

ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales : la tentation du découragement

Voici quelques pistes de réflexion dont l'importance ne vous échappera pas puisqu'elles concernent l'avenir de notre profession. Pour sa contribution à la rédaction de cet éditorial, je remercie Benoist Lejeune à qui la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a confié l'élaboration d'un rapport sur les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales (EOHH-PIN). Il va s'en dire que les nombreux échanges que nous avons les uns et les autres sur ce sujet continueront à enrichir le débat.

Dans la préface du thématique « Hygiéniste dans les établissements de santé » (1), publié en 2001, Jean-Pierre Gachie faisait état de sa réflexion sur les perspectives de la fonction d'hygiéniste en référence aux EOHH-PIN. Il rappelait d'abord les années 1970 qui avaient vu éclore l'hygiène hospitalière autour de « médecins spécialistes de médecine préventive et hygiène » de certains centres hospitalo-universitaires, s'attelant aux préoccupations balbutiantes de ce que l'on appelait infection « hospitalière » et qui deviendra infection « nosocomiale ». L'hygiéniste de cette période, pas si lointaine, était avant tout un formateur, sensibilisant en priorité les paramédicaux. Il soulignait ensuite la transformation de la fonction d'hygiéniste sous l'effet conjugué de la diversification de la profession et du décret de 1988 obligeant tous les établissements publics de santé à disposer d'un CLIN (2) et définissant les missions de ce comité, en ajoutant à la mission de formation, celles de surveillance, de prévention et de conseil technique. Les dix années suivantes verront la création du CTIN et CCLIN, une production foisonnante de textes réglementaires et de recommandations,

ainsi que l'extension de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) aux établissements privés. Enfin notre collègue concluait sur l'évolution du début des années 2000 (période de la mise en place du signalement et du développement des indicateurs) de la fonction d'hygiéniste autour du contrôle et de l'évaluation en posant trois questions : a) la cohérence scientifique avec la nécessité d'appliquer, chaque fois que possible, la « médecine par la preuve » avant d'édicter des mesures de prévention ; b) l'expertise avec l'acquisition, au-delà de la reconnaissance de la compétence initiale propre à chaque discipline (médecin, pharmacien, paramédical), d'une formation spécifique en hygiène hospitalière et d'un diplôme d'habilitation nationale ; c) la légitimité qui n'est pas sans poser problème sur le plan institutionnel s'il s'agit « d'être un contrôleur des pratiques professionnelles » au lieu de rester « un conseiller de ses pairs pour l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins ».

À partir de 2005, la nouvelle gouvernance et la mise en œuvre de la tarification à l'acte (T2A) fondaient l'espoir d'un mode plus souple et plus fonctionnel d'organisation, de fonctionnement et de gestion financière des établissements de santé. Quelles sont les implications nouvelles pour la LIN ? En terme de fonctionnement, il revient au conseil d'administration d'arrêter la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, après avis de la CME et du CTE, en relation avec le conseil exécutif. La CME comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur, dont le rôle est de contribuer par ses avis à l'élaboration de cette politique en particulier dans quatre domaines dont

celui de la LIN. Les établissements publics doivent disposer d'une sous-commission spécialisée comportant les catégories professionnelles dont l'expertise est nécessaire à l'exercice des missions qui lui sont dévolues ; pour la LIN, le responsable de l'EOHH-PIN est clairement identifié comme un des acteurs. Il faut noter que les établissements publics ont la possibilité d'avoir plusieurs sous commissions spécialisées ce qui permet par exemple de maintenir un CLIN, comité qui reste en vigueur dans les établissements privés (3). En terme budgétaire, on rappelle que l'hygiène hospitalière ne produit en général pas d'actes entrant dans la T2A. Lorsqu'elle existe, la comptabilité analytique de l'établissement devrait pouvoir donner une visibilité budgétaire de ses activités : coût des activités déployées, recettes issues du tarif national de chaque GHM, répartition par pôle. Pourquoi n'avoir pas inscrit la LIN dans la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins (MIGAC) ? Parce que « ce n'était pas une activité nouvelle », parce que cela « dégagerait les établissements de la prévention », parce que... autant de réponses permettant d'esquiver l'essentiel, la volonté réelle de consacrer à la LIN les moyens nécessaires !

Ces nouvelles dispositions engendrées par la nouvelle gouvernance permettent-elles d'éclairer le questionnement de 2001 ou viennent-elles ajouter d'autres interrogations sur l'organisation de la LIN dans les établissements de santé et l'avenir de l'EOHH-PIN ? Concernant la **cohérence scientifique**, s'il importe toujours de tendre vers l'excellence, la majorité des recommandations actuelles (se référer à celles publiées sous l'égide ou en partenariat

CONSEIL D'ADMINISTRATION : M. AGGOUNE - L.-S. AHO-GLÉLÉ - R. BARON - PH. BERTHELOT - H. BLANCHARD - H. BOULESTREAU - A. CARBONNE-BERGER
J.-CH. CETRE - C. CHEMORIN - B. CROZE - C. DUMARTIN - M.-A. ERTZSCHEID - J. FABRY - M.-L. GOETZ - B. GRANDBASTIEN - J. HAJJAR - PH. HARTEMANN - O. KEITA-PERSE
J.-C. LABADIE - C. LÉGER - J.-C. LUCET - M. MOUNIER - P. PARNEIX - A.-M. ROGUES - X. VERDEIL - D. ZARO-GONI.
BUREAU : PRÉSIDENT : J. HAJJAR - VICE-PRÉSIDENTS : PH. BERTHELOT - D. ZARO-GONI.
SECRÉTAIRE : J.-CH. CETRE - SECRÉTAIRE ADJOINT : L.-S. AHO-GLÉLÉ - TRÉSORIER : R. BARON - TRÉSORIER ADJOINT : O. KEITA-PERSE.
CONSEIL SCIENTIFIQUE : PRÉSIDENT : P. BERTHELOT
AUTRES MEMBRES : M. AGGOUNE - M. ERB - O. KEITA-PERSE - B. LEJEUNE - B. LEPELLETIER - J.-C. LUCET - M. MOUNIER - P. PARNEIX - A.-M. ROGUES - P. VANHEMS
COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS : PILOTE : H. BLANCHARD - AUTRES MEMBRES : R. BARON - A. CARBONNE - C. CHEMORIN - C. DUMARTIN - M.-L. GOETZ - B. GRANDBASTIEN

avec la SFHH) est élaborée selon une méthodologie rigoureuse, prenant en compte des niveaux de preuves scientifiques. Sûrement un effort devrait-il être fait dans l'évaluation de leur impact et, quand il s'agit d'en évaluer en pratique la performance, de le faire selon un niveau de preuve de la mesure et de son lien avec le risque infectieux. Concernant l'**expertise de l'hygiéniste**, force est de constater une formation actuelle disparate qui demanderait à être confortée par la mise en place d'une d'un diplôme basé sur un programme consensuel au minimum national, au mieux européen. Ce programme pourrait comporter un socle associant au moins connaissances en infectiologie, en gestion de risque et évaluation, en hygiène de l'environnement et en épidémiologie. Les résultats de la réflexion sur ce sujet, confiée à Jacques Fabry, ne devraient pas tarder à être connus. Espérons que son rapport fasse aussi le point sur l'accès au concours de praticien en hygiène hospitalière (dont sont exclues actuellement toutes les spécialités en dehors de la santé publique, de la biologie médicale et de la pharmacie) et sur la reconnaissance d'une spécialisation infirmière en hygiène hospitalière (seulement admise pour les IBODE). Il serait du plus grand intérêt d'examiner la reconnaissance du contenu des diplômes universitaires par le registre national des compétences professionnelles. Sur le terrain, l'étendue des compétences requises explique, selon la taille de l'établissement et les possibilités locales de coopération entre établissements, la nécessité que l'EOHH-PIN soit multidisciplinaire ou qu'elle établisse des liens étroits avec les experts des autres disciplines concernées. Concernant la **légitimité de l'EOHH-PIN**, la question peut être reformulée en terme de spécificité et d'utilité. Son antériorité et son expérience dans la gestion des risques suffisent à justifier qu'il faille préserver la **spécificité** de l'EOHH-PIN et affirmer son rôle et ses missions (multiples tâches qui lui incombent sous les intitulés de surveillance, prévention, formation et évaluation) en lui donnant une place définie et une reconnaissance claire au sein de l'établissement (l'enquête nationale sur les EOHH-PIN avait noté que dans nombre d'établissements elles étaient masquées par le CLIN). Cela n'est pas contradictoire avec son rapprochement du dispositif global de gestion de la qualité et des risques, sous réserve que l'EOHH-PIN soit un service à part entière au sein d'une organisation opérationnelle de type pôle par exemple. Quant à son **utilité**, il suffit d'imaginer les années de salaire d'une EOHH que représentent les coûts des événements relatés conjointement par Philippe Hartemann et Martin Exner (4), survenus à l'hôpital de Fulda en Allemagne (924 lits, 2500 salariés). Cet établissement a été confronté au printemps 2007 à une épidémie de salmonellose nosocomiale (270 cas, deux décès attribuables) qui a duré un mois, entraîné une baisse de l'admission des patients et la diminution des recettes supérieure à 50 000 euros par jour. La fermeture des services a eu pour effet une stagnation de l'eau à l'origine en juillet de la même année d'une contamination du réseau d'eau

par *Legionella pneumophila*. Pour faire des économies, l'hôpital ayant externalisé le conseil en hygiène, n'avait que des contacts épisodiques avec un hygiéniste à trois heures et demi de route de Fulda !

