

# RETOUR SUR LES CONGRES SF2H - JNi 2026



25 JUIN 2026



14H-16H

**LILLE**  
**3-5 JUIN**  
**2026**



**27<sup>es</sup>** **JNi 2026**  
**PARIS**

et la région Île-de-France  
Palais des Congrès de Paris

*Journées Nationales d'infectiologie*

**du jeudi 18 juin 2026**  
**au samedi 20 juin 2026**

# CONGRÈS SF2H

## L'Épicentre de la Prévention

La rencontre annuelle incontournable des spécialistes des infections associées aux soins (IAS).

Édition Annuelle





**1500+**

**PARTICIPANTS**

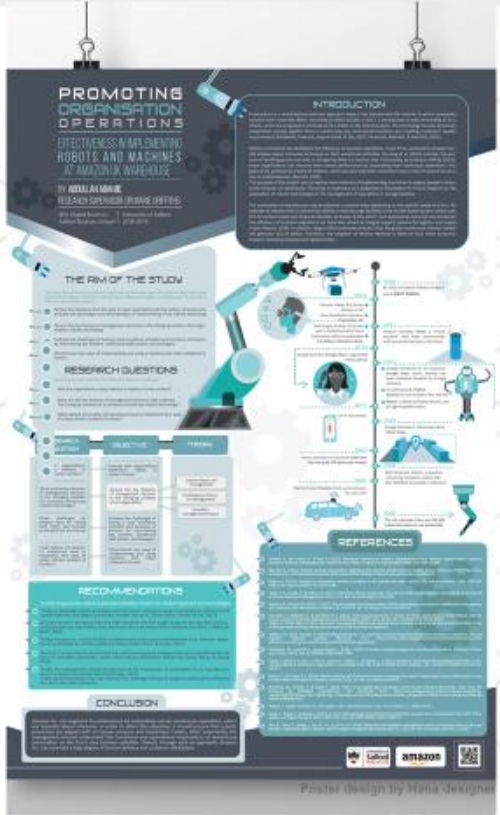
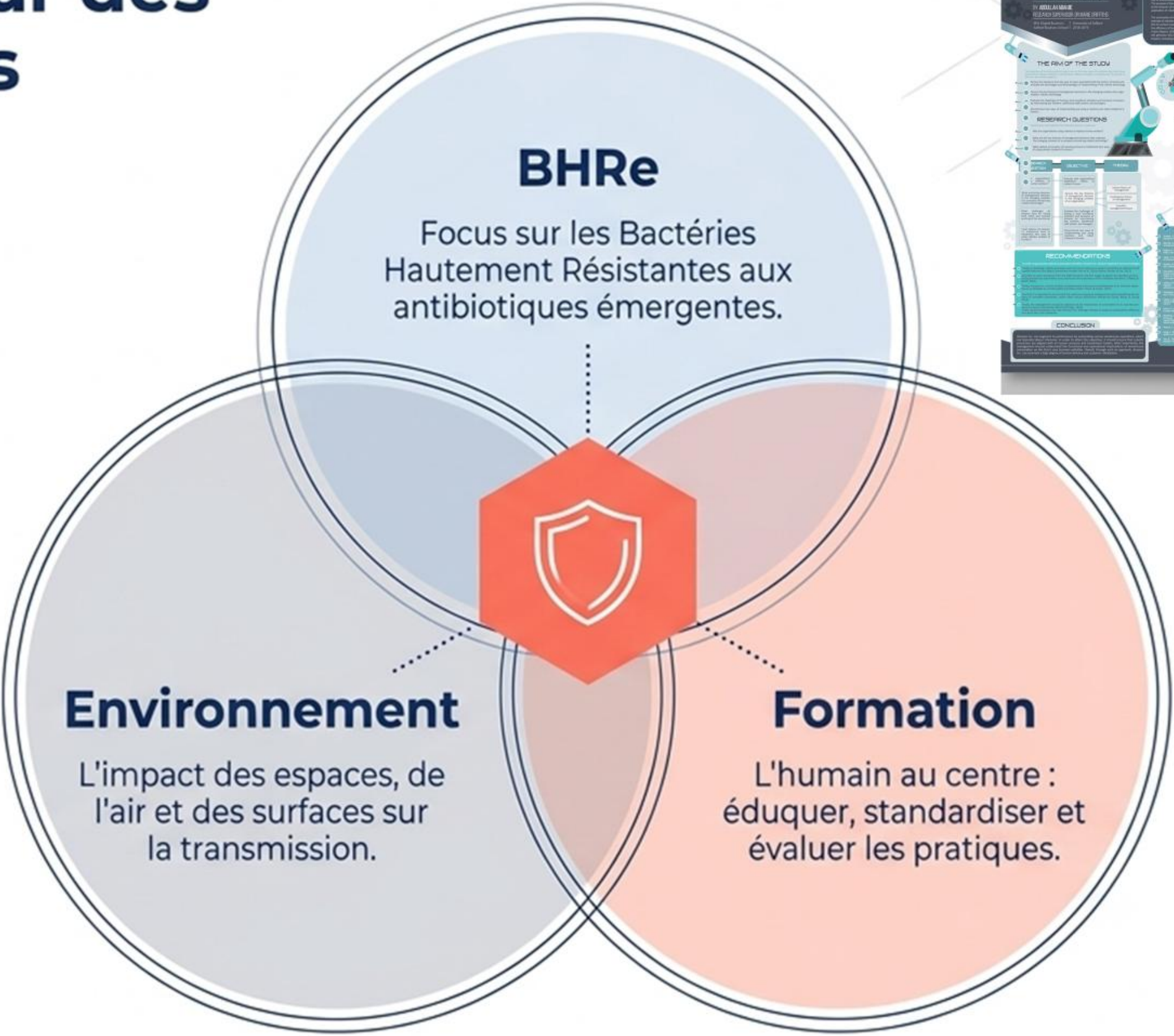


**82**

**EXPOSANTS  
PARTENAIRES**

# 302 Posters : Au Cœur des Défis Contemporains

Des thématiques ciblées pour répondre aux menaces biologiques actuelles par l'innovation technique et l'excellence humaine.



# Une Application Multi-Sectorielle : Le Continuum de la Prévention

## Milieu Sanitaire



Hôpitaux, cliniques, et services de soins critiques.

## Milieu Médico-Social



Établissements d'hébergement (EHPAD) et structures d'accompagnement.

## Milieu Communautaire



Réseaux de ville, cabinets libéraux, et grand public.

**Le congrès SF2H décloisonne la prévention des infections, prouvant que l'hygiène est une chaîne continue et ininterrompue, de l'hôpital jusqu'à la communauté.**

# Le paradoxe du soin

Pourquoi les protocoles échouent-ils sur le terrain ?



Comprendre, ajuster et accompagner le changement de comportement.

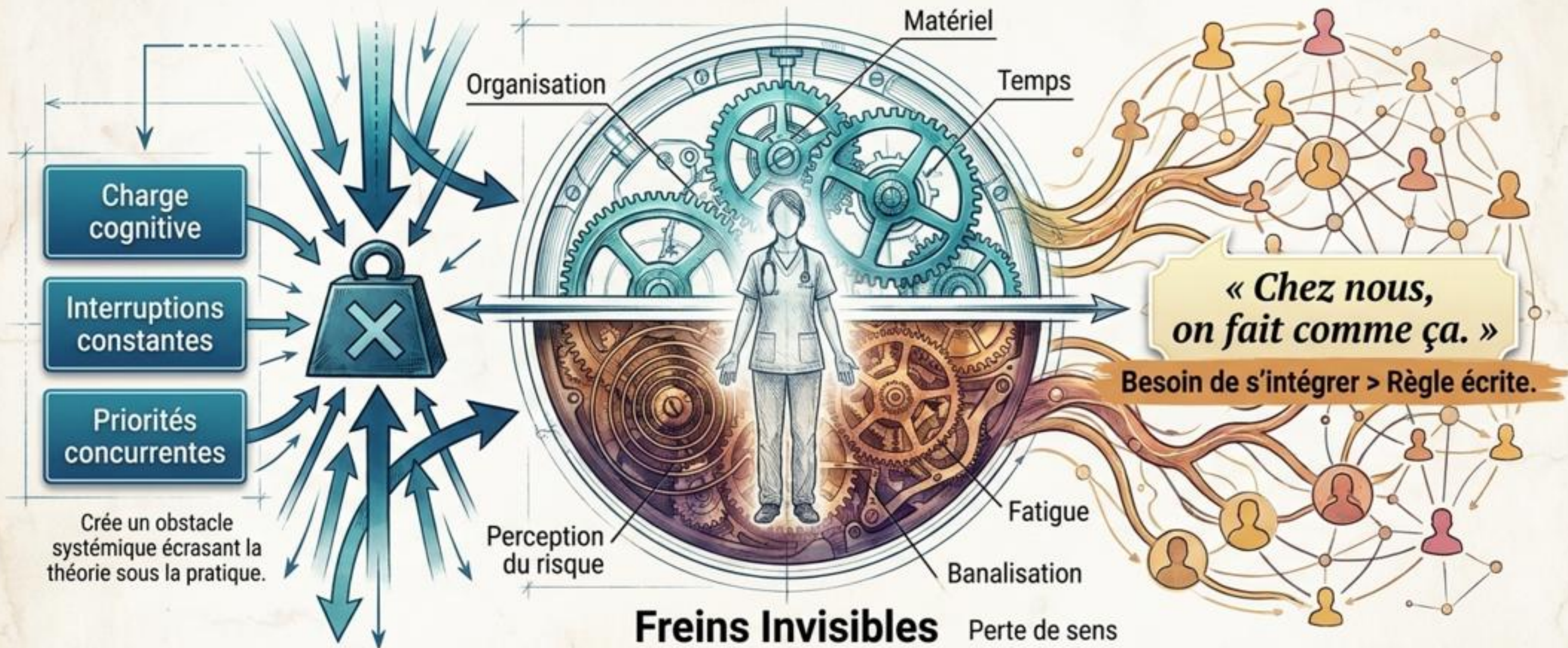
NotebookLM



## L'étaiu du travail réel

## Freins Visibles

## L'influence du groupe



Pourquoi ne font-ils pas ?

La résistance est un signal d'ajustement nécessaire du système, et non un simple refus individuel.

Qu'est-ce qui empêche ?



© NotebookLM

# Hygiène des mains et comportements

- Formation : pas toujours la réponse pour un changement de pratique
- Place des sciences humaines et sociales : méthode **COM B** :
  - **Capacité** (*savoir et pouvoir*) : audits qualitatifs, charge de travail, priorité concurrentes...
  - **Opportunité** (*contexte et normes*) : accès SHA, positionnement ...
  - **Motivation** (*sens et émotions*): le sens de l'HDM, dynamique d'équipe

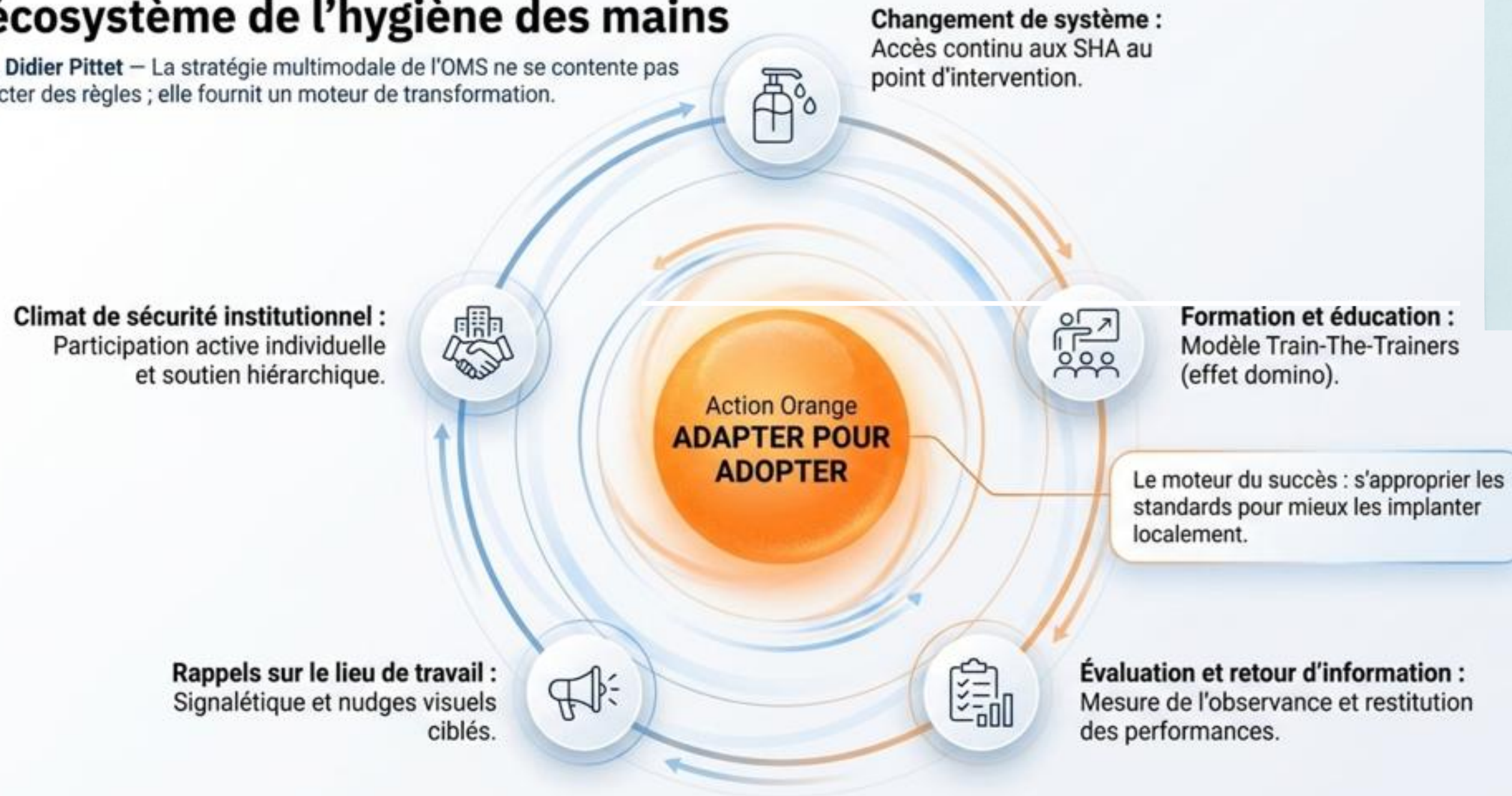


- Evaluer pour comprendre
- Comprendre pour ajuster
- Ajuster pour faciliter

**La résistance au changement est un signal d'ajustement, pas un refus !**

## De la vision mondiale à l'action locale : L'écosystème de l'hygiène des mains

Prof. Didier Pittet – La stratégie multimodale de l'OMS ne se contente pas d'édicter des règles ; elle fournit un moteur de transformation.

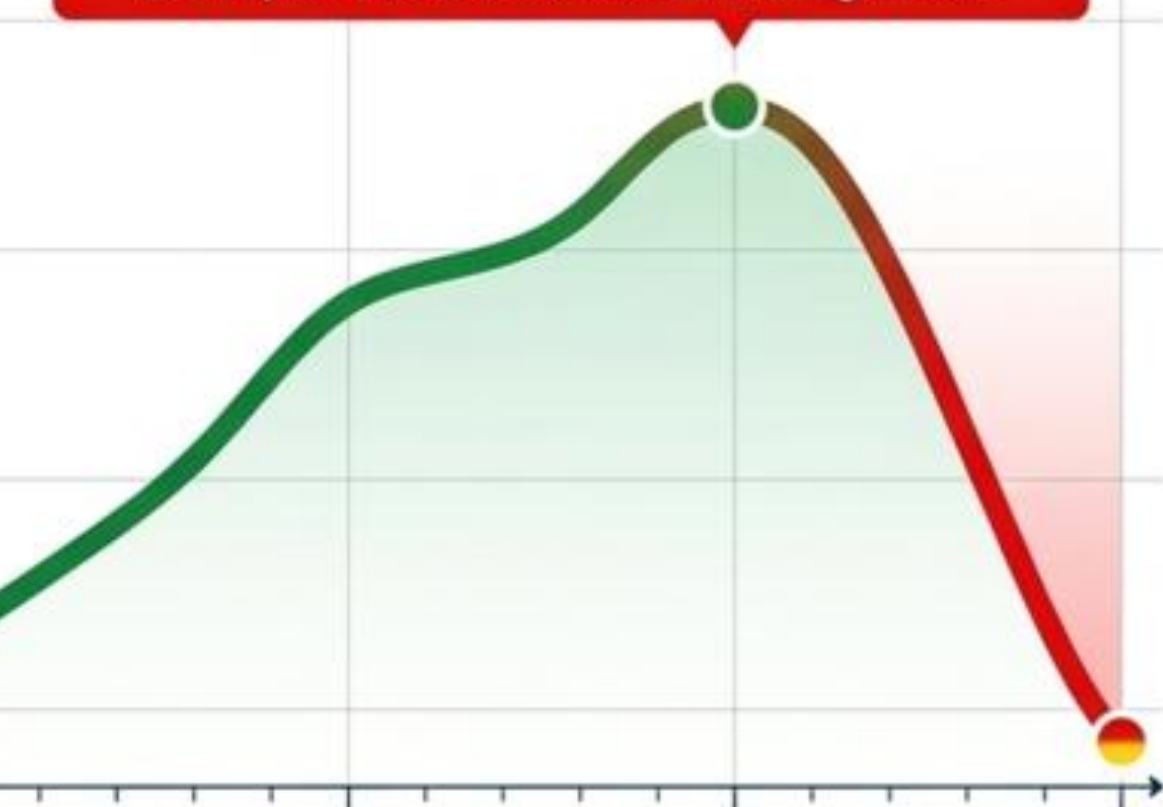


- Compliance à l'HDM corrélée à consommation SHA
- Site de promotion de HDM : [www.hhea.info](http://www.hhea.info)

## L'indicateur ICSHA à 20 ans : Une régression inédite qui exige un nouveau cap

Dr. Meriem Bejaoui — Après deux décennies d'évolution, la baisse des résultats impose de passer d'une évaluation purement quantitative à une structuration qualitative.

**Alerte 2025** : Chute à 28 % d'établissements en Classe A (contre 46 % en 2022). Pour la première fois depuis 2006, on assiste à une régression.



