

Programme National 2009 – 2012 de
Prévention des IN:
Implications pour les services de
réanimation

Pr Christian Brun-Buisson

Coordonnateur

*Groupe de Pilotage du Programme National de Lutte contre
les Infections Nosocomiales*

Un groupe de travail multidisciplinaire

Emanant du Groupilin

- CCLINs
- Institut de Veille Sanitaire
- Conférence des Directeurs d'ARH
- Fédération Hospitalière de France
- Conférence des Directeurs de CH
- Association LE LIEN
- Experts

Sollicitation de

- SFHH
- DREES
- HAS

- HCSP
- DGS
- MEAH et MAINH
- Conférence des MISP

Structure du Programme 2009-12

- Des objectifs nationaux quantifiés, portant sur des résultats
- Six grandes orientations prioritaires sur des thèmes d'actions nationales (et inter-régionales), pour atteindre ces objectifs
- Des objectifs et une déclinaison à l'échelon local et régional



Des objectifs quantifiés, des orientations
pour les atteindre

Des objectifs nationaux à atteindre en 2012

- Mieux prévenir les infections associées aux actes invasifs
 1. Bactériémies associées au cathéters veineux centraux
 2. Infections du site opératoire en chirurgie propre
 3. Accidents d'exposition au sang et liquides biologiques
- Maîtriser la diffusion des bactéries multi résistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique
 4. Incidence des SARM
 5. Incidence des ERG
- Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins
 6. Encadrement des EOHH

➤ *Les OQN sont à décliner au niveau inter-régional et régional (+/- local)*

Les 5 objectifs quantifiés nationaux pour 2012

- Objectif principal: Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs
 1. l'incidence des bactériémies associées aux CVC en réanimation reste inférieure à 1/1000 jours-catheters
 2. l'incidence des ISO pour 100 interventions cibles à faible risque (NNIS 0-1) en chirurgie programmée a diminué de 20%
 3. l'incidence des AES pour 100 admissions dans les EtS a baissé de 20%

Les 5 objectifs quantifiés nationaux pour 2012

- Objectif principal: **Maîtriser la diffusion des BMR et l'émergence de phénomènes à potentiel épidémique**

4. L'incidence de **SARM** (p.1000 JH) parmi les isolats cliniques de *S.aureus* a diminué de 20% au niveau national et dans chaque inter-région (et l'incidence de **bactériémies à SARM** a été réduite ...)
5. la proportion de souches **ERG** parmi les *E.faecium* reste <2% au niveau national et dans chaque inter-région

Les 6 objectifs quantifiés nationaux pour 2012

- Objectif principal: Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS
6. En 2012, 100% des ES sont en conformité avec les nouvelles spécifications d'encadrement en personnel des EOH, *adaptées à chaque catégorie d'établissement*

Six orientations prioritaires pour atteindre ces objectifs

- Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins
- Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance
- Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif
- Promouvoir la recherche sur les IAS
- Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

Six orientations prioritaires

- I. **Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins**
- II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance
- III. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif
- V. Promouvoir la recherche sur les IAS
- VI. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

I. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins

Pour améliorer les actions de prévention et de maîtrise du risque infectieux

1. Impliquer tous les échelons du **management** dans la définition de la **politique de prévention** des IAS et gestion du risque infectieux des ES
2. Renforcer la sensibilisation et la **formation** à la prévention du risque infectieux de **tous** les professionnels de santé
3. Promouvoir le thème des IAS parmi ceux traités dans les **démarches qualité et gestion des risques** au sein des ES
4. Améliorer la **qualité et la sécurité** des procédures de soins, notamment **invasives**, associées à des risques infectieux
5. Renforcer la prévention du risque infectieux chez les **personnels**

Six orientations prioritaires

- I. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins
- II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance**
- III. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif
- V. Promouvoir la recherche sur les IAS
- VI. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

Pour prioriser les LAS et évaluer les actions de prévention

1. Généraliser et renforcer la **qualité des méthodes** de surveillance
2. **Valoriser** les données des différentes sources d'information

II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

Pour prioriser les IAS et évaluer les actions de prévention

1. Généraliser et renforcer la **qualité des méthodes de surveillance**
 - Renforcer la qualité méthodologique et la **représentativité** des données de la surveillance épidémiologique nationale des infections associées aux soins et développer le **benchmarking** (RAISIN)
 - Développer et mettre en œuvre des **outils dématérialisés de surveillance** des infections associées aux soins dans le cadre des réseaux
 - Evaluer la **pertinence et l'efficacité** des réseaux au regard des priorités nationales