Enfin comment ne pas aborder le problème de la **taille de l'EOHH-PIN** et de sa place au sein de l'**organisation générale de la LIN** ? Les effectifs de l'EOHH-PIN, envisagés par la circulaire budgétaire de 1991, ont été redéfinis par la circulaire de 2000 qui précisait que « l'objectif serait d'atteindre, d'ici trois ans, un ratio d'un personnel infirmier équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique équivalent temps plein pour 800 lits. Chaque établissement de santé se dote de ressources humaines spécifiquement dédiées à la gestion du risque infectieux. Dans les établissements de petite taille, la mutualisation des ressources humaines, y compris pour le secrétariat, par la création d'équipes inter-établissement est à privilégier » (5). Sur la base du rapport national d'activités des CLIN de 2004, l'existence d'une EOHH-PIN était attestée dans 69 % des établissements de santé de court séjour, mais le ratio défini plus haut dans seulement 15 % des établissements ! Et ce n'est pas l'ICALIN dans sa formulation actuelle qui permet une réelle évaluation des effectifs puisqu'il attribue le même nombre de points à ce critère quelle que soit la fraction de temps dédié à la LIN. Si on fait abstraction de l'étude de Haley (6) qui date de 1985, les travaux récents s'essayant à la justification rationnelle des ratios sont peu nombreux, mais s'accordent à rejeter le nombre de lits comme base du calcul des effectifs nécessaires au profit du nombre d'admissions ou d'actes en soins infirmiers. Selon les modèles ou les critères retenus, les résultats montrent tous des ratios très supérieurs à ceux actuellement retenus en France (6,7). Alors que dire des établissements sans EOHH, ceux avec un paramédical isolé, ceux partageant une équipe écartelée entre le nombre d'établissements ou leur éloignement ? Comment prendre en charge une activité croissante, des missions ou des demandes nouvelles dont celles émanant notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ? Quelle **reconnaissance** pour l'EOHH-PIN dans un schéma organisationnel de plus en plus complexe : CTINILS rattaché à la CSS du HSCP, GROUPELIN, CCLIN, ARLIN, GREPHH, RAISIN (InVS), cellule infections nosocomiales... sans compter les autres instances ou agences de l'état (HAS, Afssaps...) qui peu ou prou interviennent dans la LIN ? À empiler les structures nous voilà dans le paradigme du « mille-feuille » en espérant que l'issue ne soit pas celle de la tour de Babel. Quelle **considération** pour l'EOHH-PIN lorsqu'elle voit débarquer (la primeur ayant été réservée aux médias pour qui cela semble avoir été construit !) ce que d'aucuns ont baptisé « score agrégé » (8) se défendant de dire indicateur pour ne pas avoir à justifier l'absence de bases scientifiques ayant présidé à sa construction ?

Des constats qui n'ont pas encore (?) altéré l'**ardeur** sur le terrain des EOHH-PIN permet-

tant d'apporter aux établissements et aux professionnels une aide méthodologique et technique pour que la LIN soit effective. Pour que perdure leur **enthousiasme** et que se créent de nouvelles **vocations**, il convient d'assurer sa visibilité, de positionner clairement sa place au sein du dispositif de gestion de la qualité et des risques, de la doter d'effectifs formés et adaptés aux activités et aux missions qui lui sont confiées.

En résumé faire en sorte que ne s'installe pas la tentation du découragement.

DOCTEUR JOSEPH HAJJAR

Références bibliographiques

- 1- GACHIE JP. Hygiéniste dans les établissements de santé. [Préface]. Hygiènes 2001; 6: 368-369.
- 2- DÉCRET N°88-657 DU 6 MAI 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public (Abrogé).
- 3- DÉCRET N° 2006-550 DU 15 MAI 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires).
- 4- HARTEMANN P, EXNER M. De l'utilité d'une équipe d'hygiène hospitalière. [Éditorial]. Hygiènes 2007; 3: 191.
- 5- CIRCULAIRE DGS/DHOS/E2 - N° 645 DU 29 DÉCEMBRE 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- 6- VAN DEN BROEK PJ, KLUYTMANS JA, UMMELS LC *et al.* How many infection control staff do we need in hospitals? J Hosp infect 2007; 65: 108-111.
- 7- HEALTH CANADA, NOSOCOMIAL AND OCCUPATIONAL INFECTIOUS SECTION. Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term, and home care settings: Conference proceedings of the Infection Prevention and Control Alliance. Am J Infect Control 2004; 32: 2-6.
- 8- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. DHOS, DGS. Modalités de calcul et de classement du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/score/docs/fiche_technique_score.pdf

Sigles

Afssaps (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé); ARLIN (antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales); CCLIN (centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales); CSS (commission sécurité sanitaire); CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales); CTIN (comité technique des infections nosocomiales); CTINILS (comité technique national des infections nosocomiales et des infections associées aux soins); GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière); GROUPELIN (groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales); HAS (haute autorité de santé); HCSP (haut conseil de la santé publique); InVS (institut de veille sanitaire); RAISIN (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales).

Parution du guide Prévention des risques infectieux dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale

CHAPITRE 1

Principes généraux de la gestion des risques infectieux au LABM

- I- Aspects réglementaires
- II- Étapes
- III- Évaluation des risques

CHAPITRE 2

Les locaux

- I- Conception des locaux
- II- Ventilation et la régulation thermique
- III- Zones de confinement
- IV- Entretien des locaux

CHAPITRE 3

Le personnel

- I- Aspects législatifs et réglementaires : responsabilité de l'employeur
- II- Surveillance médicale du personnel
- III- Vaccinations du personnel de laboratoire

CHAPITRE 4

Règles élémentaires d'hygiène au LABM

- I- Préalables relatifs au personnel travaillant en LABM
- II- Précautions « standard »
- III- Hygiène des mains
- IV- Tenue de travail
- V- Port de gants au LABM
- VI- Masques et lunettes de protection

CHAPITRE 5

Matériel et équipements

- I- Choix et entretien des dispositifs médicaux (DM)
- II- Exemples de procédures de nettoyage et de désinfection du matériel
- III- Les postes de sécurité microbiologique (PSM)

CHAPITRE 6

Transport des prélèvements et des échantillons biologiques

- I- Généralités
- II- Aspects réglementaires

CHAPITRE 7

Déchets des LABM

- I- Généralités
- II- Devenir des déchets
- III- Critères de choix des collecteurs et conteneurs

CHAPITRE 8

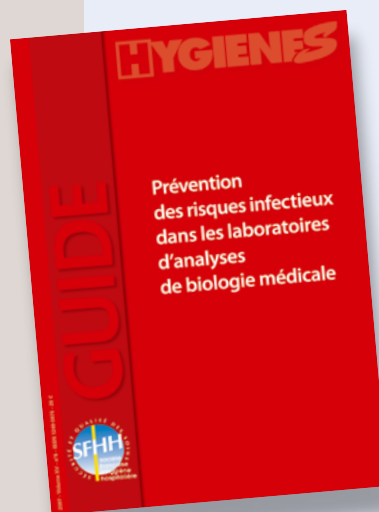
Exemples de bonnes pratiques

- I- Hygiène des actes de prélèvement
- II- Bonnes pratiques en matière d'antisepsie
- III- Conduite à tenir en cas de dispersion accidentelle de produits biologiques ou de micro-organismes au LABM
- IV- Risque particulier lié aux mycobactéries de la tuberculose

CHAPITRE 9

Formation et audit en hygiène au LABM

- I- Rappels : accréditation, certification
- II- La formation
- III- L'audit



La SFHH a le plaisir de vous annoncer la parution de ce guide très attendu : ci-joints la préface et un extrait du sommaire. Le guide dans son format papier a été adressé gracieusement à tous les membres à jour de leur cotisation. Il sera disponible et téléchargeable dans quelques mois sur le site de la société : www.sfhh.net

De par leur activité, les laboratoires d'analyses de biologie médicale constituent un secteur de la santé où les professionnels sont particulièrement exposés au risque infectieux. Les données épidémiologiques confirment la réalité de ce risque. Le Code du travail et le Guide de bonne exécution des analyses fournissent les recommandations générales concernant la sécurité des personnes et la prévention des risques. À ces textes s'ajoute l'obligation d'évaluer les risques d'autre nature du Document unique imposé par le décret du 5 novembre 2001.

