

Editorial

L'ANNÉE 2004 débute par un colloque organisé par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins le 20 janvier sur le thème Infections Nosocomiales : « quelle surveillance pour une meilleure prévention », montrant ainsi l'importance attachée par notre ministre de tutelle, M. le Pr. MATTEI, et son administration à ce sujet qui nous est cher. Y ont été présentés les axes d'un nouveau programme national à partir desquels une concertation aura lieu au cours du premier trimestre avant sa présentation définitive. Vous trouverez dans ce bulletin un compte-rendu de ce colloque établi par le Dr. J.-C. LABADIE, ainsi que l'intervention du Dr. J. CARLET sur l'évitabilité des infections nosocomiales.

Ce plan s'accompagnera de la mise en place d'un « tableau de bord », réclamé en particulier par les médias et les associations représentant les usagers des établissements de soins. Celui-ci sera composé d'indicateurs, dont la nature exacte reste encore à définir, mais dont l'objectif est de donner une première approche de la mise en œuvre dans l'établissement d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales. Cette initiative a ses zélateurs et ses détracteurs ; dans l'attente de connaître exactement les indicateurs retenus, tout débat me semble prématuré. Reconnaissons cependant que, de toute façon, les règles étant claires, ce tableau de bord sera largement plus pertinent que certains des critères utilisés par des journalistes pour dresser un « hit-parade » en comparant parfois des données objectivement non comparables, voire le « bouche à oreille », ou, pire encore, la « rumeur », dont les patients sont « friands » dans leur besoin d'être rassuré sur la qualité du service rendu.

Dans ce contexte, la fin de 2003 et le début de 2004 ont été malheureusement très riches en médiatisation des infections nosocomiales, comme de divers épisodes épidémiques qui semblent se succéder, comme pour mieux rendre la population française de plus en plus inquiète. Le traitement de ces informations est très souvent outrancier, souvent inutilement alarmiste, parfois ignoble lorsque certains sont des spécialistes du sensationnel et du scoop. Vos représentants au sein de la SFHH refusent de se prêter à ce jeu de « démolition » en règle. Le point de vue que le Dr. JEAN CARLET a fait paraître dans *Le Monde* du 3 janvier 2004, et qu'il nous a permis de reproduire ici, nous a semblé tout à fait représentatif de la pensée de ceux qui, comme vous, essaient de faire de leur mieux pour prévenir les infections nosocomiales. À titre personnel, je trouve désastreux ce contexte qui laisse croire que tout est « pourri », que les professionnels de la santé travaillent de façon inconsciente, dans des conditions délétères. Si nous savons qu'effectivement tout n'est pas rose, et que l'on peut encore progresser dans la prévention des infections nosocomiales évitables, nous ne pouvons accepter cette suspicion systématique.

Enfin, dans cette tendance vers le risque zéro et l'« assistanat » généralisé, notre rôle devient

de plus en plus important, sinon reconnu ! C'est un atout, comme ce nouveau programme national, mais cela crée des charges auxquelles nous devons tenter de faire face au mieux des intérêts des patients, avec les moyens dont nous disposons. Je suis au regret de devoir remarquer l'audition comme « témoin assisté » d'un ancien président du CLIN d'un établissement parisien, ce qui ne risque par d'encourager les vocations pourtant indispensables, et ce qui augure plutôt mal de notre avenir si nous devons suivre la tendance américaine à « l'hyperjuridiciarisation ». Souhaitons que dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé (et pas de rationnement comme cela est présenté assez systématiquement), illustré par le récent rapport sur l'évolution des dépenses et recettes des régimes d'assurance-maladie, notre discipline s'impose par la qualité de ses hommes (et femmes !!) et de ses recommandations. À ce titre nous pouvons signaler la conférence de consensus organisée par la SFHH sur la préparation de l'opéré, et la nouvelle circulaire du 22 janvier sur le signalement et l'information des patients. Retrouvons donc un peu plus nos manches et ne nous en lavons pas les mains !! ■

Pr PH. HARTEMANN
Président

PS : Après la rédaction de cet éditorial et au moment de la mise en page, nous apprenons le décès de Mme RICHARD, Infirmière Générale de l'AP de Paris, qui a été à la fois un pilier de l'Hygiène Hospitalière. En effet, elle a été l'une des premières infirmières affectées à un service d'hygiène hospitalière et l'une des fondatrices de la SFHH au sein de laquelle elle a joué un rôle fondamental, en particulier au sein de notre Conseil d'Administration où elle représentait le corps infirmier. Nous sommes tous très émus par sa disparition, nous lui rendrons l'hommage mérité que nous lui devons dans un prochain bulletin et nous présentons nos plus sincères condoléances à ses proches, à ses collègues de travail et à tous ceux qu'elle a fréquentés au sein de sa retraite active. Nous garderons tous d'elle le souvenir d'une femme efficace, dévouée et d'une grande humanité. ■

Infections nosocomiales

quelle surveillance pour une meilleure prévention ?

**Colloque organisé par la Direction Générale de la Santé
et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins**

**Mardi 20 janvier 2004
Salle Pierre Laroque - Paris**

VOULU PAR MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-FRANÇOIS MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, ce colloque avait pour objectifs les points suivants :

Premiers thèmes :

- l'évitabilité des infections nosocomiales,
 - le point sur la mortalité attribuable aux infections nosocomiales,
 - infections nosocomiales et résistance bactérienne aux antibiotiques,
- soit les parts évitables des infections nosocomiales.

Le deuxième thème était consacré à la prévention : Comment mieux faire ? et a traité du rôle des solutions hydro-alcooliques pour la désinfection des mains et de la surveillance des infections nosocomiales en terme de stratégie et de traitement informatique de la surveillance.

Ces présentations réalisées au cours de la matinée ont permis de larges échanges avec un nombreux public puisque malgré la grande taille de la salle P. Laroque une deuxième salle avait été utilisée avec suivi vidéo et échanges possibles avec les orateurs.

Durant l'après-midi, deux tables rondes se sont succédées :

- la première consacrée au signalement et au contrôle du risque infectieux a permis de faire le point à tous les échelons de cette démarche en l'illustrant de cas réels comme l'épidémie d'hépatites C survenue dans un centre d'hémodialyse,
- la deuxième dédiée aux attentes des usagers en matière d'informations sur les programmes de prévention a permis une saine confrontation entre le public de la salle et trois représentants d'associations d'usagers.

Pour terminer ces débats le Docteur J.-C. LUCET a présenté les premiers résultats de l'expertise collective en cours sur la création « d'un tableau de bord des infections nosocomiales au sein des établissements ». Les premiers axes de travail examinés et qui seront vraisemblablement retenues sont les suivants :

1. Surveillance des ISO dans tous les services de chirurgie suivant des modalités à définir,
2. Surveillance des SARM pour chaque établissement pour 1 000 jours d'hospitalisation,
3. Consommation des solutions hydro-alcooliques en litre par an rapportée à 1 000 jours d'hospitalisation,

4. Consommation des antibiotiques systémiques par classe d'antibiotiques pour 1 000 jours d'hospitalisation,

5. Création d'un indicateur composite issu des données des rapports annuels d'activité des CLIN.

Ces propositions doivent être affinées et discutées notamment avec les représentants des usagers mais aussi la fédération hospitalière de France et les fédérations des établissements de soins privés pour faire l'objet d'un rapport d'étape, qui sera ensuite présenté au Ministre JEAN-FRANÇOIS MATTEI.

