

ÉDITORIAL

## Il faut sauver les antibiotiques

**PHILIPPE BERTHELOT**

PRÉSIDENT DE LA SF2H

Deux documents importants sont parus en novembre 2011 dont l'objectif est de mieux lutter contre la résistance aux antimicrobiens : *Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016* (1) sous l'égide du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et *Le plan d'action pour combattre les menaces croissantes de la résistance aux antimicrobiens* (2) sous l'égide de la Commission européenne. Ces deux documents font le constat de l'accroissement de la résistance des bactéries aux antibiotiques et de l'insuffisance des mesures entreprises tant en médecine humaine que vétérinaire. Ces actions aussi bien en médecine humaine que vétérinaire doivent bien sûr s'envisager dans le cadre d'une collaboration européenne et internationale notamment du fait de la mondialisation des échanges avec circulation de clones de bactéries multirésistantes aux antibiotiques. L'*European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont inclus la résistance bactérienne aux antibiotiques dans leurs priorités.

Dans le plan français (troisième plan après 2001-2005 et 2007-2010), trois axes principaux, comprenant vingt et une actions, ont été dégagés : améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients, préserver l'efficacité des antibiotiques et promouvoir la recherche. Une mise en œuvre pilotée par les agences régionales de santé est demandée notamment afin de structurer l'offre régionale d'aide et de conseil aux prescripteurs et de promouvoir les actions de juste utilisation des antibiotiques et de lutte contre les résistances bactériennes notamment par l'intermédiaire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La structuration, à l'échelle régionale ou interrégionale d'une offre de conseil en antibiothérapie

associant, en réseau, les référents des établissements de santé ainsi que la mise en place de centres de conseil destinés aux prescripteurs de ville est probablement un des éléments clés de cette politique. Un objectif de 25 % de réduction de consommation des antibiotiques en cinq ans est annoncé car la France malgré quelques progrès fait toujours partie des pays européens les plus gros consommateurs.

Les mesures d'hygiène visant à limiter la transmission croisée des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) ont permis de limiter la dissémination de certaines bactéries dans nos établissements de santé comme les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline, les entérocoques résistants aux glycopeptides et les entérobactéries productrices de carbapénèmases importées de l'étranger. Mais ces succès limités ne peuvent masquer l'émergence rapidement inquiétante de bactéries très résistantes aux antibiotiques que cela soit dans le domaine communautaire ou au sein de nos établissements de santé. La littérature regorge de propositions pour maîtriser le risque d'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques mais peu de mesures ont montré leur efficacité sur le long terme pour limiter ce risque. Dans les années 2000, les *Centers for Diseases Control* aux États-Unis ont initié une campagne pour prévenir la résistance aux antimicrobiens. Cette campagne à visée des établissements de santé déclinait les 4 éléments clés suivants : prévenir l'infection (vacciner, enlever les dispositifs invasifs dès que possible), diagnostiquer et traiter efficacement (cibler le pathogène, demander au spécialiste), utiliser les antimicrobiens « sagement » (contrôle de la prescription antibiotique, utiliser les données locales de résistance des bactéries aux antibiotiques, traiter l'infection pas la colonisation, savoir quand dire non aux glycopeptides, stopper le traitement quand l'infection est guérie) et prévenir la transmission (précautions standard et complémentaires d'hygiène patient et professionnel

**CONSEIL D'ADMINISTRATION :** M. AGGOUNE – L.-S. AHO-GLÉLÉ – R. BARON – PH. BERTHELOT – H. BLANCHARD – H. BOULESTREAU – A. CARBONNE-BERGER

P. CHAIZE – B. CROZE – M. ERB – B. GRANDBASTIEN – PH. HARTEMANN – B. JARRIGE – O. KEITA-PERSE – C. LÉGER  
D. LEPELLETIER – J.-C. LUCET – M. MOUNIER – J. NUNÈS – P. PARNEIX – A. SAVEY – L. SIMON – X. VERDEIL – D. ZARO-GONI

