

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Le directeur général

Sous-direction du pilotage
de la performance des acteurs
de l'offre de soins

Direction générale de la santé

Le directeur général

Sous-direction prévention
des risques infectieux

*Direction générale
de la cohésion sociale*

La directrice générale

Service des politiques d'appui

Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS n° 2015-202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015

NOR : AFSH1514349J

Validée par le CNP le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015 – 102.

Catégorie: mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé: le Propias s'applique aux trois secteurs de l'offre de soins en impliquant les usagers. Il vise à renforcer la prévention des infections associées aux soins, la maîtrise de l'antibiorésistance et à réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs. Non limité dans le temps, il évoluera au regard de ses évaluations.

Mots clés: prévention, infections associées aux soins, antibiorésistance, établissement de santé, établissement médico-social, soins de ville, patients, résidents, usagers, professionnels de santé, sécurité des actes invasifs, parcours de santé.

Références:

Loi n° 2209-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article L. 6111-1 et L. 6111-2, article L. 1413-14 du code de la santé publique;

Code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-8;

Articles R. 6111-1 à R. 6111-17 du code de la santé publique;

Arrêtés du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales;

Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville;

Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé;

Circulaire DGS/DHOS/E2 – n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Circulaires abrogées:

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins;

Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013;

Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011-2013.

Annexe:

Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion); Mesdames et Messieurs les présidents des unions régionales des professionnels de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements médico-sociaux (pour attribution).

La présente instruction a pour objet de présenter le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015.

Le Propias s'appuie sur le parcours du patient lors de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé et médico-sociaux (ES et EMS) ou des soins de ville. Il vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours de santé en priorisant les actes les plus à risque. La DGOS, la DGS et la DGCS pilotent conjointement le Propias, un comité de suivi s'assure de sa mise en œuvre et de la concertation des parties prenantes.

Le Propias s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles de la prévention des infections associées aux soins (IAS):

Axe 1: Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents;

Axe 2: Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins;

Axe 3: Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

En ES et en EMS, l'implication forte du directeur/responsable est essentielle pour conduire cette politique de prévention des IAS et appuyer les équipes de professionnels en charge de la mettre en œuvre. En ville, la mise en œuvre du Propias s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...). Cette démarche se place dans le contexte de la généralisation de la culture de sécurité des soins.

Le Propias s'inscrit dans la durée, ce qui facilitera le décloisonnement des secteurs de l'offre de soins. Son évaluation sera triennale, orientée sur les priorités stratégiques et les cibles quantitatives de ses trois axes.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies sous le présent timbre auprès des directions assurant le pilotage du Propias.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

Le directeur général de la santé,
B. VALLET

Le directeur général de la cohésion sociale
J.-P. VINQUANT

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU



loropias

programme national d'actions de prévention
des infections associées aux soins

Juin 2015



SOMMAIRE

Liste des abréviations:

Introduction

Axe 1 – Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents

1. Intégration de la prévention des IAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins
2. Structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de prévention des IAS
3. Promotion de la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient
4. Renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)
5. Renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé

Axe 2 – Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins

1. Associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance
2. Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu
3. Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes
4. Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé

Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé

1. Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs.
2. Surveiller les infections associées aux actes invasifs, dont les dispositifs médicaux implantables, tout au long du parcours de santé
3. Améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)

Bibliographie

Argumentaire scientifique des cibles quantitative

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AES	Accident exposant au sang
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARLIN	Antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
ATB	Antibiotiques
BHRe	Bactérie hautement résistante émergente
BMR	Bactérie multi-résistante
BN	Bactériémie nosocomiale
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCI	Chambre à cathéter implantable
CCA	Centre de conseil en antibiothérapie
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
C3G	Céphalosporine de 3 ^e génération
COSPIN	Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville
CNAMTS	Caisse nationale assurance maladie des travailleurs salariés
CREX	Comité de retour d'expérience
CIOA	Centre de référence des infections ostéo-articulaires
CVC	Cathéter veineux central
DARI	Document d'analyse du risque infectieux
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIV	Dispositif intra-vasculaire
DMI	Dispositif médical implantable
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
EARS-Net	European antimicrobial resistance surveillance network
EBLSE	Entérobactérie productrice de betalactamase à spectre étendu
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
EMH	Équipe mobile d'hygiène
EMS	Établissement médico-social
ENEIS	Enquête nationale des événements indésirables liés aux soins
ENP	Enquête nationale de prévalence
EOH	Équipe opérationnelle en hygiène
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénèmase
EPI	Équipement de protection individuelle
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ERG	Entérocoque résistant aux glycopeptides
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ES	Établissement de santé

e-SIN	Signalement électronique des infections nosocomiales
GDR	Gestion des risques
GDRAS	Gestion des risques associés aux soins
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
HDM	Hygiène des mains
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IAS	Infection associée aux soins
ICD	Infection à <i>Clostridium difficile</i>
ICSHA	Indicateur de consommation des SHA
IN	Infection nosocomiale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
ISO	Infection du site opératoire
LBM	Laboratoire de biologie médicale
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PCC	Précautions complémentaires contact
PEC	Prise en charge
PHA	Produit hydro-alcoolique
PIAS	Prévention des infections associées aux soins
PICC-line	Cathéter central inséré par voie périphérique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNSP	Programme national de sécurité des patients
PS	Précautions « standard »
PTG	Prothèse totale de genou
PTH	Prothèse totale de hanche
RAISIN	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
REX	Retour d'expérience
RI	Risque infectieux
RMM	Revue de morbi-mortalité
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
RREVA	Réseaux régionaux de vigilance et d'appui
RU	Représentant des usagers
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SHS	Sciences humaines et sociales
SIH	Système d'information hospitalier
SLD	Soins de longue durée
SNS	Stratégie nationale de santé
SRA	Structure régionale d'appui (Qualité)
SRVA	Structure régionale de vigilance et d'appui
SSR	Soins de suite et de réadaptation

TdBIN	Tableau de bord des infections nosocomiales
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
URPS	Union régionale des professionnels de santé

INTRODUCTION

Depuis 1994, les programmes de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales (IN) sont élaborés tous les quatre à cinq ans. Le précédent programme (2009-2013) a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de santé publique (HCSP) qui a rendu son rapport en juillet 2014¹. Ce rapport préconise un état des lieux approfondi et partagé entre les différents secteurs (établissements de santé (ES) - établissements médico-sociaux (EMS) - soins de ville) et des orientations impliquant ces trois secteurs en suivant le parcours de santé du patient/résident.

Ce nouveau programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) a été élaboré par la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins (Cospin) en établissement de santé et en secteur de soins de ville, conjointement avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Le Propias s'appuie sur le parcours de santé du patient au cours de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'il s'agisse des ES, des EMS, ou des soins de ville. Il vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours, en se focalisant sur les activités les plus à risque entraînant une prise en charge partagée au sein des différents secteurs.

Il tient compte des autres plans, programmes nationaux et de l'évolution récente et à venir de la politique de santé :

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 dont la méthodologie d'action préconisée dans les EMS, sous forme de la mise en place d'une démarche d'analyse de risque formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), est pérennisée²;

Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et les textes réglementaires correspondants en vigueur;

Le programme national pour la sécurité du patient (PNSP) 2013-2017, notamment son axe 1 : information du patient, coacteur de sa sécurité, partenariat soignant-soigné; son axe 2 : déclaration et prise en compte des événements indésirables associés aux soins et son axe 3 : formation, culture de sécurité, appui;

Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale (2012-2017).

La réorganisation des vigilances, l'accentuation de leur caractère régional ou inter-régional, dans le contexte de la nouvelle loi de santé prévue dès 2015.

Sans perdre de vue les fondamentaux de la prévention des infections associées aux soins (en pratique, les précautions « standard ») qui doivent toujours être soutenus et renforcés, le Propias s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles en matière de prévention des infections associées aux soins (PIAS). La définition de ces priorités s'appuie sur l'état des lieux disponible à partir des données de surveillance (ENP³, réseaux RAISIN⁴), des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (tableaux de bord des IN et Ipaqss⁵) et des systèmes d'alerte et enquêtes (signalements e-SIN, enquête ENEIS⁶, enquête ville...), du bilan du précédent programme, de l'évolution des structures de soins et des prises en charge (ex. : développement des prises en charge ambulatoires), de l'évolution vers une gestion des risques coordonnée et intégrée aux pratiques de soins et enfin des réorganisations territoriales.

¹ HCSP: rapport d'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, 7 juillet 2014.

² Le bilan de la mise en œuvre de ce programme, réalisé en mars 2015 fait apparaître une hétérogénéité dans l'engagement des EMS dans la démarche de gestion du risque infectieux, qui va nécessiter d'affiner certains points du programme en préparant d'ici la fin 2015, dans le cadre du PROPIAS, un DARI de deuxième génération.

³ Enquête nationale de prévalence : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-France-mai-juin-2012>

⁴ Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS>

⁵ Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ; <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028625878>

⁶ Enquête nationale des événements indésirables liés aux soins : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-observees-dans-les-etablissements-de-sante,7390.html>

Le patient et son parcours constituent le fil conducteur du Propias. La transversalité de la plupart des actions permettra aux professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice, d'être partie prenante des objectifs attendus. Trois axes sont retenus pour encadrer la prévention du risque infectieux et sa prise en charge dans les trois secteurs (ES-EMS-Ville):

Axe 1 : développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.

Axe 2 : renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Le Propias s'inscrit dans la durée. Il fera l'objet d'un suivi annuel et de réactualisations régulières à partir des résultats des objectifs qu'il définit pour les ES, les EMS et la ville. Par ailleurs, il fera l'objet d'une évaluation trisannuelle de ses trois axes au niveau national.

La mise en œuvre du Propias s'appuiera sur l'évolution en cours des comportements, le décloisonnement des secteurs de l'offre de soins et la levée des freins, sources de résistances au changement. En ES et en EMS, l'implication forte du responsable/directeur, qu'il soit médical, paramédical ou administratif, est essentielle à la généralisation de la culture de sécurité des soins. En ville, la mise en œuvre du Propias s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...) avec le support de l'ARS.

Pour faciliter la lecture du Propias, des schémas et tableaux résumant la déclinaison des actions proposées par secteur de soins et par niveau d'actions.

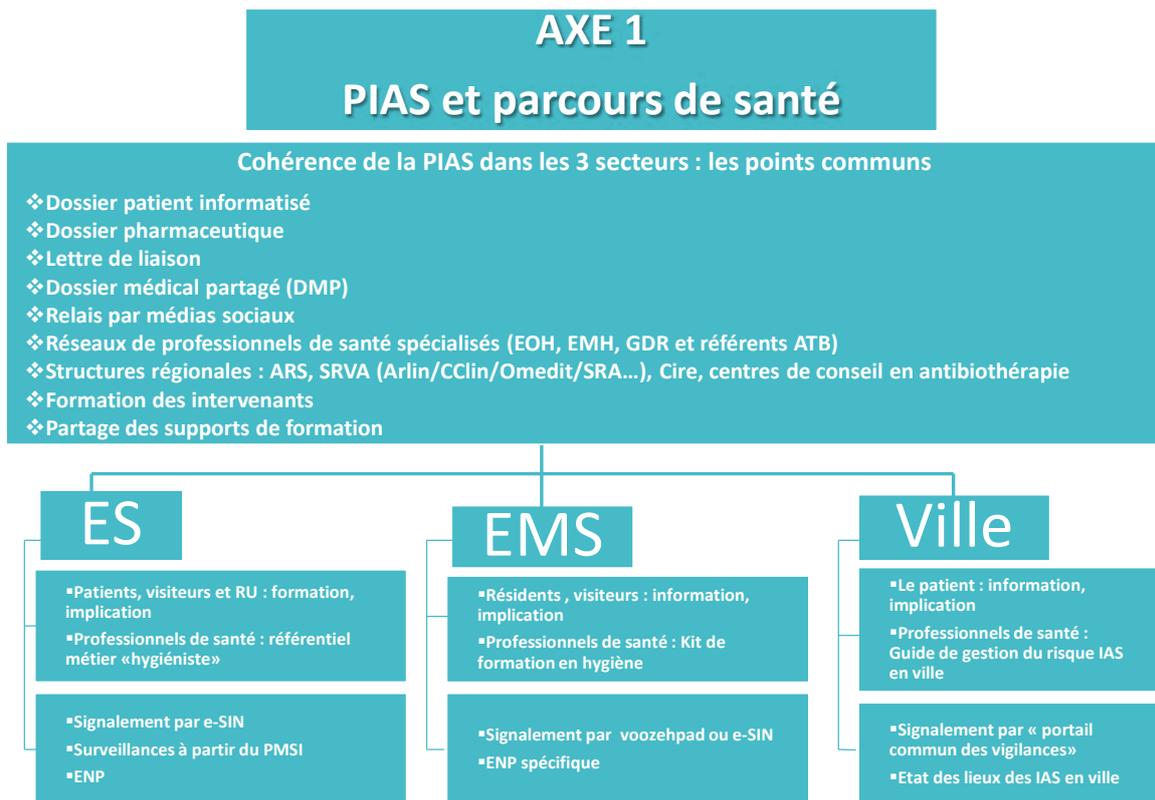
Ces actions sont complétées par des orientations de recherche, relatives à chacun des trois axes, parmi lesquelles doivent être développées les approches en sciences humaines et sociales (SHS), l'évaluation médico-économique des mesures mises en place et le développement d'interventions innovantes en santé. De plus, la place des infections associées aux soins (IAS) parmi les thématiques prioritaires des appels à projets de recherche nationaux (PHRC, PREPS...) doit être maintenue.

La gouvernance du Propias repose sur un pilotage conjoint de la DGOS, la DGS et la DGCS. Le comité de pilotage réunit les décideurs de l'État auxquels seront associés des acteurs publics de sa mise en œuvre. Un comité de suivi accompagne sa mise en œuvre et assure la concertation de ses parties prenantes. Outre les membres du comité de pilotage, elle réunit des représentants d'usagers, des professionnels des secteurs sanitaire et social, des fédérations hospitalières et médico-sociales, des sociétés savantes, des experts et personnes qualifiées.

Axe 1 – Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.

Dans cet axe sont notamment prises en compte les priorités du PNSP relatives à l'information et l'implication du patient dans un partenariat soignant-soigné: le patient est coacteur de sa sécurité et participe à la déclaration des événements indésirables associés aux soins. Parmi les objectifs de cet axe figure l'information des usagers et la formation de leurs représentants (RU) et leur participation à la politique de gestion des risques des ES. Il développe également les actions spécifiques coordonnées des structures régionales et la formation de tous les intervenants du parcours de santé.

Cet axe comprend cinq thèmes déclinés en objectifs et actions. Le schéma ci-dessous résume les points communs aux trois secteurs de l'offre de soins et leurs spécificités.



Thème 1 : intégration de la prévention des IAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins

Objectif 1 : il s'agit d'assurer la cohérence, l'efficacité et la synergie des programmes et actions de prévention et de prise en charge des IAS dans les trois secteurs de l'offre de soins.

Action 1 : associer le patient/résident comme partenaire de l'équipe soignante dans son projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins vis-à-vis du risque infectieux tout au long de son parcours :

Améliorer la qualité de l'information donnée au patient sur les risques infectieux, la prévention, le traitement et le suivi des IAS, notamment en utilisant des techniques de reformulation⁷ ; Développer et diffuser aux patients/résidents, usagers et RU des outils d'aide à la communication avec les professionnels sur les IAS, et favoriser la prise de parole du patient (ex. : oser parler à son médecin, oser déclarer une anomalie dans sa prise en charge, une infection, une BMR...).

Action 2 : partager la gestion du risque infectieux au sein des différents secteurs de l'offre de soins d'une région pour améliorer la continuité de la prévention et de la prise en charge des IAS :

S'appuyer sur les objectifs du programme « Hôpital numérique 2012-2017⁸ » qui favorise le partage d'information et l'implication des professionnels de santé. Promouvoir l'utilisation du dossier patient, du dossier pharmaceutique informatisés, du carnet de vaccination électronique⁹, du dossier médical partagé (DMP), de la lettre de liaison et l'échange d'informations entre professionnels de santé par messageries sécurisées, pour garantir la continuité et la sécurité des soins ;

Développer et diffuser des recommandations spécifiques et adaptées aux différents secteurs de l'offre de soins (ex. : précautions « standard » (PS) d'hygiène, surveillance d'un dispositif invasif, prise en charge d'un patient porteur de BHR, atteint de gale...), des procédures de prévention des risques professionnels vis-à-vis du risque infectieux (PS, accident exposant au sang (AES), équipement de protection individuelle (EPI), etc.), des procédures de prévention du risque lié à l'environnement (eau¹⁰, air...), favoriser leur partage à travers l'outil informatique, en prenant en compte les impératifs du développement durable, tout au long du parcours de santé ;

Inciter les équipes pluriprofessionnelles à prioriser les IAS dans les démarches d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE¹¹), lors d'analyses collectives (observation en situation de travail¹², patient traceur) et de retour d'expérience ; mettre en valeur la fonction de tutorat en équipe pluriprofessionnelle.

Action 3 : favoriser l'utilisation des médias sociaux, supports d'une mobilisation et d'un engagement à grande échelle du public sur l'amélioration de la qualité des soins, pour relayer des événements nationaux (« journée mondiale hygiène des mains du 5 mai », « journée européenne d'information sur les antibiotiques », « semaine de la sécurité des patients »...) et pour diffuser les initiatives et réussites des acteurs de terrain.

Thème 2 : structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de prévention des IAS

Objectif 2 : il s'agit de décliner la PIAS en utilisant les ressources régionales et en favorisant leur interopérabilité.

Action 1 : établir et maintenir, au niveau de l'ARS, en lien avec les structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA), un annuaire régional des professionnels impliqués dans la gestion du risque infectieux pour favoriser la création de réseaux coopératifs de professionnels entre les différents secteurs (ES, EMS, ville) ; le capitaliser au niveau national : équipes opérationnelles d'hygiène (EOH des ES ; équipes mobiles d'hygiène : EMH coordonnées en région...), référents en antibiothérapie, gestionnaires de risque, ingénieurs qualité, directeurs d'ES et EMS.

⁷ En référence au « teach-back » : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201404/2014_02_14_cahier_des_charges_pacte_vd.pdf

⁸ Hôpital numérique 2012-2017 : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>

⁹ Carnet de vaccination électronique : <https://www.mesvaccins.net/>

¹⁰ Plan national santé-environnement 3 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf

¹¹ Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe

¹² En référence au « shadowing » : <http://www.sante.gouv.fr/la-methode-shadowing-comment-evaluer-l-experience-patient.html>

Action 2 : renforcer la coopération entre EOH-EMH, Arlin et CCLin et organiser la coopération avec les autres structures de vigilance et d'appui (Omedit, SRA), les centres de conseil en antibiothérapie et les Cire, dans le cadre des réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA) et sous la coordination de l'ARS, pour favoriser la mutualisation, la synergie des compétences et le maillage régional de l'expertise. Ce réseau de structures régionales d'appui s'inscrira dans un cadre national de référence de fonctionnement.

Action 3 : conforter et étendre les expériences positives des ARS relatives à l'accompagnement des EMS et des professionnels libéraux, notamment la mise en place de dispositifs d'appui territorialisés pour la qualité et la sécurité des soins.

Action 4 : renforcer les actions de prévention des IAS par des équipes de professionnels formés et spécialisés en hygiène, en soutien aux trois secteurs de l'offre de soins :

S'assurer que les EOH/EMH sont en capacité de répondre aux missions élargies, le cas échéant, aux trois secteurs (ES, EMS et ville), qui leurs sont confiées en termes de compétence (formation à la PIAS) et de temps dédié ;

En ES, les EOH sont en conformité avec les ratios de personnels prévus par la circulaire de 2000¹³.

Thème 3 : promotion de la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient

Objectif 3 : il vise à augmenter et harmoniser le niveau de compétence des professionnels de santé et autres intervenants ainsi que la connaissance des usagers concernant la prévention des IAS.

Action 1 : renforcer la formation des professionnels de santé :

Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels de santé (facultés de médecine, facultés de pharmacie, écoles de sage-femme, d'infirmières, écoles des métiers du paramédical...) un module d'hygiène et de prévention du risque infectieux, dispensé en priorité par des professionnels spécialisés en hygiène.

Rendre obligatoire la formation continue en hygiène, dispensée par des professionnels spécialisés en hygiène, de tous les professionnels de santé, y compris les correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène ;

Élaborer et mettre à disposition par le réseau CCLin/Arlin, des supports de formation transversaux ou spécifiques à chaque secteur : par exemple kit de formation, vidéos de sensibilisation à l'hygiène, diffusion de l'outil « Mobiquial¹⁴ » de gestion du risque infectieux dans les EMS, guide de gestion du risque IAS en ville ;

Élaborer un référentiel métier « hygiéniste » (médical et paramédical) sous l'égide de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) ; développer et harmoniser la formation continue des professionnels en hygiène (en ES, EMS, ARS et SRVA...) en pérennisant la formation à la PIAS comme axe de DPC ;

Inclure les formations en hygiène dans la construction du programme qualité et sécurité des soins des établissements, en les valorisant notamment lors de la démarche de certification.

Favoriser et exploiter les démarches relatives à la PIAS des représentations professionnelles (syndicats, ordres, unions, fédérations...).

Action 2 : utiliser les méthodes d'apprentissage par simulation et retour d'expérience :

Inclure les mesures essentielles d'hygiène dans chaque grand thème de formation par simulation en santé ;

Former les professionnels en hygiène à l'utilisation et à la diffusion des outils de gestion des risques associés aux soins (GDRAS) (analyses de scénarii, visites de risque ...), à la participation aux retours d'expérience (CREX, RMM) et à l'utilisation des outils d'analyse approfondie des causes des IAS évitables ;

Action 3 : former les patients en auto-traitement à la prévention du risque infectieux. Identifier les acteurs et partenaires pour favoriser la mise en œuvre des précautions d'hygiène en auto-traitement.

Action 4 : former les RU et les impliquer dans la définition et le suivi des actions proposées dans les ES, en particulier à l'élaboration du programme d'actions Lin annuel local, intégré au programme d'actions de la commission ou conférence médicale d'établissement de l'ES.

¹³ Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

¹⁴ Outil « Mobiquial » : <http://www.mobiquial.org/outils/risques-infectieux/>

Proposer des formations « compétences PIAS » aux RU, pour les aider à acquérir un savoir-être (mise en situation, théâtre-forum) et un savoir-faire (appropriation des résultats d'audits et enquêtes);

Instaurer une relation privilégiée entre le RU et l'EOH à travers sa participation effective aux activités du Clin et de l'EOH (plan d'actions Lin annuel, enquêtes, publication des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (TdBIN...));

Impliquer les RU et les professionnels au niveau régional/national dans la traduction, pour le grand public, des résultats des surveillances ou d'enquêtes épidémiologiques.

Thème 4 : renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)

Objectif 4 : le signalement des IAS devient opérationnel par tous les acteurs, tout au long du parcours de santé.

Action 1 : développer le dispositif de signalement des IAS, promouvoir et optimiser son usage dans le contexte de la SNS et de la réorganisation des vigilances¹⁵:

Mettre en place le signalement des IAS par les professionnels en soins de ville et le renforcer dans les EMS;

Mettre en place le signalement des IAS par les usagers comme celui d'autres événements indésirables associés aux soins;

S'assurer que tous les ES sont en capacité d'émettre un signalement externe *via* l'outil informatique dédié aux IN (e-SIN¹⁶);

Mesurer l'impact de la promotion du signalement des IAS, à partir d'évaluations qualitatives et quantitatives, en particulier au regard de l'activité de l'ES;

Réaliser une analyse approfondie des causes d'IAS lors d'un signalement externe d'IN lorsque cela est jugé pertinent par les acteurs du signalement. Cette analyse peut être réalisée par le responsable signalement de l'ES, mais également par l'Arlin, l'ARS, le Cclin, l'InVS, selon le contexte épidémiologique.