Au cours de cette journée, Madame ÉLIANE APERT, de la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé de la DHOS et Madame le Docteur BÉATRICE TRAN de la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS ont chacune pour leur part présenté les perspectives et les projets à venir.

Pour la DHOS les perspectives se développeront autour de cinq axes :

1. Renforcement du dispositif en équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière,
2. Accompagnement financier complémentaire : À ce jour 68 millions d'euros ont été engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales entre 1998 et 2002, et 706 postes équivalents temps plein créés pour les EOHH. Le budget total des 5 C.CLIN représente 3 millions d'euros.
3. Actualisation continue des bonnes pratiques d'hygiène avec notamment la parution récente de différents guides : Cet effort sera poursuivi. À cette occasion, Madame APERT a rendu hommage à la SFHH qu'elle a remercié pour sa collaboration dans cette démarche. Un programme national d'audits au sein des établissements publics et privés sera lancé à la fin de l'année 2004.
4. Formation des personnels de santé à l'hygiène : Pour 2003, l'ANFH et l'ENSP ont mis en œuvre un programme prioritaire de formation sur la stérilisation et la prévention des ESSB notamment pour les personnels des DRASS (Médecins Inspecteurs de la Santé, Pharmaciens Inspecteurs de la Santé). Pour 2004, une formation conjointe est prévue sur les thèmes signalement et audits de pratique. Un essai de formation transversale des professionnels en hygiène hospitalière est conduit à partir d'octobre 2004 par le CCLIN Sud-Est.

5. L'information et la communication grand public font l'objet d'un groupe de travail mis en œuvre en 2004 sous l'égide de l'INPES.

Pour la cellule infections nosocomiales, le Docteur BÉATRICE TRAN a tout d'abord fait le constat des structures mises en œuvre à ce jour. Puis elle a attiré l'attention sur les « phénomènes émergents », iatrogénie, gestion des risques, événements indésirables et infections liées aux soins extra-hospitaliers. De cela, il faut retenir d'une part la nécessité de consolider ce qui existe, et le besoin de prendre de nouvelles options :

- promouvoir la recherche notamment sur les mécanismes de survenue des infections nosocomiales, l'évitabilité des infections nosocomiales, la mortalité attribuable aux infections nosocomiales
- moderniser et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales en l'inscrivant notamment dans le cadre général de la gestion des risques sanitaires
- améliorer les pratiques professionnelles avec la production de recommandations de bonnes pratiques, la formation et l'évaluation
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement
- mieux informer les patients et communiquer sur les infections nosocomiales.

Comme on le voit et fort heureusement les points de vue de la DHOS et de la DGS sont tout à fait conjoints.

Le Professeur JEAN-FRANÇOIS MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées a tenu à clôturer cette journée en prononçant un discours qui lui a permis de préciser sa politique en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Le Ministre a d'emblée insisté sur trois idées force qu'il a mentionnées à plusieurs reprises à savoir : la lutte contre les infections nosocomiales est possible grâce à :

- la prévention,
- la surveillance,
- la transparence.

Il a rendu hommage au CTIN et à son Président sortant JEAN CARLET ainsi qu'aux C.CLIN pour leur implication dans la lutte contre les infections nosocomiales. Il a redit sa préoccupation vis-à-vis de la résistance bactérienne aux antibiotiques et du bon usage des antibiotiques. La maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques fait désormais partie des 100 objectifs de la future loi sur la politique de santé publique en discussion au parlement.

Pour conclure, nous dirons qu'il s'agit d'une journée riche en informations qui a permis par ailleurs des échanges fort intéressants avec les représentants des usagers. Une telle journée, une fois par an, nous paraît être une bonne façon de faire le point et de susciter des rencontres autour de la lutte contre les infections nosocomiales.

Nous joignons à ce compte-rendu avec son aimable autorisation le résumé de la présentation faite par le Docteur JEAN CARLET en ouverture de cette journée car il convie les professionnels de santé hospitaliers à une vraie réflexion.

J.-C. LABADIE

Évitabilité des infections nosocomiales

Communication du DOCTEUR JEAN CARLET

Réanimation Polyvalente, Fondation Hôpital Saint-Joseph, Paris

Ex Président du CTIN

Cela peut paraître ridicule à l'époque où l'infection nosocomiale est si médiatisée, mais en toute honnêteté, on ne connaît pas vraiment la proportion évitable d'infections nosocomiales. Cela tient à de nombreux facteurs : problèmes de définition et de « surévaluation » des infections nosocomiales, et des décès liés à celles-ci (infections de fin de vie, infections chez les patients de réanimation gravissimes, infections précoces de réanimation de mécanisme pré-hospitalier...), infections secondaires à des complications de nature en fait mécanique (fistules digestives), connaissance très partielle de la physiopathologie des infections nosocomiales, en particulier des infections du site opératoire de mécanisme multifactoriel (fautes techniques, virulence particulière de la bactérie, état des défenses immunitaires, rôle de la colonisation préopératoire, en particulier à staphylocoques...), infections tardives sur prothèses où il est difficile de conclure sur le caractère préopératoire de l'inoculation.

On ne sait pas vraiment si la réduction du risque infectieux passe principalement par des mesures d'hygiène renforcées, des modifications organisationnelles ou comportementales, une meilleure antibioprophylaxie, des mesures particulières chez les patients colonisés en préopératoire, ou une antibiothérapie pré-emptive chez les patients à haut risque d'infection nosocomiale. Par facilité ou ignorance, on considère que la plupart des infections nosocomiales, en particulier les ISO sont liées à des fautes d'hygiène, en particulier de l'hygiène des mains. Il est cependant vraisemblable que celle-ci ne joue qu'un rôle très secondaire dans la physiopathologie des ISO. Par facilité, et utilisant des études « historiques » qui datent franchement (SENIC project), on considère que 30 % environ des infections sont évitables. La baisse récente des taux d'ISO de 15 à 20 % dans les services participant au RAISIN pourrait aller dans ce sens. En fait, on ne sait pas précisément ni l'objectif que l'on peut raisonna-

blement atteindre, ni les mesures sur lesquelles il faut faire porter notre effort en priorité.

Des problèmes éthiques sérieux sont posés par le concept de seuil acceptable d'ISO, base des recommandations pour la prophylaxie antibiotique (ex. Recommandations de la Sfar). Est-il acceptable de mourir en 2004... ou même en 2003, d'une infection post-opératoire grave à streptocoques ou à *Clostridium perfringens* sans avoir bénéficié d'une antibioprophylaxie en bolus comme le recommande la Sfar, même si ces infections sont très rares ? Enfin, l'utilisation plus extensive d'antibiotiques locaux et systémiques en prophylaxie pose le problème du rapport bénéfice/risque (allergie) et du rapport bénéfice individuel/risque collectif (en particulier résistance aux antibiotiques). Il est urgent de tenter de répondre à toutes ces questions par des protocoles de recherche (en particulier PHRC) pour parvenir au concept de taux d'infections nosocomiales évitables par des mesures préventives validées par la médecine factuelle (INE). Une simplification et une clarification des certains termes sont également nécessaires (iatrogène -évitable ou non- nosocomial-lié aux soins...), car personne ne comprend plus rien !