**BUREAU :** PRÉSIDENT : PH. BERTHELOT – VICE-PRÉSIDENTS : P. PARNEIX, D. ZARO-GONI

**SECRÉTAIRES :** L.-S. AHO-GLÉLÉ, B. CROZE (ADJOINTE) – TRÉSORIERS : R. BARON, O. KEITA-PERSE (ADJOINT)

**CONSEIL SCIENTIFIQUE :** PRÉSIDENTE : O. KEITA-PERSE

**AUTRES MEMBRES :** L.-S. AHO-GLÉLÉ – H. BLANCHARD – A. CARBONNE-BERGER – B. CROZE – M. ERB – B. GRANDBASTIEN – B. JARRIGE  
D. LEPELLETIER – J.-C. LUCET – A. SAVEY – J.-R. ZAHAR – D. ZARO-GONI

de santé). Cette campagne était intitulée « Les cliniciens ont la solution en main » et finissait par l'assertion suivante « *la prévention est primordiale* ». Ces recommandations de bon sens restent vraies mais doivent être complétées de mesures pluri-professionnelles nationales et internationales. Le rapport 2011 de la *Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance* (3) (collaboration États-Unis et Europe) édicte trois recommandations principales : utilisation appropriée des antibiotiques en médecine humaine et vétérinaire, prévention des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques et stratégies pour améliorer la découverte de nouveaux antibiotiques en médecine humaine. Parmi les actions recommandées pour la prévention sont notamment listées la réalisation d'enquêtes de prévalence des infections nosocomiales, l'alerte en cas d'émergence de BMR avec nouveau mécanisme de résistance aux antimicrobiens et risque de dissémination, l'harmonisation des programmes de surveillance et la facilitation du développement de vaccinations pour prévenir les infections nosocomiales. Il est à noter que la prochaine enquête française de prévalence des infections nosocomiales sera réalisée en 2012 dans le cadre d'un protocole européen harmonisé. Malgré ces efforts de collaboration entre différentes disciplines, organisations, pays et continents le problème de la résistance aux antimicrobiens est extrêmement préoccupant. Il n'est plus rare de détecter au sein de nos établissements de santé des bactéries résistantes à quasiment tous les antibiotiques. Une mobilisation des différents acteurs au sein de nos établissements de santé (microbiologistes, infectiologues, hygiénistes, pharmaciens, réanimateurs... mais aussi des usagers de santé) est indispensable pour ralentir la progression de cette résistance. Cela doit rester une priorité des Comités des anti-infectieux, des CLIN et des équipes opérationnelles d'hygiène. Mais il apparaît également important de développer les relations avec les acteurs de santé communautaires pour promouvoir également ces actions. Pour ce qui concerne l'hygiène, beaucoup a été fait en termes de prévention des

infections associées aux soins dans les établissements de santé avec des effets notables notamment vis-à-vis du risque de diffusion des BMR. Ces mesures de prévention à l'échelle de la population générale demandent à être développées tant dans la perception de la problématique que des mesures de lutte contre l'émergence et la dissémination des BMR. Les *Centers for Diseases Control* aux États-Unis ont édité cette année un guide pour la prévention des infections hors établissement de santé (soins ambulatoires) synthétisant les actions prioritaires pour des soins sûrs (4). Cette « dissémination » de recommandations préventives paraît d'autant plus essentielle actuellement au vu des données de résistance aux antibiotiques des bactéries. La SF2H va prochainement initier un groupe de travail pluri-professionnel pour, de façon assez similaire, synthétiser et recenser les référentiels utiles à la meilleure prévention des infections dans le domaine des soins ambulatoires. Ce n'est qu'en unissant les efforts entre institutions, organisations, sociétés savantes, professionnels de santé et usagers de santé que nous arriverons à lutter contre la résistance des microorganismes aux antimicrobiens. Pour finir, lisez, appropriiez-vous et faites connaître le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 : l'enjeu est trop important pour le négliger.

## RÉFÉRENCES

- 1- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. 2011 : 76 pages. <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-alerte-sur-les-antibiotiques-2011-2016.html>
- 2- COMMISSION EUROPÉENNE. Le plan d'action pour combattre les menaces croissantes de la résistance aux antimicrobiens ». 2011. 17 pages. <http://www.infectiologie.com/site/antibiotiques.php>
- 3-TRANSATLANTIC TASKFORCE ON ANTIMICROBIAL RESISTANCE. Recommendations for future collaboration between the US and EU 2011. [www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-report.pdf](http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-report.pdf)
- 4- Guide to infection prevention recommendations for outpatient (ambulatory care) settings. 2011. 17 pages. <http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-care-guidelines.html>

## FORMATION

# Journée de perfectionnement des IAS le 4 novembre 2011

Comme l'année dernière, la journée de perfectionnement des infections associées aux soins a été un succès grâce à la qualité des orateurs et animateurs d'ateliers mais aussi de par l'interactivité et la richesse des échanges professionnels. Le thème en était « Cathétérisme veineux central chez l'adulte hors réanimation ». Les interventions du matin ont balayé le champ de la prévention, du diagnostic et du traitement de l'infection sur cathéter veineux central. Les 3 ateliers de l'après-midi ont concerné le cathéter Picline, la méthodologie de surveillance et de prévention des complications sur cathéter hors réanimation et l'analyse d'un scénario de prise en charge d'une voie

veineuse centrale. Les diaporamas des orateurs ainsi que les synthèses des ateliers sont disponibles sur le site internet de la SF2H ([www.sf2h.net](http://www.sf2h.net)) et des sociétés partenaires de cette journée (SPILF et SFM). Rendez vous à l'année prochaine pour un nouveau séminaire de perfectionnement sur les infections associées aux soins !