**Historique** : Indicateur basé sur le volume théorique (ICSHA.1 et ICSHA.2). Ralentissement progressif de la progression (< 10 % par an).

Inspiré de la stratégie multimodale, ce questionnaire ne se limite plus au volume, mais évalue la véritable politique organisationnelle de l'établissement.

**Nouveauté Septembre 2026** : Introduction du nouveau questionnaire établissement Structure.



### Stratégie multimodale

- Expérience patient
- Moyens et organisation
- IC-SHA

## Le regard du patient : La perception comme levier de responsabilisation

Dr. Laetitia May-Michelangeli — L'expérience patient n'est pas qu'une note de satisfaction ; c'est un miroir puissant pour modifier les comportements des soignants.

### Les 52 515 patients ont vu/déclaré :

- 91.4 % SHA dans la chambre,
- 51.7 % PDS sans bijou,
- 32.9 % informés sur l'HDM
- 52.2 % pas sollicités pour faire une HDM
- 60.9 % ont vu une HDM chez un PDS avant de les toucher

"Il portait ses bijoux pendant le soin..."

"Elle a touché son téléphone juste avant de m'examiner..."



- EPRI : demander un code pour accès à e-satis
- Commentaires des patients classés avec IA
- 3 scores en fonction du niveau d'expérience (fin 2026)

Les commentaires patients ne sont pas des plaintes : ce sont des outils d'impact pair-à-pair pour briser les mauvaises habitudes sur le terrain.

# Hygiène des mains : nouvel indicateur

## ICSHA questionnaire : contenu

### Moyens

- ✓ EOH/EPRI
- ✓ Correspondants en hygiène


### Organisation

- ✓ Formation
- ✓ Evaluation
- ✓ Surveillance
- ✓ Communication



- Moyens : 10 items
  - EPRI : 1 PH/500 et 1 IDE/150
- Organisations : 19 items
- Site HAS : fin juin 2026
- Publié en 2027

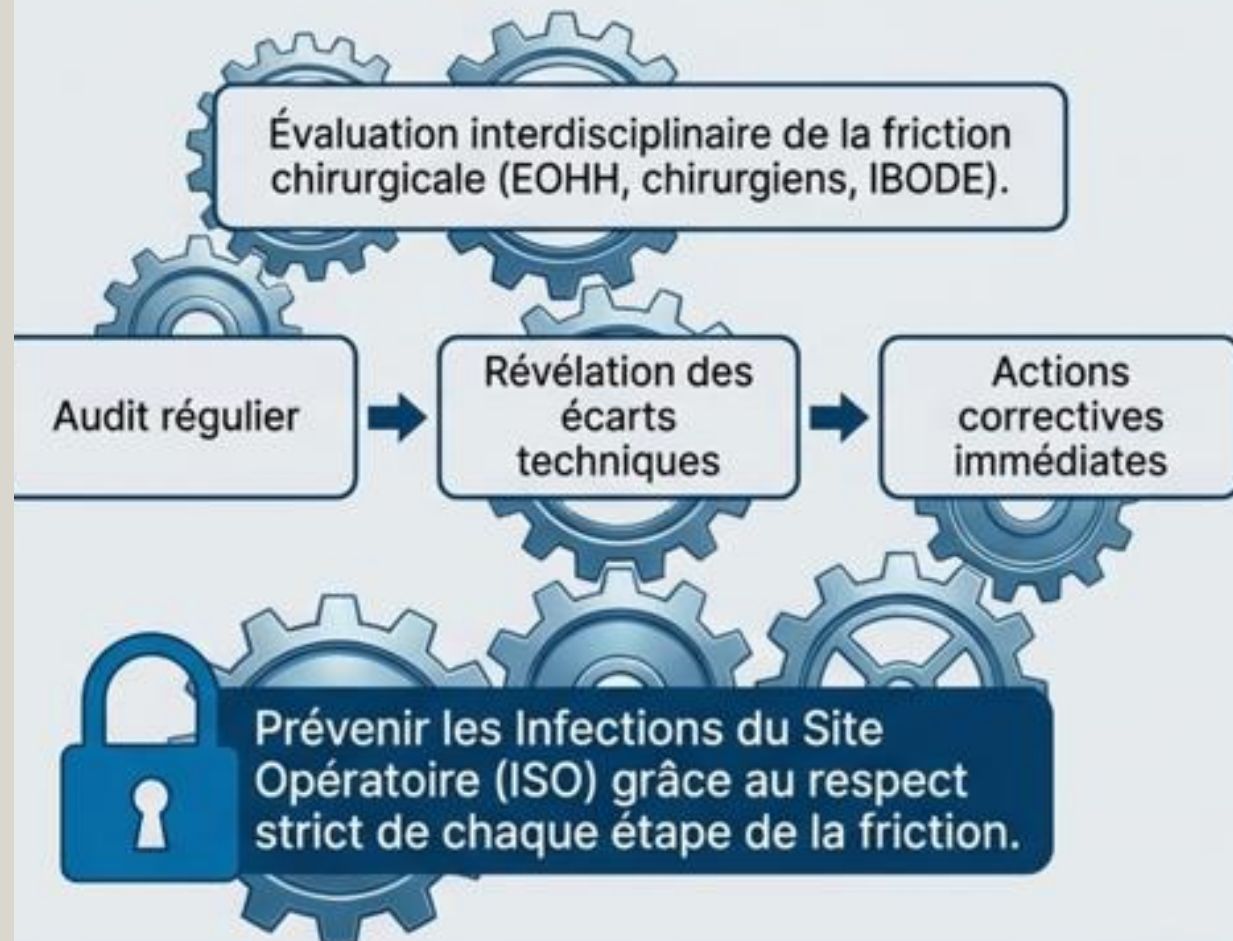
Moyens		
Equipe de prévention du risque infectieux <sup>1</sup>		
ICSHA_EPRI	L'établissement dispose d'une équipe de prévention du risque infectieux (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière)	1. Oui 0. Non
ICSHA_EPRI_1	Si oui, indiquer le ratio médical formé en hygiène hospitalière spécifiquement dédié à l'EPRI	□□□ ETP/lits et places
ICSHA_EPRI_2	Si oui, indiquer le ratio paramédical formé en hygiène hospitalière spécifiquement dédié à l'EPRI	□□□ ETP/lits et places
ICSHA_EPRI_3	Si oui, il existe un temps dédié à l'EPRI d'un autre personnel (secrétariat, technicien de laboratoire ou biohygiéniste, ingénieur qualité ou biomédical)	1. Oui 0. Non
ICSHA_EPRI_3_1	Il existe un temps dédié secrétaire	1. Oui 0. Non
ICSHA_EPRI_3_2	Il existe un temps dédié technicien de laboratoire ou biohygiéniste	1. Oui 0. Non
ICSHA_EPRI_3_3	Il existe un temps dédié ingénieur qualité ou ingénieur biomédical	1. Oui 0. Non

Organisation		
Formation		
ICSHA_FORM_1	Il existe un programme de formation continue sur l'hygiène des mains destiné à tout le personnel hospitalier.	1. Oui 0. Non
ICSHA_FORM_1_1	Si oui, ce programme est proposé au personnel hospitalier au moins une fois par an.	1. Oui 0. Non
ICSHA_FORM_1_1_1	Si oui, indiquer le pourcentage de personnel hospitalier médical ayant bénéficié de cette formation dans l'année.	--- %
ICSHA_FORM_1_1_2	Si oui, indiquer le pourcentage de personnel hospitalier paramédical ayant bénéficié de cette formation dans l'année.	--- % 
ICSHA_FORM_2	Il existe un programme de formation complet sur l'hygiène des mains destiné aux nouveaux arrivants (internes, remplaçants, intérimaires)	1. Oui 0. Non
ICSHA_FORM_2_1	Si oui, indiquer le pourcentage de nouveaux arrivants formés sur l'année	--- %

## Du Bloc Opérateur à l'École : Rigueur clinique et innovations transposables

**Intervenantes :** Linda Levin & Céline Ciotti – La prévention des infections exige à la fois une précision absolue et des approches pédagogiques novatrices.

### Rigueur au Bloc



### Inspiration à l'École



Sensibilisation innovante en milieu scolaire.

Utilisation de nudges comportementaux, de mascottes et de jeux pour ancrer l'hygiène des mains dès l'enfance.

### L'effet Adapt to Adopt

Comment **reverse-ingénier la gamification** pour re-sensibiliser les professionnels de santé ?  
Les méthodes des enfants comme nouveau souffle pour les adultes face à la lassitude.



- Amélioration de la compliance via nudges
- Implication des équipes paramédicales comme relais

# Hygiène des mains : Retex



*Image construite par Notebook à partir communication de L.  
LEVIN*

*congrès SF2H -2026*



## Animation pédagogique - Ludothèque - Hygiène des mains et précautions standard

### Animation pédagogique

#### L1 - Mission TERRABIUS

👤 Sandrine GUISNEL (Pointe-à-Pitre)

#### L2 - Action ou vérité

👤 Mélanie BARRAULT (Le Mans)

#### L3 - Précautions sans TABOO

👤 Magali FOUASSIER (Le Mans)

#### L4 - Behind the clean

👤 Tiffanie Aoustet (Chambray Les Tours)

#### L5 - Trier c'est gagné !

👤 Séverine JEANDOT (Bordeaux)

#### L6 - Burger Quizz Hygiène & Soins

👤 Marie-Anne BISSELBACH (Strasbourg)

#### L7 - Tapettes flash EPI

👤 Fabienne DEKANDELAERE (Montfermeil)



# Super Tri : nouveau jeu Inter CPias !!!



# Les Formations Spécialisées



**LILLE  
2026**

SF2H  
Prévention du Risque Infectieux

**PROGRAMMES  
DES FORMATIONS  
SPÉCIALISÉES**

Inscription obligatoire

Certifié Qualiopi pour  
actions de formation :  
certificat n° FR091372-1

h  
lille

[www.sf2h.net](http://www.sf2h.net)

- Les formations spécialisées s'inscrivent dans une démarche de professionnalisation continue, fondée sur les compétences attendues des acteurs de la PRI.
- Elles s'appuient sur le **RÉFÉRENTIEL MÉTIER ET COMPÉTENCES** Spécialistes en Hygiène, Prévention, Contrôle de l'infection en milieu de soins, élaboré par la SF2H en 2018,
- Sur le plan pédagogique, ces formations proposent des parcours lisibles, progressifs et directement transférables sur le lieu professionnel.

**Formation spécialisée n°1**  
La Prévention du Risque Infectieux dans les tuyaux

**Formation Spécialisée n°2**  
Les Précautions standard dans tous leurs états : analyse systémique du risque infectieux tout au long du parcours de soins et d'accompagnement (du patient / du résident)

**Formation Spécialisée n°3**  
De l'expertise à la transmission : pédagogie innovante en PRI pour tous les secteurs de soins



## Nouvelles recommandations sur la gestion des risques liés aux BHRe et aux ABRI



**90** mesures, **2** nouveaux chapitres : **BUA** et **environnement**

- **Mesures stratégiques** (effectifs EPRI/labo, moyens informatiques...) et **mesures socles** (aspect éthiques et juridiques, respect PS et PCC...)
- **Laboratoires** : au min. tests moléculaires + plusieurs géloses sélectives pour le dépistage du portage de BHRe
- **Adaptation des mesures de contrôle par l'EPRI** /analyse du risque de transmission autour d'un patient porteur
- **Allègement du suivi des dépistages** => privilégier l'accompagnement des équipes soignantes
- Recommandations devant des **épidémies persistantes** et prolongées, non contrôlées
- Précision des mesures à appliquer selon **les filières : EHPAD, soins primaires, soins palliatifs, psychiatrie, etc.**
- Gestion de l'environnement : indications des PVTs
- **Mesures de contrôle des ABRI** en distinguant les services à risque (REA/brulés) des autres services
- Recommandations de **BUA**



## Ce qu'il ne faut pas faire : dépistage/surveillance

**R17** : Ne pas dépister les résidents à l'admission en ESMS.

**R23** : Ne pas dépister les patients contact d'un patient porteur non excréteur.

**R36** : Ne pas dépister les cas contacts d'un patient porteur d'ABRI dans les services non à risque, sauf épidémie non contrôlée.

**R42** : Ne pas dépister en psychiatrie les patients contact en cas de présence d'un patient porteur de BHRe et/ou ABRI.

**R46** : Ne pas effectuer de dépistage systématique des patients suivis en unité de dialyse ou HDJ en l'absence de patient porteur.

**R50** : Ne pas dépister les patients contact en soins palliatifs en cas de présence d'un patient porteur de BHRe.

**R52** : Ne pas dépister les autres résidents en ESMS en cas de présence d'un résident porteur.

**R52** : Ne pas conditionner un transfert vers un EHPAD à la réalisation d'un dépistage.

**R52** : Ne pas dépister les résidents connus porteurs sauf en cas de transfert en MCO.

**R54** : Ne pas dépister les patients connus porteurs en soins primaires sauf transfert en MCO.

## Ce qu'il ne faut pas faire : dépistage/surveillance



**R61** : Ne pas réaliser de suivi nominatif des patients contact à risque faible ou moyen.

**R61** : Ne pas inscrire ces patients dans une liste informatique.

**R61** : Ne pas les dépister lors d'une réhospitalisation hors situation épidémique.

**R62** : Il n'est pas recommandé de dépister les patients contacts rentrés à domicile.

## Ce qu'il ne faut pas faire : PCC et autre



**R19** : Les PCC ne sont pas recommandées en EHPAD, en soins de ville et en soins palliatifs (sauf exceptions).

**R40** : Ne pas interdire l'accès aux plateaux techniques, espaces de vie et à la balnéothérapie (sous conditions).

**R50** : Ne pas initier de PCC en soins palliatifs pour les patients porteurs ou contacts.

**R52** : Ne pas mettre en place de PCC en ESMS pour les patients porteurs ou contacts.

**R54** : Ne pas initier de PCC en soins primaires pour les patients porteurs ou contacts.



## Ce qu'il ne faut pas faire : et encore

### Signalement

**R85** : Ne pas signaler les colonisations à BHRe et/ou ABRI sauf en cas d'épidémie de colonisation.

### Antibiothérapie

**R90** : L'antibiothérapie probabiliste orientée sur la souche de portage ne doit pas être systématique.

**R90** : L'antibiothérapie chez un patient contact ne doit être envisagée qu'en présence de signes de gravité.

**R90** : Ne pas proposer de traitement pour éradiquer le portage.

### Autres formulations négatives

**R47** : Le statut de porteur/contact ne doit pas faire obstacle à un transfert.

**R75** : Les bandeaux en microfibre associés uniquement à l'eau ne peuvent pas être utilisés.

Risque à éviter  
patient porteur

Mesures  
barrières

Actions à mettre  
en oeuvre

Responsables  
mises en oeuvre

## Messages clés à retenir

### **Vigilance épidémiologique**

L'augmentation mondiale des EPC impose une surveillance microbiologique renforcée et un dépistage actif des patients à risque dès leur admission.

### **Cibler les réservoirs humides**

Les siphons et points d'eau sont des réservoirs prioritaires. Leur gestion technique et leur décontamination régulière sont indispensables dans les unités à risque.

### **Combiner les approches**

Aucune méthode isolée n'est suffisante. Une stratégie multimodale associant décontamination, architecture adaptée et surveillance continue est nécessaire pour une maîtrise durable.

## Repousser les murs du bloc avec l'Office-Based Surgery (OBS)

Le virage ambulatoire exige de nouveaux standards stricts pour maintenir la sécurité hors du bloc opératoire traditionnel (Intervention du Dr Cédric Dananché).

### La Macro-Tendance

Objectif National :

# 80 %

De chirurgie réalisée en ambulatoire (contre 48,3 % dans le public en 2024). Une spécialisation des plateaux complexes qui pousse les actes mineurs vers l'OBS.

### Critères d'Éligibilité SF2H



### Prérequis Incontournables

- ✓ Locaux pensés et adaptés exclusivement à l'activité.
- ✓ Respect rigoureux des circuits (marche en avant).
- ✓ Application stricte des mesures d'antiseptie, d'asepsie et de bionettoyage.
- ✓ Traçabilité, évaluation et suivi systématique des complications.

- **Actes** : Chirurgie « mineure »
- **Patients** : Score ASA 1 ou 2 (ASA 3 à titre exceptionnel).
- **Exclusions**: poses de DMI stériles sauf DIU et implants sous-cutanés
- **Salle** dédiée, ventilée (2 à 4 vol/h)
- **Circuit** patient et mesures de prévention des ISO

## Transformer le paradigme vers un soin durable

La commission TEPRI redéfinit les pratiques de prévention du risque infectieux à l'aune de l'urgence écologique (Intervention du Dr Emmanuelle Joseph).



**Novembre 2025** —  
Sortie du premier référentiel national ANAP « Bloc éco-responsable ».

Co-construction de protocoles avec la CNAM (Schéma directeur Transition'Action).

Intégration dans la Planification Écologique du Système de Santé (PESS) via la DGOS.

**Exemples Opérationnels :**  
Fiches action ciblées (ex: bistouri électrique, détergents biosourcés).

### • Travaux en cours :

- Gel d'échographie
- Poche de soluté en REA
- Relecture avis COPERMIC EDCH filtrée
- Drap d'examen en ville (CNAM).....

## Commission Permanente de Microbiologie de l'Environnement créée en 2023

### Missions Principales



- Élaboration d'avis et de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de terrain.
- Création de fiches techniques et d'outils d'aide à la décision suite aux publications officielles nationales

### Publications et Avis Récents



- **FAQ**
- **Fiches « réponses rapides »**
  - Interprétation des prélèvements environnementaux demandés par l'ANSM (locaux de prélèvement de cornée).
  - Impact de *P. aeruginosa* et des légionelles sur la potabilité de l'eau froide.
  - Gestion de *Legionella non pneumophila* dans l'eau.
- **Standardisation des prélèvements BMR/BHRe** : surfaces humides (siphons, toilettes)



### Travaux en cours

- **Filtration terminale** et maintien de la **potabilité** de l'eau.
- Utilisation de **l'eau** et points d'eau **en réanimation**.
- **Entretien des siphons** face au risque BMR/BHRe.
- Étude des **douches hydro-moléculaires**.