La réponse à toutes ces questions est un prérequis à la mise en place de réels « tableaux de bord » dans tous les hôpitaux français. ■

À propos du CTIN

LE COMITÉ TECHNIQUE NATIONAL DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CTIN) a été mis en place par l'Arrêté du 2 août 1992. Depuis cette époque, il a été présidé et animé par le Docteur JEAN CARLET, Chef du service de réanimation polyvalente de la Fondation Hôpital Saint Joseph à Paris. Le 17 décembre 2003, le CTIN a tenu sa dernière réunion sous la présidence de JEAN CARLET. En effet, le CTIN actuel est dissous et il est appelé à renaître au cours de l'année 2004 sous une forme qui n'est pas encore définitivement précisée à l'heure où j'écris ces lignes. Parmi les projets évoqués, il y a celui d'une double instance dont l'une dépendrait plus étroitement du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France au titre de « l'expertise » notamment. Il faut attendre pour savoir ce qu'il en sera.

Nous profitons de cette période pour rendre à JEAN CARLET l'hommage que lui doivent les hygiénistes. Certes Madame le Docteur LEQUELLEC NATHAN au nom de la Direction Générale de la Santé, à la fin de la réunion du 17 décembre 2003 a fait connaître tout le bien que la Direction Générale de la Santé pensait du travail fourni par le Président du CTIN finissant son mandat, mais les hygiénistes se doivent aussi de lui adresser leurs remerciements et leur reconnaissance. C'est peut-être pour ses aptitudes « œcuméniques » à salomer entre les différents partenaires hospitaliers qu'ils soient Médecins ou non Médecins hospitalo-universitaires ou hospitaliers tout court, administrateurs ou gestionnaires, grâce à sa grande gentillesse et à son profond désir de faire en sorte que chacun puisse s'ex-

primer, ou tout simplement pour sa parfaite connaissance des problèmes du risque infectieux liés aux soins, et son très grand professionnalisme que JEAN CARLET avait été choisi et désigné par la Direction Générale de la Santé pour diriger le CTIN. En tout cas, le choix s'est avéré judicieux et le CTIN a été piloté avec efficacité pendant 11 ans environ. Il a été un lieu de débats très ouverts sur les mesures à développer pour lutter efficacement contre les infections nosocomiales. C'est dans cette instance que s'est construite la doctrine et affichée la politique de lutte contre les infections nosocomiales pendant une grande décennie.

Qu'il s'agisse de surveillance épidémiologique avec le développement des enquêtes nationales de prévalence (1996 et 2001) ou des enquêtes d'incidence à travers le réseau RAISIN, qu'il s'agisse de prévention avec la publication des 100 recommandations ou des différentes guides, qu'il s'agisse de formations, qu'il s'agisse de développer la maîtrise du risque infectieux dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, qu'il s'agisse de réglementer (décrets, circulaires), JEAN CARLET a fait tout ce qui était en son pouvoir pour entraîner, dynamiser, fortifier les énergies présentes.

Cela a été parfois difficile et certaines réunions ont connu des moments « houleux » car certains corporatismes, certains régionalismes, certains conservatismes se sont bien évidemment manifestés. Comme disait l'un des membres du CTIN qui se reconnaîtra sans

doute : « la perfection n'est pas dans l'homme mais elle est dans ses intentions ».

Si sur certains points, certains auraient souhaité que le CTIN fonctionne un peu différemment, nous devons reconnaître que dans l'ensemble et avec un peu de recul JEAN CARLET a fait du très bon travail car les choses n'étaient pas si simples à y regarder de près.

Nous sentons bien qu'une époque est révolue. Le train de la LIN est désormais sur des rails que ce soit sur le plan réglementaire, sur celui des personnels et des crédits affectés même si sur ces deux derniers points, il y a encore des marges de progrès possible.

La mise en œuvre de nouveaux concepts autour de la gestion des risques et des vigilances ouvre de nouvelles voies et appelle autour de la table de nouveaux acteurs. Une autre façon d'aborder la maîtrise du risque infectieux lié aux soins est en train d'apparaître mais après tout l'important est que l'objectif qui est celui de la sécurité du patient et de la sécurité des personnels vis-à-vis de ce risque soit atteint. Le nouveau texte de loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) ouvre de nouvelles perspectives de travail dans le cadre de la prise en compte « des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé » tout particulièrement dans le domaine de l'information des patients sujet dans lequel Jean Carlet s'est beaucoup investi car il lui tient beaucoup à cœur.

La SFHH remercie le Docteur JEAN CARLET pour le travail accompli à la présidence du CTIN et pour sa très forte contribution à la LIN et au développement de l'hygiène hospitalière. ■

J.-C. LABADIE

Infections nosocomiales

Halte aux fantasmes !

Article du **DOCTEUR JEAN CARLET**
paru dans **Le Monde**
du 3 janvier 2004 page 10

L'année 2003 a été riche en épisodes médiatiques ou médiatisés concernant les infections nosocomiales : dossier du *Canard enchaîné*, émissions de MARC-OLIVIER FOGIEL sur France 3, de THIERRY ARDISSON sur France 2 « Faut-il faire confiance à l'hôpital », épidémies de bactéries résistantes, dites « tueuses », dans le nord de la France et plus récemment à l'hôpital Henri-Mondor (Créteil), mise en examen récente de plusieurs médecins à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital Cochin (Paris)...

Les médias se sont emparés de ce thème de façon récurrente mais, aussi, outrancière, caricaturale, à la limite de l'obscène pour certains d'entre eux, sans, le plus souvent, la moindre tentative de comprendre les causes de ces infections ni leur caractère évitable ou non.

L'histoire tragique de Guillaume Depardieu est « utilisée » sans aucun effort pour comprendre les tentatives désespérées pour sauver sa jambe initialement et sans informer sur le risque d'infection considérablement augmenté, dans son cas, par l'importance des dégâts initiaux et le caractère répété des interventions. On est même allé jusqu'à affirmer, sans aucun argument sérieux, que le décès de Jean-Luc Lagardère était lié à une infection nosocomiale.

On est dans un délire médiatique absolu et bien au-delà des limites acceptables de l'éthique professionnelle. On laisse croire que les infections nosocomiales sont une « honte » récente, alors qu'elles sont apparues en même temps que la médecine et que leur fréquence est en diminution constante au fil des décennies (baisse qui a persisté au cours des dernières années).

Les efforts considérables réalisés dans notre pays pour réduire le risque infectieux à l'hôpital, les comparaisons que l'on peut faire avec d'autres pays considérés classiquement comme plus développés et plus « propres » que nous (Hollande, Suisse, Scandinavie...), ne sont pas pris en compte. Ces comparaisons sont très loin d'être en notre défaveur, bien au contraire, mais la presse n'aime que les scandales ou les échecs !