II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

Pour prioriser les IAS et évaluer les actions de prévention

2. Valoriser les données de différentes sources d'information

- Promouvoir l'utilisation des différentes sources d'informations (RAISIN, Indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins, PMSI, données de la Mission Nationale de Médiation, Information et Dialogue pour la Sécurité des Soins, ...) pour évaluer les politiques publiques en matière de prévention des infections associées aux soins et affiner les priorités nationales
- **Adapter et pondérer les indicateurs du tableau de bord des IN selon les priorités définies et en fonction des activités des établissements**

Six orientations prioritaires

- I. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins
- II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance
- III. **Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique**
- IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif
- V. Promouvoir la recherche sur les IAS
- VI. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

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

Pour prévenir et maîtriser leur diffusion

1. Améliorer la **détection** des situations d'**alerte** ou de crise et promouvoir leur **gestion coordonnée**
2. Renforcer la prévention de la **transmission croisée**

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

Pour prévenir et maîtriser leur diffusion

1. Améliorer la **détection** des situations d'**alerte** ou de crise et promouvoir leur **gestion coordonnée**
 - Développer l'outil informatique pour accroître l'efficacité et la réactivité des procédures de signalement externe (InVS)
 - Explorer les freins au signalement externe des infections associées aux soins et proposer des axes d'amélioration
 - Renforcer la collaboration CIRE-CCLIN-ARLIN (ex : séminaire CCLIN-CIRE-ARLIN-ARS)
 - Anticiper les émergences prévisibles (type entérocoques ou *S. aureus* résistants aux glycopeptides) qui justifieraient la mise en place rapide de mesures contraignantes pour l'organisation des EtS

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

Pour prévenir et maîtriser leur diffusion

2. Renforcer la **prévention de la transmission croisée**
 - Adapter le programme de lutte contre la diffusion des BMR (notamment des SARM), à l'activité et la typologie des ES
 - Redéfinir les mesures à mettre en place pour le contrôle des ERG et des entérobactéries BLSE, adaptées à la situation et l'activité des ES et à leur diffusion extra-hospitalière
 - Programmer des actions nationales de sensibilisation sur la prévention des IAS, en particulier sur l'observance accrue des « précautions standard » au cours de tous les gestes de soins

Six orientations prioritaires

- I. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins
- II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance
- III. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif**
- V. Promouvoir la recherche sur les IAS
- VI. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif

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

1. Poursuivre le développement de l'information vers le public et les patients
2. Optimiser la qualité de prise en charge du patient infecté

Six orientations prioritaires

- I. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins
- II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance
- III. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif
- V. **Promouvoir la recherche sur les IAS**
- VI. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

V. Promouvoir la recherche sur les Infections Associées aux Soins

Pour mieux comprendre leur survenue et adapter les mesures de prévention

1. Promouvoir une **organisation** et un **environnement** favorisant le développement de la recherche sur les IAS
2. Améliorer les connaissances pour de meilleures **stratégies de prévention** et de prise en charge des IAS
3. Promouvoir la recherche sur **l'impact et la perception** des infections associées aux soins

Six orientations prioritaires

- I. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins
- II. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance
- III. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- IV. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif
- V. Promouvoir la recherche sur les IAS
- VI. **Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS**

VI. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des IAS

Pour renforcer les structures et accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux

1. Renforcer la **professionnalisation** et la lisibilité des structures de prévention des IAS
2. Renforcer la **structuration** de la prévention des IAS
3. **Articuler** les démarches de prévention des IAS et de prévention des autres événements indésirables associés aux soins et avec les autres plans de santé publique.