## Dépistage à l'admission



Hospitalisé à l'étranger <12 mois  
Rapatrié sanitaire  
Blessé de guerre

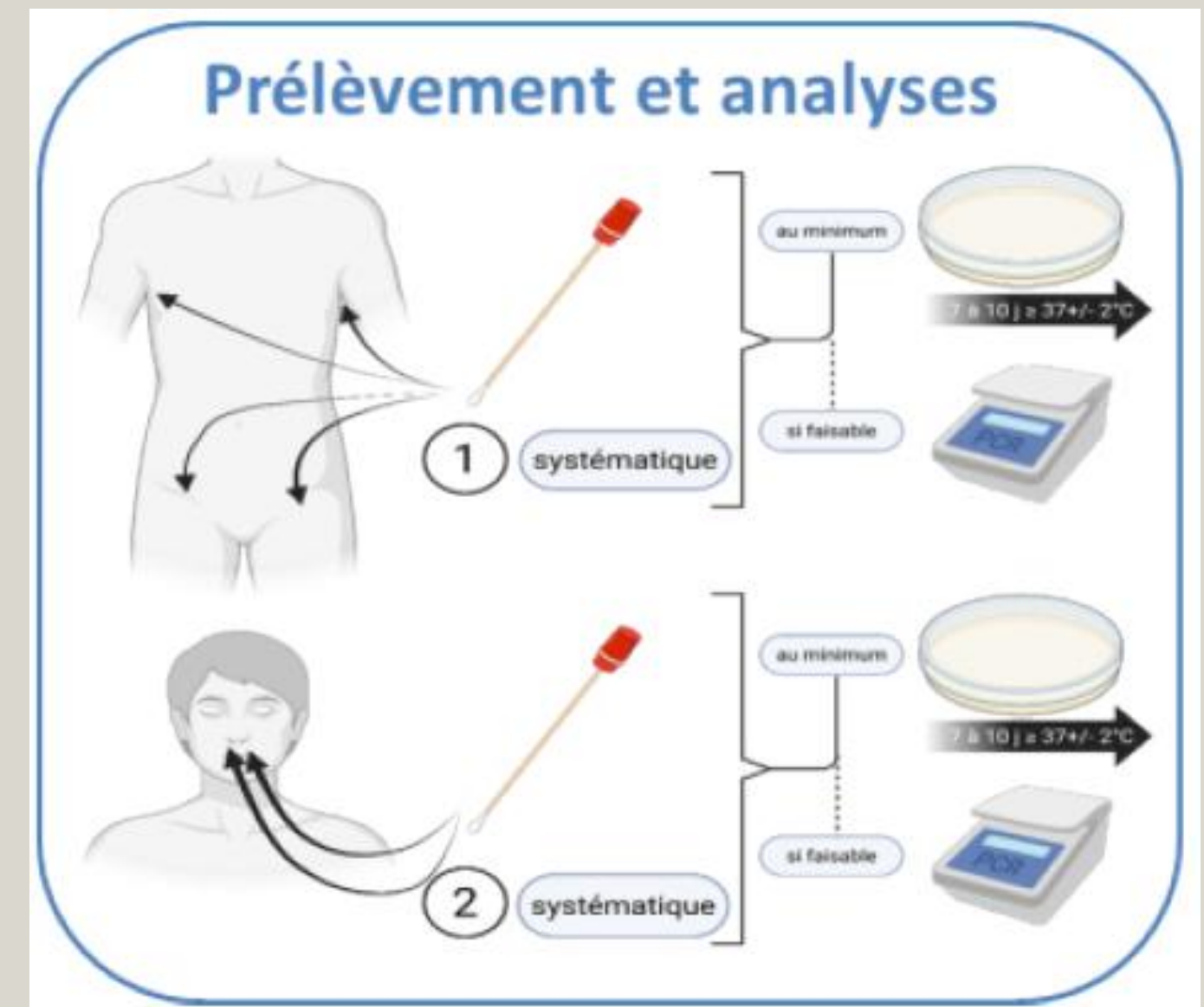


Connu porteur de C.auris



Contact à risque moyen ou élevé

## Comment prélever ?

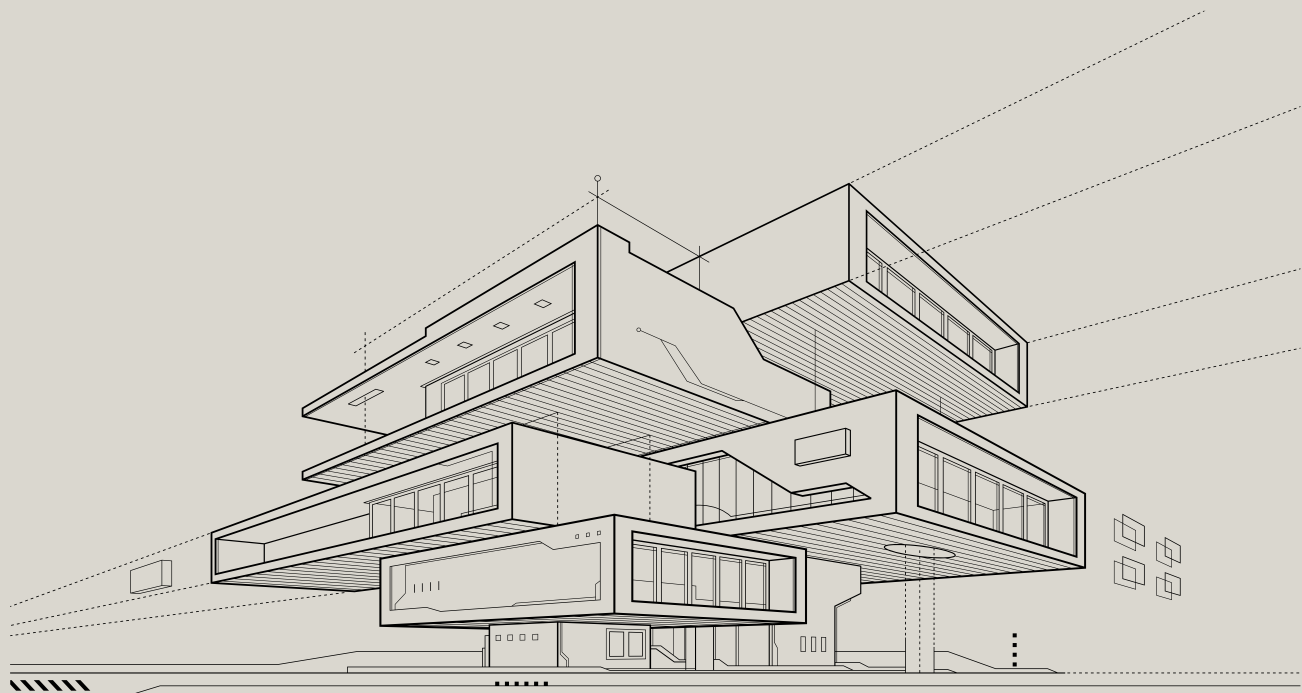
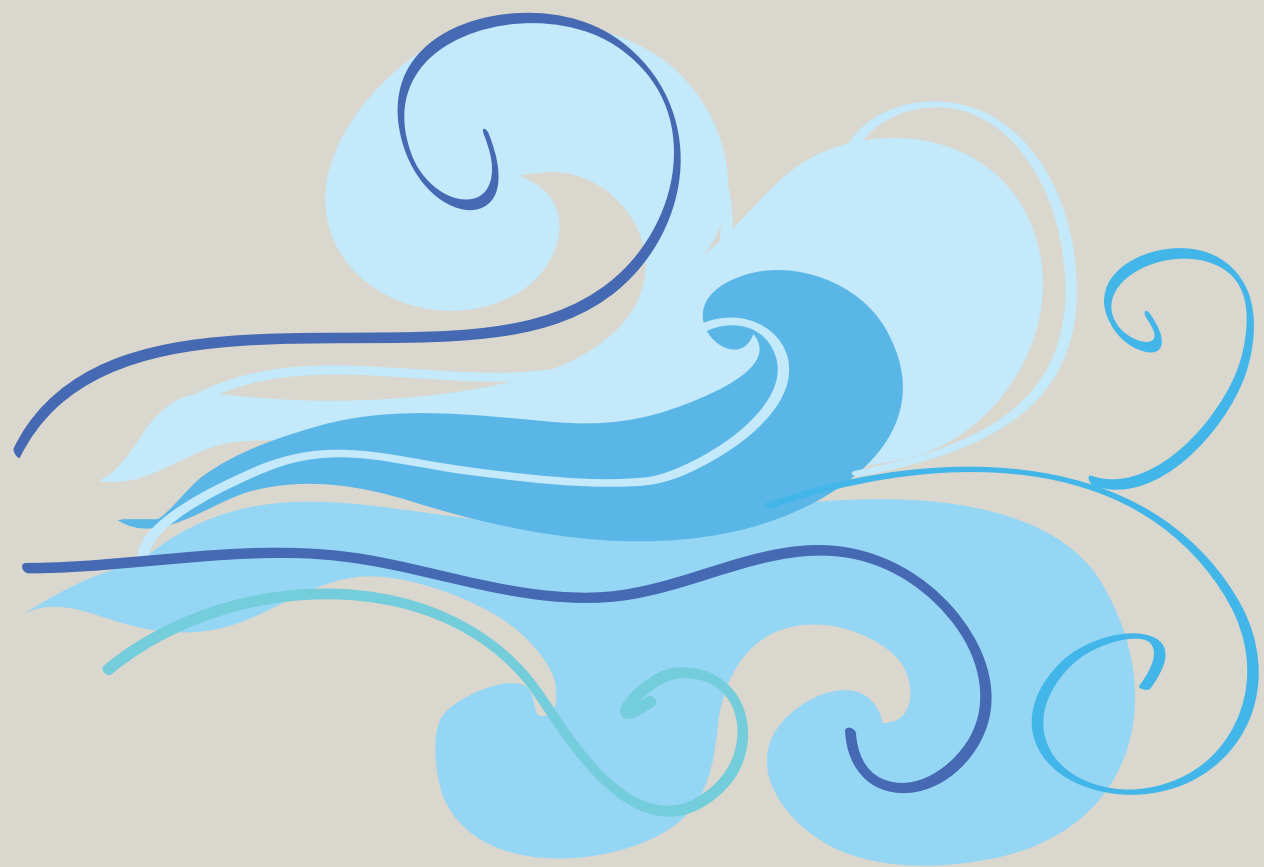


Toute PCR positive doit être confirmée par une culture

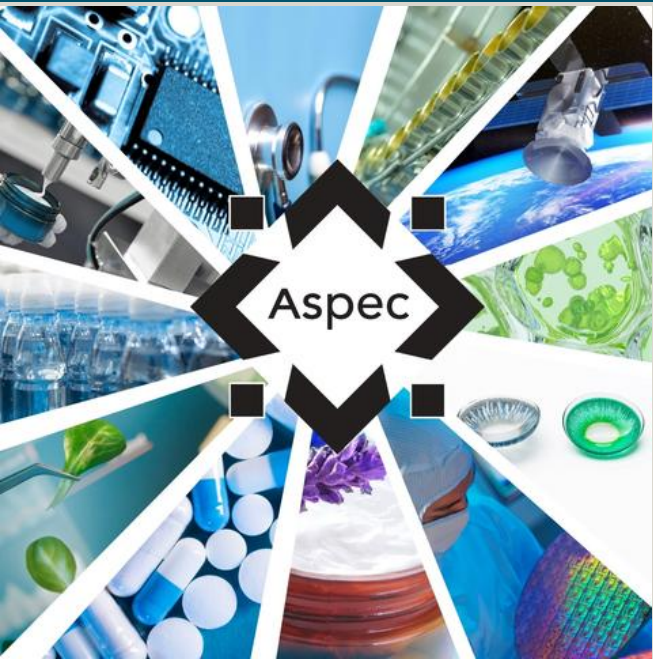
# Recommandations C.auris

Sandra Fournier (SF2H, APHP)

Situation épidémiologique		Patient identifié porteur et placé en PCC* et chambre individuelle dès l'admission - Risque faible	Découverte fortuite en cours d'hospitalisation Risque moyen	Epidémie Risque élevé
Patient porteur	Précautions d'hygiène	Chambre individuelle + PCC	Chambre individuelle + PCC	Chambre individuelle + PCC
	Bionettoyage	Renforcé <i>C. auris</i>	Renforcé <i>C. auris</i>	Renforcé <i>C. auris</i>
	Organisation des soins	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Marche en avant et, selon analyse de risque, renfort en personnel	Regroupement des patients en 3 secteurs distincts avec personnels dédiés (porteurs, contacts, indemnes)
	Admissions	Poursuivies	Poursuivies	Poursuivies, entrants orientés selon leur statut vers secteurs porteurs, contacts ou indemnes
	Transfert	Possible, en PCC et chambre individuelle	Possible, en PCC et chambre individuelle	Seulement si nécessaire, en veillant à la prise en soins sans perte de chance pour le patient
Patients contact	Précautions d'hygiène	PS**	PS dans le service concerné PCC si transfert dans un autre service	PS dans le service concerné PCC si transfert dans un autre service
	Bionettoyage	Habituel	Renforcé ± produit actif sur <i>C. auris</i> ***	Renforcé <i>C. auris</i>
	Dépistage périmètre	Patients contact présents dans l'unité	Tous patients contact, y compris ceux déjà transférés	Tous patients contact, y compris ceux déjà transférés
	Dépistage rythme	Hebdomadaires tant que le porteur est présent Puis un dépistage hors exposition	Hebdomadaires tant que le porteur est présent Puis 3 dépistages hors exposition Si transfert, 3 dépistages hors exposition	Hebdomadaires jusqu'à au moins 3 dépistages négatifs hors exposition Si transfert, 3 dépistages hors exposition
	Dépistage Technique	Culture	PCR souhaitable pour le 1 <sup>er</sup> dépistage ou à défaut culture, puis culture pour les suivants	PCR souhaitable pour le 1 <sup>er</sup> dépistage ou culture
	Transfert	Possible, en PS et pas de dépistage	Limité, en PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs hors exposition	Seulement si nécessaire et après au moins un dépistage négatif, en PCC. Poursuivre les dépistages jusqu'à au moins 3 négatifs hors exposition.
	Ré hospitalisation	PS et pas de dépistage	PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs	PCC jusqu'à 3 dépistages négatifs
Identification informatique en cas de réadmission	Uniquement le porteur	Porteur et patients contact n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition	Porteurs et patients contact n'ayant pas eu 3 dépistages négatifs hors exposition	
Antibiotiques/antifongiques	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	Limités au strict nécessaire Après avis référent	



# ASPEC : zones à risque le fondamentaux des zones à risques , traitement de l'air (rencontre avec l'expert)



- Rappel du fonctionnement de traitement d'air dans les salles propres à environnement contrôlé
- Prendre en compte la pollution extérieure de l'air (ex air de PARIS est 10 fois plus chargé en particules que Lille)

- **Norme NF-S 90-351 (2013)** aide à l'analyse de risque (en cours de révision réintégration de la valeur d'hygrométrie fin 2026.)

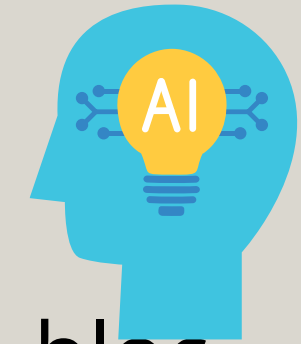
- Carnet Sanitaire AIR : conception maîtrisée  
=> surveiller et améliorer le TTT d'air


- **Norme 14 644.2** fixe les seuils de performance des salles propres et de la propreté particulaire

## La révision a pour but:

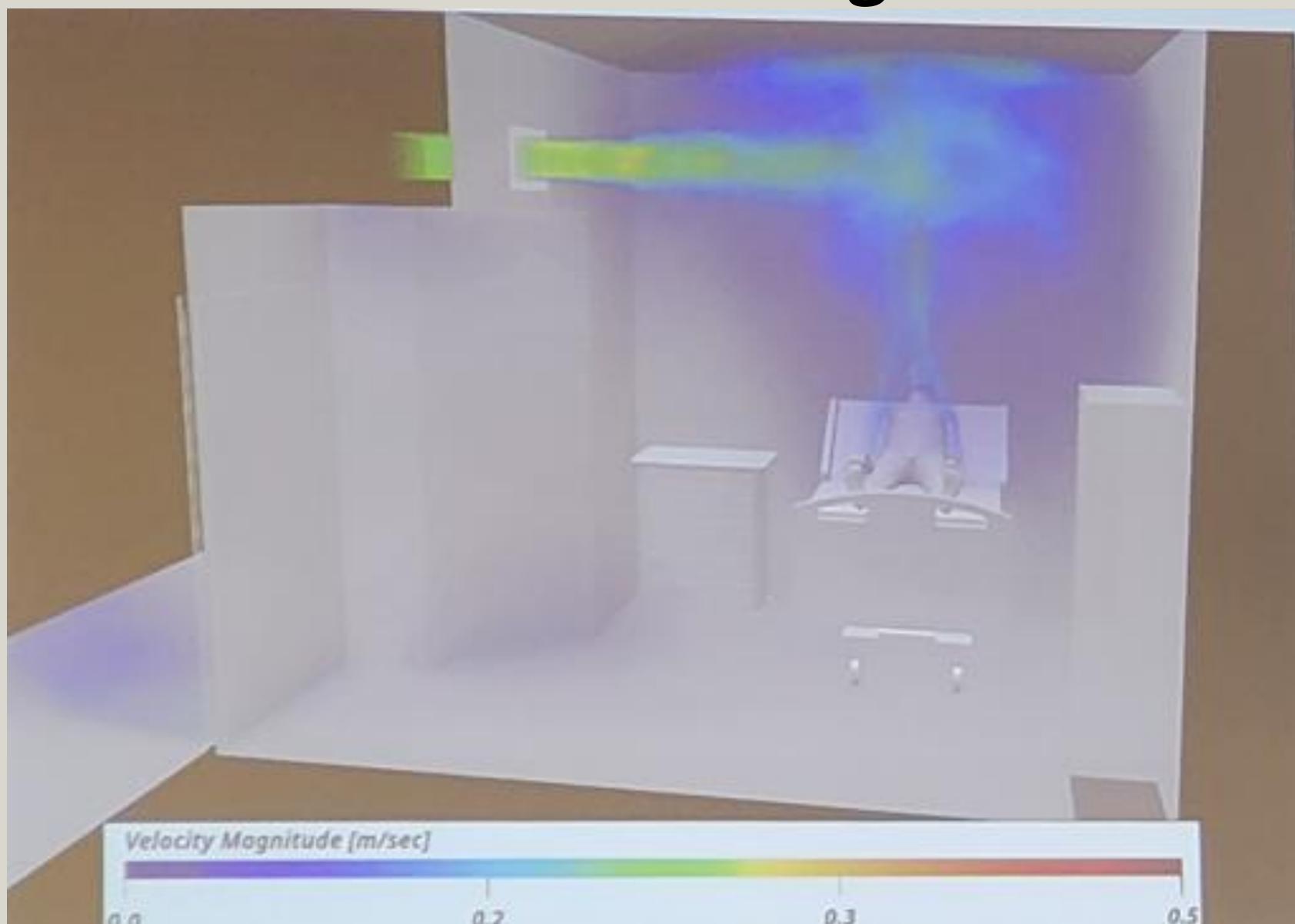
- D'aider le concepteur avec les EOH et les pharmaciens à mieux définir l'analyse de risque en fonction de l'activité
- D'aider le concepteur à concevoir des solutions techniques de traitement d'air en collaboration avec les Equipes Opérationnelle Hygiène
- D'aider le concepteur à maîtriser la qualité des matériaux et l'étanchéité de l'enveloppe .( mise en pression avant mise en service.....)
- D'aider le concepteur à maîtriser la consommation énergétique
- D'aider les EOH à maîtriser l'exploitation des zones à risques

