

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de la qualité
et du fonctionnement
des établissements de santé

Bureau : qualité et sécurité
des soins en établissement de santé

Direction générale de la santé

Sous-direction prévention
des risques infectieux

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

NOR : SASH0920056C

Date d'application : immédiate.

Résumé : Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 repose sur six orientations. Des objectifs nationaux quantifiés assortis d'indicateurs sont à atteindre pour 2012.

Mots clés : prévention des infections nosocomiales – programme national de prévention des infections nosocomiales – infections associées aux soins en établissements de santé – objectifs quantifiés.

Textes de référence :

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. 6111-2 du code de la santé ;

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 novembre 2005 portant création du groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales ;

Arrêté du 5 mai 2008 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.

Texte abrogé : circulaire n° 599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé.

Annexes I. – Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Annexe II. – Bilan du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution).

La présente circulaire a pour objet de présenter le programme national de prévention des infections nosocomiales pour les années 2009 à 2013.

Il s'inscrit dans le prolongement du programme national 2005-2008 dont le bilan est certes encourageant (*cf.* annexe II) mais encore perfectible.

L'enjeu du programme national 2009-2013 pour les établissements de santé est de capitaliser les acquis des dix dernières années et de progresser sur des domaines toujours prioritaires : la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs invasifs et la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

Le programme traduit les principes du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins diffusé par voie de circulaire conjointe DGS/Dhos/DGAS.

Ce programme s'inscrit dans une nouvelle organisation des établissements de santé et des agences régionales faisant suite à la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, véritable opportunité pour accroître l'efficacité du dispositif.

Le programme (*cf.* annexe I) s'articule autour de six grandes orientations :

1. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins ;
2. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance ;
3. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique ;
4. Maintenir l'usager au centre du dispositif ;
5. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales ;
6. Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.

Pour mener à bien ces orientations, un ensemble coordonné d'actions devra être réalisé par les établissements de santé (échelon local) et les échelons régional, interrégional et national.

Des objectifs nationaux assortis d'indicateurs à atteindre en 2012 sont définis et le programme sera évalué en 2013 sur l'atteinte de ces objectifs quantifiés.

Les missions du groupe de pilotage du programme national de prévention des infections nosocomiales (Groupilin) sont renouvelées sous la forme d'un comité de suivi afin de faciliter le suivi des actions prévues dans ce programme.

Vous voudrez bien communiquer cette circulaire aux présidents des commissions médicales d'établissement, des conférences médicales, et aux équipes opérationnelles d'hygiène ainsi qu'à tous les services et professionnels concernés.

Nous vous prions de bien vouloir nous faire part, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourrez rencontrer dans l'application de la présente circulaire que vous aurez relevées au cours de vos visites dans les établissements.

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

Le directeur général de la santé,
D. HOUSSIN

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL 2009-2013
DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

ANNEXE I

PROGRAMME NATIONAL
DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

INTRODUCTION

Le présent programme constitue la déclinaison dans les établissements de santé du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

La mise en œuvre du plan stratégique est prévue sur cinq ans (2009-2013), et le programme de prévention des infections nosocomiales est le premier des programmes sectoriels à paraître.

Le plan national présente les orientations, les objectifs généraux et le cadre des modalités d'application. Le programme national fixe les objectifs opérationnels à atteindre pour 2012 et traduit en actions les orientations fixées par le plan national. L'année 2013 sera consacrée à l'évaluation des actions conduites.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

OBJECTIFS QUANTIFIÉS

Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs

Maîtriser la diffusion des bactéries multirésistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique

Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales

PROGRAMME D' ACTIONS

Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins

Pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux

Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

Pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention

Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique

Pour prévenir et maîtriser leur diffusion

Maintenir l'usager au centre du dispositif

Pour améliorer la transparence et la prise en charge des patients infectés

Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales

Pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux

Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales

Pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention

OBJECTIFS QUANTIFIÉS

Le programme définit des objectifs quantifiés à atteindre tant au plan national qu'au niveau des établissements de santé. Ces objectifs ont été fixés en tenant compte du dispositif mis en place en France, des données disponibles et des résultats déjà obtenus au niveau national. Leur réalisation sera évaluée en fin de programme, sur les données recueillies pour l'année 2012.

Les objectifs de santé de moyens et processus donnent un cadre structurant à tous les établissements de santé et aux régions afin de mener les actions en rapport avec les objectifs de résultats fixés au niveau national. Dans ce cadre, les établissements qui ne sont pas concernés par certaines activités à risque ne sont pas dispensés d'une mobilisation forte dans la lutte contre les infections nosocomiales. Cette mobilisation est retracée dans le rapport d'activités.

Certains des indicateurs ont vocation à être intégrés au tableau de bord des établissements de santé publié annuellement.

Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs

Objectifs quantifiés de résultats

En 2012, le taux d'incidence (1) des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation pour 1000 jours d'exposition aux CVC a diminué d'un quart ; données de référence : REA RAISIN 2008.

(1) La valeur cible utilisée est le troisième interquartile de la distribution des taux (P75, qui reflète la valeur maximale de 75 % de l'ensemble des taux observés dans le réseau), dont on attend qu'elle tende vers le taux médian (valeur maximale observée pour 50 % des taux) observés avant la période du programme 2009-2012.

En 2012, le taux d'incidence des infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées (1) à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes ; (données de référence : ISO RAISIN 2008).

En 2012, le taux d'incidence (2) des accidents exposant au sang pour 100 lits a diminué d'un quart globalement et par catégorie d'établissements ; [données de référence : AES RAISIN 2008].

Objectifs quantifiés de moyens et processus

En 2012, 100 % des établissements pratiquant la réanimation (selon le décret) utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance (type *check list*, par exemple).

Les critères à prendre en compte concernent notamment le choix du site de pose, la pose en condition d'asepsie « chirurgicale », la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place des CVC, et la surveillance.

En 2012, 100 % des établissements utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires (type *check list*, par exemple).

Les critères à prendre en compte concernent notamment la pose en condition d'asepsie, la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place des dispositifs invasifs, et la surveillance.

En 2012, 95 % des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des infections du site opératoire dans leur système d'information hospitalier.

En 2012, 100 % des établissements pratiquant la chirurgie utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire (type *check list* par exemple).

Les critères à prendre en compte concernent notamment la préparation cutanée, le bon usage de l'antibio-prophylaxie, et la surveillance.

En 2012, 100 % des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves.

En 2012, 100 % des établissements assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES) survenant dans l'établissement et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES.

Maîtriser la diffusion des bactéries multirésistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique

Objectifs quantifiés de résultats

En 2012, le taux d'incidence (1) des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM (données de référence : BMR RAISIN 2008).

En 2012, la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1 % au niveau national (référence : réseau EARSS-France).

Objectifs quantifiés de moyens et processus

En 2012, 100 % des établissements de santé ont atteint 70 % de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques.

En 2012, 100 % des établissements de santé ont défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes adapté à leur activité.

En 2012, 100 % des établissements de santé concernés ont inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e heure et la 72^e heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluent son application dans le dossier patient.

En 2012, 100 % des établissements de santé disposent d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique.

En 2012, 100 % des établissements ont mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B.

Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales

Objectifs quantifiés de moyens et processus

En 2012, 100 % des établissements de santé ont une procédure de signalement interne et externe opérationnelle.

En 2012, 100 % des établissements sont en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène.

(1) Les interventions ciblées sont : « cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein ».

(2) La valeur cible utilisée est le troisième interquartile de la distribution des taux (P75, qui reflète la valeur maximale de 75 % de l'ensemble des taux observés dans le réseau), dont on attend qu'elle tende vers le taux médian (valeur maximale observée pour 50 % des taux) observés avant la période du programme 2009-2012.

En 2012, 100 % des établissements de santé mettent en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux.

En 2012, 100 % des centres participants au dispositif de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes évaluent la satisfaction des patients pris en charge par le dispositif.

PROGRAMME D' ACTIONS

Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins

Pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux

Impliquer tous les échelons du management dans la définition de la politique de prévention des infections nosocomiales et gestion du risque infectieux.

Actions nationales et interrégionales

Inciter à la réalisation d'enquêtes pour mesurer la culture de sécurité des soins chez les professionnels.

Actions régionales

Mettre l'accent sur la mise en place d'une politique de prévention dans l'évaluation annuelle des directeurs d'hôpitaux.

Accompagner les établissements dans la mesure de la culture de sécurité des soins.