Déclinaison Régionale et Locale des orientations nationales



Des objectifs à atteindre
Des exemples d'actions

Des objectifs à atteindre en 2012 (1)

Objectif principal: Prévenir les infections associées aux actes invasifs

- 100 % des Ets ont un protocole de gestion et soins des voies veineuses périphériques qui fait l'objet d'évaluation régulière
- 75% des établissements chirurgicaux ont intégré la surveillance des infections du site opératoire dans leur système d'information hospitalier
- 100% des Ets mettent en œuvre des outils d'Évaluation des Pratiques Professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux, notamment concernant les actes invasifs

Des objectifs à atteindre en 2012 (2)

Objectif principal: **Maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes et de l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique**

- 75% des Ets concernés sont en classe A ou B de l'indicateur ICSHA (personnalisé) et aucun n'est en classe E
- 100% des Ets concernés **mesurent leur consommation d'antibiotiques**, et celle-ci est informatisée dans au moins 75% d'entre eux
- 100% des Ets ont formalisé un **circuit interne de signalement** pour rendre plus opérationnel le circuit externe du signalement des infections nosocomiales
- 100% des Ets disposent d'un **plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique**

Des objectifs à atteindre en 2012 (3)

Objectif principal: **Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins**

- 100% des Ets sont en conformité avec les nouvelles spécifications de l'encadrement en personnel des EOH, adaptées à chaque catégorie d'établissement
- au moins 75% des patients ayant une IOA post-opératoire complexe a bénéficié d'une expertise ou du recours à un centre de référence ou un centre affilié

Exemples d'actions déclinées au niveau régional ou local (1)

- I. *Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins*
 - Élaborer les programmes d'actions qualité et sécurité des soins en coopération avec l'EOHH
 - Utiliser des outils d'analyses approfondies des causes en cas de décès associé à une infection et jugé potentiellement évitable
 - Réaliser au moins un audit par an sur des pratiques à risque pour l'établissement, dans le cadre des audits nationaux ou régionaux, ou des activités à risque spécifiques à l'établissement
 - 100% des Ets mesurent le taux de couverture vaccinale de leurs agents pour VHB, coqueluche et grippe.

Exemples d'actions déclinées au niveau régional ou local (2)

II. *Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance*

- Développer des **indicateurs spécifiques** à l'établissement en fonction de son activité, notamment concernant les actes invasifs
- Utiliser les différentes sources d'informations (RAISIN, Indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins, PMSI, plaintes des usagers ...) pour préciser les priorités régionales et locales

Exemples d'actions déclinées au niveau régional ou local (3)

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

- Élaborer des procédures, au niveau local et régional, en cas de situations épidémiques pouvant générer des conséquences en termes d'organisation des soins
- Promouvoir et évaluer l'observance des précautions « standard » et notamment améliorer l'éducation des personnels, des patients et des visiteurs au risque de transmission et à l'hygiène des mains
- Poursuivre la mise en œuvre d'un programme de lutte contre la diffusion des *S.aureus* résistants à la méticilline, au niveau régional et dans chaque établissement de santé, adapté à son activité

Exemples d'actions déclinées au niveau régional ou local (4)

IV. *Maintenir L'utilisateur au centre du dispositif*

- Valoriser le tableau de bord dans chaque établissement
- S'assurer de la mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques au sein de l'établissement avec notamment la désignation d'un médecin référent compétent en antibiothérapie, et en synergie avec le laboratoire de microbiologie et l'E.O.H

Exemples d'actions déclinées au niveau régional ou local (5)

VI. *Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins*

- S'assurer de la mise en adéquation des moyens humains des EOH avec les nouvelles préconisations
- Favoriser au niveau régional et local les coopérations inter-établissements pour la structuration et le développement des EOH

Remerciements aux membres du groupe de travail

- ASTAGNEAU Pascal
- BRUN-BUISSON Christian
- CARLET Jean
- CERETTI Alain-Michel
- COIGNARD Bruno
- FABRY Jacques
- GARCIA Alain
- GOUGET Bernard
- HAJJAR Joseph
- JARLIER Vincent
- LEJEUNE Benoist
- MOTY-MONNEREAU Céline
- PARNEIX Pierre
- PIQUEMAL Angel
- RABAUD Christian
- REGNIER Bernard

Infections Nosocomiales et Réanimation



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Réanimation 14 (2005) 463–471

Réanimation

<http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>

Rapports d'experts

Risques et maîtrise des infections nosocomiales en réanimation :
texte d'orientation SRLF/SFAR

SRLF

*C. Brun-Buisson, G. Bonmarchand, J Carlet, J Chastre, A Durocher, JY Fagon, P Loirat,
MC Jars-Guinestre, B Regnier, B Souweine*