# ASPEC : zones à risque le fondamentaux des zones à risques traitement de l'air (rencontre avec l'expert)






- IA pour adapter les volumes d'air en fonction des conditions atmosphériques et du nombre des personnes présentes dans le bloc
- Diminuer le coût énergétique des blocs opératoires :
  - Le mode veille des blocs opératoires  d'environ 50 % la consommation énergétique en diminuant les débits d'air et en ajustant les températures pendant les périodes sans activité, principalement de 20h à 6h (Roubaix)
  - **ACTIVITÉ** → **VEILLE** → (réduction air/températures) → **REPRISE** (tactile ou programmée) → retour paramètres normaux → **BLOC PRÊT**
  - *une qualification initiale + vérification du temps de récupération est fortement recommandée, puis intégrée à la qualification annuelle.*

## Anticiper les performance d'une nouvelle unité de traitement de traitement d'air grâce à la simulation Dassault Systèmes



### APPLICATIONS ÉTENDUES DE LA GAMME SATELLITE

	<p><b>PLASMAIR<sup>®</sup></b> Satellite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention du risque aspergillaire : hématologie, réanimation, pneumologie</li> <li>• Réduction du risque de transmission croisée aéroportée : SMIT</li> </ul>
	<p><b>HEPA</b> Satellite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurisation microbiologique et particulaire : chirurgie hors bloc, prélèvements de tissu, couloir, sas, laboratoires</li> </ul>
	<p><b>eCHEM</b> Satellite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurisation polluants chimiques : laboratoires AMP, salles lavage endoscopes, laboratoires</li> </ul>



Lille

3 AU 5 JUIN 2026

# CONGR\u00c8S NATIONAL DE LA SOCI\u00c9T\u00c9 FRAN\u00c7AISE

04/06

Th\u00eatre Louis Pasteur

10:05 - 10:35

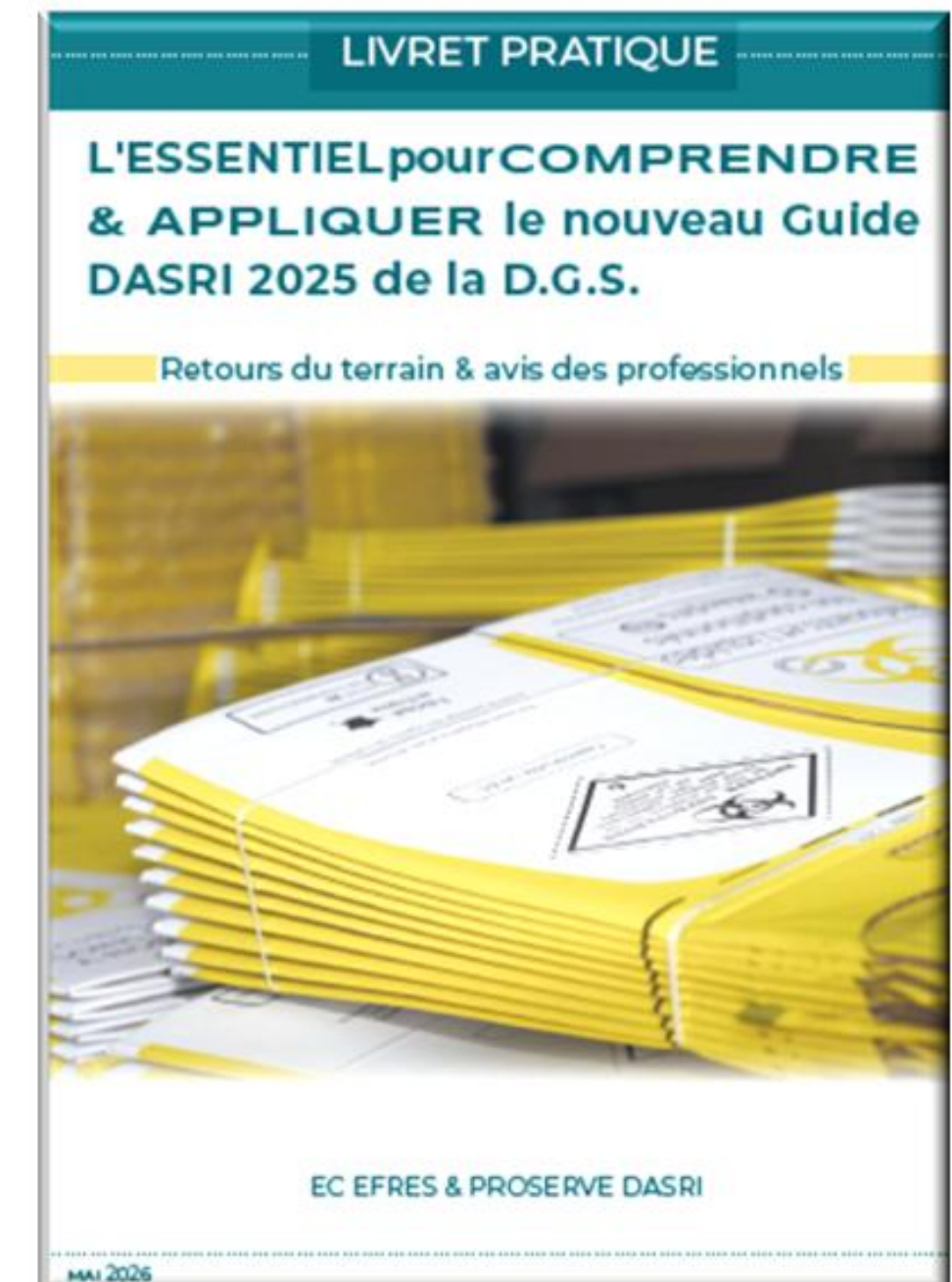
## Session de l'innovation - PROSERVE DASRI

Session Innovation

DASRI: l'essentiel pour comprendre et appliquer le nouveau Guide DASRI

Erick CHOUCAT (Clermont-Ferrand), Youssef ERNEZ (Le Kremlin-Bic\u00eatre)

Ga\u00e9lle VANDEWALLE (Le Kremlin-Bic\u00eatre)



# DASRI: « Nuances et différences d'approches »

## Guide ministériel DGS/ Proserve DASRI<sup>ESR</sup>

### **Le Guide Ministériel**

- Bases scientifiques solides
- Prise en compte de valorisation des DAS
- Maîtrise des coûts

### **Livre Blanc de Proserve**

- Initiative privée
- N'intègre pas la dimension écologique
- Risques de non-conformités face aux attentes des autorités sanitaires
- Surcoûts

## LA NORME PUBLIQUE : GUIDE DGS 2025

Fondé sur la Science et l'Écologie



**Transition écologique :**  
Réduction des volumes  
incinérés.



**Favorable financièrement :**  
Baisse des coûts de  
traitement.



**Sécurité réglementaire :**  
Aligné avec l'attente de  
l'ARS / HCSP.

## LE PIÈGE COMMERCIAL : EX. « LIVRE BLANC »

La Logique du Volume



**Préservation des volumes :**  
Sur-classification  
systématique.



**Surcoûts inutiles :**  
Facturation alourdie pour  
l'établissement.



**Risque opérationnel :**  
Faux sentiment de sécurité,  
non-conforme aux exigences  
publiques.

**Un producteur avisé applique le guide ministériel avec rigueur,  
quitte à renégocier ses contrats prestataires.**

## Les recommandations

### Pourquoi ?

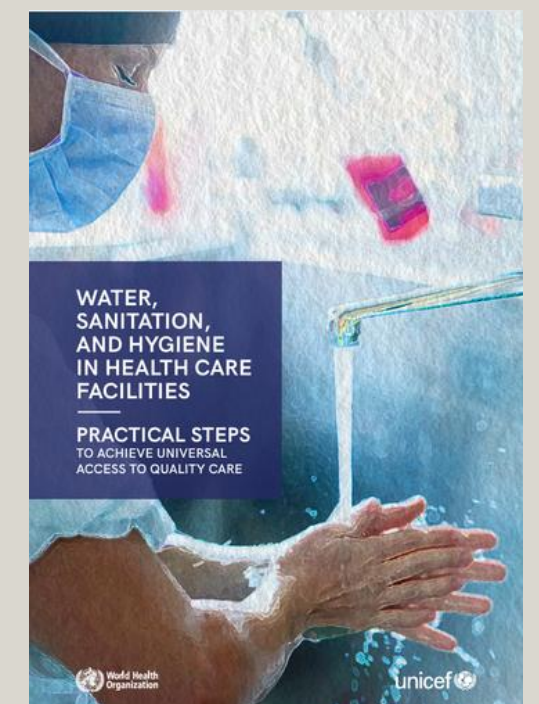
- Poids des infections transmises par l'eau
- Impact du changement climatique
  - Augmentation température de l'eau
  - Prolifération bactérienne
  - Efficacité désinfectants ?

Susanne SURMAN-LEE (Royaume-Uni)



### Key Messages

- 1. Prevention not reaction**
- 2. Vulnerable patients must remain central**
- 3. Systems thinking is replacing single-pathogen thinking**
- 4. Governance matters as much as engineering**
- 5. International convergence is emerging**



## L'eau aux soins intensifs : ami ou ennemi ?

Différents types d'exposition

*Jimmy Walker (Royaume-Uni)*



Wash hand basins



Tap outlets



Drains



Toilets



Showers

L'eau est indispensable aux soins et à la santé.

⚠ Mais elle peut aussi devenir une source majeure de risque infectieux pour les patients.

📅 Les stratégies actuelles ne permettent pas toujours de maîtriser ce risque.

🏥 Tout point d'eau doit être considéré comme une source potentielle d'exposition.

🔧 La prévention repose sur la conception des locaux, les mesures techniques et une gestion sécurisée de l'eau.

**Average non  
daily use of  
showers 86%**

Jo Walker 2023






## Point de vue allemand

Selin Temizel (Allemagne)

### KRINKO

- recommandations pour la prévention des IAS (2020) : surveillance des IAS, conception des réseaux d'eau, etc.
- obligation juridique de s'y conformer

### What to do?

	● Zone I — No infection risk (admin, visitor areas)	● Zone II — Possible infection risk (general wards)	● Zone III — High risk (ICU, haemato-oncology, NICU)
 <b>Sinks</b>	No specific requirements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rear-positioned drain outlet</li> <li>• ≥1 m distance to bed</li> <li>• Splash guard for aseptic workspaces</li> <li>• Per-/chlorine disinfection after MRE patient discharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consider removing sinks from patient rooms</li> <li>• Thermal self-disinfecting siphons</li> <li>• Use of filtered water for patient care activities</li> </ul>
 <b>Toilets</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rimless toilets recommended for new builds</li> <li>• Close lid before flushing</li> <li>• Per-/chlorine disinfection on backflow</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rimless toilets strongly recommended</li> <li>• Bedpan washer <math>A_0 \geq 600</math></li> <li>• Patient information e.g. about lid closure</li> </ul>
 <b>Showers</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wall-adjacent drain placement</li> <li>• No shower curtains (or replace at discharge)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequate clearance between drain opening and waste pipe</li> <li>• No standing water in the drain</li> <li>• Removable disinfectable drain caps</li> </ul>

03.06.2026 | 36th national congress of the French Society for Hospital Hygiene – Lille



## Expérience suisse

Valérie Goldstein  
(Suisse)

**Contexte** : Epidémies (*S.marcesens*, *P.aeruginosa*)

**Expérience** : soins "sans eau" dans 2 chambres de réanimation

Suppression des points d'eau

Toilette des patients avec lingettes (0 CHX), eau embouteillée si souillures, bonnet lavant

Accompagnement des équipes

### Feed back des équipes



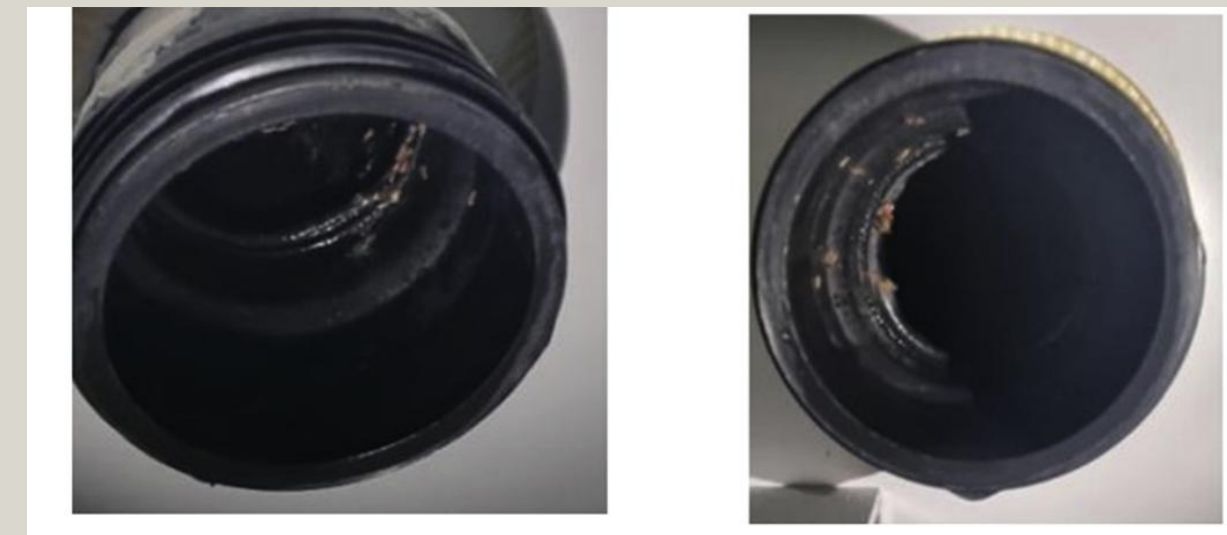
gain de temps  
moins de manipulation



confort hygiène du patient  
développement durable



↓ débit dans les canalisations → stagnation d'eau



## Quelles solutions ?

Margreet Vos (Pays-Bas)

Suppression des lavabos ? → Ne supprime pas les réservoirs : le biofilm et les plasmides de résistance persistent dans le réseau

**Sink 5 inoculated (black bar);  
After 7 days; growth in other sinks (grey bar)**

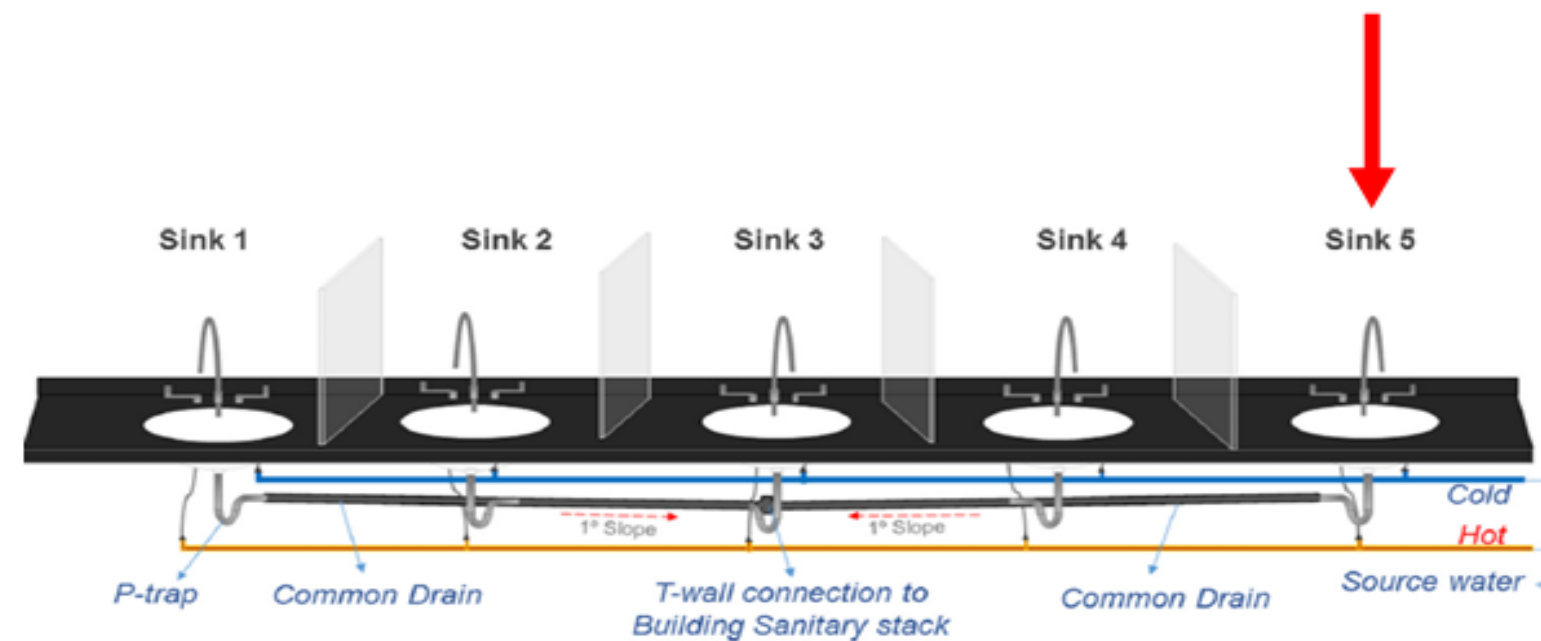


FIG 4 Layout of the sink gallery comprising the 5 sink modules and the associated plumbing.

