

## HCSP et SF2H : l'expertise mobilisée face à la crise

**Le Haut Conseil de la santé publique et la Société française d'hygiène hospitalière : une instance d'expertise en santé publique et une société savante engagées conjointement dans la prévention du risque infectieux**

### Exemple de la pandémie Covid-19

La pandémie liée au SARS-CoV-2 et ses différents variants représentent une crise inédite pour la société française et pour de nombreux pays à travers le monde. Depuis le début de la crise Covid-19, des mesures politiques exceptionnelles ont été prises et ont nécessité d'énormes capacités d'adaptation de la part de toute la population. Cette crise a également bouleversé le système économique et la vie sociétale dans une dimension syndémique<sup>1</sup> de la crise et bien souvent, les décisions ont été prises en fonction des données disponibles et de l'expertise scientifique avec un certain degré d'incertitude.

On ne connaît pas encore les effets à long terme qu'aura le Covid-19 sur notre système de santé. Alors, comment nous préparer à de potentiels nouveaux risques épidémiques ? Ne pas anticiper serait ajouter le risque de l'inaction aux risques de rebonds. Nous n'aurions pas l'excuse de l'inexpérience qui a pu être invoquée au printemps 2020. L'anticipation est plus que jamais une responsabilité, dont la nature est indissolublement éthique et politique.

1- Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet. 2017; 389(10072):941-50.



### Pr. Didier Lepelletier

Médecin de santé publique et hygiéniste

Président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Administrateur de la Société française d'hygiène hospitalière (Sf2H)

Certaines institutions internationales (OMS)<sup>2</sup> ou nationales (Haut Conseil de la santé publique [HCSP])<sup>3,4</sup>, dans une démarche de prospective ont décrit des scénarios plausibles à 5 ans, plus ou moins pessimistes en proposant des préconisations d'anticipation. L'anticipation apparaît donc une étape de prévention de scénarios liés aux crises sanitaires, quelle que soit la nature risque, infectieux, environnemental ou autre.

2- Organisation mondiale de la santé (OMS). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la Covid-19 du 30 mars 2022 <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-who-press-conference-30-march-2022>

3- Haut Conseil de la santé publique. Rapport relatif à la réflexion prospective et aux points de vigilance en période de crise sanitaire <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1236>

4- Lepelletier D et al. Syndemic analysis of the pandemic COVID-19 crisis: A multidisciplinary "Understand - Anticipate - Propose" meta-method. Arch Public Health 2022. 2022 Aug 19;80(1):193. doi: 10.1186/s13690-022-00951-x.

En matière de risque infectieux, on sait que les plus grandes épidémies qui ont frappé notre pays ont poussé les autorités à agir et ont grandement contribué au principe même de santé publique. L'idée de santé publique est donc née au fil des siècles, au sein même des épidémies qui ont frappé nos ancêtres. C'est devant les hécatombes provoquées par la peste ou le choléra, que les pouvoirs publics ont commencé à agir, à s'organiser et à légiférer pour la santé de tous.

La santé publique peut se définir comme une discipline qui s'occupe de l'état de santé global des populations, sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux par la mise en place d'actions de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés. La France dispose de nombreuses agences ou instances sanitaires en charge de fournir de l'expertise aux décideurs politiques pour l'aide la décision publique. Le HCSP<sup>5</sup> est une des plus anciennes instances d'expertise en santé publique créées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les missions du HCSP par la nouvelle rédaction de l'article L.1411-4 du Code de la santé publique. Le HCSP a ainsi pour missions de : 1) contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé ; fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ; 3) fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ; 4) contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée. L'hygiène hospitalière peut se définir comme une discipline en charge de la surveillance et la prévention des infections associées aux soins et de la diffusion de la résistance bactérienne aux antibiotiques, principalement en milieux de soins. La Société française d'hygiène hospitalière (SF2H)<sup>6</sup> a fêté dernièrement ses 40 ans d'existence. Ses missions consistent à promouvoir la sécurité et la qualité des soins, l'épidémiologie, la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins dont les infections nosocomiales, la sécurité et la vigilance sanitaires, l'évaluation, la certification et la gestion des risques dans le domaine des infections associées aux soins. Elle est également saisie par la Direction générale de la santé pour éclairer les décisions publiques dans le champ de ses compétences.

5- Haut Conseil de la santé publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>

6- Société française d'hygiène hospitalière. <https://www.sf2h.net/>

Le HCSP et la SF2H sont ainsi engagés dans la même démarche de santé publique et de prévention au sens large, dans l'objectif d'élaborer des recommandations visant à réduire le risque infectieux. Lors des deux dernières années, le HCSP et la SF2H ont été sollicités d'une façon inhabituelle, dans la durée et l'intensité. Les hygiénistes ont été au premier front sur le terrain pour accompagner par exemple la pénurie ou les tensions d'approvisionnement en EPI, former les équipes de soins, créer des unités Covid-19, réaliser le *contact tracing*, en collaboration avec les médecins du travail. Toute cette mobilisation, souvent au détriment des autres missions de prévention, avait pour objectif de prévenir la transmission croisée du SARS-CoV-2 entre les patients pour réduire, autant que possible, les clusters de Covid-19 dans toutes les filières de soins, en particulier chez les personnes à risque comme les personnes âgées dans les services de gériatrie ou les Ehpad. Le HCSP<sup>7</sup>, dans un rôle d'élaboration de recommandations pratiques pour l'ensemble de la population et des établissements recevant du public basées sur les connaissances scientifiques disponibles, et la SF2H pour les recommandations en milieu de soins, permettaient ensemble de cadrer et d'harmoniser les stratégies de prévention et de contrôles du Covid-19<sup>8</sup>.

Cette crise sanitaire a mis en lumière particulièrement le HCSP et la SF2H par leurs recommandations relatives aux interventions en santé publique et aux stratégies de réduction des risques populationnel d'une part<sup>9</sup> et aux mesures d'hygiène capables de contrôler la diffusion du SARS-CoV-2 et de protéger les personnes les plus exposées comme les professionnels de santé<sup>10</sup>. Mais elle a aussi permis de faire le constat d'un déficit de connaissance en santé publique de la population générale et de certains professionnels et de la nécessité de disposer sur l'ensemble du territoire national, des établissements de santé et médico-sociaux et en ville, d'équipes spécialisées et formées aux interventions en santé publique et en prévention du risque infectieux. ■

7- Haut Conseil de la santé publique. Sur le point sur la Covid-19 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2>

8- Société française d'hygiène hospitalière. Covid-19 <https://www.sf2h.net/publications/coronavirus-2019-ncov>

9- Lepelletier et al. New French guidelines to adapt the "Isolate/Detect/Trace" strategy for COVID-19 adult peoples or contacts considering the exponential spread of Omicron variant. Health Science Reports (sous presse).