SFAR

C Martin, R Gauzit, A Lepape, Y Malledant, D Payen, T Pottecher, B Weber

La Charte de Qualité pour la Prévention des IN en Réanimation

Objectifs

- Evaluation de la qualité des pratiques professionnelles : audits, EPP
- Formation des personnels
- Maîtrise de la résistance aux antibiotiques
- Surveillance des taux d'IN ajustés sur l'exposition aux procédures invasives
- Surveillance/signalement des évènements 'sentinelle'
- Information des patients

Charte de qualité pour la prévention des infections en réanimation (1)

1. Les mesures visant à **prévenir la transmission des micro-organismes** font l'objet de **procédures écrites** incluant les protocoles d'isolement, validées par le CLIN, **actualisées** et mises en application.
2. Des **protocoles d'antibiothérapie** sont définis et appliqués. Les **consommations d'antibiotiques** dans le service sont régulièrement **analysées**, de façon à mener des **actions adaptées** pour limiter leur effet sur la **résistance des bactéries**.

SRLF-SFAR 2005

Charte IN (2)

3. Le personnel du service bénéficie d'une **formation** à la **prise de fonction** et de formations **continues** pour mettre à niveau ses **connaissances** et ses **pratiques**.
4. Des **évaluations des pratiques professionnelles de prévention des infections**, concernant les différents acteurs de santé, en particulier de **l'hygiène des mains**, sont effectuées **de façon régulière** dans le service.

Charte IN (3)

5. Dès l'admission, une **information** est donnée au patient -ou, à défaut, à ses proches ou bien à une personne de confiance- sur **les risques liés** à son **état initial** et aux **techniques** de réanimation.
6. Toute **infection** survenant dans le service est **notée dans le dossier du patient** et fait l'objet d'une **information orale** à celui-ci (ou, à défaut, à ses proches ou bien à une personne de confiance).
7. Une **surveillance** des infections nosocomiales, en particulier dues à des **bactéries multirésistantes**, est organisée selon les recommandations nationales, et ses résultats **régulièrement analysés** avec les personnels du service et les instances concernées (CLIN, EOH), afin **d'améliorer les pratiques de prévention et de prise en charge des infections**.

Charte Information du patient*

- **Livret d'accueil** mentionnant les programmes de surveillance et de prévention en cours dans le service
- Information personnalisée **à l'admission** en réanimation sur les risques encourus en réanimation
- information **personnelle et justifiable** de tout patient ayant développé une infection nosocomiale, et en particulier en cas de **signalement externe**
- Mise à disposition du public des **informations évolutives** concernant les IN dans le service, telles qu'elles figurent dans les **indicateurs**, éclairant la démarche de prévention suivie.

* Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé; Circulaire DHOS - DGS n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.