Actions locales

Décliner des objectifs et des indicateurs sur la qualité et la sécurité des soins validés par la direction, à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Renforcer la sensibilisation et la formation à la prévention du risque infectieux chez les professionnels des établissements de santé.

Actions nationales et interrégionales

Proposer l'inclusion, dans un livret type d'intégration des personnels, d'une partie « prévention du risque infectieux » comportant les thèmes prioritaires de formation.

Inscrire, dans les priorités de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, le thème des infections nosocomiales.

Proposer des socles de formation communs sur la prévention du risque infectieux aux instituts de formations en soins infirmiers.

Actions régionales

Proposer une formation aux responsables et chefs de pôle des établissements de santé sur les nouveaux enjeux de la gestion du risque infectieux.

Actions locales

S'assurer que le contenu des formations des professionnels de santé et de leurs responsables comporte un volet actualisé sur la prévention des infections nosocomiales.

Mettre en place une formation à la prévention des infections nosocomiales des nouveaux arrivants dans chaque établissement de santé et évaluer sa mise en œuvre.

Faire figurer dans le cahier des charges des prestataires des fonctions logistiques (ménage, blanchisserie, alimentaire...) une formation au risque infectieux.

Insérer le thème des infections nosocomiales parmi ceux traités dans les démarches qualité et de gestion des risques au sein des établissements.

Actions nationales et interrégionales

Développer des outils validés d'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales.

Actions régionales

Favoriser la formation des équipes opérationnelles d'hygiène au développement et à la promotion des outils d'évaluation des pratiques professionnelles.

Actions locales

Utiliser des méthodes d'analyse approfondies des causes applicables à la survenue d'événements infectieux graves (exemples : décès associé à une infection nosocomiale, infection profonde du site opératoire, infections à bactérie multi-résistante, cas groupés...).

Inscrire la prévention des infections nosocomiales dans les actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins, notamment invasives, associées à des risques infectieux.

Actions nationales et interrégionales

Favoriser l'utilisation d'outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux en priorité associé aux actes invasifs (type *check list* par exemple).

Poursuivre l'incitation nationale à l'audit et l'élaboration d'outils d'audits nationaux.

Actions régionales

Former les établissements à l'utilisation d'outil d'aide à l'observance de recommandations (type *check list* par exemple).

Actions locales

Mettre en place des procédures permettant de limiter le taux d'exposition et la durée de maintien des dispositifs invasifs.

Réaliser au moins un audit par an sur des pratiques à risque, dans le cadre d'activités à risque spécifiques à l'établissement ou des audits nationaux ou régionaux.

Renforcer la prévention du risque infectieux soignants/soignés.

Actions nationales, interrégionales et régionales

Promouvoir la vaccination des personnels de santé et autres personnels en contact avec les patients.

Sensibiliser à la nécessité d'observance accrue des précautions « standard » au cours des gestes de soins.

Actions locales

Promouvoir et évaluer l'observance des précautions « standard ».

Améliorer la sécurité des gestes exposant à des risques élevés d'exposition au sang (1)(formation, approvisionnement suffisant en équipement de protection et en matériel sécurisé...).

Vérifier, en liaison avec les services de médecine du travail, le statut de vacciné et/ou d'immunisé des professionnels vis-à-vis du VHB, de la coqueluche, de la rougeole et de la grippe.

Mettre en place les procédures nécessaires à la prévention de la transmission d'agents pathogènes par voie aérienne ou par les sécrétions oro-trachéo-bronchiques (notamment tuberculose, grippe, rougeole, coqueluche...).

Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

Pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention

Généraliser et renforcer la qualité des méthodes de surveillance.

Actions nationales et interrégionales

Renforcer la qualité méthodologique et la représentativité des données de la surveillance épidémiologique nationale des infections nosocomiales (RAISIN) et développer les méthodes de comparaison en vue de l'amélioration (*benchmarking*).

Développer et mettre en œuvre des outils informatisés de déclaration en ligne pour la surveillance des infections nosocomiales dans le cadre des réseaux nationaux.

Évaluer la pertinence et l'efficacité des réseaux nationaux au regard des priorités nationales. Renouveler l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales.

Actions locales

Intégrer le recueil des données de surveillance des infections nosocomiales et de la consommation des antibiotiques dans le système d'information hospitalier.

Valoriser les données des différentes sources d'information.

Actions nationales et interrégionales

Utiliser les différentes sources d'informations (2) pour cibler les priorités et contribuer à l'évaluation des politiques en matière de prévention des infections nosocomiales.

(1) Pose et dépose d'aiguille sur chambre implantable, injections sous-cutanées, pose de cathéter intraveineux...

(2) RAISIN, signalements, indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, PMSI, données du pôle santé sécurité des soins du médiateur de la République, plaintes des usagers...

Adapter les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales en fonction des activités et de la typologie des établissements.

Actions régionales et locales

Utiliser les différentes sources d'informations pour préciser les priorités régionales et locales et évaluer les actions engagées en matière de prévention des infections nosocomiales.

Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique

Pour prévenir et maîtriser leur diffusion

Améliorer la détection des situations d'alerte et promouvoir leur gestion coordonnée.

Actions nationales et interrégionales

Développer l'outil informatique pour accroître l'efficacité et la réactivité des procédures de signalement externe.

Améliorer le signalement externe des infections nosocomiales notamment en analysant ses freins et ses résultats.

Anticiper les émergences prévisibles d'agents pathogènes (1) qui justifieraient notamment des mesures contraignantes d'organisation pour les établissements de santé.

Intégrer aux plans blancs des établissements un volet sur la gestion des situations épidémiques et de leurs conséquences sur l'organisation des soins.

Actions régionales

Renforcer la collaboration INVS-CCLIN-ARLIN-ARS notamment en désignant un référent dans chaque structure pour la gestion des risques épidémiques

Intégrer dans le schéma régional de prévention des ARS un volet sur la gestion des situations épidémiques.

Actions locales

Améliorer le signalement interne des infections nosocomiales notamment en analysant ses freins. Améliorer la pertinence et l'exhaustivité du signalement externe des infections nosocomiales. Mettre en œuvre le volet sur la gestion des situations épidémiques des plans blancs.

Renforcer la prévention de la transmission croisée.

Actions nationales et interrégionales

Adapter les actions de lutte contre la diffusion des *Staphylococcus aureus* résistants à la pénicilline à l'activité et à la typologie des établissements de santé.

Actualiser les mesures à mettre en place pour le contrôle des entérocoques résistants aux glycopeptides et des entérobactéries à bêta-lactamase à spectre élargi, adaptées à la situation et l'activité des établissements de santé et à leur diffusion extra-hospitalière.

Organiser des actions nationales de sensibilisation sur la prévention des infections nosocomiales.

Actions régionales et locales

Mettre en place les actions nécessaires à la prévention des infections à bactéries multi-résistantes (2) et à leur diffusion extra-hospitalière

Actions locales

Améliorer l'éducation des personnels, des patients et des visiteurs au risque de transmission des micro-organismes, notamment à l'hygiène des mains

Exemples d'actions de lutte contre les BMR dans les établissements de santé

Identifier de façon fiable et rapide les patients porteurs de BMR à partir du laboratoire de microbiologie.

Organiser un système de surveillance continue des BMR à partir du laboratoire de microbiologie permettant notamment la détection des cas groupés et le repérage des patients porteurs déjà connus et réadmis.

(1) Type entérocoques ou *Staphylococcus aureus* résistants aux glycopeptides.

(2) En particulier pour le *Staphylococcus aureus* résistants à la pénicilline, les entérocoques résistants aux glycopeptides et les entérobactéries à bêta-lactamase à spectre élargi.

Identifier :

- sur les résultats d'examens, les prélèvements bactériologiques positifs à BMR par une mention explicite et une phrase engageant à mettre en œuvre les mesures recommandées par l'établissement ;
- sur les comptes rendus d'hospitalisation et tout documents accompagnant les patients lors de transferts inter-établissements, les patients porteurs par une mention spécifique « porteur de BMR ».

Mettre en place un circuit rapide d'information entre le laboratoire de microbiologie, les services cliniques et l'EOHH pour l'informer de la présence de nouveaux patients identifiés BMR.

Définir les conduites à tenir en termes de dépistage, d'isolement technique et géographique et de signalisation des patients BMR en cas d'hospitalisation et de transferts internes et externes aux établissements de santé.

Renforcer et évaluer l'application des précautions « standard » et notamment la désinfection des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique.

Informé le patient porteur de BMR et mettre à disposition des produits hydro-alcooliques à proximité de lui.