La commission formation remercie les orateurs de cette journée : Christian Brun Buisson, Dominique Debriel, Serge Alfandari, Yves Lurton, Agnès Lasheras Bauduin, Pascale Chaize, Jean Christophe Lucet et Gisèle Bendjelloul, Raymond Nasso et Bruno Jarrige.

# Évolution des normes relatives aux antiseptiques et aux désinfectants entre 2009 et 2011

## Commission Désinfection

**Raoul Baron, Hélène Boulestreau, Pascale Chaize, Béatrice Croze, Françoise Karnycheff, Xavier Verdeil, Delphine Verjat-Trannoy**

### Introduction

De 1996 à 2009 la société Française d'hygiène hospitalière (SF2H) a publié chaque année une Liste Positive des Désinfectants (LPD). Dans cette liste, les désinfectants étaient classés en rubriques selon l'utilisation du produit revendiquée par le fabricant. La dernière LPD publiée en 2009 (1) comprenait 6 rubriques (**Tableau 1**).

La demande d'inscription des produits sur la LPD était une démarche volontaire des fabricants. Un produit ne pouvait figurer que dans une seule rubrique. Enfin pour être retenu un produit devait répondre aux critères d'inclusion de la rubrique correspondant à son domaine d'application. Ces critères reposaient sur les normes françaises et européennes en vigueur (série « Antiseptiques et désinfectants » NFT 72 et NF EN). La publication régulière de nouvelles normes, leur révision tous les cinq ans et le remplacement progressif des normes françaises par des normes européennes au fur et à mesure de leur parution, nécessitaient de revoir chaque année les critères d'inclusion.

**Tableau 1 - Six rubriques composant la liste positive désinfectant 2009**

Rubrique A	Produits détergents-désinfectants pour sols, surfaces, et mobilier
Rubrique B	Dispersats dirigés pour la désinfection des surfaces (sprays)
Rubrique C	Produits détergents-désinfectants pour la pré-désinfection des dispositifs médicaux
Rubrique D	Produits désinfectants pour dispositifs médicaux thermosensibles
Rubrique E	Produits désinfectants pour les mains
Rubrique F	Lingettes pour le nettoyage et la désinfection des surfaces et mobilier

Jusqu'en 2009, cette veille normative était assurée par le comité de la liste. Depuis, quelle a été l'évolution des normes ? Quels sont les critères de choix actuels des désinfectants ?

### Système normatif européen

Depuis 1989, les travaux de normalisation dans le domaine des antiseptiques et désinfectants chimiques s'inscrivent dans un contexte européen.

Ces travaux sont menés au sein du comité technique européen CEN/TC 216 qui élabore des normes de méthodes d'es-

sai ayant pour but de faciliter les échanges commerciaux et la relation client fournisseur.

Ces normes permettent de qualifier les produits en fonction de leur activité antimicrobienne (bactéricide, fongicide, virucide, mycobactéricide, sporicide) et de leur application dans un des trois domaines : 1- médical, 2- vétérinaire et 3- industriel, agroalimentaire et domestique. Elles sont élaborées dans trois groupes de travail (WG) spécifiques constitués de représentants de chaque pays membre.

Le groupe de travail 1 (**WG1**) concerne la **médecine humaine**, le groupe 2 (WG2) le domaine vétérinaire et le groupe 3 (WG3) les applications industrielles, agroalimentaires, les usages domestiques et les collectivités.

Le comité technique, CEN/TC 216, constitué de représentant de chaque pays membres, est l'instance de décision. C'est lui qui définit, à partir des besoins identifiés, les nouvelles normes à élaborer et programme la révision des plus anciennes.

Les normes européennes nécessaires pour déterminer l'efficacité des produits se déclinent en trois phases. Les normes de base (phase 1) sont communes aux trois domaines d'application. Les normes d'application (phase 2) et de terrain (phase 3) sont spécifiques de chaque domaine d'application. Ce sont les normes du domaine médical (WG1) qui nous intéressent.

**Les normes de phase 1** sont des essais en suspension, avec évaluation de l'**activité de base** du produit (bactéricidie, fongicidie...), indépendant de l'application. Lorsque les normes de phase 2 sont publiées, « *il n'est pas nécessaire de procéder à des essais de phase 1 à l'appui des revendications relatives aux antiseptiques et désinfectants chimiques utilisés dans la médecine humaine* » (2).