10- Lepelletier D, et al. French Society for Hospital Hygiene and the High Council for Public Health. What face mask for what use in the context of COVID-19 pandemic? The French guidelines. J Hosp Infect. 2020 Apr 26;105(3):414-8. doi: 10.1016/j.jhin.2020.04.036.

# Évaluation des des mesures de prévention du risque infectieux en réanimation néonatale



**S. Gera Denis-Petit,  
V. Souyri, C. Monteil,  
I. Le Guinche, K. Belhacel,  
S. Ouzani, N. Idri,  
B. Salauze, A. Casetta,  
V. Derouin, S. Fournier**

Assistance publique-Hôpitaux de Paris,  
Paris

## Introduction

La réanimation néonatale (RNN) est un service à très haut risque infectieux. Les nouveau-nés de ce service sont très sensibles aux infections, avec des durées d'hospitalisation et d'exposition aux dispositifs invasifs prolongées, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques.

## Objectifs

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail était d'élaborer une grille d'évaluation des mesures de prévention du risque infectieux, qui pourrait servir de référentiel pour les équipes de prévention du risque infectieux (Epri) et les services de RNN.

## Matériel et méthode

La grille initiale a été rédigée en se basant sur la méthode Alarm et en tenant compte des signalements d'infections associées aux soins émis depuis 2016 en RNN à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et des recommandations nationales et institutionnelles existantes. Une première version de la grille a été présentée aux équipes des sept RNN de l'AP-HP (au minimum un médecin et un cadre du service ainsi qu'un membre de l'Epri). La version consolidée tient compte des avis et remarques de ces équipes. L'outil peut

être utilisé pour des observations, pour des entretiens pluridisciplinaires, ou individuels par catégories professionnelles, ou auprès des parents. Une analyse des mesures mise en place dans ces services a permis de dégager les sujets non consensuels qui pourraient faire l'objet de recommandations homogènes.

## Résultats

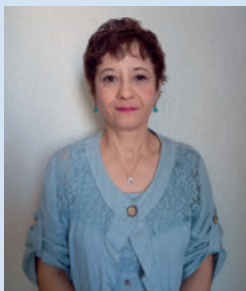
La grille finale se compose de 108 questions réparties dans sept grandes thématiques infectieuses : les précautions standard et complémentaires, les dispositifs invasifs, les parentérales, la nutrition entérale, l'environnement, la gestion des excréta, l'organisation du service.

Seules 6 questions sur les 14 portant sur des recommandations ont obtenu des réponses consensuelles et conformes aux recommandations. Les sujets générant le plus de discussions étaient la tenue des soignants et des parents, l'antisepsie de la peau, la préparation de la nutrition parentérale, la gestion de l'environnement et les liens avec l'Epri. Peu d'observations ont pu être menées dans le cadre de notre étude par manque de temps.

## Discussion- Conclusion

Cet outil d'évaluation des mesures de prévention du risque infectieux peut être utilisé a priori ou a posteriori par les équipes de RNN et les équipes opérationnelles d'hygiène. Il a permis de mettre en évidence les sujets qui devraient faire l'objet de recommandations notamment ceux portant sur les thèmes de l'antisepsie, de la tenue et de la gestion de l'environnement. En 2022, l'outil a été amélioré par l'équipe de PRI du siège de l'APHP et a été associé à l'avis de la SF2H relatif aux bonnes pratiques de soins aux nouveau-nés pour prévenir les infections sur dispositifs invasifs et la transmission croisée en secteurs de soins de néonatalogie. ■

# Désinfection des sondes d'échographie endovaginales (SEEV): projet d'amélioration des pratiques par formation par simulation



**S. Soualah<sup>1</sup>, S. Dacquay<sup>1</sup>,  
ML. Eszto<sup>2</sup>, L. Renaudin<sup>1</sup>**

1- Centre hospitalier régional, Metz-Thionville

2- Centre hospitalier régional, hôpital de Mercy, Mercy

## Contexte

Afin de maîtriser le risque infectieux lié à l'utilisation des sondes d'échographie endocavitaires endovaginales (SEEV), la Société française d'hygiène hospitalière a recommandé en mars 2019 une désinfection de niveau intermédiaire de la SEEV après chaque utilisation. Dans ce contexte, un projet d'amélioration des pratiques de désinfection des SEEV a été proposé au sein d'un service de gynécologie-obstétrique d'un centre hospitalier régional. L'objectif de ce travail est de décrire ce projet réalisé en s'appuyant sur la formation par simulation procédurale.

## Méthodes

Le projet s'est articulé autour de 4 phases :

- 1. Réalisation d'un premier audit des pratiques d'hygiène appliquées à l'utilisation des SEEV à partir des grilles utilisées par le GREPHH en 2016. Les items portaient sur la tenue, l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique (FHA), la désinfection des SEEV et la désinfection de l'environnement de soins lors d'un acte d'échographie.
- 2. Choix institutionnel de la technique de désinfection de niveau intermédiaire (lingettes au dioxyde de chlore) et rédaction de protocoles.
- 3. Formation des professionnels de santé par une méthode

de simulation procédurale sur un mannequin et évaluation des connaissances.

- 4. Réalisation d'un second audit de pratiques selon la même méthodologie que le premier tour.

## Résultats

En avril 2019, 28 actes ont été observés. Les principales non-conformités concernaient la désinfection de l'environnement de soins (traitement de la table d'examen et traitement de l'échographe dans 7% et 3% des cas, respectivement) la désinfection des SEEV (essuyage de la sonde dans 20% des cas) et l'hygiène des mains (FHA à la fin de l'acte dans 10% des cas, aucune FHA avant la préparation de la sonde observée). En juin et juillet 2019, 4 séances de simulation ont permis de former 12 professionnels (6 sages-femmes et 6 internes). Les connaissances étaient acquises après la formation dans 100% des cas. En août et septembre 2019, 20 actes ont été observés. Les non-conformités observées en avril étaient corrigées, notamment la désinfection de l'environnement conforme dans 95% des cas et la FHA réalisée avant la préparation de la sonde et à la fin de l'acte conformes dans 95% et 100% des cas, respectivement.

