

ÉDITORIAL DES PRÉSIDENTS

L'union fait la force !

Toutes deux créées en 1982, la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) et la Société des infirmiers et infirmières en hygiène hospitalière de France (SIHHF) cheminaient côte à côte dans une cohabitation tranquille. De travaux menés en partenariat aux sessions scientifiques organisées lors des congrès de l'une et de l'autre société, voilà que germe l'idée d'un rapprochement dont l'étude de faisabilité est confiée fin 2003 à un groupe bipartite par les conseils d'administration (CA) respectifs.

L'objectif assigné était clair, définir les étapes et les modalités d'un regroupement de l'ensemble des professionnels impliqués dans l'hygiène hospitalière et la gestion des risques infectieux associés aux soins dans et en dehors des établissements de santé. Il n'y a pas lieu ici de retranscrire les comptes rendus des rencontres toujours très denses en échanges et fructueuses dans les décisions retenues. Sachez, cher(e)s collègues, que le groupe a été guidé par une seule ambition, celle de donner naissance à un seul et incontournable interlocuteur dans le domaine de la gestion du risque infectieux. Cette démarche, initiée en vue de créer une seule et nouvelle société, est à l'image de l'organisation des équipes opérationnelles d'hygiène qui fédèrent quotidiennement les compétences et les valeurs des professionnels médicaux et paramédicaux responsables de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé.

Ceci exige de remplir nos missions c'est-à-dire de contribuer à la prévention du risque infectieux et à la promotion de l'hygiène en milieu de soins, de participer à la surveillance épidémiologique, d'élaborer des recommandations pour assurer la sécurité et la qualité des soins, d'aider les professionnels à l'évaluation des pratiques, de mener des actions de formation, d'information, d'enseignement et de recherche. Ceci exige aussi de la vigilance pour poursuivre les travaux inscrits dans la ligne de la gestion des risques et de la qualité des soins. Ceci exige enfin de la créativité pour répondre à de nouveaux enjeux, tels la prise en charge des infections nosocomiales élargies aux infections associées aux soins, la prise en compte de l'hygiène et de la prévention du risque infectieux dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, le renforcement de la communication avec les usagers, l'approfondissement des relations avec les pays voisins et leurs systèmes de santé diffé-

rents. Il va sans dire que toutes ces missions continueront comme par le passé d'être menées en partenariat avec les autres sociétés savantes et les agences et tutelles de l'état soucieuses de la gestion du risque infectieux.

En avril 2008, un rétro planning est établi par le groupe bipartite pour que la nouvelle société soit constituée au 1^{er} janvier 2010. La première étape est l'annonce de la fusion à venir faite lors de la session d'ouverture du congrès par les deux présidents. Ces derniers, ayant assisté aux assemblées générales (AG) de l'une et l'autre société, ont rappelé la tenue d'élections lors du congrès de Nice en juin 2009. À cette date, et comme cela avait été prévu dans les modalités de rapprochement, il sera mis fin au mandat des trois administrateurs cooptés membres de la SIHHF au sein du CA de la SFHH. Ainsi huit postes d'administrateurs seront à pourvoir dans la nouvelle société. Il reste à préciser d'ici là comment les adhérents de la SIHHF pourront présenter leurs candidatures et voter lors cette AG. Ne doutez pas un seul instant que soit trouvée la solution techniquement et juridiquement la plus simple dont vous tous membres des deux sociétés serez informés avant la fin 2008. En attendant le congrès de Nice en juin 2009, un groupe de travail est chargé de finaliser la révision des statuts entamée en 2007 et de proposer un règlement intérieur définissant organisation et fonctionnement.

La réalisation conjointe à Paris du 19^e congrès de la SFHH et des 19^{es} journées nationales de la SIHHF confirme, si besoin était, le bénéfice incommensurable de l'addition des compétences. Cette synergie explique le succès de ces journées dont on peut rappeler quelques chiffres : 1 500 participants inscrits, 250 abstracts soumis, 55 partenaires industriels présents. Permettez aux présidents des deux sociétés d'adresser leurs plus sincères remerciements aux très nombreuses personnes qui ont concouru à la réussite de cette manifestation.

Cher(e)s collègues, notre seul souhait est poursuivre le travail engagé pour vous et avec vous afin d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

JOSEPH HAJJAR
PRÉSIDENT DE LA SFHH

CHRISTINE CHEMORIN
PRÉSIDENTE DE LA SIHHF

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 - D. 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

Société française d'hygiène hospitalière

Assemblée générale – 5 juin 2008

Rapport moral

Si classiquement il échoit au président de présenter le rapport moral, celui-ci se doit avant tout de refléter le travail réalisé par l'ensemble des membres qui œuvrent au sein et en dehors du conseil d'administration de la société pour permettre la réalisation des objectifs fixés. Ce rapport concerne les activités de 2007 et par conséquent une partie de celles-ci a été réalisée sous la présidence de mon prédécesseur, Philippe Hartemann, qui m'a transmis les rênes d'une société en parfait état de marche. En raison de leur importance, il était difficile de ne pas faire état de certaines actions débutées en 2007 et actuellement en cours de réalisation. Les productions proprement dites seront détaillées dans le rapport de Philippe Berthelot, président du conseil scientifique. J'adresse à toutes et à tous mes plus sincères remerciements pour le travail d'équipe qui est mené et le soutien qui m'est apporté dans cette mission passionnante.

Regroupement de la SFHH et de la SIIHHF

Une réunion du groupe bipartite SFHH-SIIHHF a permis d'établir un rétroplanning pour que la nouvelle société soit constituée au 1^{er} janvier 2010. L'annonce de la fusion à venir a été faite lors de la session d'ouverture du congrès par les deux présidents. Il est rappelé qu'une AG électorale de la SFHH se tiendra lors du congrès de Nice en juin 2009 avec huit postes d'administrateurs à pourvoir et, qu'à cette date, prendra fin le mandat des trois administrateurs cooptés membres de la SIIHHF. Il est important de préparer ces élections afin de permettre aux adhérents de la SIIHHF de se présenter et de voter à cette AG selon la modalité la moins compliquée techniquement et juridiquement qu'il reste à définir et à communiquer aux adhérents des deux sociétés avant fin 2008. Dans l'intervalle juin 2008 - juin 2009, un groupe de travail finalisera la révision des statuts entamée en 2007 et dont une partie a déjà été adoptée lors de l'AG de Strasbourg; ce groupe aura la charge de proposer un règlement intérieur définissant organisation et fonctionnement. Ces statuts rénovés seraient soumis également à l'AG de la SFHH à Nice. Pour des raisons comptables, la nouvelle société verrait officiellement le jour en janvier 2010.

Activités de l'exercice en cours

Renforcement des structures

Finalisation de la mise en place de la commission recherche

Elle s'est faite en coordination avec le conseil scientifique. Ses objectifs sont de faciliter l'émergence des projets de recherche,

- en développant les collaborations et les réseaux,
- en proposant des études à partir de données existantes dont la mise en commun peut permettre la production rapide de résultats pertinents,

et de créer un groupe pour l'évaluation des investigations et interventions publiées.

Restructuration du comité des relations internationales

Il est notamment acté que les échanges avec des professionnels de l'hygiène et de la prévention des infections associées aux soins seront d'autant plus faciles que la SFHH a pour interlocuteur une société constituée et représentative à l'échelon national.

Mise en place de nouvelles commissions

Commission soins

La composition et les missions ont été arrêtées. Elle se propose de travailler sur les limites et les freins auxquels sont confrontés les professionnels pour appliquer les règles d'hygiène. Cette problématique sera abordée en prenant un exemple concret avec pour objectif de proposer un document d'appui aux professionnels de l'hygiène leur permettant de construire une stratégie de mise en place de recommandations.

Commission formation/évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

La composition et les objectifs ont été fixés. Pour la partie formation, les objectifs sont: a) de fournir/valider des outils de formation sous formes de cours, diaporamas, vidéos qui seront mis sur le site Internet à la disposition des professionnels de l'hygiène (en collaboration avec la SFM-groupe Azay et la SPILF; b) de mener des actions de formation par exemple les ateliers au cours des congrès (donnant des crédits FMC). Un règlement intérieur est à formaliser et

les moyens dédiés à préciser (temps de secrétariat et d'informaticien). Pour la partie EPP, il s'agit de prendre date en mettant le sigle EPP dans la commission formation pour être agréé FMC. Dans un premier temps une réflexion sur l'EPP des praticiens en hygiène est à mener (il n'y a rien sur l'EPP du métier d'hygiéniste) avec nécessité d'écrire un référentiel.

Implication de la société au sein des instances et/ou de leurs productions

Cette implication se fait selon 2 modalités: une représentation des qualités (demande officielle et désignation par le CA) ou une participation à titre individuel des membres du CA.

Comité technique des infections nosocomiales et des infections associées aux soins

La SFHH y est représentée par son président et 6 autres membres du CA siègent parmi les personnalités qualifiées.

L'animation du comité de pilotage de la révision des 100 recommandations a été confiée au président de la société.

Commission spécialisée sécurité sanitaire

Deux autres membres du CA siègent dans cette commission du HCSP.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps)

Trois membres du CA font partie du groupe d'experts « Évaluation des risques et de l'efficacité de substances et produits biocides ».

Quatre membres du CA ont fait partie du groupe d'experts « Évaluation des dispositifs médicaux vis-à-vis du risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) »

Agence française de normalisation (Afnor) et comité européen de normalisation (CEN)

Deux membres du CA siègent dans le groupe Afnor T72Q (groupe national antiseptiques - désinfectants) et dans le groupe CEN WG1 (groupe européen antiseptiques et désinfectants du domaine médical).

Cellule infections nosocomiales

Participation active de plusieurs membres de la SFHH et du conseil scientifique à l'élaboration des outils de la campagne nationale hygiène des mains.

Communication sur la société et sa production

- La rénovation du site Web (charte graphique et contenu) est en cours, mais il a paru prématuré de procéder au changement du logo de la société avant la constitution de la nouvelle société en janvier 2010, car cela relève d'une construction commune aux 2 sociétés. Un groupe de travail de six personnes est constitué (3 de la SFHH et 3 de la SIIHHF) dont la mission est de réfléchir sur une éventuelle modification du titre et il travaillera en lien avec le groupe Statuts et le groupe COM pour définir ensuite la partie graphique du logo.

- Pour la partie communication, l'objectif est de faire appel à des professionnels pour aider la société dans sa promotion. Dans une première étape, il a été décidé d'élaborer des outils de communication (flyer, chronoexpo, press-book) et de bénéficier des services d'une attachée de presse (engagement ponctuel) pour couvrir le congrès (galop d'essai pour Paris, suivi d'une évaluation pour pérenniser ou non cette solution).