Promouvoir le signalement des événements inhabituels porteurs de risques identifiés dans les trois secteurs de soins.

Action 2 : analyser les retours d'expérience, au niveau régional (ARS, SRVA) dans le cadre des EIAS, permettant d'en déterminer des causes racines. Partager ces analyses au niveau national (agences, réseaux, Cospin) pour en tirer des enseignements et orienter des actions régionales et nationales.

Thème 5 : renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé

Objectif 5 : le système de surveillance permet d'établir un état des lieux des IAS dans les trois secteurs et le suivi des actions menées pour adapter les politiques.

Action 1 : développer la surveillance automatisée à partir des systèmes d'information hospitalière (SIH), notamment pour des actes invasifs ciblés (ex. : chirurgie prothétique);

Action 2 : définir une méthodologie pour réaliser au niveau national et tous les cinq ans, une enquête de prévalence des IAS dans les EMS (Ehpad en priorité) et un état des lieux en ce qui concerne les IAS auprès des professionnels de santé libéraux en ville;

Action 3 : réaliser une enquête nationale de prévalence des IAS en ES (comportant un volet antiinfectieux) en respectant, au mieux, la périodicité de cinq ans;

Action 4 : adapter les politiques de prévention et les indicateurs et/ou les cibles quantitatives en fonction des données issues des réseaux de surveillance et de veille sanitaire.

¹⁵ Stratégie nationale de santé et réorganisation des vigilances.: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/feuille-de-route-de-la-strategie,16246.html>

¹⁶ Signalement externe des IN dématérialisé « e-SIN » : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

Orientations de recherche

Évaluer l'impact de l'analyse collective des IAS, du travail en équipe pluri-professionnelle, du tutorat, sur la qualité de la PIAS et de sa prise en compte par tous les intervenants du parcours de santé.

Évaluer les freins au signalement des IAS, leur impact, et les facteurs associés à la levée de ces freins.

Évaluer l'impact de la mise en place du signalement par le patient.

Rechercher des indicateurs pertinents pour la ville.

Évaluer le risque professionnel et les organisations de travail chez les professionnels de santé libéraux.

Rechercher des indicateurs pertinents pour le parcours de santé.

RÉPARTITION SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA PIAS DE L'AXE 1 SELON LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE*

OBJECTIFS (O)	ACTIONS (A)		
	LOCAL	RÉGIONAL	NATIONAL
O1: Cohérence, efficacité, synergie de la PIAS dans les 3 secteurs	A1 : Patient/résident, partenaire de l'équipe soignante A2: Améliorer le travail en équipe/tutorat	A2: Diffusion des recommandations actualisées de PIAS	A2: S'appuyer sur les objectifs d'« Hôpital numérique » et « territoire de soins numérique » A2: Guide de gestion du risque IAS en ville A3: Utilisation des médias sociaux
O2: La PIAS déclinée en région	A1 : Missions élargies pour les EOH/création d'EMH A1: Coopération EOH/GDR/Référent ATB et dans les 3 secteurs A4: Conformité des EOH au ratio	A1: Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB A1: Réseaux EOH/EMH/GDR et référents en antibiothérapie, centres de conseil en antibiothérapie A2: Coopération des réseaux avec les SRVA (Arlin/CClin/Omedit/SRA), Cire, coordination par ARS A3: Valorisation de l'accompagnement des ARS en EMS et soins de ville	A1 : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB A4: Ratio des professionnels en hygiène en ES
O3: Compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la PIAS	A1 : Formation continue de tous professionnels de santé en hygiène A1 : Formation continue des professionnels spécialisés en hygiène A2: Méthodes d'apprentissage par simulation A3: Informer et associer le patient à sa PEC A4: Former les RU	A1 : Formation continue des professionnels en hygiène en SRVA A1: Outils métiers A1: Supports de formation A2: Outils de GDRAS, RMM, REX... A4: Former les RU A4: Version grand public des résultats des surveillances	A1 : Formation initiale en hygiène obligatoire pour tous professionnels de santé dans tous les secteurs A1 : Référentiels métier d'hygiéniste A1: Supports de formation A2: Outils de GDRAS, RMM, REX... A4: Former les RU A4 : Version grand public des résultats des surveillances
O4 : Le signalement des IAS par tous	A1: Tous les ES ont une connexion opérationnelle à e-SIN A2 : Analyse approfondie des causes pour certaines IAS signalées en externe (en ES)	A1: Promouvoir le signalement des IAS en ville et en EMS A1: Evaluation qualitative et quantitative du signalement A2: Analyse de REX	A1 : Indicateurs qualitatifs et quantitatifs A1: SNS/réorganisation des vigilances: mise en place du portail commun de déclaration
O5: État des lieux des IAS (ES, EMS, ville)	A1 : Surveillance automatisée à partir des SIH (actes ciblés)	A2: ENP en EMS et état des lieux en soins de ville A4: Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance	A2: ENP en EMS et état des lieux en soins de ville A3: ENP des IAS en ES A4: Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance

* les niveaux de mise en œuvre: local, régional et national; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 1 PAR SECTEURS D'OFFRE DE SOINS

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
Formation des RU	100 % des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin	Local	Annuel	BilanLin
Communication	100 % des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient	National	2016	BilanLin
EOH	100 % des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH	National	2015/annuel	BilanLin
Signalement	100 % des ES en capacité d'émettre un signalement <i>via</i> e-SIN	National	2015/annuel	InVS
Surveillance	Enquête nationale de prévalence des IAS en ES	National	2017/5 ans	InVS
ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX Secteurs des soins de ville		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
Signalement Surveillance	Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en soins de ville	National National	2016/annuel 2016/5 ans	SNS vigilances InVS

Axe 2 – Renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance dans l’ensemble des secteurs de l’offre de soins.

La consommation toujours trop élevée d’antibiotiques en France¹⁷, l’augmentation inquiétante de l’incidence nationale, parmi les bactéries multirésistantes (BMR), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), l’émergence de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRe: ERV, EPC), à l’origine d’impasses thérapeutiques, et l’incidence croissante des infections à *Clostridium difficile* dans tous les secteurs de l’offre de soins, font de l’antibiorésistance et de la réduction de l’exposition aux antibiotiques des enjeux majeurs de santé publique. Si une baisse des taux d’infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est observée depuis une dizaine d’années en France, le taux de SARM y reste un des plus élevés d’Europe (ref ECDC), ce qui justifie le maintien d’une vigilance sur ce témoin de la qualité de la prévention de la transmission croisée dans tous les secteurs de l’offre de soins.

L’antibiorésistance rend la prise en charge de certaines IAS (dues à BMR, BHRe, *Clostridium*....) plus complexe. Les actions développées dans ce deuxième axe ont pour objectif de renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance, de promouvoir le bon usage des antibiotiques pour en préserver l’efficacité et pour une maîtrise coordonnée des IAS associées à ces germes.

La prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance reposent sur la juste utilisation des antibiotiques et la prévention de la transmission croisée tout au long du parcours de santé du patient/résident. L’information et l’implication des patients/résidents prévue à l’axe 1 est également un élément clé de la réussite de cet objectif. En amont de l’antibiothérapie, la vaccination des patients/résidents à risque et des professionnels de santé contribue au moindre usage des antibiotiques et indirectement à la maîtrise de l’antibiorésistance.

Cet axe s’appuie sur le plan national d’alerte sur les antibiotiques 2011-2016 qui développe les recommandations de juste utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et un volet de communication vers le public. Il prend également en compte les priorités du PNSP, ciblées sur l’information du patient, le signalement de l’antibiorésistance et la formation des professionnels. En ES et EMS, le succès de ces mesures dépend de l’engagement du responsable/directeur et de l’implication des professionnels médicaux, paramédicaux dans la mise en œuvre des actions de prévention et de maîtrise de l’antibiorésistance. Dans les EMS, comme en ville, le succès repose sur l’implication des professionnels libéraux. Dans ce cadre, la coordination de ces actions par l’ARS et l’implication des réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (ordres, fédérations, syndicats, unions) sont essentielles.

Cet axe comprend quatre thèmes déclinés en objectifs et actions. Le schéma ci-dessous résume les points communs aux trois secteurs de l’offre de soins et leurs spécificités.

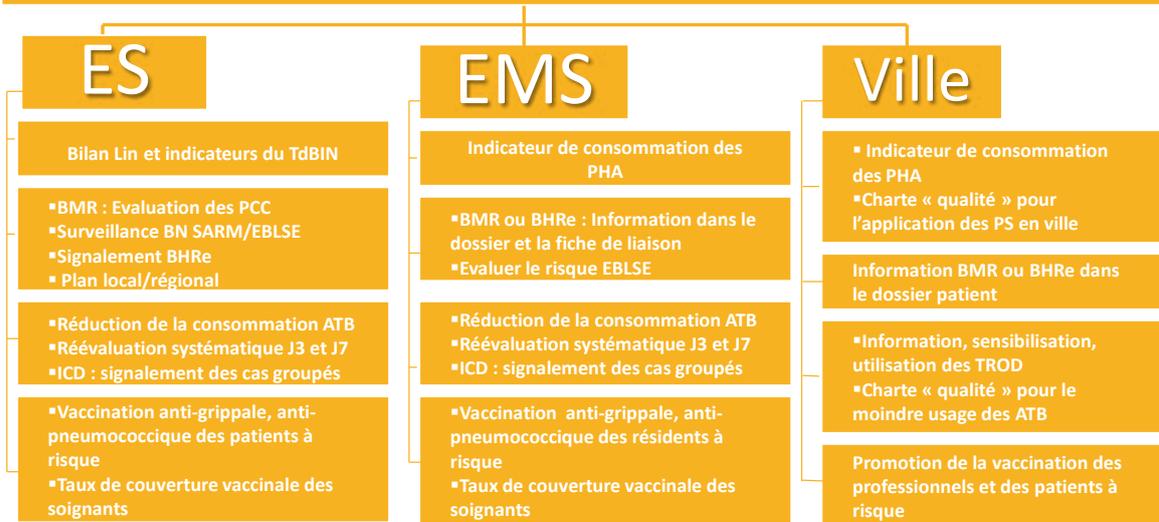
¹⁷ Rapport de l’ANSM de novembre 2013 : http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf

AXE 2

Prévention et maîtrise de l'antibiorésistance

Cohérence de la PIAS dans les 3 secteurs : les points communs

- ❖ Promotion de l'hygiène des mains et des PS-gestion des *excreta* : Grand public/Patients/Résidents
- ❖ Outils de communication transversale via le patient, son dossier, la lettre de liaison, pour BMR-BHRe
- ❖ ATB : Formation, information des professionnels, guide de bon usage , outils facilitateurs
- ❖ Carnet de vaccination électronique pour tous



Thème 1 : associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance

Objectif 1 : le patient et le public sont coacteurs de la maîtrise de l'antibiorésistance

Action 1 : amplifier l'information du grand public sur la transmission croisée et sa prévention, en priorité sur l'hygiène des mains en toutes circonstances (à la maison, à l'école...) par le maintien des actions d'information et de formation de l'Inpes (formation e-Bug¹⁸). Sensibiliser le public et les usagers de la santé aux risques associés à l'exposition excessive aux antibiotiques (pression de sélection exercée par les antibiotiques) en lien avec l'Inpes, notamment en organisant la mutualisation des supports de communication développés (ex. : document de non-prescription d'antibiotiques de la CnamTS remis par le médecin au patient, logiciels métiers élaborés par la HAS, « jeux sérieux¹⁹ ») et faciliter la participation du public à la « journée européenne d'information sur les antibiotiques » et à la « journée mondiale sur l'hygiène des mains du 5 mai ». Informer sur les risques spécifiques aux infections virales, leur prévention et leur traitement (non antibiotique) en lien avec la CnamTS. Informer le public de la mise à disposition au cabinet médical, de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD angines, TROD grippe) et de dépistage (bandelettes urinaires).

Action 2 : généraliser l'information des patients/résidents porteurs de BMR/BHRe sur les risques potentiels et les mesures d'hygiène recommandées, au cours de l'hospitalisation, lors d'un transfert ou lors du retour à domicile ou en EMS, à l'aide d'outils de communication éprouvés (aide-mémo, lettre de liaison), en s'assurant de leur compréhension (techniques de reformulation) et de leur réelle transversalité.

Thème 2 : renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu

Objectif 2 : il vise à améliorer le niveau d'application des précautions « standard » dans les trois secteurs, la prise en compte du « péril fécal » et de l'environnement

Action 1 : améliorer l'observance des précautions « standard » (PS), en particulier de l'hygiène des mains :

Assurer la formation de tous les professionnels à l'hygiène des mains dès la formation initiale et s'assurer de la cohérence des messages délivrés par les différents formateurs ;

Amplifier la campagne annuelle nationale de communication et de promotion de l'hygiène des mains « journée mondiale sur l'hygiène des mains du 5 mai » vers les professionnels de santé et le public, en développant de nouveaux outils avec l'Inpes ;

En ES, adapter un indicateur de consommation des PHA pour une meilleure prise en compte d'objectifs plus ambitieux et motivants, intégrant l'observance de l'hygiène des mains, pour les différentes catégories d'activité, avec rétro-information semestrielle aux équipes.

Étendre la démarche aux autres secteurs, en proposant un indicateur pour les EMS et un indicateur pour l'application des précautions « standard » en soins de ville, en s'appuyant sur une « charte de qualité pour des soins plus sûrs » pour favoriser la généralisation des bonnes pratiques ; en ville, la ROSP pourrait être un support facilitateur.

Utiliser, en ES et EMS, les outils mis à disposition (GrepH) pour effectuer des audits d'hygiène des mains et d'utilisation des gants, et les outils de gestion des risques « visites de risque²⁰ » à périodicité définie dans tous les secteurs d'activité, avec rétro-information aux équipes ;

Maintenir au niveau national la promotion de l'observance de l'hygiène des mains, au moyen d'outils d'amélioration à destination des EOH (mission mains propres²¹, audits GrepH) et par des indicateurs appropriés ;

Sensibiliser les personnels au port de masque et s'assurer de la disponibilité d'équipements de protection individuelle (EPI) *ad hoc*. Favoriser les campagnes saisonnières de sensibilisation.

¹⁸ Programme initié par l'Union européenne, qui propose aux enseignants des outils pédagogiques pour améliorer les connaissances des élèves des classes de CM1 et CM2 et de 6^e et 3^e sur les thèmes des microorganismes utiles et pathogènes; de la transmission des infections et des gestes simples d'hygiène; du traitement des infections en particulier par les antibiotiques (utilisation, résistances) et de la prévention des infections par les vaccinations. En France, ce programme a été lancé en 2009 en lien avec le ministère de l'éducation nationale. http://www.ebug.eu/fr_home.aspx?cc=fr&ss=1&t=Bienvenue+sur+le+site+e-Bug!

¹⁹ En référence aux « serious games » : <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-7/les-serious-games-le-futur-de-la-formation-medicale>

²⁰ En référence à l'outil d'évaluation des risques de la HAS : <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche17.pdf>

²¹ Mission mains propres : <http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres,12848.html>

Action 2: prioriser la gestion des *excreta* et de l'environnement en ES et EMS

Informers les personnels sur les risques liés à la gestion des *excreta* et former les personnels aux bonnes pratiques ;

S'assurer que des équipements adéquats sont disponibles dans les secteurs à risques²² et sont utilisés de manière appropriée par du personnel formé ;

Réaliser une évaluation de la gestion des *excreta* (visites de risque, audits ciblés...);

Réaliser une évaluation du bionettoyage en lien avec les prestataires de services éventuels.

Thème 3: améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes

Objectif 3: prioriser la maîtrise des EBLSE, des BHRé et maintenir les actions vis-à-vis des SARM

Action 1: évaluer régulièrement le respect des précautions « standard » (incluant la bonne gestion des *excreta* et le bionettoyage quotidien adapté) et complémentaires contact (PCC) pour les patients/résidents colonisés ou infectés par des BMR endémiques (SARM ou EBLSE) et systématiquement pour les patients ou résidents porteurs de BHRé (ERV/ERG et EPC);

Action 2: informer et former les professionnels de santé (ES, EMS, Ville) et autres intervenants (visiteurs, transporteurs sanitaires, fournisseurs de matériels, bénévoles, RU...) à la prise en charge adéquate de ces patients ou résidents pour minimiser les risques de transmission ;

Action 3: maîtriser la diffusion des EBLSE en ES et évaluer le risque « EBLSE » en EMS :

Assurer le signalement des cas groupés d'EBLSE pour réduire le nombre de cas secondaires en situation épidémique ;

Généraliser à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) la détection du mécanisme de résistance par BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G en ville et en ES ;

Maintenir la surveillance des EBLSE²³⁻²⁴ et en particulier surveiller les bactériémies à EBSLE nosocomiales en couplant cette surveillance à des audits de pratiques. Définir un objectif de réduction d'incidence des bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* et *Enterobacter cloacae* BLSE ;

Évaluer le risque EBLSE en EMS à l'aide d'enquêtes de prévalence.

Action 4: consolider la maîtrise de la diffusion et la diminution des SARM en ES et évaluer le risque « SARM » en EMS :

Maintenir une surveillance des SARM en ES et en particulier des bactériémies à SARM ; réduire, parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus*, la proportion de SARM dans l'espèce et leur densité d'incidence ;

Évaluer le risque SARM en EMS au travers d'enquêtes de prévalence ;

Réaliser un audit des pratiques et une analyse des causes profondes en cas de survenue d'une IAS grave à SARM (ex: bactériémie, ISO profonde).

Action 5: maîtriser le risque BHRé²⁵⁻²⁶ :

Mettre en œuvre des mesures permettant de maintenir le taux d'EPC parmi les *K. pneumoniae* isolées d'infections invasives (bactériémies) en ES en France à moins de 1 % ;

Mettre en œuvre des mesures permettant de maintenir le taux d'ERV parmi les *Enterococcus faecium* isolés à partir d'infections invasives (bactériémies) en ES en France à moins de 1 % (données du réseau EARS-net France) ;

S'assurer de l'existence d'un plan régional actualisé de gestion des épidémies coordonné par l'ARS et les SRVA, qui prend en compte le parcours de santé et assure aux patients porteurs de BHRé une prise en charge adaptée dans tous les secteurs de l'offre de soins (incluant l'identification de structures d'aval adaptées). S'assurer de la rétroinformation « BHRé » vers les EOH en cas d'épisodes à diffusion régionale. Les mettre en place le cas échéant ;

²² Gestion des *excreta*, CCLin Sud-Ouest : http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres_mp_270314/4-Gestion%20des%20excreta%202014.pdf

²³ BMR-Raisin : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence>

²⁴ Lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques : actions 12 à 14.

²⁵ Lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques : actions 12 à 15 et sous action 2 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf

²⁶ Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRé), HCSP juillet 2013 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372> et <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=201>

S'assurer de l'existence d'un plan local de gestion des épidémies dans les ES²⁷, en particulier des cas groupés de BHRé, élaboré par l'EOH en lien avec la GDR, le représentant des usagers et validé par la direction. S'assurer de l'évaluation de sa mise en œuvre conformément aux recommandations en vigueur. Les mettre en place le cas échéant;

Signaler²⁸ sans délai tous les nouveaux cas de BHRé (EPC, ERV/ERG) et définir le nombre de cas secondaires (niveau local) et la proportion d'épisodes avec cas secondaires (niveau national et régional) comme indicateurs témoins de l'efficacité des mesures mises en place pour lutter contre leur diffusion;

Former tous les laboratoires de biologie médicale à la détection rapide des BHRé (dans le cadre de la formation continue des biologistes médicaux) et les sensibiliser à leur rôle d'alerte;

Favoriser le développement et l'accès aux méthodes de diagnostic rapide²⁹ du portage de BHRé, notamment pour le dépistage des patients à risque : patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger³⁰, patients connus porteurs, patients « contact »;

S'assurer de la transmission adéquate des informations sur le statut de porteur de BHRé et des patients contacts à toutes les étapes du parcours de santé :

- lors des réadmissions : mise à disposition généralisée d'un système informatique de repérage des patients;
- lors des transferts entre les trois secteurs (ES-EMS-ville) : notification systématique du statut porteur ou contact BHRé sur la lettre de liaison.

Action 6 : encadrer les traitements antibiotiques prescrits aux patients porteurs de BHRé, ainsi qu'à ceux de la même unité de soins en ES, en lien avec le référent en antibiothérapie et tout au long de leur parcours de santé, en veillant notamment au bon usage des antibiotiques « critiques », définis par l'ANSM.

Thème 4 : réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé³¹

Objectif 4 : contrôler l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne

Action 1 : améliorer le diagnostic et la prise en charge des infections respiratoires virales à l'aide des tests rapides d'orientation diagnostique disponibles (TROD);

Action 2 : former le prescripteur au bon usage des antibiotiques et à la bonne information de l'utilisateur, notamment en impliquant les maîtres de stage en ville et les enseignants hospitalo-universitaires en ES, compétents en antibiothérapie, afin qu'ils transmettent la culture de la juste antibiothérapie aux internes (TROD, outils d'aide à la décision);

Action 3 : diminuer le volume de consommation des antibiotiques dans tous les secteurs de l'offre de soins :

Inscrire la réduction des consommations d'antibiotiques comme un objectif prioritaire pour l'ensemble des secteurs de l'offre de soins, comme le prévoit le cadre du « plan d'alerte antibiotique : 2011-2016 ». Prévoir une rétro-information au minimum semestrielle en ES auprès des unités de soins et des prescripteurs. Un bilan annuel est réalisé au niveau régional (ARS et centres de conseil en antibiothérapie avec l'appui des CCLin/Arclin et des Omedit);

Suivre les consommations d'antibiotiques en ville à l'aide des données de la CnamTS et de l'ANSM; envisager d'utiliser la ROSP comme outil d'évaluation des pratiques en antibiothérapie;

²⁷ Plan local, régional de maîtrise des épidémies : INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014-08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2014/Instruction/14012014.pdf>

²⁸ Signalement en ES : signalement interne au responsable du signalement et externe à l'ARS et CCLin/Arclin par « e-SIN ».

²⁹ Point of care tests – POCTs : <https://www.gov.uk/government/publications/uk-5-year-antimicrobial-resistance-strategy-2013-to-2018> ; <http://www.cdc.gov/drugresistance/national-strategy/>

³⁰ http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20101116_bmrimport.pdf

³¹ Lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques : action 3, actions 5 à 8 et action 11.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf

Lien avec le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 : action 6.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_damelioration_de_la_politique_vaccinale.pdf

S'assurer de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique en ES et EMS à j3 et j7, et vérifier l'élimination des antibiothérapies inutilement prescrites, notamment pour les antibiotiques dits « critiques » définis par l'ANSM³²⁻³³. Définir la proportion de traitements prolongés plus de 7 jours sans justification comme indicateur témoin de la qualité des soins; Mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique adaptés à chaque secteur et en lien avec l'assurance maladie et les Centres de conseil en antibiothérapie, incluant les protocoles de traitement de première intention des infections les plus courantes (réactualisés tous les 3 ans); ces outils doivent être disponibles sous un format aisément accessible (dépliant, application pour smartphone et tablette) et regroupés en un site unique de formation (apprentissage en ligne: « e-learning ») et d'information³⁴. Promouvoir les outils d'aide à la prescription existants et le développement de systèmes d'information facilitant la réévaluation et la justification de l'antibiothérapie (contrat de bon usage (CBU) en ES³⁵);

Favoriser les approches d'EPP et programme DPC autour du bon usage des antibiotiques en établissement ou en ville, avec les groupes qualité et les URPS.