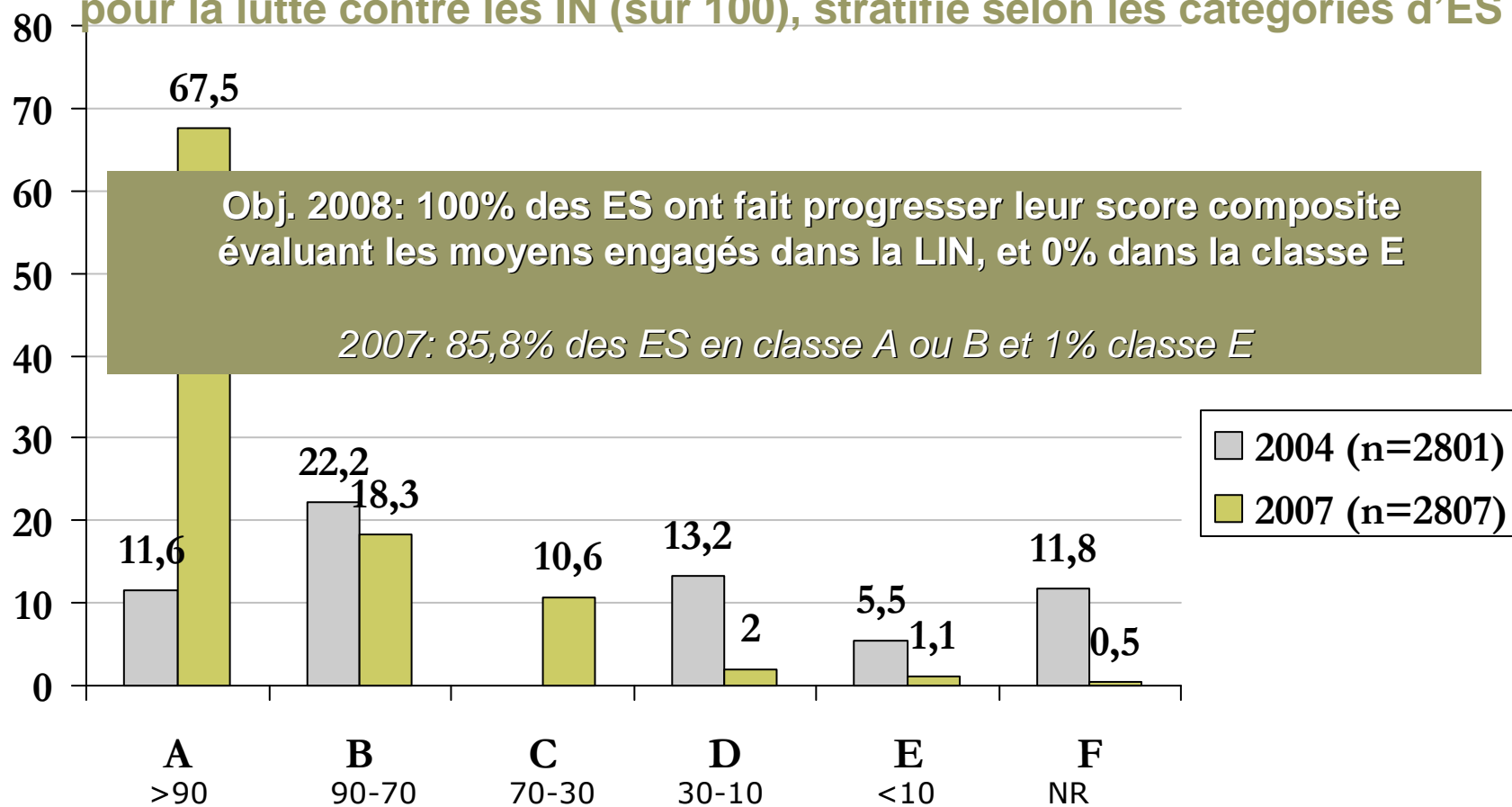
Charte de qualité: Indicateurs

Référence	Critères indicateurs
<ul style="list-style-type: none">• n°1• n°2	<ul style="list-style-type: none">- Liste des procédures de soins et d'entretien, validation- Liste de Protocoles d'antibiothérapie- Suivi des consommation d'antibiotiques
<ul style="list-style-type: none">• n°3• n°4	<ul style="list-style-type: none">- Liste des sessions de formation du personnel- Liste annuelle des audits réalisés et prévus- Consommation de SHA et produits hygiène des mains- Audit de pratiques, EPP
<ul style="list-style-type: none">• n°5	<ul style="list-style-type: none">- Livret d'accueil- Analyse des plaintes- Chrono entretien d'admission, information délivrée
<ul style="list-style-type: none">• n°6	<ul style="list-style-type: none">- Analyse du dossier (RMM)- Chrono information infection
<ul style="list-style-type: none">• n°7	<ul style="list-style-type: none">- Listing anonymisé des infections nosocomiales, Taux d'incidences spécifiques liés aux procédures- Taux de BMR (SARM,..) importés/acquis en réanimation- CR de réunions de service ciblées sur les infections nosocomiales