- La SFHH a fait parler d'elle et de ses activités dans différentes revues professionnelles (Magazine Hospitalier, Horizon Santé, Officiel Santé, Cahiers spéciaux du Monde, etc.), lors d'interviews radios et de plateau télé (RTL, Hôpital Expo, Site du Ministère de la santé, etc.).

Développement et maintien d'un niveau scientifique élevé

Se référer au rapport du conseil scientifique qui comporte également les actions menées par les autres comités et commissions (Comité des référentiels, Comité de la LPD, Commission recherche, Bulletin SFHH, etc.). Encore une production importante et de haut niveau.

Poursuite de la collaboration à l'échelon national et international

Participation à différents groupes de travail nationaux

- ORIG (Conférence formalisée d'experts - Prévention des infections chez les personnes âgées en institution)
- SPILF (Recommandation pour la pratique clinique - Infections ostéo-articulaires sur matériel (prothèse, implant, ostéo-synthèse))
- DGS (Fiche pratique - Prévention des infections liées aux injections avec un pistolet injecteur)

- SRLF-SFAR (Conférence de consensus - Prévention des infections en réanimation, transmission croisée exclue)

Participation aux manifestations scientifiques (JNI, RICAI, SIIHHF, Colloque Sénat)

Poursuite des échanges avec l'Algérie, l'Allemagne, la Tunisie et premiers contacts avec le Sénégal.

Rapports avec les industriels

Ils sont excellents comme en témoignera leur participation au congrès. En ce qui concerne leur demande de label SFHH pour un produit, une procédure ou un dispositif, une lettre type de réponse a été élaborée et validée par le CA.

Des recommandations de bonnes pratiques ont également été élaborées et leur sont remises pour la réalisation des symposiums et sessions de l'innovation.

JOSEPH HAJJAR
PRÉSIDENT DE LA SFHH

Améliorer la pratique des soins

Développer les compétences des professionnels, faciliter le travail du personnel soignant, améliorer les pratiques de soin, optimiser le programme de maîtrise du risque infectieux sont les principaux domaines de prédilection de notre métier !

Afin d'atteindre ces objectifs, la commission des soins de la SFHH propose de lancer cette année, une large étude nationale visant à recueillir le point de vue des professionnels de l'hygiène hospitalière sur la mise en place des recommandations de la SFHH. Le but de l'étude est de recueillir des informations qui serviront d'appui à notre démarche pour proposer des pistes d'actions.

Notre choix s'est fixé sur une des dernières productions pluri-professionnelles de la SFHH : les recommandations pour la prévention des infections liées aux cathéters veineux

périphériques SFHH/novembre 2005. Cette évaluation, menée auprès des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), ciblera plus particulièrement leur utilisation auprès des diverses compétences professionnelles... Celle-ci permettra d'identifier s'il y a une insuffisance d'information des recommandations et quelles sont les difficultés d'appropriation par les équipes. Nous excluons de cette étude les éléments relatifs à la formation et à l'évaluation.

L'enquête sera ouverte aux responsables des EOH et à leurs équipes, sous forme d'e-mail, avec un lien sur Internet qui permettra de répondre directement aux questions.

C'est au regard des résultats que la commission des soins abordera cette problématique en appuyant sa réflexion sur l'étude des expressions des professionnels de l'hygiène hospitalière.

Au final, la SFHH proposera un outil pour pallier aux difficultés révélées par cette étude. Il est envisagé de rédiger un document d'aide et d'appui, destiné aux professionnels de l'hygiène afin de faciliter la mise en place des recommandations.

Les résultats de cette étude nationale seront présentés lors du congrès annuel de la SFHH qui aura lieu à Nice en juin prochain.

CHRISTINE CHEMORIN

Liste des participants à la commission Soins

Michèle Aggoune - Anne Carbonne
Christine Chemorin - Béatrice Croze
Chantal Léger - Anne Marie Rogues
Daniel Zaro-Goni
Contact : www.sfhf.org

Société française d'hygiène hospitalière

Activités scientifiques 2007-2008

Pr PHILIPPE BERTHELOT
POUR LE CONSEIL SCIENTIFIQUE

Manifestations scientifiques

Congrès de la société
Finalisation Paris 2008
Préparation Nice 2009

Sessions SFHH

Journées Nationales d'Infectiologie SPILF (Marseille, juin 2008)

Mesures de contrôle des épidémies d'infections nosocomiales
Session SFHH RICAI (Paris, décembre 2007)

Session transmission croisée

Journées nationales de la SIIHHF (Lyon, octobre 2007)

Indicateurs de moyens dans les services de soins : diagnostic hygiène

Coopérations bilatérales :

Tunisie, Algérie, Allemagne, Sénégal

Travaux scientifiques sous l'égide ou avec la participation de la société

Prévention de la transmission infectieuse par les dispositifs médicaux (CTINILS)

Révision de la circulaire 138 (en cours)

Gaines de protection à usage unique pour DM réutilisables (octobre 2007)

Pistolets injecteurs type mésothérapie (en cours)

RPC « Infections ostéo-articulaires sur matériel »

Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) : Voies veineuses périphériques

Prévention de la transmission croisée : conférence d'experts

Participation aux travaux du CTINILS (100 recommandations pour la prévention et la lutte contre les IAS...)

Groupe de travail « Nettoyabilité des dispositifs médicaux réutilisables (Afssaps) »

Travaux scientifiques sous l'égide de la société

Publications 2007-2008

Listes positives

Liste positive désinfectants 2008

Guide des bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant : fiches techniques à venir

Prévention du risque biologique dans les LABM

Information/formation :

« Picto-Iso » lien internet site SFHH

Groupes de travail en cours en 2007-2008

Concertation SFHH – SIIHHF

Mise en place de 2 sous-commissions du CS

- Commission recherche (aide à élaboration protocole recherche)
- Commission formation (+ journée référent JNII)
- Réactualisation du guide hygiène des mains

Information autour des IN

Refonte prix SFHH

Projet de recherche en 2007-2008

Imputabilité et évitabilité des bactériémies associées aux soins : financement HAS

Travaux scientifiques avec la participation de la société

Groupe de travail « Biocides » (AFSSAPS) :
Groupe d'experts sur l'évaluation des risques et de l'efficacité des substances et produits biocides

Journée nationale hygiène mains du 23 mai 2008

Groupe de travail HAS : recommandations de bon usage des antibiotiques ?

Critères « Risques infectieux » certification V3 HAS

Groupe de travail « Produits thérapeutiques annexes » (Agence de la Biomédecine - SFHH)

Travaux scientifiques avec le partenariat de la société

Journée réa-RAISIN *P. aeruginosa*

...

Synthèse scientifique

Le congrès a rassemblé 1 500 participants (professionnels de santé, représentants des usagers et des tutelles, industriels). Près d'une centaine de communications orales (sessions plénières, communications libres, sessions des sociétés savantes invitées, symposium et sessions de l'innovation des industriels) et de 180 communications affichées, permettent d'affirmer la dynamique scientifique, notamment celle des équipes d'hygiène à l'origine des travaux présentés. Comme toute synthèse, cette présentation est réductrice et vous êtes invités à vous rendre sur le site www.sfhh.net où est disponible la majorité des présentations.

Sessions plénières

« Indicateurs de la prévention et de la lutte contre l'infection associée aux soins. Évaluation des pratiques professionnelles »

Lors de cette session, JACQUES FABRY (Lyon) a présenté la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le domaine de l'hygiène hospitalière. Il a souligné l'expertise des équipes d'hygiène dans cette démarche d'évaluation et a insisté sur la mise en place de systèmes simples (acceptabilité, faisabilité et validité). L'amélioration de la qualité n'a pas vocation à être compliquée parce que « *complexity is waste* ».

STEPHAN HARBARTH (Genève) a discuté la pertinence des indicateurs du tableau de bord « à la française » des infections nosocomiales. Bien que critiquant certains indicateurs sur leur interprétation et leur utilité à l'échelle macro-épidémiologique, il a montré que ceux-ci étaient également utilisés en Suisse à l'hôpital cantonal.

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

HERVÉ BLANCHARD (Paris) a fait le point sur la conférence formalisée d'experts organisée par la SFHH sur le thème « Prévention de la transmission croisée – précautions contact ». Projet élaboré en partenariat avec de nombreuses sociétés savantes et « commande » des autorités sanitaires à travers le Ctinils. Trois aspects y sont traités selon une méthode Delphi : les mesures à prendre pour prévenir la transmission d'un microorganisme dont la place des

précautions standard, le dépistage des bactéries multirésistantes (BMR) et ses conséquences, les modalités et la place des précautions complémentaires.

C'est ensuite SERGE AHO-GLÉLÉ (Dijon) qui a présenté le travail « Précautions d'hygiène hors établissement de santé », élaboré sous l'égide de la HAS selon la méthode de recommandations pour la pratique clinique. Ce guide traite des cinq questions suivantes : quelle organisation pour le cabinet libéral et quels entretiens des locaux et des matériaux ? Comment choisir et traiter le matériel médical ? Quel niveau d'exigence d'hygiène des professionnels de santé ? Quelles précautions prendre en fonction des risques spécifiques de certains patients ou de certains risques épidémiques ? Quelles conditions de réalisation des gestes selon leur niveau d'invasivité ? Ces recommandations comportent une gradation en fonction du niveau de preuve scientifique fourni par la littérature.

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

La première présentation par ARMAND PERRET-LIAUDET (Lyon) a fait le point sur l'épidémiologie du risque « prions » dont un aspect rassurant en relation avec la constante diminution depuis 2004 du nombre de vMCJ (cas humains du variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, en rapport avec l'encéphalopathie spongiforme bovine), même s'il persiste une inconnue, à savoir la taille de la population asymptomatique. Les données disponibles en France et au Royaume-Uni concordent pour prédire un nombre de cas futurs très en deçà des premiers chiffres annoncés. Reste l'absence, pour le moment, de produit ou de procédé « miracle » capable d'inactiver totalement ces agents résistants à la plupart des méthodes habituelles de stérilisation ou de désinfection, même s'il faut se réjouir des avancées dont devra tenir compte le groupe de travail chargé par la DGS de la révision de la circulaire 138 du 14 mars 2001.