Afin que les professionnels de la santé puissent améliorer leurs pratiques en hygiène et réaliser l'analyse du risque infectieux au laboratoire, la Société française d'hygiène hospitalière publie la première édition d'un guide pratique en hygiène. Des groupes de travail et des groupes de lecture multidisciplinaires (microbiologistes, hygiénistes, cliniciens, techniciens de laboratoire) ont rédigé ce référentiel en se fondant sur les données réglementaires, scientifiques ou, en leur absence, sur l'avis d'experts.

Ce guide prend en compte les différents facteurs pouvant intervenir isolément ou non dans la survenue du risque infectieux (professionnels, locaux, matériels et équipements, déchets, par exemple). Il décrit de manière pratique les précautions à prendre et les conduites à tenir en cas d'accident, sans omettre ce qui relève de la formation des professionnels et de l'audit des pratiques. Ce référentiel comporte de nombreuses références et sa lecture est particulièrement facilitée par les nombreux schémas et logigrammes très explicatifs.

C'est l'une des missions des sociétés savantes françaises de publier des référentiels de ce type. Tout d'abord, pour combler un déficit, mais aussi pour montrer que nous avons dans notre collectivité médicale des experts dans ce domaine. Enfin, il s'agit pour elles d'être ambitieuses : grâce à l'existence de ces ouvrages consensuels, cela les autorise à participer à l'élaboration de référentiels européens qui sont en devenir et pour lesquels elles peuvent être promotrices.

Les membres des groupes de travail et de lecture doivent être chaleureusement remerciés pour leur temps bénévolement consacré à la réalisation de cet ouvrage. Un merci plus particulier à Marcelle Mounier qui a piloté l'ensemble de ce travail. Nous connaissons tous son implication pour cet ouvrage et son investissement au sein de la SFHH.

Soyons certains que les remarques faites sur ce guide par les professionnels de la biologie et ceux impliqués dans l'hygiène hospitalière et la prévention des infections associées aux soins permettront d'enrichir une seconde édition à venir.

JOSEPH HAJJAR
PRÉSIDENT DE LA SFHH

RENÉ COURCOL
VICE-PRÉSIDENT DE LA SFM

À propos du rapport « Gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables : recommandations d'utilisation »

Haut Conseil de la santé publique - Commission spécialisée sécurité sanitaire
Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins

Enfin un texte raisonnable !

C'est la réflexion qu'ont faite nombre d'urologues à la lecture des recommandations sur l'utilisation des gaines de protection à usage unique dans les examens échographiques endocavitaires.

C'est sûrement le plus bel hommage que l'on peut faire aux rédacteurs, car c'était bien là l'objectif : avoir des recommandations, qui d'abord tiennent compte de toutes les données scientifiques, mais aussi de la réalité du terrain.

Pour les urologues ces recommandations étaient attendues, en particulier pour ce qui concerne la biopsie prostatique. Cet examen se fait en effet par voie endorectale, à l'aide d'une sonde d'échographie.

La désinfection de cette sonde ne va pas sans poser de gros problèmes : c'est un matériel coûteux et fragile qui supporte très mal les bains répétés dans l'acide peracétique. Sa durée de vie en est alors considérablement diminuée.

Aussi, depuis des années et bien avant la publication de la circulaire 138 reconnaissant la possibilité d'utiliser des gaines de protection, les urologues utilisaient un préservatif disposé

sur la sonde endorectale. Mais les pratiques étaient très variées et disparates : certains mettaient le préservatif au-dessous du guide à ponction, d'autres au dessus perforant ainsi le préservatif avec l'aiguille à biopsie. D'autres en mettaient deux, l'un au dessus l'autre au dessous. Quant à la désinfection certains la faisaient de haut niveau, d'autres de niveau intermédiaire, d'autres seulement en fin de journée, se contentant d'un simple nettoyage entre chaque utilisation. Pourtant malgré cette variété d'utilisation depuis plus de vingt ans, aucune chaîne de contamination n'a jamais été signalée.

Les recommandations viennent à point nommé clarifier la situation et unifier les pratiques.

Tout d'abord le champ d'application est clair : ce sont les examens utilisant des sondes d'échographie endocavitaire et en aucun cas les échographies per-opératoires dont le contexte est totalement différent.

Des gaines spécifiques destinées à cet usage ayant le marquage CE devront être utilisées. Certaines sont déjà sur le marché, garantissant une protection meilleure et permettant une image tout à fait acceptable. Le préservatif

n'est pas adapté à cette fonction, il devra être abandonné.

La nécessité d'un examen soigneux de la gaine après l'examen est clairement spécifiée en particulier au niveau des points de faiblesse que constituent les pattes de fixation des guides à ponction sur la sonde. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut estimer que la protection est efficace et donc pratiquer un nettoyage de la sonde avec un détergeant - désinfectant. Si la gaine est déchirée ou si la sonde est souillée, il faut alors pratiquer une procédure de désinfection.

Ces recommandations ne prétendent pas être définitives ni parfaites : elles sont le reflet des connaissances actuelles. Si des faits nouveaux se faisaient jour dans l'avenir, il est clair que ces recommandations devraient évoluer.

Il vaut certainement mieux des recommandations réalistes et permettant un progrès très important pour une majorité d'utilisateurs, même si elles sont imparfaites, plutôt que des recommandations trop contraignantes que seule une petite minorité serait susceptible d'appliquer.

DR JEAN PIERRE MIGNARD
UROLOGUE - SAINT BRIEUC

Prochains travaux de la Commission des soins

L'objectif des recommandations professionnelles en hygiène hospitalière est de définir les mesures de prévention des infections liées aux soins et de lister de façon la plus exhaustive possible les mesures qui portent sur l'ensemble du processus de prise en charge des patients.

Pour les professionnels, appliquer les recommandations en hygiène hospitalière n'est pas toujours simple ; en effet cela requiert la mobilisation de différentes sciences, tant philosophique, psychologique, linguistique, pratique, qu'anthropologique. C'est-à-dire un système complexe de traitement de l'information, d'où parfois des difficultés d'appropriation et d'application des bonnes pratiques par les soignants.

Les raisons de ces difficultés sont nombreuses et multifactorielles. L'hygiène hospitalière oscille entre deux mythes : celui d'une science incarnant une vérité des règles abso-

lues et celui d'une science toujours provisoire, instable et évolutive. L'hygiène hospitalière rassemble différentes compétences et concerne des secteurs aussi variés que la microbiologie, la biochimie, l'épidémiologie, l'économie de la santé, l'infectiologie, la prévention, l'ergonomie, l'organisation du travail, etc. Elle a pour autre dénominateur commun, l'application de procédures codifiées ne laissant que peu de place à la créativité, à l'imagination, à l'intuition. Il s'agit là d'une problématique culturelle et comportementale qui entrave les mesures d'hygiène les plus simples.

Les résultats d'audit, dévaluation de pratiques professionnelles mettent souvent en lumière des écarts parfois importants entre la pratique professionnelle et les recommandations. Les hygiénistes sont alors confrontés à la mise en place de stratégies de formation et de communication adaptées à différents publics, tout en maintenant un esprit scienti-

fique ou toutes les valeurs sont réfléchies et éprouvées.