Former le personnel soignant aux actions de maîtrise des BMR et évaluer leur application.

Coordonner les actions limitant la transmission croisée des bactéries et les actions de bon usage des antibiotiques.

Maintenir l'usager au centre du dispositif

*Pour améliorer la transparence
et la prise en charge des patients infectés*

Poursuivre le développement de l'information vers le public et les patients.

Actions nationales et interrégionales

Accompagner la diffusion publique du tableau de bord, notamment par des actions d'information via différents médias.

Rendre plus accessible l'information aux usagers sur les risques d'infections nosocomiales et leur évolution.

Mieux associer des usagers aux instances du dispositif (ARLIN, CCLIN, Instances de pilotage national...).

Actions régionales

Préparer les établissements de santé à la communication en situation de crise.

Organiser des actions de formation et d'information des usagers sur les infections associées aux soins en général.

Actions locales

Valoriser les actions menées pour la gestion du risque infectieux au travers la diffusion du tableau de bord et d'autres indicateurs propres à l'établissement.

Renforcer l'information des usagers sur les infections associées aux soins en général.

Optimiser la qualité de prise en charge du patient infecté.

Actions nationales et interrégionales

Évaluer l'activité et l'efficacité du dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes.

Évaluer l'activité des personnels chargés du bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé

Actions locales

S'assurer de l'information du patient sur les étapes de sa prise en charge initiale et l'organisation du suivi en cas d'infection nosocomiale

S'assurer de la mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques (avec notamment la désignation d'un praticien référent compétent en antibiothérapie), en synergie avec le laboratoire de microbiologie, l'équipe opérationnelle d'hygiène et la pharmacie

Veiller à la mise en place d'un système d'information performant pour le suivi de la consommation des antibiotiques, par type d'activité, en collaboration avec la pharmacie

Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales

Pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux

Améliorer la professionnalisation et la lisibilité des structures de prévention des infections nosocomiales à chaque échelon.

Actions nationales et interrégionales

Elaborer des outils d'aide à la contractualisation pour les régions et les établissements de santé.
Harmoniser les filières de formation spécialisées pour les professionnels en hygiène.
Adapter les missions des ARLIN et des CCLIN aux nouveaux enjeux de la loi « Hôpital patient santé territoire ».
Etudier la faisabilité d'une spécialité en hygiène pour les praticiens et infirmiers.
Renforcer la structuration de la prévention des infections nosocomiales.

Actions nationales et interrégionales

Réviser les standards d'encadrement en termes de compétence et d'effectifs pour les équipes opérationnelles d'hygiène, en les adaptant à l'activité et aux catégories d'établissements.
Actualiser les missions des équipes opérationnelles d'hygiène pour répondre aux enjeux de la loi « Hôpital patient santé territoire ».

Actions régionales et locales

Favoriser les coopérations et contractualisations interétablissements pour la structuration des équipes opérationnelles d'hygiène et chargées du bon usage des antibiotiques.

Actions locales

Mettre en adéquation les moyens humains des équipes opérationnelles d'hygiène avec les préconisations nationales.
Favoriser l'articulation des démarches de prévention des infections nosocomiales avec celles des autres risques associés aux soins.

Actions nationales et interrégionales

Assurer le suivi du programme d'action et la coordination des structures (CCLIN, ARLIN...), *via* un comité de suivi représentatif, notamment des établissements de santé et des associations d'usagers.
Veiller à la cohérence des actions du programme national avec les travaux d'expertise du Haut Conseil de la santé publique sur le risque infectieux en milieu de soins.

Actions locales

Mettre en place une coordination de la gestion du risque infectieux avec des autres risques associés aux soins, en s'appuyant sur l'expertise des équipes opérationnelles d'hygiène.

Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales

Pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention.

Actions nationales

Promouvoir une organisation et un environnement favorisant le développement de la recherche sur les infections nosocomiales.
Favoriser les collaborations multidisciplinaires des universités et des instituts de recherche en privilégiant des programmes nationaux (programmes PHRC, PREQHOS et HAS...) et européens.
Valoriser l'expérience française au niveau international.
Assurer la représentation française dans les instances et commissions européennes et internationales traitant des infections nosocomiales et de la sécurité des soins.
Améliorer les connaissances pour de meilleures stratégies de prise en charge et de prévention des infections nosocomiales.
Evaluer les qualités métrologiques des indicateurs du tableau de bord et poursuivre l'étude de nouveaux indicateurs de prévention des infections nosocomiales.
Evaluer l'apport d'innovations technologiques pour intégrer les techniques les plus coût/efficaces dans les stratégies de prévention.
Analyser les stratégies d'implémentation des recommandations dans les différentes catégories d'établissements.
Promouvoir la recherche sur l'impact et la perception des infections nosocomiales.
Favoriser les études d'impact des infections nosocomiales et celles évaluant les aspects coût/bénéfice de la prévention.
Favoriser les études de modélisation des risques et de l'impact des organisations sur la prévention des infections nosocomiales.

ANNEXE II

BILAN DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2005-2008

Le programme 2005-2008 s'articulait autour de cinq grandes orientations

1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales (IN).
2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels.
3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales.
4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux associé aux soins.
5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN.

Pour mener à bien ces cinq orientations, un ensemble coordonné d'actions était programmé à tous les niveaux – local, régional et interrégional et national – par les différents acteurs concernés.

Le bilan ci-dessous présente l'ensemble des actions menées entre 2005 et 2008 en rapport avec le programme national. Les travaux réalisés dans le cadre de ce programme quadriennal et le degré de réalisation de ses objectifs pour chacune des cinq orientations sont détaillés dans ce document (1).

(1) Certains éléments chiffrés cités sont basés sur les données de l'année 2007, les données 2008 n'étant pas encore disponibles. Une actualisation de ce bilan sera donc faite en fin d'année 2009, dès que les informations de l'année 2008 seront disponibles.

SOMMAIRE

- 1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les IN**
 - 1.1. *Au plan national*
 - 1.2. *Au plan régional et interrégional*
 - 1.3. *Au plan local*
- 2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels**
 - 2.1. *La formation*
 - 2.2. *Incitation à l'audit*
 - 2.3. *Recommandations*
 - 2.4. *Actions de sensibilisation*
 - 2.5. *Protocoles dans les établissements*
- 3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales**
 - 3.1. *Données de surveillance des réseaux*
 - 3.2. *Signalement*
- 4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins**
 - 4.1. *Une meilleure information du public et une communication renforcée sur les IN*
 - 4.2. *Le site internet sur les infections nosocomiales de « www.sante.gouv.fr »*
 - 4.3. *Le portail téléphonique d'information du ministère de la santé*
 - 4.4. *Un dispositif d'indemnisation*
 - 4.5. *Dans chaque établissement de santé, le tableau de bord des infections nosocomiales doit être mis à disposition des usagers*
- 5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN**
 - 5.1. *Etudes et projets de recherche (pilotage DHOS ou DGS)*
 - 5.2. *Etudes dans le cadre du « programme de recherche en qualité hospitalière »*
 - 5.3. *Etudes PHRC*
 - 5.4. *Participation aux réseaux européens*
- 6. Evaluation des objectifs du programme national de lutte contre les IN 2005-2008**
 - 6.1. *Le renforcement des structures spécialisées*
 - 6.2. *Une meilleure observance des recommandations princeps*
 - 6.3. *Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, généraliser la surveillance des infections du site opératoire*
 - 6.4. *Priorité au signalement obligatoire des infections nosocomiales « sentinelles » ou particulièrement sévères aux autorités sanitaires*
 - 6.5. *Bonne utilisation des antibiotiques : améliorer la qualité de la prise en charge du patient infecté et lutter contre la résistance bactérienne*
 - 6.6. *Améliorer l'information des patients sur les risques infectieux liés aux soins*
- 7. Conclusion**

*
* *

1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales

1.1. Au plan national

1.1.1. Développement de l'expertise

Le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a été créé par l'arrêté du 23 septembre 2004 (JO du 16 octobre 2004). Ce comité, qui avait pour mission de fournir une expertise en matière d'évaluation et de gestion du risque infectieux chez l'homme en milieu de soin, a été par la suite intégré au Haut Conseil de la santé publique (arrêté du 1^{er} octobre 2007 paru au JO du 2 octobre 2007) et est en cours de restructuration suite à l'arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique. Ainsi, le CTINILS rejoint la commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » qui réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des risques liés aux infections nosocomiales, des risques liés à des soins ou à des pratiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.

