prélèvements d'air et de surfaces des enceintes de stockage des endoscopes thermosensibles.

Retrouvez l'ensemble  
des replays des webinaires  
du JePPRI sur le compte  
Youtube de la SF2H



**Vous ne souhaitez plus rater notre actualité, alors n'hésitez pas à suivre le JePPRI sur ses différents réseaux sociaux**



Je PPRI



@je\_ppri



je\_ppri



Je PPRI



jeppri.groupe@gmail.com

#### Scopi'nar #3 : Partage et retours d'expérience du terrain

Pour ce 3<sup>e</sup> et dernier épisode, le JePPRI a choisi le partage de Retour d'Expérience. Essentiel en risque infectieux, le Retour d'Expérience reste incontournable pour évaluer nos pratiques et bien évidemment les faire évoluer et ainsi éviter de se retrouver dans la même situation que le voisin...

Dans un premier temps, retour sur une contamination des LDE au CHU de Normandie, à *Candida parapsilosis* opportuniste qui leur a donné bien des soucis... C'est là que le travail en collaboration et la bonne communication entre les fabricants de LDE et l'EPRI est primordial. Ensuite, est abordée une contamination d'un fibroscope bronchique pédiatrique à *Pseudomonas aeruginosa* au CHU de Bordeaux. Alerté par le service de pneumo-pédiatrie pour plusieurs patients positifs à *P. aeruginosa*, l'EPRI a investigué cette contamination. Une fois de plus, le travail en collaboration avec le fabricant de l'endoscope mais aussi avec d'autres professions telles que service qualité, communication, biologiste... d'un hôpital en gestion de crise a été la clé vers la maîtrise de cet événement. Et enfin, partage d'expérience autour d'une alerte épidémique à *P. aeruginosa* liée à des échoendoscopes au CHU de Limoges. Cette contamination nous rappelle que ces échoendoscopes sont des appareils à architecture complexe nécessitant des précautions d'usage à appliquer méticuleusement.

Ces REX nous prouvent bien que le risque infectieux lié aux endoscopes et matériels associés (LDE, ESET...) est important et, nous nous devons d'être vigilants et en alerte devant une présence de ces appareils de plus en plus complexes et sophistiqués.

On vous l'avait promis, à la fin, vous serez incollable sur l'endoscopie !

#### Les Scopi'nars en chiffres (disponibles en replay fin juin 2026)

	N participants
Scopinarn#1	179
Scopinarn#2	174
Scopinarn#3	136

**Envie de faire bouger la PRI ?  
Rejoignez le JePPRI**