## Conclusion

Notre projet a permis de sécuriser les pratiques en lien avec l'utilisation des SEEV. Nous avons convenu de pérenniser la démarche en formant chaque nouvelle promotion d'internes en gynécologie-obstétrique et d'étendre le projet aux autres services pratiquant ce même type d'acte afin d'harmoniser les pratiques. Ce travail a également permis de renforcer la collaboration entre le service de gynécologie-obstétrique et le service d'hygiène dans le cadre d'un contrat de partenariat. ■

# Identification de facteurs liés à l'étendue des clusters hospitaliers Covid-19



**Clarisse Duverger,  
Valérie Souyri,  
Catherine Monteil,  
Sandra Fournier  
et le réseau  
des équipes  
opérationnelles  
d'hygiène  
de l'AP-HP**

Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris

## Introduction

De nombreux clusters hospitaliers dus au SARS-CoV-2 ont été observés depuis le début de la pandémie, impliquant à la fois des cas chez les patients et les personnels. L'objectif de ce travail était l'identification de facteurs liés à un grand nombre de cas, afin de comprendre la dynamique des clusters et éventuellement proposer des recommandations.

## Méthode

L'étude a commencé après la première vague, le 1<sup>er</sup> 2020, et s'est étendue jusqu'au 30 septembre 2021. Elle s'est déroulée à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui compte 39 hôpitaux et environ 100 000 personnels. Un cluster est défini par au moins deux cas de COVID-19 (patients et/ou professionnels) identifiés en moins de sept jours et reliés épidémiologiquement. Les données à l'échelle du cluster ont été collectées grâce aux équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) de chaque site : le nombre de cas par cluster, sa durée, la spécialité du service (médecine, chirurgie, gériatrie [aiguë, SSR, SLD], réanimation) et le variant impliqué (souche sauvage, Alpha, Bêta/Gamma, Delta). D'autres données ont été collectées à l'échelle de l'institution ou de la région Île-de-France, au début de chaque cluster : couverture vaccinale globale des professionnels de l'AP-HP et de la population régionale, nombre de dépistages réalisés chez les professionnels de l'AP-HP et taux de positivité, niveau d'incidence parmi les professionnels de l'AP-HP et dans la région, période avec ou sans pass sanitaire. La relation entre le nombre de cas par

cluster et les facteurs recueillis a été analysée par régression logistique multivariée à l'aide du logiciel R. Pour le modèle multivarié, les variables statistiquement significatives ( $p < 0,05$ ) en univarié ont été conservées. Un choix a été fait lorsque deux variables étaient colinéaires.

## Résultats

Au total, 799 clusters hospitaliers ont été analysés. Le nombre médian de cas par cluster est 6, Q1-Q3 [3-11] (avec 2 [0-5] patients et 4 [2-6] professionnels) et la durée médiane est de 9 [5-17] jours. Au vu de cette médiane et de l'allure de l'histogramme de distribution des données, les clusters ont été répartis en 2 groupes : les petits clusters ( $\leq 6$  cas) et les grands clusters ( $> 6$  cas).

En analyse univariée, le type de service, le variant impliqué, la couverture vaccinale régionale et celle des soignants, l'incidence et le taux de positivité chez les soignants, et l'application du pass sanitaire sont significativement liés au nombre de cas par cluster. Au contraire, l'incidence régionale et le nombre de dépistages réalisés chez les professionnels ne sont pas statistiquement significatifs.

En analyse multivariée, le taux de vaccination des professionnels apparaît comme un facteur diminuant le risque de grand cluster avec  $OR=0,02; IC95[0,00-0,19]; p < 10^{-3}$ . La spécialité du service (en prenant les services de médecine comme référence) montre également un résultat statistiquement significatif : la gériatrie semble être un facteur de risque de grand cluster ( $OR=2,20; IC95[1,31-3,76]$ ), en opposition à la réanimation ( $OR=0,12; IC95[0,03-0,36]; p < 10^{-3}$ ).

La force de cette étude est le nombre important de clusters analysés. Cependant, l'absence de comparaison génétique des souches permettant d'affirmer le lien entre les cas, et l'absence d'analyse de la compliance des soignants aux recommandations de prévention, sont ses principales limites.

## Conclusion

Cette étude identifie des facteurs liés à l'étendue des clusters hospitaliers. Elle met en avant la nécessité d'adapter les mesures de prévention aux spécificités des services de gériatrie ainsi que le rôle préventif majeur de la vaccination des personnels hospitaliers. ■



# La vaccination antigrippale prévient le risque de grippe nosocomiale



**L. Hénaff<sup>1</sup>, S. Amour<sup>2</sup>, le groupe de recherche clinique collaboratif<sup>3</sup>, P. Vanhems<sup>1,2</sup>**

1- Centre international de recherche en infectiologie (CIRI), (TeamPHE3ID), université Lyon, Inserm, U1111, université Claude-Bernard Lyon 1, CNRS, UMR5308, ENS de Lyon, F-69007, Lyon, France

2- Service d'hygiène, épidémiologie et prévention, hôpital Édouard-Herriot, Lyon, France

3- Pr Chayvialle (t), Pr Delmas (t), Pr Barth, Pr Tissot, Pr Robert, Pr Gaucherand, Pr Michallet, Pr Ninet (t), Pr Hot, Pr Touraine, Pr Laville, Pr Boilot, Pr Boulez, Pr Denis, Pr Martin, Pr Gaucherand, Pr Claris, Pr Burillon, Pr Fauvel, Pr Truy, Pr Braye, Pr Bejui-Hugues, Pr Carret, Dr Souchère, Dr Comte, Dr Coppere, Dr Kim, Dr Martin-Gaujard, Dr Paulet-Lafuma, Dr Vincent, Dr Doh, Dr Benoist, Dr Dupin, Dr Guenot, Dr Moyenin, Dr Ricanet-Delanoy, Dr Adrait, Dr Aubineau, Dr Poutrel, Dr Desmur-Clavel, Dr Durel, Dr Sharifi-Moayed, Dr Chuzeville, Dr Krolak-Salmon, Dr Makaroff, Dr Michel-Laaengh, Dr Seve, Dr Sigal, Pr Lina, Dr Escuret, Service de prévention du risque infectieux, Assistance publique-Hôpitaux de Paris Siège, 3 avenue Victoria, 75184 Paris, France

## Introduction

L'impact de la vaccination antigrippale est rapporté régulièrement en communauté mais rarement estimé concernant le risque de grippe nosocomiale (GN). Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer dans une population adulte hospitalisée au moins 72 heures aux Hospices civils de Lyon 1) le lien entre le vaccin antigrippal et le risque de GN, 2) l'efficacité vaccinale (EV) brute et ajustée des vaccins antigrippaux.

## Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude cas-témoin nichée dans une surveillance épidémiologique conduite de 2004-2005 à 2019-2020 incluant des patients adultes hospitalisés présentant un syndrome grippal (SG). Entre 4 et 21 services de soins ont participé chaque saison en déclarant tout patient présentant un SG nosocomial défini par une fièvre  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$  en l'absence de prise d'antipyré-

tique, et d'une toux ou d'une douleur pharyngée survenant au moins 72 heures après l'admission. Le diagnostic de grippe était confirmé par PCR (positifs=cas, négatifs=témoins) nasopharyngée à l'inclusion. Une régression logistique multivariée a été réalisée pour évaluer le risque de développer une GN en fonction du statut vaccinal par le calcul de l'Odd ratio (OR). Une personne vaccinée était considérée comme exposée, une personne non-vaccinée comme non-exposée. L'EV a été calculée selon la formule 1-OR (Intervalle de confiance à 95% (IC95%)). L'âge, l'intensité de la saison grippale et la catégorie de service ont été les variables d'ajustement. La probabilité de développer une GN a été calculée par la méthode de Kaplan-Meier et le modèle de Cox.

## Résultats

Au total, 296 patients ont été inclus dont 67 (22,6%) ont présenté une GN confirmée. L'âge médian était de 85 ans (min 20 – max 101 ans) et le sex-ratio H/F de 0,61. La couverture vaccinale antigrippale était plus faible chez les cas que chez les témoins (respectivement 44,8% et 65,5%,  $p=0,002$ ). Le risque ajusté de développer une GN était 2,4 (IC95[1,3;4,6]) fois plus important chez les personnes non-vaccinées. L'EV ajustée était de 58,6% (IC95 [22 ;78]). Le modèle de Kaplan-Meier donnait une proportion de GN à 30 jours (j) de 19,7% et 28,7%, ( $p=0,014$ ), à 60 J de 24,1% et 44,0%, ( $p=0,003$ ) et à 90 J de 27,9% et 56,4%, ( $p=0,001$ ) chez les vaccinés et non-vaccinés respectivement. Le modèle de Cox montrait une réduction significative du risque de développer un GN dans une population d'adultes présentant un SG nosocomial de 51% (IC95[18;71]).

## Conclusion

La vaccination prévient le risque de survenue d'une GN chez les patients hospitalisés au moins 72 heures présentant un SG. Ces résultats obtenus dans un contexte observationnel pourraient être confirmés par des essais contrôlés. La vaccination des patients à risque d'hospitalisation permet une protection individuelle, mais aussi réduit le risque d'épidémies nosocomiales susceptibles d'altérer l'organisation des services et l'accès aux soins. ■

# Un conseil scientifique hyperactif !

## Thierry Lavigne

Centre hospitalier universitaire, Strasbourg

Le conseil scientifique (CS) recomposé en octobre 2021, s'est très vite remis au travail pour tenter d'apporter un maximum d'aide aux professionnels de la prévention et du contrôle des infections.

### Des avis...

L'année a encore été fortement marquée par la pandémie de Covid-19. Des travaux sont encore en cours : exemple de la mise au point sur les procédures générant des aérosols. La note relative à la protection des patients et des professionnels en contexte Covid-19 a fait l'objet de cinq mises à jour selon l'évolution épidémiologique de la pandémie. La sixième mise à jour est en cours (Tableau I).

### Des travaux de fond variés...

Le CS travaille sur plusieurs fronts pour faire progresser une multitude de sujets (Tableau II). Certains groupes sont déjà anciens. Les travaux ont été malheureusement fortement freinés par la pandémie. L'année 2022 est marquée par la remise

en route des groupes. Le contexte actuel a pourtant poussé le CS à créer de nouveaux groupes pour répondre à l'actualité.

### Des collaborations scientifiques nombreuses...

La société répond aux sollicitations de sociétés partenaires (Tableau III). Ceci témoigne de la reconnaissance de notre expertise et de notre savoir-faire.

### Le congrès annuel!

Avec Pierre Cassier (Lyon) à la tête du conseil scientifique du congrès et Sara Romano-Bertrand (Montpellier) en charge de la session internationale, le congrès est un temps fort de la vie scientifique de notre société savante. Il est le moment de collaborations et partenariats renouvelés année après année avec d'autres sociétés savantes (avec la Ricai, la Spilf et la SFM). Le conseil scientifique du congrès comprend les membres du conseil scientifique de la société, un représentant de Santé publique France et des professionnels de la région qui accueille le congrès. C'est un travail de préparation de plus d'un an pour aboutir à un beau congrès qui doit avant tout vous satisfaire : tant du point de vue des connaissances scientifiques que l'on vous propose, que des rencontres avec les industriels ou des collègues d'autres régions que l'on espère provoquer. Tous les

Tableau I - Avis et notes SF2H 2021-2022.