L'expertise autour du tableau de bord des infections nosocomiales : la détermination de chaque indicateur du tableau de bord, à partir de premières propositions remises au ministre par l'Institut de veille sanitaire début 2004 a fait l'objet d'une expertise pour aboutir à des définitions précises. Leur faisabilité a été testée dans les établissements du projet COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière ; projet ministère/HAS/INSERM) de fin 2004 à début 2005. Depuis, des travaux sont menés en continu sur l'amélioration des indicateurs, la définition des classes de résultats et la communication. Initialement issus du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), les différents groupes de travail ont été organisés, en 2007, autour d'un comité d'orientation positionné à l'interface entre le CTINILS et le groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 et regroupant des compétences complémentaires en matière d'expertise, d'indicateurs de la qualité et de communication. Des analyses et propositions complémentaires ont été fournies au CTINILS par le RAISIN, notamment pour les indicateurs de résultats (SARM, ISO).

1.1.2. Le suivi du programme

Un groupe de pilotage du programme de lutte contre les infections nosocomiales a été constitué au cours de l'année 2004 par arrêté pour soutenir la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 :

http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/organisation/Ar_141105.pdf.

Les missions du groupe de pilotage sont :

- d'assurer le suivi des actions prévues dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales ;
- de faire des propositions sur les méthodes d'évaluation du programme de lutte contre les infections nosocomiales ;
- de faire des propositions pour renforcer les actions prévues dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales ;
- d'assurer la coordination des actions des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- de donner son avis sur l'organisation du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales ;
- de veiller à l'articulation avec les actions menées dans d'autres domaines de santé publique (notamment antibiotiques et gestion des risques).

Conformément au règlement intérieur adopté en séance du 14 juin 2005 par l'ensemble des membres, le Groupin a élaboré un rapport annuel d'activités ; celui-ci est disponible sur le site du ministère pour chacune des années 2005 à 2008 :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/copil_programme/accueil.htm.

Les membres du groupe de pilotage ont participé tout au long de leur mandat à différents groupes de travail, et à la relecture et validation de documents ou de rapports.

Au total, sur quatre années, le groupe de pilotage a tenu quinze réunions plénières.

1.2. Au plan régional et interrégional

1.2.1. Les CCLIN

Les CCLIN rendent compte de leur activité au groupe de pilotage chaque année à l'aide d'un rapport d'activité et d'un bilan synthétique standardisé de l'activité de chacun (adopté en juin 2006). Les objectifs annuels de chaque CCLIN sont aussi discutés.

Afin de mettre en commun les moyens et compétences des CCLIN sur le thème de l'audit, le groupe d'évaluation des pratiques professionnelles en hygiène hospitalière (GREPHH) a été créé en décembre 2005. Le courrier du 13 juin 2006 du DHOS au président de la HAS a officialisé les travaux

du GREPHH, qu'il rapporte régulièrement au groupe de pilotage du programme national. Le GREPHH a vocation à travailler sur la définition d'une méthodologie d'audit commune aux CCLIN, aboutissant à proposer aux établissements des outils méthodologiques standardisés et validés pour les accompagner dans leur démarche d'évaluation (audits, quick-audits, check-lists, EPP...). Ces audits peuvent être conduits sous la coordination des structures régionales et interrégionales, la définition des thèmes prioritaires d'audit au plan national relevant par ailleurs du groupe de pilotage. Les premières productions de ce groupe ont porté sur l'hygiène des mains et la préparation cutanée de l'opéré (voir 2.2 Incitation à l'audit).

Le portail des CCLIN a été créé en décembre 2008 afin de disposer d'un site d'entrée commun pour les CCLIN (<http://www.cclin-france.fr/>).

L'ensemble de ces actions s'inscrit dans le cadre de la coordination des actions des CCLIN.

Enfin un travail préparatoire à la révision de l'arrêté de 1992 sur l'organisation et les missions des CCLIN a été entamé mais a été interrompu par le projet de loi « Hôpital-santé-patients-territoire ». Il sera repris dans le contexte de la nouvelle loi.

Les CCLIN ont par ailleurs participé à la modélisation des financements des MIG pour les CCLIN dans le cadre du guide d'aide à la contractualisation sur les MIGAC.

1.2.2. Les ARLIN

Le développement, jusque-là partiel et hétérogène d'antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) a été généralisé en mai 2006 (1) afin d'assurer une plus grande proximité entre les structures d'expertise et de coordination et les établissements de santé, sous la coordination des centres interrégionaux. Le renforcement des ARLIN a été soutenu par un financement de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation à hauteur de 1 685 M€ entre 2007 et 2008.

Fin 2008, des difficultés de mise en place sont encore notables pour quelques régions.

Un séminaire à l'initiative des ARLIN, rassemblant toutes les ARLIN, a été organisé en octobre 2007.

1.3. Au plan local

1.3.1. Les CLIN

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), ou sous-commission de la CME en charge des mêmes attributions, se réunit au moins trois fois par an : en 2007, 89 % des établissements déclarent au moins trois réunions par an ($n = 2\,792$), contre 64,7 % en 2003 ($n = 2\,290$). Des représentants des usagers participent à certaines séances du CLIN ; 96 % des établissements ont élaboré un programme d'actions annuel.

1.3.2. La consolidation des EOHH

Ce comité est associé à une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) chargée de la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Elle est composée d'un médecin ou pharmacien hygiéniste, d'une infirmière hygiéniste, et parfois de techniciens bio-hygiénistes, secrétaires, ou d'autres types de personnel en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement de santé. En 2007, 93 % des établissements de santé déclarent disposer d'une EOHH (69 % en 2004). Ces 2 599 EOHH sont composées de 2 956 équivalents temps plein dont 722 ETP de médecins et pharmaciens et 1 561 ETP d'infirmiers. Des mesures nouvelles financières ont été accordées pour les EOHH en 2007 et 2008 afin de financer des postes de médecins ou pharmaciens et des postes d'infirmiers. Le coût total sur 2007 et 2008 s'élève à 18 millions et 650 000 euros et est réparti sur l'ensemble des tarifs.

La désignation d'un correspondant médical et d'un correspondant paramédical parmi les personnels de chaque service ou, dans les établissements privés, de chaque secteur d'activité fait partie des recommandations : en 2007, 2 655 établissements, soit 95,1 % ont désigné des correspondants dans les services de soins, dont 83,5 % des correspondants médicaux, 99,1 % des correspondants paramédicaux et 82,9 % des correspondants médicaux et paramédicaux.

2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels

2.1. La formation

La lutte contre les infections nosocomiales est une préoccupation majeure du ministère chargé de la santé. Elle nécessite la mise en place, au sein des établissements de santé ou en inter-établissements, de compétences spécifiques médicales, pharmaceutiques et infirmières ; cinquante places ont été offertes pour l'hygiène hospitalière au concours national de praticien des établissements publics de santé (session 2006). Dans le cadre de la réforme du statut de praticien hospitalier et du concours mise en œuvre en 2007, il n'y a plus de postes offerts mais autant de lauréats que de candidats méritants, quelle que soit la spécialité.

(1) Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

Le fonctionnement synergique de ces professions est une clé essentielle de l'efficacité des actions de prévention.

Il est donc particulièrement important que ces professionnels, exerçant notamment au sein des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, puissent bénéficier d'une formation adaptée à la réalité du risque infectieux, aux actions de prévention à mener et aux spécificités d'un fonctionnement transversal et pluridisciplinaire. Les résultats d'une mission sur ce thème sont attendus en 2009 pour aider à la réflexion d'une stratégie de formation continue des praticiens hospitaliers, médecins et pharmaciens, à la prévention des infections.

La formation des personnels soignants aux bonnes pratiques de l'hygiène hospitalière et à la gestion du risque infectieux est un autre axe fort du programme : en 2007, 332 630 personnels soignants ont suivi une formation en France, au cours de 1 094 071 heures de formation.

Par ailleurs, le dispositif de formation des infirmières en hygiène hospitalière validé par le CTIN en 2001 a été expérimenté dans la région Rhône-Alpes pour l'année universitaire 2004-2005. Un premier bilan de cette expérimentation a été conduit en 2006 à l'issue de la deuxième année universitaire 2005-2006. L'impact de ce diplôme d'université sur les professionnels de santé et les établissements de santé est en cours d'étude et doit être finalisé pour mai 2009.

2.2. Incitation à l'audit

La circulaire du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière fut une première incitation des établissements de santé à la réalisation d'audit en hygiène hospitalière et plus particulièrement sur l'emploi des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, en lien avec l'indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales (ICSHA).