**Les normes de phase 2 étape 1** sont des essais en suspension, réalisés dans des conditions représentatives de l'usage, grâce à l'utilisation de substances interférentes. Ces normes d'application sont spécifiques d'un domaine d'application, domaine médical (WG1) pour ce qui nous concerne.

**Les normes de phase 2 étape 2** sont des essais simulant les conditions pratiques d'usage (essais de surface, de lavage des mains). Elles sont spécifiques d'un domaine d'application, domaine médical (WG1) pour ce qui nous concerne.

Les normes de phase 3 sont des essais de terrain (Normes « *in use* »). À ce jour, aucune norme de phase trois n'a été publiée.

### Évolution du système normatif depuis 2009

Depuis 2009, le système normatif a évolué sur les plans français et européens.

#### Au niveau français

- Publication d'une norme française portant sur la validation de la durée d'utilisation des bains de désinfectants à base d'acide peracétique (**NFT 72-901, décembre 2008**);

- Publication de la révision de la norme française sur les procédés de désinfection des surfaces par voie aérienne – détermination de l'activité bactéricide, fongicide et sporicide (**NF T 72-281, mai 2009**). Cette norme française est utilisée par l'ASSAPS dans le cadre du contrôle des marchés qu'elle a initié sur les procédés de désinfection par voie aérienne.

### Au niveau européen

- Publication de la norme **NF EN 14563 (février 2009)** « Essai quantitatif de porte-germe pour l'évaluation de l'activité mycobactéricide ou tuberculocide des désinfectants chimiques utilisés pour instruments en médecine humaine - Méthode d'essai et prescriptions (phase 2, étape 2) »
- Publication de la révision de la norme **NF EN 1276 (mars 2010)** « Antiseptiques et désinfectants chimiques - Essai quantitatif de suspension pour l'évaluation de l'activité bactéricide des antiseptiques et des désinfectants chimiques utilisés dans le domaine de l'agroalimentaire, dans l'industrie, dans les domaines domestiques et en collectivité - Méthode d'essai et prescriptions (phase 2, étape 1) »
- Publication de la norme **NF EN 13623 (mai 2011)** Antiseptiques et désinfectants chimiques — Essai quantitatif de suspension pour l'évaluation de l'activité bactéricide contre des légionelles des désinfectants chimiques pour les systèmes aqueux — Méthode d'essai et prescriptions (phase 2, étape 1)

À noter : la publication d'une nouvelle version des normes **NF EN ISO 15883-1, 2, 3 et 4** (septembre 2009) et **6** (juin 2011) pour les laveurs-désinfecteurs par le CEN/TC 102.

Depuis 2009, des normes européennes du domaine médical sont en cours d'élaboration ou de révision mais n'ont toujours pas été publiées.

- La nouvelle version de la norme **EN 13727** « Essai quantitatif de suspension pour l'évaluation de l'activité bactéricide des désinfectants chimiques pour les instruments utilisés en médecine - Méthode d'essai et exigences (phase 2, étape 1) » devraient être prochainement publiée en France. Cette norme voit son champ d'application augmenter. Elle concerne la désinfection des instruments, des surfaces et des mains.
- La publication de la révision de la norme **EN 13624** « Essai quantitatif de suspension pour l'évaluation de l'activité fongicide ou levuricide des désinfectants chimiques utilisés pour les instruments en médecine - Méthode d'essai et exigences (phase 2, étape 1) » vient d'être différée de plusieurs mois.
- Le processus de révision des normes **NF EN 1500** « Trai-

tement hygiénique des mains par frictions Méthode d'essai et prescriptions (phase 2, étape 2) » et **NF EN 1499** « Lavage hygiénique des mains - Méthode d'essai et prescriptions (phase 2, étape 2) » se termine et leur nouvelle version devrait être disponible prochainement.

Enfin notons que :

- la norme européenne **NF EN 14885** « Application des Normes européennes relatives aux antiseptiques et désinfectants chimiques » est en cours de révision ;
- les travaux d'élaboration d'une norme de **sporidie** de phase 2 dans le domaine médical sont en cours (une note d'information dédiée à ce sujet va prochainement être publiée par la SF2H).