La commission des soins de la SFHH propose de travailler sur les limites et les freins auxquels sont confrontés les professionnels pour appliquer les règles d'hygiène. C'est donc à travers ce prisme de pluralité que nous aborderons cette problématique en basant notre réflexion sur l'exemple de l'hygiène des mains. L'objectif final est de réaliser un document d'appui aux professionnels de l'hygiène pour construire une stratégie de mise en place de ces recommandations dans un souci de maintenir une compétence collective à partir de projet en hygiène hospitalière. Pour réaliser ce travail la commission des soins sera accompagnée par un professionnel des sciences cognitives et de la communication.

CHRISTINE CHEMORIN
RESPONSABLE DE LA COMMISSION

Évaluation des pratiques professionnelles et hygiène hospitalière

L'Évaluation des pratiques Professionnelles (EPP) institué par le code de la santé publique consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations. La méthode utilisée pour cette analyse doit avoir été élaborée ou validée par la Haute autorité de santé (HAS). L'EPP inclut également la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'hygiène hospitalière a déjà une antériorité d'évaluation depuis les années 1990, y compris dans le cadre de démarches nationales (programmes assurance-qualité en hygiène pilotés par l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale en 1995-1996). La méthode des audits cliniques (dans le cadre observationnel ou d'une revue de soins) est la plus connue en matière d'évaluation des pratiques en hygiène. Cette méthode n'exclut pas les méthodologies souvent utilisées dans le cadre de la certification : chemin clinique, revue de pertinence de soins, revue de morbidité mortalité, programme assurance-qualité ou approches par indicateurs.

La SFHH élabore et diffuse des recommandations professionnelles respectant les méthodologies appropriées pour leur validité scientifique (conférences de consensus, conférence

formalisée d'experts, recommandation pour la pratique clinique). Certaines de ces références, publiées en partenariat avec la HAS, ont permis d'établir des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques : c'est le cas par exemple pour le thème de la pose et de l'entretien des cathéters veineux périphériques.

Les hygiénistes disposent donc d'un certain nombre de références et de critères pouvant être utilisés comme « outils » dans le cadre des EPP. L'étape suivante consiste à se doter de méthodologies d'évaluation qui seraient mises à disposition des équipes opérationnelles et/ou des professionnels de terrain. Une réflexion est en cours au sein de la SFHH sur l'opportunité de concevoir et de diffuser ces méthodologies. La demande d'agrément auprès de la HAS et au titre de l'EPP suppose une antériorité de ce type de programme. Elle implique la mise en place d'une organisation interne dédiée à ces évaluations ainsi qu'une commission de validation des demandes en provenance des praticiens et des équipes concernés. À ce jour, les organismes agréés pour l'EPP sont essentiellement des structures de formation médicale continue ayant l'expérience de programmes et de validation des dossiers émanant des praticiens.

La plus-value apportée par les organismes agréés « de spécialité » peut apparaître concurrencée par la mise en place de commissions locales (établissements de santé) pour la validation des acquis d'EPP.

Dans ce contexte la SFHH souhaite poursuivre sa réflexion notamment dans le cadre de la commission « formation/évaluation ». Le conseil d'administration de janvier 2008 a confirmé les orientations suivantes :

- continuer préférentiellement à produire des référentiels validés, si possibles labellisés HAS
- contribuer à la construction d'indicateurs et de méthodologies nationales en lien avec les structures existantes, en particulier le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH)
- envisager la rédaction de référentiels pour l'EPP des praticiens et infirmiers hygiénistes.

Cette approche apparaît probablement utile aux acteurs de la lutte contre les infections en terme de réponse aux exigences de maîtrise du risque infectieux et de pertinence de leurs pratiques quotidiennes

DOCTEUR XAVIER VERDEIL



Définition et expression graphique des paramètres biostatistiques

Didier Lepelletier¹, Philippe Vanhems²

1- Équipe opérationnelle d'hygiène, service de bactériologie-hygiène, CHU, Nantes

2- Département d'hygiène, épidémiologie et prévention, hôpital Edouard-Herriot, Lyon

Introduction

Le terme « statistique » est emprunté au latin moderne *statisticus* « relatif à l'État ». Il a d'abord désigné l'étude méthodique des faits sociaux définissant un État, par des procédés numériques (dénombrement, inventaires chiffrés, recensement, etc.). Dans sa théorie analytique des probabilités, Laplace, au début du XIX^e siècle, met en évidence le rôle que l'on peut en tirer pour l'étude des phénomènes naturels dont les causes sont trop complexes pour pouvoir être analysées individuellement.

La méthode statistique se présente alors comme une méthode de collecte, de présentation et d'analyse des observations relatives à des individus ou à des faits nombreux appartenant à un même ensemble dont on souhaite mettre en évidence certaines propriétés générales.

Le terme *biostatistique* est d'introduction récente. Il concerne l'utilisation de la méthode statistique dans le domaine biologique ou médical. La connaissance des paramètres biostatistiques est essentielle afin d'interpréter avec pertinence des résultats épidémiologiques. L'interprétation de ces résultats doit utiliser des méthodes simples, descriptives et graphiques. Le texte fondamental sur l'interprétation graphique des données a été publié par John Tukey en 1977. Cet auteur décrivait comment « utiliser les graphes, les papiers millimétrés et les couleurs afin d'analyser les données pour savoir ce qu'elles expriment... ». Cette approche est celle d'un détective à la recherche d'indices pour identifier des relations entre plusieurs variables. Dans le domaine de l'investigation des épidémies (cf. fiche méthodologique investigation d'une épidémie, Bulletin de la SFHH, décembre 2007), la construction graphique d'une courbe épidémique, d'un tableau synoptique et d'une cartographie du lieu incriminé permet également à l'épidémiologiste de suivre l'évolution, la durée, l'importance et la fin de l'épidémie.

L'objectif de cette fiche méthodologique est de faciliter la compréhension et la lecture des paramètres biostatistiques en précisant leur définition et en représentant graphiquement les relations entre les variables.

Définitions

Échantillonnage

En pratique, il n'est pas possible d'étudier les caractéristiques d'une population dans son ensemble. L'usage est de ne considérer qu'une partie des sujets appartenant à cette population. Ce sous-ensemble est appelé **échantillon**. En théorie, pour qu'un échantillon soit représentatif de la population dont il est extrait, on réalise un tirage au sort. Ainsi, il est possible d'estimer la valeur non mesurée de la moyenne ou de la variance d'une population à partir d'un échantillon. Il s'agira alors d'utiliser un résultat d'estimation valide à des fins de généralisation à une population plus large dite population cible. Faute de représentativité (si l'échantillon ne possède pas les mêmes caractéristiques que la population que l'on souhaite étudier), les résultats obtenus sur un échantillon ne peuvent être généralisés à la population étudiée.

Statistique

Une statistique permet de décrire certaines caractéristiques d'un échantillon de la population. De nombreux paramètres statistiques existent et varient selon le type de variables et selon leur utilisation. Certains paramètres décrivent des informations de type tendance centrale et d'autres sont des paramètres de dispersion.

On citera

- **la moyenne** (valeur unique que devraient avoir tous les individus d'une population ou d'un échantillon pour que leur total soit inchangé, *somme des valeurs des individus / nombre d'individus*),
- **la médiane** (valeur à laquelle 50 % des valeurs observées sont inférieures, 50 % supérieures),
- **l'écart type** (quantifiant la dispersion des données autour de la moyenne),
- **la variance** (mesure arbitraire aléatoire servant à caractériser la dispersion d'un échantillon ou d'une population, *égale au carré de l'écart type*).
- **le mode** (ou valeur dominante désigne la valeur la plus représentée d'une variable quelconque dans une population),

Les valeurs minimales et maximales d'un échantillon représentent également des para-

mètres de dispersion.

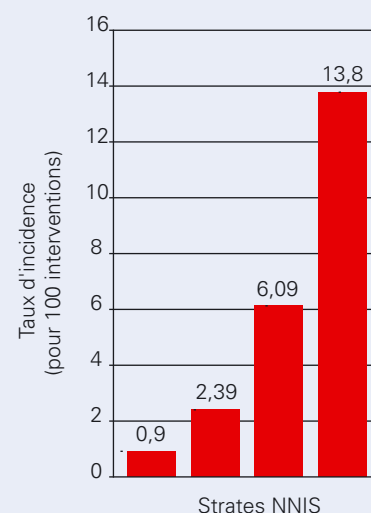
Du fait des fluctuations d'échantillonnage, l'estimation varie d'un échantillon à l'autre. Pour compléter l'estimation ponctuelle, on construit un intervalle de valeurs qui contiendra la valeur estimée avec un degré de confiance donné : c'est **l'intervalle de confiance à 95 %**. Si l'expérience est renouvelée 100 fois, dans 95 cas, la valeur se situera dans l'intervalle de confiance.