	Avis/Note	Date	Origine de la demande d'avis	Lien vers le document
1	Note relative à la protection des patients et des professionnels en contexte Covid-19	20 décembre 2021	Révision par auto-saisine de la note du 29 septembre 2021	<a href="https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2021/12/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V20de%CC%81c21vF.pdf">https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2021/12/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V20de%CC%81c21vF.pdf</a>
2	Avis relatif à la protection respiratoire contre le variant Omicron du SARS-CoV-2	31 décembre 2021	Auto-saisine	<a href="https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2021/12/SF2H-Indications-APR-contexte-Omicron-31.12.2021.pdf">https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2021/12/SF2H-Indications-APR-contexte-Omicron-31.12.2021.pdf</a>
3	Note relative à l'identification de situations à haut risque de transmission aéroportée du virus SARSCoV-2	31 décembre 2021	Auto-saisine	<a href="https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/01/2021-12-31-COVID_-transmission_SF2H.pdf">https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/01/2021-12-31-COVID_-transmission_SF2H.pdf</a>
4	Note relative à la protection des patients et des professionnels en contexte Covid -19	4 janvier 2022	Révision par auto-saisine de la note du 20 décembre 2021	<a href="https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/01/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V04.01.22.pdf">https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/01/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V04.01.22.pdf</a>
5	Note relative à la protection des patients et des professionnels en contexte Covid -19	7 février 2022	Révision par auto-saisine de la note du 4 janvier 2022	<a href="https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/02/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V07.02.22.pdf">https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/02/SF2H-Protection-patients-et-professionnels-contexte-COVID-19-V07.02.22.pdf</a>
6	Note relative à la protection des patients et des professionnels en contexte Covid -19	5 avril 2022	Révision par auto-saisine de la note du 7 février 2022	<a href="https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/04/2022_04-SF2H-NotePS_contexte-COVID_maj_modifapparentes.pdf">https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/04/2022_04-SF2H-NotePS_contexte-COVID_maj_modifapparentes.pdf</a>
7	Note relative à la protection des patients et des professionnels en contexte Covid -19	Mai 2022	Révision par auto-saisine de la note du 5 avril 2022	En cours de mise à jour

Tableau II - Thématiques en cours.

Thématique	Pilotes	État d'avancement
Désinfection des dispositifs médicaux	Arnaud Florentin (Nancy) Pascale Chaize (Montpellier)	En cours de finalisation du guide. Présentation au congrès de Lyon.
Rappel de patients en endoscopie	Arnaud Florentin (Nancy) Hélène Boulestreau (Bordeaux)	En cours de finalisation
Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse	Véronique Merle (Rouen) Thierry Lavigne (Strasbourg)	Groupe à l'arrêt durant la crise Covid, reprise de la démarche, mise à jour de la bibliographie
Révision des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des EBLSE	Sandra Fournier (Paris) Thierry Lavigne (Strasbourg)	Préparation de la bibliographie
Transmission aéroportée	Sara Romano-Bertrand (Montpellier) Olivia Keita-Perse (Monaco)	Démarrage du groupe de travail, définition de la méthodologie.
Place de la comparaison de souches par séquençage de nouvelle génération et interprétation	Jean-Winoc Decousser (Créteil) Sara Romano-Bertrand (Montpellier)	Création du groupe de travail, collaboration avec la SFM
Réflexion autour de l' <i>Office surgery</i>	Cédric Dananché (Lyon) Corinne Tammames (Paris)	Démarrage du groupe. Recherche bibliographique.

Tableau II - Des collaborations scientifiques nombreuses.

	Collaboration	Date	Nature de la collaboration
1	Haute Autorité de santé et plusieurs sociétés savantes dont la SF2H	En cours	Mise à jour de la <i>Sepsis Survival Campaign</i> au sujet de la « Prise en charge du sepsis ».
2	Société française de pédiatrie Société française de néonatalogie SF2H	En cours	Travaux sur plusieurs axes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'antisepsie de la peau saine du nouveau-né</li> <li>• les soins au cordon</li> <li>• les soins au cathéter veineux central ombilical</li> </ul>
3	Centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose SF2H	En cours	Travail sur les risques environnementaux au domicile des patients atteints de mucoviscidose. En cours de finalisation
4	SF2H GERES Société française de médecine du travail	En cours	Travail sur le risque accident d'exposition au sang au travers de l'indication du port des gants
5	Société française d'anesthésie-réanimation SF2H	Finalisation	Participation à un travail sur la réduction de l'impact environnemental de l'anesthésie générale
6	Société française d'endoscopie digestive SF2H	Finalisation	Participation/relecture d'un avis relatif à l'utilisation d'eau bactériologiquement maîtrisée au cours des coloscopies assistées à l'eau. Participation à la mise à jour des recommandations sur l'organisation des plateaux techniques d'endoscopie.

membres de ce conseil sont investis dans la préparation et l'animation du congrès. Nous espérons sincèrement répondre à vos attentes. La commission Recherche pilotée par Véronique Merle (Rouen) et Sophia Boudjema (Marseille) participe activement à l'organisation du congrès notamment par l'organisation des prix de la SF2H. En 2023, nous vous recevrons à Lille.

La SF2H sera aussi présente à d'autres congrès : les JNI, la Ricai, au congrès national de la SFM...

La SF2H rayonne également scientifiquement à l'international grâce à la commission des Relations internationales (pilotée par Sara Romano-Bertrand [Montpellier] et Yolene Carre [Bor-

deaux] en participant à EUNETIPS (*EUROPEAN NETWORK TO PROMOTE INFECTION PREVENTION FOR PATIENT SAFETY*), au *Healthcare Cleaning Forum*, aux Rencontres internationales francophones des infirmières diplômées d'Etat en hygiène et prévention du risque infectieux et à l'IFIC (*INTERNATIONAL FEDERATION OF INFECTION CONTROL*).

### Au total

Le président du CS, Thierry Lavigne (Strasbourg), est particulièrement fier de piloter un conseil dynamique, chaleureux et très actif. Merci à tous ses membres! ■

## Le Conseil scientifique de la SF2H

Serge Aho (Dijon), Raoul Baron (Brest), Yolene Carre (Bordeaux), Pierre Cassier (Lyon), Cédric Dananché (Lyon), Sandra Fournier (Paris), Olivia Keita-Perse (Monaco), Thierry Lavigne (Strasbourg), Véronique Merle (Rouen), Anne-Marie Rogues (Bordeaux),

Sara Romano-Bertrand (Montpellier), Corinne Tamames (Paris), Jean-Winoc Decousser (Créteil), Florence Depaix-Champagnac (Lyon), et pour la commission Désinfection : Arnaud Florentin (Nancy), Pascale Chaize (Montpellier)



## NÉONATOLOGIE

# Antiseptie de la peau saine et prévention des infections en néonatalogie

**Sara Romano-Bertrand,**  
pour le groupe de travail rédacteur des avis  
et recommandations

Centre hospitalier universitaire, Montpellier

Les nouveau-nés présentent un profil de risque infectieux particulièrement élevé, d'autant plus s'ils sont prématurés. Les recommandations visant à prévenir les infections chez les nouveau-nés doivent tenir compte des particularités et les spécificités liées à leur prématurité et leur prise en charge.