### Critères de choix actuels des désinfectants

- Rubrique A : pas de modification des critères de choix, si ce n'est la nouvelle version de la **NF EN 1276**.
- Rubrique B : prise en compte de la norme **NFT72-281** (T72-281) dont la nouvelle version est plus adaptée qu'auparavant aux dispersats dirigés (évaluation du couple appareil + produit), et de la **NF EN 1276** de mars 2010.
- Rubrique C : pas de modification des critères de choix
- Rubrique D : prise en compte possible de la norme **NF EN 14563** (T72-246) qui complète le dispositif de normes de phase 2-2 prévu pour les instruments du domaine médical (**NF EN 14561** et **NF EN 14562**).
- Rubriques E1, E2, E3, E4 : pas de modification des critères de choix.
- Rubrique F : pas de modification des critères de choix, si ce n'est la nouvelle version de la **NF EN 1276**.

### Conclusion

Le système normatif ayant peu évolué depuis la publication de la dernière LPD en juin 2009, les critères de choix actuels des désinfectants sont peu différents de ce qu'ils étaient en 2009. Un guide d'aide au choix des désinfectants est en cours d'élaboration au niveau de la commission « Désinfection » de la SF2H (à paraître en 2012).

### RÉFÉRENCE

- 1- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Liste positive désinfectants 2009. Hygiène 2009, XVII (3) : 1-24.
- 2- ASSOCIATION FRANÇAISE DE NORMALISATION (AFNOR). Norme européenne **NF EN 14885**. Application des Normes européennes relatives aux antiseptiques et désinfectants chimiques. Février 2007. 1-33.

## Le GREPHH groupe de travail des cinq CCLIN pour l'élaboration d'outils d'évaluation des pratiques dans le domaine de l'hygiène hospitalière



**Loïc Simon<sup>1</sup>, Elisabeth Laprugne-Garcia<sup>2</sup>,  
Martine Aupée<sup>3</sup>, Marie Alix Ertzscheid<sup>3</sup>,  
Marine Giard<sup>2</sup>, Catherine Laland<sup>4</sup>,  
Danièle Landriu<sup>5</sup>, Delphine Verjat-Trannoy<sup>5</sup>,  
Nathalie Vernier<sup>1</sup>, Daniel Zaro-Goni<sup>4</sup>  
et Vanessa Van-Rossem<sup>6</sup>**

1- CCLin est, 2- CCLin sud-est, 3- CCLin ouest, 4- CCLin sud-ouest,  
5- CCLin Paris-nord, 6- DGOS ministère de la Santé

### « La simplicité a ses mérites; la simplification ses limites »

Dispenser des soins de qualité est le devoir de chaque professionnel de santé.

La mise en place de référentiels, de procédures, de matériels, de produits et de formations devrait être suivie d'un processus d'évaluation de la qualité. Ce concept est apparu en France à la fin des années 1970 à l'initiative des professionnels et des pouvoirs publics.

L'audit consiste à mesurer les écarts entre des objectifs fixés par des référentiels et leur niveau de réalisation ; il concerne les moyens mis en œuvre, les procédures utilisées et les résultats constatés. L'ensemble de ce processus peut être conduit grâce à différentes méthodes d'évaluation, dont l'audit clinique interne ou externe.

Afin de promouvoir des études d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière dans le domaine de la santé ou médico-social, les cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ont décidé, fin 2005, de mettre en commun des moyens et des compétences pour constituer un groupe de travail. Cette volonté de collaboration, au profit des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux, s'est concrétisée par la création du GREPHH ou Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière.

### Objectif du groupe

Mettre à disposition des établissements des outils d'évaluation des pratiques :

- répondant aux actions du programme national de prévention des infections associées aux soins ;
- élaborés par les groupes thématiques selon une méthodologie validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- directement accessibles aux établissements via le site du GREPHH et des CCLIN ;

- directement utilisables par les équipes de terrain (outils clé-en-mains, avec grilles d'évaluation, guides, diaporama, application permettant l'édition de rapports automatiques)

### Missions du GREPHH

1- Sélectionner les thèmes de travail parmi les priorités du programme national de prévention des infections associées aux soins ou parmi des sujets d'hygiène hospitalière proposés par des professionnels de terrain via les CCLIN.

2- Chaque groupe est piloté et animé par un membre du GREPHH qui possède des compétences dans le sujet traité et dans les aspects méthodologiques.

3- Constituer un groupe de travail thématique avec des experts, professionnels de terrain pour élaborer les protocoles d'évaluation.

4- Valider les protocoles d'audit et d'évaluation en hygiène mis au point par les groupes de travail.

5- Diffuser sur son site internet les outils d'évaluation proposés.

6- S'assurer de la promotion et de la mise en œuvre de ces méthodologies via les CCLIN et les ARLIN.

7- Dans le cas d'un projet d'évaluation national un des CCLIN en pilote la coordination, le retour et l'analyse des données et organise la communication des résultats.