Après des années de travail sur ce thème, j'ai vraiment du mal à accepter tout cela ! Le

monde médical, que l'on décrie souvent, a mis en place depuis longtemps déjà des règles éthiques pour à la fois soigner les malades et diffuser les données scientifiques. Il a développé la médecine dite « factuelle » qui devrait permettre d'éviter que l'on ne puisse « balancer » des contrevérités impunément. En toute humilité, il me semble que certains journalistes ou certains de ceux qui les courtisent devraient faire également ce type d'effort. Le risque pris par ceux qui caricaturent le monde hospitalier en jouant aux apprentis sorciers est considérable. Les usagers risquent de perdre confiance dans leur système hospitalier, pourtant (encore) excellent. Les soignants risquent de perdre leur dévouement à l'hôpital qui est toujours vivace. Surtout, le risque le plus grand, me semble-t-il, est de transformer les citoyens en individus passifs, assistés, convaincus que l'on peut tout obtenir et tout exiger sans aucune contrepartie, que l'on peut repousser les limites de la médecine à l'infini, sans aucun risque. Comment se fait-il que les autoroutes soient bloquées par la neige pendant plusieurs heures, hurlaient certains il y a quelques mois ? Incroyable que l'on ne puisse pas prévoir (donc

**Il faut
que les usagers
sachent qu'elles
ne disparaîtront pas,
en tout cas
pas complètement**

prévenir) les intempéries ! Que font l'Etat, la police, la météo... tous des rigolos ! Une sorte d'ingratitude générale est en train de s'installer, dans un monde idéalisé où tout devrait pouvoir être possible et facile. Cela me fait très peur.

Il faut que les usagers sachent que les infections hospitalières ne disparaîtront pas, en tout cas pas complètement, parce que nous vivons en permanence avec des milliards de bactéries sur la peau, dans le tube digestif, dans différents organes, en particulier ceux que l'on va opérer. Il y a plus de bactéries en nous, ou avec nous, que nous n'avons de cellules. Les bactéries résistantes aux antibiotiques ne vivent pas que dans l'hôpital. Elles sont simplement « sélectionnées » dans l'immense monde microbien de l'homme ou de son environnement, en particulier par les antibiotiques (la classe de médicaments qui a sauvé et continue de sauver le plus de vies humaines).

Les fameux *Acinetobacter*, bactéries en fait peu agressives, ne s'attaquent qu'aux malades

graves, en réanimation, dont la plupart seraient morts il y a encore dix ans et dont certains ne survivent que grâce aux prouesses de la médecine moderne. La mortalité des patients colonisés par cette bactérie est d'ailleurs comparable à la mortalité moyenne en réanimation.

C'est déjà un miracle que cette cohabitation avec les microbes soit en général si pacifique quand on a des défenses contre l'infection correctes ! Vingt à trente pour cent des individus parfaitement sains portent des staphylocoques en grand nombre sur la peau et dans le nez. La plupart des infections après chirurgie sont liées à nos « propres » microbes. Est-ce si extravagant, étonnant ou honteux que parfois, rarement heureusement, et pour des raisons que l'on ne connaît que très partiellement, quelques-uns de ces staphylocoques puissent se retrouver dans le site opéré et parfois y proliférer ?

Il faut tout faire pour éviter cela, bien sûr, et par tous les moyens, en y mettant toute notre énergie, mais pas en prenant l'hôpital comme bouc émissaire ni en essayant de dresser les usagers contre ceux qui font le plus souvent le maximum pour soigner. Il faut mener cette lutte ensemble, le patient étant partenaire - pas un partenaire aveuglé, leurré par une information caricaturale, mais un partenaire informé et donc exigeant, lucide et responsable.

Il faut être créatif, ouvrir, comme le disait Guillaume Depardieu dans l'émission de Fogiel avec une maladresse liée à sa révolte, de nouvelles voies de recherche et de réflexion, aller vers une prévention « à la carte », personnalisée, où les antibiotiques seraient utilisés en prophylaxie (prévention) à bon escient et surtout en fonction du risque individuel mieux évalué (en particulier par une sorte de cartographie des microbes portés par le malade avant une opération)...

Pour l'instant c'est encore difficile à réaliser, mais cela sera sans doute facilité par les techniques modernes de détection rapide des bactéries. Cependant cela ne surviendra pas si l'on prend les usagers pour des idiots et des assistés, et si on leur fait croire que la science a tous les pouvoirs, qu'ils peuvent vivre dans un monde stérile, protégé et sans risque, et avoir à la fois le beurre, l'argent du beurre et l'ingratitude.

JEAN CARLET

Le docteur JEAN CARLET est chef du service réanimation polyvalente à la Fondation hôpital Saint-Joseph (Paris), président du Comité technique national des infections nosocomiales.

la Liste Positive Désinfectants 2005 de la SFHH

Secrétariat de la LPD

Docteur J.-C. LABADIE
Hôpital Pellegrin
Bâtiment de Dermatologie - 2^e étage
33076 BORDEAUX Cedex
Tél. 05 56 79 60 58 - Fax 05 56 79 60 12

À l'attention des industriels fabricants ou distributeurs de produits désinfectants

La SFHH édite chaque année en juin un nouveau millésime du document intitulé « Liste Positive Désinfectant » (LPD). Celui-ci a pour objet d'aider les acheteurs de produits désinfectants à usage hospitalier dans le choix des produits les plus appropriés à l'usage défini. Il s'agit d'une liste « positive » c'est-à-dire d'une liste sur laquelle ne figurent que des produits qui répondent aux critères définis par les membres de la Liste et pour chaque rubrique. Ces produits ne sont mentionnés sur la liste que sur la demande formelle des industriels qui les fabriquent et/ou les distribuent. La LPD doit évoluer pour répondre aux diverses contraintes actuelles. Chaque année, de nouveaux produits sont proposés par de nouvelles sociétés. De plus en plus de sociétés étrangères se manifestent tant sur le plan européen qu'international. Les critères d'inclusion utilisés dans la liste reposent sur le système normatif français (normes AFNOR) et européen (normes EN) dont la mise à jour est continue. Cela explique que certains produits ne peuvent être inclus car ils n'ont pas fait l'objet de tests d'évaluation de l'activité anti-microbienne selon les normes requises. Pour certains, il s'agit d'un défaut de jeunesse ; pour d'autres on pourrait plutôt parler d'un défaut « de vieillesse ». Dans tous les cas, il apparaît de plus en plus que le cadre d'inclusion défini par la SFHH pour sa LPD permet aux sociétés :

- de mettre à jour le référentiel normatif de leur produit,
- de faire en sorte que les normes auxquelles les produits ont été soumis soient réalisées dans les conditions méthodologiques les plus rigoureuses. À ce sujet, les experts de la SFHH sont très exigeants, ce qui conduit les différentes sociétés à faire progresser leurs dossiers produits,
- de se mettre en conformité avec la réglementation européenne concernant les désinfectants de dispositifs médicaux.