FRANÇOISE ROCHEFORT (Lyon) a ensuite abordé la problématique de la détergence et de la désinfection au regard des prions lors du traitement des dispositifs médicaux invasifs et réutilisables dont le nettoyage constitue la phase fondamentale. Les propriétés essentielles d'un détergent (pouvoir mouillant, décollement et fragmentation des salissures, pouvoir émulsionnant) ont été rappelées ainsi que les facteurs influençant la qualité du net-

toyage (type de souillures, température, temps de contact, qualité de l'eau, force mécanique, type de dispositif médical). L'analyse des études menées sur l'élimination ou l'inactivation des prions, montre une efficacité certaine de produits ou de procédés, mais en raison de méthodologies différentes, il est difficile de comparer les résultats obtenus. Sous l'égide de l'Afssaps doit être publié un protocole standard permettant l'étude des produits dans des conditions communes.

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

FRANÇOIS DEROUIN (Paris) a centré sa présentation sur le risque aspergillaire endémique qui concerne tous les services accueillant des patients exposés à ce risque d'origine environnementale en dehors des périodes de travaux. Plusieurs arguments plaident en faveur d'un lien entre contamination environnementale et incidence de l'aspergillose. La réduction d'un tel risque repose conjointement sur un recensement des cas permettant d'avoir une évaluation suivie, une surveillance mycologique, un strict suivi de l'application des pratiques (audit, score, indicateur) et la maintenance préventive des équipements et des locaux.

La question à laquelle devait répondre OLIVIER CASTEL (Poitiers) concernait les modalités de gestion des travaux hospitaliers avant, pendant et après l'ouverture des locaux concernés. Les mesures préventives sont essentielles pour protéger les patients hospitalisés. Leur mise en œuvre nécessite l'implication conjointe du CLIN, de l'EOH et des ingénieurs qui doivent associer leurs connaissances mutuelles afin de partager les contraintes de chacun. Cette collaboration est à mener dès la phase de conception des travaux et pendant les différentes phases de leur réalisation pour trouver les solutions permettant de garantir la continuité du service hospitalier et d'assurer le déroulement satisfaisant des travaux.

Sessions de communications libres

« Prévention et évaluation »

Le nombre de communications a conduit à les répartir en 2 séances.

Les principes forts retenus lors de la première séance ont été les suivants :

- les EPP en hygiène hospitalière sont en mar-

che dans beaucoup de structures et couvrent tous les domaines en s'élargissant vers les secteurs techniques ou logistiques ;

- le respect de la méthode et notamment des étapes de préparation avec les personnes concernées, que ce soit pour une démarche de prévention ou d'évaluation, garantit l'adhésion et le succès.

Lors de la seconde séance, 3 communications concernaient l'hygiène des mains et 3 autres la prévention des BMR et de l'aspergillose invasive. En premier lieu, les résultats de deux audits successifs ont mis l'accent sur l'importance de la formation à l'hygiène des mains et de l'ancienneté des soignants pour une meilleure observance ainsi que celle du compagnonnage dans la transmission du savoir dans les équipes. Une communication s'est intéressée à définir les actes de soins « traceurs » de l'hygiène des mains afin d'optimiser les évaluations des pratiques. Enfin, la troisième communication sur ce thème a mis en évidence la difficulté à trouver un dénominateur reproductible pour suivre avec pertinence l'utilisation des PHA dans les blocs opératoires.

Une communication a porté sur la démarche de prévention des BMR à domicile. Après un état des lieux, des outils communs à tous les intervenants ont été élaborés ; en particulier, des procédures pour les professionnels et un guide pratique pour les aidants. L'accent a été mis sur le rôle essentiel de la formation et de l'information. Les résultats d'une enquête transversale, au niveau local, concernant l'évaluation des connaissances des professionnels et la prise en charge d'un patient porteur de BMR montraient que plus de la moitié des soignants maîtrisent le terme BMR et perçoivent l'évitabilité de la transmission croisée. En revanche, la formation et la communication seront nécessaires pour réactualiser les connaissances relatives aux précautions standard et précautions spécifiques BMR.

Enfin, l'évaluation d'une stratégie de prévention de l'aspergillose invasive au cours de travaux soulignait l'importance de la surveillance épidémiologique pluridisciplinaire mais aussi de la formation des professionnels et suggérait l'intérêt d'un écran humide anti-poussières.

« Surveillance »

Cette session a permis de préciser les risques infectieux dans des secteurs de soins spécifiques, le réseau d'hospitalisation à domicile de l'AP-HP, et les centres de lutte contre le cancer et les services d'hématologie et d'oncologie dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence 2006. Avec la surveillance en réseau des consommations antibiotiques des établissements de l'île de la Réunion, ces travaux montrent l'intérêt de l'utilisation de données agrégées à fins de comparaison locales, pour identifier les écarts.

Les trois autres présentations étaient consacrées à la valorisation des données des systèmes d'information, qu'il s'agisse de la surveillance des infections à *Clostridium diffi-*

cile à Lyon, ou à la surveillance des infections du site opératoire (ISO) à Nancy ou encore à Lyon. Il y a à prendre (exhaustivité, réduction de la charge de travail) et à laisser, par exemple la nécessité absolue de l'intervention des cliniciens, dans ces surveillances. Des travaux sont nécessaires, appliqués aux spécificités françaises, pour définir la valeur ajoutée des systèmes informatiques.

« Prévention du risque infectieux et gestion des risques »

L'accent a été mis sur l'implication des différents acteurs hospitaliers dans le domaine de la gestion des risques. Les intervenants se sont attachés à montrer comment la gestion des risques infectieux était une démarche que les équipes opérationnelles d'hygiène avaient mise en place depuis plusieurs années. La gestion du risque infectieux peut d'ailleurs apparaître, pour certains, comme un modèle pour la gestion globale des risques mais il est aussi important que les équipes opérationnelles d'hygiène puissent utiliser les outils et les démarches de la gestion des risques globale pour progresser et s'améliorer ; ce qui a été illustré par l'expérience de terrain relatée.

« Risque épidémique nosocomial »

La gestion d'infections à rotavirus et à virus respiratoire syncytial (VRS), de pandémie gripale, d'épidémies de gastro-entérites, d'entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) demande aux EOH d'être vigilantes et d'évaluer le risque de transmission dans les structures de soin. La gestion d'infections à mycobactéries survenue en cabinet de ville souligne l'importance des recommandations concernant la gestion de tout matériel médico-chirurgical, notamment s'il est à usage multiple.

« Risque environnemental »

Deux communications sur le thème du risque lié aux travaux, en particulier aspergillaire, ont insisté sur la nécessité du partenariat et de la communication permanente entre les différents intervenants y compris pour les petits travaux. Les résultats de la surveillance des légionelles dans un CHU, montraient là aussi l'indispensable collaboration entre les hygiénistes et les services techniques. Les résultats détaillés de 239 prélèvements d'endoscope suivant les recommandations du guide du Ctinils faisaient ressortir qu'un prélèvement sur 5 ne répondait pas au niveau cible tel que défini dans ce guide. Un audit de pratique dans un service d'hémodialyse tunisien montrait l'implication forte des équipes dans l'amélioration de la qualité des soins. Un travail de recherche sur l'efficacité des produits de désinfection pour les surfaces et les instruments vis-à-vis des spores de *Clostridium difficile* insistait sur le danger de la distribution des spores par le nettoyage et donc sur la nécessité d'avoir un désinfectant actif pour éviter cette dispersion.

Sessions des sociétés savantes partenaires

« Mesures de contrôle des phénomènes épidémiques »

Organisée par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et modérée par JÉRÔME SALOMON (Garches) et BRUNO POZZETTO (Saint-Étienne).

La communication de VINCENT JARLIER (Paris) ciblait les leçons d'une épidémie d'entérocoques résistants à la vancomycine (ERV). Les mesures mises en place doivent être maximum d'emblée avec notamment dès le premier jour l'alerte y compris de la direction de l'établissement, l'isolement du patient porteur, l'arrêt des transferts, la limitation des admissions, etc. Une épidémie d'ERV a le double avantage d'être un événement suffisamment « anormal » pour être détecté et finalement suffisamment peu grave, eu égard à la pathogénicité du germe, pour permettre de réaliser une sorte de test grandeur nature et d'être prêt pour des épidémies plus graves.

La communication de BRUNO LINA (Lyon) portait sur le risque viral respiratoire avec comme exemple la grippe. Il est rappelé que les phénomènes limitant l'apparition d'une pandémie de grippe aviaire sont liés notamment à une différence entre les acides sialiques humain et aviaire, responsables de l'attachement du virus. Cependant, plusieurs messages d'alerte sont donnés par l'auteur qui souligne que cet hiver, la résistance aux neuraminidases du virus de la grippe saisonnière H1N1 a atteint 60 %, qu'une pandémie de grippe aviaire serait possible avec d'autres sous-types de virus tels que H9N2, H7N7, H7N1 qui circulent chez l'oiseau et sont plus adaptés à l'homme. Là encore, la grippe saisonnière constitue selon l'auteur un bon exercice d'entraînement possible (elle est à l'origine de 2500 morts par an en France). Enfin selon lui, en cas de pandémie 3 mesures clefs seraient déterminantes : le port de masque, la fermeture des crèches et la fermeture des écoles.

Enfin la communication de KARINE FAURE a développé essentiellement les mesures de bon usage des antibiotiques.

« La prévention des infections chez les personnes âgées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) »

Organisée par l'Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG) et modérée par FRANÇOIS PIETTE (Ivry-sur-Seine) et MARIE-ALIX ERTZSCHEID (Rennes)

Cette session a été centrée sur l'élaboration du consensus formalisé d'experts concernant les recommandations pour la prévention des infections chez les personnes âgées en institution. La particularité de la démarche repose sur le travail en interdisciplinarité, utilisant pour son élaboration une méthode Delphi. Quatre communications se sont succédé pour présenter la méthodologie de l'étude par MONIQUE ROTHAN-TONDEUR (Ivry-sur-Seine), les

résultats en terme de recommandations pour les institutions et les résidents par BENOÎT DE WAZIÈRES (Nîmes), pour le personnel par GAËTAN GAVAZZI (Grenoble), et la présentation par RAJAT DERBAL (Ivry-sur-Seine) du logiciel utilisé pour cette conférence formalisée. Après avoir été validées par l'ensemble du groupe, les recommandations pourront être diffusées dans les EHPAD.