Contamination croisée des lavabos du réseau

## Quelles solutions ?

*Margreet Vos (Pays-Bas)*



### Les comportements

- Eviter contact entre matériel propre et “zone sale”
- Ne pas éliminer les fluides corporels/nutriments dans les lavabos patients
- Dédier des lavabos exclusivement réservés au lavage des mains

### Conception et désinfection des siphons

#### *Désinfection automatisée*

- Choc thermique et vibration (MoveoSiphon)
- Catholyte avec action détergente (NaCl) + anolyte avec action désinfectante (acide hypochloreux)
- eau ozonée (rinçage automatisé pour prévenir l'attachement de biofilm)

## Quelles solutions ?

Margreet Vos (Pays-Bas)

### Conception

- décalage de la bonde par rapport au jet d'eau
- pare-éclaboussures
- pas de stockage de matériel <1m du lavabo



Stanislas REBAUDET

Infectiologue Hôpital Européen Marseille/Epidémiologiste chercheur au SESSTIM/Membre GID SPILF

## Ce que l’IA peut faire pour l’Hygiène Hospitalière

Détection des épidémies, prédiction du risque individuel d’infections ou de portages, prédiction des IAS sporadiques, prédiction des infections ou portages lors d’une épidémie

### Tableaux de bord a priori très utiles

- Suspensions d’éclotions épidémiques**  
Détection d’agrégats spatio-temporels
- Patients à dépister ou à diagnostiquer**  
Liste priorisée par le risque
- Patients à isoler en précautions complémentaires**  
Mise en isolement ciblée
- Indicateurs de suivi et d’efficacité**  
Impact des mesures dans le temps

## Discussion

### L’IA ne remplacera pas les humains pour...

- Validation des signaux épidémiques**  
confirmer qu’une alerte est une vraie épidémie
- Jugement clinique et priorisation des actions**  
arbitrer selon le contexte du patient
- Investigations de terrain**
- Organisation du screening des contacts**  
logistique des prélèvements sur le terrain
- Communication et présence quotidienne**  
convaincre et accompagner les soignants
- Adaptation en temps réel**  
face à un contexte épidémique évolutif

L’IA amplifie le travail de l’EOH — elle ne s’y substitue pas.

## Exemples d’acteurs

- **Periscope™** pour les ISO post-opératoires
- **ZINC +** pour la surveillance des infections
- **nosokos**
- **Infection Tracker**
- **sterloCare**
- **ICNET**

### Mais limites propres aux systèmes

- Qualité des données source**
  - Identifiants patients  
appariement fiable d’un même patient
  - Saisie des mouvements  
entrées, sorties et mutations exhaustives
  - Données microbiologiques  
cultures, PCR... formats hétérogènes
- Séquençage haut débit (WGS)**  
loin d’être envisageable en routine
- Robustesse et efficacité des algorithmes**  
fiabilité des modèles sous-jacents
- Interopérabilité des SIH**  
systèmes d’information hospitaliers cloisonnés
- Angle mort de détection**  
l’IA ne trouve que ce qu’on lui demande de chercher
- RGPD & gouvernance des données**  
cadre réglementaire, hébergement, consentement

### La question du ratio coût/bénéfice

- Ce qui fait hésiter**
  - Systèmes chers**  
licences élevées des solutions clés en main
  - À coût égal, recruter pour l’EOH ?**  
renforcer les équipes pour faire vraiment le travail de terrain
- Néanmoins, des bénéfices réels**
  - Libérer du temps à haute valeur ajoutée**  
terrain, formation, négociation
  - Générer des économies**  
contacts manqués → diffusion prolongée → surcoût humain et économique

**Une voie médiane ?**  
Outils développés en interne, open-source, ou mutualisation (GHT, régional)

# Session SPILF : “Siphon squatté, faites entrer l’accusé !”

Dr Sara ROMANO-BERTRAND, MCU-PH

Equipe PHYse, UMR Hydrosociences, Université Montpellier/Département d’Hygiène Hospitalière, CHU Montpellier

## L’accusé :

- Les OPPPs dont *Pseudomonas aeruginosa*
- Caractéristiques communes : biofilm, survie dans les amibes, transferts horizontaux de gènes, de virulence et de résistance aux antibiotiques
- Dans les ES, les réseaux d’eau constituent des réservoirs favorisant la sélection des OPPPs et leur transmission aux patients

## Le crime :

- PA en Europe et en France : 5ième et 6ième rang des IAS

## L’arme du crime

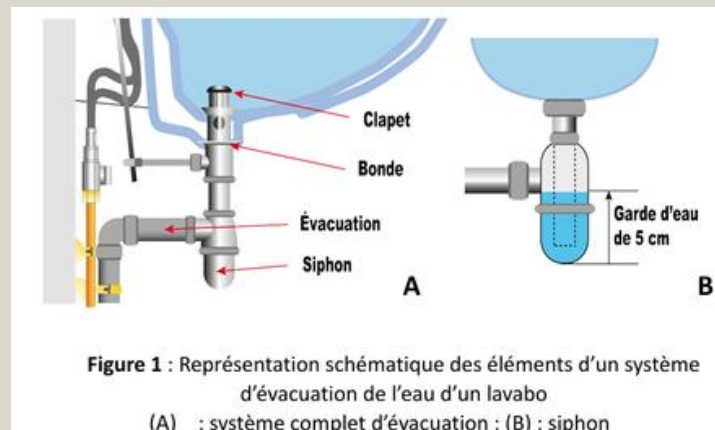


Figure 1 : Représentation schématique des éléments d’un système d’évacuation de l’eau d’un lavabo  
(A) : système complet d’évacuation ; (B) : siphon



## La défense

**Ingénierie des points d’eau**

**Lavabo de profondeur >20cm et en pente douce** pour éviter les éclaboussures

**Décaler les robinets par rapport au siphon** pour limiter les éclaboussures directes à partir du siphon

**Réduire la pression de l’eau avec des aérateurs**  
=> robinetterie certifiée ECAU-M (NF 077 MM) dédiée au monde hospitalier

**Paillasses** : Corian idéalement

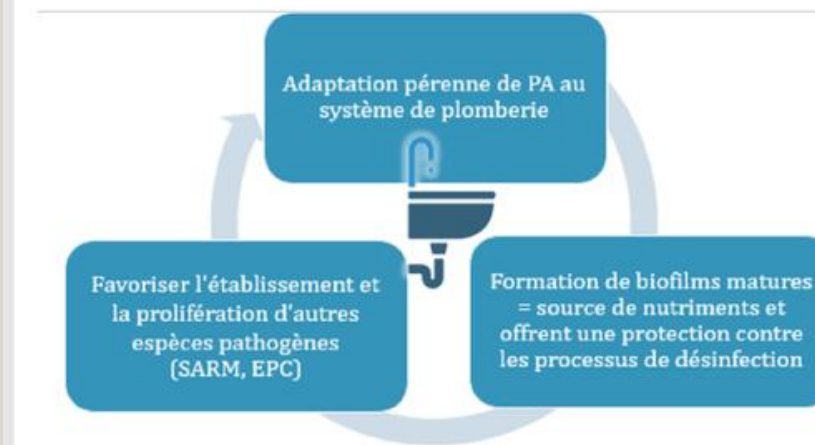
**Barrières antiéclaboussures**

**Point d’eau à distance** du lit et du matériel de soins

**+ Désinfection des siphons et des points d’eau**

## Le verdict

- Le risque d’infection à *P. aeruginosa* dépend du **profil de risque** du patient, de la nature des soins et du **degré de colonisation du réseau d’eau**.
- Investigation environnementale et typages génomiques ⇔ <15-25 SNPs ou <7-13 loci pour confirmer un lien épidémiologique.
- **Prévention** : surveillance de la qualité de l’eau et des réservoirs humides, changement régulier des siphons +/- désinfection mais attention au risque de sélection d’EHR ?



**Siphons** = point chaud de colonisation et persistance de *P. aeruginosa* mais également de **propagation de l’antibiorésistance**

**Double défi :**

1. **Lutter contre les IAS** (à Pa mais pas que !) en éradiquant les réservoirs environnementaux
2. **Contrôler la propagation de l’antibiorésistance**

Vers des soins water-safe dans les secteurs à risque ?

## Quels risques de contaminations pour la toilette corporelle traditionnelle ?

- **La toilette au lit** moment clé dans l'hygiène du patient dépendant **source de contamination pour les patients comme pour les soignants.**
- La toilette traditionnelle => risques d'infections (*les serviettes, les gants secs ou les bassines et l'eau sources de contamination bactérienne*).
- Etude dans un hôpital américain => 62% à 98% des bassines de toilettes étaient contaminées
- **La toilette sans rinçage au gant à usage unique**
  - Contribue à réduire les risques de contamination
  - Adaptée aux patients les plus fragiles.



[1] American Journal of Infection Control xxx (2011) 1-3 Hospital bath basins are frequently contaminated with multidrug-resistant human pathogens

## État des lieux et Enjeux (2024-2026)

- Les infections respiratoires constituent 60 % des infections en réanimation.
- L'impact majeur du COVID-19 : L'incidence des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) est de 31,9 pour 1000 jours de ventilation chez les patients COVID+, contre environ 14 à 18 pour les autres patients.
- **Pronostic et Mortalité** : traitement antibiotique initial inapproprié = facteur de risque critique, triplant le risque de mortalité (Odds Ratio de 3.03).

## La Pneumonie Acquise sous Ventilation Mécanique (PAVM) : Un Défi Majeur en Réanimation

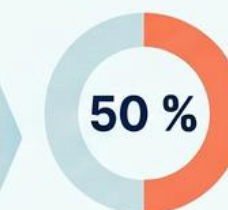
### Comprendre la PAVM et son Impact

#### Un processus inflammatoire pulmonaire tardif



Admission Mécanique    Ventilation Mécanique    PAVM

Infection absente à l'admission, se déclarant >48h après l'entrée ou la ventilation mécanique.



50 % de la consommation d'antibiotiques

La PAVM et la pneumonie hospitalière représentent la moitié des prescriptions antibiotiques à l'hôpital.



#### Un diagnostic complexe et variable

L'incidence varie de 4 % à 42 % selon les définitions cliniques et microbiologiques utilisées.

CONTEXTE: La PAVM est la deuxième infection nosocomiale la plus fréquente à l'hôpital. Elle se définit par une inflammation du tissu pulmonaire survenant plus de 48 heures après le début d'une ventilation mécanique invasive, entraînant une morbidité et une mortalité importantes.



#### Comparaison de l'impact clinique selon le type d'infection respiratoire en réanimation

Condition	Durée Ventilation (médiane)	Mortalité en Réanimation
Trachéobronchite (VAT)	13 jours	29 %
<b>Pneumonie (PAVM)</b>	<b>13 jours</b>	<b>40 %</b>
Absence d'infection	7 jours	30 %

### Mortalité et Facteurs de Risque

#### Le "sur-risque" lié au COVID-19



Patient NON-COVID (14,2 % PAVM)    Patient COVID+ (31,9 % PAVM)

L'incidence de la PAVM double chez les patients COVID+.

**8,1 %** de mortalité attribuable

En cas de COVID-19, la mortalité directement liée à la PAVM est nettement plus élevée.

#### Facteurs aggravants au diagnostic



Choc septique, le SDRA et les bactéries multirésistantes sont des facteurs majeurs de mortalité.

# Soins Critiques : l'infection en ligne de mire

## Actions de Prévention

### Prévention: mesures "incontournables"



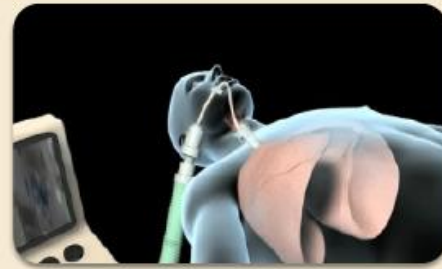
#### Eviter l'intubation

- VNI
- O<sub>2</sub> HDNH



#### Eviter la sédation

- pas de sédation
- arrêt quotidien
- protocoles de sédation



#### Réduire la durée de la VM

- protocole de sevrage VM
- mise en VS

### Prévention : mesures "incontournables"



Position 30-45°



Hygiène des mains



Pas de changement systématique des circuits



Gestion de l'ATB



Bundles

# Soins Critiques : l'infection en ligne de mire

## Actions de Prévention

Soins critiques : l'infection en ligne de mire

Adapter la prévention à ces spécificités :  
**les réponses de l'hygiéniste**



### Trois spécificités qui imposent une prévention stratifiée



#### Densité d'exposition

Concentration de dispositifs invasifs, fréquence des soins au chevet, rotation rapide des intervenants, situations d'urgence : **multiplication des portes d'entrée et des opportunités de transmission.**



#### Pression de sélection

Écologie propre aux soins critiques : émergence et diffusion des BMR/BHRe (ERG, EPC, ABRI) ← **pression de sélection**

L'**environnement** (surfaces, points d'eau) agit comme réservoir.



#### Résilience limitée

**Faible marge d'erreur** : chez le patient critique, une infection associée aux soins peut précipiter une décompensation engageant le pronostic vital → risque compétitif

## Le socle

- Adapter la surveillance épidémiologique: surveillance ciblée, feedback, comparaison des souches...)
- Dépistage des BMR: à l'admission? Chaque semaine? dépistage systématique n'a pas fait ses preuves quand les PS sont bien respectées. Action à cibler, plutôt qu'en routine.
- Les Précautions Standard : un vrai levier en approche horizontale (universelle) / verticale (ciblée sur le MO)

## Du socle aux PS et Bundles

- Les fondamentaux : HDM, EPI, BU des gants
- PCC : critères de levée de l'isolement
- Bundles de prévention: efficacité si éléments d'observance élevée (bactériémies sur cathéters, PAVM)

## Adapter la gestion de l'environnement

- Bionettoyage optimisé : **points de contact, techniques complémentaires**
- Eau et points d'usage : **réservoirs à risque, proches des soins**
- Gestion des excréta
- Air et zones à haut risque : **porte du box ouverte, fréquence des PGA**

## Si justifié

- Toilette à la chlorhexidine, mais attention à la tolérance cutanée et bénéfice non universel
- Dry / water-free ICU : retrait des lavabos, soins sans eau, à discuter
- Développement durable : impact en matière de réduction de l'empreinte carbone, nouvelle approche

Un positionnement à adapter :  
Partenaire, non contrôleur  
S'intégrer dans les staffs  
Culture de sécurité

## Les limites :

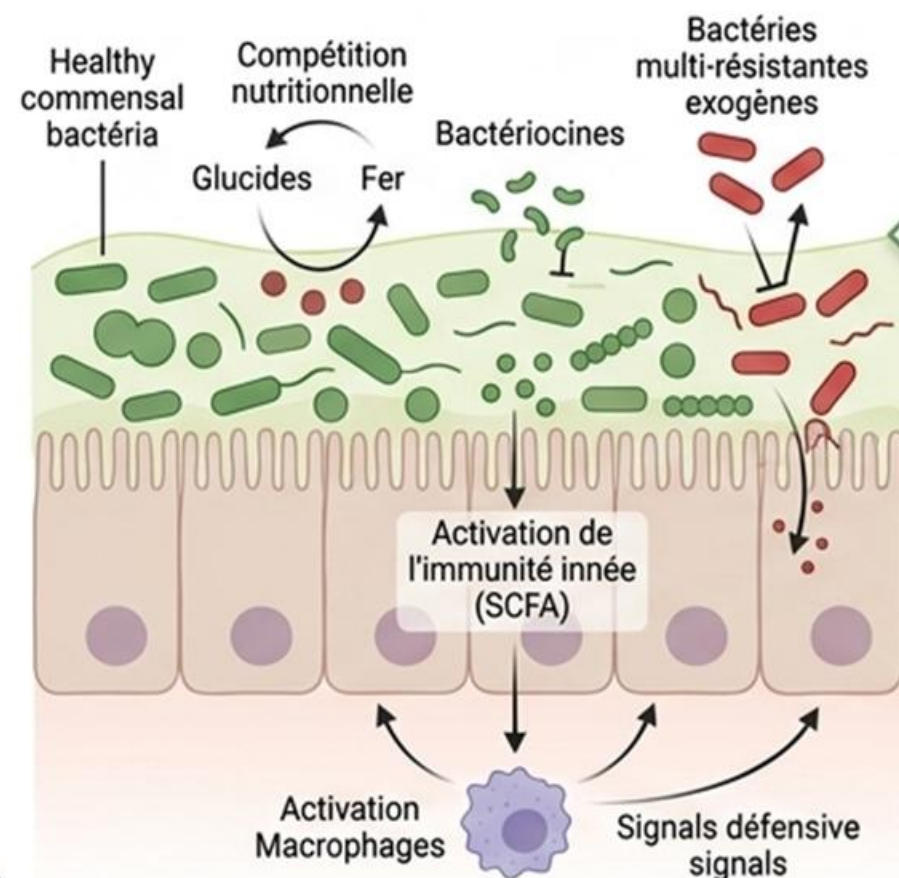
observance en situation de charge de travail extrême, donner du sens à la GDR (côté opérationnel), niveau de preuve inégal (croyances), problèmes de ressources suffisantes et durables....

### CONCLUSION

#### Des spécificités qui exigent d'adapter la logique, pas seulement l'intensité

- Oui : les soins critiques exigent une prévention stratifiée, fondée sur des preuves et adaptable.
- L'hygiéniste : son rôle est d'apporter des réponses argumentées, pas des recettes uniformes.
- Surveillance, précautions ciblées, maîtrise de l'environnement et partenariat clinique forment un système cohérent et durable.