Bilan des Indicateurs du TdB 2005-08

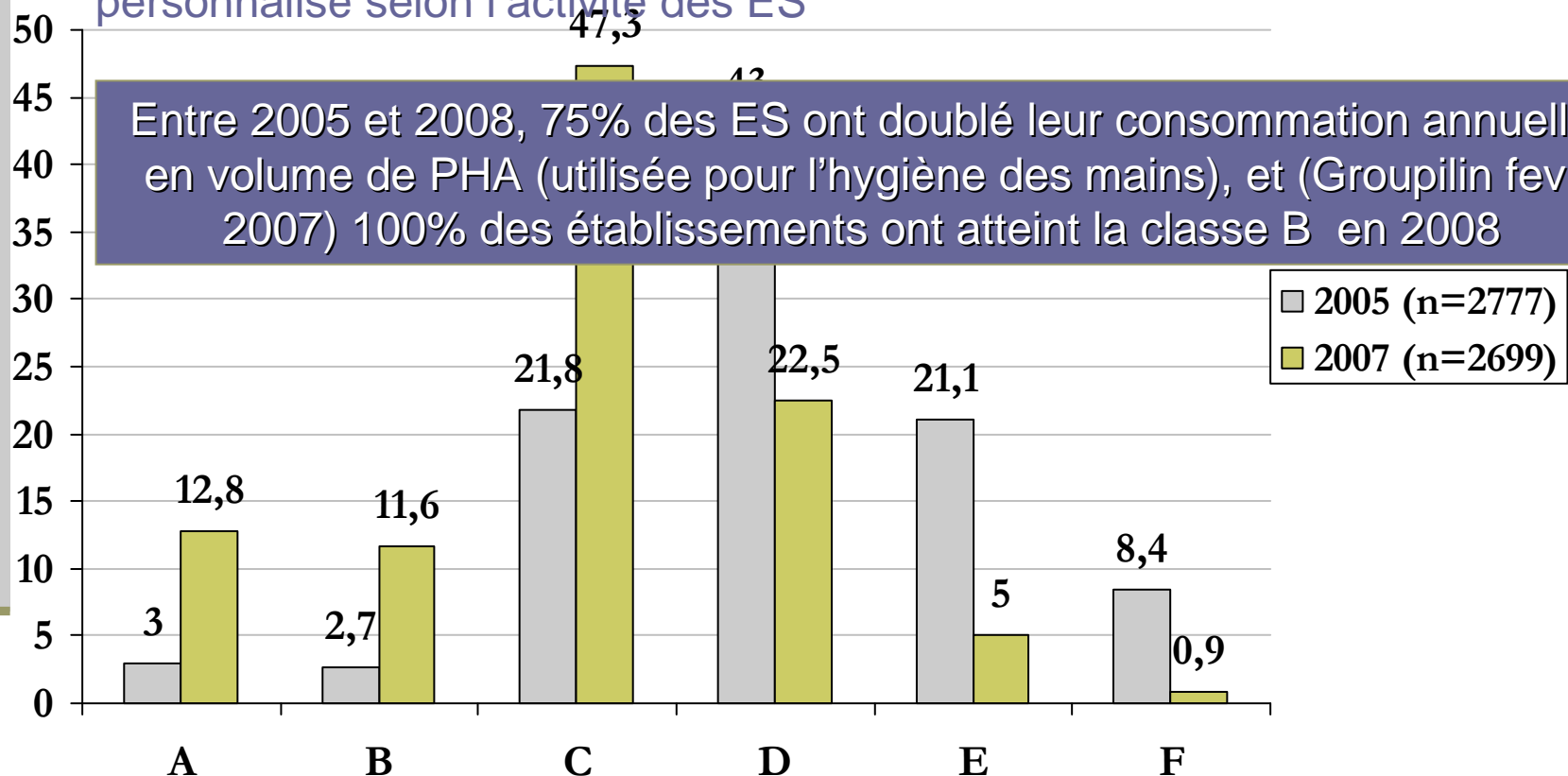
ICALIN

Indice composite des organisation, moyens et actions mis en œuvre pour la lutte contre les IN (sur 100), stratifié selon les catégories d'ES



Bilan des Indicateurs de TdB 2005-08

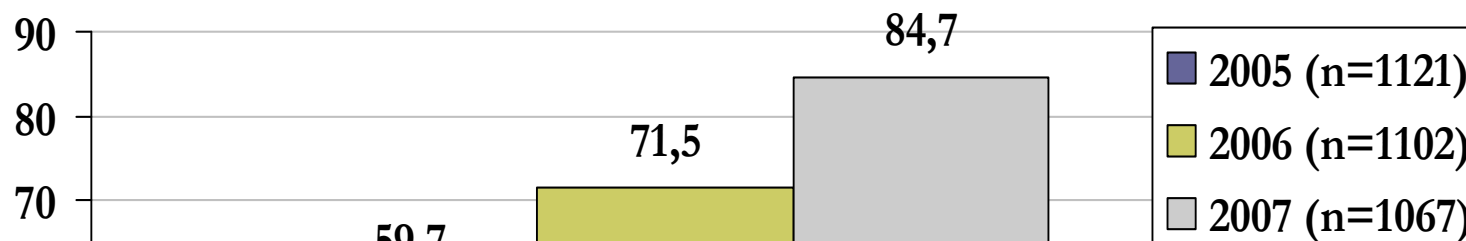
ICSHA: Degré d'atteinte de l'objectif de consommation de PHA, personnalisé selon l'activité des ES



53% des établissements ont doublé leur consommation entre 2005 et 2007 et 69,7% ont progressé d'au moins une classe d'ICSHA, et 24% des ES sont en classe A/B.