Session actualités en hygiène hospitalière

Le premier thème portait sur le risque infectieux lié aux échographies endocavitaires. BRUNO COIGNARD (Saint-Maurice) a présenté le rapport d'une analyse des risques infectieux faite par l'InVS à la demande de la DGS après signalement d'un centre d'imagerie médicale utilisant ces sondes sans protection ou désinfection. Le groupe d'experts a étudié les agents pathogènes des sphères génitale et digestive basse et a conclu d'une part que les risques évalués étaient très surestimés compte tenu des modèles et hypothèses utilisés et d'autre part que le risque individuel d'avoir contracté une infection dans ce centre était extrêmement faible (aucune infection n'ayant été signalée). GUILLAUME KAC (Paris) a plaidé en faveur du maintien de la désinfection de niveau intermédiaire sur la base d'une étude multicentrique qu'il a conduite évaluant le risque de contamination des sondes endocavitaires après retrait des protections utilisées (gaines ou préservatifs). JEAN-PIERRE MIGNARD (Saint-Brieuc) a présenté les recommandations d'utilisation des gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables, émise par le HCSP. Il a rappelé que, malgré le nombre très élevé d'actes réalisés en France, aucune transmission d'infection en lien avec les sondes d'échographies n'a été publiée à ce jour. En l'état actuel des connaissances, dès lors qu'une gaine adaptée est utilisée et sous réserves d'application stricte des recommandations publiées, une désinfection de bas niveau est requise entre deux patients.

Le second thème concernait la surveillance des infections du site opératoire en France avec une analyse des données ISO-Raisin de 1999-2006 par FRANÇOIS L'HÉRITAU (Paris), une surveillance du réseau Raisin entre 2002 et 2006 portant sur les staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) par ANNE CARBONNE (Paris) et l'état des lieux des établissements de santé en matière de bon usage des antibiotiques sur la base de l'analyse du bilan réglementaire des activités de la LIN 2006 par LAETITIA MAY-MICHELANGELI (Paris).

Session junior

Cette session a permis à des collègues hygiénistes juniors de présenter leurs travaux. Ces communications ont notamment permis de présenter des travaux sur l'épidémiologie des infections nosocomiales, le portage de *Staphylococcus aureus* et l'émergence d'entérobactéries à bêta-lactamase à spectre étendu.

Ateliers

Pour la première fois cette année, des ateliers au format de la formation médicale continue (agrément en cours de demande par la SFHH) ont été mis en place. L'interactivité entre les experts et la salle a été privilégiée et des thèmes tels que la friction chirurgicale des mains, les contrôles d'environnement (endoscopes et lave-endoscopes compris) et le choix du type de masque ont été abordés.

Session « best of » de la littérature

Cette session innovante a permis à quatre orateurs (trois médecins et une infirmière) de présenter la revue de littérature sur l'infection nosocomiale de l'année 2007 à avril 2008. Cette présentation a été regroupée par thèmes tels que *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus*, soins, etc. Cette façon de procéder, à l'instar de grand congrès américains, a permis de souligner pour l'assemblée les articles d'intérêt dans la spécialité.

Conférence invitée

« Principe de précaution et santé publique »

Cette conférence donnée par DIDIER TABUTEAU, Conseiller d'état, responsable de la chaire Santé à Sciences Po, a exposé le principe de précaution en santé publique. L'expérience de l'orateur, qui a été rédacteur de la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) a permis une présentation claire et accessible aux participants sur un sujet complexe. Il a notamment replacé le rôle de chaque instance (experts, décideurs de santé publique et pouvoir politique) dans la prise de décision.

Prix Poster SFHH

Ce prix permet à la SFHH de récompenser les trois meilleures communications affichées sous forme de posters (parmi les 179 retenus). Le jury, présidé par OLIVIA KEITA-PERSE, a retenu les travaux suivants :

- le premier prix a été attribué à MATTHIEU LLORENS pour le travail sur « L'entérocoque résistant aux glycopeptides au CHR de Metz-Thionville. La gestion de risques plutôt que la gestion de crise » ;
- le deuxième prix a été décerné à MOHAMED SALAH HADDAD pour le travail sur « L'impact d'un programme d'amélioration d'hygiène des mains au CHU Bourguiba, Monastir, Tunisie » ;
- le troisième prix a été attribué à AURÉLIE POURREAU pour le travail sur « Analyse systémique des risques liés aux cathéters veineux centraux en service de réanimation. École des Mines et CHU de Saint-Étienne, Hôpital Européen Georges Pompidou ».

Prix Junior SFHH

L'objectif de ce prix est d'encourager la diffusion et la valorisation de travaux de recherche effectués dans le cadre de formations diplômantes ou de cursus de spécialisation nécessitant la production d'un travail personnel. Le jury, présidé par PHILIPPE VANHEMS, l'a décerné

à CAROLINE LANDELLE pour son travail sur « Infections nosocomiales après un choc septique : Étude pilote chez 209 patients hospitalisés en réanimation aux Hospices civils de Lyon ».

Prix SFHH/Anios

Ce prix récompense le travail d'équipes pluridisciplinaires, l'une exerçant sur le territoire français, l'autre exerçant à l'étranger, pour des travaux relatifs à la désinfection, la détergence, l'hygiène des locaux, des instruments et des mains, l'hygiène et l'environnement hospitalier, l'hygiène des soins, l'évaluation des pratiques professionnelles, les indicateurs, les études médico-économiques. Pour cette édition, le jury, présidé par JEAN-CLAUDE LABADIE, a décerné les prix, en présence des responsables des Laboratoires Anios à :

- BADIA BENHABYLES pour le travail sur « L'hygiène des mains au CHU Mustapha, Alger, Algérie : du savon en morceau à la solution hydro-alcoolique » ;
- CÉLINE HERNANDEZ pour le travail sur « Utilisation des produits hydro-alcooliques en exercice infirmier libéral : perception et connaissances. Hôpital universitaire de Strasbourg ».

Le prochain congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) et les journées nationales de la Société des infirmiers et infirmières en hygiène hospitalière de France (SIHFF) auront lieu à Nice les 4 et 5 juin 2009. Les thèmes du pré programme commun sont les suivants :

- Hygiène des mains : de l'hôpital au domicile.
- Quelle communication autour de l'infection associée aux soins ? Pour l'usager, pour l'établissement de soins et pour les décideurs de santé publique.
- Les leçons du programme 2005-2008 et des indicateurs nationaux de l'infection associée aux soins, et la suite ?
- Place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans la gestion des risques.

JOSEPH HAJJAR

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

PHILIPPE BERTHELOT

PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

MICHEL BADEY, MARTINE ERB,

OLIVIA KEITA PERSE, JEAN CHRISTOPHE LUCET,
MARCELLE MOUNIER, ANNE MARIE ROGUES



L'entérocoque résistant aux glycopeptides (ERG) au centre hospitalier régional (CHR) de Metz Thionville: la gestion de risques plutôt que la gestion de crise

Llorens M., Michel M., Lameloise V., Robert N., Sellies J.

CHR Metz-Thionville, Metz cedex 1, France

Contexte: La Lorraine connaît une épidémie d'Entérocoques Résistant aux Glycopeptides (ERG) qui, au 15 janvier 2008, avait touché 25 établissements et totalisé 691 cas. Dans ce contexte, en tant qu'établissement de recours, le CHR de Metz Thionville accueille sur ses plateaux techniques et dans ses services des patients ERG+ ou suspects de l'être. Le but



de ce travail est de présenter et d'évaluer les mesures mises en œuvre pour prévenir la survenue d'une épidémie d'ERG au CHR.

Méthodes: Un document de travail a donc été élaboré par le service d'hygiène du CHR et validé institutionnellement. Il est adapté du document de

synthèse réalisé par la mission spécifique ERG en Lorraine et regroupe les procédures et documents nécessaires à la prise en charge d'un patient dans ce contexte d'épidémie régionale. Ce document de travail a ensuite été présenté et diffusé aux services susceptibles d'accueillir des patients à risque (urgences, plateaux techniques d'endoscopie et de cardiologie, blocs opératoires, services de dialyse). Le déploiement de ce document a été réalisé durant le mois de décembre 2007 et a nécessité 18 réunions (durée totale: 12 heures).

Résultats: Tout d'abord, le document décrit l'accueil d'un patient au moyen d'un tableau synoptique et d'un logigramme. Il préconise la mise en œuvre de façon probabiliste de précautions complémentaires de type « contact » chez tout patient présentant des facteurs de risques de colonisation à ERG. Ensuite, le document regroupe des fiches techniques qui ont été réalisées spécifiquement pour chaque filière de soins (bloc, imagerie, endoscopie)

et qui permettent de standardiser la prise en charge des patients à risque. Enfin, le document propose pour les services de soins des supports d'information types à destination de tous les intervenants (soignants, ambulanciers, patients, familles) et des fiches de traçabilité de remise de documents. La mise en œuvre de cette politique a permis l'identification précoce puis l'accueil de trois patients ERG+ sans générer aucun cas secondaire. Elle a conduit à la réalisation de 160 dépistages pour le seul mois de janvier.

Conclusion: Dans un contexte d'épidémie régionale, le CHR de Metz Thionville a choisi de mettre en œuvre une démarche proactive de gestion de risques afin de prévenir la survenue d'une épidémie d'ERG. Cette démarche doit s'accompagner d'un investissement important des membres du service d'hygiène afin de permettre une sensibilisation, une mobilisation et un partenariat efficaces avec les services concernés.

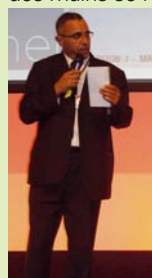


L'impact d'un programme d'amélioration d'hygiène des mains

Haddad M.-S., Guizani M.-H., Derbal M., Chrid Z., Soussou I.

CHU f. Bourguiba-Monastir, Monastir, Tunisie

Cinq à dix pour cent des patients qui se présentent à l'hôpital pour des soins courants sont victimes d'infections hospitalières. Il apparaît que la transmission de micro-organismes pathogènes par les mains du personnel de soins est la cause principale de ces infections. L'hygiène des mains se révèle donc être un moyen très



efficace et bon marché pour éviter les infections hospitalières. En vue de promouvoir l'hygiène des mains, le service d'hygiène hospitalière du CHU F. Bourguiba de Monastir a procédé en 2003 à la mise en place d'un programme d'hygiène des mains dans le but d'augmen-

ter la compliance, et ce à long terme. Notre travail consiste à évaluer l'impact des actions réalisées dans le cadre de ce programme (Sensibilisation et formation du personnel soignant, acquisition et installation des équipements, introduction de la solution hydro-alcoolique) sur les pratiques du personnel soignant. Notre objectif est de déterminer l'évolution des taux d'observance globale, d'observance spécifique et d'observance adaptée du lavage des mains. Il s'agit d'une étude évaluative avec la comparaison des résultats de deux audits réalisés avec la même méthodologie « Nosomed », le premier effectué en 2003 avant la mise en place du programme et le deuxième en 2008. Chaque soignant a été observé durant une heure d'activité. Le personnel cible est composé du personnel médical et paramédical de quatre services: service de chirurgie pédiatrique, service des maladies infectieuses, service de réanimation médicale et service de réanimation de chirurgie.