### Composition du GREPHH

- 2 représentants (binôme médical/paramédical) de chaque CCLIN, renouvelés en tant que de besoin.
- un représentant du ministère chargé de la Santé.

Membres du GREPHH en 2011 : Martine Aupée, Marie Alix Ertzscheid, Marine Giard, Catherine Laland, Danièle Landriu, Elisabeth Laprugne-Garcia (coordonnateur para-médical), Loïc Simon (coordonnateur médical), Delphine Verjat-Trannoy, Vanessa Van-Rossem, Nathalie Vernier, Daniel Zaro-Goni. L'animation et l'organisation du travail du GREPHH sont confiées à deux coordonnateurs, membres de CCLIN (binôme médical/paramédical) désignés par les membres du GREPHH pour un mandat de deux ans.

### Fonctionnement des groupes de travail et élaboration des outils

Les groupes de travail sont constitués par le coordonnateur, lui-même membre du GREPHH. Il fait appel aux membres d'autres CCLIN ou ARLIN et à des professionnels de terrain

experts dans le domaine, hygiénistes ou non. Une fois l'outil élaboré, il est testé dans les CCLIN par les membres du GREPHH, les gestionnaires de données ou les informaticiens puis dans des établissements volontaires.

Certains outils font l'objet d'une incitation réglementaire par le ministère de la Santé. Après une enquête nationale, les outils restent à disposition et peuvent être utilisés selon les besoins des établissements.

Depuis sa création, le GREPHH a proposé cinq outils d'évaluation principalement destinés aux établissements de santé et un outil spécifique pour les établissements médico-sociaux. Par ordre chronologique, ces outils sont :

### **1- Audit « préparation cutanée de l'opéré » ou Préparation de l'Opéré (Audit POP)**

Les infections du site opératoire (ISO) étaient une des cibles du *Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008* et l'enquête nationale de prévalence réalisée en France en 2006 a révélé que les ISO représentaient 14,2 % des infections nosocomiales. Le GREPHH a donc proposé le premier outil national d'audit sur le thème de la préparation cutanée de l'opéré.

La méthodologie a été élaborée en 2006 par un groupe de travail coordonné par le CCLIN ouest, sur la base des travaux menés sur le même thème par le CCLIN sud-est en 2004 et le CCLIN sud-ouest en 2002. Il s'agissait d'un audit des pratiques de la préparation cutanée de l'opéré, réalisé de façon prospective.

Ce premier audit était accompagné par la circulaire n° 109 du 23 mars 2007 qui incitait les établissements de santé à la réalisation de cet audit des pratiques.

### **2- Hygiène des mains : observance-pertinence (Audit HYGMAIN)**

L'expérience acquise en 2006, lors de l'audit national sur l'hygiène des mains, premier audit accompagné d'une circulaire incitative (circulaire DGS/SD5C - DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit en hygiène), a incité le GREPHH à proposer un outil d'évaluation « clé en mains » sur l'hygiène des mains. Le groupe de travail, coordonné par le CCLIN sud-ouest, a mis cet outil à disposition des établissements de santé, en avril 2008. Il leur permettait d'évaluer l'observance et la pertinence des gestes d'hygiène des mains et leur proposait de participer à un audit national d'octobre 2008 à mars 2009.

Sur le plan méthodologie, cet audit consistait à réaliser des observations directes visant à évaluer l'observance et la pertinence de l'hygiène des mains dans sept situations considérées comme à risque pour le patient (gestes invasifs), pour l'environnement ou à risque de transmission croisée. Les personnels évalués étaient prévenus de sa réalisation et de sa thématique.

Les résultats de cet audit ont été présentés, en communi-

cation orale, au congrès de la SF2H, en juin 2011 à Lyon et deux communications affichées ont été présentées à la RICAI en décembre 2011 à Paris.

### **3- Audit sur la pose et l'entretien des cathéters veineux périphériques (Audit CVP)**

Le groupe de travail, piloté par le CCLIN Paris-nord, réunissait des membres des CCLIN, ARLIN et des professionnels de santé.

Ce thème d'audit qui entrainait dans le cadre des thématiques prioritaires du programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, a été l'objet d'une circulaire incitative de la DGOS (circulaire DHOS/E2/2009/302 du 26 septembre 2009 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière : thème « CVP »).

Les cinq CCLIN ont donc organisé, entre octobre 2009 et mars 2010, un audit national sur la pose et l'entretien des cathéters veineux périphériques. Cet audit pouvait, si l'établissement le désirait et dans certaines conditions, entrer dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Les objectifs principaux de cet audit étaient de permettre aux établissements de santé d'évaluer leurs pratiques en matière de CVP, de mesurer l'application des recommandations de 2005 publiées par la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) et de définir des axes généraux d'amélioration.