Action 4: réduire le risque d'infections à *Clostridium difficile* (ICD)

Informier le public et former les intervenants du parcours de santé sur les risques associés à l'antibiothérapie et la survenue d'ICD, en lien avec la CnamTS, l'InVS et les ES³⁶;

Promouvoir le signalement des cas groupés d'infections à CD en ES comme en EMS par e-SIN³⁷ ou par voozehpad³⁸;

Évaluer systématiquement le respect des précautions complémentaires contact (PCC), des bonnes pratiques de gestion des excréta et d'entretien de l'environnement spécifiques aux ICD;

S'assurer de la mise en œuvre des méthodes diagnostiques recommandées et de leur harmonisation au niveau national³⁹.

Action 5: réduire les taux d'infections en promouvant la vaccination des patients/résidents à risque, celle des professionnels de santé et des étudiants, dans le cadre du programme national d'amélioration de la politique vaccinale⁴⁰:

Promouvoir le carnet de vaccination électronique pour tous les professionnels de santé. Les ES, sous la responsabilité du directeur⁴¹, le créeront pour tous leurs personnels, de telle sorte qu'ils puissent connaître leur statut vaccinal et leur immunisation contre l'hépatite B (disponible sur les carnets de vaccination électroniques). En ville, sa mise en place est à promouvoir par les différents ordres et/ou collègues professionnels;

Vaccination des patients ou résidents à risque:

S'assurer de la couverture vaccinale anti-pneumococcique adéquate des patients à risque en SSR-LD et résidents en Ehpad;

Organiser la vaccination annuelle contre la grippe des patients en SLD et des résidents en Ehpad;

Poursuivre et renforcer, avec l'Inpes, l'information sur les vaccinations au cabinet médical (outils de communication, affichage du calendrier vaccinal);

Mettre en œuvre une campagne de communication nationale sur le principe de la vaccination.

³² Rapport de l'ANSM de novembre 2013 : http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf

³³ Liste des antibiotiques « critiques » : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information>

³⁴ Mémo et guide HAS Février 2014 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf;

³⁵ Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220981&dateTexte&categorieLien=id>

³⁶ Plan national d'alerte sur les antibiotiques : action 10, sous-action 4 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf

³⁷ Signalement des infections nosocomiales : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

³⁸ Instruction DGS/RI1/DGCS no 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf

³⁹ Saisine du HCSP : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=32>

⁴⁰ Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>

⁴¹ Article L31.11.4 du code de santé publique : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021709132>

Réduire le risque de transmission des infections par les personnels des ES et EMS en s'assurant que les obligations et recommandations vaccinales les concernant sont rigoureusement mises en œuvre :

Informar les soignants des objectifs et bénéfices des vaccinations lors de leur formation initiale, en début d'exercice et tout au long de leur cursus professionnel et s'assurer du respect des obligations ;

Vérifier avec les professionnels de santé leur immunisation concernant les vaccinations professionnelles recommandées ;

Promouvoir et organiser la vaccination annuelle des personnels soignants contre la grippe en ES et EMS (« je me protège contre la grippe et je protège mon entourage ») en rappelant les responsabilités de chacun et donner l'information sur la couverture atteinte aux soignants et à la CME.

Orientations de Recherche

Étudier le comportement des prescripteurs et du public vis à vis des antibiotiques, l'évaluation des freins à la réduction de leur consommation et l'influence des facteurs socio-économiques en France et en région (SHS)

Évaluer l'impact des prescriptions d'antibiotiques en ville sur l'antibio-résistance

Évaluer les freins au signalement et à la mise en œuvre précoce des mesures recommandées pour les BHRe (SHS).

Évaluer aux niveaux local et régional les besoins logistiques, les coûts (étude d'impact financier, rapport cout/efficacité des interventions), et les conséquences sur l'organisation des structures de soins de la prise en charge de patients porteurs de BHRe.

Études d'intervention sur les stratégies de maîtrise de la diffusion des EBLSE dans la communauté et en milieu de soins (incluant la gestion des excréta).

Poursuivre les recherches sur les facteurs associés et la prévention des infections à ICD.

Études d'intervention visant à améliorer la couverture vaccinale des soignants (contre la grippe en particulier) dans les trois secteurs ES/EMS/Ville.

Favoriser le développement d'alternatives à l'antibiothérapie.

RÉPARTITION SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA PIAS DE L'AXE 2 SELON LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE* :

OBJECTIFS (O)	ACTIONS (A)		
	LOCAL	RÉGIONAL	NATIONAL
O1 : Le patient - acteur de la maîtrise de l'antibiorésistance	A1 : Sensibiliser les patients/résidents à la pression de sélection par les ATB A2 : Informer les patients/résidents porteurs de BMR/BHRe	A1 : Outils d'informations pour les patients/résidents	A1 : Information du grand public A1 : Journée antibiotiques
O2 : Améliorer le niveau d'application des PS et la prise en charge du péril fécal	A1 : Formation continue de tous les professionnels à l'HDM A1 : Audits d'HDM et suivi bisannuel des consommations de PHA A1 : Sensibilisation des professionnels aux autres PS : port des gants et du masque A1 : Adhésion aux campagnes saisonnières de sensibilisation A2 : Gestion des excréta/Formations/Audits ciblés A2 : Bionettoyage quotidien	A1 : Formation continue des professionnels des SRVA et ARS aux PS A1 : Evaluation des PS A1 : Outils Grephh A1 : Charte « qualité pour des soins plus surs » pour les professionnels de santé libéraux (PS, HDM, EPI) A2 : Prioriser la gestion des excréta /Formations/Audits ciblés A2 : Evaluation du bionettoyage	A1 : Formation initiale de tous les professionnels à l'HDM A1 : Journée mondiale HDM et boîte à outil nationale A1 : Indicateur de consommation des PHA en ES et EMS et en soins de ville A1 : Indicateur d'observance HDM: Outils Grephh A1 : Charte « qualité pour des soins plus surs » pour les professionnels de santé libéraux
O3 : Prioriser la lutte contre les EBLSE, les BHRe et maintenir les actions vis à vis du SARM	A1 : Evaluation régulière des PS et PCC chez les patients BMR/BHRe A2 : Informer et former tous les intervenants A3 : Maîtriser la diffusion des EBLSE A3 : Incidence des BN à EBLSE en ES, cibles quantitatives pour les BN à K. pneumoniae et E. cloacae BLSE A3 : Prévalence des EBLSE en EMS A4 : Consolider la maîtrise des SARM A4 : Incidence des BN à SARM en ES/ % parmi les BN à SA/RMIM A4 : Prévalence des SARM en EMS A5 : Risque BHRe/Signallement de tout nouveau cas A5 : Cibles quantitatives pour BHRe A5 : Evaluation systématique des PCC/gestion des excréta A5 : Système informatique de repérage lors des réadmissions/fiche de liaison lors des transferts A5 : Méthodes de détection rapide BHRe A5 : Plan local de gestion des épidémies A6 : Encadrer les traitements antibiotiques des porteurs de BHRe et des contacts	A3/A4 : Surveillance BMR-Raisin A3/A4 : Surveillance des BN à SARM et EBLSE(Raisin) A5 : Analyse des signalements BHRe A5 : Cibles quantitatives pour BHRe A5 : Plan régional de gestion des épidémies Analyse des signalements BHRe A5 : Cibles quantitatives pour BHRe	A3/A4 : Surveillance BMR-Raisin A3/A4 : Surveillance des BN à SARM et EBLSE(Raisin) A5 : Analyse des signalements BHRe A5 : Cibles quantitatives pour BHRe
O4 : Contrôler l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne	A1 : Place des TROD A2 : Formation des prescripteurs A3 : Réduction de consommation des ATB et réévaluation à J3 et J7 A3 : Développer les systèmes d'information facilitant la réévaluation A3 : EPP, DPC, Audit ATB thérapie et prophylaxie A4 : Réduire l'incidence des ICD A4 : Promouvoir et étendre le signalement des cas groupés A5 : Promouvoir la vaccination des patients ou résidents à risque et des professionnels de santé (taux de couverture vaccinale)	A2 : Formation initiale et continue des prescripteurs A3 : Surveillance par les SRVA A3 : Pilotage par les ARS de la mise en œuvre du plan ATB A3 : Mobilisation des ES par l'ARS via les CPom et de la ville par les URPS A3 : Mise à disposition des prescripteurs des guides de bonne pratique et protocoles de première intention/site d'infection A4 : Analyser les signalements d'ICD A5 : Promouvoir la vaccination des patients à risque et des professionnels de santé	A2 : Formation initiale des prescripteurs A3 : Surveillance ATB Raisin A3 : Indicateur TdBIN du bon usage des ATB A3 : Suivi du Plan Alerte ATB A3 : Mise à disposition des prescripteurs des guides de bonne pratique A4 : Analyser les signalements d'ICD A5 : Promouvoir la vaccination des patients à risque et des professionnels de santé (taux de couverture vaccinale)

* les niveaux de mise en œuvre : local, régional et national ; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 2 EN ES

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
PHA	% de conformité de l'hygiène des mains ≥ 80 % La consommation atteint au moins 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité	Local Régional National	2015 Annuel	Grephe BilanLin
BMR	% SARM parmi les BN à <i>S. aureus</i> ≤ 20 % Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20 %	National	2017 2018	Raisin
	100 % des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes	Local	2016	BilanLin
	Stabilisation de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE Diminution de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE de 20 %.	National Local	2018 2020	Raisin
BHRe	Taux d'EPC parmi les bactériémies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> ≤ 1 %	National	2015 Annuel	EARS-net
	Taux d'ERV parmi les bactériémies à <i>Enterococcus faecium</i> ≤ 1 %	National	2015 Annuel	EARS-net
	Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe ≤ 20 % Proportion d'épisodes avec cas secondaires ≤ 10 %	Local Régional National	2015 Annuel	CClin/Arlin ARS InVS
	Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100 % des ES Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100 % des ES	Local	2015	BilanLin
ATB	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés ≤ 10 %	Local Régional National	2020 2016	Raisin BilanLin
	Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h ≤ 10 %	Local	2015	BilanLin
Vaccins	100 % des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé 100 % des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle 100 % des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Local National Local	2015 Annuel 2016	BilanLin InVS/INPES

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 2 EN EMS ET SECTEUR SOINS DE VILLE

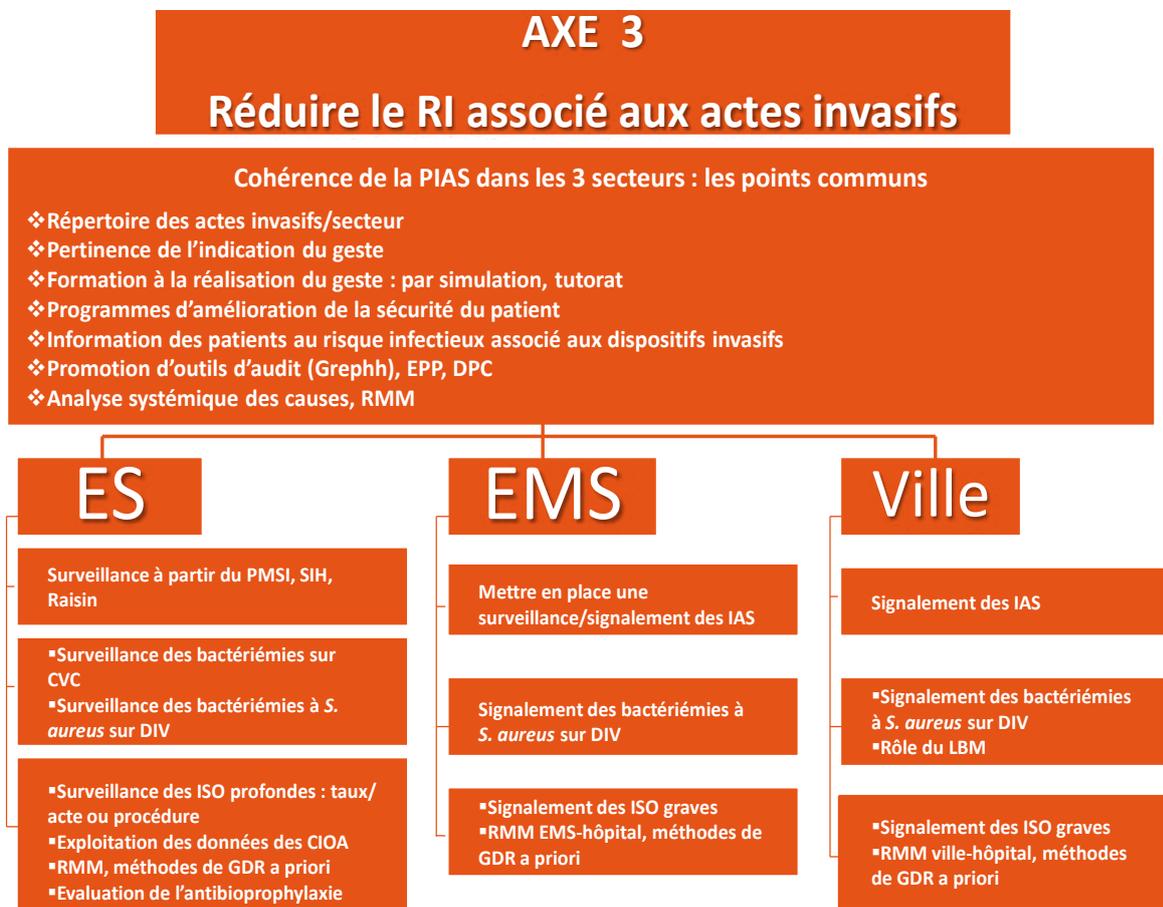
ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX SECTEUR DES SOINS DE VILLE		NIVEAU	ECHÉANCE Périodicité	SOURCE
PS	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard » La consommation de PHA atteint 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin
BMR	100 % des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G	Régional National	2016	ARS CClin/Arlin
BHRe	Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour 100 % des patients porteurs	Local Régional	2015	ARS CClin/Arlin
ATB	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans	Régional National	2016 2020	ARS, SRVA C N A M T S , ANSM
Vaccins	100 % des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B 100 % des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Régional	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin

Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Les actes invasifs comportent des risques, en particulier infectieux, qui peuvent se manifester tout au long du parcours de santé. La maîtrise de ces risques vise à éliminer ceux qui auraient pu être évités. Le PNSP rappelle que la gestion des risques associe la prévention de tous les risques liés aux soins qui peuvent être identifiés et la « détection-atténuation » des événements indésirables lorsqu'ils surviennent.

Cet axe met en avant les outils de prévention, de surveillance et d'alerte permettant la détection des IAS évitables associées aux actes invasifs, l'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre et l'analyse des causes profondes selon une approche systémique. Cette analyse englobe la pertinence de l'acte invasif, la qualité de sa réalisation, la prévention et la prise en charge d'une éventuelle complication infectieuse.

Cet axe comprend trois thèmes déclinés en objectifs et actions. Le schéma ci-dessous résume les points communs aux trois secteurs de l'offre de soins et leurs spécificités.



Thème 1 : renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs

Objectif 1 : connaître, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les trois secteurs de l'offre de soins.

Action 1 : identifier le risque lié aux actes invasifs effectués en secteurs ES, EMS ainsi qu'en soins de ville, effectuer une analyse a priori des risques infectieux associés. Ecrire le cas échéant, définir, hiérarchiser et diffuser les recommandations de bonnes pratiques de prévention correspondantes, en les rendant aisément accessibles aux professionnels concernés. Programmer dans les ES des « visites de risque » dans tous les secteurs pratiquant des gestes invasifs, en commençant par les plus à risque, en s'appuyant localement sur les EOH et la qualité/gestion des risques en lien éventuel avec les Arlin/CCLin et autres SRVA . Mettre en œuvre ces « visites de risque » en ville et EMS avec les ARS, les SRA, les Arlin/CCLin et autres SRVA en appui (information/participation des ordres professionnels). Celles-ci peuvent concerner des activités (soins dentaires, pédicure podologue, mésothérapie, acupuncture, cures thermales, médecine et chirurgie esthétique, par exemple) et des lieux très divers.

Action 2 : effectuer des revues de pertinence des actes afin de réduire l'exposition aux dispositifs invasifs et envisager des alternatives à l'acte invasif. S'assurer de la réévaluation quotidienne de la pertinence du maintien des dispositifs invasifs pour la durée nécessaire et indispensable aux soins du patient;

Action 3 : s'assurer que la formation des professionnels à la bonne réalisation des actes invasifs a lieu avant leur mise en pratique; développer le tutorat, l'accès des professionnels à la formation par simulation, intégrant les bonnes pratiques d'hygiène, d'asepsie et de prévention. Développer et utiliser des outils spécifiques dédiés à la prévention du risque infectieux associé aux actes invasifs (traçabilité, outils d'aide à l'observance, aide-mémoire, « jeux sérieux », ..) et s'assurer qu'ils sont utilisés auprès du patient. Favoriser la pratique du : « savoir dire non après évaluation de la probabilité de succès » (go/no go);

Action 4 : développer les programmes d'amélioration de la sécurité du patient fondés sur le travail en équipe et/ou l'apprentissage par l'erreur (lever les blocages culturels), s'appuyant par exemple sur une approche multifacettes comportant un groupe de mesures de prévention essentielles, ou d'actions de prévention spécifiques ciblées sur certains actes, comportant un volet d'évaluation des pratiques, définies en lien avec les sociétés savantes. Favoriser dans les ES ces approches pour la prévention des infections les plus fréquentes et/ou les plus graves associées aux actes invasifs;

Action 5 : renforcer la promotion d'audits de pratique des actes invasifs (endoscopie, cathétérisme, etc..) et d'EPP de prévention des infections les plus fréquentes et/ou les plus graves associées aux actes invasifs, en s'appuyant sur les outils disponibles (outils Grepheh, certification, accréditation, DPC, REX, RMM ville-hôpital) pour accroître la culture de sécurité des professionnels de santé;

Action 6 : mettre en œuvre des actions de sensibilisation et d'évaluation du respect des bonnes pratiques et protocoles relatifs aux actes invasifs en ville, quelle que soit la spécialité. Réaliser des contrôles de conformité réglementaires des installations (participation des ordres professionnels le cas échéant), par exemple pour les soins dentaires.

Thème 2 : surveiller les infections associées aux actes invasifs dont les dispositifs médicaux implantables tout au long du parcours de santé

Objectif 2 : disposer d'outils de surveillance des infections associées aux actes invasifs dans les trois secteurs de l'offre de soins.

Action 1 : associer les patients à la surveillance des dispositifs médicaux implantables (DMI) à travers leur information sur les risques et leur prévention et sur la conduite à tenir face à un incident (ES, EMS, Ville), en s'assurant de leur compréhension (outil de reformulation);

Action 2 : en ES, utiliser les entrepôts de données (PMSI, SIH) et développer des méthodes/outils pour surveiller les infections associées à certains actes invasifs (ex : ISO après pose de prothèse articulaire ou autres dispositifs implantés, certains cathéters veineux centraux tels les cathéters centraux à insertion périphérique (Picc), les cathéters à chambre implantable (CCI) ...);

Action 3 : poursuivre et/ou mettre en place, dans les ES, une surveillance des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation et hors réanimation. L'objectif cible quantifié en réanimation doit être maintenu; hors réanimation, un objectif cible de réduction d'incidence est proposé;

Action 4 : généraliser la surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs, dont les bactériémies à *S. aureus* sur DIV (cathéter périphérique, CVC, CCI, Picc...) en ES avec un objectif de réduction. En EMS et en ville, l'objectif est de repérer les bactériémies à *S. aureus* sur DIV à partir du LBM.

Thème 3 : améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)

Objectif 3 : disposer d'outils de surveillance des ISO graves (profondes ou nécessitant une reprise chirurgicale), d'évaluation de leur prévention et de gestion des risques adaptés dans les trois secteurs de l'offre de soins.

Action 1 : améliorer la surveillance et la déclaration des infections graves associées à la chirurgie :

Généraliser la surveillance des ISO graves (profondes ou nécessitant une reprise chirurgicale) sur des actes ciblés définis en lien avec les professionnels; utiliser le SIH pour fournir des taux d'ISO par acte/procédure, en débutant par la chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG); Valoriser les données issues des structures de prise en charge des infections ostéo-articulaires (CIOA) pour préciser les facteurs de risque d'infection et optimiser leurs prévention et prise en charge;

Favoriser la déclaration/signalement des ISO graves par les professionnels comme par les usagers, quel que soit leur lieu de survenue tout au long du parcours de santé, ainsi que leur analyse *a posteriori* (RMM) pour mobiliser les équipes chirurgicales autour de la prévention des ISO;

Coupler la surveillance des ISO à des modules d'évaluation des pratiques de prévention, incluant l'antibioprophylaxie.

Action 2 : augmenter la sécurité des organisations et améliorer la prévention :

S'assurer de la qualité et de la traçabilité de l'antibioprophylaxie chirurgicale au bloc opératoire :

Vérifier l'existence d'un protocole actualisé d'antibioprophylaxie chirurgicale, de sa mise à disposition pour les prescripteurs et de leur formation en lien avec le référent en antibiothérapie de l'établissement;

Systematiser les audits annuels de conformité de l'antibioprophylaxie, indicateurs du bon usage des antibiotiques au bloc opératoire. Définir un indicateur de qualité, dont l'objectif est une proportion minimale d'antibioprophylaxies d'une durée supérieure à 24h.

Utiliser dans tous les blocs opératoires des méthodes d'analyses de risques a priori (analyses de scénario, visites de risque...) en s'appuyant localement sur les EOH/EMH et la qualité/gestion des risques en lien éventuel avec les Arlin/CCLin et autres SRVA;

Participer au développement des programmes d'amélioration de la culture de sécurité, du travail en équipe au bloc opératoire de manière à favoriser l'observance des bonnes pratiques et mobiliser les équipes chirurgicales à la prévention des ISO.

Orientations de recherche

Étudier les facteurs comportementaux et organisationnels liés au risque infectieux chirurgical. Favoriser l'exploitation des données issues des structures labélisées de prise en charge des infections ostéo-articulaires (CIOA).

Développer la recherche concernant l'analyse à partir des entrepôts de données pour la surveillance automatisée des infections post-opératoires d'actes ciblés.

Évaluer l'impact de l'implication du patient tout au long de sa prise en charge, sur les taux d'infections (ISO, bactériémies sur DIV...).