En conséquence, depuis quelques années « les utilisateurs de désinfectants » trouvent à leur disposition des produits de mieux en mieux confectionnés et adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, les fabricants et distributeurs de produits désinfectants ont bénéficié d'une expertise qui leur a permis d'aller plus avant dans la qualité des produits proposés et de l'information diffusée aux utilisateurs.

Notons au passage que le travail réalisé par les experts de la SFHH est fait à titre gracieux et que tous les coûts de réalisation et de diffusion de la LPD sont entièrement financés par la SFHH.

Lors de sa réunion du début du mois de décembre (5 décembre 2003), le Comité de la liste a décidé de modifier « le planning d'élaboration » pour la LPD 2005.

Depuis 1997, une première réunion avait lieu fin juin ou tout début juillet pour construire ou réviser les critères d'inclusion. Désormais, celle-ci aura lieu début mars juste après la réunion finale destinée à l'élaboration de la liste précédente.

Ce calendrier va permettre de gagner 4 mois dans le planning, ce qui aura pour conséquence de solliciter les industriels courant avril au lieu de courant août et leur laissera beaucoup plus de temps pour réaliser les nouvelles normes auxquelles leurs produits doivent se soumettre. Les experts du Comité de la liste pour leur part auront plus de temps pour gérer leurs dossiers.

Cette disposition va permettre également au Comité de la liste de publier les critères d'inclusion sur le site de la SFHH (<http://www.sfhh.net>), ce qui permettra une information précoce des sociétés industrielles.

J.-C. LABADIE

Planning d'élaboration de la LPD 2005

• 2 mars 2004	De 9 h 30 à 17 h Bordeaux. Réunion de révision des critères d'inclusion
• 31 mars 2004	Envois aux industriels des critères d'inscription sur la liste
• 30 juin 2004	Les industriels adressent au Secrétaire du Comité de la LPD une fiche récapitulative des produits proposés pour la LPD 2005
• 31 juillet 2004	Envoi par les industriels à chacun des responsables de la rubrique dans laquelle le produit est proposé pour la LPD 2005 : - des dossiers techniques et scientifiques complets et mis à jour, - d'une fiche technique récente, - des étiquettes originales utilisées pour les récipients commercialisés, - du certificat de marquage CE pour les produits qui le nécessitent ou qui le revendiquent, - de la formule centésimale complète, datée et signée, sous pli cacheté
• 21 octobre 2004	Première réunion de travail du Comité de la LPD à Paris de 9 h 30 à 17 h
• 13 décembre 2004	Deuxième réunion téléphonique de travail du Comité de la LPD de 10 h à 12 h
• 5 janvier 2005	Envoi aux industriels des fiches de référence (une par produit), de la fiche « produits retenus » et de la fiche « accusé de réception »
• 15 février 2005	Date limite de réception au secrétariat du Comité de la LPD des fiches de référence validées par les industriels (date impérative)
• 28 février 2005	Réunion finale du Comité de la LPD à Bordeaux de 10 h à 17 h
• 1 ^{er} mars 2005	Réunion de révision des critères d'inclusion pour la LPD 2006

Recommandations d'experts

Qualité de l'air au bloc opératoire

Contexte - Objectifs

Jusque dans la seconde moitié du 19^e siècle, l'infection post-opératoire est à l'origine d'une mortalité importante. S'appuyant sur les travaux de PASTEUR, LISTER introduit le concept d'antisepsie dès 1867 et utilise l'acide phénique dans l'environnement proche du champ opératoire (pulvérisation ou « *spray* »). Ceci lui permet de réduire d'un tiers la mortalité après amputation (qui passe de 45 % à 15 %). Durant le 20^e siècle, la création de locaux spécifiquement dédiés aux actes chirurgicaux, les progrès des techniques opératoires, d'anesthésie et de réanimation, l'utilisation des antiseptiques et des antibiotiques, la stérilisation des dispositifs médicaux et une meilleure connaissance des facteurs de risque vont permettre d'abaisser l'incidence des infections post-opératoires à leur taux actuel de 2,5 % (taux moyen, tous types de chirurgie confondus). De nombreuses recommandations pour la prévention des infections du site opératoire ont été publiées ces dernières années comportant des mesures qui ciblent l'opéré, le personnel, l'environnement opératoire dont l'air est un des éléments.

La responsabilité de l'air dans la survenue d'une infection post-opératoire reste l'objet d'un débat depuis LISTER d'autant que les résultats qu'il avait obtenus (à partir d'une étude épidémiologique descriptive) ne peuvent être attribués à la seule et éventuelle action de l'acide phénique sur les micro-organismes présents dans l'air, ce produit ayant également été utilisé sur les instruments, catguts, drains et pansements post-opératoires.

La SFHH a souhaité élaborer des recommandations dans ce domaine en se basant sur un consensus d'experts en raison de la faiblesse des niveaux de preuve scientifique disponibles.

Méthodologie

La méthodologie retenue fait appel à la méthode DELPHI.

- Un comité d'organisation a délimité le thème, défini les champs, désigné et réparti les experts en 4 sous groupes en leur attribuant un champ et en désignant leurs pilotes ; il a nommé le coordinateur du projet (Dr JEAN-CHARLES CÊTRE) et le référent des groupes d'experts (Dr JOSEPH HAJJAR). Il définit le calendrier de travail. Il est garant du bon fonctionnement du projet jusqu'à la publication des recommandations.

- Les experts désignés par le Comité d'organisation et répartis dans un sous-groupe de travail (champ) ont pour mission de compléter, le cas échéant, les questions proposées par le Comité d'organisation pour chacun des 4 champs :

- **Groupe A « Air et risque infectieux »** -
Pilote : S. AHO / Experts : R. BARON, A. CRISPIN, G. DUCÉL, J. HAJJAR, P. HARTEMANN.

- **Groupe B « Outils de traitement de l'air »** -
Pilote : J.-C. LABADIE / Experts : C. GAUTIER, D. LOPEZ, A. PLANES, E. POHIER, A.-M. ROGUES, A. TELLIER

- **Groupe C « Bonnes pratiques pour la qualité de l'air au bloc opératoire »** -
Pilote : X. VERDEIL / Experts : J. BENDAYAN, M. COMBET, M.-L. GOETZ, B. LEJEUNE, D. ZAROGONI

- **Groupe D « Sûreté de fonctionnement »** -
Pilote : A. GUEY / Experts : S. COUDRAIS, J. HARGREAVES, B. HUC, M. PERRAUD, F. RAMBOURG, F. TISSOT GUERRAZ

Ils analysent les données de la littérature, en utilisant les grilles d'analyse et les niveaux de recommandations, et en précisant pour chaque article les conflits d'intérêt possibles (études avec industriels). Selon le niveau de preuves scientifiques fournis par la littérature, des grades de recommandations sont proposés pour décrire la force, la qualité et le niveau de la preuve qui sous-tendent une recommandation. Le grade de recommandation décrit par l'ANAES (France) est retenu dans ce travail :

- **Grade A = preuve scientifique établie sur un niveau de preuves 1** (essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées)

- **Grade B = présomption scientifique établie sur un niveau de preuves 2** (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte)

- **Grade C = faible niveau de preuve scientifique établi sur un niveau de preuves 3** (études cas-témoin) ou 4 (études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, séries de cas, études épidémiologiques descriptives transversale ou longitudinale).