Type de variable étudiée et représentation graphique

Les variables qualitatives

Elles comprennent les variables nominales et ordinales. Les variables nominales ont deux modalités (homme/femme par exemple), ou plus de deux modalités et sont représentées généralement sous forme de « **camembert** » ou **secteur**. S'il y a une structure d'ordre entre les catégories d'une variable, on parle de variable ordinale représentée habituellement sous forme d'**histogramme**. Dans la **figure 1**, l'histogramme montre la distribution du taux d'incidence des infections du site opératoire en fonction du score de risque infectieux NNIS. Les variables qualitatives sont généralement représentées sous forme de pourcentages ou de proportions.

Figure 1 - Exemple d'histogramme. Répartition du taux d'incidence d'infections du site opératoire en fonction du score NNIS
(Source : données RAISIN 1999-2004).



Les variables quantitatives

Elles sont de deux types, soit **continues** lorsqu'elles peuvent prendre toutes les valeurs (âge, taille, poids, durée d'intervention), soient **discrètes** lorsqu'elles prennent des valeurs entières.

Dans le cas de variables quantitatives, le paramètre de tendance central le plus utilisé est *la moyenne*. Pour les variables ordinales, et dans certains cas pour les variables numériques, on utilise *la médiane*. On utilisera aussi la médiane en cas d'effectif réduit car ce paramètre est moins sensible aux valeurs extrêmes.

Figure 2 - Exemple de courbe. Expression de la consommation moyenne annuelle des produits hydro-alcooliques de 28 établissements de la région Ouest (Source : données C-CLIN Ouest).



Figure 3 - Exemple d'histogramme. Expression de la durée d'intervention chirurgicale pour pontage aorto-coronarien (source : surveillance RAISIN, données CHU Nantes, avril-juin 2006).

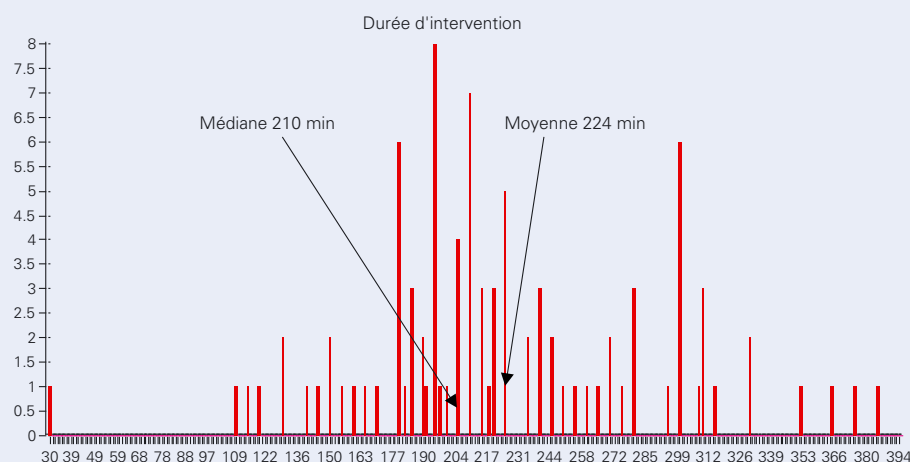


Figure 5 - Exemple de nuage de point. Expression de la durée moyenne de séjour pour pontage coronarien en fonction de l'âge (Source : surveillance RAISIN, données CHU Nantes, 2006).

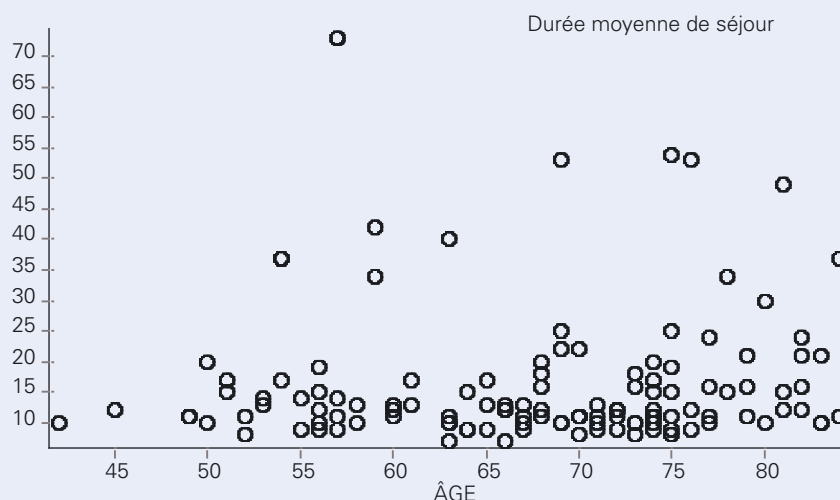
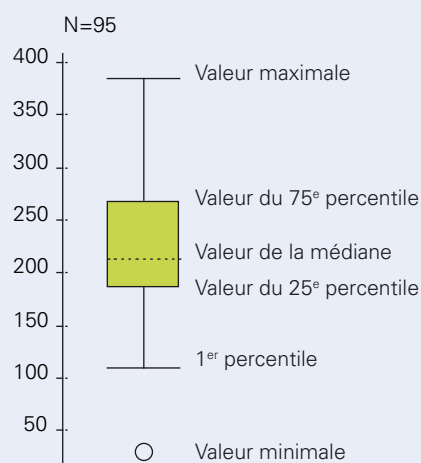


Figure 4 - Exemple de box plot (boîte à moustache) avec définition. Distribution de la durée d'intervention chirurgicale pour pontage coronarien (Source : surveillance RAISIN, données CHU Nantes, 2006).



tre la distribution d'une série de valeurs de durée d'intervention. La durée d'intervention comprend des valeurs extrêmement larges, avec de nombreux patients ayant une durée d'intervention plus longue que 224 minutes (moyenne). La moitié des patients ont une durée d'intervention inférieure à 210 minutes (médiane). Cette figure décrit les variables de manière plus efficace et plus précise que la traditionnelle moyenne $\pm$ deux déviations standard (écart-type).

La boîte à moustache est une autre manière de visualiser les variations d'une distribution. La **figure 4** montre la boîte à moustache de la durée d'intervention exprimée dans le précédent histogramme. Comme détaillée dans la figure 3, la médiane et les tendances centrales apparaissent comme des lignes horizontales dans la « boîte ». Les 25^e et 75^e percentiles (ou 1^{er} et 3^e quartiles) mesurent les limites inférieure et supérieure de la « boîte ». Par définition, la distance entre ces bornes, « l'étendue interquartile », inclut la position centrale des données (50^e percentile), et reflète la distribution des données. À l'extrémité du graphe, des lignes traduisent les valeurs extrêmes des variables; un point excentré peut représenter une valeur individuelle. Si la distribution des valeurs des variables est normale à travers le *box plot*, la médiane et la moyenne sont égales. À travers la lecture de la boîte à moustache, il est possible de dire si la distribution est symétrique autour de la médiane et où se trouvent la plupart des valeurs. Le *box plot* est une visualisation pertinente pour examiner les valeurs extrêmes, qui peuvent représenter de véritables valeurs ou des valeurs aberrantes (erreurs de saisie).

L'utilisation d'un nuage de points permet d'analyser graphiquement deux variables en même temps. Dans la **figure 5**, le nuage de points exprime la durée moyenne de séjour en fonction de l'âge du patient. À première vue, les points montent vers la droite, les patients âgés restant hospitalisés plus longtemps. Mais l'interprétation de cette distribution est délicate, car les points sont dispersés. Certains patients âgés ont des durées de séjour courtes. Un patient a une valeur extrême en haut

du graphe. La construction d'une droite au sein de ce nuage ne permettrait pas davantage d'interpréter la distribution des points. Plusieurs approches développées par Tukey permettent d'utiliser ce type de graphe avec pertinence (courbe au sein du nuage de point indiquant la tendance des variables).