RÉPARTITION SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA PIAS DE L'AXE 3 SELON LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE*

ACTIONS (A)			
OBJECTIFS (O)	LOCAL	RÉGIONAL	NATIONAL
O1: Connaître, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les 3 secteurs de l'offre de soins	A2: Revue de pertinence des actes et du maintien des dispositifs invasifs A3: Formation des professionnels à la pratique des actes invasifs: simulation, tutorat, évaluation des connaissances techniques avant la pratique A4: Programmes d'amélioration de la sécurité du patient: travail en équipe, apprentissage par l'erreur, faisceaux de mesures, etc. A5: Promotion des outils d'audit/Approches EPP-DPC/Analyse systémique des causes/REX-RMM A6: Sensibilisation/évaluation des bonnes pratiques en ville	A1: Identification des actes invasifs réalisés en ville, en EMS / Recommandations associées A1: Diffusion des recommandations de bonnes pratiques (SRVA) A3: Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS (SRVA) A5: Promotion des outils d'audit (Graph, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX A6: Contrôles de conformité des installations (ARS, ordres).	A1: Diffusion des recommandations de bonnes pratiques A3: Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS A5: Promotion des outils d'audit (Graph, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX
O2 : Disposer d'outils de surveillance des infections associés aux actes invasifs dans les 3 secteurs de l'offre de soins	A1: Associer le patient à la surveillance des DMI A2: Surveillance par les outils du SIH, actes ciblés A3: Surveillance, en ES, des bactériémies associées aux CVC en réanimation et hors réanimation A4: Surveillance (ES) et signalement (ville et EMS) des bactériémies à S. aureus sur DIV à partir du LBM	A3/A4 : Analyse des données de surveillance et des signalements (CClin/ArIn)	A3/A4: Analyse des données de surveillance et des signalements
O3 : Disposer d'outils de surveillance des ISO profondes, d'évaluation de leur prévention et de gestion des risques adaptés dans les 3 secteurs de l'offre de soins.	A1: Généraliser la surveillance des ISO graves : automatisation de la surveillance(SIH): taux d'ISO A1: Favoriser déclaration des ISO graves (par les professionnels de santé et les patients) A1: RMM pour ISO graves A2: Qualité de l'antibiophylaxie: protocoles actualisés, audits de conformité, etc. A2: Travail en équipe au bloc/mobilisation pour la PIAS	A1: Analyse des données de surveillance (CClin/ArIn) A2: Former les ES à la gestion des risques a priori et travail en équipe au bloc (CClin/ArIn/SRA)	A1: Surveillance ISO couplée à des modules d'évaluation de pratiques A1: Analyse des données de surveillance A1: Exploitation des données issues des CIOA.

* les niveaux de mise en œuvre: local, régional et national; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 3 PAR SECTEURS D'OFFRE DE SOINS

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
ISO	Taux d'ISO par acte/procédure ciblé en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH: ≤ 1 % pour PTH et PTG	Local National	2017 Bisannuel	Raisin
Bactériémies	Bactériémie sur CVC en réanimation: taux ≤ 1/1000 J-cathéter Bactériémie sur CVC hors réanimation: diminution de 20 % de la prévalence Diminution de 20 % de la prévalence des bactériémies à S. aureus sur DIV en réanimation et hors réanimation	Local Local Régional National National	2015/annuel 2017/5 ans 2017/5 ans	Raisin ENP ENP
ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX SECTEURS DES SOINS DE VILLE		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
Bactériémies	Signalement des bactériémies à S. aureus sur DIV à partir du LBM*	Régional	2016	ARS CClIn/ Arlin
* la cible quantitative sera adaptée à l'issue de l'année 2016 en fonction de l'objectif régional				



Bibliographie

1. CIRCULAIRE DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
2. Rapport d'évaluation, du HCSP, du programme de Prévention des Infections Nosocomiales 2009-2013, (3 juillet 2014): <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>
3. Plan national d'alerte sur les Antibiotiques 2011-2016:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf
4. Rapport du HCSP sur les infections associées aux soins. Propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique du 10 avril 2013:
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=353>
5. Rapport du HCSP sur les Infections associées aux soins: propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique Rapport d'auditions du 15 mai 2014: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430>
6. Rapport d'activité de la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en Établissement de santé et dans le secteur de soins de ville (Cospin) 2011-2012. Décembre 2013 (<http://www.sante.gouv.fr/propias>)
7. Stratégie Nationale de Santé, Feuille de Route 23 septembre 2013: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>
8. Instruction DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au programme national pour la sécurité des patients (PNSP): http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37284.pdf
9. Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 Novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé;
10. Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville.
11. Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.
12. Surveillance des IAS. Site de l'InVs: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence>;
13. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 181 p.
(<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence>)
14. Rapport National 2013 sur le tableau de bord des infections nosocomiales: <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats.html>
15. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'État), modifié par les articles R. 6111-12 à R. 6111-17 du code de la santé publique.
16. Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
17. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R. 6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées.

18. Étude nationale en Soins Primaires sur les événements indésirables (ESPRIT). Rapport final – Décembre 2013 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT - etude nationale soins primaires evenements indesirables - decembre 2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_nationale_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf)
19. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS)-18 juin 2010. http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies_6507.html
20. SF2H, Prévention de la transmission croisée: précautions complémentaires contact. Hygiène's 2009.
21. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1 n° 2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.
22. Rapport du HCSP Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux Antibiotiques émergentes » (BHRe), Juillet 2013 http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2013_bhre.pdf
23. HAS : Travail en équipe : l'expérimentation du programme PACTE dans une dynamique positive, mis en ligne le 21 juillet 2014 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756016/fr/travail-en-equipe-lexperimentation-du-programme-pacte-dans-une-dynamique-positive
24. HAS : Gestion Des Risques en Equipe pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Avril 2013 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1544175/fr/gestion-des-risques-en-equipe-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins
25. NHS / Change Day : <http://changeday.nhs.uk/>
26. DGOS: Mission Mains propres: http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres_12848.html
27. OMS: POUR SAUVER DES VIES: l'hygiène des mains - Une campagne mondiale de l'OMS: <http://www.who.int/gpsc/5may/fr/>
28. ECDC: Journée européenne d'information sur les antibiotiques: <http://ecdc.europa.eu/fr/eaad/pages/home.aspx>
29. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Semaine de la sécurité des patients 2014 : « ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital ». <http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2014-ensemble-engageons-nous-pour-des-soins-continus-entre-la-ville-et-l-hopital.html>
30. Réseau Cclin-Arlin: <http://www.cclin-arlin.fr/>
31. DGOS: e-Omedit: <https://www.e-omedit.fr>
32. DGOS/Cospin: Hiérarchisation des priorités de surveillance des infections associées aux soins en France. Rapport de Mars 2014
33. HCSP: Infections associées aux soins: propositions pour des indicateurs de résultats à vise de diffusion publique. Rapport Avril 2013.
34. HAS: Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes GESTION DES RISQUES – JAM – n° 14 – Août / Septembre / Octobre 2010 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes.
35. HAS, Revue de mortalité et de morbidité (RMM): http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
36. Instruction DGOS/PF2 n° 2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en Établissement de santé.
37. ANSM: Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 - Juin 2013: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>.
38. InVS: Dossier résistance aux anti-infectieux: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Donnees-par-pathogene>.
39. HCSP, Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination – Février 2010: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2010_enterobactBLSE_HCSP.pdf
40. ECDC, Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net): http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx

41. DGS, Plan Stratégique National 2009–2013 de prévention des infections associées aux soins- Juillet 2009 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_national_2009-2013_de_prevention_des_infections_associees_aux_soins.pdf
42. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, les Infections Ostéo-Articulaires (IOA)- Contact presse du 26 septembre 2008 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_IOA.pdf
43. InVS: Infections à Clostridium difficile: situation épidémiologique, France, juillet 2009-juin 2010. Bilan au 30 août 2010. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Clostridium-difficile-CD/Infections-a-Clostridium-difficile-situation-epidemiologique-France-juillet-2009-juin-2010.-Bilan-au-30-août-2010>.
44. Instruction DGS/RI1/DGCS n° 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf
45. Avis du HCSP relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination -13 mars 2013 et 6 mars 2014. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=455>
46. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014 - Document mis à jour le 15 mai 2014: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf
47. Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière Grephh: <http://cclin.grephh.fr/>
48. InVS : Surveillance des bactériémies nosocomiales en France Réseau BN-Raisin, Résultats 2004: http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bn_raisin_300108/bn_raisin_300108.pdf
49. SFAR : Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) Actualisation 2010: <http://www.sfar.org/docs/articles/Antibioprophylaxieversion2010.doc.pdf>
50. SF2H : Mise à jour de la conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux » : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_gestion_preoperatoire_SF2H.pdf
51. Leslie Grammatico-Guillon et al. Quality Assessment of Hospital Discharge Database for Routine Surveillance of Hip and Knee Arthroplasty-Related Infections. ICHE, 2014 ;35(6) :646-651.
52. HAS, Février 2014 : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
52. HAS, Février 2014: Fiche mémo : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche_memo_conseils_prescription_antibiotiques.pdf
53. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220981&dateTexte&categorieLien=id>



Argumentaire scientifique des cibles quantitatives

Introduction

Les cibles proposées s'inscrivent dans les priorités identifiées par les trois axes retenus pour encadrer la prévention du risque infectieux et sa prise en charge dans les trois secteurs (ES-EMS-Ville):

Axe 1 : développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.

Cet axe prend en compte les priorités du PNSP relatives à l'information et l'implication du patient dans un partenariat soignant-soigné: le patient est co-acteur de sa sécurité et participe à la déclaration des événements indésirables associés aux soins.

Axe 2 : renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

La consommation toujours trop élevée d'antibiotiques en France⁴², l'augmentation inquiétante de l'incidence nationale, parmi les bactéries multirésistantes (BMR), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), l'émergence de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRé: ERV, EPC), à l'origine d'impasses thérapeutiques, et l'incidence croissante des infections à *Clostridium difficile* dans tous les secteurs de l'offre de soins, font de l'antibiorésistance et de la réduction de l'exposition aux antibiotiques des enjeux majeurs de santé publique. Par ailleurs, une baisse des taux d'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est observée depuis une dizaine d'années en France, le taux de SARM y reste un des plus élevés d'Europe (ref ECDC), ce qui justifie le maintien d'une vigilance sur cette espèce, prise comme témoin de la qualité de la prévention de la transmission croisée dans tous les secteurs de l'offre de soins.

L'antibiorésistance rend la prise en charge de certaines IAS (dues à BMR, BHRé, *Clostridium*...) plus complexe. Les actions développées dans ce deuxième axe ont pour objectif de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance, de promouvoir le bon usage des antibiotiques pour en préserver l'efficacité et pour une maîtrise coordonnée des IAS associées à ces germes.

La prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance reposent sur la juste utilisation des antibiotiques et la prévention de la transmission croisée tout au long du parcours de santé du patient/résident. L'information et l'implication des patients/résidents prévue à l'axe 1 est également un élément clé de la réussite de cet objectif. En amont de l'antibiothérapie, la vaccination des patients/résidents à risque et des professionnels de santé contribue au moindre usage des antibiotiques et indirectement à la maîtrise de l'antibiorésistance.

Cet axe s'appuie sur le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 qui développe les recommandations de juste utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et un volet de communication vers le public. Il prend également en compte les priorités du PNSP, ciblées sur l'information du patient, le signalement de l'antibiorésistance et la formation des professionnels. En ES et EMS, le succès de ces mesures dépend de l'engagement du responsable/directeur et de l'implication des professionnels médicaux, paramédicaux dans la mise en œuvre des actions de prévention et de maîtrise de l'antibiorésistance. Dans les EMS, comme en ville, le succès repose sur l'implication des professionnels libéraux. Dans ce cadre, la coordination de ces actions par l'ARS et l'implication des réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (ordres, fédérations, syndicats, unions) sont essentielles.

Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Les actes invasifs comportent des risques, en particulier infectieux, qui peuvent se manifester tout au long du parcours de santé. La maîtrise de ces risques vise à éliminer ceux qui auraient pu être évités. Le PNSP rappelle que la gestion des risques associe la prévention de tous les risques liés aux soins qui peuvent être identifiés et la « détection-atténuation » des événements indésirables lorsqu'ils surviennent.

⁴² Rapport de l'ANSM de novembre 2013 : http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf

Cet axe met en avant les outils de prévention, de surveillance et d'alerte permettant la détection des IAS évitables associées aux actes invasifs, l'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre et l'analyse des causes profondes selon une approche systémique. Cette analyse englobe la pertinence de l'acte invasif, la qualité de sa réalisation, la prévention et la prise en charge d'une éventuelle complication infectieuse.

Particularités ville-EMS

Pour les soins de ville:

En ce qui concerne les soins de ville, le précédent programme prévoyait de conforter l'expérience des établissements de santé et l'étendre aux secteurs médico-social et des soins de ville; de généraliser cette démarche en prenant en compte deux des caractéristiques propres aux soins de ville: la relation individuelle patient-praticien et l'indépendance de chaque professionnel dans l'organisation de ses soins; de trouver des vecteurs pour sensibiliser les professionnels et mener des actions à leur intention, grâce aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), ainsi que dans le cadre des établissements de santé (HAD) et médicosociaux (EHPAD-MAS-FAM) au sein desquels interviennent les professionnels des soins de ville. Un groupe de travail spécialisé « ville » a proposé des actions et des outils spécifiques à ce secteur.

Pour les EMS:

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 dont la méthodologie d'action préconisée dans les EMS repose sur la mise en place d'une démarche d'analyse de risque formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), est pérennisé.

Un groupe de travail spécialisé « EMS » sera constitué pour la mise en œuvre du programme adaptée à ce secteur.

ARGUMENTAIRE POUR LES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 1

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
Formation des RU	100 % des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin	Local	Annuel	BilanLin
Communication	100 % des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient	National	2016	BilanLin
EOH	100 % des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH1	National	2015/annuel	BilanLin
Signalement	100 % des ES en capacité d'émettre un signalement <i>via</i> e-SIN	National	2015/annuel	InVS
Surveillance	Enquête nationale de prévalence des IAS en ES	National	2017/5 ans	InVS
ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX Secteurs des soins de ville		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
Signalement Surveillance	Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en ville	National National	2016/annuel 2016/5 ans	SNS vigilances InVS

Formation des RU dans les établissements de santé

Cible: 100 % des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin

L'item O14 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements dont la CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions de lutte contre les IN. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que **84,86 % des établissements de santé déclarent consulter la CRUQPC.**

Répartition par catégorie d'établissements :

CATÉGORIE	ES NON RÉPONDANT		OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	1	0.32	268	84.54	48	15.14	317	11.35
SSR-SLD			655	86.41	103	13.59	758	27.13
HAD			87	70.16	37	29.84	124	4.44
CL INF 100 LP			204	88.70	26	11.30	230	8.23
CL SUP 100 LP			315	95.45	15	4.55	330	11.81
CHR-CHU			61	84.72	11	15.28	72	2.58
CH SUP 300 LP			186	89.42	22	10.58	208	7.44
CH INF 300 LP			257	79.81	65	20.19	322	11.52
HOPITAL LOCAL			210	72.16	81	27.84	291	10.42
MECSS-POUP.			31	93.94	2	6.06	33	1.18
HÉMODIALYSE			79	87.78	11	12.22	90	3.22
CLCC-CANCER			18	94.74	1	5.26	19	0.68
TOTAL	1	0.04	2371	84.86	422	15.10	2794	100.00

Ce taux élevé masque probablement des disparités dans la participation effective des RU. Leur formation sur les objectifs et les programmes d'action apparaît nécessaire pour accroître leur capacité d'intervention.

Communication sur le risque infectieux dans les établissements de santé

Cible: 100 % des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient

Trois items (O₃1-O₃2-O₃3) de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements qui ont recours à des outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que:

O31 : 98,25 % des établissements de santé déclarent diffuser auprès du public leurs résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » dont l'information relative aux infections nosocomiales.

CATÉGORIE	OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	304	95.90	13	4.10	317	11.35
SSR-SLD	749	98.81	9	1.19	758	27.13
HAD	114	91.94	10	8.06	124	4.44
CL INF 100 LP	230	100.00			230	8.23
CL SUP 100 LP	329	99.70	1	0.30	330	11.81
CHR-CHU	71	98.61	1	1.39	72	2.58
CH INF 300 LP	319	99.07	3	0.93	322	11.52
CH SUP 300 LP	206	99.04	2	0.96	208	7.44
HOPITAL LOCAL	285	97.94	6	2.06	291	10.42
MECSS-POUP.	32	96.97	1	3.03	33	1.18
HÉMODIALYSE	87	96.67	3	3.33	90	3.22
CLCC-CANCER	19	100.00			19	0.68
TOTAL	2745	98.25	49	1.75	2794	100.00

O32 : 97,57 % des établissements de santé déclarent transmettre l'information relative à la lutte contre les IN figure dans leur livret d'accueil.

CATÉGORIE	OUI		NON		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	302	95.27	15	4.73	317	11.35
SSR-SLD	742	97.89	16	2.11	758	27.13
HAD	118	95.16	6	4.84	124	4.44
CL. INF 100 LP	230	100.00			230	8.23
CL. SUP 100 LP	330	100.00			330	11.81
CHR-CHU	70	97.22	2	2.78	72	2.58
CH INF 300 LP	315	97.83	7	2.17	322	11.52
CH SUP 300 LP	199	95.67	9	4.33	208	7.44
HOPITAL LOCAL	281	96.56	10	3.44	291	10.42
MECSS-POUP.	32	96.97	1	3.03	33	1.18
HÉMODIALYSE	88	97.78	2	2.22	90	3.22
CLCC-CANCER	19	100.00			19	0.68
TOTAL	2726	97.57	68	2.43	2794	100.00

O33: 84,11 % des établissements de santé déclarent avoir une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.

CATÉGORIE	OUI		NON		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	278	87.70	39	12.30	317	11.35
SSR-SLD	641	84.56	117	15.44	758	27.13
HAD	103	83.06	21	16.94	124	4.44
05-CL. INF 100 LP	208	90.43	22	9.57	230	8.23
05-CL. SUP 100 LP	305	92.42	25	7.58	330	11.81
01-CHR-CHU	47	65.28	25	34.72	72	2.58
02-CH INF 300 LP	254	78.88	68	21.12	322	11.52
02-CH SUP 300 LP	178	85.58	30	14.42	208	7.44
04 - H O P I T A L LOCAL	210	72.16	81	27.84	291	10.42
11-MECSS-POUP.	28	84.85	5	15.15	33	1.18
10-HÉMODIALYSE	80	88.89	10	11.11	90	3.22
08-CLCC-CANCER	18	94.74	1	5.26	19	0.68
TOTAL	2350	84.11	444	15.89	2794	100.00

Composition des EOH dans les établissements de santé

Cible: 100 % des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH prévus par la circulaire n° 645 du 29 décembre 2000: « *Chaque Établissement de santé se dote de ressources humaines spécifiquement dédiées à la gestion du risque infectieux. L'objectif serait d'atteindre, d'ici trois ans, un ratio d'un personnel infirmier équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique équivalent temps plein pour 800 lits. Dans les établissements de petite taille, la mutualisation des ressources humaines, y compris pour le secrétariat, par la création d'équipes inter-établissement est à privilégier.* »

Les items M11 et M12 de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements ayant atteint le ratio de personnel médical et paramédical de l'EOH. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que :

M11: 71,08 % des établissements de santé ont atteint le ratio de personnel médical de l'EOH.

CATÉGORIE	OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	172	54.26	145	45.74	317	11.35
SSR-SLD	484	63.85	274	36.15	758	27.13
HAD	102	82.26	22	17.74	124	4.44
CL INF 100 LP	198	86.09	32	13.91	230	8.23
CL SUP 100 LP	261	79.09	69	20.91	330	11.81
CHR-CHU	58	80.56	14	19.44	72	2.58
CH INF 300 LP	227	70.50	95	29.50	322	11.52
CH SUP 300 LP	153	73.56	55	26.44	208	7.44
CLCC-CANCER	18	94.74	1	5.26	19	0.68
HOPITAL LOCAL	216	74.23	75	25.77	291	10.42
MECSS-POUP.	17	51.52	16	48.48	33	1.18
HÉMODIALYSE	80	88.89	10	11.11	90	3.22
TOTAL	1986	71.08	808	28.92	2794	100.00

M11: nombre total d'ETP médecin *spécifiquement* affectés à la LIN intervenant dans l'établissement

ETP MÉDECIN				
CATÉGORIE	Nb.	Moyenne	Médiane	Ecart-type
01-CHR-CHU	56	1.12	1.00	0.60
02-CH INF 300 LP	160	0.18	0.15	0.15
02-CH SUP 300 LP	93	0.64	0.60	0.34
03-ÉTAB. PSY	193	0.13	0.10	0.15
04-HOPITAL LOCAL	138	0.16	0.10	0.85
05-CL. INF 100 LP	155	0.12	0.10	0.11
05-CL. SUP 100 LP	246	0.20	0.16	0.23
07-SSR-SLD	555	0.12	0.10	0.17
08-CLCC-CANCER	15	0.33	0.30	0.25
09-HAD	87	0.22	0.10	0.86
10-HÉMODIALYSE	65	0.24	0.10	0.53
11-MECSS-POUP.	27	0.08	0.05	0.10

M12: 81,96 % des établissements de santé ont atteint le ratio de personnel paramédical de l'EOH

CATÉGORIE	OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	214	67.51	103	32.49	317	11.35
SSR-SLD	539	71.11	219	28.89	758	27.13
HAD	116	93.55	8	6.45	124	4.44
05-CL INF 100 LP	208	90.43	22	9.57	230	8.23
CL SUP 100 LP	304	92.12	26	7.88	330	11.81
CHR-CHU	59	81.94	13	18.06	72	2.58
CH INF 300 LP	294	91.30	28	8.70	322	11.52
CH SUP 300 LP	182	87.50	26	12.50	208	7.44
CLCC-CANCER	19	100.00			19	0.68
HOPITAL LOCAL	250	85.91	41	14.09	291	10.42
MECSS-POUP.	22	66.67	11	33.33	33	1.18
HÉMODIALYSE	83	92.22	7	7.78	90	3.22
TOTAL	2290	81.96	504	18.04	2794	100.00

M 12: nombre total d'ETP cadre spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement

ETP CADRE PARA MÉDICAL				
CATÉGORIE	Nb.	Moyenne	Médiane	Ecart-type
CHR-CHU	60	1.09	1.00	0.68
CH INF 300 LP	131	0.38	0.20	0.33
CH SUP 300 LP	119	0.76	0.90	0.42
ÉTAB. PSY	210	0.32	0.20	0.37
HOPITAL LOCAL	102	0.25	0.10	1.00
CL INF 100 LP	168	0.22	0.20	0.16
CL SUP 100 LP	235	0.43	0.30	0.33
SSR-SLD	466	0.18	0.10	0.23
CLCC-CANCER	13	0.84	1.00	0.32
HAD	85	0.20	0.10	0.25
HÉMODIALYSE	60	0.31	0.19	0.36
MECSS-POUP.	12	0.29	0.20	0.35

L'objectif de 100 % n'est pas atteint, ni pour le personnel médical, ni pour le personnel paramédical.

Signalement dans les établissements de santé

Cible: 100 % des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN

En effet, ce n'est pas encore le cas: les données de l'InVS montrent qu'une analyse par code Finess géographique rapporte des capacités de signaler de l'ordre de 50 % (base de 5 873 ES), une analyse par code Finess juridique rapporte des capacités de signaler de l'ordre de 88 % (base de 2 571 ES). Les différences observées étant très certainement liées à l'inscription des couples PH-RS sur un seul code Finess géographique même si l'ES en dispose de plusieurs (ex: EHPAD, USLD, service de dialyse).

L'item O42 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir transmis le nom du responsable du signalement à l'ARS et au Cclin. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 96,42 % des établissements de santé déclarent transmettre le nom du responsable signalement.