Au total 180 soignants ont été observés dans chacun des deux audits. Entre les deux périodes de l'étude, l'observance globale du lavage des mains a augmenté significativement de 30,1 % à 52 %. Selon la catégorie professionnelle, cette augmentation est significative chez le personnel paramédical, et non significative chez les médecins. De même le taux d'observance correcte du lavage des mains ainsi que le taux d'observance adaptée se sont élevés de manière significative. Parmi les principaux facteurs limitant la promotion de lavage des mains, on cite l'importance de la charge et/ou la mauvaise organisation dans certains services et l'insuffisance ou l'inadéquation des équipements. Afin d'améliorer l'observance du lavage des mains on doit renforcer les activités de formation et innover les méthodes de sensibilisation du personnel en impliquant davantage le personnel médical.



Analyse systémique des risques liés aux cathéters veineux centraux en service de réanimation

Pourreau A.¹, Auboyer C.²,
Safran D.³, Piatyszek E.¹,
Londiche H.¹, Berthelot P.²

(1) École des Mines, Saint-Étienne, France; (2) CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France; (3) Hôpital européen Georges Pompidou, Paris, France

Introduction. Les buts de cette étude étaient d'analyser les facteurs de risque (FR) liés au cathétérisme veineux central (CVC) en réanimation sous l'angle médical et sociologique.

Méthodes. 2 unités de réanimation de CHU ont participé à cette étude prospective sur un an afin d'identifier les facteurs de risques impliqués dans les événements indésirables, dont l'infection, liés aux CVC et d'en estimer l'évitabilité. Les données ont été analysées avec les logiciels SPAD (analyse des liaisons entre variables) et SPSS (analyse uni et multivariée).

Résultats. le recueil des données a été conduit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 avec un total de 334 patients et 569 CVC inclus dans l'étude. Des FR et des facteurs protecteurs de la colonisation des CVC et des difficultés de pose ont été identifiés. Les complications analysées sont la résultante de FR liés au patient et/ou à la ligne veineuse associés à des FR liés

	CHUSE	HEGP
Facteur favorisant la colonisation du CVC	L'augmentation du pourcentage de journées avec une voie clamped Facteur de risque potentiel : L'augmentation du nombre de manipulations en l'absence d'antibiotiques passant par le CVC. L'augmentation du nombre de ponctions au moment de la pose	L'augmentation du nombre de signalements d'aspect suspect du point de ponction L'augmentation du nombre de signalements de non-reflux Le nombre de jours d'utilisation du dispositif L'infection du patient au moment de l'admission
Facteur limitant la colonisation du CVC	Le passage d'antibiotiques sur le cathéter Le site sous-clavier	Le passage d'antibiotiques sur le cathéter Le site sous-clavier
Facteur influençant l'augmentation du nombre de ponctions	Le statut de l'opérateur : junior Facteur potentiel : le temps de travail de l'opérateur	Le site fémoral Le temps de travail de l'opérateur
Facteur influençant la survenue de ponctions artérielles	L'augmentation du nombre de ponctions	L'augmentation du nombre de ponctions Le site fémoral

à l'organisation des soins. Des modifications dans l'organisation des processus associés aux CVC, comme l'heure de pose au cours de la journée ou le mode de gestion des données bactériologiques, favoriseraient une meilleure gestion de ces processus et permettraient probablement une diminution des risques qui leurs sont liés.

Discussion – Conclusion. Cette étude montre que les unités de soins ainsi que les processus médicaux et paramédicaux se prêtent bien à l'application de méthodologies issues des sciences humaines et des cyndiniques. Ces méthodes sont pertinentes pour l'évaluation des pratiques et des protocoles et permettent la comparaison des processus entre unités.

XIX^e congrès de la SFHH - Paris - 5 et 6 juin 2008

Prix junior



Infections nosocomiales après un choc septique : Étude pilote chez 209 patients hospitalisés en réanimation

Landelle C.^{1,2}, Lepape A.³, Tognet E.⁴,
Monneret G.⁵, Vanhems P.^{1,2}

1- Épidémiologie et de Santé Publique, Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive, UMR 5558, CNRS, Université Lyon 1.

2- Service d'Hygiène, Epidémiologie et Prévention, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon.

3- Service de Réanimation Chirurgicale, Centre Hospitalier de Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon.

4- Service de Réanimation Médicale, Centre Hospitalier de Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon.

5- Laboratoire d'Immunologie, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon.



Introduction. Le choc septique (CS), forme clinique la plus grave de la réaction inflammatoire en réponse à une infection, reste une cause majeure de morbidité et mortalité en réanimation. De nombreux auteurs suggèrent que les patients en CS développeraient dans les suites plus

d'infections nosocomiales (IN) que les autres patients de réanimation. Les objectifs de ce travail étaient de décrire les IN survenant après un CS et d'évaluer l'influence du type d'acquisition du CS dans la survenue d'IN.

Matériel et méthodes. Cette étude de cohorte prospective a porté sur 209 patients atteints de CS admis en réanimation au Centre hospitalier de Lyon Sud de décembre 2001 à mai 2005. Une régression logistique multivariée a été effectuée pour identifier les facteurs de risque (FR) d'IN.

Résultats. Un total de 90 patients (43 %) est décédé au cours du séjour en réanimation dont 64 (31 %) sans avoir présenté d'IN. Un total de 66 IN chez 48 patients a été détecté. Le taux d'attaque des IN était de 23 pour 100 patients de réanimation atteints de CS [IC95 % : 17,3-28,7]. Les pneumopathies (PN) étaient les IN les plus fréquentes (n = 30; 45,5 %) suivies par les infections urinaires (IU; n = 16; 24,3 %), les infections liées au cathéter (ILC; n = 12; 18,2 %) puis les bactériémies (BN; n = 8; 12,1 %). Les micro-organismes les plus fréquemment retrouvés dans les PN étaient *Pseudomonas aeruginosa* (26 %), *Candida*

(26 %), les entérobactéries (23 %) et *Staphylococcus aureus* (14 %). Des pathogènes fongiques ont été isolés dans 42 % des IU. La moitié des BN et 60 % des ILC étaient causées par des Cocci Gram Positif. Selon le type d'acquisition du CS, 108 patients atteints de CS communautaire, 87 patients atteints de CS nosocomial acquis à l'hôpital et 14 patients atteints de CS nosocomial acquis en réanimation ont été identifiés. Le taux d'attaque des IN n'était pas différent entre les patients atteints de CS communautaire, les patients atteints de CS nosocomial acquis à l'hôpital et les patients atteints de CS nosocomial acquis en réanimation (respectivement 24, 20 et 36; p = 0,3). Seule la durée d'exposition au cathétérisme veineux central apparaît être un FR d'IN indépendant significatif (OR : 1,11; IC 95 % : 1,07-1,15; p < 0,0001).

Discussion. Le taux d'attaque des IN après un CS est élevé et ne diffère pas selon le type d'acquisition du CS. Des études supplémentaires sont nécessaires pour vérifier ce constat sur une plus grande série de patients et évaluer le rôle potentiel d'autres FR propres au CS tels que l'immunodépression.



L'hygiène des mains au CHU Mustapha du savon en morceau à la solution hydro-alcoolique

Benhabylès B. et son équipe

Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Mustapha Alger

Introduction. Le Centre hospitalo-universitaire (CHU) Mustapha est implanté au cœur d'Alger, datant de 1854. Il est de configuration pavillonnaire, comprenant 1 700 lits et employant 4 742 personnes. Le service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) est chargé par l'intermédiaire de son unité d'hygiène hospitalière de la prévention et de la lutte contre les infections nosocomiales (IN). Or depuis quelques années le SEMEP est préoccupé tout particulièrement par la fréquence des infections transmises par les mains.

Objectif. Réduire cette fréquence par la promotion de l'hygiène des mains à travers la formation et la sensibilisation mais aussi l'acquisition de moyens nécessaires à cette hygiène



Méthodologie. L'action a connu plusieurs phases qui se sont succédées en fonction des moyens et de la perception du risque infectieux par les soignants et les responsables.

1. Phase de sensibilisation : représente notre début d'action et remonte aux années 1990. En plus de la sensibilisation des personnels à l'hygiène hospitalière (HH), le Semep recommande de débiter en petits morceaux jetables, en fin de journée, le gros morceau de savon de Marseille, seul savon disponible au CHU pour le lavage des mains.

2. Phase de formation : débute en 2001 par la formation de correspondants en HH, ceux-ci proposent de râper le morceau de savon, ils rédigent et diffusent un protocole d'utilisation. Au même moment une expérience pilote coordonnée par le Semep est menée dans 6 services jugés à risque, c'est l'utilisation de savon liquide doux et antiseptique, expérience courte en raison des blocages administratifs.

3. Phase d'évaluation : concerne l'évaluation des pratiques et des ressources de l'hygiène des mains dans le cadre des audits réalisés pour le projet euro-méditerranéen de lutte contre les IN (NosoMed)

4. Phase de réglementation : nous faisons part de nos préoccupations aux responsables du ministère de la Santé et leur demandons de réglementer l'utilisation de savon liquide au moins dans les blocs opératoires. L'instruction 01 du 9 août 2004 MSPRH/DSS a concrétisé cette demande. Le CHU s'approvisionne en

savon liquide et sur proposition du Semep en solutions hydro-alcooliques (SHA) mais sans information ni formation des personnels et distribuées en quantité limitée.

5. Phase de coopération : un projet de coopération algéro-française en partenariat avec la Société française d'HH et le Semep va permettre de former des correspondants en HH et d'impulser une nouvelle dynamique dans le CHU.

6. Phase de promotion des SHA : équipe du Semep et correspondants ensemble mènent activement une campagne de promotion de l'hygiène des mains axée essentiellement sur les SHA, pour faire connaître le produit et sa bonne utilisation ainsi que sa disponibilité au CHU par des séances de formation, ateliers de démonstration, dépliants...

Résultats.

- Sensibilisation et formation d'un grand nombre de personnes.
- Acquisition de savon liquide et de SHA même si l'approvisionnement connaît des ruptures.

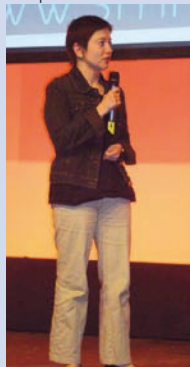
Discussion. La demande croissante en formation formulée auprès du Semep aussi bien par les soignants que par l'administration, les commandes insistantes de SHA par les services laissent penser qu'une évolution dans les comportements, certes lente mais sensible, est en train de se produire. Elle reste cependant à évaluer par des études sur la pratique de l'hygiène des mains, la consommation des SHA et la fréquence des IN et des germes manuportés.