Conclusion

L'analyse statistique exploratrice des données n'est pas nouvelle, mais les logiciels informatiques la rendent plus attractive. Ces techniques d'analyse graphique ne sont pas compliquées, et la publication de boîte à moustache est de plus en plus fréquente dans la littérature. Toute analyse de données nécessite d'en connaître les limites, et le recours à un statisticien est parfois nécessaire. Par ailleurs, un épidémiologiste utilisant des programmes d'analyse statistique sophistiqués a besoin de visualiser la distribution de ses données afin

d'interpréter ses résultats ou de comprendre une relation inattendue. La combinaison des deux approches représente un outil intéressant pour l'épidémiologiste dans le domaine de la santé, et notamment l'épidémiologie des infections nosocomiales.

Références

- 1- TUKEY JW. Exploratory data Analysis. Reading, MA. Addison Wesley; 1977.
- 2- MILLS JL. Data torturing. N Engl J Med 1993; 329: 1196-1199.

- 3- WILLIAMSON DF, PARKER RA, KENDRICK JS. The box plot: a simple visual method to interpret data. Ann Intern Med 1989; 110: 916-921.
- 4- Shelly MA. Exploratory Data Analysis: Data visualization or torture? Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 605-612.
- 5- BOUYER J, HÉMON D, CORDIER S, DERRIENNIC F, STÜCKER I, STENGEL B, CLAVEL J. Epidémiologie - Principes et méthodes quantitatives, éd. Inserm, 1996.
- 6- RUMEAU-ROUQUETTE C, BLONDEL B, KAMINSKI M, BRÉART G. Epidémiologie : Méthodes et Pratiques. Médecine-Sciences, éd. Flammarion, Paris 1995.

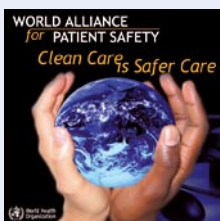
Journée nationale « Hygiène des mains » 23 mai 2008

Dans le cadre de son Alliance mondiale pour la sécurité du patient, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé en 2005 le premier défi mondial pour la sécurité du patient avec un triple objectif : attirer l'attention sur les conséquences des infections nosocomiales, convaincre les pays de faire de la lutte contre ces infections une priorité et tester la mise en place des toutes récentes Recommandations pour l'hygiène des mains au cours des soins.

En France, dès juillet dernier, la cellule infection nosocomiale a mis en œuvre le projet d'organiser une journée nationale « Hygiène des Mains » en 2008, dans tous les établissements de santé. L'organisation de cette journée est pilotée par Lætitia May et Valérie Drouvot (Cellule infections nosocomiales - DHOS - DGS). Un comité scientifique et d'organisation multidisciplinaire a été constitué où la SFHH est représentée. Cette opération se déroulera à l'échelle des établissements de santé volontaires. Une charte signée par le directeur et le président de la CME engagera l'établissement dans la démarche. Un kit constitué d'outils pédagogiques sera mis à disposition par le ministère de la Santé.

Cette journée nationale aura lieu le vendredi 23 mai prochain. A cette date, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports signera publiquement la charte « un soin propre est un soin sûr » à l'occasion de la 60^e Assemblée mondiale de l'OMS.

MARTINE ERB



Adresse de l'image :
http://www.who.int/gpsc/resources/Clean_CareLOGO2.jpg

Salle de congrès : Le Manège - Chambéry (Savoie)

Ce congrès est organisé sous l'égide du Pr René Moletta de l'Université de Savoie.

Introduction

Les rejets liquides (effluents) des établissements de santé ont des caractéristiques particulières par rapport aux effluents domestiques.

Ces établissements utilisent une grande variété de produits (antibiotiques, solvants, métaux lourds, radio-éléments... et les médicaments en général) mais aussi des produits d'hygiène et d'entretien, qui se retrouvent dans les eaux usées. Ces eaux peuvent être chargées aussi en micro-organismes (bactéries, champignons, virus... parfois résistants aux anti-infectieux). Tous ces produits se retrouvent au niveau de la station d'épuration qui le plus souvent met en œuvre des processus microbiologiques de dégradation. L'efficacité de ces procédés sur la dégradation et ou la rétention de ces produits est mal connue. Ces molécules se retrouvent parfois dans l'eau et dans les boues et, de fait, dans le milieu naturel.

Le devenir des produits de traitements hospitaliers lors de prises en charge ambulatoires relève de la même problématique.

L'Union Européenne a produit une directive assez restrictive sur les concentrations admissibles pour les rejets des stations d'épuration.

Le devenir des produits présents dans les rejets liquides des centres de soins (humain ou vétérinaire) est une question émergente qui doit être abordée de manière intégrée par les différents acteurs.

Objectifs

Les objectifs de ce congrès sont :

- faire un état des lieux de la situation actuelle dans les différents domaines liés à la connaissance, à la gestion et au devenir de ces effluents.
- faire se rencontrer les différentes parties prenantes de cette problématique :
 - les chercheurs,
 - les acteurs de la filière médicale (techniciens, médecins, pharmaciens, hospitaliers, infirmiers...),
 - les personnes responsables des aspects réglementaires et qui ont en charge de les faire appliquer,
 - les traitants d'eau,
 - les industries pharmaceutiques qui conçoivent et produisent les médicaments.

L'accent sera également mis sur la sensibilisation des étudiants, le congrès étant ouvert aux instituts de formation en soins infirmiers, à l'École des hautes études en santé publique, aux facultés de médecine et de pharmacie, et aux écoles d'ingénieurs sur l'environnement.

Pour en savoir plus, consulter l'annonce sur le site www.sfhh.net

DR JEAN CHARLES CÊTRE

13^e Forum international sur la qualité et la sécurité en soins de santé

Cette année, le 13^e Forum international sur la qualité et la sécurité en soins de santé aura lieu en France, du 22 au 25 avril, au Palais des Congrès de Paris.

Le Forum international rassemble les professionnels intéressés par l'amélioration de la qualité et la sécurité en soins de santé, avec une vocation très pédagogique et pratique.

La Société Française d'Hygiène Hospitalière a été sollicitée pour y organiser une

session qui traitera de la surveillance, du programme national de lutte contre les infections nosocomiales et des indicateurs, dans un esprit très didactique et interactif.

Les intervenants pour la SFHH seront les professeurs Jacques Fabry et Philippe Berthelot et le docteur Pierre Parneix. Les modérateurs seront les docteurs Olivia Keita-Perse et Serge Aho.

DR OLIVIA KEITA-PERSE

Règlement du Prix SFHH/ANIOS 2008



Art 1: La Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) et les laboratoires ANIOS organisent le Prix SFHH/ANIOS,

Art 2: Le prix SFHH/ANIOS, en hygiène hospitalière sera décerné en 2008 pour des travaux réalisés en 2006-2007

Ce prix a pour but de promouvoir l'hygiène auprès des établissements de santé, ou structures prodiguant des soins (EHPAD, HAD...) et s'adresse aux personnels des établissements de santé publics ou privés ou autres personnels de soins, français et de pays francophones : médecins, pharmaciens, sages femmes, infirmiers, ingénieurs biomédicaux, gestionnaires ou toute autre profession paramédicale (impliqués dans la mise en œuvre du projet, son évaluation, son expertise).

Ce prix récompensera deux équipes:

1- La réalisation d'un travail d'équipe pluridisciplinaire **exerçant sur le territoire français.**

2. La réalisation d'un travail d'équipe pluridisciplinaire **exerçant hors du territoire français, à condition que le travail soit présenté en français.**

Art 3: Le «Prix SFHH/ANIOS 2008 » concerne tous les travaux relatifs à la désinfection, la détergence et plus généralement à l'hygiène des locaux, des instruments et des mains...

- hygiène et environnement hospitalier
- hygiène des soins en secteur hospitalier, à domicile...
- évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'hygiène
- indicateurs en hygiène hospitalière
- études coût/bénéfice, médico-économiques...

Art 4: Chacun des deux travaux primés se verra attribuer un prix d'un montant de 2000 euros par les Laboratoires ANIOS.

Le chèque correspondant au « Prix SFHH/ANIOS 2008 » sera obligatoirement rédigé à l'ordre d'une personne morale (association, structure de santé...) dont dépend l'équipe primée, ou à un représentant de l'équipe primée.

Art 5: Le prix SFHH/ANIOS sera remis lors du 19^e Congrès National de la SFHH à PARIS les 5 et 6 juin 2008.
Un représentant de chaque équipe primée doit obligatoirement être inscrit à ce « Congrès » pour pouvoir recevoir le Prix.