CATÉGORIE	ES NON RÉPONDANT		OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	1	0.32	298	94.01	18	5.68	317	11.35
SSR-SLD			729	96.17	29	3.83	758	27.13
HAD			108	87.10	16	12.90	124	4.44
CL. INF 100 LP			222	96.52	8	3.48	230	8.23
CL. SUP 100 LP			325	98.48	5	1.52	330	11.81
CHR-CHU			72	100.00			72	2.58
CH INF 300 LP			318	98.76	4	1.24	322	11.52
CH SUP 300 LP			208	100.00			208	7.44
CLCC-CANCER			19	100.00			19	0.68
HOPITAL LOCAL			279	95.88	12	4.12	291	10.42
MECSS-POUP.			29	87.88	4	12.12	33	1.18
HÉMODIALYSE			87	96.67	3	3.33	90	3.22
TOTAL	1	0.04	2694	96.42	99	3.54	2794	100.00

Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 2

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
PHA	% de conformité de l'hygiène des mains ≥ 80 % La consommation atteint au moins 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité	Local Régional National	2015 Annuel	GrepHh BilanLin
BMR	% SARM parmi les BN à <i>S. aureus</i> ≤ 20 % Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20 %	National	2017 2018	Raisin
	100 % des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes	Local	2016	BilanLin
	Stabilisation de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE Diminution de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE de 20 %.	National Local	2018 2020	Raisin
BHRe	Taux d'EPC parmi les bactériémies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> ≤ 1 %	National	2015 Annuel	EARS-net
	Taux d'ERV parmi les bactériémies à <i>Enterococcus faecium</i> ≤ 1 %	National	2015 Annuel	EARS-net
	Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe ≤ 20 % Proportion d'épisodes avec cas secondaires ≤ 10 %	Local Régional National	2015 Annuel	CClin/Arlin ARS InVS
	Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100 % des ES Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100 % des ES	Local	2015	BilanLin
ATB	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés ≤ 10 %	Local Régional National	2020 2016	Raisin BilanLin
	Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h ≤ 10 %	Local	2015	BilanLin
Vaccins	100 % des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé 100 % des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle 100 % des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Local National Local	2015 Annuel 2016	BilanLin InVS/INPES

ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX SECTEUR DES SOINS DE VILLE		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
PS	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard » La consommation de PHA atteint 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin
BMR	100 % des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G	Régional National	2016	ARS CClin/Arlin
BHRe	Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour 100 % des patients porteurs	Local Régional	2015	ARS CClin/Arlin
ATB	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans	Régional National	2016/ 2020	ARS, SRVA CNAMTS, ANSM
Vaccins	100 % des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B 100 % des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Régional	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin

Produits hydro-alcooliques (PHA)

Cible : % de conformité de l'hygiène des mains \geq 80 % :

L'enquête du Grephh 2010 montre un taux d'observance globale avant et après le soin de 67,2 %, l'objectif de 80 % pour 2015 n'est donc pas excessif.

OBSERVANCE GLOBALE	N	%
Observance avant-soin	61 122	75,1
Observance après-soin	81 370	81,8
Observance avant et après-soin	54 716	67,2
Absence d'hygiène avant et après	8 190	10,1

« Les taux d'observance mentionnés dans des publications antérieures varient de 40 à 46 % (67,2 %). Erasmus⁴³ observe, que l'observance est meilleure après soin qu'avant. C'est dans les USI, où la fréquence des opportunités est la plus élevée, que l'observance est la moins bonne⁴⁴⁻⁴⁵. Les IDE sont plus « observantes » que les médecins. Un programme d'amélioration de l'hygiène des mains⁴⁶ permet d'accroître l'observance jusqu'à 80 %.

Situation	AVANT-SOIN		APRÈS-SOIN		AVANT et après-soin	
	N	%	N	%	N	%
Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	17 566	97,3	14 317	79,3	13 996	77,5
Soins sur peau saine	26 082	68,5	28 827	75,8	22 689	59,6
Change de patient	13 186	79,6	14 343	86,6	12 017	72,6
Pose de voie veineuse périph. ou sous-cutanée	6 472	77,6	6 947	83,3	5 733	68,8
Injection IV et toute manipulation Dispositif IV	9 888	73,3	11 006	81,6	8 689	64,4
Pose sonde uri. à demeure, sondage évacuateur	850	77,5	953	86,9	769	70,1
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires type contact	2 899	75,7	2 880	75,2	2 385	62,2

L'objectif est en priorité l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains avant le soin.

⁴³ Erasmus V et al. *Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care*. ICHE 2010;31(3): 283-294.

⁴⁴ Dierssen-Sotos et al. *Evaluating the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence*. Am J Infect control 2010; 38(3): 240-243.

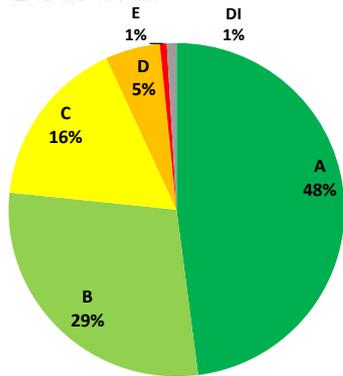
⁴⁵ Pittet, D.; Mourouga,P; Perneger,T.V. *Compliance with handwashing in a teaching hospital*. Ann Intern Med 1999; 130: 126-30.

⁴⁶ Derde, LP et al. *Interventions to reduce colonization and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units*. Lancet Inf Dis 2014; 14: 31-39.

Cible: la consommation de PHA atteint au moins 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité

Les résultats 2013 de l'indicateur ICSHA.2 du TdBIN montrent que 76 % des ES sont en classe A ou B, soit au dessus de 60 % de l'objectif personnalisé et 48 % des ES sont au dessus de 80 % (correspond à la classe A). L'objectif de 80 % est donc que tous les ES soient en classe A en 2015. En 2015, l'indicateur ICSHA devrait évoluer vers un ICSHA3 au plus proche de l'activité de soin.

ICSHA.2

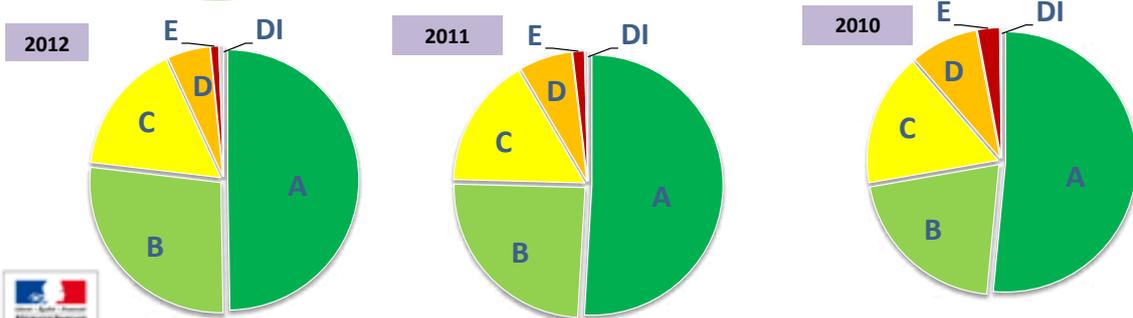


En 2013, 76,6% ES en A et B

- En 2010 : passage à la version 2 d'ICSHA avec une augmentation du niveau d'exigences en termes de nombre de frictions par jour, par patient et par activité
- Résultats globaux stables entre 2012 et 2013: on note baisse en A, hausse en B, stable en C et D, baisse en E

	A	B	C	D	E	DI	Effectif ES concernés répondants
Nombre d'établissements	1291	773	444	142	18	25	2693
Pourcentage	47,9%	28,7%	16,5%	5,3%	0,7%	0,9%	

DI = Données insuffisantes



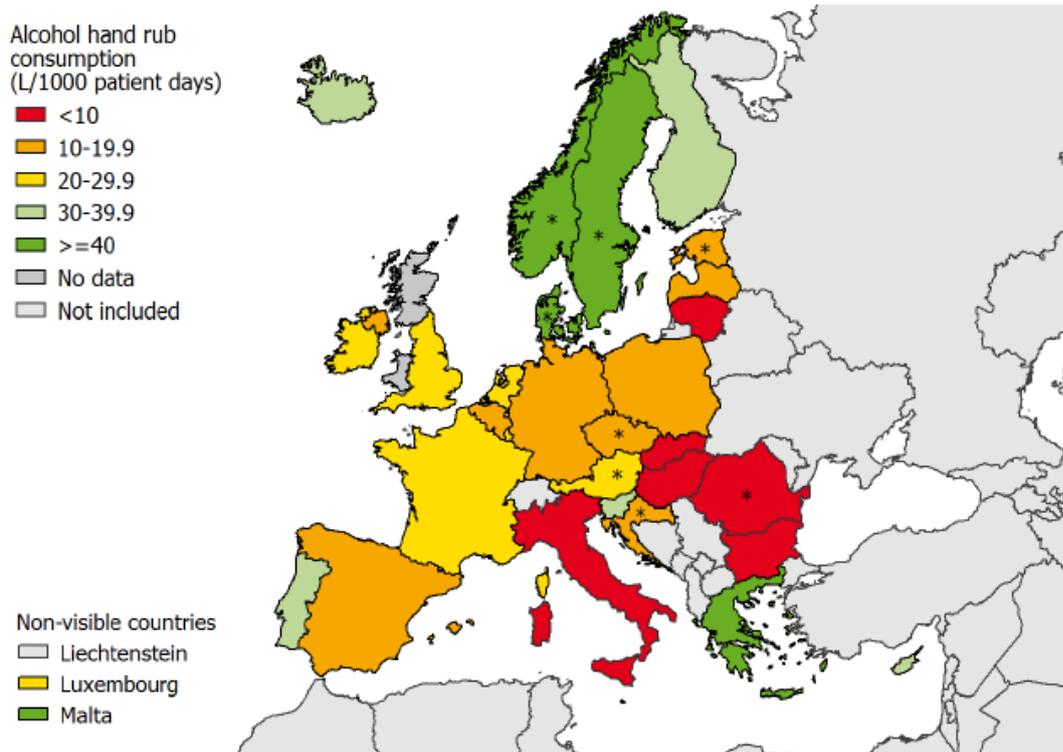
Direction générale de l'offre de soins

Place de la France en termes de consommation de SHA en Europe :

Entre 20 et 30 L/1000 j-pt, la France se situe en position moyenne. Cette consommation ne représente que 7 à 8 frictions par malade et par jour en moyenne, et peut donc être accrue, pour viser un objectif minimal de 10 frictions/j-pt.

The median hospital alcohol hand rub consumption varied greatly between countries, from less than 10 L/1000 patient-days in Bulgaria, Hungary, Lithuania, Italy, Romania and Slovakia to more than 50 L/1000 patient-days in Denmark, Greece, Norway, Malta and Sweden (Figures 15, 16).

Figure 15. Median alcohol hand rub consumption (litres per 1000 patient-days), ECDC PPS 2011–2012



**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR)

Cible : % de SARM parmi les BN à *S. aureus* ≤ 20 %

Les résultats du réseau BMR 2012 montrent que le % de SARM chez *S. aureus* (tous prélèvements cliniques, hors dépistage) varie entre 5,6 % et 30,6 % selon la région et que 14 régions/26 ont un taux de SARM > 20 %.

Les données du réseau EARSNet 2012 montrent que la France fait partie des pays pour lesquels la proportion de SARM chez SA dans les hémocultures est dans la fourchette 10 à 25 % (19 % en 2012), et la France garde une position moyenne à cet égard (moyenne EU 18 %). Si les enquêtes nationales de prévalence (2006, 2012) ont montré une baisse substantielle (15 %) de la proportion de SARM parmi les infections nosocomiales (de 53 % à 38 %), la proportion de SARM parmi les bactériémies nosocomiales reste encore à un taux élevé (34 % en 2012). La baisse doit se poursuivre, et il est légitime de cibler à 3-5 ans une baisse du même ordre (15 %) du taux de SARM parmi les BN à *S.aureus*.

Quelle source de données pour surveiller les BN ?

A priori, à partir du réseau BMR-Raisin en considérant les BN comme celles prélevées ≥ 72h après l'admission, mais cela oblige également à un recueil annuel du nombre total de BN à *S.aureus*. Alternative 1 : Prochaine ENP (ce qui met l'objectif à 5 ans depuis 2012, soit à 2017). Alternative 2 : recréer un réseau BN « ciblé », pour surveiller les BN à SARM, ERV, *K. pneumoniae* et *E. cloacae* BLSE, et pourquoi pas *Pseudomonas aeruginosa*.

Figure 3.23. *Staphylococcus aureus*. Percentage (%) of invasive isolates resistant to meticillin (MRSA), by country, EU/EEA countries, 2013

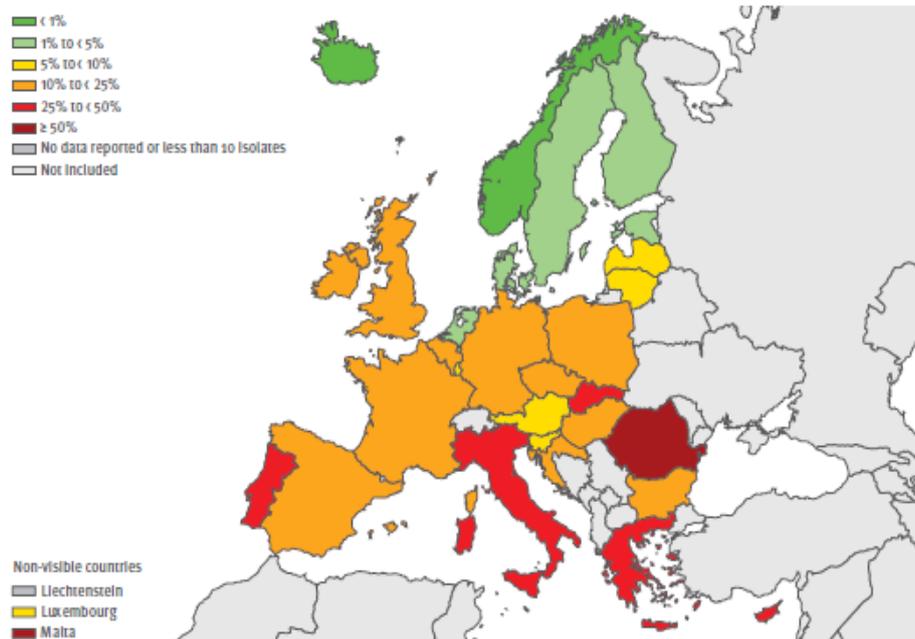


Tableau 6 : BMR-Raisin 2012 – % SARM dans l'espèce par Cclin

Inter-région	Nb SARM	Nb <i>S. aureus</i>	% SARM dans l'espèce
Cclin Nord	2 272	11 131	20,4
Hors AP-HP	1 752	7 932	22,1
AP-HP	520	3 199	16,3
Cclin Est	959	4 772	20,1
Cclin Ouest	994	4 998	19,9
Cclin Sud-Est	1 549	8 521	18,2
Cclin Sud-Ouest	1 069	4 163	25,7
TOTAL	6 843	33 585	20,4

Tableaux de données

Région	Tous établissements				Établissements avec du court séjour		
	Nb ES	Nb ES 0 SARM	Inc SARM /1 000 JH	%SARM/ SA	Nb ES avec CS	Nb CS 0 SARM	Inc SARM CS /1 000 JH
Alsace	24	7	0,45	24,2	16	4	0,55
Aquitaine	63	16	0,47	30,6	48	13	0,60
Auvergne	37	11	0,40	18,7	25	5	0,56
Basse-Normandie	36	8	0,37	21,1	27	3	0,49
Bourgogne	45	18	0,38	21,1	34	11	0,47
Bretagne	49	4	0,31	24,1	44	6	0,39
Centre	48	13	0,29	19,6	33	5	0,41
Champagne-Ardenne	32	6	0,43	23,5	30	9	0,46
Corse	7	2	0,34	19,6	6	2	0,56
Franche-Comté	24	10	0,28	15,0	14	4	0,35
Guadeloupe	3	0	0,24	10,5	3	1	0,35
Guyane	4	0	0,17	5,6	4	1	0,15
Haute-Normandie	17	4	0,40	22,7	15	4	0,52
Ile-de-France	146	30	0,33	17,0	117	25	0,42
Languedoc-Roussillon	66	18	0,33	26,9	45	13	0,45
Limousin	11	1	0,39	25,9	10	1	0,61
Lorraine	52	12	0,30	16,8	40	10	0,35
Martinique	6	1	0,18	8,7	4	1	0,19
Midi-Pyrénées	47	9	0,45	24,2	33	4	0,66
Nord-Pas-de-Calais	63	11	0,41	26,7	44	6	0,54
Pays de la Loire	66	33	0,18	14,6	48	20	0,25
Picardie	21	1	0,59	25,8	18	2	0,80
Poitou-Charentes	30	5	0,57	30,2	23	4	0,75
Provence-Alpes-Côte d'Azur	164	61	0,28	20,4	93	30	0,40
La Réunion	9	4	0,17	7,2	7	2	0,20
Rhône-Alpes	109	36	0,29	14,4	73	22	0,36

CS : court séjour

* la Polynésie et Monaco ne figurent pas dans ce tableau ni sur la carte car les données concernent un seul ES et que les données SAE ne sont pas disponibles.

% de SARM chez *S. aureus* et Incidence des infections (prélèvements cliniques seuls) à SARM en court séjour suivant les régions, 2012

Cible: diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20 %

Les données du réseau EARS-Net France montrent que les pourcentages de résistance à la méticilline chez les *Staphylococcus aureus* (SARM) parmi les souches isolées d'hémoculture sont en diminution constante depuis une dizaine d'années. Le taux de SARM dans les hémocultures était ainsi de 29 % en 2003 et de 17 % en 2013. La mise en comparaison de ces données avec celles des autres pays participants au réseau EARS-Net montre une évolution relativement similaire dans les autres pays. La prise en compte du rang de la France par rapport aux résultats des autres pays européens permet ainsi une comparaison: plus ce rang est bas et meilleure est la place de la France en Europe. La position de la France s'étant maintenue au cours de ces années: classée 17^e sur 27 pays participants en 2003, la France a été classée 16^e sur 29 pays participants en 2013.

Les données du réseau BMR-Raisin montrent une diminution nette de l'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) entre 2008 et 2012.

On peut donc espérer une diminution de 20 % de 2014 à 2018, avec le maintien des autres actions en faveur de la réduction des SARM (analyse des causes ...)

Réunion RAISIN_03/07/2013




Evolution des bactériémies à SARM 2008-2012 (pas de cohorte)

	Nb bactériémies	Nb SARM	% bactériémie	Incidence bactériémie /1000 JH	Nb ES
2008	770	8 284	9,3	0,041	930
2009	655	7 655	8,6	0,035	929
2010	684	7 214	9,5	0,038	933
2011	671	6 540	10,3	0,037	974
2012	742	7 111	10,4	0,037	1181
<i>Delta 08-12 (%)</i>	<i>-4</i>	<i>-14</i>	<i>12</i>	<i>-12</i>	<i>27</i>

Tableau 4 : BMR-Raisin 2012 – Nombre et incidence des bactériémies à SARM par Cclin

Inter-région	Bactériémies à SARM				
	Nb SARM HC	Nb SARM HC *+ item bactériémie**	JH total	DI HC	DI HC+ item bactériémie
CClin Nord	209	257	6 011 180	0,035	0,043
Hors AP-HP	166	201	4 511 244	0,037	0,045
AP-HP	43	56	1 499 936	0,029	0,037
CClin Est	137	145	2 619 519	0,052	0,055
CClin Ouest	112	143	3 565 320	0,031	0,040
CClin Sud-Est	134	170	5 120 886	0,026	0,033
CClin Sud-Ouest	150	181	2 955 459	0,051	0,061
TOTAL	742	896	20 272 364	0,037	0,044

* : 1er prélèvement positif à SARM = hémoculture (HC)

** : prélèvements positifs à SARM = d'abord un prélèvement autre qu'hémoculture, puis une hémoculture prélevée ultérieurement

Cible: 100 % des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes

Ce nouvel indicateur du TdBIN permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes, et de gestion du risque associé à ces bactéries. L'association du taux de bactériémies nosocomiales à SARM au critère de gestion du risque permet à chaque établissement de se positionner par rapport aux établissements de même catégorie en termes de niveau de risque. Il incite également à une coopération entre les structures de soins.

L'objectif de « BN-SARM » est de faire tendre vers zéro le nombre de cas de bactériémies nosocomiales évitables à SARM. Les établissements sont fortement incités à réaliser une analyse des causes de survenue de ces événements, considérés comme potentiellement évitables.

Cet indicateur est en simulation deux années consécutives (2014-2015), les premiers résultats seront disponibles l'année de sa diffusion publique (2016).

Cibles :

- stabilisation de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE à 3 ans
- diminution de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE de 20 % à 5 ans

Les données du réseau BMR Raisin 2012 montrent, depuis 2007-2008, une augmentation inquiétante de l'incidence des EBLSE, essentiellement en rapport avec une augmentation de l'incidence des *E. coli* BLSE dont l'origine peut être nosocomiale mais aussi communautaire. Malheureusement, des entérobactéries plus spécifiquement nosocomiales (*K. pneumoniae* et *E. cloacae*) voient également leur incidence augmenter (cf tableau ci-dessous).

Les données du réseau EARS-Net France mettent également en exergue ces mêmes augmentations avec des proportions de résistance aux céphalosporines de 3^{ème} génération dans l'espèce qui atteignent en 2013, 9,5 % pour *E. coli* et 28 % pour *K. pneumoniae*. Pour atteindre l'objectif fixé, il conviendra dans un premier temps de limiter la progression des EBLSE par le renforcement des mesures de contrôle autour des cas puis d'inverser la courbe de progression pour revenir aux pourcentages de résistance observées au début de la période de surveillance.

Figure 8 : Densités d'incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation (densité d'incidence globale par année)

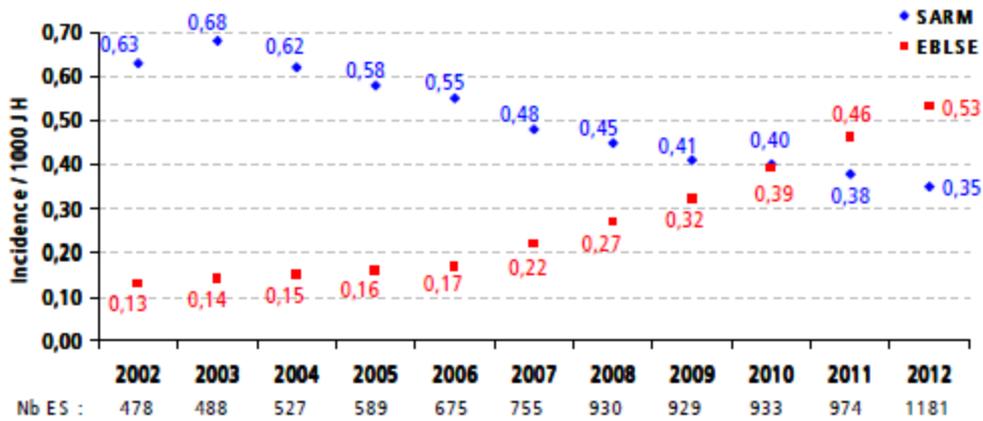


Tableau 19 : Évolution des densités d'incidence/1 000 JH des EBLSE par espèce

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>E. coli</i>	0,02	0,04	0,04	0,06	0,07	0,11	0,16	0,19	0,23	0,27	0,31
<i>K. pneumoniae</i>	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,04	0,05	0,07	0,09	0,11
<i>E. cloacae</i>	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06
<i>E. aerogenes</i>	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00

Incidence d'hémocultures positives à *K. pneumoniae* et *E. cloacae* en 2012 et 2013 (tout ES : 1180 en 2012 et 1347 en 2013)

HÉMOCULTURES POSITIVES	2012		2013	
	Nb	Inc / 10000 JH	Nb	Inc / 10000 JH
<i>Enterobacter cloacae</i> BLSE	110	0,05	126	0,06
<i>Klebsiella pneumoniae</i> BLSE	191	0,09	257	0,12
Etablissements participants	1 181		1 347	

Les données de surveillance par le réseau EARSS montrent une augmentation de la proportion *K. pneumoniae* C3G-R de 20 % à 28 % entre 2009 et 2013.