Utilisation des produits hydroalcooliques en exercice infirmier libéral : perception et connaissances

Hernandez C.¹, Remy V.², Foeglé J.¹, Christmann D.¹, Lavigne T.¹

1- Service d'hygiène hospitalière et de médecine préventive, Hôpitaux universitaires de Strasbourg
2- Service des maladies infectieuses, Centre hospitalier de Cahors



Les utilisateurs des produits hydroalcooliques (PHA) ne se limitent pas au secteur hospitalier. Dans le cadre de la prévention des infections liées au soins, nous nous sommes intéressés aux connaissances et aux pratiques des infirmiers libéraux. Nous avons recherché en particulier quelles

caractéristiques étaient associées chez ces professionnels à l'utilisation fréquente et à bon escient des PHA.

Les données ont été recueillies début 2007, au moyen d'un questionnaire auto-administré, dérivé de celui utilisé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour promouvoir le bon usage des PHA. Un commentaire libre pouvait compléter les réponses. La part logistique de cette enquête (impression des questionnaires, envoi, dépouillement, saisie des résultats) a été assurée par LVL médical, prestataire de services d'assistance médicale à domicile. La population d'infirmiers libéraux contactés était composée de 3000 professionnels prenant en charge les patients qui bénéficient des services de LVL médical, sur le territoire national. L'exploitation des données a été réalisée par les auteurs. Le taux de réponse à l'enquête

était de 22,5%, sans relance. Les répondants comptaient de 2 à 40 années d'exercice libéral (moins de 10 ans pour un quart d'entre eux). Toutes les régions étaient représentées.

L'analyse des réponses montre que les PHA sont bien connus, mais que leur intérêt est considérablement sous-estimé, en particulier pour la réalisation de gestes de soins en conditions d'asepsie. La friction hygiénique des mains n'est souvent perçue que comme un pis-aller lorsqu'un lavage correct n'est pas possible, ou systématiquement précédée d'un lavage simple voire hygiénique. Le port de gants est considéré comme une excuse pour « se contenter » d'une friction. Pour autant, les limites réelles à l'utilisation des PHA sont mal connues : un cinquième de notre échantillon se dit prêt par exemple à réaliser une friction hygiénique sur des mains visiblement souillées

par du sang ou des liquides biologiques ! De manière étonnante, il ne nous a pas été possible de distinguer de lien entre l'acuité des connaissances sur les PHA et l'origine de ces connaissances (formation initiale, continue, revues professionnelles, laboratoires...) ou l'ancienneté de l'exercice libéral. Il n'apparaît pas, en particulier, que les professionnels les plus récemment installés, ou ceux ayant rencontré les PHA dès leur formation initiale aient

de meilleures connaissances que leurs aînés.

Malgré les biais de sélection et de déclaration inhérents à la méthode choisie (les nombreux commentaires libres montrent un intérêt particulier des répondants pour la question) et l'absence d'observation directe, nous pensons que cette étude constitue une première approche pertinente de la connaissance et de l'utilisation des PHA par les infirmiers libéraux. Elle met en évidence le besoin de formation de

cette catégorie de professionnels de santé à l'utilisation correcte des PHA. Dans le contexte de la lutte contre les infections liées au soins, l'effort nous semble devoir porter sur l'enseignement initial comme sur la formation continue. L'implication des infirmiers libéraux dans l'amélioration de leur pratiques professionnelles est manifeste, il est indispensable qu'elle puisse aujourd'hui trouver une réponse adaptée.

XIX^e congrès de la SFHH - Paris - 5 et 6 juin 2008

Exposition des industriels

Cette année les industriels ont été encore plus nombreux sur notre congrès : 54 sociétés ont répondu favorablement à notre invitation pour une surface d'exposition de 595 m². Tous les grands thèmes de la lutte contre les infections étaient présentés par les industriels. Pour en citer quelques-uns : l'hygiène des mains avec une part prépondérante et toujours plus forte des produits hydro-alcooliques, le traitement des dispositifs médicaux, les produits de désinfection et les antiseptiques, le nettoyage de l'environnement avec des nouvelles méthodes comme l'utilisation de la vapeur, les dispositifs médicaux invasifs ou pas... une grande richesse pour cette exposition. Il faut aussi noter et mettre au crédit

des équipes commerciales de ces sociétés les efforts faits pour les animations sur les stands et également souligner la forte participation (320) des collaborateurs de ces sociétés.

Au total un congrès réussi qui a fait l'unanimité : la très grande satisfaction des partenaires industriels, une toute aussi grande satisfaction pour les congressistes... et bien sûr celle des organisateurs. Que tous nos partenaires soient largement remerciés car la réussite d'un congrès se construit aussi avec eux.

Rendez-vous à Nice en juin 2009 !

DANIEL ZARO-GONI

POUR LE COMITÉ D'ORGANISATION



ORION (*Outbreak Reports and Intervention studies of Nosocomial Infection*) : Un outil pour l'évaluation des interventions et des investigations d'épidémie dans le domaine des infections nosocomiales

Silene Pires-Cronenberg¹,
Marie-Christine Nicolle¹,
Nicolas Voirin^{1,3}, Marine Giard¹,
Christine Luxemburger²,
Philippe Vanhems^{1,3}

1- Hospices Civils de Lyon, Hôpital Edouard Herriot, Unité d'hygiène, épidémiologie et prévention, 5 place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France.

2- Affaires scientifiques et médicales globales, Sanofi Pasteur, 2 avenue Pont Pasteur 69007 Lyon, France

3- Université de Lyon; Université Lyon 1; CNRS, UMR 5558, Laboratoire de biométrie et biologie évolutive, 8 Avenue Rockefeller, 69373 Lyon, France



Pr Philippe Vanhems

Hôpital Edouard Herriot

Unité d'hygiène, épidémiologie et prévention

5 place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

E-mail : philippe.vanhems@chu-lyon.fr

Introduction

L'objectif d'Orion est d'améliorer la qualité de la recherche et des publications dans le domaine de lutte contre les infections nosocomiales et liées aux soins, de l'épidémiologie, de promouvoir la transparence des rapports, de permettre aux lecteurs d'établir un lien entre des études et leur propre expérience, ainsi que d'évaluer la généralisation potentielle d'une intervention dans d'autres contextes (1,2). Ce guide est également destiné aux chercheurs, éditeurs, rapporteurs et agences allouant des fonds de recherche. Une diffusion d'Orion en langue française permettra d'étendre son utilisation aux échelles nationale et locale.

Composants d'Orion

Les recommandations d'Orion sont composées de 22 items (2) considérés comme essentiels dans le but d'un partage d'expé-

rience et de communication adéquate lors de rapports d'investigations d'épidémies et/ou d'interventions concernant les infections liées aux soins. Chaque item se réfère à un paragraphe d'un article scientifique : titre et le résumé (item 1), introduction (items 2 - 5), méthodes (items 6 - 15), résultats (items 16 - 19), et discussion (items 20 - 22). En complément du texte de l'article, un tableau et un graphique sont fortement recommandés pour résumer la description de la population, le tableau clinique, la nature précise et le moment des interventions ainsi que l'événement étudié.

La liste des items est reportée dans le **tableau 1**. Des commentaires et des précisions sont proposés par les auteurs d'Orion pour faciliter la compréhension de chaque item.

Avantages d'Orion

L'objectif principal de l'initiative Orion est d'améliorer la qualité des travaux de recherche et des publications dans le domaine des infections liées aux soins, de faciliter la synthèse des éléments de preuve et de promouvoir la transparence des rapports. Ce dernier point permettra aux lecteurs d'effectuer des comparaisons entre travaux publiés et d'envisager une généralisation des résultats dans un contexte différent selon leur propre expérience.

Habituellement il n'existe pas de distinction claire entre un rapport d'épidémie dans lequel des interventions sont mises en place pour contrôler l'épidémie et une étude mise en place spécifiquement pour évaluer l'efficacité d'une d'intervention. Ainsi l'application des recommandations d'Orion permettra de faire cette distinction et de faciliter l'interprétation des rapports effectués et leur archivage. L'utilisation de cette liste d'item a été illustrée rétrospectivement en utilisant deux études déjà publiées (3,4). Par ailleurs, une

étude suivant les recommandations d'Orion a été menée en 2007 (5). Les recommandations d'Orion ont déjà été approuvées et reconnues par un certain nombre de professionnels et plusieurs sociétés savantes (2).

Limites

Les recommandations d'Orion présentent cependant certaines limites. Elles ne traitent pas des questions spécifiques à la conduite, la description et l'analyse des études randomisées et contrôlées appliquées aux infections liées aux soins. Au-delà des études d'épidémies et/ou d'interventions concernant les infections liées aux soins, il serait intéressant que ces recommandations puissent être adaptées à d'autres types d'investigations (surveillance épidémiologique, audit, etc.). Une utilisation régulière de ces recommandations permettra d'améliorer certains items en fonction de facteurs particuliers comme le type d'agent infectieux étudié (bactérie ou virus), la population infectée (enfants, adultes, personnes âgées) ou le lieu de l'investigation (hôpitaux, maison de retraite, etc.). Il est prévu qu'Orion évolue au cours du temps et il sera révisé en 2009.

Conclusion

L'utilisation d'Orion par les auteurs et les éditeurs aidera à améliorer la qualité et uniformiser, les travaux de recherche, les études d'intervention et les publications dans le domaine des infections liées aux soins. La version anglaise des recommandations d'Orion est en accès libre sur le site web (<http://www.idrn.org/orion.php>). L'utilisation de cet outil va être largement promue au sein de la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH). Par ailleurs, il est prévu que des études ou interventions publiées soient discutées ou évaluées au moyen de cette grille. La synthèse de cette évaluation fera l'objet d'un article dans le bulletin de la SFHH.

Tableau 1 - Liste des items à inclure lors d'un rapport d'investigation d'épidémie et/ou d'intervention concernant les infections liées aux soins.

Section de l'article	Numéro d'item	Description
Titre et résumé	1	Description de l'article en tant que rapport d'une épidémie ou comme une étude d'intervention. Design de l'étude d'intervention (ex. série temporelle interrompue avec ou sans groupe contrôle, étude croisée). Brève description de l'intervention et principaux résultats.
Introduction		
Contexte	2	Décrire le contexte scientifique et clinique local et fournir une explication du rationnel. Description de l'infection comme épidémique, endémique ou épidémique devenant endémique.
Type de l'article	3	Description de l'article comme une étude d'intervention ou un rapport d'épidémie. Si c'est un rapport d'épidémie, indiquer le nombre d'épidémies.
Dates	4	Indiquer la date de début et de fin de l'étude ou du rapport.
Objectifs	5	Énoncer les objectifs pour un rapport d'épidémie et les hypothèses pour les études d'interventions.