Art 6: Composition du jury

Il comprendra les membres suivants et statuera à la majorité ; en cas d'égalité de vote, le vote du président du jury comptera double :

• **Cinq représentants de la SFHH**

- Mme Aggoune
- M. le Pr Berthelot
- M. le Dr Grandbastien
- Mme le Dr Keita Perse
- M. le Dr Labadie

• **Deux représentants des Laboratoires ANIOS**

Dans le cas où un membre du jury fait partie d'un établissement qui présente un dossier, il ne pourra pas siéger ou être remplacé.

Le jury reste souverain quant à l'attribution des Prix.

Art 7: Le dossier comprendra en 8 exemplaires :

- La fiche d'inscription
- La fiche du service certifiant avoir donné son accord pour le dépôt du dossier
- La fiche de résumé du projet : une page A4
- Le projet détaillant le travail : au maximum 20 pages A4 soit environ 5000 mots
- La liste des membres de l'équipe impliqués dans ce travail, signée par chacun d'eux

Ne pourront être primés que les travaux originaux, n'ayant fait l'objet d'aucune publication antérieure ni d'aucun autre prix.

Le dossier sera rédigé exclusivement en français.

Les dossiers de candidature doivent être demandés à :

Madame Angélique Guillot
« Prix SFHH/ANIOS 2008 »
Laboratoires ANIOS
Pavé du Moulin – 59260 Lille Hellemmes.
Téléphone : 00 33 3 20 67 67 41
E-mail : a.guillot@anios.com

Les « Travaux » et toute correspondance doivent être adressés à cette même adresse.

**Date limite de réception du dossier complet :
30 mars 2008**

Art 8: L'inscription au prix implique l'acceptation du règlement en vigueur.

Art 9: La responsabilité des organisateurs (SFHH et Laboratoires ANIOS) ne saurait être engagée si, pour des raisons indépendantes de leur volonté, ou en cas de force majeure, le prix mais aussi les conditions d'organisation du prix devaient être modifiés, reportés ou annulés.
Le présent règlement est soumis au droit français.

DEUXIEME ANNONCE



Paris
5 et 6 juin 2008



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

XIX^{es} Journées Nationales SIIHHF

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



Jeudi 5 juin

A partir de 07 h 30 Accueil des congressistes

08 h 30 - 09 h 00 **Allocution des personnalités :**

Jean-Yves Fagon (Paris), Joseph Hajjar (Valence), Christine Chemorin (Lyon)

09 h 00 - 10 h 00 **Session plénière 1**

Indicateurs de la prévention et de la lutte contre l'infection associée aux soins.

Evaluation des pratiques professionnelles en hygiène

Modérateurs : *Pascal Astagneau (Paris), Pierre Parneix (Bordeaux)*

- Evaluation des pratiques professionnelles en hygiène. *Jacques Fabry (Lyon)*
- Utilisation des indicateurs en hygiène dans l'établissement de soins. *Stephan Harbarth (Genève, Suisse)*

10 h 00 - 10 h 30 Pause - Visite de l'exposition

10 h 30 - 11 h 00 - Session de l'Innovation parrainée par 3 M Santé

- Session de l'Innovation parrainée par BD

Session Posters

11 h 00 - 12 h 30 **Sessions parallèles**

Session de communications libres 1

Session de communications libres 2

Session de communications SPILF

Mesures de contrôle des phénomènes épidémiques

Modérateurs : *Jérôme Salomon (Garches), Bruno Pozzetto (Saint-Etienne)*

- BMR émergentes, les leçons de l'entérocoque. *Vincent Jarlier (Paris)*
- Risque viral respiratoire. *Bruno Lina (Lyon)*
- L'infectiologue face à la multirésistance. *Karine Faure (Lille)*

Session parallèle 1

Prévention du risque infectieux et gestion des risques

Modérateurs : *Christine Chemorin (Lyon), Jean Marty (Paris)*

- Articulation hygiène et gestion des risques. *Marie-Françoise Dumay (Paris)*
- Hygiène hospitalière et risque infectieux : un modèle pour la gestion des risques ? *Jean-Michel Guérin (Paris)*
- Conduite à tenir dans une situation à risque infectieux. *Colette Brunel, Patrice Blondel (Saint-Denis)*

12 h 30 - 14 h 00 Déjeuner

12 h 45 - 13 h 45 - Symposium parrainé par Bayer Santé Familiale

- Symposium parrainé par Pall Medical

14 h 00 - 14 h 30 - Session de l'Innovation parrainée par Laboratoires Cooper

PROGRAMME PRELIMINAIRE

14 h 30 - 15 h 30

Session plénière 2

Précautions complémentaires d'hygiène en établissement de soins, EHPAD, activité de soins libérale, adaptation des précautions hors établissement de soins

Modérateurs : *Christian Brun-Buisson (Paris), Corinne Coclez-Meyer (Compiègne)*

- Recommandations d'experts : transmission croisée. *Hervé Blanchard (Paris)*
- Précautions d'hygiène hors établissement de soins. *Serge Aho (Dijon)*

15 h 30 - 16 h 00 Pause – Visite de l'exposition – Session Posters

16 h 00 - 17 h 30

Sessions parallèles

Session de communications libres 3

Session de communications libres "junior"

Session ORIG

La prévention des infections chez les personnes âgées en EHPAD

Modérateurs : *François Piette (Ivry-sur-Seine), Marie-Alix Ertzscheid (Rennes)*

- Consensus formalisé d'experts organisé en 2007-2008 : méthode et revue de littérature. *Monique Rothan-Tondeur (Ivry-sur-Seine)*
- Résultats : recommandations pour les institutions et les résidents. *Benoît de Wazières (Nîmes)*
- Résultats : recommandations pour le personnel. *Gaétan Gavazzi (Grenoble)*
- Présentation du logiciel Delphi (INSERM-ORIG) pour les consensus formalisés des experts. *Rajat Derbal (Ivry-sur-Seine)*

Session parallèle 2

Etat des lieux des précautions standard et complémentaires d'hygiène

Modérateurs : *Anne Simon (Bruxelles, Belgique), Daniel Zaro-Goni (Bordeaux)*

- Quand faire plus que les précautions standard d'hygiène ? *Vincent Jarlier (Paris), Jean Carlet (Paris)*
- Mise en œuvre des précautions standard et complémentaires d'hygiène ? *Lydie Burgel (Montpellier)*
- Comment mobiliser un hôpital autour des précautions d'hygiène ? *Martine Erb (Lille)*

17 h 30 - 18 h 00 Remise des prix

18 h 00 - 19 h 00 Assemblée Générale de la SFHH

Vendredi 6 juin

08 h 00 - 09 h 00

« Best of » de la littérature

Jean-Christophe Lucet (Paris), Philippe Vanhems (Lyon),
Anne-Marie Rogues (Bordeaux), Martine Erb (Lille), Chantal Léger (Poitiers)

08 h 00 - 09 h 00

Rencontres avec l'expert (4 ateliers)

Friction chirurgicale des mains. *Françoise Chevreuil (Lille),
Raphaëlle Girard (Lyon), J.-C. Séguier (Poissy Saint-Germain)*
Prélèvements microbiologiques des endoscopes et lave-endoscopes.
*Marcelle Mounier (Limoges), Michèle Aggoune (Paris),
Christian Boustière (Marseille)*
Atelier choix et port du masque. *D. Zaro-Goni (Bordeaux),
Christophe Gautier (Bordeaux), Jean-Charles Cêtre (Lyon)*
Contrôles microbiologiques de l'environnement. *Jean-Didier Cavallo
(Saint-Mandé), Benoist Lejeune (Brest), Stéphanie Coudrais (Lyon)*

09 h 00 - 10 h 00

Session plénière 3

Dispositifs médicaux : détergence et désinfection à l'heure du prion

Modérateurs: *Jacques-Christian Darbord (Paris), Joseph Hajjar (Valence)*
- Actualités du risque prion. *Armand Perret-Liaudet (Lyon)*
- Détergence et désinfection vis-à-vis du prion.
Françoise Rochefort (Lyon)

10 h 00 - 10 h 30 Pause - Visite de l'exposition

10 h 30 - 11 h 00 - Session de l'Innovation parrainée par Alkapharm

- Session de l'Innovation parrainée par Sanivap

Session Posters

11 h 00 - 12 h 30

Sessions parallèles

Session de communications libres 4
Session de communications libres 5
Session de communications libres 6
Session actualités en hygiène hospitalière