Figure 5.22: *Klebsiella pneumoniae*: proportion of invasive isolates resistant to third-generation cephalosporins in 2009

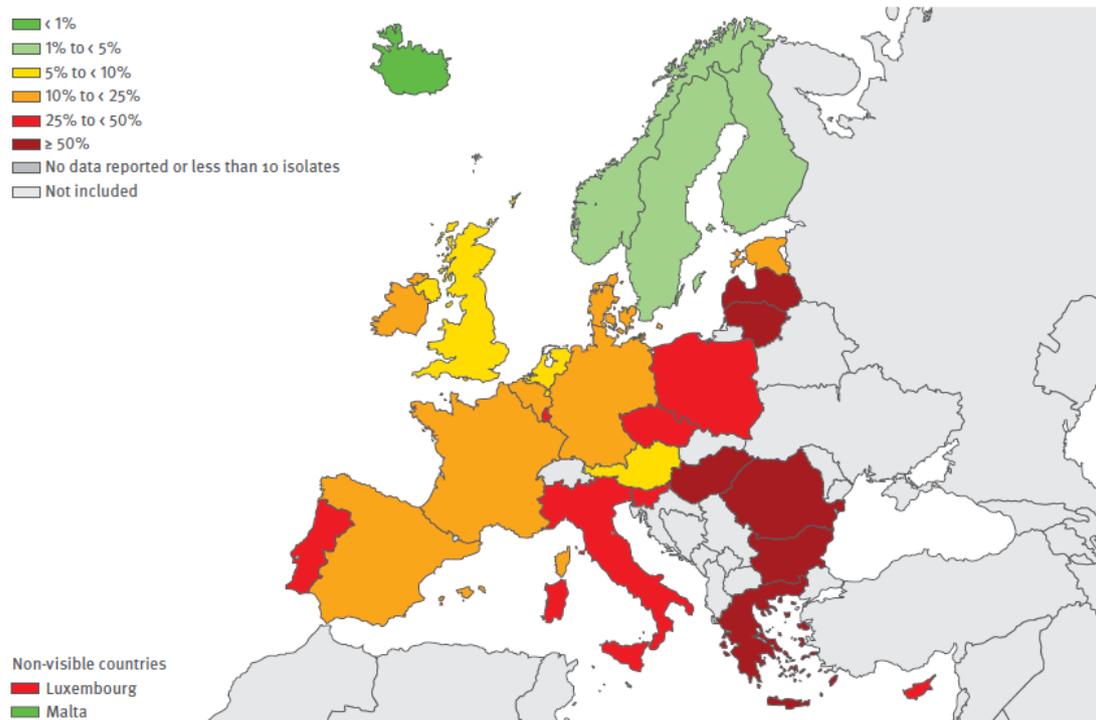
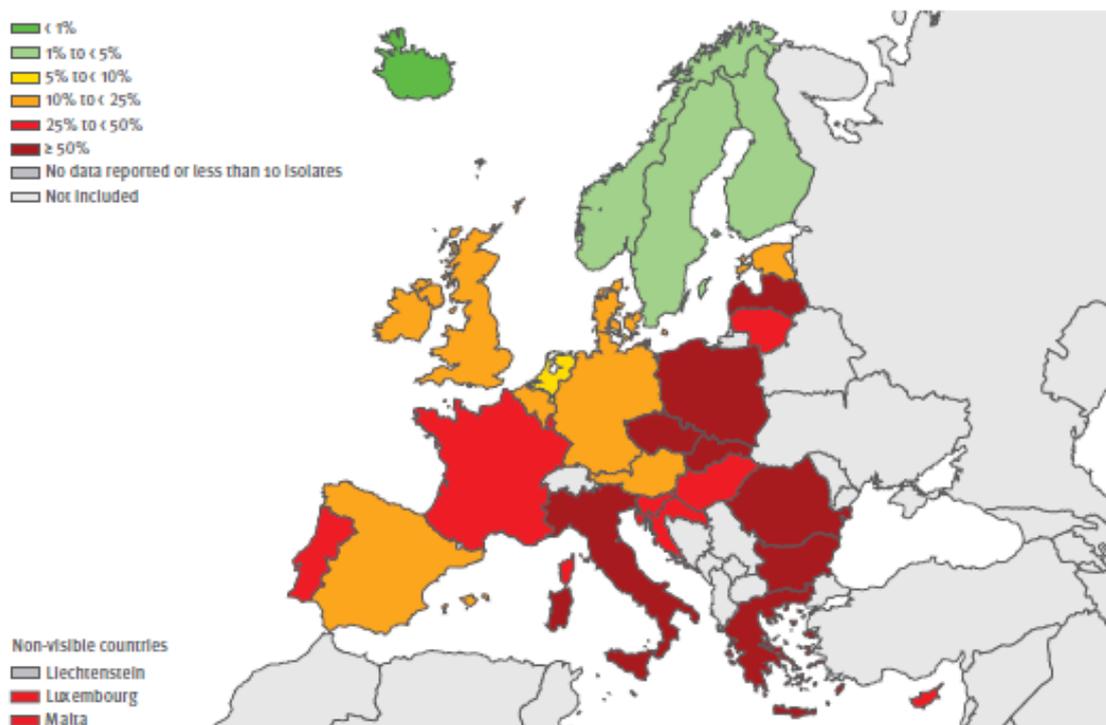


Figure 3.7: *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to third-generation cephalosporins, by country, EU/EEA countries, 2013

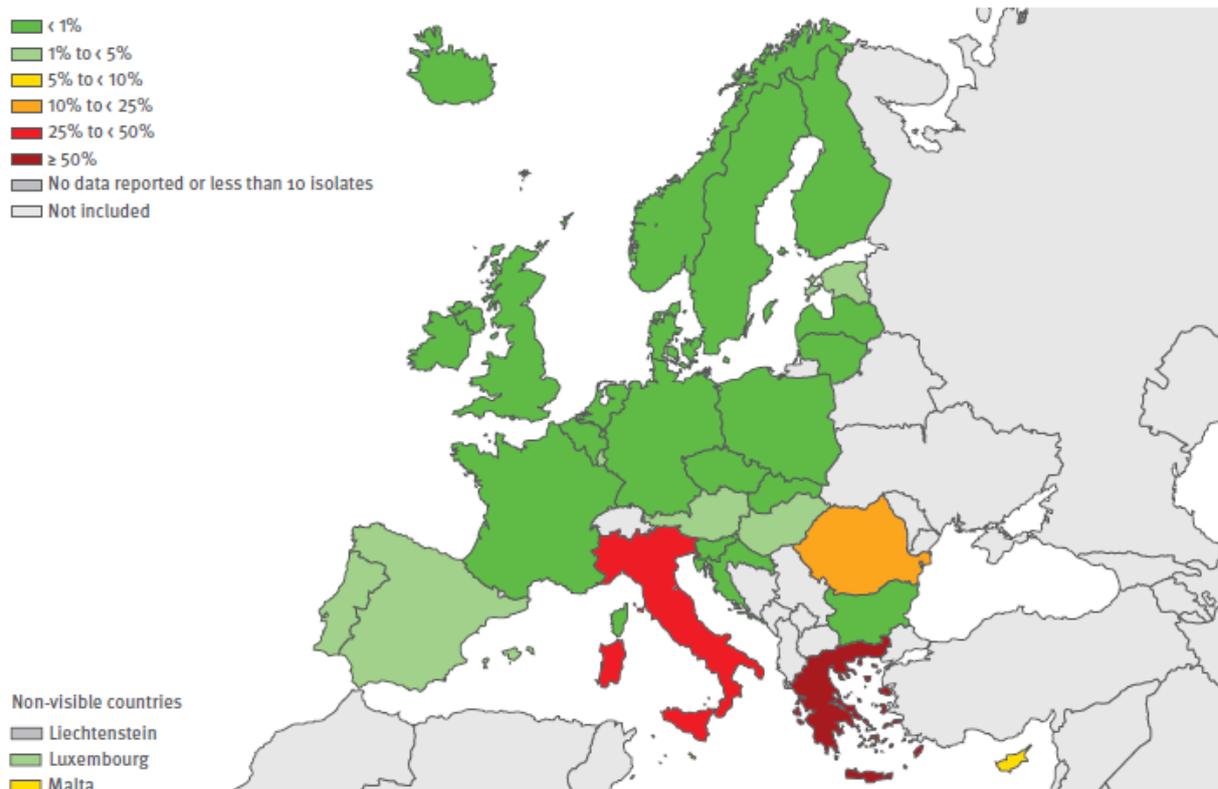


Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)

Taux d'EPC parmi les bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* ≤ 1 % :

Les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) sont en émergence en France. Elles ont été définies par le Haut Conseil de la Santé Publique comme des Bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRe). Les données du réseau EARS-Net France qui permettent le suivi de la résistance phénotypique dans l'espèce montrent que le pourcentage de résistance aux carbapénèmes dans les souches isolées d'hémoculture et de liquide céphalorachidien est resté inférieure à 1 % (0,5 % en 2012, 0,7 % en 2013). L'objectif est, grâce à la poursuite des efforts dans les actions de prévention de la diffusion, de maintenir cette proportion de souches résistantes à moins de 1 % à 5 ans (2020).

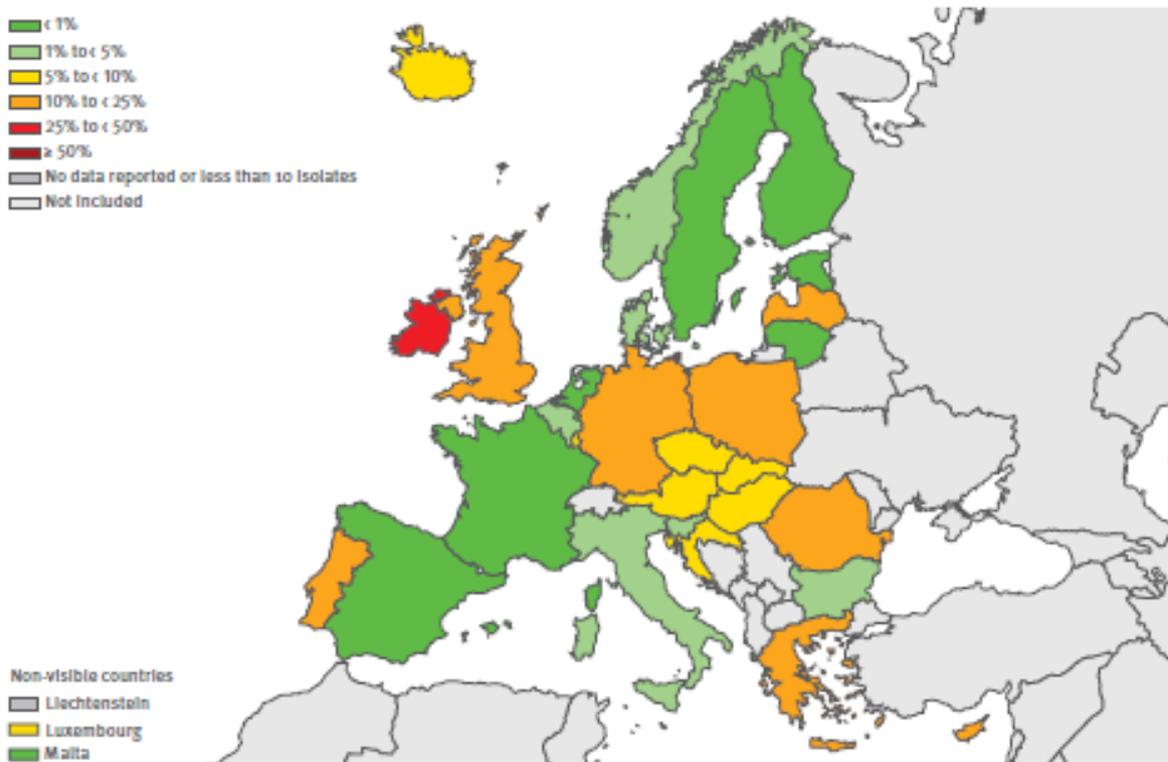
Figure 3.9. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to carbapenems, by country, EU/EEA countries, 2013



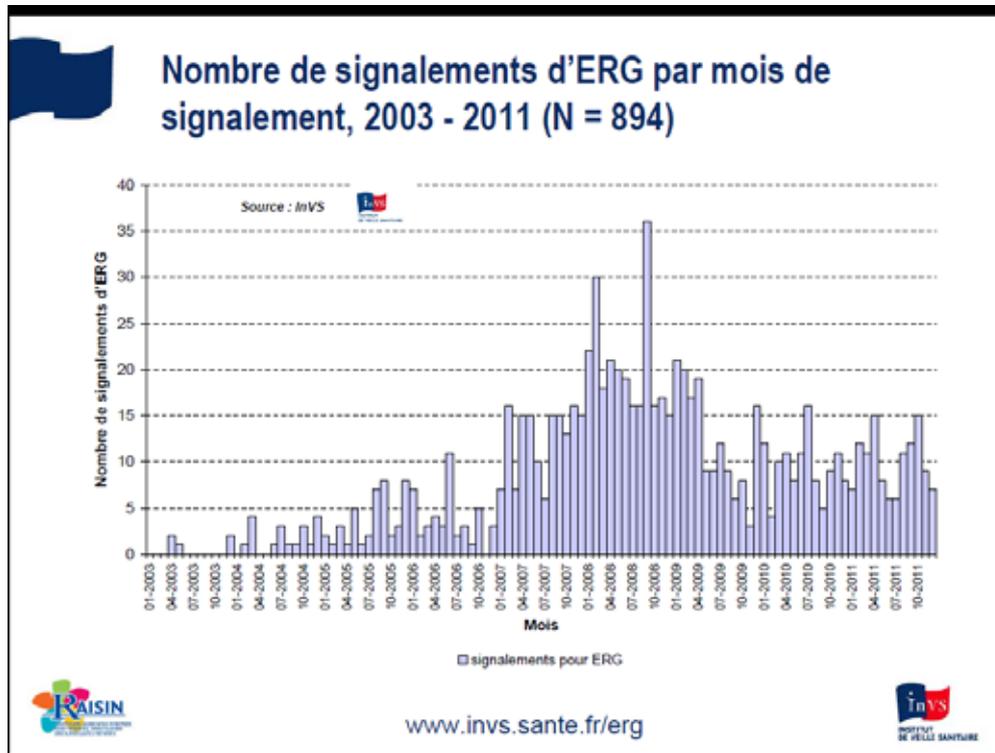
Cible : taux d'ERV parmi les bactériémies à *Enterococcus faecium* ≤ 1 %

Les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) ont été définis par le Haut Conseil de la Santé Publique comme des Bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRé). Les données du réseau EARS-Net France qui permettent le suivi de la résistance phénotypique dans l'espèce montrent que la proportion de souche d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides dans les souches isolées d'hémoculture est revenu à un seuil proche ou inférieur à 1 % depuis 2007 (2007 : 1 % ; 2010 : 1,1 % ; 2011 : 1,4 % ; 2012 : 0,8 % 2013 : 0,1 %). L'objectif est, grâce à la poursuite des efforts dans les actions de prévention de la diffusion, de maintenir cette proportion de souches résistantes à moins de 1 % à 5 ans (2020).

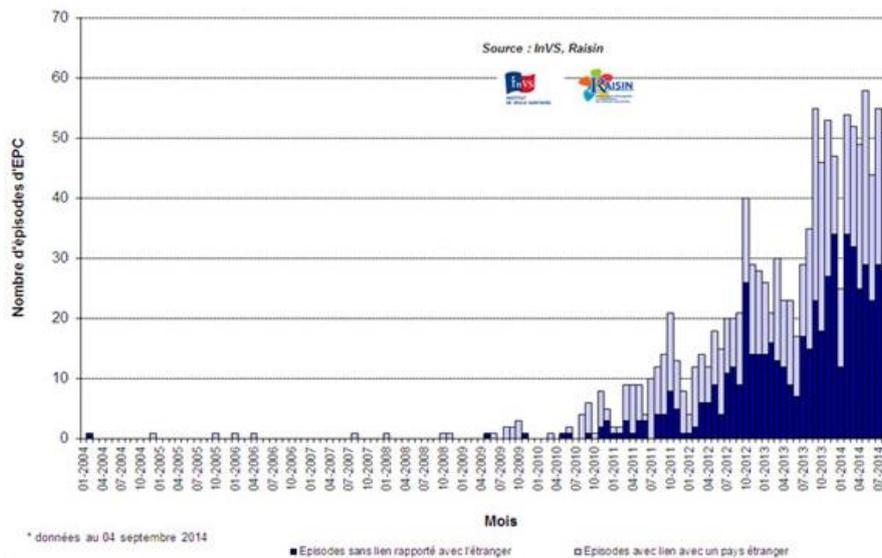
Figure 3.25. *Enterococcus faecium*. Percentage (%) of Invasive Isolates resistant to vancomycin, by country, EU/EEA countries, 2013



**Cible : proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRé ≤ 20 %
Et proportion d'épisodes avec cas secondaires ≤ 10 %**



Nombre d'épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmes en France signalés à l'InVS entre janvier 2004 et le 04 septembre 2014, selon la mise en évidence ou non d'un lien avec un pays étranger (N=1210)



Ces deux indicateurs concernent le nombre de cas secondaires au cours des épisodes BHRé, témoins de l'efficacité des mesures mises en œuvre. L'un s'adresse au niveau local (proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des BHRé), l'autre au niveau régional/national (proportion d'épisodes avec cas secondaires).

Les EPC, comme les ERG, sont des bactéries émergentes en France (cf. données EARS-Net, figures ci-dessus). La limitation de la survenue de cas secondaires est une mesure clef pour la maîtrise de la diffusion de ces bactéries hautement résistantes aux antibiotiques, et dépend de la mise en

œuvre rapide et adaptée des mesures de dépistage et d'isolement des porteurs et des éventuels patients contacts. Selon les données nationales (bilan des épisodes impliquant des EPC, InVS-Raisin) rassemblées au 4 septembre 2014, et en excluant de l'analyse les épisodes de grandes tailles (>15 cas d'EPC), le nombre moyen de cas secondaires par épisode épidémique était de 2,4. D'après les données de l'AP-HP, depuis 2010, après la généralisation des mesures renforcées contre la diffusion des EPC, le nombre moyen de cas secondaires par épidémie étaient de 2 (Fournier et al, Eurosurv); ceci concernait 13 % des épisodes EPC.

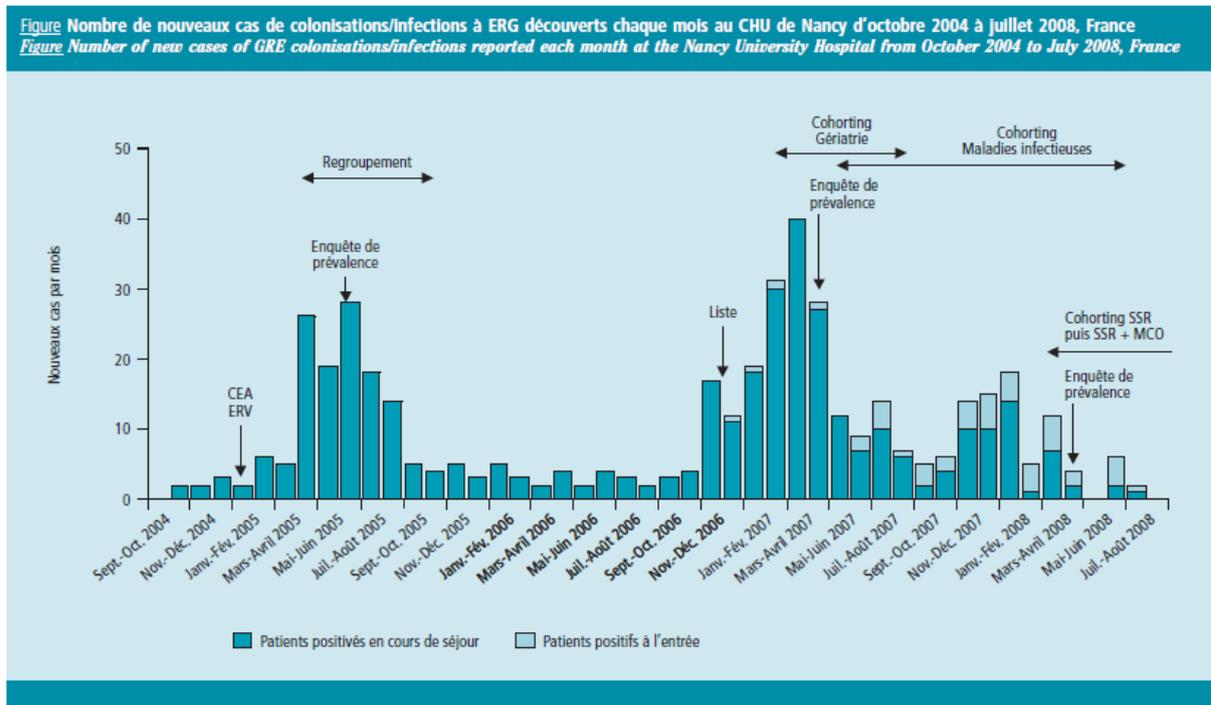
Par ailleurs, la diffusion régionale au cours de certaines épidémies à ERG comme à EPC, parfois de grande ampleur, est une préoccupation importante. Là encore, une action rapide et coordonnée doit permettre de limiter ces phénomènes épidémiques à diffusion régionale, en ayant éventuellement recours à un cohorting local et régional (*cf.* Hénard et coll.). Pour les EPC Le nombre d'épisodes avec cas secondaires était de 11 (10 %) en 2011, 36 (15 %) en 2012, 38 (9 %) en 2013 et 55 (13 %) en 2014. A l'AP-HP, ce taux est maintenu autour de 10 % après application des mesures renforcées de maîtrise (Fournier et al, Eurosurv 2014). L'objectif est donc de maintenir une faible proportion d'épisodes avec cas secondaires, inférieure à 10 %. Cet indicateur est apprécié au niveau régional et national (données InVS).

Tenant compte de ces données, il semble raisonnable de se fixer les objectifs suivants: moins de 10 % des épisodes donnent lieu à des cas secondaires et la proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas doit rester inférieure à 20 %.

Revue bibliographique :

1/ Control of a regional outbreak of vanA glycopeptide-resistant Enterococcus faecium, Eastern France, 2004-2009.

Henard S1, Gendrin V, Simon L, Jouzeau N, Vernier N, Thiolet JM, Coignard B, Rabaud C.



Cet article montre que seul le cohorting au sein des établissements atteints et au niveau régional a permis de juguler l'épidémie et de réduire le nombre de nouveau cas à partir d'un patient porteur.

2/ Contrôle des épidémies d'entérocoques résistants aux glycopeptides à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris: trois ans d'expérience, 2004-2007

Control of glycopeptide-resistant enterococci outbreaks in University Hospitals of Paris area: three years experience, 2004-2007

Sandra Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)¹ et al, AP-HP, Paris, France

Cet article montre que la mise en place des mesures « BHRé » a permis de réduire de façon importante le nombre de cas par épisode et, par conséquent, la durée des épisodes.

En effet, il est inévitable d'avoir quelques épidémies, notamment lorsque le patient index est identifié avec retard (ce qui est appelé découverte fortuite dans les recommandations nationales). En revanche, si les mesures sont appliquées rapidement et avec rigueur, le nombre de cas secondaires reste limité.