Le 23 mars 2007, la publication de la circulaire sur la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière concernait la préparation cutanée de l'opéré dont le respect des bonnes pratiques contribue à la prévention des infections de site opératoire.

L'audit des pratiques de préparation cutanée de l'opéré a ainsi été mené sur la France entière en 2007 et a concerné 51 % des établissements ayant une activité chirurgicale (609/1198). Pour la première fois les résultats sont exploités au niveau national. Cela représente plus de 41 000 observations de préparations cutanées de l'opéré. Le rapport sera prochainement disponible sur le site du GREPHH (<http://www.grephh.fr/>).

En 2007, 2 425 établissements de santé ont mené des actions d'évaluations ($n = 2\,792$) dont 2 272 (94 %) ont réalisé un audit des bonnes pratiques. Ils étaient 777 en 2004 ($n = 2\,428$).

2.3. Recommandations

De nombreuses recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ont été élaborées sous l'égide du ministère chargé de la santé entre 2005 et 2008.

2005

Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion.

Guide de la réglementation et des recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé.

Traitement des dispositifs médicaux en ophtalmologie et en contactologie.

2006

Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de soins.

Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie (deuxième édition, juillet 2006).

Nouvelles organisations et architectures hospitalières.

Déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Déchets d'activités de soins à risques infectieux. Ministère de la santé et des solidarités.

Avis du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins concernant la désinfection des endoscopes vis-à-vis de *Clostridium difficile*.

2007

Programme de lutte contre la tuberculose en France, 2007-2009.

Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie.

Avis du CTINILS relatif à la pertinence d'instaurer pour la réalisation d'actes invasifs médico-chirurgicaux un ordre de passage dans les programmes quotidiens d'interventions où figurent des patients porteurs de virus hématogènes.

2008

Conduite à tenir devant les infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées.

Gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables : recommandations d'utilisation (rapport du CTINILS).

Avis du HCSP relatif à la désinfection des sondes à échographie endocavitaire.

2.4. Actions de sensibilisation

En mai 2008, le ministère chargé de la santé a organisé une journée nationale de sensibilisation à l'hygiène des mains dans les établissements de santé. Sous le titre de « mission mains propres » avec comme slogan « des mains désinfectées = des risques évités », le but était de toucher un maximum d'acteurs du système de santé et de les sensibiliser à l'utilisation des produits hydro-alcooliques. L'ensemble des supports utilisés pour cette journée d'action est disponible sur le site du ministère :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/mission-mains-propres/mission-mains-propres.html>.

Une évaluation de la journée est en cours et sera disponible à la fin du premier trimestre 2009.

Cette journée sera rééditée notamment dans le cadre de la campagne mondiale de l'OMS « Save Lives : Clean Your Hands » (<http://www.who.int/gpsc/en/>) le 5 mai 2009.

En novembre 2008, dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, la première journée européenne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques a eu lieu ainsi qu'un atelier européen consacré à la lutte contre les résistances bactériennes aux antibiotiques, « campagnes de sensibilisation sur l'utilisation prudente des antibiotiques ». Les principaux experts européens de la lutte contre l'antibiorésistance étaient présents (environ 250 participants, plus de trente pays représentés : représentants des pays de l'Union européenne, de la Suisse, ainsi que du CDC américain et du Canada) ainsi que les représentants des autorités européennes (ECDC, Commission européenne, OMS Europe).

A cette occasion, les établissements de santé ont été encouragés à s'engager plus avant dans cette démarche, chacun adaptant une stratégie de sensibilisation selon ses priorités. Pour cette première année, les CCLIN (via leurs sites et celui de NosoBase) se sont fait les relais de cette initiative auprès des établissements de santé et des EHPAD de chaque interrégion.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. Ce plan a été décliné autour d'un programme d'actions pluriannuel, avec pour objectif de maîtriser et de rationaliser la prescription des antibiotiques. Le premier plan 2001-2005 a été complété par une deuxième phase 2007-2010 (<http://www.sante.gouv.fr/plan-antibiotiques/index.html>), afin de poursuivre les actions engagées et de mettre en œuvre de nouvelles actions.

2.5. Protocoles dans les établissements

Transmission croisée

En 2007, 99 % des établissements de santé disposent de protocoles sur l'hygiène des mains.

En 2007, 2 442 établissements, soit 87,4 %, disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ; parmi les établissements de santé ayant une activité de réanimation, le nombre de ceux qui disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR est très élevé : 90,6 % en 2003 et 98,8 % en 2007.

Bon usage des antibiotiques

En 2007, 83,8 % des établissements de santé disposent d'une commission dédiée au bon usage des antibiotiques, 70,7 % ont désigné un référent en antibiothérapie, 66 % ont défini des protocoles d'antibiothérapie de première intention, 94,4 % ont établi une liste limitative des antibiotiques disponibles et 41,4 % une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée ; enfin, 82,7 % réalisent une surveillance de la consommation des antibiotiques.

Les infections ostéo-articulaires complexes associées aux soins recouvrent essentiellement les infections sur prothèse ou sur matériel d'ostéosynthèse et les infections post-traumatiques qui sont le plus souvent des infections post-opératoires. La ministre en charge de la santé a reconnu huit centres en octobre 2008. Ces centres ont déjà une organisation et une expérience dans la prise en charge de cette pathologie. Leur premier objectif est la coordination et l'expertise afin qu'un patient touché par une infection ostéo-articulaire complexe puisse bénéficier de la meilleure prise en charge possible. Les centres joueront aussi un rôle de recours pour des patients qui nécessitent une prise en charge plus complexe. Le dispositif est en train d'être déployé. Il doit permettre à terme que tout patient atteint d'une infection ostéo-articulaire bénéficie en tant que besoin d'une expertise par un centre de référence, la prise en charge pouvant se faire en coordination avec un autre établissement. Les centres désignés bénéficient d'un premier financement en 2008 pour l'activité de coordination et de recherche. Un montant de 112 500 euros est alloué à chaque centre. Parallèlement, des travaux ont été engagés par le ministère de manière à permettre un financement de l'activité de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes à un juste niveau dès 2009.

3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales

3.1. Données de surveillance des réseaux

Le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), a été créé en mars 2001, en partenariat entre l'institut de veille sanitaire (InVS) et les centres de coordi-

nation de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), afin d'harmoniser au plan national les méthodes de surveillance des infections nosocomiales et de coordonner les actions des CCLIN en matière d'alerte et de surveillance.

Les réseaux thématiques nationaux de surveillance de l'incidence des infections nosocomiales (infections du site opératoire, bactéries multi-résistantes, bactériémies nosocomiales, accidents avec exposition au sang des professionnels de santé et infections en réanimation) développés par le RAISIN permettent de disposer de données épidémiologiques de qualité issues d'un nombre important d'établissements volontaires, correspondant au plus important dispositif de surveillance européen.

L'ensemble des méthodologies et des rapports nationaux de surveillance se trouvent sur le site internet du RAISIN (<http://www.invs.sante.fr/raisin>);

Enquêtes d'incidence

Les données sont issues de différentes sources : les données des bilans d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales, obligatoires pour tous les établissements de santé, et celles des réseaux RAISIN issus d'établissements volontaires.

En 2007, 61 % établissements ($n = 2\,792$) ont déclaré avoir réalisé une enquête d'incidence, contre 47 % en 2003 ($n = 2\,290$).

En 2007, 90,2 % ($n = 2\,076$) des établissements de santé réalisant de la surveillance diffusent les résultats de la surveillance épidémiologiques aux services participants (63,7 % en 2003, $n = 2\,290$).

RÉSEAUX RAISIN DE SURVEILLANCE EN INCIDENCE des IN prioritaires en termes de prévention	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ou services participants (*)
Infections du site opératoire	1 331 services, 568 établissements (2006)
Bactéries multirésistantes	675 établissements (2006)
Bactériémies nosocomiales	286 établissements (2004)
Infections en réanimation	158 services de réanimation (2006)
Accidents avec exposition au sang des professionnels de santé	518 établissements (2006)
(*) Données disponibles au 23 mars 2009.	

Enquêtes de prévalence

Ainsi qu'il était prévu dans le programme national, une nouvelle enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) a été réalisée en 2006, après celles de 1996, et de 2001.

L'enquête nationale de prévalence 2006 a documenté les caractéristiques de 358 353 patients dans 2 337 établissements de santé. Avec une couverture globale représentant 95 % des lits d'hospitalisation en France, elle est proche de l'exhaustivité et constitue la plus importante enquête de ce type jamais réalisée.