Leur peau, première barrière contre l'infection, est caractérisée par une fragilité et une perméabilité, d'autant plus grande qu'ils sont prématurés. La réalisation d'une antiseptie cutanée chez les nouveau-nés, indispensable pour prévenir le risque infectieux lors d'une effraction cutanée, présente toutefois un risque toxique local voire systémique. La balance bénéfice/risque est donc importante à considérer pour à la fois décontaminer la peau tout en limitant l'exposition à l'antiseptique. Dans l'avis du 13 juin 2022 concernant l'antiseptie de la peau saine avant un acte invasif ([https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/06/AvisSF2H\\_ATSNeoNat\\_juin2022.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/06/AvisSF2H_ATSNeoNat_juin2022.pdf)), la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) et la Société française de néonatalogie (SFN) ont souhaité mettre à jour les recommandations en tenant compte des connaissances scientifiques sur la maturation cutanée des nouveau-nés selon le degré de prématuré et l'âge corrigé post-natal, et la tolérance aux différents antiseptiques. Cet avis souligne que « l'évaluation de la maturation cutanée doit tenir compte du terme de naissance, mais également de l'âge post-natal. La barrière cutanée est d'autant plus perméable à la perte en eau et l'absorption de substances appliquées sur la peau que la prématurité est grande et l'âge postnatal précoce. » Le microbiote cutané joue un rôle important de barrière face aux infections, mais il peut également servir de réservoir de bactéries pathogènes et sa composition varie selon l'âge gestationnel et l'âge postnatal. La réalisation d'une antiseptie cutanée, recommandée avant un geste invasif, doit toutefois considérer les spécificités des nouveau-nés. Parmi les différents antiseptiques disponibles, peu d'entre eux sont utilisables chez les nouveau-nés. « Des réactions cutanées sont décrites pour la majorité des antiseptiques allant de l'érythème cutané, le plus fré-

quent, à la nécrose cutanée rare mais grave. Le risque de toxicité est fonction de la prématurité et l'âge post-natal. Il est majoré avec la surface cutanée nécessitant une antiseptie, et lors d'applications prolongées et/ou répétées. » De ce fait, seuls deux principes actifs vont pouvoir être utilisés :

- le chlore actif, sous forme d'Amukine® (faiblement concentré, à réserver pour extrêmes prématurés (<28 SA), ou poids de naissance <1 000 g et 48 premières heures de vie), ou le Dakin Cooper stabilisé®;
- la chlorhexidine alcoolique faiblement concentrée, sous la spécialité Biseptine®.

Ces recommandations sont en accord avec celles préalablement publiées dans le *Guide de recommandations pour la prévention des infections liées aux cathéters veineux centraux utilisés pour la nutrition parentérale en néonatalogie* publiées en mai 2019 ([https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/06/HY-XXVIII-2-SF2H\\_CVC-Neonat2020.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/06/HY-XXVIII-2-SF2H_CVC-Neonat2020.pdf)).

Dans ce guide, il est également rappelé que même si le nettoyage de la peau avant antiseptie n'est plus systématiquement recommandé chez l'adulte, cela reste le cas chez les nouveau-nés pris en charge en incubateur car ce milieu chaud et humide est favorable à l'accumulation de matière organique et microbienne sur la peau, et l'antiseptique utilisé est faiblement concentré en principe actif. Au-delà de l'antiseptie cutanée, d'autres éléments sont importants à prendre en compte dans la maîtrise globale du risque infectieux en néonatalogie. Ils sont rappelés dans un avis publié le 15 juillet dernier, conjointement par la SF2H et la SFN suite à une saisine de la direction générale de la Santé (<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/07/Re%CC%81ponse-saisine-DGS-SF2H-Neonat-V3.pdf>). Cet avis relatif aux bonnes pratiques de soins aux nouveau-nés pour prévenir les infections sur dispositifs invasifs et la transmission croisée en secteurs de soins de néonatalogie, résume les différentes recommandations de prévention du risque infectieux en néonatalogie, et propose une grille d'évaluation mise à disposition par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (<https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2022/07/Check-List-Prevention-RI-NNAT-11-juillet-2022.xlsx>). Elle recense les points essentiels à évaluer dans le cadre de la surveillance des infections associées aux soins (IAS) ou lors d'investigation d'épidémies d'IAS, en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement. ■



Le congrès des 40 ans



Pierre Parneix

**1 475 participants**



Séance plénière



**28 sessions scientifiques**

Atelier



Yolène Carré

**1 session internationale**



Session internationale



Au cocktail: Sandra Fournier, Anne Berger-Carbonne, Catherine Dumartin, Stuti Gera Denis-Petit,





**903 m<sup>2</sup>  
d'exposition**

**81 partenaires  
industriels**

*Les stands*



*Pierre Cassier*



**14 sessions  
industrielles**

*Conférence atelier*



*Olivia Keita-Perse,  
Christian Rabaud*



*Ludothèque*

**15 animations  
pédagogiques**

**163  
communications  
affichées**

## PROGRAMME

# 17<sup>es</sup> Rencontres internationales francophones des infirmiers en hygiène et prévention de l'infection

## Thème

**La pandémie sous toutes ses coutures**

## Dates

Mercredi 27 octobre et vendredi 28 octobre 2022

## Lieu

Alvisse Parc Hôtel – Dommeldange - Luxembourg

## Le programme détaillé en ligne

<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/05/Programme-RFIHH-2022.pdf>

## Les tarifs

- Deux jours..... 300 €
- Une journée ..... 170 €
- Tarif unique étudiant ..... 100 €

## Le bulletin d'inscription est disponible :

- Version Web : <https://www.rifhh-lux2020.eu/formulaire-2-inscription.html>
- Version Papier : <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2022/05/bulletin-dinscription-RFIHH-2022.pdf>

La réservation hôtelière sur le lieu des rencontres est possible à un tarif privilégié avec le code promo URSIL2022 : <https://reservations.cubilis.eu/alvisse-parc-hotel-luxembourg>

## Le site internet dédié à ces journées

<https://www.rifhh-lux2020.eu/index.php>





# Point sur les conditions d'accès à la fonction de praticien hospitalier des hôpitaux publics pour les « hygiénistes »

**Hervé Blanchard<sup>1</sup>, Loïc Simon<sup>2</sup>**

1- Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris

2- Centre hospitalier universitaire Nancy

Comme vous le savez, l'accès à la fonction de PH nécessite d'avoir été reçu au concours national de praticien hospitalier des établissements publics de santé (ES) et donc de figurer sur la liste d'aptitude de la spécialité souhaitée. Jusqu'en 2021, deux types de concours étaient ouverts chaque année : le type 1 et le type 2.