Cet outil clé-en-mains était constitué de plusieurs fiches d'évaluation, d'un guide méthodologique, d'une application informatique et de son manuel. Parmi les fiches proposées, l'une permettait l'analyse du protocole CVP de l'établissement, deux autres la réalisation d'un audit des pratiques (poses et manipulations de CVP) et une dernière d'évaluer la traçabilité et la durée de maintien du cathéter. Deux méthodes étaient mises à disposition pour l'évaluation des pratiques : l'observation directe et l'auto-évaluation juste après l'acte, au choix pour chacun des services, en fonction par exemple de la fréquence de pose des cathéters.

Les résultats de cet audit national ont été présentés, en communication orale, à la SF2H en juin 2011 à Lyon et à la RICAI en décembre 2011 à Paris.

Actuellement une étude sur l'impact des actions mises en place suite à l'audit « CVP » auprès des établissements participants, est en cours dans les régions. Cette enquête permettra de lister les mesures mises en place suite à l'audit.

### **4- Hygiène des mains : qualité technique des gestes d'hygiène des mains (Audit QUALIMAIN)**

Cet outil est le second volet de l'audit hygiène des mains, il vient en complément de la partie « observance – pertinence ». Il a pour objectif de mesurer la qualité technique des gestes d'hygiène des mains en vérifiant l'application du mode opératoire attendu. Il permet d'évaluer la technique des différents gestes d'hygiène des mains, lavage simple des

mains, désinfection hygiénique et chirurgicale des mains par friction. Il s'appuie sur les recommandations pour la désinfection des mains publiées en juin 2009, par la SF2H. Les études qui portent sur l'évaluation des aspects techniques des gestes d'hygiène des mains étant peu nombreuses, cet audit permet d'améliorer la connaissance des pratiques dans ce domaine.

Sur le plan méthodologique, il s'agit d'une approche prospective, par observation directe.

Il est rappelé que, comme pour tout audit, l'objectif est de repérer des points à améliorer et de définir un plan d'actions précis et spécifique à l'établissement. Les établissements peuvent le réaliser à leur convenance, il n'a pas été proposé comme thème d'audit national.

### 5- Audit Précautions standard (Audit PS)

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 demande aux établissements de promouvoir et d'évaluer l'observance des précautions standard afin d'améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins. Le GREPHH a donc proposé aux établissements un outil d'évaluation de la politique, des ressources et des pratiques déclarées des professionnels concernant les PS. La circulaire DGOS/PF2/2011/41 du 2 février 2011 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière incite les établissements de santé à la réalisation d'un audit sur la thématique nationale des PS. Cet audit est le quatrième thème d'audit national proposé par le GREPHH.

L'outil d'évaluation initialement élaboré par un groupe de travail du CCLIN sud-est a été adapté et validé par le GREPHH. L'audit PS est un audit mixte de ressources (matériel, consommables) et de procédures (formations, attitudes). L'évaluation a été réalisée par auto-questionnaires au niveau de l'établissement, des services et du personnel. Les critères évalués étaient la politique de promotion des PS et les ressources à l'échelon de l'établissement et du service et la formation et les attitudes à l'échelon du personnel.

Cet outil pouvait aussi être utilisé par les EHPAD.

Le recueil des données est en cours. L'analyse des résultats de cette évaluation sera connue en 2012.

### 6- Maîtrise du risque infectieux en EHPAD (Audit EHPAD)

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social constitue pour les années 2011 à 2013 la déclinaison dans les établissements médico-sociaux du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (circulaire interministérielle DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013).

Il vise à la prévention du risque infectieux dans son ensemble au-delà du risque des infections associées aux soins stricto

sensu qui s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité dont le principe est prévu au premier alinéa de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les établissements concernés par ce premier programme sont les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM).

L'enjeu du programme est de mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles.

L'option retenue est de promouvoir une démarche d'analyse de risque qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer ou adapter son programme d'action.

Pour aider les établissements dans la démarche, un manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, élaboré par le GREPHH, à partir d'un outil conçu par le CCLIN sud-ouest est proposé.

Cet outil déjà expérimenté sur le terrain, permet aux établissements de visualiser aisément les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires.

Cette auto-évaluation devra être réalisée par les établissements médico-sociaux en 2012 (cf. circulaire sus-citée). Chaque établissement réalisera son analyse de risque et la formalisera dans un « document d'analyse du risque infectieux » (DARI) pour fin 2012. Certains CCLIN vont réaliser une exploitation interrégionale des données.