Figure 3 Comparaison des épidémies d'ERG survenues dans les hôpitaux de l'AP-HP avant et après l'application des mesures de contrôle renforcées en janvier 2006.
Figure 3A : nombre de cas par épidémie - **Figure 3B** : durée en mois des épidémies
Figure 3 Comparison of GRE outbreaks occurring in AP-HP hospitals before and after the enforcement of strict infection control measures in January 2006.
Number of cases per outbreak: figure 3A - Duration in months of outbreaks: figure 3B

Figure 3A

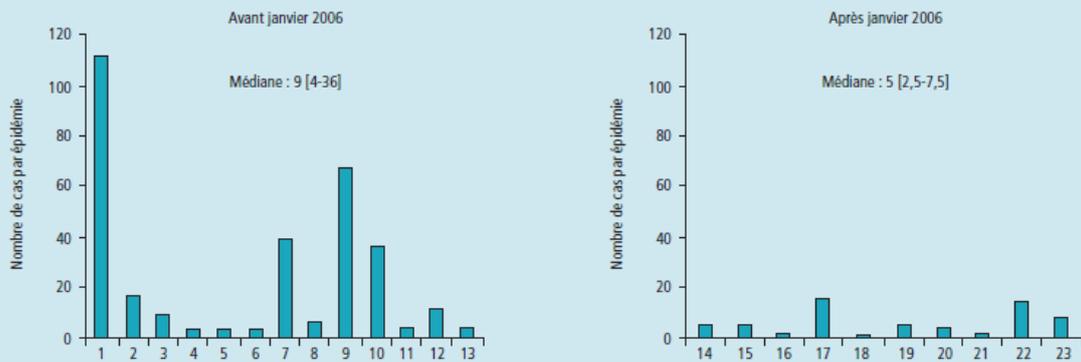
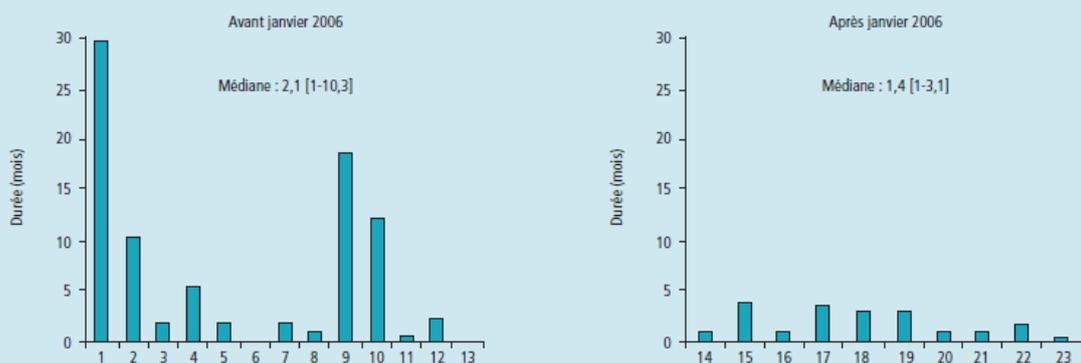


Figure 3B

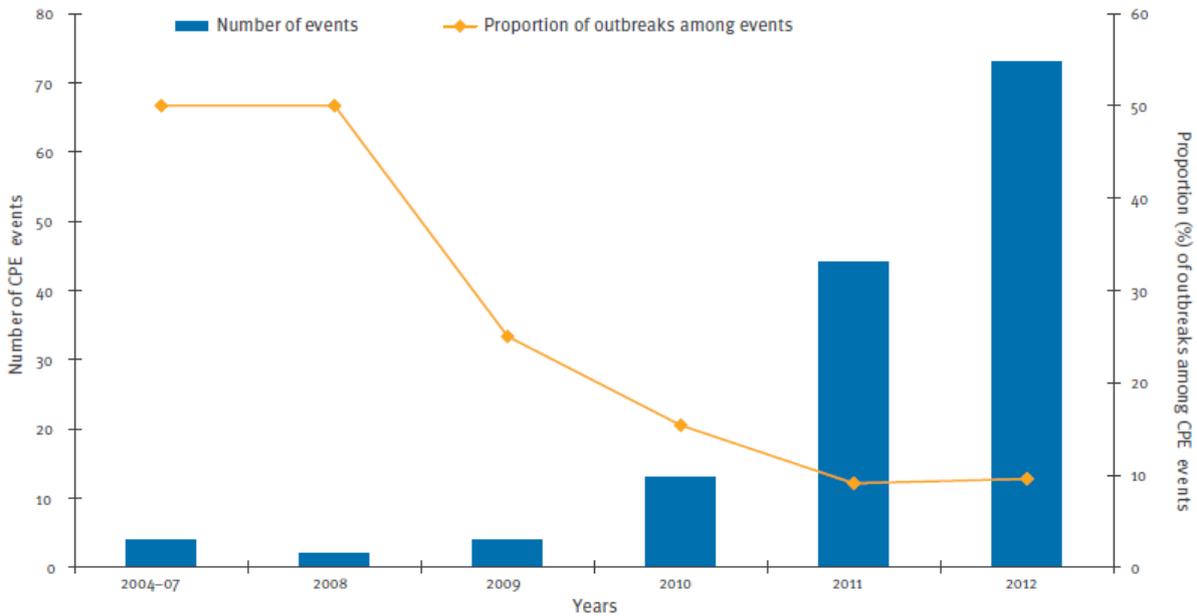


3/ Long-term control of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at the scale of a large French multihospital institution: a nine-year experience, France, 2004 to 2012

S Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)¹, C Monteil¹, M Lepointeur¹, C Richard², C Brun-Buisson³, V Jarlier⁴, AP-HP Outbreaks, Control Group⁵ Eurosurveillance May 2014

FIGURE

Number of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) events (n=140) and proportion of outbreaks among these events at Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France, 2004–2012



A CPE event was defined as one Index case (respectively defined as infected or colonised with CPE), followed or not by secondary case(s).

Évolution de la proportion de cas secondaires :

TABLE 1

Number of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) outbreaks among CPE events and number of secondary cases among all CPE cases, before and after implementation of a CPE control programme at Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France, 2004–2012

	2004–2009	2010–2012	P value
Number of events	10	130	–
Number of outbreaks (proportion of outbreaks among events)	4 (40%)	13 (10%)	0.02
Number of cases	32	168	–
Number of secondary cases (proportion of secondary cases among total cases)	22 (69%)	38 (23%)	< 0.001

Over the whole period from 2004 to 2012 there were a total of 17 outbreaks among 140 CPE events and 60 secondary cases among 200 CPE cases.

Cible : mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100 % des ES

Selon les données de l'étude EPC-raisin menée en 2012-2013, seuls 53 % des établissements disposaient d'un système informatique de repérage des patients BHRe en cas de réadmission. Selon les données l'enquête de la Société française d'hygiène hospitalière sur la prise en charge des patients suspects ou porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques menée en 2012, 47 % des établissements déclaraient avoir une procédure de recherche systématique du statut infectieux en cas de réadmission d'un patient porteur de BHRe. L'organisation du repérage des patients cibles était significativement associée avec l'utilisation du système d'information hospitalier. La mise à disposition d'un système informatique hospitalier est ainsi un élément clef pour la maîtrise du repérage des patients BHRe en cas de réadmission.

Cible : lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100 % des ES

La lettre de liaison, prévue par l'Article 24 de la Loi de santé est en cours de finalisation et rentrera en application à partir de janvier 2016: celle-ci comprend l'information sur le portage de BMR ou de BHRe du patient.

Antibiotiques

Cible : réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans

Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 a fixé comme objectif la réduction de 25 % des consommations d'antibiotiques. Depuis 2010, toutefois, la consommation des antibiotiques s'inscrit dans une tendance à la hausse (+ 4.9 % en ville, + 2,8 % ES), ce que confirment les résultats de l'année 2013 (données ANSM). Par ailleurs, les données évolutives ATB RAISIN ne montrent pas d'amorce de diminution.

Il apparaît ainsi que cet objectif de réduction des consommations d'antibiotiques entre 2011 et 2016 sera difficile à atteindre. Il semble raisonnable de prévoir une évolution de la consommation d'antibiotique à plus long terme (2020) et parallèlement à l'évolution de la consommation européenne.

Données ECDC: La France « mauvais élève » de l'Europe à l'hôpital et surtout en ville (où l'écart à la moyenne est beaucoup plus important qu'en milieu hospitalier cf schéma...).

Figure 2.6.6. Distribution of consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community (outside of hospitals) at ATC group level 3, EU/EEA, 2011, expressed as DDD per 1000 inhabitants and per day

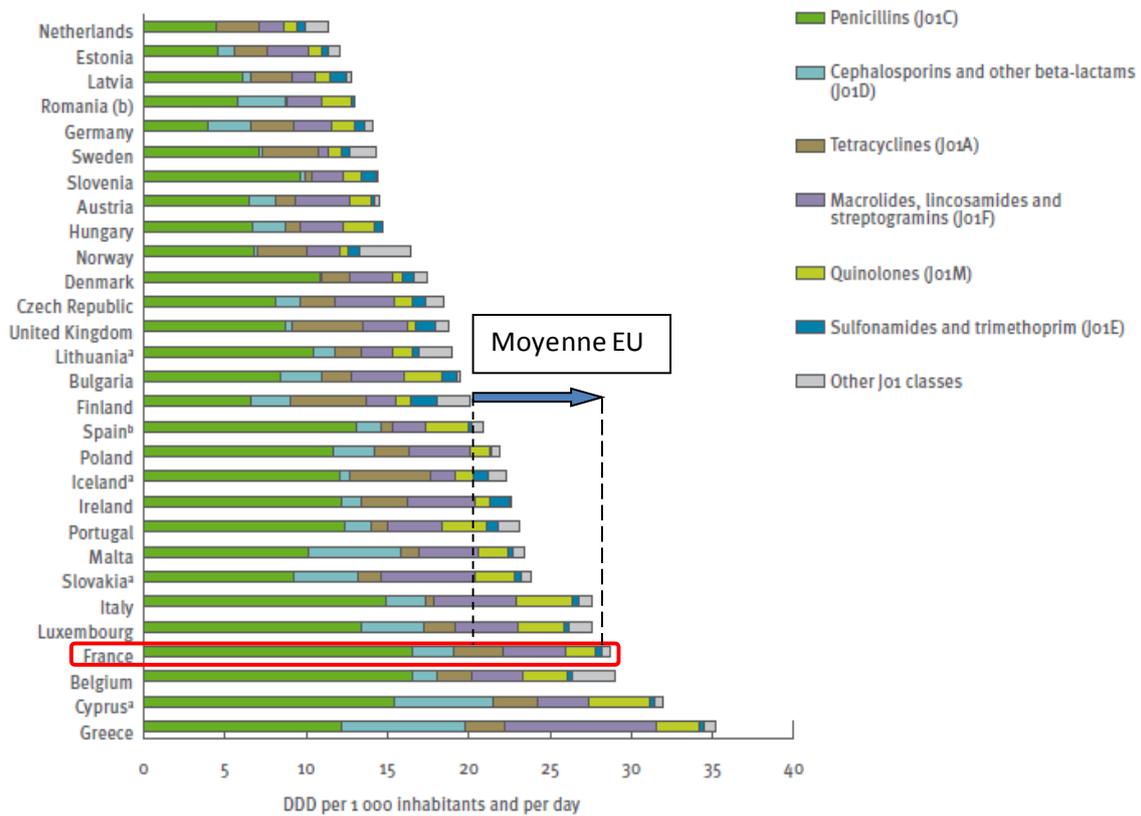
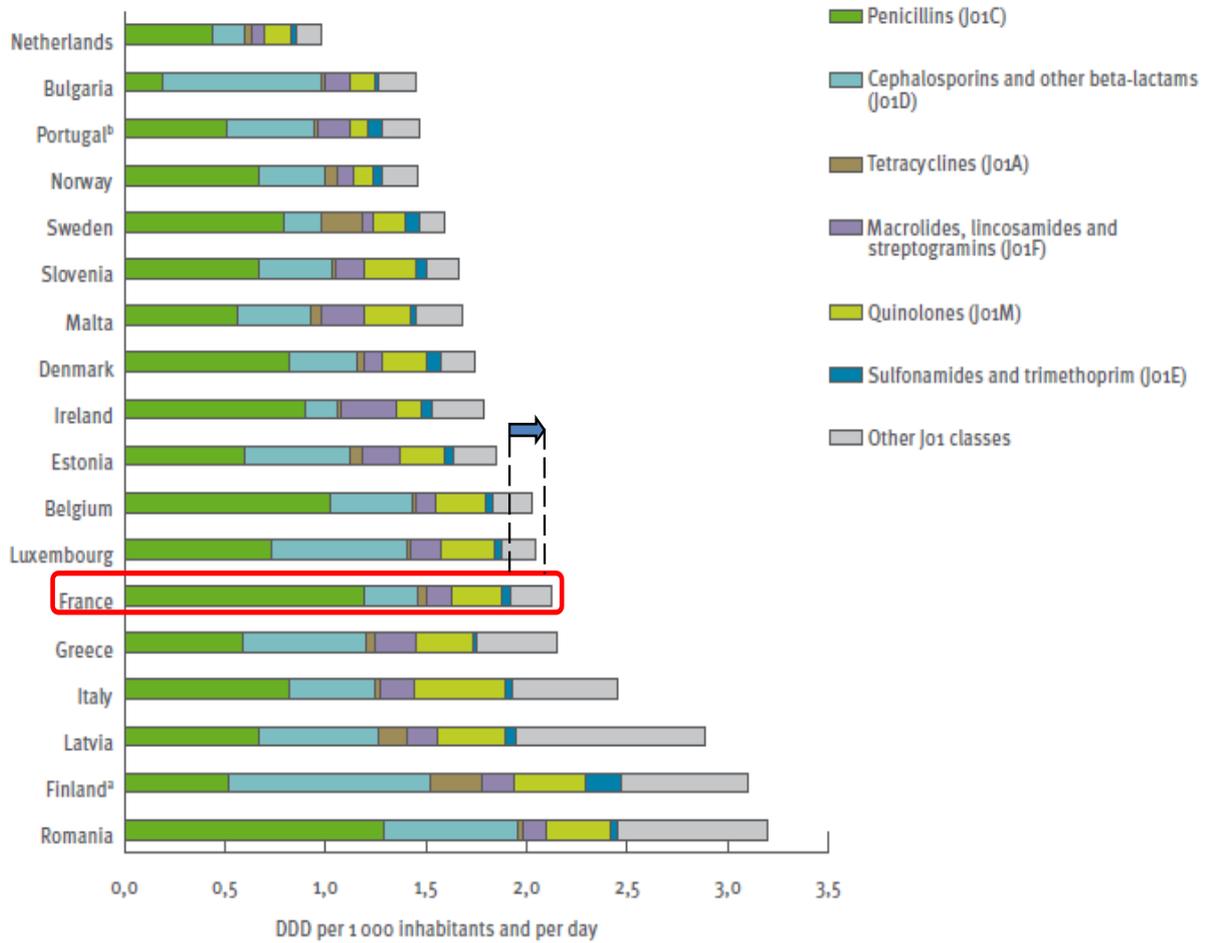


Figure 2.6.8. Distribution of consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) at ATC group level 3 in the hospital sector, EU/EEA, 2011, expressed as DDD per 1000 inhabitants and per day



ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES DEPUIS 2008

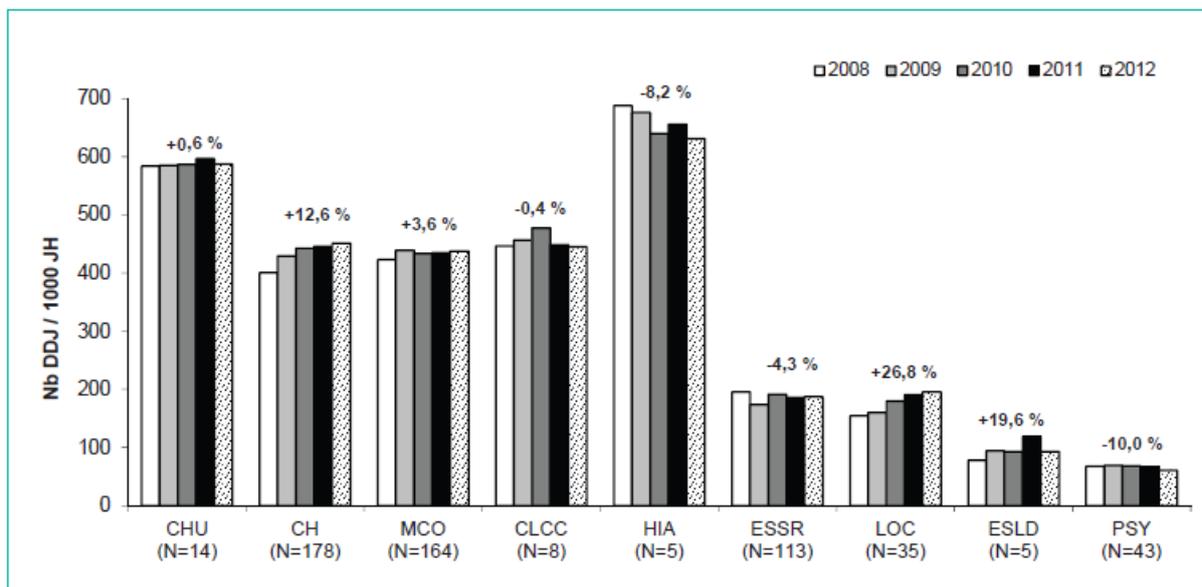
I TABLEAU 5 I

Évolution de la consommation globale des antibiotiques dans les 565 établissements de santé ayant participé de 2008 à 2012

Année	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation globale (DDJ / 1000 JH)	363,2	376,5	386,0	388,2	389,4
Évolution par rapport à l'année précédente (%)		3,7	2,5	0,6	0,3

I FIGURE 6 I

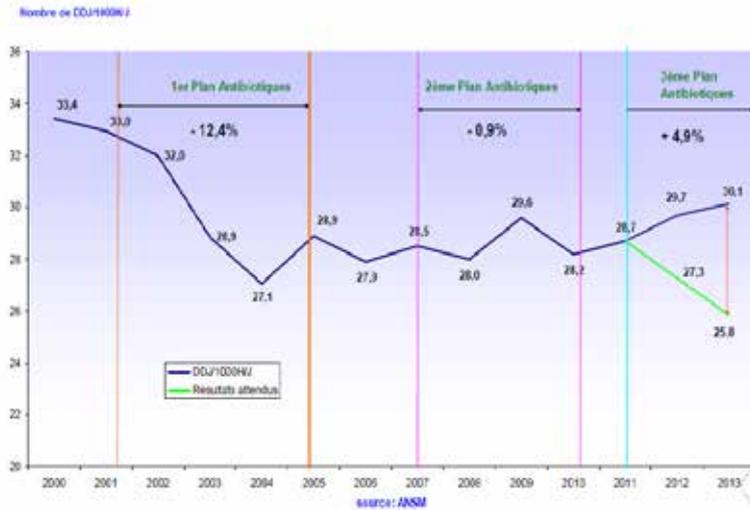
Évolution de la consommation globale des antibiotiques dans les 565 établissements de santé ayant participé de 2008 à 2012 (et pourcentage d'évolution calculé entre 2008 et 2012) selon le type d'établissements





Consommation d'antibiotiques

Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville en nombre de DDJ/1000H/J



En ville, la consommation (en nombre de DDJ/1000H/J) a continuellement augmenté au cours de ces trois dernières années.

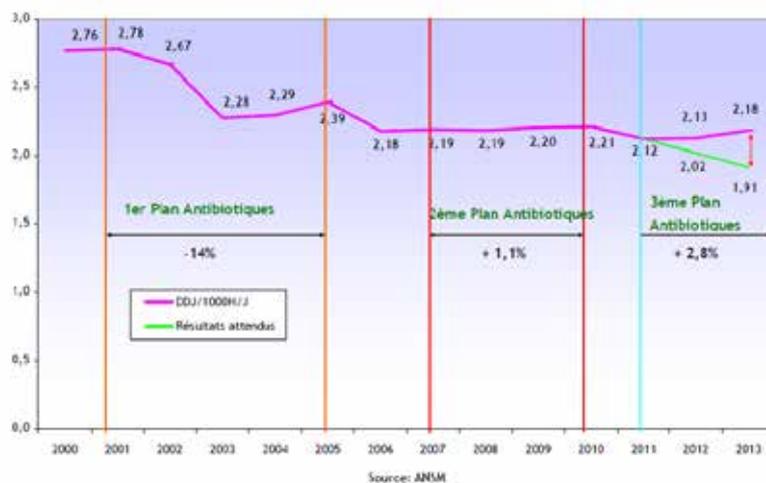
Les prescriptions non justifiées demeurent très importantes (les pathologies hivernales d'origine virale constituent en 2013 le premier motif de prescription (28%, panel IMS), et contribuent à expliquer l'augmentation de la consommation en 2013 (incidence élevée des syndromes grippaux en début d'année).

DGS -bureau R11 - JC Comboroure



Consommation d'antibiotiques

Evolution de la consommation d'antibiotiques à l'hôpital en nombre de DDJ/1000H/J



A l'hôpital:

En DDJ/1000H/J, la situation est assez comparable : baisse significative de la consommation au cours du 1er Plan, suivie d'une période de relative stabilité (2ème Plan), puis d'une phase de légère reprise.

DGS -bureau R11 - JC Comboroure

Cible : proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés $\leq 10\%$

La très grande majorité des infections courantes ne justifie pas d'un traitement antibiotique prolongé au-delà de 7 jours ; des travaux récents indiquent même qu'une réduction de durée à 5 jours serait suffisante notamment dans les infections respiratoires basses ou intra-abdominales.

Les indications aux traitements prolongés concernent des indications rares comme les endocardites, les infections ostéo-articulaires, les prostatites et certaines infections neuro-méningées, des suppurations ou des infections sur des terrains particuliers. Ces indications de traitements prolongés doivent être justifiées par une indication claire, et faire l'objet d'une réévaluation périodique, en concertation avec le référent antibiotique de l'établissement, qui doit être informé, notamment par le système d'information hospitalier des prescriptions prolongées. La proportion de ces traitements prolongés au-delà de 7 jours peut donc être évaluée, et doit être maintenue à un niveau faible, $>10\%$.

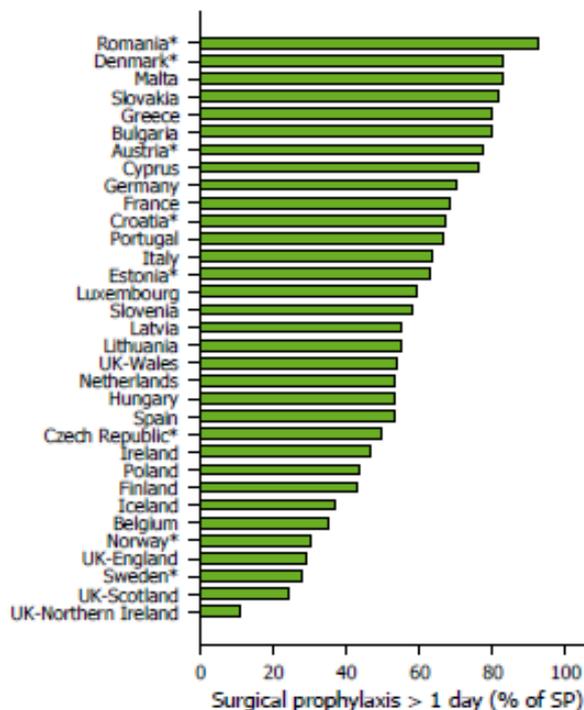
L'indicateur ICATB.2 du TdBIN apprécie si l'établissement évalue ses pratiques en matière de qualité des prescriptions. Concernant l'évaluation de la durée de l'antibiothérapie, les résultats 2013 disponibles montrent que 70,96 % des ES déclarent avoir réalisé cette évaluation.