La prévalence des IN en France en 2006 (4,9 %) est dans les limites basses des résultats européens où elle varie entre 4,9 à 8,5 % (7,2 % en Suisse en 2004, 9 % en Finlande en 2005).

On note entre 2001 et 2006 une diminution de la prévalence globale des patients infectés (-12 %) ainsi qu'une diminution très importante (-38 %) de la prévalence des patients infectés par un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM).

Source : BEH 2007, n° 51-52 (http://www.invs.sante.fr/beh/2007/51_52/index.htm).

3.2. Signalement

En 2007, 2 628 (94 %) établissements ont désigné un responsable du signalement.

Le nombre de signalements externes effectués chaque année était de 871, 1 001, 1 222 et 1 313 respectivement de 2005 à 2008, soit une augmentation de 51 % sur la période. Le nombre mensuel moyen de signalements externes reçus par l'InVS est passé de 73 en 2005 à 109 en 2008. Au cours de ces quatre années, 575 nouveaux établissements ont effectué leur premier signalement. Au total, 1 232 établissements (56 % des établissements de santé de la base SAE 2005) ont effectué au moins un signalement externe d'août 2001 à décembre 2008 pour un total de 6 646 signalements.

Ces signalements ont renforcé la dynamique des échanges entre établissements de santé, autorités sanitaires, CCLin et leurs antennes. Entre 2005 et 2008, 1 541 (35 %) des signalements reçus ont requis un échange direct et immédiat entre l'InVS, le CCLin et/ou la DDASS concernés et cinquante-quatre nouvelles alertes ont été transmises par l'InVS à la DGS. Certaines ont fait l'objet d'une information au niveau européen via l'InVS et le système EWRS (émergence de *Clostridium difficile* 027, par exemple), contribuant ainsi à la veille européenne coordonnée par l'ECDC. Cette activité de veille et d'expertise importante et croissante et la gravité de certains épisodes traduit l'utilité de ce système, avec l'appropriation progressive de cet outil d'alerte par les professionnels et la pertinence croissante des signalements.

Les alertes gérées sur la période 2005-2008 ont notamment concerné des épidémies locorégionales d'infections et colonisations à *Enterococcus faecium*, résistant aux glycopeptides, et d'épidémies à d'infections à *Clostridium difficile*. Parmi les autres alertes sont notées des épidémies d'infections sévères (aspergilloses et entérocolites nécrosantes, par exemple) ou des difficultés de gestions locales liées à l'émergence de bactéries toto-résistantes. Le signalement a en outre été à l'origine de quelques alertes concernant des activités de soins hors hôpital (mésothérapie, carboxythérapie, microgreffes capillaires).

L'augmentation régulière du nombre de signalements s'explique par l'appropriation progressive de l'outil par les équipes soignantes et par l'intérêt porté à la démarche en termes d'aide à la gestion des épidémies, mais aussi par l'impact public de certaines épidémies et la sensibilisation accrue au signalement de certains micro-organismes (*Cl. difficile*, entérocoques résistants aux glycopeptides...). Plusieurs actions ont permis de renforcer progressivement ce dispositif : retours d'expérience réguliers publiés au *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, journées « Signalement » annuelles organisées par chaque CClin, séances de formation des médecins inspecteurs en DDASS organisées avec l'ENSP. La récurrence de certaines infections a conduit à la mise en place d'études prospectives (aspergilloses, infections à *C. difficile*...) et le soutien aux établissements a été renforcé par la publication de guides d'investigations et/ou des recommandations ciblées (ERG, infections à *C. difficile*...). La dématérialisation du signalement externe (projet Sin@pse) est en cours et sa mise en œuvre est prévue pour le premier trimestre 2011. Elle contribuera à simplifier la procédure actuelle et à mieux partager les informations entre acteurs du signalement, pour à terme renforcer l'adhésion des équipes hospitalières à ce dispositif.

4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins

4.1. Une meilleure information du public et une communication renforcée sur les infections nosocomiales

Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute Autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (MIDISS) afin de constituer un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers et de permettre une interface qui renforce le dialogue entre les usagers, les professionnels de santé et les institutions de la santé. Tout récemment (janvier 2009), cette mission a rejoint les équipes du Médiateur de la République pour mettre en place un pôle santé et sécurité des soins. Ce pôle est dédié à l'information des usagers et à la médiation entre les patients et les professionnels de la santé (<http://www.securitesoins.fr/>). Le Médiateur est désormais compétent pour traiter des sujets tels que le non-respect du droit des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins. Son périmètre d'action s'étend à tous les établissements publics et privés de santé ainsi qu'à la médecine de ville. Ses principaux objectifs sont de rétablir la confiance entre le monde médical et les usagers du service de santé et de participer à l'amélioration de la sécurité des soins. « Informer, dialoguer, alerter » sont les mots d'ordre de ce nouveau pôle santé et sécurité des soins.

4.2. Le site internet sur les infections nosocomiales de « www.sante.gouv.fr »

Depuis 1999, la rubrique « Infections nosocomiales » du site internet du ministère de la santé permet de faire connaître les différentes actions menées et documents produits sur ce thème.

Les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales sont notamment disponibles en ligne pour tous les établissements de santé : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nosoco/tab_bord/accueil.htm.

4.3. Le portail téléphonique d'information du ministère de la santé

Ouvert du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures, ce portail (Info' ministère : 0820 03 33 33 [0,15 € TTC/min]) permet de répondre aux demandes d'informations des usagers sur le tableau de bord des infections nosocomiales.

Il donne aussi des informations sur les numéros utiles de l'administration sanitaire et sociale et les numéros utiles dans le domaine de la santé (maladies rares, addictions, VIH, cancer, sexualité et contraception...).

4.4. Un dispositif d'indemnisation

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a mis en place un dispositif de règlement amiable compétent pour les accidents médicaux, dont les infections nosocomiales, contractés après le 4 septembre 2001 et qui présentent un certain caractère de gravité.

L'ONIAM au niveau national (<http://www.oniam.fr/>) et les CRCI au niveau régional (<http://www.commissions-crci.fr/>) sont en charge de ce dispositif d'indemnisation.

Le bilan des recours à l'ONIAM constitue une source utile d'informations complémentaires, qui a enrichi les réflexions du Groupilin.

Devant certaines difficultés rencontrées par les victimes d'infections nosocomiales pour accéder au dossier médical ou pour se faire indemniser, une mission parlementaire d'information sur l'indemnisation des victimes des maladies nosocomiales et l'accès au dossier médical a été constituée en janvier 2009.

4.5. Dans chaque établissement de santé, le tableau de bord des infections nosocomiales doit être mis à disposition des usagers

Le tableau de bord est présenté par l'établissement de santé avec un ensemble d'informations locales permettant de mesurer son engagement et son état d'avancement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Le tableau de bord comporte pour les données 2007 – dont les résultats ont été annoncés lors de la conférence de presse de la ministre le 21 janvier 2009 – les cinq indicateurs (progressivement développés et rendus publics depuis 2004) prévus par le plan : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB et SARM.

Les indicateurs sont calculés par le ministère chargé de la santé, et donnent lieu pour trois d'entre eux à un classement de chaque établissement dans sa catégorie, à partir des données des bilans standardisés annuels de l'année précédente.

Les indicateurs ICALIN, ICSHA et ICATB donnent lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à F. La classe E correspond à celle les plus en retard et la classe F est la plus défavorable, correspondant à l'absence de transmission, par l'établissement, d'informations nécessaires à l'élaboration de l'indicateur.

L'ICALIN (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales), publié pour la quatrième année, objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions mises en œuvre. Ce score sur 100 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels, en particulier de sa direction, de son équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

L'ICSHA (indicateur de consommation de solutions ou produits hydro-alcooliques), publié pour la troisième fois, est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, la mesure clé de prévention des infections nosocomiales. Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention.

SURVISO (surveillance des infections du site opératoire), publié pour la troisième année, s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique (mesure de la fréquence des infections du site opératoire) des patients après leur opération chirurgicale et au nombre de spécialités chirurgicales de l'établissement où est effectuée une telle surveillance.

ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques), publié pour la deuxième année, objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce score sur 20 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie de bon usage des antibiotiques visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques et contribuer à la maîtrise des résistances bactériennes.

SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), a été publié pour la première fois en 2009 sous forme d'une moyenne trisannuelle (2005, 2006 et 2007) de l'incidence des nouveaux cas d'infections. Il reflète l'écologie microbienne de l'établissement pour le SARM, bactérie multirésistante aux antibiotiques fréquemment en cause dans les infections nosocomiales et majoritairement associée à une acquisition à l'hôpital par le biais de phénomènes de transmission croisée. Tel que, cet indice n'a qu'une valeur indicative : il dépend, d'une part, du nombre d'hospitalisations et réadmissions des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (où a pu avoir lieu la colonisation ou l'infection à un SARM) et, d'autre part, de la politique mise en œuvre dans l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM. Présenté pour la première fois en janvier 2009, il sera complété par la mesure de la tendance évolutive observée dans les établissements.

Depuis la parution du tableau de bord 2006, le ministère chargé de la santé publie un score agrégé élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs (sauf le SARM) pour faciliter la lecture des résultats du tableau de bord. Ce score agrégé offre pour les usagers un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100 par catégorie d'établissements.

En 2008, 99,8 % des établissements de santé répondent au questionnaire servant au calcul des indicateurs (97,6 % en 2005).

5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN

Le défi était lancé pour mieux comprendre, grâce à la recherche et à l'appel à d'autres compétences, les difficultés et obstacles de toutes natures : organisationnels, mais aussi culturels, de connaissance et de perception des risques.

Plusieurs supports ont été développés :

Un certain nombre d'études financés par le ministère chargé de la santé sont en cours, et les premiers résultats seront disponibles courant 2010.

Un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) est mis en œuvre annuellement dans les établissements publics de santé, où les infections nosocomiales ont été inscrites à plusieurs reprises parmi les priorités.

Un programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS) a été initié en 2007 par la DHOS.

Auxquels s'ajoutent les projets menés par les sociétés savantes comme la Société française hygiène hospitalière.

Un document stratégique sur les priorités de recherche à destination des agences et structures d'animation et de soutien à la recherche nationale (ANR, PHRC...) et européenne (PCRD) est en validation.

5.1. *Etudes et projets de recherche (pilotage DHOS ou DGS)*

Recensement, description et évaluation de la coopération interétablissements des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière.

Description et analyse de la place des usagers dans le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé de court séjour (ministère de la santé et des solidarités).

Résultat de l'évaluation de la mise en place de la circulaire DGS DHOS n° 138 du 14 mars 2001 dans les établissements de santé.

Étude de l'organisation régionale de la lutte contre les infections nosocomiales – Description et analyse institutionnelle.

Étude sur les opportunités d'hygiène des mains dans 10 spécialités médico-chirurgicales, comprenant une étude bibliographique et une étude par observation directe, en vue d'actualiser les objectifs personnalisés fixés aux établissements de santé dans le cadre de l'indicateur ICSHA.

Impact de la diffusion publique du tableau de bord des IN.

Profil d'activités des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière en vue d'actualiser les missions et le dimensionnement de ces équipes (en cours à la date du bilan).

Quatre études « du risque nosocomial dans certaines catégories d'établissements » : études portant sur la psychiatrie, l'hémodialyse, l'hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle et les soins de suite chez les personnes âgées. Leur but est d'adapter les modalités d'organisation, les programmes d'actions et les indicateurs à ces modalités de soins spécialisés (en cours à la date du bilan).

Impact du diplôme d'université « infirmier(ière) en hygiène hospitalière » sur les professionnels de santé et les établissements de santé (en cours à la date du bilan).

Pour retrouver les études publiées : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections-nosocomiales/rapports-etude/rapports-etude.html>.

5.2. *Etudes dans le cadre du programme de recherche en qualité hospitalière (PREQHOS)*

Corrélation entre charge en soins et observance de l'hygiène des mains : existe-t-il un plafond au-delà duquel la sécurité des patients n'est plus assurée ? (CHU Besançon-PREQUOS, 2007).

Efficacité d'un « cathéter-team » dans la prévention des infections sur cathéters veineux centraux, étude prospective randomisée versus contrôle (CHU Besançon-PREQUOS, 2007).

Apport d'une équipe mobile d'inféctiologie au bon usage des antibiotiques (CHU Grenoble-PREQUOS, 2007).

Impact des équipes d'hygiène interétablissements sur la qualité de la prise en charge des patients : analyse dans cinq territoires de santé et étude des facteurs favorisant l'appropriation du dispositif par les établissements de santé (CHU Rouen-PREQUOS, 2007).

Impact des référents en antibiothérapie à l'hôpital : étude multicentrique contrôlée et randomisée (ANTIBIOREF) (APHP-PREQUOS, 2008).

5.3. *Etudes PHRC*

Depuis 1993, un programme hospitalier de recherche clinique est mis en œuvre annuellement dans les établissements publics de santé. Il permet, après sélection, de retenir et de financer des projets de recherche clinique, en fonction de thématiques de santé publique prioritaires. La thématique des infections nosocomiales a été inscrite à plusieurs reprises parmi les thèmes prioritaires définis chaque année ; ainsi, depuis 1994 les PHRC dans le domaine des infections nosocomiales sont nombreux.

Un certain nombre sont terminés et la plupart ont donné lieu à des publications internationales (ceux qui ont été arrêtés ne sont pas cités). Seules sont citées les études publiées pendant la période du programme ou encore en cours à la date de janvier 2009 :

Prévention des infections nosocomiales de l'adulte intubé plus de 48 heures en réanimation par décontamination sélective, antibacille à gram et antistaphylococcique évaluation de l'efficacité de deux protocoles de décontamination sélective antibacille à gram négatif et antistaphylococcique, administrées seuls ou en association, dans la prévention des infections nosocomiales de l'adulte intubé plus de 48 heures en réanimation (CHU Rennes, publication : 2005).

Génotypage des rotavirus impliqués dans les infections nosocomiales du jeune enfant (AP-HP, publication : 2005).

Etude PIRAD : prévention des infections nosocomiales en réanimation par décontamination antiseptique de la plaque dentaire (CHU Lille, publication : 2005).

Epidémiologie des infections nosocomiales à bactéries multirésistantes (CHU Besançon, publication : 2006).

Surveillance de l'infection nosocomiale : développement d'un système d'information en routine (hôpital Saint-Joseph, publication : 2006).

Epidémiologie de l'aspergillose invasive nosocomiale (AP-HP, publication : 1998).

Risque de contamination nosocomiale par le virus de l'hépatite C (centre hospitalier la Croix-Saint-Simon, publication : 2006).

Estimation de l'imputabilité de la mortalité aux infections nosocomiales (CHU Nîmes, publication : 2007).

D'autres PHRC sont en cours à la date du 16 janvier 2009 :

Essai de prévention des infections nosocomiales précoces des grands prématurés neutropéniques par le rG-CSF (CHU de Strasbourg, année du PHRC : 2001).

Impact de l'implémentation des recommandations de l'ANDEM sur la maîtrise de la consommation des antibiotiques et secondairement sur l'incidence des infections nosocomiales à *Staphylococcus aureus* méticillino-résistants dans les CLCC (Institut Jean-Godinot, année du PHRC : 2001).

Aspergillose nosocomiale et environnement : influence des facteurs environnementaux, comportementaux et climatiques sur la flore fongique en hématologie (CHU de Grenoble, année du PHRC : 2001).

Sinusite maxillaire aiguë nosocomiale : étude des bactéries anaérobies et des dérivés radicalaires de l'azote et de l'oxygène (CHU de Toulouse, année du PHRC : 2001).

Etude de l'écologie des bactéries de l'eau associées aux amibes et de leur rôle dans les pneumopathies nosocomiales dans une réanimation à Marseille (AP-HM, année du PHRC : 2002).

Pathogénie des pneumopathies nosocomiales à *Pseudomonas aeruginosa* : étude de la virulence des agents pathogènes et des mécanismes d'inflammation (CHU de Saint-Etienne, année du PHRC : 2002).

Analyse de l'implication de deux mécanismes de défense immunitaire innée dans la survenue d'infections nosocomiales en réanimation (CHU de Strasbourg, année du PHRC : 2003).

Infections nosocomiales en réanimation : rôle de l'altération de l'état immunitaire (HCL, année du PHRC : 2004).

Impact de l'antibiothérapie sur le devenir des patients ayant une trachéo-bronchite nosocomiale acquise sous ventilation mécanique (CHU de Lille, année du PHRC : 2005).

Etude de la transmission nosocomiale de la grippe à l'hôpital Edouard-Herriot (HCL, année du PHRC : 2005).

Recherche de nouveaux agents de pneumopathies nosocomiales par une approche métagénomique différentielle (AP-HM, année du PHRC : 2006).