## Le Bouclier Microbien : La longue dynamique de décolonisation



### La Résistance à la Colonisation

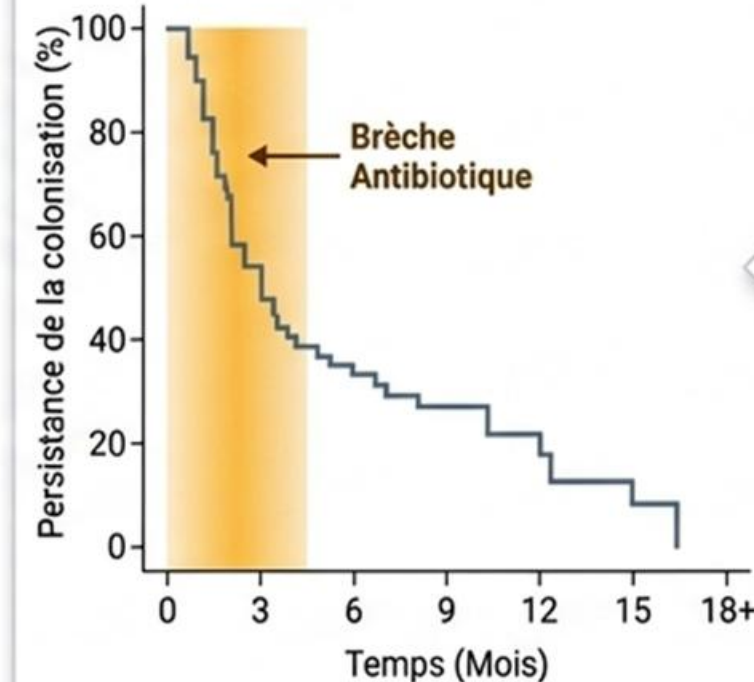
Le microbiote sain est la première barrière anti-BMR.

Mécanismes : Compétition nutritionnelle, sécrétion de bactériocines, et activation de l'immunité innée (acides gras à chaîne courte).

### Alerte Antibiotique

Les antibiotiques détruisent les anaérobies protecteurs, ouvrant une fenêtre d'expansion pour les BHR.

### Decolonization Decay Curve



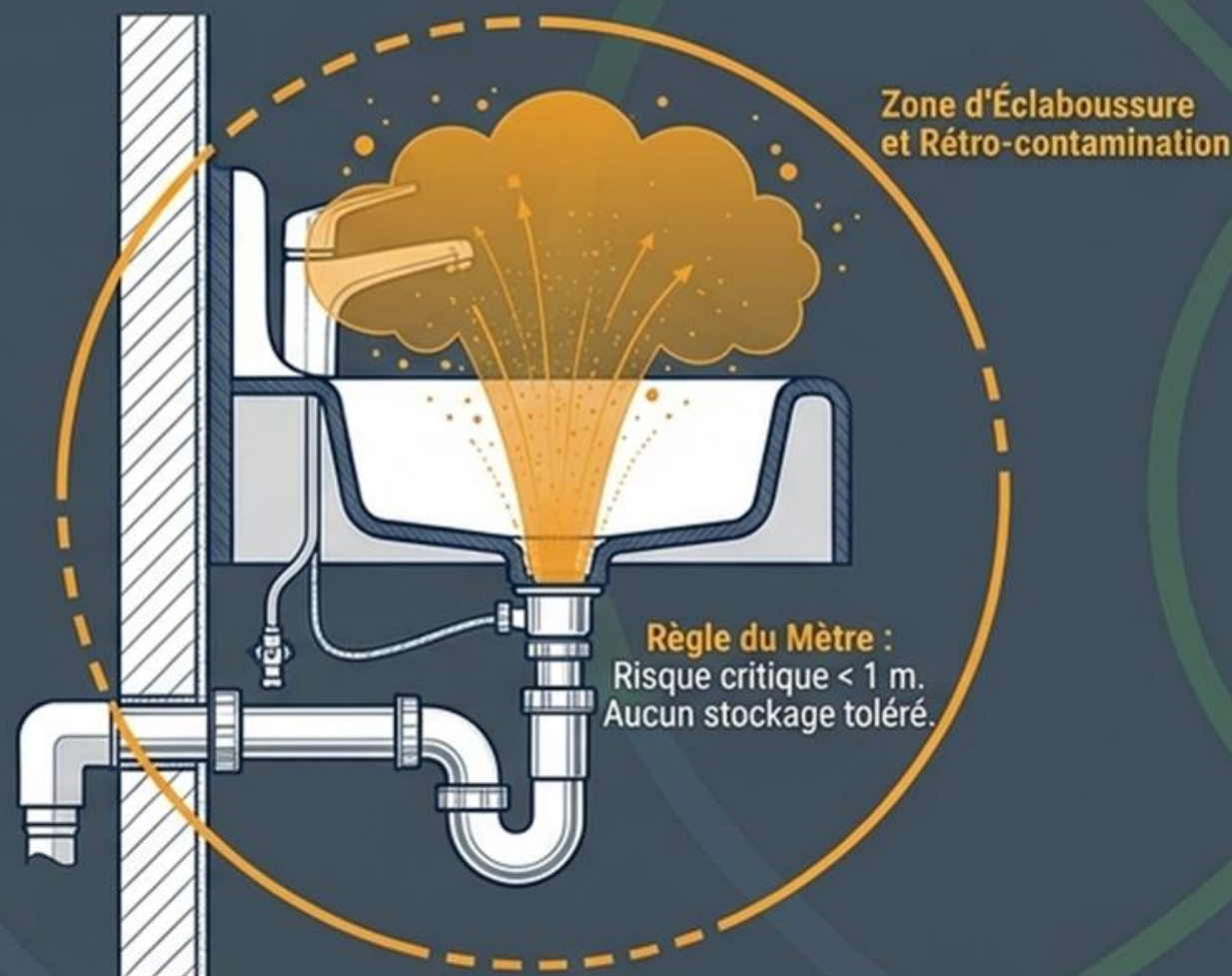
### La Lenteur de la Clairance Spontanée

**EPC** : Seulement 27 % de décolonisation spontanée à 12 mois.  
**ERG** : Clairance estimée à 90 % à 13 mois.

**Conclusion clinique** : La vulnérabilité du patient dure des mois, voire des années. L'exposition ne suffit pas à l'infection ; c'est la création d'une niche écologique qui permet l'implantation.

## Les Réservoirs Silencieux : L'amplification environnementale

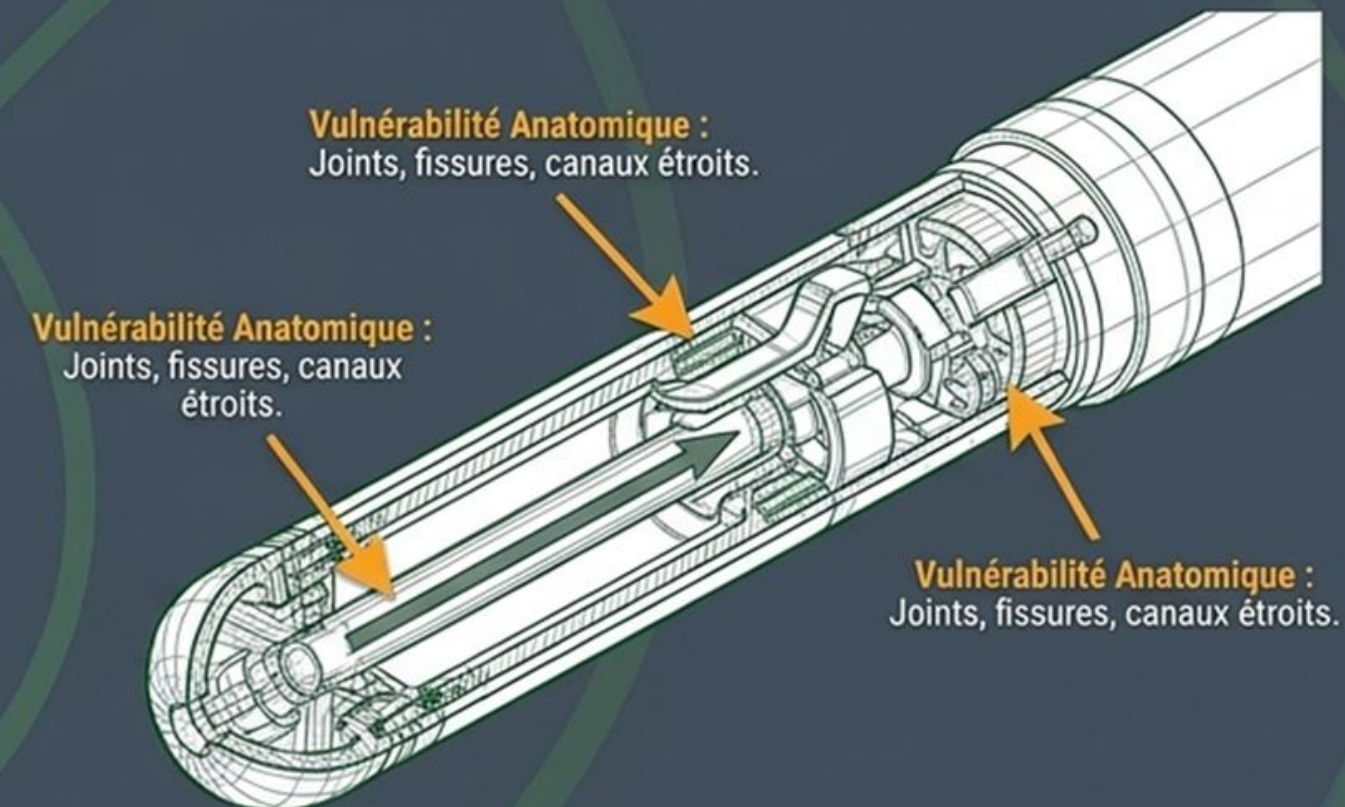
### L'Environnement Hydrique (Points d'eau et Siphons)



#### Le Péril :

- Persistance de clustere et clonaux d'EPC (ex: *C. freundii* OXA-48) pendant plusieurs années. Formation de biofilms inaccessibles.
- **Mécanique** : Un jet d'eau direct dans la bonde génère des éclaboussures massives.

### Le Défi des Dispositifs Complexes (Endoscopie)

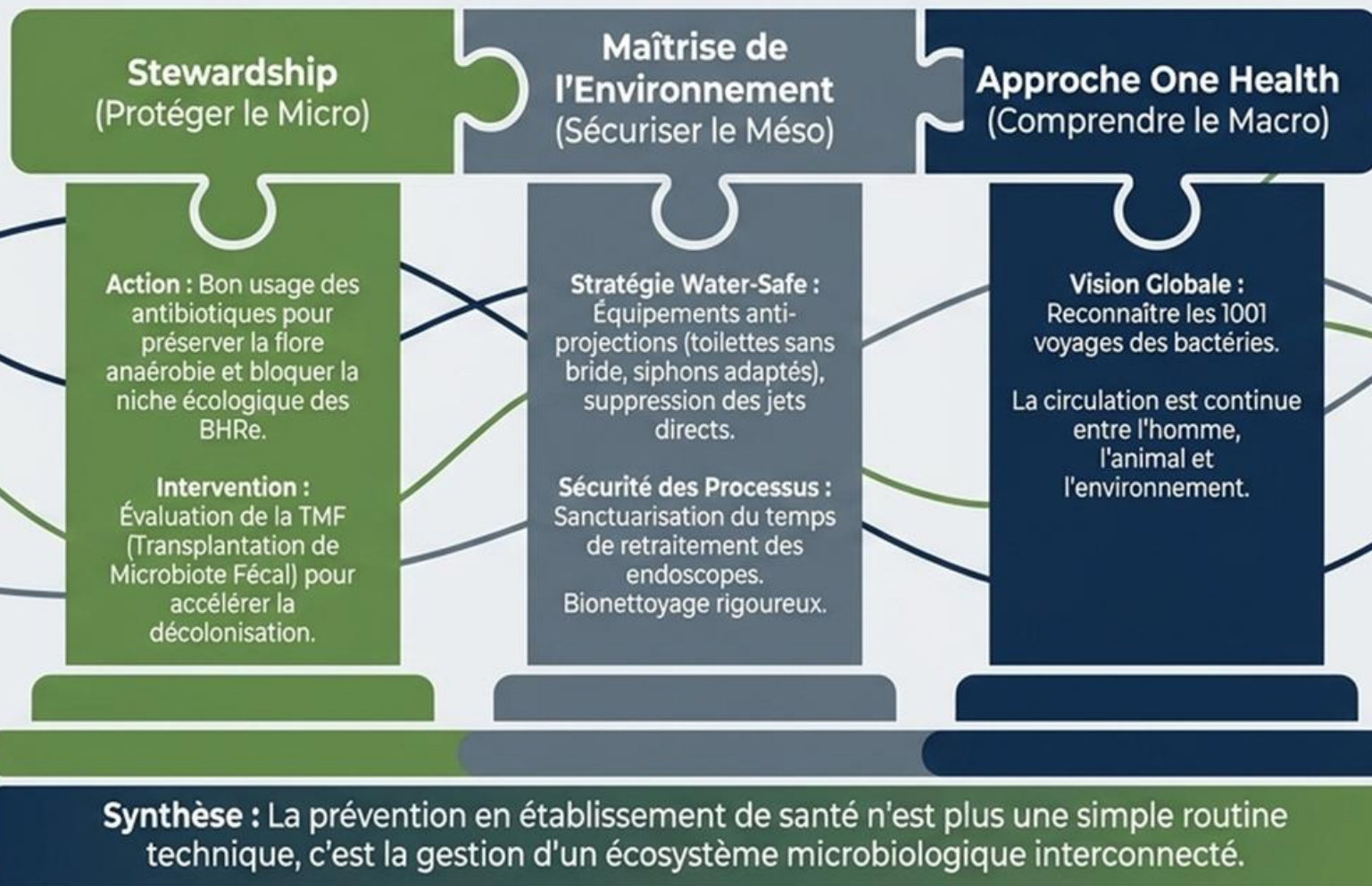
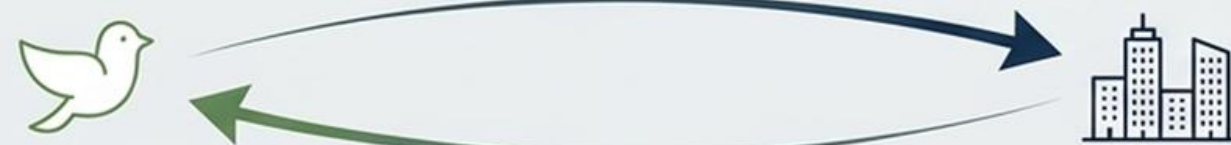


#### Facteurs Humains

Le retraitement est une activité à haute intensité soumise à une charge bactérienne massive.

**Donnée Critique** : 70 % du personnel ressent une forte pression de productivité → 17 % sautent des étapes de bionettoyage ou les réalisent trop vite.

## La Riposte Intégrée : Protéger l'écosystème



### Prévenir BMR/BHRe après ATB : 3 leviers (BUA)

- Eviter l'inutile/ Raccourcir/ Choix du spectre

### Reconstituer le microbiote après ATB :

- Transplantation fécale : efficacité ? signal intéressant sur la diminution des infections
- Probiotiques : pas de réduction significative
- Interventions nutritionnelles : fibre, AGCC..
  - Microbiote : Consortium de bactéries



*Présentation de LS Aho Glélé*

**Mesures essentielles** : ABP adaptée, antiseptie SO, décolonisation nasale

**Mesures complémentaires** : Fils triclosan, pression négative, irrigation plaie

**Facteurs "*modifiables*"** : Diabète, Tabac, BMI

**Efficace ?** : décont. cutanée/ *C. acnes* en chir épaule

**Efficace mais à risque** : FiO<sub>2</sub>

**Effet marginal** : TTT de l'air, tenue, calot



## Présentation de Mohamed Abbas : HUG



### Pourquoi évoluer ?

Surveillance manuelle :  
chronophage, subjective  
et décalée du soin



### L'IA comme triage

Le machine learning trie  
les dossiers et réduit la  
charge de travail de 90%



### Surveillance augmentée

Traces numériques pour  
que l'expert se concentre  
sur les cas complexes



## Diagnostics des pratiques et facteurs de risque identifiés



### Friction chirurgicale

**62,7%**

conformite chirurgiens  
vs 77,7% IBODE  
*Linda Levin*



### Preparation cutanee

**63%**

rasoir a domicile  
Tracabilite insuffisante  
*Linda Levin*



### Cesariennes - Benin Facteurs de risque ISO

Diabète (OR 6,91), Obésité (OR 2,97)  
Durée d'intervention > 60 min.  
>7 personnes en salle  
*C. Comlan Degbey*



### Quiz connaissances **HCL**

**Antiseptie et DM**  
axes d'amélioration prioritaires  
(tenue et bionettoyage /maitrisés)  
*Blandine Chauvin*

## Gestion d'episodes critiques et leviers d'amelioration



### Episodes critiques

**7 ISO graves en neurochirurgie** liees aux tondeuses mal desinfectees. Passage aux lames a usage unique = fin de la serie.

*Houssein Gbaguidi-Haore*



### Outils de remediation

Chronometres en salle, protocoles visuels, formations interactives via caissons pedagogiques pour corriger les defauts de friction.

*Linda Levin*



### Prevention collaborative

Protocoles standardises, information patient renforcee (20% informes/POP), interdisciplinarite EOHH-chirurgiens-IBODE.

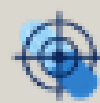
*Blandine Chauvin & Linda Levin*

### Présentation d'Eric Senneville : IOA à EPC



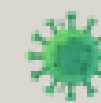
#### Emergence des EPC

IOA dues aux EPC (OXA-48, NDM) en hausse constante, defi therapeutique majeur



#### Cefiderocol

Solution de recours contre les Gram négatif ultra-resistants (Achromobacter)



#### Phagothérapie

Bacteriophages lytiques en protocole compassionnel contre les biofilms profonds



## Aérosols dentaires (fraisage, aéropollissage, détartrage)

Aspiration haute vitesse => réduction de 99% des aérosols



**Captage à la source et travail à 4 mains  
+ ventilation mécanique**

*Alexandre Baudet*



## Allergie Pénicilline & ISO

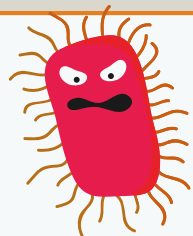


Label d'allergie (PAL) = facteur de risque majeur => ISO x2  
(OR 1,95)



**Réévaluation systématique en consultation  
d'anesthésie pour réhabiliter la Céfazoline**

*Boris Dieudonné*



## Épidémie d'EPC



Coût financier très lourd (estimé à 695 k€), défaillances organisationnelles



**Cohorting strict + équipes soignantes dédiées**

*Julien Houivet*



## A. baumannii



Résistance à l'imipénème x2,35 le risque de mortalité



**Tests de détection rapide dès identification pour  
adapter le traitement sans délai**

*Gwendal Mercier*

# “Posters” région Occitanie

## BIEN VIEILLIR EN ESMS, C'EST AUSSI PRÉVENIR LE RISQUE INFECTIEUX : OUTILS D'AIDE POUR LES PROFESSIONNELLS DE LA PCI

P. DUCHEIN 1, E. SARVIERE 1, L. ROUX 2, E. BOUCHE 2, C. FOUCOU 3, K. BIZY3, L. SOULIE 4, V. HUBERTS, D. AZNAR 5 et S. CANOUE 1  
1CPIas Occitanie, 2EMH 30, 3EMH 48, 4EMH 46, 5Humanitude



### INTRODUCTION

Suite à la loi du 8 avril 2024 portant sur les mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, de nouvelles approches de soins relationnels centrés sur le respect de la singularité du résident se développent en établissements médico-sociaux (EMS). Si ces démarches favorisent une prise en charge personnalisée, leur mise en œuvre peut être parfois perçue par les professionnels comme difficilement conciliable avec les recommandations de prévention et de contrôle de l'infection (PCI). Afin d'accompagner les Équipes Mobiles d'Hygiène (EMH) et les personnels encadrants des établissements, des fiches pratiques ont été élaborées. Elles proposent des pistes de réflexion pour concilier les soins personnalisés et bienveillants et la PCI en s'appuyant notamment sur le projet d'accompagnement personnalisé (PAP).