- À partir de cette analyse, ils élaborent un argumentaire pour chaque question dans un champ donné. L'argumentaire pour chaque question est de l'ordre d'une demi ou une page, comporte une bibliographie, et la terminologie si besoin. Il est suivi d'une ou plusieurs recommandations qui seront soumises à la cotation.

Chaque sous groupe d'experts travaille de façon indépendante. Il est coordonné par un pilote, membre ou non de la SFHH selon le thème, spécialiste du domaine et reconnu par ses pairs. Le pilote est le responsable et l'animateur du sous-groupe, il est autonome.

Chaque pilote de sous-groupe adresse au coordinateur du projet et au référent des experts, l'argumentaire et les propositions de recommandations définitifs. Si besoin, il est fait appel aux pilotes pour harmoniser les argumentaires et les propositions de recommandations.

- À partir de ces éléments, le référent des experts et le coordinateur du projet élaborent le « questionnaire global » qui sera par la suite soumis ensuite à l'ensemble des experts de chaque groupe pour cotation individuelle (faite en dehors de toute réunion de groupe). Tous les experts utilisent le même score de cotation, d'après la méthode DELPHI : 1 à 3 (accord faible), 4 à 6 (incertain), 7 à 9 (accord fort).

Après la première cotation, le groupe plénier se réunit pour une discussion autour des recommandations classées de 4 à 6 afin de préciser les arguments apportés par les sous-groupes concernés.

Après cette réunion, le référent des experts et le coordinateur du projet élaborent un second « questionnaire global » qui sera par la suite soumis ensuite à l'ensemble des experts de chaque groupe pour une seconde cotation individuelle de l'ensemble des recommandations (faite en dehors de toute réunion de groupe). Tous les experts utilisent le même score de cotation, d'après la méthode DELPHI : 1 à 3 (accord faible), 4 à 6 (incertain), 7 à 9 (accord fort).

- Après ces 2 tours de cotation, les recommandations sont rédigées par le coordinateur et le référent des experts sous la forme suivante : accord faible, incertitude, accord fort.

Les recommandations doivent être présentées au Congrès de la SFHH à Montpellier en juin 2004. Elles seront publiées par la suite. ■

J. HAJJAR, J.-C. CÊTRE

DEPUIS QUELQUES ANNÉES, la SFHH entretient des relations plus ou moins régulières avec divers représentants des disciplines odontologiques. Ceux-ci sont en effet préoccupés, depuis de nombreuses années, par le fait du risque infectieux lié aux soins dans leur exercice quotidien qu'il s'agisse du risque pour le patient ou du risque pour le dentiste ou son personnel. Certaines actions ponctuelles ont été entreprises par différents membres de la SFHH et notamment les Docteurs MARIE-LOUISE GOETZ et MARTINE AUPEE.

Un premier guide de recommandations¹ sur la maîtrise du risque infectieux en odontologie a été publié en 1997 sous l'égide du Ministère de la Santé. Ce document fait l'objet actuellement d'un travail d'actualisation et de réécriture auquel la SFHH est directement associée par la présence de C. DUMARTIN, M. AUPEE, M.-L. GOETZ...

Différents textes sont venus rappeler aux professionnels les mesures à mettre en œuvre et les précautions à prendre tant vis-à-vis du risque lié au ATC que vis-à-vis du risque lié aux ATNC.

À certains moments, des membres de la SFHH ont été invités à participer aux journées nationales de l'odontologie qui se déroulent habituellement en novembre.

Depuis deux ans, une réflexion a été conduite entre les membres de la SFHH et des représentants de l'Association Dentaire Française (ADF) pour la création d'un document commun sur les produits désinfectants qui font l'objet d'un usage très large en odontologie dans le traitement des dispositifs médicaux et de l'environnement des cabinets dentaires.

Dans un premier temps, l'ADF a publié, dès 1996, « 72 recommandations en matière d'hygiène et d'asepsie au cabinet dentaire ». Ce document a été suivi par la publication en 2001 d'une monographie sur « la gestion des risques contaminants et polluants ». Tous ces documents sont largement diffusés et utilisés au sein de la profession.

L'ADF et la SFHH se sont mis d'accord au cours de l'année 2003 pour assurer la confection et la publication d'une première « **Liste positive des produits désinfectants dentaires** ». Celle-ci a été réalisée suivant les mêmes principes que ceux utilisés pour la Liste positive désinfectants publiée chaque année par la SFHH. Toutefois, sa réalisation « dans l'urgence », pour une publication aux journées nationales d'odontologie de novembre 2003, ne lui permet pas d'être aussi exhaustive que possible, ce que les prochaines éditions auront à cœur de réaliser.

Pour l'occasion, un « Comité de la liste » mixte ADF/SFHH a été mis en place. Cela a constitué un temps de travail fructueux et très satisfaisant

avec des échanges permanents entre les hygiénistes et les odontologistes. Pour la SFHH, le groupe a été composé de M.-L. GOETZ (Strasbourg), M. AUPEE (Rennes), S. BOURZEIX DE LAROUZIERE (Clermont Ferrand) et J.-C. LABADIE (Bordeaux).

Une convention est en cours de discussion entre l'ADF et la SFHH pour assurer la pérennité

de cette action dans les meilleures conditions pour les deux instances. Il s'agit là d'un bel exemple de coopération corporative de professions de santé dont on ne peut que se féliciter. ■

J.-C. LABADIE

1- Guide de prévention de la transmission des maladies infectieuses, stomatologie, odontologie. Décembre 1997, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Désinfection des endoscopes

L'AURA NÉCESSITÉ PLUS DE DEUX ANS DE GESTATION mais le texte (tant attendu) sur le traitement manuel des endoscopes a été publié. Il s'agit de la « **Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2003/n° 591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins** ».

Ce texte est d'application immédiate et demande que les endoscopes non autoclavables soient désinfectés après chaque acte d'endoscopie en respectant les étapes préconisées dans la circulaire.

Sa publication entraîne l'abrogation de la précédente circulaire DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996 relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins.

Cette circulaire a pour objet d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients et des personnels ainsi que la maîtrise des risques liés au nv MCJ, et des risques liés aux agents transmissibles conventionnels. Elle recommande une prise en compte systématique du risque lié aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC) dans le traitement des endoscopes quelle que soit la nature de l'acte pour les raisons suivantes : difficulté de savoir si l'endoscopie a conduit à un acte à risque ou non (risque de contact avec une ulcération ou d'effraction involontaire d'un tissu considéré comme infectieux) et aussi simplification de l'organisation du travail des professionnels en endoscopie.

Dans les cas d'endoscopies réalisées chez les patients atteints ou suspects d'ESST, il appartient au clinicien de se conformer strictement aux recommandations de la circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 et de séquestrer l'endoscope dans l'attente du diagnostic. Dans tous les autres cas, le traitement des endoscopes comporte désormais sept étapes ; en effet, deux temps de nettoyage, séparés par un premier rinçage, ont été ajoutés au protocole précédent pour être en conformité avec les directives de la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 pour la maîtrise du risque lié aux ATNC. Cette étape du nettoyage est primordiale car elle conditionne l'efficacité de la désinfection et le résultat final.