### Et demain? Les perspectives

Deux groupes de travail se sont mis en place pour élaborer des outils d'évaluation qui devraient être mis à disposition des établissements en 2013 :

- un groupe « endoscopie », piloté par le CCLIN Est.
- un groupe « précautions complémentaires contact » (PCC), animé conjointement par les CCLIN ouest, est et Paris-nord

### Conclusion

Depuis 2006, dans un souci constant de faciliter le travail des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, le GREPHH a pu mettre à disposition des outils clé en mains, destinés soit aux établissements de santé, soit aux EHPAD ou aux deux types d'établissements.

Quatre d'entre eux ont servi au recueil de données dans le cadre d'audits nationaux accompagnés pour certains d'une circulaire incitative. Les résultats de ces audits ont été valorisés par des communications.

Les prochains domaines explorés seront l'endoscopie et les précautions complémentaires contact à l'horizon 2013.

**BIBLIOGRAPHIE**

1- ERTZSCHEID MA. La préparation cutanée de l'opéré. Audit national – Résultats 26<sup>es</sup> journées nationales d'étude et de perfectionnement de l'UNAI-BODE. Lorient. 14 juin 2009.

2- BORGÉY F, KADI Z, ERTZSCHEID MA, BETTINGER A, BERNET C, GAUTIER C, ASTAGNEAU P, LEJEUNE B. Results of an audit on preoperative skin preparation in 41,188 patients in France. Atlanta. 19-21 mars 2010.

3- AUPÉE M, pour le groupe de travail « Hygiène des mains - observance pertinence » du GREPHH. Audit national hygiène des mains « observance pertinence » 2008 – 2009. Communication orale. SF2H. Lyon. 8-10 juin 2011.

4- AUPÉE M, PEFAU M, VERJAT-TRANNOY D, LANDRIU D, JOUZEAU N, GARREAU N, LAPRUGNE-GARCIA E, ZARO-GONI D. Audit national du GREPHH 2008-2009: observance pertinence de l'hygiène des mains lors de la prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires contact. Communication affichée. RICAI. Paris. 1<sup>er</sup>-2 décembre 2011.

5- AUPÉE M, PEFAU M, VERJAT-TRANNOY D, LANDRIU D, JOUZEAU N, GARREAU N, LAPRUGNE-GARCIA E, ZARO-GONI D. Observance pertinence de l'hygiène des mains lors des poses de voies veineuses périphériques ou sous-cutanées au travers des résultats de l'audit national du GREPHH 2008-2009. Communication affichée. RICAI. Paris. 1<sup>er</sup>-2 décembre 2011.

6- VERJAT-TRANNOY D pour le groupe de travail « CVP » du GREPHH. Audit national sur la pose et l'entretien des CVP. Résultats préliminaires. Communication orale. SFHH. Bordeaux. 2-4 juin 2010.

7- VERJAT-TRANNOY D, THILLARD D, DANIEL F, AUPÉE M, ERTZSCHEID MA, GIARD M, LALAND C, LANDRIU D, LAPRUGNE-GARCIA E, LEJEUNE B, RABAUD C, SIMON L, VERNIER D ZARO-GONI N, ASTAGNEAU P. Practices assessment of peripheral venous catheters use: results of a multicenter observational study in France in 2010. Communication affichée. ICPC. Genève. 29 juin-2 juillet 2011.

8- VERJAT-TRANNOY D, THILLARD D et les membres du groupe de travail « audit CVP » du GREPHH Résultats de l'audit national CVP du GREPHH. Communication orale. RICAI. Paris. 1<sup>er</sup>-2 décembre 2011.

9- VERJAT-TRANNOY D, DANIEL F, THILLARD D, pour le GREPHH. Audit de la pose de cathéters veineux périphériques chez l'enfant selon la méthode du GREPHH : résultats d'une étude multicentrique sur 352 établissements. Communication orale. SF2H. Lyon. 8-10 juin 2011.

10- BORGÉY F, THIBON P, KADI Z, AGGOUNE M, BERNET C, BETTINGER A, CARPENTIER MC, ERTZSCHEID MA, GAUTIER C, GALY E, LEJEUNE B, MOURENS C, RAÇLOT I. Préparation cutanée de l'opéré, évaluation des pratiques en hygiène hospitalière, audit national. Communication affichée. RICAI. Paris. 1<sup>er</sup>-2 décembre 2011.

**À compter de 2012, l'adhésion à la SF2H s'effectue en ligne !**

**Vous pouvez d'ores et déjà vous connecter à notre plate-forme dédiée via le lien «adhésion» sur ce site...**





**6, 7 et 8 juin 2012**

**XXIII<sup>e</sup> Congrès National de la Société  
Française d'Hygiène Hospitalière**