Le concours de type 1 était réservé aux personnes ayant validé le 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine, de pharmacie ou d'odontologie ET exercé pendant 2 ans durant les 5 dernières années des fonctions effectives de médecin, de pharmacien ou d'odontologiste dans une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif. Les épreuves de type 1 comportaient un entretien avec le jury et un examen sur dossier, des titres et travaux et services rendus.

Le concours de type 2 était réservé aux médecins, pharmaciens ou odontologistes ne remplissant pas les conditions permettant d'accéder au concours de type 1. Les épreuves de type 2 comportaient un entretien avec le jury, une épreuve orale de connaissances professionnelles et un examen sur dossier, des titres et travaux et services rendus.

La durée de validité de la liste d'aptitude était fixée à 4 ans. Les candidats ne pouvaient s'inscrire que pour une seule spécialité par session. Les praticiens inscrits sur une liste pouvaient postuler sur les postes déclarés vacants. Dans la plupart des cas le recrutement s'opérait dans les 18 mois suivant la réussite au concours. Leur intégration définitive au corps des PH se faisait après une année probatoire.

En 2021, une refonte complète des modalités d'accès concours a été officialisée par décret (Réf. : [décret 2021-1230 du 25 septembre 2021](#)). Ce dernier unifie le modèle des épreuves pour tous les candidats et supprime toutes les conditions d'ancienneté. Les épreuves comportent désormais un entretien avec le jury et un examen sur dossier, des titres et travaux et services rendus retraçant le parcours ET le projet professionnel du candidat.

Concernant l'organisation du concours et les conditions d'accès aux différentes spécialités du concours, le décret prévoit qu'elles sont fixées par arrêté conjoint des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur.

Le 25 septembre 2021, un [arrêté](#) précise la liste des disciplines et spécialités pouvant être offertes au concours et les diplômes, certificats ou titre requis pour s'inscrire dans les différentes spécialités.

Concernant l'hygiène hospitalière, sont retenus :

- les DES : de biologie médicale, de santé publique, de pharmacie ;
- le DESC de pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique ;
- le DESC de biologie des agents infectieux ;
- à titre dérogatoire de 2021 à 2025, le DES d'Innovation pharmaceutique et recherche.

Si une modification de cet arrêté est dès à présent prévue afin d'intégrer à terme les différentes options des formations spécialisées transversales (FST) du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales ([arrêté du 27 novembre 2017](#)) et des études de pharmacie ([arrêté du 29 avril 2022](#)), celui-ci ne prévoit pas, à ce jour, de dérogation pour les personnes non titulaires de DES ni de mesures transitoires. Ainsi, un certain nombre (quelques ?) collègues sont ou risquent de se retrouver en difficulté. Il peut s'agir de médecins généralistes, de pharmaciens, de médecins ou de pharmaciens inspecteurs de santé publiques, non titulaires de DES mais ayant plusieurs années d'expérience et de fonctions en EOH dans des établissements de santé non inscrits sur la liste d'aptitude...

En effet, suite à la mise en place de la réforme du statut de PH, en janvier 2023, il ne sera sans doute plus possible aux ES de recruter (ou de renouveler) sur des postes de praticiens contractuels. Seuls les contrats en cours devraient pouvoir aller à leur terme. En revanche, un décret en date du 5 février 2022 précise les nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels ([décret 2022-135 du 5 février 2022](#)). Ce décret substitue le « nouveau statut de praticien contractuel aux 3 anciens statuts (praticien contractuel antérieur, praticien attaché et praticien clinicien).

Le recrutement sur les postes de praticiens contractuels peut selon 4 motifs précisés dans le CSP :

- Motif 1 : Pour des situations de remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité. Le contrat est conclu pour une durée initiale de six mois maximum. Il est renouvelable par période de six mois, dans la limite de deux ans au sein du même établissement.
- Motif 2 : En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins. Le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, dans la limite maximale de six ans au sein d'un même établissement. Ce type de recrutement doit être prévu par le CPOM.
- Motif 3 : Pour recruter un praticien dans l'attente de son inscription sur la liste d'aptitude au concours de PH. Le contrat est conclu dans la limite maximale de trois ans.
- Motif 4 : Pour développer l'offre de soins territoriale et les



coopérations extrahospitalières avec la médecine de ville et les établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés. Le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum. À l'issue d'un ou plusieurs contrats conclus pour une durée cumulée de trois ans, le contrat peut être renouvelé pour une durée indéterminée. À compter d'une durée cumulée de six ans sur le même emploi dans le même établissement, le contrat devient ipso facto un CDI.

**Remarque :** cette possibilité de transformation en CDI ne semble pouvoir s'appliquer que pour un recrutement au motif 4. De l'intérêt de construire le projet et le recrutement dans un objectif de collaboration et d'appui en GHT (collaboration-partenariat ES/ESMS/Public/Privé par conventions) porté en lien avec les ARS...).

Pour les motifs 1 à 3 les contrats ne peuvent être que des CDD

Attention, un même praticien ne peut bénéficier de recrutements successifs au sein d'un même établissement en qualité de contractuel que pour une durée maximale de six ans ET selon l'[instruction DGOS/RH5/2022/56](#) du 28 février 2022 relative aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels, les fonctions exercées antérieurement en tant que praticien contractuel, praticien attaché ou praticien clinicien sont prises en compte pour le calcul des 6 années maximales d'emploi sur un poste contractuel. En outre, seule est prise en compte la durée des contrats et non la quotité de travail...