Section de l'article	Numéro d'item	Description
Méthodes		
Type de l'étude	6	Il est recommandé d'utiliser la classification « <i>Effective Practice and Organisation of Care Group</i> » (6) (études avant après contrôlées ou séries chronologiques interrompues). Indiquer si l'étude était prospective, rétrospective ou bidirectionnelle. Indiquer si la décision de signaler ou d'intervenir a été motivée par les résultats. Préciser si l'étude a été mise en place grâce à un protocole prédéfini et à des critères d'évaluation.
Population étudiée	7	Spécifier le nombre de patients inclus pendant l'étude ou l'épidémie. Résumer la distribution d'âge et la durée de séjour. Si possible, indiquer la proportion d'admissions provenant d'autres services, hôpitaux, maisons de retraite ou de l'étranger. Si pertinent, signaler les facteurs de risque potentiels d'acquisition du microorganisme. Spécifier les critères d'éligibilité pour l'étude. Donner la définition des cas pour un rapport d'épidémie.
Organisation	8	Décrire l'unité, le service ou l'hôpital et, dans le cas d'un hôpital, les services inclus. Préciser le nombre de lits, la présence d'une équipe de lutte contre les infections nosocomiales.
Interventions	9	Définir les phases lors de changements majeurs dans la pratique du contrôle spécifique des infections (avec les dates de début et de fin). Un tableau résumant les détails précis des interventions, comment et quand elles étaient implémentées à chaque phase, est fortement recommandé.
Culture et typage microbiologique	10	Donner les détails du milieu de culture, de l'utilisation d'antibiotiques sélectifs et du typage local et/ou de référence. Si pertinent, donner les détails concernant les échantillons environnementaux.
Données liées à l'infection	11	Définir clairement les variables étudiées pour les objectifs principaux et secondaires (ex. incidence de l'infection, colonisation, bactériémie) à intervalles de temps réguliers (ex. quotidien, hebdomadaire, mensuel) plutôt que des totaux pour chaque phase, avec au moins trois points de données par phase et, pour les études comportant plus de 2 phases, donner au moins 12 points par mois, par phase. Préciser le dénominateur (ex. nombre d'admissions ou de sorties, patient-jours). Si possible, donner la prévalence du microorganisme en cause et l'incidence de la colonisation à l'admission dans les mêmes intervalles de temps. Indiquer les critères d'infection, la colonisation à l'admission, et la mortalité directement attribuable. Donner également toutes les causes de décès. Pour les études courtes ou les rapports d'épidémies, l'utilisation de graphiques avec la durée de séjour des patients et les dates auxquelles les microorganismes ont été détectés peut être utile.
Données économiques	12	Si une étude économique a été réalisée, la définition des résultats doit être reportée, ainsi que la description des ressources utilisées lors de l'intervention, en spécifiant le coût dépensé par unités de base, et en indiquant les allocations importantes.
Dangers potentiels pour la validité interne	13	Indiquer les facteurs de confusion potentiels qui ont été considérés, collectés ou ont fait l'objet d'un ajustement (ex. changement dans la durée de séjour, caractéristiques du patient, occupation des lits, catégories du personnel, compliance à l'hygiène des mains, utilisation d'antibiotiques, type de la souche, traitement des isolats, période d'apparition et saisonnalité de l'épidémie). Décrire les mesures prises afin d'éviter les biais, incluant études en aveugle et standardisation des méthodes de recueil des données et de dispense des soins.
Taille de l'échantillon	14	Si pertinent, donner les détails de la puissance statistique de l'étude.
Analyses statistiques	15	Décrire les analyses statistiques afin de comparer les groupes ou les phases. Décrire les méthodes d'analyse employées soit après stratification en sous-groupe, soit basées sur un ajustement, en distinguant les analyses planifiées et les analyses non planifiées ou exploratoires. À moins que les variables d'intérêt soient indépendantes, des méthodes statistiques permettant de tenir compte de la dépendance entre les données, doivent être utilisées en ajustant, si nécessaire, sur les facteurs de confusion potentiels. Pour des rapports d'épidémies les analyses statistiques peuvent être inappropriées.
Résultats		
Recrutement	16	Pour certains types d'études, comme les études croisées, ou lorsque qu'il y a des exclusions de groupe de patients, les dates définissant les périodes de recrutement et de suivi doivent être présentées avec un diagramme décrivant les flux de participants dans chaque phase de l'étude.
Résultats et estimation	17	Pour les principaux résultats, donner l'amplitude de l'effet estimé et sa précision (en utilisant généralement des intervalles de confiance). Un graphique résumant les principaux résultats est souvent approprié pour les données dépendantes (comme la plupart des séries chronologiques).
Analyses supplémentaires	18	Toutes les analyses en sous-groupe doivent être rapportées en mentionnant si elles étaient planifiées ou non dans le protocole et ajustées ou non sur les facteurs de confusion possibles.
Événements indésirables	19	Décrire tous les événements indésirables pour chaque groupe et leur survenue pendant l'intervention. Ceux-ci peuvent inclure les effets indésirables des médicaments, la mortalité brute ou spécifique d'une maladie dans les études sur l'utilisation stratégique d'antibiotiques et le coût lié à l'isolement.
Discussion		
Interprétation	20	Pour des études d'intervention, évaluer les preuves en faveur ou défaveur des hypothèses, en tenant compte des limites qui pourraient altérer la validité des inférences incluant la régression à la moyenne et les biais d'information. En ce qui concerne les rapports d'épidémie, envisager la signification clinique des observations et des hypothèses générées pour les expliquer.
Généralisabilité	21	Discuter la validité externe des résultats dans les études d'intervention, c'est-à-dire, dans quelle mesure peut-on attendre des résultats qu'ils soient généralisés à différentes populations cibles ou à d'autres contextes. Il faut envisager la possibilité de maintenir une intervention à long terme.
Vue d'ensemble	22	Énoncer une interprétation générale des résultats dans le contexte scientifique et/ou clinique actuel.

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

XX^{es} Journées Nationales SIIHHF

Nice
4 et 5 juin 2009

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



Pré-programme

THÈMES

- Hygiène des mains : de l'hôpital au domicile.
- Quelle communication autour de l'Infection Associée aux Soins ? Pour l'utilisateur, pour l'établissement de soins et pour les décideurs de santé publique.
- Les leçons du programme 2005-2008 et des indicateurs nationaux de l'Infection Associée aux Soins, et la suite ?
- Place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans la gestion des risques.

Des nouvelles de Tunisie ...



Dans le cadre de la collaboration internationale, la SFHH a répondu en avril 2008 à une invitation émanant de la Société tunisienne pour l'éducation et la promotion de l'hygiène hospitalière en Tunisie (la Soteph). Récemment créée, cette société savante regroupant des professionnels de santé de divers horizons (hygiénistes, cliniciens, pharmaciens, infirmiers, etc.) vient, dans le cadre de son programme annuel, de parrainer son premier congrès en Tunisie à savoir la « IV^e Journée d'hygiène et qualité des soins » du CHU Hached de Sousse.

Ce congrès, d'envergure nationale et placé sous le patronage du ministre tunisien de la santé publique, a été l'occasion de raffermir les liens excellents qui nous unissent avec nos collègues tunisiens. Dans ce contexte, la Soteph a été honorée de décerner sa première médaille d'honneur de membre étranger au docteur Joseph Hajjar. De même, M. Sadok Atallah, premier responsable de l'hygiène et de l'assainissement au ministère de la Santé publique en 1966, s'est vu décerner la même médaille au titre de membre d'honneur tunisien.

Le discours inaugural du représentant du ministre tunisien de la santé a été l'occasion de relever l'excellent niveau d'implication de la SFHH comme partenaire de la Tunisie en matière d'hygiène hospitalière.

Côté scientifique, le thème général du congrès a porté sur l'asepsie au cours des soins et a offert l'occasion au docteur Hélène Boulestreau de présenter deux conférences, la première sur l'asepsie et la gestion du risque infectieux en milieu de soins et la seconde sur l'antisepsie des soins en chirurgie.

Outre des conférences animées par des

collègues tunisiens, les journées ont aussi comporté une table ronde sur l'information et la communication avec les patients, domaine où des efforts sont en cours de développement en Tunisie dans le contexte de l'amélioration de la qualité des soins fournis aux patients. Dans ce cadre, le docteur Joseph Hajjar a présenté une conférence sur l'information du patient et animé un atelier sur le signalement des infections nosocomiales.

La création d'une Société d'hygiène hospitalière en Tunisie, de même que la qualité des débats constatée au cours de ces journées, ont été pour la SFHH l'occasion de se rendre compte de la dynamique qui anime nos collègues hygiénistes tunisiens, ainsi que la communauté scientifique de ce pays de manière générale, autour de la problématique des risques, en particulier infectieux, associés aux soins. À ce titre, nous avons pu relever, à travers les communications affichées primées, l'effort de recherche fourni par les équipes des hôpitaux de Sousse, Monastir et Bizerte afin de contribuer à mettre en place une stratégie nationale de lutte contre ces risques.

La place de la nouvelle société savante d'hygiène hospitalière en Tunisie (la Soteph) a enfin fait l'objet d'un débat ouvert à la fin de ces journées lors d'un dîner se déroulant dans le cadre enchanteur du Port Jardin d'El Kantoui. Nos collègues tunisiens ont écouté et analysé avec beaucoup d'intérêt l'expérience de la SFHH, de même qu'ils ont pu exprimer leurs approches et attentes à ce niveau. Tous sont convaincus de l'importance de multiplier et d'enrichir les échanges entre les deux rives de la Méditerranée dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

PR MANSOUR NJAH

Hygiène des mains : le challenge continue

L'hygiène des mains est un élément clef de la lutte contre les infections liées aux soins (ILS) et la transmission croisée d'agents pathogènes. Depuis la démonstration par Semmelweis de l'efficacité de la désinfection des mains pour diminuer la survenue de fièvre puerpérale il y a plus de 200 ans jusqu'aux publications majeures (Larson, Pittet) démontrant le rôle majeur de prévention joué par l'hygiène des mains dans la prévention des infections, ce geste simple reste constamment dans l'actualité, soit parce qu'il n'est encore qu'insuffisamment pratiqué, comme le montrent les audits réalisés régulièrement dans les hôpitaux – même si d'énormes progrès ont été faits et sont très encourageants –, soit parce que les techniques d'hygiène des mains ont

évolué notamment grâce à l'utilisation des produits hydro-alcooliques, soit enfin parce que dans le cadre de la mise en place du tableau de bord pour visualiser l'évolution de la lutte contre les ILS, chaque établissement de santé doit désormais afficher des indicateurs parmi lesquels figure la consommation de produits hydro-alcooliques.