### MATÉRIEL ET MÉTHODE

A l'origine de ce projet, on retrouve une enquête régionale réalisée suite aux difficultés rencontrées par les EMH d'Occitanie dans les EHPAD ayant mis en place des méthodes de soins visant à accompagner les personnes âgées ou dépendantes dans le respect de leur dignité et de leur autonomie.

1 questionnaire a été adressé aux 15 EMH de la région  
55% taux de réponse (7/15)



En réponse aux attentes exprimées, un groupe de travail régional s'est constitué en juillet 2025, coordonné par le CPIas Occitanie et composé de 4 EMH et de représentants d'une méthodologie de soin relationnel.

### RÉSULTATS

6 EMH sur 7 ont identifié dans les établissements qu'ils accompagnent des actions en lien avec le « Bien vieillir ».

#### Les concepts identifiés

Bienveillance HAS, Humanitude®, Montessori®, Comme à la maison



sont présents dans 10 à 50% des EHPAD accompagnés par les EMH et impactent le respect des Précautions Standard (exemple : port de bijoux, tenue professionnelle, port des équipements de protection individuelle, gestion des épidémies...)

Le groupe de travail a élaboré 4 fiches présentées sous forme recto-verso. Elles intègrent le cadre réglementaire, les recommandations et les leviers pour concilier bien vieillir et PCI.

- Les thèmes sont :
- la synthèse des concepts,
  - la tenue professionnelle,
  - les animaux en EHPAD,
  - la toilette.



### CONCLUSION

Les fiches « Bien vieillir en ESMS, c'est aussi prévenir le risque infectieux » constituent un outil opérationnel d'aide à la décision pour les EMH, les professionnels du « Bien vieillir » et les établissements. Elles favorisent une approche équilibrée entre personnalisation des soins et exigences de la PCI. La promotion des fiches est assurée en région auprès des professionnels de la PCI et des professionnels du « Bien vieillir », des ESMS. Pour 2026, le groupe de travail s'est élargi pour intégrer d'autres concepts et travailler sur de nouveaux thèmes : la gestion des épidémies dans les suites du MARS N°2025-13, les soins bucco-dentaires et l'atelier thérapeutique culinaire...

Scan me



## Promotion de la vaccination antigrippale à travers une approche One Health

P-298

S. Clarivet<sup>1</sup>, M. Tambon<sup>2</sup>, H. Bruglière<sup>3</sup>, K. Gomez<sup>4</sup>, C. Dangla<sup>5</sup>, M. Cadot<sup>6</sup>, V. Garnier<sup>7</sup>, C. Pasquier<sup>8</sup>, L. Charnelou<sup>9</sup>  
<sup>1</sup>CPIas Occitanie, <sup>2</sup>UMRI1002 Occitanie, <sup>3</sup>Médecine, <sup>4</sup>Groupe vétérinaire Libanès, <sup>5</sup>EMH Occitanie, <sup>6</sup>EMH Occitanie, <sup>7</sup>EMH Occitanie, <sup>8</sup>EMH Occitanie, <sup>9</sup>EMH Occitanie

### Constat : une couverture vaccinale insuffisante

Taux de vaccination saison 2024-2025

21% de séniors vaccinés en EHPAD

52.7% de séniors vaccinés en France

25.3% de séniors vaccinés en France

Les méthodes de communication traditionnelles ne suffisent plus à convaincre les populations à risque

### Méthode : approche collaborative et innovante

Groupe de travail pluridisciplinaire régional  
CPIAS, OMedIT, ANS + Vétérinaire, Virologue, Pharmacien

Innovation

- Approche ludique
- Approche One Health

### Résultats : des outils ludiques et pédagogiques

2 supports pour 2 cibles

Patients: Carnets de jeux incluant 80 quiz, mots mêlés, ... (1078 téléchargements)

Soignants: (1386 téléchargements)

### Conclusion

Ce projet propose une approche innovante de promotion vaccinale, conciliant pédagogie, gamification et perspective One Health. Une déclinaison numérique interactive a été réalisée pour la Semaine européenne de la vaccination 2025, afin d'en renforcer l'accessibilité et l'impact. Cette approche pourrait s'appliquer à d'autres types de vaccinations et appuyer le lien entre vaccination humaine, vaccination animale et environnement.

SCAN ME

## PRÉVENIR LES INFECTIONS DÈS LA NAISSANCE : INTÉRÊT D'UNE ACTION RÉGIONALE COORDONNÉE

H. BOUTIERE<sup>1</sup>, S. BOUTIERE<sup>2</sup>, E. BOUQUET<sup>3</sup>, J. BOUQUET<sup>4</sup>, A. BOUQUET<sup>5</sup>, A. BOUQUET<sup>6</sup>, A. BOUQUET<sup>7</sup>, A. BOUQUET<sup>8</sup>, A. BOUQUET<sup>9</sup>, A. BOUQUET<sup>10</sup>, A. BOUQUET<sup>11</sup>, A. BOUQUET<sup>12</sup>, A. BOUQUET<sup>13</sup>, A. BOUQUET<sup>14</sup>, A. BOUQUET<sup>15</sup>, A. BOUQUET<sup>16</sup>, A. BOUQUET<sup>17</sup>, A. BOUQUET<sup>18</sup>, A. BOUQUET<sup>19</sup>, A. BOUQUET<sup>20</sup>

### INTRODUCTION

Semaine Sécurité Patient 2025 en Occitanie

La Semaine des parents pour la sécurité de bébé

Action coordonnée des acteurs régionaux de la périnatalité, de la pédiatrie et de la gestion des risques associés aux soins

### Webinaire

5 Jours, 5 Acteurs, 5 Actions

Dès le berceau, l'hygiène fait grandir en sécurité

60 connections

Le contenu s'appuie sur les recommandations nationales notamment sur les mesures universelles d'hygiène de 2022

### Et après ?

Réalisation d'un guide à destination des parents et familles.

### RÉSULTATS

Le guide

13 Fiches pédagogiques

1 Fiche sur l'importance de l'hygiène

5 Fiches sur les premiers gestes

7 Fiches "Pour grandir loin des infections"

11 Reflecteurs

Et des jeux...

### CONCLUSION

Cette démarche coordonnée a permis de développer des outils contribuant à l'acculturation et à l'amélioration de la littératie en santé à destination des familles et professionnels. Le stratégie de communication est centrée sur l'empowerment parental et non sur le peur de l'infection. Il est prévu une traduction du guide en plusieurs langues afin de toucher un plus large public.

30<sup>ème</sup> congrès de la SF2H Lille 2026

## P-022 L'hygiène des mains : encore un maillon faible en 2025 !

PARES<sup>1</sup>, LSTHEY<sup>2</sup>, R. NICOLLON DES ABAYES<sup>3</sup>, STORRES<sup>4</sup>, C.MIQUEL<sup>5</sup>  
<sup>(1)</sup> Réseau Intra-Clin des Pyrénées-Orientales

### INTRODUCTION

HYGIÈNE DES MAINS : une PRIORITÉ pour les 28 établissements sanitaires du réseau départemental.  
 UN MÊME CONSTAT : Ràchissement de l'indicateur EOH des dernières années → Réalisation d'un nouvel audit des pratiques professionnelles en 2025

### MATERIELS et METHODES

**AUDIT HYGIÈNE DES MAINS**

- Audit observationnel de l'usage du PHA
- Critères d'exclusion : professionnels en activité de consultation, laboratoires, explorations fonctionnelles
- Mai à septembre à Octobre 2025 sur la base du volontariat : 30 fiches minimum par établissement.

**Critères de conformité**

- Respect des prérequis.
- Cleanance et technique d'HYDM : en adéquation pour chaque catégorie professionnelle les soins et la temporalité où la technique de désinfection (PHA) est la plus pertinente.

Chaque agent est audité sur une seule situation de soins

Service	Hygiène des mains avant le soin	Hygiène des mains avant le geste opératoire	Hygiène des mains après le geste opératoire	Hygiène des mains après le soin	Hygiène des mains avant le soin	Hygiène des mains avant le geste opératoire	Hygiène des mains après le geste opératoire	Hygiène des mains après le soin
MEF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ME	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ME	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ME	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ME	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEF	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ME	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les cadres de santé sont audités uniquement sur les prérequis

### RESULTATS

20 établissements  
 851 professionnels audités, dont 63% en MCO

**Le respect des prérequis (n=851)**

**Le respect des prérequis (n=851)**  
 Valeur moyenne : 73,6%

**Absence de PHA dans 29,2% des situations observées qui le justifiaient**

**La qualité de la technique PHA quand elle est observée hors bloc opératoire (n=526)**

**La PHA au retrait des gants (n=247)**

**La conformité des IDE pour les soins en lien avec les soins vasculaires (n=247)**

**La conformité des 2 temps de PHA pour la désinfection chirurgicale des mains au bloc opératoire (n=88)**

### CONCLUSION

- Un aspect des prérequis encore insuffisant: négligence 7 opposition volontaire aux consignes 7 professionnels médicaux et encadrement trop souvent cités en exemple 7 défaut de contrôles 7
- Malgré la large disponibilité du PHA et sa place affirmée dans la prévention de la transmission croisée des infections, son utilisation reste insuffisante et la technique mal maîtrisée.
- En activité de bloc opératoire, l'insignifiance de la désinfection chirurgicale des mains est trop souvent en défaut : la PHA en deux temps ne répond pas aux critères attendus dans un trop grand nombre de cas.

**Les clés de l'amélioration des pratiques**

- La répétition des messages par les équipes d'hygiène : campagne IADM annuelle et toute autre action de formation.
- La mobilisation des cadres et des correspondants hygiène dans les unités de soins.
- Un nouveau levier : le regard des patients. Le nouvel indicateur HAS « hygiène des mains rapportée par les patients » sera-t-il incitatif ?

## P-140 Bon usage des collecteurs à aiguilles : indispensable mais pas si facile !

PARES<sup>1</sup>, M.POUJOL<sup>2</sup>, TWAGH<sup>3</sup>, S.GARDA<sup>4</sup>, LSTHEY<sup>5</sup>, C.MIQUEL<sup>6</sup>  
<sup>(1)</sup> Centre Hospitalier de Perpignan

### INTRODUCTION

Utilisation appropriée des collecteurs à aiguilles → Audit collecteur à aiguilles en 2022 au CHP → Dériver et non conformités observées régulièrement en service de soins → Audit collecteur à aiguilles 2025

Section du risque CHS - 17 des déchets DSDH

### MATERIELS et METHODES

**AUDIT COLLECTEURS A AIGUILLES**

- Audit observationnel
- Mai à un jour donné
- Dans chaque service : médecine, chirurgie, urgences, néonatalogie, soins intensifs, SAMU, USG, bloc opératoire, laboratoires et imagerie médicale

**Critères de conformité**

- Couvercle clipsé
- Collecteur fixé au chariot
- Fermeture provisoire activée
- Niveau de remplissage respecté
- Contenu limité à des déchets perforants
- Taille adaptée aux déchets

+ Comptabilisation des collecteurs utilisés pour d'autres usages

### RESULTATS

366 collecteurs évalués  
 Taux de conformité des collecteurs à aiguilles évalué par site

Site	Nombre de collecteurs observés
Pallasse de soins	64
Chariot IDE	122
Chariot Urgences	51
Chariot Médicaments	19
Chariot AS	2
Autres	97

450 motifs de non conformités

Motifs de non-conformité des collecteurs à aiguilles

Les collecteurs trop petits, trop grands et couvercles non clipsés représentent plus de 2% des non-conformités


112 usages dérivés des collecteurs à aiguilles  
 Les collecteurs à aiguilles qualifiés de dérivés sont utilisés comme des dispositifs de rangement.

### CONCLUSION

- Défaut d'activation de la fermeture provisoire : sous-estimation du risque (renversement en cas de chute, accident par une tierce personne) et méconnaissance de la technique d'ouverture de la languette.
- Utilisation par erreur des collecteurs à aiguilles pour éliminer des déchets non perforants : produits le plus souvent de façon simultanée à des déchets perforants (seringue, corps de pompe, fioles produits injectables, dosettes plastique).
- Défaut de fixation pour les collecteurs présents sur un dispositif mobile : échanges de garde-robes entre IDE et AS ou perte du support de fixation pour les chariots d'urgence.

**Actions d'amélioration**


- Rappel et démonstration aux équipes de la modalité d'ouverture d'un collecteur mis en fermeture provisoire.
- Intégration de la thématique du bon usage des collecteurs à aiguilles dans les visites semestrielles de service par EOH en 2025 et dans les visites de caractérisation des déchets.
- Étapes d'auto-évaluation des collecteurs à aiguilles par les correspondants hygiène, avec fourniture par EOH en fin d'année 2024 d'un outil d'audit.



EMH TARN  
Cœur d'Occitanie

## Indicateur Précautions Standard : un outil efficace pour améliorer les connaissances et pratiques des professionnels

ref : P - 144



SF2H  
Risque infectieux et son

Sylvie FABIANI<sup>1</sup>, Olivia PLO<sup>1</sup>, Frédérique ROSAY<sup>1</sup>, Audrey MOUET<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Equipe Mobile d'Hygiène du Tarn, Centre Hospitalier Castres-Mazamet

### INTRODUCTION

Notre Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) intervient dans 65 Etablissements Médico-Sociaux (EMS), au sein desquels elle promeut l'application des précautions standard (PS), socle de mesures indispensables pour une stratégie de prévention du risque infectieux efficace. Avec le démarrage des évaluations externes, nous avons proposé aux EMS d'évaluer la connaissance et l'application des PS par les professionnels et de leur fournir un indicateur de suivi afin d'adapter la stratégie de formation aux besoins. L'objectif de ce travail est de vous présenter l'outil d'évaluation, son utilité pour la promotion des PS, la formation des professionnels et le suivi de leur application.

### METHODE

Pour les six PS, nous avons choisi 20 critères pertinents au regard des recommandations et de notre connaissance des EMS. Le nombre de critères varie en fonction de la PS, chaque critère vaut 5 points. L'auditeur est un membre de l'EMH, un guide de remplissage a été rédigé. Des professionnels de chaque catégorie doivent être inclus, et au moins 8 professionnels.

L'évaluation est réalisée par observation et questionnement dans les unités au cours de leur activité, suivie immédiatement d'une restitution personnalisée et en fin d'évaluation d'un débriefing de groupe.

Les données sont saisies sur Excel, les résultats sont exprimés en pourcentage de conformité (en global et par PS), un poster de résultats créé automatiquement est transmis à l'établissement. Si possible, l'évaluation est renouvelée à quelques mois d'écart, et dans ce cas, l'évolution des résultats a été analysée avec le test du Student pour échantillons appariés.

### RESULTATS

40 EMS ont bénéficié d'une première évaluation. Les résultats sont transmis sous la forme d'un poster reprenant les principaux résultats.

La conformité moyenne globale était de 68,3 % [27%-85%].

Pour chaque PS le résultat moyen variait de 58,6% pour « excréta » à 82,5% pour « hygiène respiratoire ».

La réalisation ou non d'une formation en amont sur les précautions standard n'a pas eu d'impact sur le résultat (en global, 68,2% vs 68,4%).


Une deuxième évaluation a été réalisée dans 16 EMS. La conformité moyenne a significativement augmenté :

- en global (67% vs 74% ; p=0,009)
- pour « gestion de l'environnement » (72 % vs 81,3 % ; p=0,03).

Pour « excréta », « hygiène respiratoire » et « EPI », l'augmentation est à la limite de la significativité.

### CONCLUSION


L'indicateur PS permet de fournir des résultats agrégés faciles à interpréter et d'améliorer significativement les connaissances et pratiques des professionnels. Il permet également à l'EMH d'être présente dans les unités, au plus près des professionnels. L'évaluation des PS sera poursuivie en 2026.



EMH TARN  
Cœur d'Occitanie

## PLATEFORME NUMÉRIQUE POUR GUIDER LES CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE DANS LEURS MISSIONS : PHASE TEST RÉUSSIE

ref : P - 242



SF2H  
Risque infectieux et son

Olivia PLO<sup>1</sup>, Frédérique ROSAY<sup>1</sup>, Sylvie FABIANI<sup>1</sup>, Audrey MOUET<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Equipe Mobile d'Hygiène du Tarn / Centre Hospitalier Castres-Mazamet

### INTRODUCTION

La moyenne des interventions de l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) du TARN au sein des 65 établissements médico-sociaux (EMS) de son périmètre est de 7 en 2025. Le rôle des correspondants en hygiène est donc essentiel pour maintenir la dynamique et relayer les messages de bonne pratique. Or, l'expérience de terrain montre que les professionnels volontaires ont souvent du mal à se positionner et à identifier les actions à réaliser.

### OBJECTIFS

Créer un réseau de correspondants en hygiène et l'animer. La structuration du réseau devra permettre de :

- Communiquer facilement avec les correspondants,
- Leur donner des missions et les aider à les mettre en œuvre,
- Leur permettre de se positionner comme ressource au sein de leur établissement

### METHODE

Fiche projet : pour fixer les objectifs et la méthodologie de communication.

Identification des correspondants : en priorité Infirmier et IDEC.

Fréquence : une thématique trimestrielle, l'EMH transmet mensuellement une mission au correspondant.

Création de supports visuels : commentés et outils.