Une exception, histoire de confirmer la règle... Pour les praticiens attachés et selon la FAQ disponible sur le site de la FHF (en attendant que le ministère mette en ligne la sienne ?) :

« En principe, tout avenant, tout renouvellement ou tout nouveau contrat doit être conclu en application des nouvelles dispositions relatives aux praticiens contractuels (articles R. 6152-334 et suivants du CSP).

Par exception, seuls les praticiens attachés en contrat triennal qui, le 7 février 2022, bénéficient d'un droit à renouvellement par contrat de praticien attaché à durée indéterminée en vertu de l'article R.6152-610 du CSP, conservent ce droit. Ils pourront donc bénéficier d'une poursuite de leur contrat triennal, à la date d'échéance de celui-ci, par un CDI sur le statut de praticien attaché. »

Face à ce changement de paradigme à la fois sur les modalités de recrutement et de nomination, le président de la SF2H et certains membres du conseil d'administration et du conseil scientifique de la SF2H ont déjà été sollicités par des collègues en poste depuis plusieurs années et en situation « bloquée ». C'est la raison pour laquelle nous souhaitons vous informer et vous confirmer que nous sommes et restons mobilisés, en lien avec les saisines du ministère de la Santé en cours concernant les besoins en personnels formés pour la prévention et le contrôle des infections tant pour les EOH que pour les EMH sur le territoire national... Pour les personnels concernés, il est important de prendre connaissance et de bien s'approprier les textes réglementaires afin de pouvoir dialoguer avec les responsables de l'activité (CLIN et CME) et la direction des établissements (bureau du personnel médical).

Bien entendu, il est important de « nous » tenir au courant de vos difficultés mais aussi de la manière avec laquelle les situations ont pu être résolues localement...

### Pour en savoir plus - Législation

Cette rubrique est en cours de mise à jour en raison de la publication de nouveaux textes relatifs notamment au statut unique de PH au journal officiel.

- 1- [Instruction N° DGOS/RH5/2022/56 du 28 février 2022](#) relative aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels
- 2- [Instruction N° DGOS/RH5/2022/57 du 28 février 2022](#) relative à la rémunération des praticiens contractuels recrutés dans les établissements publics de santé
- 3- [Instruction N° DGOS/RH5/2022/58 du 28 février 2022](#) relative au statut de praticien hospitalier.
- 4- [Instruction N° DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022](#) relative aux activités d'intérêt général et aux activités non cliniques, dénommées « valences » exercées par les praticiens des établissements publics de santé
- 5- [FAQ - La refonte du statut de PH et le nouveau statut des praticiens contractuels - Fédération Hospitalière de France \(FHF\)](#)
- 6- [Décret n° 2022-134 du 5 février 2022](#) relatif au statut de praticien hospitalier
- 7- [Décret n° 2022-133 du 5 février 2022](#) relatif à l'activité libérale des praticiens dans les établissements publics de santé
- 8- [Décret n° 2022-132 du 5 février 2022](#) portant diverses dispositions relatives aux personnels

- médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé
- 9- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5° des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique
- 10- [Arrêté du 5 février 2022](#) portant diverses dispositions relatives à l'indemnité d'engagement de service public exclusif
- 11- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques
- 12- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 28 mars 2007 relatif à l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison prévue au 4 des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique
- 13- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

- 14- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée
- 15- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé
- 16- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux et odontologiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine
- 17- [Arrêté du 5 février 2022](#) modifiant l'arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques
- 18- [Arrêté du 5 février 2022](#) fixant les modalités de publication des vacances de postes et les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier.

## ACTUALISATION

# Guide des bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables



**Arnaud Florantin**

Nancy

**Pascale Chaize**

Montpellier

Les dispositifs médicaux (DM) sont des éléments importants dans la prise en charge des patients et font ainsi partie de l'univers des soins. La complexité de certains DM n'a cessé de croître ces dernières années, et la réglementation a évolué. Si certains sont à usage unique, d'autres à usage multiple (dispositifs médicaux réutilisables [DMR]) doivent subir une désinfection sans faille afin de ne pas être à l'origine d'infections associées aux soins. Aujourd'hui, le recours aux DMR peut être discuté par rapport aux DM à

usage unique en lien avec les problématiques de développement durable et de limitation de l'impact environnemental. Au cours des 20 dernières années, la législation et des recommandations ont guidé la marche à suivre pour la prise en charge spécifique de DM particuliers. Ce guide a pour objectif de recenser les dernières recommandations en vigueur concernant ces traitements spécifiques en un document unique.

La Société française d'hygiène hospitalière a donc décidé d'actualiser le Guide des bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux hors endoscopie, paru en 1998, élaboré à la fois par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et le Comité technique national des infections nosocomiales et soutenu par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. ■

**Note de l'éditeur: Les adhérents SF2H à jour de leur cotisation 2022 recevront ce guide, courant novembre 2022, à l'adresse postale qu'ils auront indiquée lors de leur inscription. Une version PDF, expurgée des annonces publicitaires, sera disponible au téléchargement sur le site de la SF2H.**

**Il est donc encore temps d'adhérer à la SF2H pour recevoir le guide !**

## Adhésion SF2H 2022

Chers collègues et membres SF2H, La SF2H représente/fédère les hygiénistes, spécialistes en prévention et contrôle de l'infection et vous êtes nombreux à lui témoigner votre attachement. Comme chaque année, vous pouvez adhérer à notre société pour la rendre encore plus visible, tant au niveau national qu'international. Ensemble, elle sera plus forte. Cette année encore, le tarif de l'adhésion ne change pas et nous vous rappelons que toute adhésion donne lieu à une réduction de 25% sur l'abonnement à la revue Hygiènes: [www.hygienes.net](http://www.hygienes.net) Au plaisir de vous compter parmi nous.

## Adhésion en ligne

[www.sf2h.net](http://www.sf2h.net) > Devenir adhérent





# 31 mai, 1<sup>er</sup> et 2 juin 2023

## XXXIII<sup>e</sup> Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

- Air et risque infectieux en milieu de soins
- Dispositifs intravasculaires : les espoirs et les déboires
- Le patient ou résident au centre de la PRI
- Réussir à faire évoluer les comportements



Numéro enregistrement ANDPC : 2884  
Certificat Qualiopi n°: FR067365-1