Pour toutes ces raisons, la Société Française d'Hygiène Hospitalière a décidé de réactualiser ses recommandations pour l'hygiène des mains. Un nouveau guide est donc en cours d'élaboration. Nous espérons qu'il paraîtra au cours du 2^e trimestre 2009, pour le congrès de Nice.

DR OLIVIA KEITA-PERSE

Comparaison de deux pourcentages avec deux variables binaires qualitatives

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, Hospices civils de Lyon

Cette fiche méthodologique a pour objectif de présenter les tests statistiques permettant les comparaisons de deux pourcentages entre deux échantillons. Les méthodes permettant de prendre en compte plusieurs variables (notamment les facteurs de confusion) et les tests non paramétriques ne sont pas traités. Nous aborderons la comparaison de deux moyennes observées (variables quantitatives, petits et grands échantillons) dans une prochaine fiche méthodologique.

Il s'agit de comparer deux pourcentages observés dans deux échantillons indépendants. Les questions soulevées par cette comparaison sont les suivantes : ces deux échantillons peuvent-ils être considérés comme étant issus de la même population ? Les deux pourcentages P_a et P_b sont-ils deux estimateurs du même pourcentage P ? Cette situation est extrêmement courante en épidémiologie.

Exemple : on observe la survenue de colonisations urinaires à J15 dans deux groupes de patients, un groupe A avec sondage urinaire à demeure et un groupe B avec sondage urinaire intermittent. La variable qui sera comparée sera donc le pourcentage de patients colonisés dans le groupe A par rapport au groupe B.

L'hypothèse nulle H_0 sous-entend que les deux échantillons peuvent être considérés comme issus de la même population ayant comme pourcentage P . P_a et P_b sont deux estimateurs de pourcentages théoriques P_{th_a} et P_{th_b} , avec $P_{th_a} = P_{th_b} = P$. Les hypothèses alternatives sont P_{th_a} différent de P_{th_b} (test bilatéral) ou $P_{th_a} > P_{th_b}$ (test unilatéral).

Les éléments nécessaires au calcul de comparaison de deux pourcentages sont :

N_a et N_b = effectifs de chaque groupe.

P_a et P_b = pourcentage observé dans chaque groupe.

N_{a+} et N_{b+} = effectif présentant une colonisation urinaire dans chaque groupe.

$P = N_{a+} + N_{b+} / N_a + N_b$ = pourcentage commun qui serait observé sous l'hypothèse nulle H_0 par réunions des deux groupes A et B.

Les deux tests statistiques utilisables pour comparer les deux pourcentages sont le test du Khi-2 ou le test Epsilon (loi normale).

Lors de l'utilisation du test du Khi-2 en situation bilatérale (unilatérale possible mais moins fréquente), on construit le tableau de contingence suivant :

	Patients avec colonisation urinaire	Patients sans colonisation urinaire	
Groupe A Sondage urinaire à demeure	$N_{a+} = A$	B	$N_a = A+B$
Groupe B Sondage urinaire intermittent	$N_{b+} = C$	D	$N_b = C+D$
	A+C	B+D	$N=A+B+C+D$

Sous l'hypothèse nulle H_0 , on aurait dû observer un effectif théorique pour le groupe A (effectif attendu de colonisations urinaires) :

$$A_{th} = (A+C) * (A+B) / N$$

Après calcul d'un effectif théorique, on obtient les autres par différence avec les effectifs marginaux. Pour chaque case, la différence entre l'effectif théorique et l'effectif observé est la même.

On obtient le tableau de contingence suivant avec les valeurs observées et théoriques :

	Patients avec colonisation urinaire		Patients sans colonisation urinaire		
Groupe A Sondage urinaire à demeure	A	A_{th}	B	B_{th}	$N_a = A+B$
Groupe B Sondage urinaire intermittent	C	C_{th}	D	D_{th}	$N_b = C+D$
	A+C		B+D		$N=A+B+C+D$

Pour un degré de liberté (DDL), qui dans ce cas précis est égal à 1 (ligne - 1) * (colonne - 1)

$$\text{Khi-2} = (A - A_{th})^2 / A_{th} + (B - B_{th})^2 / B_{th} + (C - C_{th})^2 / C_{th} + (D - D_{th})^2 / D_{th}$$

Cette formulation permet de vérifier les conditions d'application : A_{th} , B_{th} , C_{th} , D_{th} doivent être supérieurs à 5.

Pour utiliser la valeur du Khi-2 et prendre une décision sur les pourcentages de chaque groupe A et B, la valeur critique ou seuil est égale à **3,84** pour un risque alpha de 1^{re} espèce de 0,05 ou 5% (risque que s'attribue le statisticien de se tromper).

Si le Khi-2 calculé est supérieur à cette valeur critique ($\text{Khi-2} > \text{Khi-2}_{\alpha}$), on rejette l'hypothèse nulle H_0 . Il existe alors une différence significative entre les pourcentages de colonisations urinaires entre les deux groupes A (sondage urinaire à demeure) et B (sondage urinaire intermittent), au risque alpha. On lit dans la table du Khi-2 (voir ouvrage de biostatistiques) le seuil de significativité p .

Si $\text{Khi-2} < \text{Khi-2}_{\alpha}$, on accepte l'hypothèse nulle H_0 (attention au risque Bêta, risque de conclure à l'absence de différence significative entre les deux pourcentages, alors que cette différence existe en réalité). Si H_0 est vraie, le pourcentage de colonisations urinaires doit être le même dans les deux groupes A et B. Cette valeur commune est aussi celle du pourcentage de colonisations urinaires dans l'ensemble de la population.

On sera d'autant plus prudent qu'un des effectifs théoriques est proche de la valeur 5 et que le résultat du test est proche du seuil de significativité.

Exemple : on étudie un échantillon de 100 patients répartis en deux groupes de 50. Le premier groupe A est au sondage urinaire à demeure et le second B au sondage urinaire intermittent. On observe un pourcentage de colonisations urinaires de 20% dans le groupe A et de 12%

dans le groupe B. Cette différence est-elle significative au seuil de risque de 5% ?

L'hypothèse nulle H_0 traduit l'égalité des pourcentages et la différence observée est due au hasard : $P_a = 0,20$ et $P_b = 0,12$ sont des estimateurs de P_{th_a} et P_{th_b} tel que $P_{th_a} = P_{th_b} = P$.

L'hypothèse alternative (bilatérale) : $P_{th_a} \neq P_{th_b}$

Récapitulatif des données :

N_a et $N_b = 50$

$P_a = 0,20$ et $P_b = 0,12$

$N_{a+} = 50 * 0,2 = 10$

$N_{b+} = 50 * 0,12 = 6$

$P = N_{a+} + N_{b+} / N_a + N_b = 0,16$

	Patients avec colonisation urinaire		Patients sans colonisation urinaire		
Groupe A					
Sondage urinaire à demeure	10	8	40	42	50
Groupe B					
Sondage urinaire intermittent	6	8	44	42	50
		16	42		100

Tous les effectifs théoriques sont > 5 , les conditions d'application du test du Khi-2 sont remplies.

$\text{Khi-2} = (10-8)^2/8 + (6-8)^2/8 + (40-42)^2/42 + (44-42)^2/42$ (DDL = 1)

$\text{Khi-2} = 1,19 < \text{Khi-2}_{\alpha} = 3,84$: la différence de pourcentage de colonisations urinaires dans les deux groupes A et B n'est pas significative au seuil de risque 5%.

En multipliant par 10 les effectifs de l'exemple précédent (échantillon de 1000 patients avec 500 patients dans chaque groupe A et B, et 160 colonisations urinaires), on obtient un $\text{Khi-2} = 11,89 > \text{Khi-2}_{\alpha} = 3,84$. La différence de pourcentage entre le groupe A et le groupe B devient alors significative, ce qui démontre l'impact de la taille de l'échantillon sur le test du Khi-2 qui est très sensible aux effectifs.

Lors de l'utilisation du test epsilon (utilisation d'une variable normale centrée réduite)

Sous H_0 , on aurait du observer un pourcentage théorique dont le meilleur estimateur est obtenu en regroupant les observations.

Soit les données :

N_a et N_b = effectifs de chaque groupe.

N_{a+} et N_{b+} = effectif présentant une colonisation urinaire dans chaque groupe.

$P_a = N_{a+} / N_a$

$P_b = N_{b+} / N_b$

$P = N_{a+} + N_{b+} / N_a + N_b$

$$U = \frac{|P_a - P_b|}{\sqrt{\frac{P * (1-P)}{N_a} + \frac{P * (1-P)}{N_b}}}$$

La valeur de U est lue dans la table de l'épsilon (voir ouvrage de biostatistiques). $U_{5\%} = 1,96$.

Interprétation : si $U > U_{5\%}$, on rejette H_0 . Il existe une différence significative. On cherche de degré de signification de p. Si $U < U_{5\%}$, on ne peut pas rejeter H_0 .

Avec les valeurs de l'exemple, la valeur de U est :

$$U = \frac{|0,20 - 0,12|}{\sqrt{\frac{0,16 * (0,84)}{50} + \frac{0,16 * (0,84)}{50}}}$$

$U = 1,091 < U_{5\%} = 1,96$.

La différence n'est pas significative au seuil de risque 5%.

Remarque : 1,091 est la racine carrée de la valeur du Khi-2 précédent (1,19).

Références

- BOUYER J, HÉMON D, CORDIER S, DERRIENNIC F, STÜCKER I, STENGEL B, CLAVEL J. Épidémiologie - Principes et méthodes quantitatives, éd. Inserm, 1996.

- RUMEAU-ROUQUETTE C, BLONDEL B, KAMINSKI M, BRÉART G. Épidémiologie : Méthodes et Pratiques. Médecine-Sciences, éd. Flammarion, Paris 1995.

sfhh.net



LIENS

CONTACT

ADMINISTRATEUR

🏠

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

SFHH	GROUPES DE TRAVAIL	RÉFÉRENTIELS	CONGRÈS	PUBLICATIONS	DIAPORAMA
					

EN BREF...

HORIZON

Le magazine du monde hospitalier Horizon a consacré un dossier sur l'hygiène dans son édition de juin... Dr Hajjar, président de la SFHH, y prend la parole !

→ voir

ZOOM... sur les congrès SFHH

SFHH/SIIHHF

Le prochain congrès se tiendra à Nice Acropolis les 4 et 5 juin 2009.

→ voir

AGENDA

Le colloque SympoStaph ayant pour thème "Des infections"



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	