12 h 45 - 14 h 00 Déjeuner

12 h 45 - 13 h 45 - Symposium parrainé par 3M Santé

- Symposium parrainé par Anios

14 h 00 - 14 h 30 - Session de l'Innovation parrainée par Vygon



PROGRAMME PRELIMINAIRE

Vendredi 6 juin

14 h 30 - 15 h 15

Conférence invitée :

Didier Tabuteau

responsable de la chaire de Santé à l'Ecole Sciences Politiques de Paris

Principe de précaution et sécurité sanitaire dans les établissements de santé

15 h 15 - 16 h 15

Session plénière 4

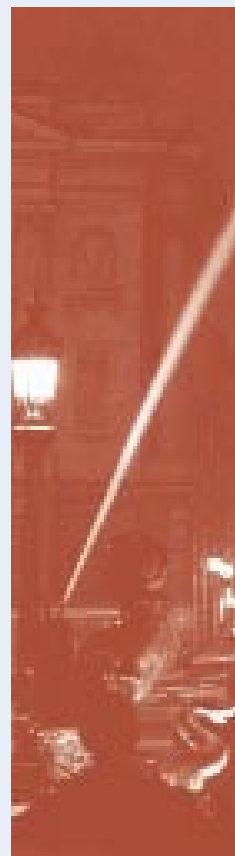
Travaux hospitaliers et infections d'origine environnementale : risques, prévention et contrôle

Modérateurs : *Chantal Léger (Poitiers), Jean-Pierre Gangneux (Rennes)*

- Travaux hospitaliers : maîtrise de la contamination aéroportée. *Francis Derouin (Paris)*
- Travaux hospitaliers : comment gérer les travaux hospitaliers et le risque infectieux ? Avant, pendant et à l'ouverture. *Olivier Castel (Poitiers)*

16 h 45

Clôture du congrès



INFORMATIONS GÉNÉRALES

DATES : 5 et 6 juin 2008

LIEU :

CNIT - 2 place de la Défense
92053 Paris la Défense

LANGUE DU CONGRES : 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 (joindre une attestation de prise en charge de votre employeur).

N° de formation : 53290727529

DROITS D'INSCRIPTION :

Un bulletin d'inscription est inclus dans cette annonce. L'inscription donne droit :

- > à l'accès aux conférences et à l'exposition,
- > au livre des résumés du congrès incluant le programme final des conférences.

LES MONTANTS DES DROITS D'INSCRIPTION

SONT DE :

> avant le 15/05/2008, 320 € TTC - après le 15/05/2008, 355 € TTC, pour les membres de la SFHH, SIIHHF ou des sociétés partenaires à jour de leur cotisation 2008 (sur justificatif),

> avant le 15/05/2008, 380 € TTC - après le 15/05/2008, 415 € TTC, pour les non membres.

HEBERGEMENT ET TRANSPORT :



Pour bénéficier de réductions sur les titres de transport (SNCF ou Air France), merci de bien vouloir demander le fichet de réduction en remplissant le bulletin d'inscription.

Attention : vous munir du fichet de réduction lors de la réservation du billet SNCF et lors des 2 trajets (aller et retour) en cas de contrôle, et pour Air France uniquement, de la plaquette, de votre lettre de confirmation et du coupon Air France.

EXPOSITION :

Une exposition regroupera les laboratoires et les fabricants partenaires du congrès.

Le dossier de partenariat peut être obtenu sur demande auprès de Jessica Issé (jisse@europa-organisation.com)

PRIX DE LA SFHH

Prix Posters

Présidente :

Olivia Keita-Perse, Monaco

PRIX DE LA SFHH

Prix Communication Junior

Président :

Philippe Vanhems, Lyon

LES COMITES

Comité scientifique du congrès 2008

BERTHELOT Philippe, Président, Saint-Etienne

AGGOUNE Michèle, Paris

ASTAGNEAU Pascal, Paris

BRUN-BUISSON Christian, Créteil

CARLET Jean, Paris

CHEMORIN Christine, Saint-Genis Laval

COIGNARD Bruno, Saint-Maurice

COSTA Yannick, Lagny-sur-Marne

DARBORD Jacques, Paris

DUMAY Marie-Françoise, Paris

ERB Martine, Lille

GASPAILLARD Evelyne, Saint-Brieuc

JARLIER Vincent, Paris

KEITA-PERSE Olivia, Monaco

LEJEUNE Benoist, Brest

LEPELLETIER Didier, Nantes

LUCET Jean-Christophe, Paris

MOUNIER Marcelle, Limoges

PARNEIX Pierre, Bordeaux

ROGUES Anne-Marie, Bordeaux

ROTHAN-TONDEUR Monique, Ivry-sur-Seine

SALOMON Jérôme, Garches

SEGUIER Jean-Christophe, Saint-Germain

VANHEMS Philippe, Lyon

Comité d'organisation du congrès 2008

BARON Raoul, Président, Brest

AGGOUNE Michèle, Paris

CARBONNE Anne, Paris

CETRE Jean-Charles, Lyon

CHEMORIN Christine, Lyon

GOETZ Marie-Louise, Strasbourg

ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

Sociétés et organismes partenaires

ABHH, Association Belge d'Hygiène Hospitalière - Belgique

AFGRIS, Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires

AFS, Association Française de Stérilisation

AIPI, Association des Infirmières en Prévention des Infections - Québec

CEFH, Centre d'Etudes et de Formation Hospitalière

CIPIQS, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité Santé - Luxembourg

InVS, Institut de Veille Sanitaire

ORIG, Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie

SFM, Société Française de Microbiologie

SFMM, Société Française de Mycologie Médicale

SIPI, Soins Infirmer Prévention Infection - Suisse

SOFGRES, Société Française de Gestion

des Risques en Etablissement de Santé

SPILF, Société de Pathologie Infectieuse

de Langue Française

Remarque : aucune réclamation ne pourra être formulée contre les organisateurs au cas où des événements politiques, sociaux, économiques ou autres cas de force majeure viendraient à gêner ou à empêcher le déroulement du congrès. L'inscription au congrès implique l'acceptation de cette clause.



Renseignements et inscriptions

Europa Organisation

5, rue Saint-Pantaléon - BP 61508

31015 Toulouse cedex 6 France

Tél. : 05 34 45 26 45 - Fax : 05 34 45 26 46

e-mail : insc-sfhh@europa-organisation.com



www.sfhh.net



www.siihhf.org

Bulletin d'inscription à la SFHH

Année 2008

Je soussigné(e) :

Mme, Mlle, M, Dr

Nom Prénom

Adresse (préciser : professionnelle ☐ personnelle ☐)

Code postal Ville

Qualité/Fonction

Téléphone Fax

E-mail :

Désire adhérer à la Société Française d'Hygiène Hospitalière pour l'année 2008

Cotisation 2008 (HT 16,72 €, TVA 19,6%) 20 € TTC

Règlement par : ☐ chèque

☐ Virement bancaire (**Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordre de virement**)

Bulletin à retourner avec votre règlement à :

R. Baron - Trésorier de la SFHH - 13 rue Kerjean Vras - 29200 Brest

Les membres à jour de leur cotisation 2008 :

1. bénéficient d'une réduction de 60 € sur le tarif d'inscription au congrès de PARIS les 5 & 6 juin 2008.

Tarif inscription avant le 15 mai : **320 €** (au lieu de 380 €)

Tarif inscription après le 15 mai : **355 €** (au lieu de 415 €)

2. reçoivent les guides et recommandations qui seront édités par la SFHH en 2008.

Prévention des risques infectieux dans les laboratoires de biologie

3. bénéficient d'un tarif d'abonnement préférentiel aux revues Hygiènes et Risques & Qualité

Hygiènes (France) : 61 € au lieu de 84 €

Risques & Qualité (France) : 75 € au lieu de 97 €

Renseignements auprès de l'éditeur Health & Co :

Tel 04 78 88 04 87 - Fax : 04 78 88 12 18 - mail : info@healthandco.fr

Pour plus d'informations sur la SFHH, visitez notre site Internet : www.sfhh.net

Relevé Identité Bancaire				
Titulaire du compte : Société Française d'Hygiène Hospitalière				
Code banque 15589	Code Guichet 29718	Numéro de Compte 03425740840	Clé RIB 48	Domiciliation CCM BREST CENTRE SIAM 29200 BREST
IBAN (International Bank Account Number) FR76 1558 9297 1803 4257 4084 048			BIC (Bank Identifier Code) CMBRFR2BXXX	