Cible : proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h $\leq 10\%$

La France « mauvais élève » de l'Europe pour la durée de l'antibioprophylaxie (ENP 2012)

Il n'existe que de très rares indications reconnues où une prophylaxie péri-opératoire doit être prolongée au-delà de la période péri-opératoire stricte, et encore moins au-delà des 24h post-opératoires. Ces prescriptions doivent être réduites au minimum, et justifiées. L'objectif à atteindre est que leur proportion ne dépasse pas 10 % de l'ensemble.

Figure 69. Surgical prophylaxis given for more than one day as a percentage of the total antimicrobials prescribed for surgical prophylaxis, by country, ECDC PPS 2011–2012



Vaccinations

Cible : 100 % des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé

L'item A12 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 80,39 % des établissements de santé déclarent avoir cette procédure.

CATÉGORIE	ES NON RÉPONDANT		OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY			243	76.66	74	23.34	317	11.35
SSR-SLD	1	0.13	585	77.18	172	22.69	758	27.13
HAD			90	72.58	34	27.42	124	4.44
CL INF 100 LP			201	87.39	29	12.61	230	8.23
CL SUP 100 LP			288	87.27	42	12.73	330	11.81
CHR-CHU			69	95.83	3	4.17	72	2.58
CH INF 300 LP			258	80.12	64	19.88	322	11.52
CH SUP 300 LP			182	87.50	26	12.50	208	7.44
CLCC-CANCER			18	94.74	1	5.26	19	0.68
HOPITAL LOCAL			209	71.82	82	28.18	291	10.42
MECSS-POUP.			20	60.61	13	39.39	33	1.18
HÉMODIALYSE			83	92.22	7	7.78	90	3.22
TOTAL	1	0.04	2246	80.39	547	19.58	2794	100.00

Cible : 100 % des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle

Les items A14 et A15 de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation des professionnels de santé pour la rougeole, la varicelle ou pour la coqueluche.

Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent:

A14 : 55,33 % des établissements de santé déclarent surveiller la couverture vaccinale et/ou l'immunisation pour la rougeole.

CATÉGORIE	ES NON RÉPONDANT		OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY			161	50.79	156	49.21	317	11.35
SSR-SLD			369	48.68	389	51.32	758	27.13
HAD			68	54.84	56	45.16	124	4.44
CL. INF 100 LP			130	56.52	100	43.48	230	8.23
CL. SUP 100 LP			204	61.82	126	38.18	330	11.81
CHR-CHU			60	83.33	12	16.67	72	2.58
CH INF 300 LP			193	59.94	129	40.06	322	11.52
CH SUP 300 LP	1	0.48	168	80.77	39	18.75	208	7.44
CLCC-CANCER			14	73.68	5	26.32	19	0.68
HOPITAL LOCAL			114	39.18	177	60.82	291	10.42
MECSS-POUP.			15	45.45	18	54.55	33	1.18
HÉMODIALYSE			50	55.56	40	44.44	90	3.22
TOTAL	1	0.04	1546	55.33	1247	44.63	2794	100.00

A15 : 100 % des établissements de santé déclarent surveiller la couverture vaccinale et/ou l'immunisation pour la varicelle ou la coqueluche.

Cible : 100 % des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue

L'item A13 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 84,07 % des établissements de santé déclarent réaliser cette surveillance.

CATÉGORIE	ES NON RÉPONDANT		OUI		NON		TOTAL ES	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
ÉTAB. PSY	1	0.32	267	84.23	49	15.46	317	11.35
SSR-SLD			617	81.40	141	18.60	758	27.13
HAD			94	75.81	30	24.19	124	4.44
CL. INF 100 LP			188	81.74	42	18.26	230	8.23
CL. SUP 100 LP			274	83.03	56	16.97	330	11.81
CHR-CHU			71	98.61	1	1.39	72	2.58
CH INF 300 LP			277	86.02	45	13.98	322	11.52
CH SUP 300 LP			201	96.63	7	3.37	208	7.44
CLCC-CANCER			19	100.00			19	0.68
HOPITAL LOCAL			245	84.19	46	15.81	291	10.42
MECSS-POUP.			27	81.82	6	18.18	33	1.18
HÉMODIALYSE			69	76.67	21	23.33	90	3.22
TOTAL	1	0.04	2349	84.07	444	15.89	2794	100.00

Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 3

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
ISO	Taux d'ISO par acte/procédure ciblée en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH: ≤ 1 % pour PTH et PTG	Local National	2016 Bisannuel	Raisin
Bactériémies	Bactériémie sur CVC en réanimation: taux ≤ 1/1000 J-cathéter Bactériémie sur CVC hors réanimation: diminution de 20 % de la prévalence Diminution de 20 % de la prévalence des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV en réanimation et hors réanimation	Local Local Régional National National	2015/annuel 2017/5 ans 2017/5 ans	Raisin ENP ENP
ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX SECTEURS DES SOINS DE VILLE		NIVEAU	ÉCHÉANCE Périodicité	SOURCE
Bactériémies	Signalement des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV à partir du LBM*	Régional	2016	ARS CClin/ Arlin

Infections du site opératoire (ISO)

Cible : taux d'ISO par acte/procédure ciblée en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH : $\leq 1\%$ pour PTH et PTG

Actuellement, la surveillance des ISO fait partie des indicateurs du TdBIN par l'indicateur ICALISO. Aucun taux n'est demandé. Parallèlement, l'évolution de l'utilisation des données issues du SIH devrait permettre prochainement de produire facilement des taux d'infection.

L'étude de L. Grammatico-Guillon et al. (ICHE juin 2014) sur les données d'une région a démontré que l'utilisation du SIH avec un algorithme adapté pouvait constituer un bon outil de surveillance des Iso en routine pour les prothèses totales de hanche et de genou.

Les données du Raisin :

Tableau 4.c : Taux d'ISO et DI/1000 jours de suivi par intervention et selon le score NNIS en orthopédie, données ISO-Raisin, 2012

Interventions	Nb interv.	Nb inf.	Taux d'ISO (%)	IC95%	Nb jrs suivi	DI/1000 jours de suivi	IC95%
Prothèse non totale de hanche							
Global	2 697	34	1,26	0,84 - 1,68	65 114	0,52	0,35 - 0,70
NNIS-0	968	11	1,14	0,46 - 1,81	23 563	0,47	0,19 - 0,74
NNIS-1	1 485	20	1,35	0,76 - 1,94	35 769	0,56	0,31 - 0,80
NNIS-2,3	62	1	1,61	0,00 - 4,77	1 430	0,70	0,00 - 2,07
Prothèse totale de hanche							
Global	13 569	94	0,69	0,55 - 0,83	357 390	0,26	0,21 - 0,32
NNIS-0	8 818	44	0,50	0,35 - 0,65	232 955	0,19	0,13 - 0,24
NNIS-1	3 817	40	1,05	0,72 - 1,37	101 133	0,40	0,27 - 0,52
NNIS-2,3	262	7	2,67	0,69 - 4,65	6 839	1,02	0,27 - 1,78
Prothèse de hanche (PTHA+PTTH)							
Global	16 266	128	0,79	0,65 - 0,92	422 504	0,30	0,25 - 0,36
NNIS-0	9 786	55	0,56	0,41 - 0,71	256 518	0,21	0,16 - 0,27
NNIS-1	5 302	60	1,13	0,85 - 1,42	136 902	0,44	0,33 - 0,55
NNIS-2,3	324	8	2,47	0,76 - 4,18	8 269	0,97	0,30 - 1,64
Reprise de prothèse de hanche							
Global	1 654	25	1,51	0,92 - 2,10	42 700	0,59	0,36 - 0,81
NNIS-0	850	11	1,29	0,53 - 2,06	22 163	0,50	0,20 - 0,79
NNIS-1	582	11	1,89	0,77 - 3,01	14 985	0,73	0,30 - 1,17
NNIS-2,3	95	1	1,05	0,00 - 3,12	2 568	0,39	0,00 - 1,15
Prothèse de genou							
Global	10 554	33	0,31	0,21 - 0,42	281 262	0,12	0,08 - 0,16
NNIS-0	6 365	16	0,25	0,13 - 0,37	168 690	0,09	0,05 - 0,14
NNIS-1	3 369	12	0,36	0,15 - 0,56	90 247	0,13	0,06 - 0,21
NNIS-2,3	389	5	1,29	0,16 - 2,41	10 635	0,47	0,06 - 0,88

L'incidence varie selon l'intervention et le score NNIS.

Les données de différents réseaux de surveillance (LGG JHI article in Press) sont cohérentes avec le choix de 1 % pour le taux « cible » choisi :

Table II
Distribution of main studies with estimation of surgical site infection (SSI) and prosthetic joint infection (PJI) rates

National surveillance systems	SSI incidence	PJI after THA	Hip SIR	PJI after TKA	Knee SIR	Overall estimation of PJI
NHSN (USA)	1.19–1.9%	1.4%		1.0%		
INCLIMECC (Spain)	—	2.7%	3.25	1.3%	1.87	
RAISIN (France)	1–1.9%	1.54		0.67%		0.84%
NNSR (Hungary)	2.27%	2.91%	2.32			
KISS (Germany)	1.6%			1%		1.0%
SIRO (Finland)	—	1.6%	—	1.3%		0.95%
PREZIES (Netherland)	1.8%	1.3–2.3%		1.6%		2.2%
	1.3–1.9%	2.4%				
SSHAIP (Scotland)	2.61 (2.3–3.0)	1.75 (1.3–2.3)		1.46 (0.9–2.3)		
NINSS (UK)	2.4%	2.4%		3.7%		
HELICS (Europe)		2.2 (2.1–2.4)				

SIR, standardized infection ratio; THA, total hip arthroplasty; TKA, total knee arthroplasty.

Bactériémies
Cible : bactériémie sur CVC en réanimation : taux \leq 1/1000 J-cathéter

Une réduction importante des taux d'infections associées aux cathéters veineux centraux en réanimation a été obtenue ces 10 dernières années. Les données du réseau Réa Raisin montrent des taux de BLC $<$ 1/1000JC depuis 2007. L'objectif est de maintenir le taux à ce niveau faible:

Variables		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Participation REA-RAISIN	(% lits SAE)	-	-	-	32,1	36,1	36,4	36,8	39,7	42,1	
Etablissements	n	102	132	141	148	153	162	166	165	174	
Services	n	116	141	158	165	174	176	181	184	196	
Lits	n	-	-	-	1 847	1 981	1 994	2 030	2 168	2 284	
Patients	n	14 752	19 693	22 090	22 927	25 225	24 459	25 685	27 722	29 554	
Caractéristiques											
Age	(en années)	moy.	61,0	61,6	61,4	61,4	62	62,8	63,0	63,0	63,7
Sex-ratio		H/F	1,65	1,63	1,56	1,58	1,63	1,59	1,55	1,63	1,62
Durée du séjour	(en jours)	moy.	11,2	11,3	11,1	11,2	11,2	11,8	11,6	11,6	11,6
IGS II		moy.	39,4	40,4	40,2	41,7	42	42,8	43,1	43,9	44,4
Décès		%	16,8	17,2	16,8	18,1	17,7	18,5	18,1	18,5	18,4
Antibiotiques à l'admission		%	48,8	51,5	51,2	55,2	53,4	55,4	56,2	57,5	58,3
Provenance du patient	domicile	%	57,7	53,9	54,9	55,4	51,7	52,9	53,1	54,4	54,6
	EHPAD	%	-	-	-	-	-	-	-	1,1	1,1
	SLD	%	-	-	-	-	-	-	-	5,7	2,6
	SSR	%	5,4	4,1	4,6	5	4,4	3,8	3,8	2,0	1,8
	court séjour	%	33,6	39,2	37,5	36,4	40,9	39,7	39,5	32,7	36,0
	réanimation	%	3,3	2,8	3	3,2	3,1	3,6	3,6	4,1	4,0
Catégorie diagnostique	médecine	%	66,5	68,5	67,9	67,6	66,7	66,5	68,4	68,7	67,5
	chir. urgente	%	17,1	16,7	17,6	18,6	18,2	18,8	17,8	18,6	18,7
	chir. réglée	%	16,4	14,9	14,5	13,8	15	14,7	13,8	12,8	13,8
Trauma		%	10,4	9,3	10,2	10,2	9,5	9,3	8,6	9,3	8,4
Immunodépression		%	13,4	12,2	11,7	12,8	14,5	14,2	14,5	14,0	15,0
Exposition aux dispositifs invasifs											
Patients exposés	intubation	%	59,2	61,3	61,3	63,9	64,5	65,4	64,5	66,2	66,0
	CVC	%	55,9	58,5	59	59,7	61,2	64,8	63,3	65,3	65,2
	sonde urinaire	%	81,3	80,5	80,9	83,8	84,6	86,5	87,0	87,2	87,6
Ratio d'exposition	intubation	%	56,1	58,9	58,7	61	60	60,9	60,8	59,1	60,1
	CVC	%	60,3	62,8	63,8	63,2	63,6	65,9	66,0	64,8	66,3
	sonde urinaire	%	78,1	78	79,6	81,6	81,9	83,2	84,2	81,0	83,6
Durée d'expo. (en j)	intubation	moy.	10,7	10,9	10,6	10,7	10,5	11	10,9	10,7	10,6
	CVC	moy.	12,1	12,2	12	11,9	11,7	12	12,2	11,9	11,9
	sonde urinaire	moy.	10,7	10,9	10,9	11	10,8	11,4	11,3	11,1	11,2
Indicateurs niveau patient											
Incidence cumulée / 100 patients											
	Patients infectés (PNE, BAC, URI, ILC, BLC)		13,48	14,62	14,09	14,38	13,59	14,38	13,23	13,13	13,07
	Patients infectés à SARM		-	-	-	0,90	0,95	0,97	0,83	0,62	0,53
	Patients infectés à EBLSE		-	-	-	0,86	0,80	1,01	1,08	1,27	1,17
	Patients infectés à PARC		-	-	-	0,78	0,67	0,55	0,50	0,86	0,80
Incidence cumulée / 100 patients exposés											
	Pneumopathie liée à l'intubation		13,46	13,82	12,80	13,04	12,19	13,27	12,43	12,76	12,49
	Bactériémie liée au séjour		3,49	3,54	3,41	3,81	3,73	3,98	3,68	3,93	3,77
	Infection urinaire liée au sondage		7,96	7,58	7,72	6,47	5,37	5,33	4,19	3,92	4,08
	Culture CVC + (COL, ILC, BLC)		6,62	6,29	5,53	6,91	6,33	6,72	6,40	6,41	6,69
	ILC		1,56	1,66	1,17	1,60	1,26	1,30	1,09	0,96	0,92
	BLC		0,84	0,86	0,97	1,14	1,04	1,07	0,56	0,77	0,81
Incidence / 1000 j d'exposition											
	Pneumopathie liée à l'intubation		16,26	16,71	15,36	15,48	14,5	15,21	14,14	14,92	14,66
	Bactériémie liée au séjour		3,31	3,35	3,26	3,63	3,52	3,57	3,37	3,63	3,47
	Infection urinaire liée au sondage		8,32	7,72	7,84	6,47	5,31	5,05	3,94	3,73	3,85
Indicateurs niveau CVC											
	Mise en culture des CVC	%	-	-	-	54,6	55,2	57,3	52,2	52,5	53,1
	Culture CVC + / 100 CVC cultivés		-	-	-	12,04	10,75	10,66	11,42	11,18	11,21
	ILC / 1000 j CVC		-	-	-	1,38	1,11	1,11	0,94	0,84	0,79
	BLC / 1000 j CVC		-	-	-	0,99	0,84	0,90	0,48	0,66	0,68

Cible : bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20 % de la prévalence

Les infections liés aux cathéters veineux centraux observées en dehors des services de réanimation sont en augmentation, et elles représentent maintenant une part majoritaire parmi les infections sur cathéter. Ce nouvel indicateur vise à sensibiliser les soignants à ce problème et à réduire les taux d'infections.

Tableau 38 - Part relative et prévalence des sites infectieux. ENP, France, juin 2012

Site infectieux	N	Part relative (%)	Prévalence (%)
Infection urinaire	4 784	29,9	1,6
Pneumonie	2 675	16,7	0,9
Infection du site opératoire	2 169	13,5	0,7
- dont ISO superficielle	507	3,2	0,2
- dont ISO profonde	773	4,8	0,2
- dont ISO de l'organe	889	5,5	0,3
Bactériémie / septicémie	1 620	10,1	0,5
- non liée à un cathéter	951	5,9	0,3
- liée à un cathéter central	534	3,3	0,2
- liée à un cathéter périphérique	135	0,8	<0,1
Infection peau / tissus mous	1 072	6,7	0,4
Infection respiratoire autre	981	6,1	0,3
Infection du tractus gastro-intestinal	774	4,8	0,3
Infection ORL / stomatologique	444	2,8	0,1
Infection des os et articulation	395	2,5	0,1
Sepsis clinique	311	1,9	0,1
Infection sur cathéter sans bactériémie	199	1,2	0,1
- de cathéter central	119	0,7	<0,1
- de cathéter périphérique	80	0,5	<0,1
Infection génitale	196	1,2	0,1
Infection du système cardio-vasculaire	156	1,0	0,1
Infection systémique	112	0,7	<0,1
Infection ophtalmologique	87	0,5	<0,1
Infection du système nerveux central	49	0,3	<0,1
Total	16 024	100,0	5,3

Tableau 40 - Part relative des principaux sites infectieux par type de séjour. ENP, France, juin 2012

Site infectieux	Bactériémie	Bact. liée KTC	Bact. liée KTP
	%	%	%
Court séjour	14,6	5,1	1,3
- dont Médecine	17,4	6,7	1,7
- dont Chirurgie	9,0	2,4	0,6
- dont Obstétrique	6,0	0,0	0,7
- dont Réanimation	16,4	5,3	1,1
SSR	3,6	0,6	0,2
SLD	1,5	0,2	0,0
Psychiatrie	0,9	0,0	0,2
Ensemble	10,1	3,3	0,8

KTC: Cathéter central ; KTP: cathéter périphérique

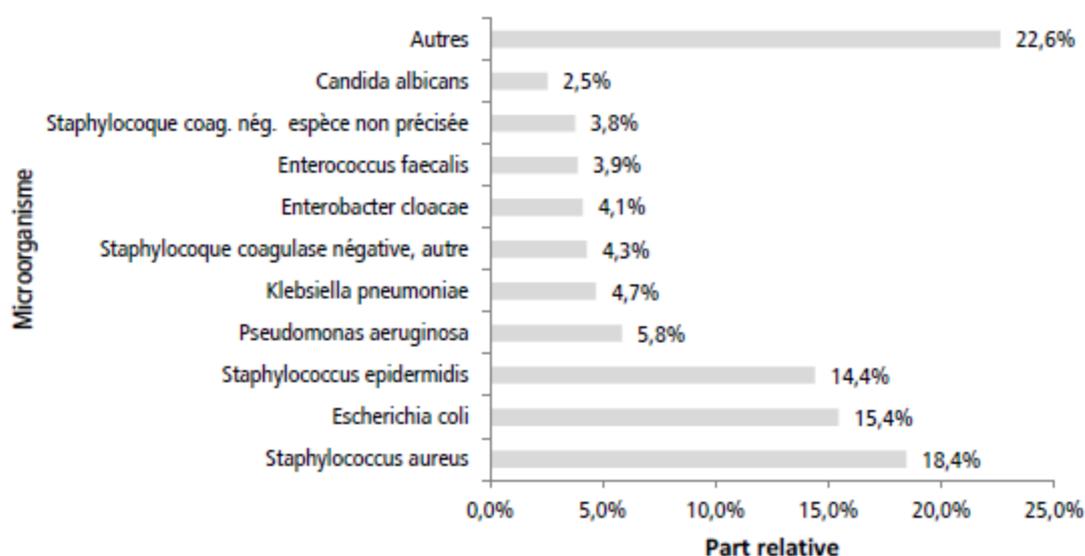
Cible : diminution de 20 % de la prévalence des bactériémies à S. aureus sur DIV en réanimation et hors réanimation

Tableau 53 - Origine des Bactériémies. ENP, France, juin 2012.

Origine	N	% de toutes les bact.	% des bact. non liées à cathéter
Bactériémies liées à un cathéter	669	41,3	
- dont bactériémies liées à un cathéter veineux central	534	33,0	
- dont bactériémies liées à un cathéter veineux périphérique	135	8,3	
Bactériémies non liées à un cathéter	613	37,8	64,5
- dont secondaire à une infection urinaire	231	14,3	24,3
- dont secondaire à une infection digestive	116	7,2	12,2
- dont secondaire à une infection pulmonaire	60	3,7	6,3
- dont secondaire à une ISO	55	3,4	5,8
- dont secondaire à une infection cutanée	52	3,2	5,5
- dont secondaire à une autre infection	79	4,9	8,3
- dont non secondaire à une infection et non liée à un cathéter	20	1,2	2,1
Bactériémie d'origine inconnue	338	20,9	35,5
Total	1 620	100,0	(-)

Bact. : bactériémies

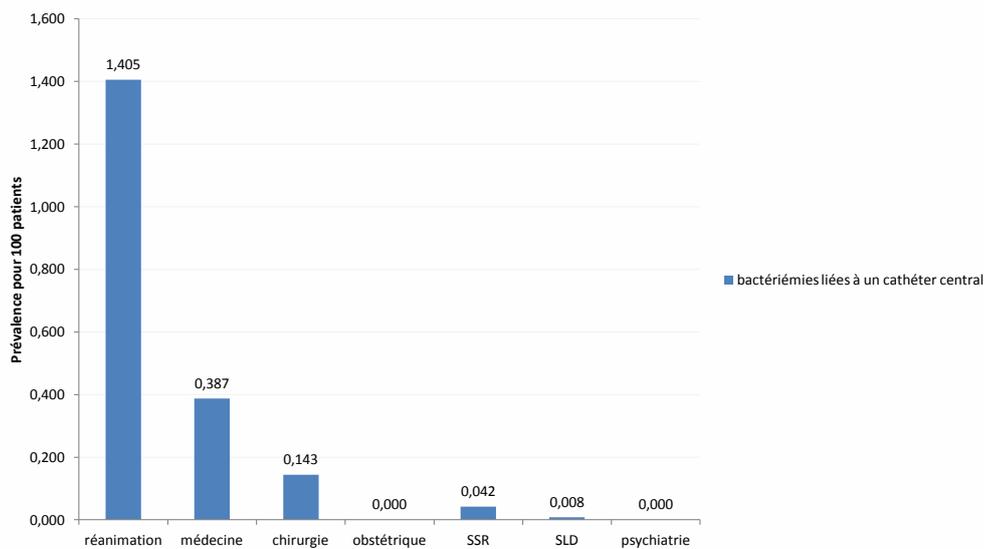
Figure 12 - Distribution des micro-organismes isolés (N=1 729) des bactériémies nosocomiales. ENP, France, juin 2012



Les données de l'enquête nationale de prévalence menée en 2012 dans les établissements de santé permettent d'estimer la prévalence des bactériémies liées à un cathéter central pour 100 patients en service de médecine à 0,39. Cette enquête de prévalence devrait être reconduite avec une périodicité de 5 ans, ce qui permettra de suivre cette évolution à échéance de 2017.



ENP 2012 : Prévalence des bactériémies liées à un cathéter central pour 100 patients par service





www.sante.gouv.fr/propias