Le temps global dédié à cette étape est fixé à 15 minutes (10 + 5) pour être conforme à la prévention du risque ATNC. Pour être bien réalisée, elle nécessite des locaux et du matériel adapté (point H page 10/14). À ce sujet, il est important de prendre en considération le fait que le trai-

tement des endoscopes ne doit plus être considéré comme un « avatar » de l'endoscopie mais comme un « maillon essentiel » de la sécurité et de la qualité de cet acte.

Le texte insiste également sur la qualité des rinçages et des purges de tous les canaux en particulier pour améliorer le contact avec le produit désinfectant. En ce qui concerne le choix de ce dernier, la circulaire précise et insiste sur les points suivants :

- le produit doit être uniquement désinfectant et non détergent-désinfectant,
- le choix du produit et la durée de la désinfection sont adaptés au traitement requis,
- choix du produit conformément aux directives de la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 ; il doit permettre de réaliser en même temps l'étape d'inactivation des ATNC et la désinfection vis-à-vis des ATC.

Il convient également d'être vigilant vis-à-vis du délai de renouvellement du bain de désinfectant. Un travail est actuellement en cours dans le cadre de l'AFSSAPS pour évaluer les produits désinfectants disponibles sur le marché. Ses conclusions permettront prochainement de conduire des choix plus éclairés.

Cette circulaire amène un éclairage nouveau sur certains aspects du traitement des endoscopes et notamment (point F3) le traitement de ceux-ci en cas d'endoscopies pratiquées à distance du lieu habituel de traitement des endoscopes. Ce que nous appelons « les endoscopies nomades » pratiquées le plus souvent en urgence, de nuit, le week-end... pose le vrai problème de savoir :

- qui va traiter l'endoscope ?,
- où va-t-il le faire ?,
- avec quels moyens ?

Les établissements de santé doivent conduire une réflexion importante sur ce sujet pour pouvoir produire procédures, protocoles et instructions qui garantissent un même niveau de sécurité, quel que soit le moment de réalisation de l'endoscopie.

Enfin, cette circulaire évoque dans les paragraphes G à M un certain nombre de points importants concernant notamment la traçabilité, la qualité, la maintenance.

Désormais, il convient de mettre en œuvre ces dispositions en sachant toutefois que de nombreux efforts ont déjà été consentis dans ce secteur afin d'assurer une meilleure qualité et sécurité pour les patients comme pour les personnels. ■

J.-C. LABADIE

Les comités

♦ Comité scientifique

J. Hajjar, SFHH, Valence, Président

M. Aggoun, SFHH, Paris
 L.S. Aho, SFHH, Dijon
 G. Antoniotti, SFHH, Aix-les-Bains
 B. Lejeune, SFHH, Brest
 F. Tissot-Guerraz, SFHH, Lyon
 X. Verdeil, SFHH, Toulouse
 J. Blanco, Montpellier
 C. Brun-Buisson, SRLF, Créteil
 M.C. Carpentier, GRDHHS, Marseille
 M. Cazaban, Nîmes
 C. Jeandel, Montpellier
 O. Jonquet, Montpellier
 C. Miquel, Perpignan
 S. Parer, Montpellier
 J. Petit, ANAES, Paris
 F. Puisieux, SFGG, Lille
 F. Raschilas, SFGG, Montpellier

M. Rothan-Tondeur, ORIG, Ivry-sur-Seine

P. Van de Perre, Montpellier
 B. de Wazières, Nîmes
 C. Auboyer, SFAR, Saint-Etienne
 C. Chemarin, SIIHHF, Lyon
 A. Ussello, SFISI, Paris

♦ Comité d'organisation

R. Baron, SFHH, Brest
 J. Blanco, Montpellier
 M. Cazaban, Nîmes
 J.C. Cêtre, SFHH, Lyon
 M.L. Goetz, SFHH, Strasbourg
 O. Jonquet, Montpellier
 J.C. Labadie, SFHH, Bordeaux
 S. Parer, Montpellier
 P. Van de Perre, Montpellier
 B. de Wazières, Nîmes
 D. Zaro-Goni, SFHH, Bordeaux

Sociétés partenaires

SRLF (Société de Réanimation de Langue Française)
SFISI (Société Française des Infirmières de Soins Intensifs)
SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie)
ORIG (Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie)
ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)
SIIHHF (Société des Infirmier(e)s en Hygiène Hospitalière Française)
SIPI (Soins Infirmiers Prévention Infection)
CEFH (Centre d'Étude et de Formation Hospitalière)
SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation)
Associations régionales d'IADE : en cours



Renseignements
et inscriptions

Europa Organisation

5, rue Saint-Pantaléon
 BP 644
 31015 Toulouse cedex 6
 France
 Tél. : 05 34 45 20 45
 Fax : 05 34 45 20 48 (ou 47)
 e-mail :
europa@europa-organisation.com



www.sfnh.net

XIV^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

Montpellier, Le Corum, les 10 et 11 juin 2004



www.sfhh.net

15^{es} journées
d'étude
et de formation
en hygiène
hospitalière

D E U X I È M E A N N O N C E

Programme préliminaire

► JEUDI 10 JUIN 2004

8 h 30 - 9 h 00 Accueil des participants par les personnalités

9 h 00 - 10 h 15

Séance plénière n° 1: **REANIMATION ET ANESTHÉSIE**

9 h 00 - 9 h 30

L'infection nosocomiale comme indicateur de la qualité des soins en réanimation.
A. Durocher, Lille

9 h 30 - 10 h 00

Elaborer et évaluer des recommandations de prévention du risque infectieux.
A. Lepape, Lyon

10 h 00 - 10 h 15

Discussion

10 h 15 - 10 h 45

Pause - Visite de l'exposition

10 h 45 - 11 h 15

Session posters

11 h 15 - 12 h 45

Séances en parallèle

- Session de communications libres n° 1

- Atelier n° 1

Traitement des dispositifs médicaux en anesthésie et réanimation

- Atelier n° 2

Antiseptiques en pratique

13 h 00 - 14 h 00

Symposiums

Des symposiums seront organisés avec le concours de partenaires industriels

14 h 00 - 14 h 30 Visite de l'exposition

14 h 30 - 15 h 45

Séance plénière n° 2 : REANIMATION ET ANESTHÉSIE

14 h 30 - 15 h 00 Représentation de l'infection nosocomiale et observance des recommandations chez les professionnels de santé : une approche psychosociologique.
B. Quintard, Bordeaux

15 h 00 - 15 h 30 Risques infectieux en anesthésie : gestion et responsabilité
F. Guin, Marseille

15 h 30 - 15 h 45 Discussion

15 h 45 - 16 h 15 Pause - Visite de l'exposition

16 h 15 - 17 h 45 Sessions en parallèle

- Session de communications libres n° 2
- Atelier n° 3
Bionettoyage dans les établissements de santé.
- Atelier n° 4
Investigation de cas d'infections nosocomiales

Appel à communication

Un large appel à communication est lancé. Les propositions de communications sont à renvoyer avant le 15 février 2004 à Europa Organisation, selon le modèle annexé. Les auteurs des conférences orales et posters recevront toutes les directives dans le courant du mois d'avril 2004. Ces sujets seront traités en présentations orales ou posters.