Revue systématique des décès associés aux infections nosocomiales : étude multicentrique dans l'interrégion nord-ouest de la France (GH de l'Institut catholique de Lille, année du PHRC : 2006).

Effet du traitement par faible dose d'hydrocortisone sur l'incidence des pneumopathies nosocomiales chez les polytraumatisés développant une insuffisance surrénale relative (CHU de Nantes, année du PHRC : 2006).

Facteur de risque de portage et d'acquisition des *Escherichia coli* à bêta-lactamase à spectre étendu : « coli bêta » (AP-HP, année du PHRC : 2008).

5.4. Participation aux réseaux européens

La France contribue maintenant largement aux travaux d'épidémiologie et de surveillance menés à l'échelle européenne, en particulier à travers le RAISIN pour le réseau européen de surveillance des infections nosocomiales (IPSE/HELICS, programme européen intégré à l'ECDC depuis 2008), via l'InVS et l'ONERBA pour le réseau de surveillance de la résistance aux antibiotiques (EARSS : <http://www.rivm.nl/earss/>), et via l'AFSSAPS pour le réseau de surveillance de la consommation des antibiotiques (ESAC : <http://www.esac.ua.ac.be/>). Ces travaux sont importants pour mesurer les écarts ou convergences entre les pays, et contribuent à la mesure de l'impact du programme national. En outre, deux des réseaux de recherche financés par la Communauté européenne et dédiés aux infections hospitalières sont coordonnés par les équipes françaises, le réseau IPSE (<http://ipse.univ-lyon1.fr/>) qui s'est consacré jusqu'en 2008 à la méthodologie et à l'application des techniques de surveillance et au développement de méthodes de prévention du risque infectieux, et le projet MOSAR (<https://www.mosar-sic.org/>), qui se consacre depuis février 2007 à l'épidémiologie analytique, au dépistage et à la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques.

6. Evaluation des objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Diffusé en : 2004, ce programme a fixé des objectifs chiffrés pour 2008.

Les données seront actualisées à partir des bilans standardisés concernant l'année : 2008.

6.1. *Le renforcement des structures spécialisées (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière)*

100 % des établissements de santé disposent d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. En 2007, 93 % des établissements de santé déclaraient disposer d'une EOHH (69 % en : 2004). Entre 2005 et 2008, 100 % des établissements de santé ont fait progresser le score composite évaluant les moyens engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales (1^{er} indicateur figurant dans le tableau de bord). L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008.

En 2007, il reste 31 établissements de santé en classe E, soit 1,1 % (79 en 2005)
85,6 % des établissements de santé sont en classe A ou B (63,6 % en 2005).

6.2. *Une meilleure observance des recommandations princeps (hygiène des mains)*

Entre 2005 et 2008, 75 % des établissements de santé ont doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques, utilisée pour l'hygiène des mains (2^e indicateur figurant dans le tableau de bord).

Entre 2005 et 2007, 52,9 % des établissements ont doublé leur consommation et 69,7 % ont progressé d'au moins une classe d'ICSHA.

100 % des établissements de santé ont une consommation minimale de 20 litres de solutions hydro-alcooliques pour 1 000 jours d'hospitalisation. Cet objectif a été révisé par le comité d'orientation du tableau de bord et le groupe de pilotage, et modifié en février 2007 comme suit : 100 % des établissements ont atteint la classe B en 2008.

En 2007, seuls 24,5 % des établissements ont atteint la classe B.

75 % au moins des établissements de santé réalisent des audits de bonnes pratiques.

En 2007, 81,3 % des établissements ont réalisé un audit de bonnes pratiques (64,5 % en 2005).

Entre 2005 et 2008, le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a baissé de 25 % dans au moins 75 % des établissements (3^e indicateur figurant dans le tableau de bord).

L'information n'est pas disponible à la date de réalisation de ce bilan.

6.3. *Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, généraliser la surveillance des infections du site opératoire*

100 % des établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé un suivi d'un acte « traceur » par principale discipline. L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008. (4^e indicateur figurant dans le tableau de bord). De plus, les établissements pratiquant une activité chirurgicale et n'effectuant pas de surveillance à partir de 2007 ont été pénalisés (non parution de leur score agrégé par insuffisance de données).

En 2007, 902 des 1 067 établissements (84,5 %) ayant une activité chirurgicale ou obstétricale ont réalisé une surveillance des ISO (60,3 % en 2005).

6.4. *Priorité au signalement obligatoire des infections nosocomiales « sentinelles » ou particulièrement sévères aux autorités sanitaires*

100 % des établissements de santé ont organisé le signalement (procédure de signalement affichée, professionnel chargé du signalement nommé selon le R. 711-1-14 du code de la santé publique).

En 2007, 2 628 (94 %) établissements ont désigné un responsable du signalement.

6.5. *Bonne utilisation des antibiotiques : améliorer la qualité de la prise en charge du patient infecté et lutter contre la résistance bactérienne*

100 % des établissements de santé ont une commission des anti-infectieux.

En 2007, 83,8 % des établissements de santé disposent d'une commission du bon usage des antibiotiques

100 % des hôpitaux ont des protocoles de bon usage des antibiotiques et disposent d'un suivi de la consommation des antibiotiques (5^e indicateur figurant dans le tableau de bord).

En 2007, 66 % des établissements ont défini un protocole d'antibiothérapie de première intention et 96,2 % des établissements ayant une activité chirurgicale et/ou obstétricale déclarent avoir élaboré des protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale.

En 2007, 82,7 % réalisent une surveillance de la consommation des antibiotiques.

6.6. *Améliorer l'information des patients sur les risques infectieux liés aux soins*

100 % d'établissement de santé présentent dans le livret d'accueil leur programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé.

En 2007, 92,8 % des établissements de santé ont fait cette présentation dans leur livret d'accueil (83,5 % en 2005).

100 % des établissements de santé affichent le tableau de bord des infections nosocomiales complet avec les 5 indicateurs.

En 2007, 16 établissements sont en classe F et n'affichent pas le tableau de bord des infections nosocomiales (0,5 %).

7. Conclusion

En conclusion, le bilan du programme : 2005-2008 est globalement très positif, sur la base de l'évolution des indicateurs nationaux pour les établissements, dont la première parution en vagues successives a contribué à donner une impulsion forte à la lutte contre les infections nosocomiales.

Les objectifs initialement fixés ont presque tous été atteints, avec deux restrictions. La plus importante est l'insuffisance des résultats en termes d'utilisation de la friction hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains, pour laquelle des efforts de communication et d'incitation (notamment à travers la journée nationale de promotion d'hygiène des mains, l'incitation aux audits et la promotion des travaux consacrés à ce thème) ont été engagés. La deuxième restriction porte sur la surveillance des infections du site opératoire, non encore généralisée à tous les établissements pratiquant une activité chirurgicale, mais où l'incitation forte apportée par le non-affichage du score agrégé du tableau de bord des établissements et l'accompagnement fait par les régions seront sans doute une source d'amélioration rapide.

L'organisation et les moyens mis en place ont fortement évolué, et des progrès sensibles ont été observés sur la mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques, favorisés par la poursuite du programme national en faveur du bon usage des antibiotiques et le développement d'incitations au niveau européen.

Le développement des structures, avec notamment l'extension de la mise en place des ARLIN, va dans le sens du développement d'une expertise de proximité.

De même, la mise en place des centres de référence pour les infections ostéo-articulaires complexes constitue une avancée dans l'organisation du dispositif au service d'une meilleure prise en charge des malades.

Le développement des réseaux de surveillance du RAISIN sont arrivés à maturité après leur regroupement et les échanges au sein du RAISIN et leur coordination par l'InVS.

Le signalement s'est fortement développé et remplit mieux sa fonction d'alerte et d'épidémiologie d'intervention, et même si des progrès sont attendus, notamment à travers le développement d'outils informatiques, la contribution de ce dispositif à la gestion des événements épidémiques nationaux ou régionaux est à l'évidence très importante.

Le dispositif mis en place en France au fil des années est maintenant bien développé, s'appuyant sur des structures complémentaires à tous les niveaux. L'adjonction d'indicateurs de résultats aux indicateurs de processus et de moyens existants peut ainsi être mise en œuvre pour mieux suivre les progrès réalisés.

Ainsi, il est maintenant possible d'étendre la maîtrise du risque infectieux aux autres secteurs de soins, en s'appuyant sur les acquis du programme et les structures développées au niveau des établissements de santé.

La loi « Hôpital, patient, santé, territoire » est une opportunité supplémentaire pour agir.