Phase « test » : auprès de 5 ESSMS.

Mesure de la satisfaction : à l'aide d'un questionnaire.

### RÉSULTATS

- Accord de participation : 5 EHPAD.
- Période de la phase "test" : septembre - décembre 2025.
- Utilisation de la plateforme Teams : création d'un canal de communication spécifique, inclusion des adresses mails, connexion à la plateforme via un lien.
- Thématique trimestrielle choisie = Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) d'origine virale avec trois publications mensuelles = Vaccination antigrippale, Précautions Complémentaires Respiratoires, point épidémique.
- Construction des publications en trois points :

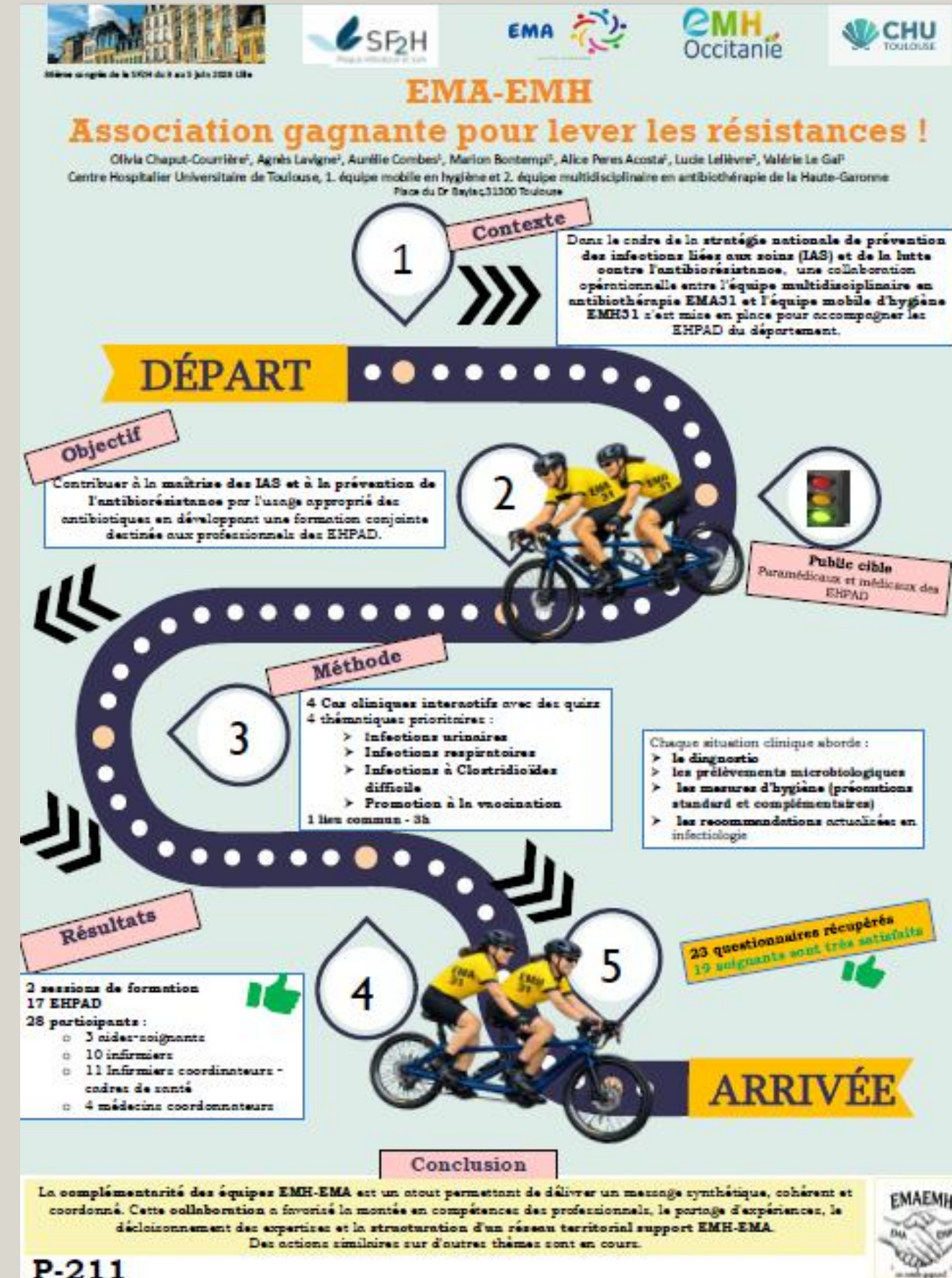
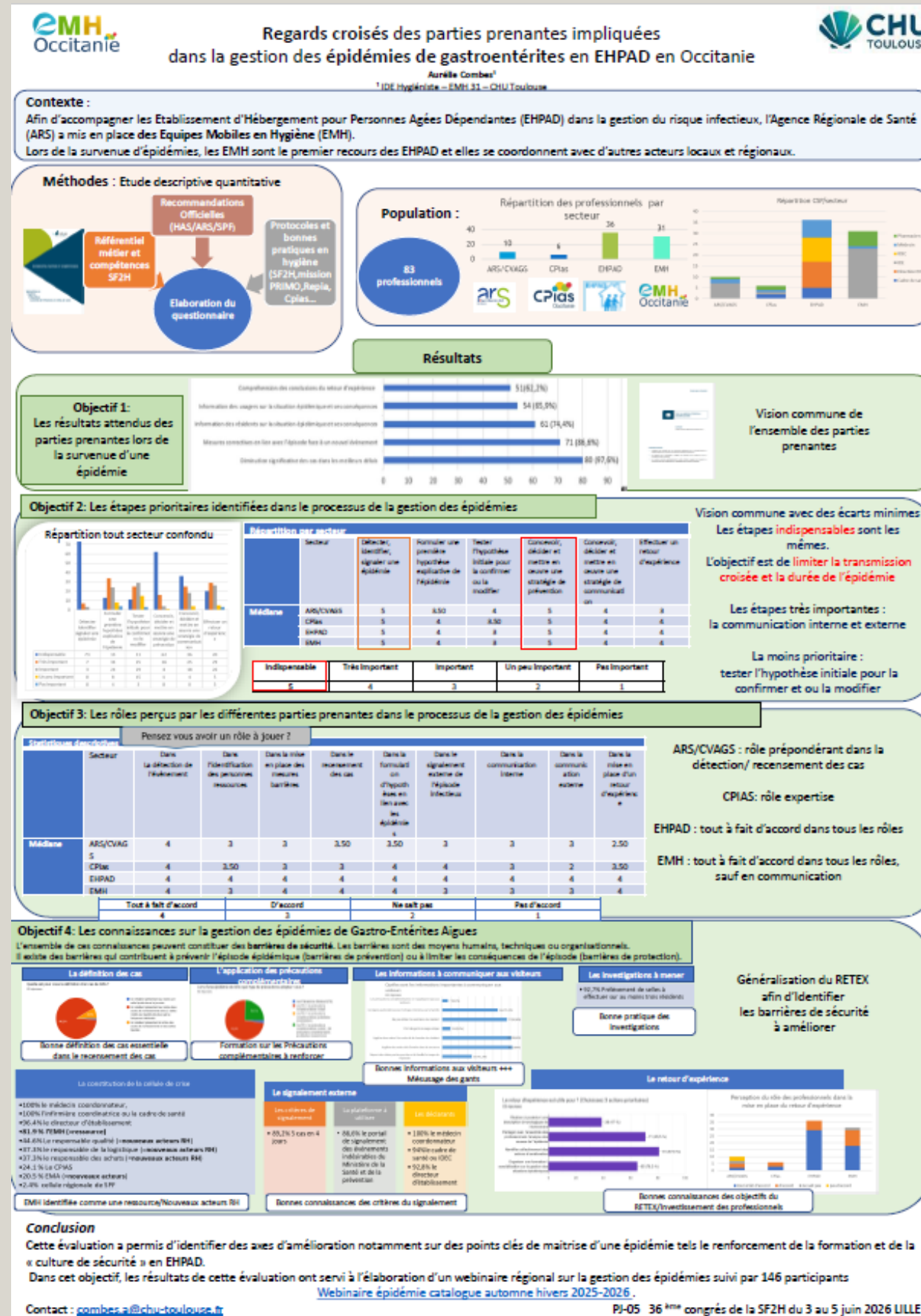
- 1 Point info : remobilisation des connaissances du correspondant
- 2 Objectif : la mission du correspondant
- 3 Aide à la réalisation : mise à disposition d'un pas à pas

Retour très positif des correspondants : Missions abordables et faciles à mettre en œuvre. Plusieurs séances d'information réalisées, avec feuille d'émargement.

### CONCLUSION

- ★ La structure du réseau est novatrice et la phase test est une réussite.
- ★ Le déploiement à tous les ESSMS est en place, ils sont motivés pour y participer.
- ★ 1<sup>ère</sup> thématique 2026 : Le suivi épidémique des IRA.
- ★ 2<sup>nd</sup> thématique 2026 : La transmission manuportée.
- ★ Nous prévoyons également une demi-journée de regroupement fin 2026.

# “Posters” EOH/EMH d’Occitanie



 ELSAN  
POLYCLINIQUE MONTRÉAL

## ENVIRONNEMENT MAÎTRISÉ AU BLOC OPÉRATOIRE : Place de l’hygrométrie dans la prévention des risques

Corinne VAYSSE - HYGIENISTE  
POLYCLINIQUE MONTRÉAL ELSAN - CARCASSONNE

### 1 INTRODUCTION

- Norme NF-S90 531 d’Avril 2013 pour les qualifications de salles d’opération en ISO 5 et 7 impose une hygrométrie entre 45 et 65%
- Lors de la MECSS, le taux d’hygrométrie est surveillé quotidiennement
- Semaine 2 - 2026 : Hygrométrie à 6%



### 2 OBJECTIFS

- Offrir au patient une prise en charge optimale
- Offrir aux équipes chirurgicales et anesthésiques un confort de travail, avec un environnement conforme aux attentes de sécurité et de qualité des soins.

### 4 RÉSULTATS

- 100% des salles restent fermées
- CLIAS Extraordinaire immédiat : Direction - Président CLIAS (Urologue) - Président CME (Chirurgien Digestif) - Responsable Opérationnel Secteur Opérateur - Responsable Services techniques - Hygiéniste
- Intervention du prestataire assurant la maintenance des CTA : par paliers successifs, abaissement de la température de consigne des CTA pour faire remonter l’hygrométrie
- 5 salles sont ouvertes au fil de la matinée
- Pour les 2 autres salles : les patients sont reprogrammés sur la semaine.

### 3 MÉTHODOLOGIE



#### Recherche bibliographique sur une hygrométrie basse :

- Risque infectieux augmenté pour le patient : *déshydratation et évaporation des liquides biologiques*
- Particules de poussières moins bien agglomérées
- Risque électrostatique avec l’utilisation de bistouri électrique (*incendie possible conduction électrique passe par l’eau*)
- Altération des barrières cutaneo muqueuses *même pour les patients intubés / ventilés*
- Inconfort des équipes opératoires : *yeux secs et rouges, rhinorrhée, saignement de nez, déshydratation*

Vérification sur l’hygromètre présent dans chaque salle et confirmation par le contrôle sur la valeur affichée sur la CTA elle-même

### 5 AXES D’AMELIORATIONS

- Révision du mode opératoire « Conduite à tenir en cas de non-conformité »
- Un mode dégradé est accepté avec une limite d’hygrométrie basse à 30% selon les Références en santé au travail de l’INRS de Mars 2022
- Audit de fonctionnement sur les CTA qui sont vieillissantes : devis signé immédiatement
- Achats d’hygromètres étalonnés avec report d’alarme informatique sur l’adresse mail du Responsable Technique et de la ROSO : achat effectués et installation en cours



**C'est dans l'air :**  
**autodiagnostic de la qualité de l'air intérieur**  
**en établissement médico-social et**  
**précautions respiratoires**

C. Foucou, K. Bizy, M. Couderc et D. Pralong

Ces rencontres ont lieu tous les deux ans, alternativement en Suisse, en Belgique, au Luxembourg et en France



**1 & 2  
octobre 2026**

**Palais des congrès  
Arcachon**

## **19<sup>ÈMES</sup> RENCONTRES INTERNATIONALES FRANCOPHONES**

**des Infirmiers en Prévention  
et Contrôle de l'Infection**

**Prévention du risque infectieux :  
prouver et éprouver**

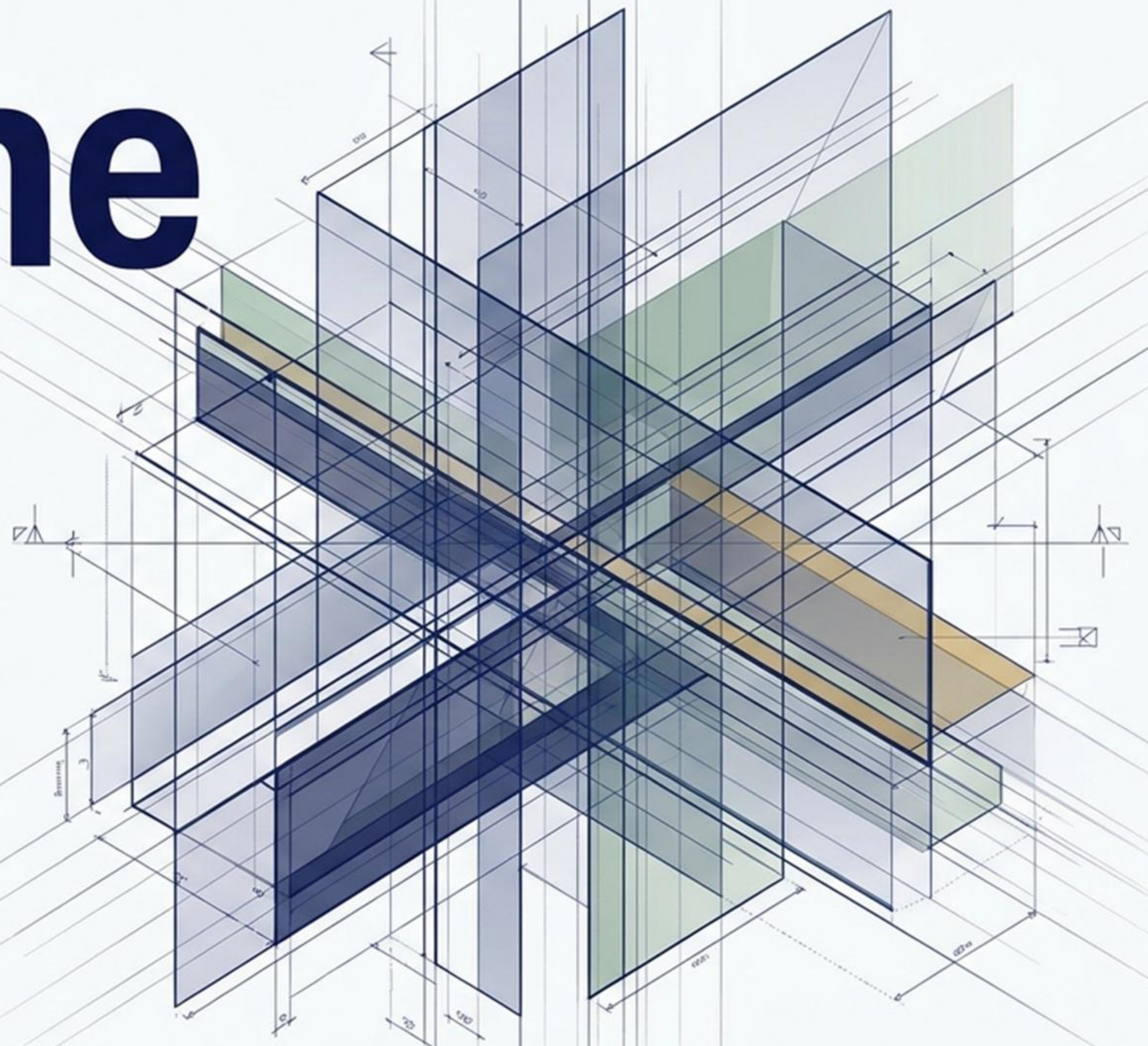
- ✓ Organisées par la SF2H, en collaboration avec ABIHH (Belgique), AIPI (Québec), SIPI (Suisse) et ALIPCI (Luxembourg)
- ✓ Action de formation continue avec certification Qualiopi



# 37<sup>ème</sup>

## Congrès SF2H

La rencontre annuelle  
de tous les spécialistes  
de la prévention  
des infections  
associées aux soins.



# UN CARREFOUR EUROPÉEN POUR 2027

**2 - 4**  
**JUIN**  
**2 0 2 7**

Palais des Congrès  
de Strasbourg



# QUATRE DÉFIS QUI REDÉFINISSENT NOTRE DISCIPLINE



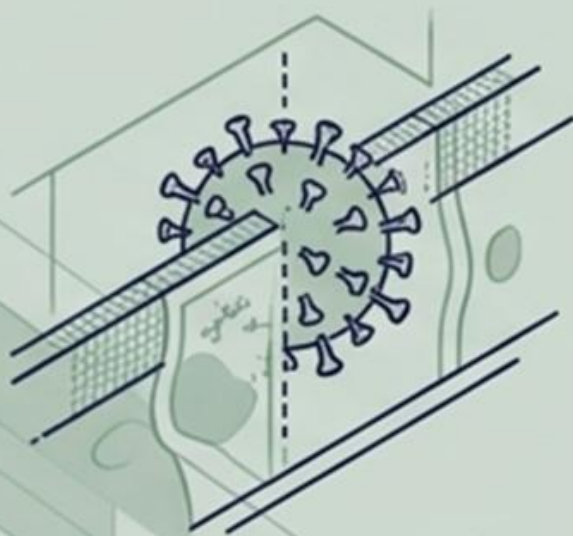
## Accès vasculaires

Au carrefour du risque infectieux.



## PRI hors les murs

Défis et réponses du sanitaire au communautaire.



## Risque viral nosocomial

L'angle mort de la prévention ?



## Guerres et conflits

La PRI sous tension.

Préparez votre venue en Alsace

# Ouverture des inscriptions : Janvier 2027

	M	L	M	J	V	S	S
20				1	2	3	4
20	5	6	7	8	9	10	11
35	12	13	14	15	16	17	18
40	19	20	21	22	23	24	25
45	26	27	28	29	30	31	

Rejoignez le réseau de  
la SF2H à Strasbourg.