Programme préliminaire

► VENDREDI 11 JUIN 2004

9 h 00 - 10 h 15

Séance plénière n° 3 : GERIATRIE

9 h 00 - 9 h 30

L'infection nosocomiale existe-t-elle dans les structures d'hébergement pour personnes âgées ?
B. de Wazières, Nîmes

9 h 30 - 10 h 00

La prévention du risque infectieux en gériatrie.
M. Rothan-Tondeur, Ivry

10 h 00 - 10 h 15

Discussion

10 h 15 - 10 h 45

Pause - Visite de l'exposition

10 h 45 - 12 h 15

Session posters

11 h 15 - 12 h 45

Sessions en parallèle

- Session de communications libres n° 3

- Atelier n° 5
Prévention des escames

- Atelier n° 6
Conduite à tenir devant une épidémie de gale

13 h 00 - 14 h 00

Symposiums

Des symposiums seront organisés avec le concours de partenaires industriels

14 h 00 - 14 h 30 Visite de l'exposition

14 h 30 - 16 h 30

Séance plénière n° 4 : ACCREDITATION

14 h 30 - 15 h 00 Référentiels concernés par la surveillance et la prévention du risque infectieux : attente des experts visiteurs et perspectives d'évolution.
C. Lachenaye-Llanas, Paris

15 h 00 - 16 h 30 Table ronde sur la prévention du risque infectieux et accréditation.
Un expert-visiteur, un représentant d'établissement public et un d'établissement privé accrédités, des usagers, des tubelles, un hygiéniste.

16 h 30 - 16 h 45 Recommandations Groupe AIR - SFHH

16 h 45 - 17 h 15 Remise des Prix SFHH

- Prix de thèse ou mémoire
- Prix Poster

17 h 15 Clôture du Congrès

Prix de la SFHH

La SFHH remettra un prix du meilleur poster, ainsi qu'un prix récompensant les meilleurs travaux réalisés dans le cadre de thèse ou de diplôme universitaire de 3^e cycle en hygiène hospitalière. Les informations détaillées sont disponibles sur le site de la SFHH : www.sfhh.net

Informations générales

► Dates

10 et 11 juin 2004

► Lieu

Le Corum - Esplanade Charles-de-Gaulle - 34000 Montpellier

► Langue du congrès

Français

► Formation continue

La participation au congrès peut se faire dans le cadre de la formation continue. Une convention de formation pourra être obtenue sur simple demande auprès d'Europa Organisation.

N° de formation : 53290727529

► Droits d'inscription

L'inscription donne droit :

- à l'accès aux conférences et à l'exposition,
 - au programme des conférences et au Livre des Résumés du congrès.
- Les montants des droits d'inscription sont de :
- 300 € TTC pour les membres de la SFHH ou des sociétés partenaires à jour de leur cotisation 2004 (sur justificatif),
 - 350 € TTC pour les non-membres.

► Conditions de paiement

Les inscriptions doivent être réglées :

- par chèque à l'ordre de « Europa Organisation/SFHH 2004 » et être libellés en euros exclusivement,
- par carte de crédit, Visa, American Express ou Diner's,
- pour toute demande de virement, nous vous demandons de bien vouloir contacter le secrétariat du Comité d'Organisation.

► Conditions générales de vente

Le règlement spécifique s'appliquant aux Conventions de Formation peut s'obtenir sur simple demande auprès d'Europa Organisation ;

Les prix sont calculés sur la base des taxes et taux de TVA en vigueur. Toute annulation devra parvenir à Europa Organisation par écrit, le cachet de la poste ou la date de réception du fax faisant foi :

- **Annulation avant le 5 mai 2004**

Remboursement complet.

- **Annulation entre le 6 mai et le 25 mai 2004**

Remboursement de 50 % du montant de l'inscription.

- **Annulation après le 25 mai 2004**

Passé cette date, aucun remboursement ne sera effectué.

▶ Hébergement

Un certain nombre de chambres ont été réservées dans des hôtels 2*, 3* et 4* à proximité du Corum.

Vous trouverez ci-joint un formulaire de réservation.

Date limite d'envoi : le 1^{er} mai 2004

▶ Déjeuners

Le congrès vous propose une restauration sur place au tarif de 20,00€ TTC. Réservation sur le bulletin d'inscription.

▶ Transports

Vous pouvez bénéficier de tarifs préférentiels sur Air France ou la SNCF

• *Air France :*

AIR FRANCE AGREMENT METROPOLE AIR FRANCE – AXZE SE 34073
Validité : 08/06/2004 - 13/06/2004

Jusqu'à 50 % de réduction (soumis à conditions) pour vous rendre à la manifestation.

Réservation du billet électronique ou envoi du billet à domicile en France 0 820 820 820 (0,12 €/mn) ou auprès de votre agence de voyages habituelle.

HOMOLOGATION RESEAU METROPOLE AIR FRANCE AXZE SE 32314

Validité : minimum deux jours avant et après la manifestation.

Ce document est valable pour l'émission des billets nécessaires au déplacement de tous vos collaborateurs devant se rendre à la manifestation.

Fret Air France 0 802 057 057* ou MINITEL 3614 AFCARGO* (communication tarifiée)

Liste des agences et centres de réservation Air France sur Internet : <http://www.airfrance.com>

• *SNCF :*

Un coupon de réduction vous sera envoyé sur simple demande. Voir bulletin d'inscription.

▶ Exposition

Une exposition de matériels et produits se tiendra au Corum les 10 et 11 juin 2004. Un dossier de partenariat peut être retiré auprès d'Europa Organisation.



**Pour joindre
la SFHH
02 98 43 54 25
de 9 heures
à 19 heures
du lundi
au vendredi**

Bulletin d'inscription 2004 à la Société Française d'Hygiène Hospitalière

Je soussigné(e) : Mme, Mlle, M., Pr, Dr

Nom*

Prénom*

Qualité/Fonction*

Adresse professionnelle*

Téléphone Fax

E. mail

**Renseignements obligatoires*

désire adhérer à la Société Française d'Hygiène Hospitalière pour l'année 2004
Cotisation 2004 (HT 12,55 €, TVA 19,6 %) **15 € TTC**

*Merci de libeller votre chèque à l'ordre de la Société Française d'Hygiène Hospitalière
et de l'adresser avec la présente fiche au : Docteur R. Baron - Trésorier de la SFHH
13, rue Kerjean Vras - 29200 Brest*

Les membres de la SFHH bénéficient*

- d'un tarif préférentiel pour l'inscription au congrès annuel de la société (300 € au lieu de 350 €).
Corum-Montpellier - 10 & 11 juin 2004
- d'une réduction de 30 % sur le tarif individuel d'abonnement à la revue **HygièneS**

**sur présentation d'un justificatif*

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (art. 27), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Par notre intermédiaire, votre adresse peut être communiquée à des tiers.
Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case: ☐