Bilan des Indicateurs TdB 2005-08

SURVISO: Nb de spécialités chirurgicales effectuant une surveillance des ISO

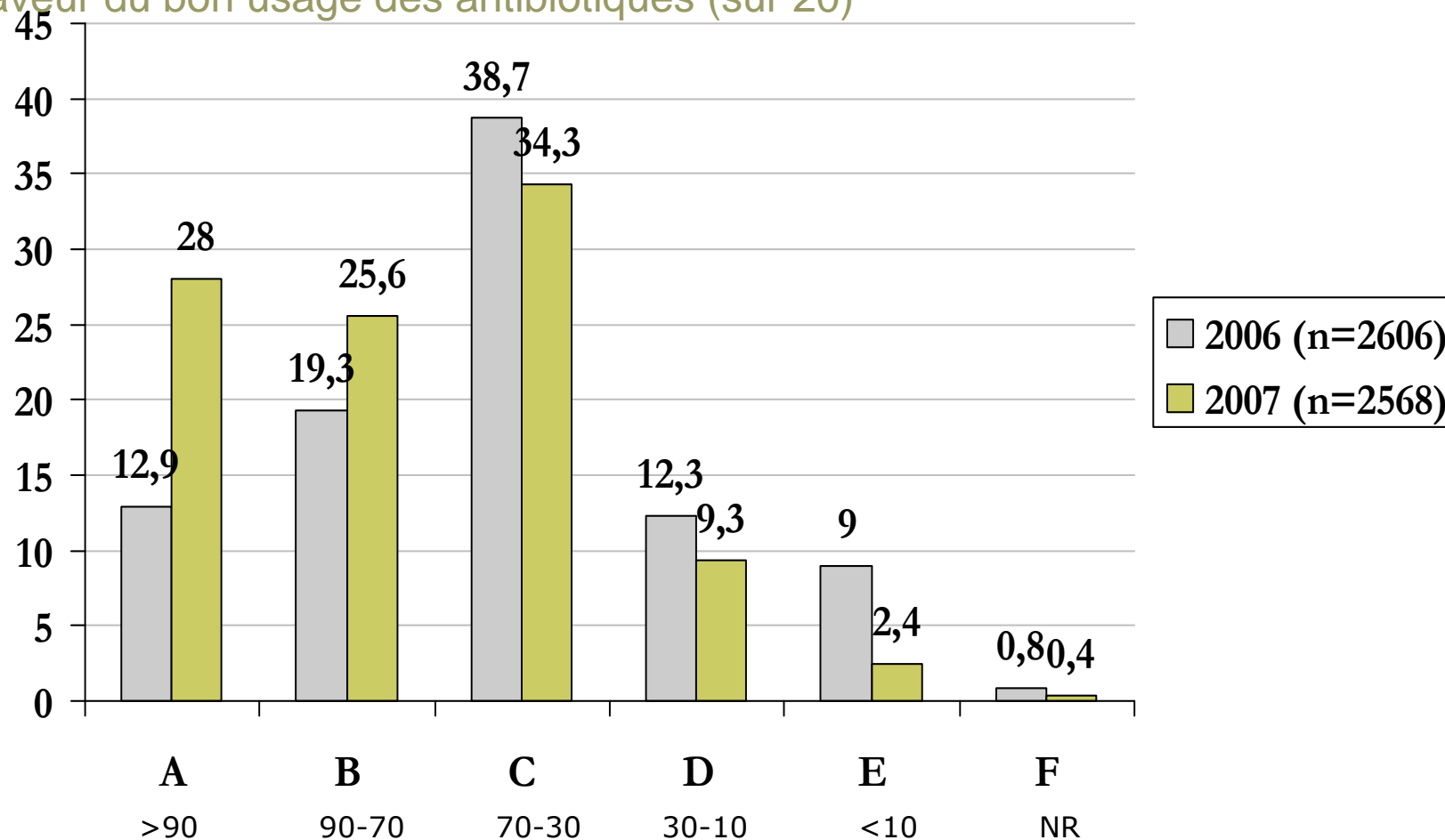


100% des établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé le suivi d'un acte « traceur » par principale discipline. Aucun ES n'est dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008.

1er trim.

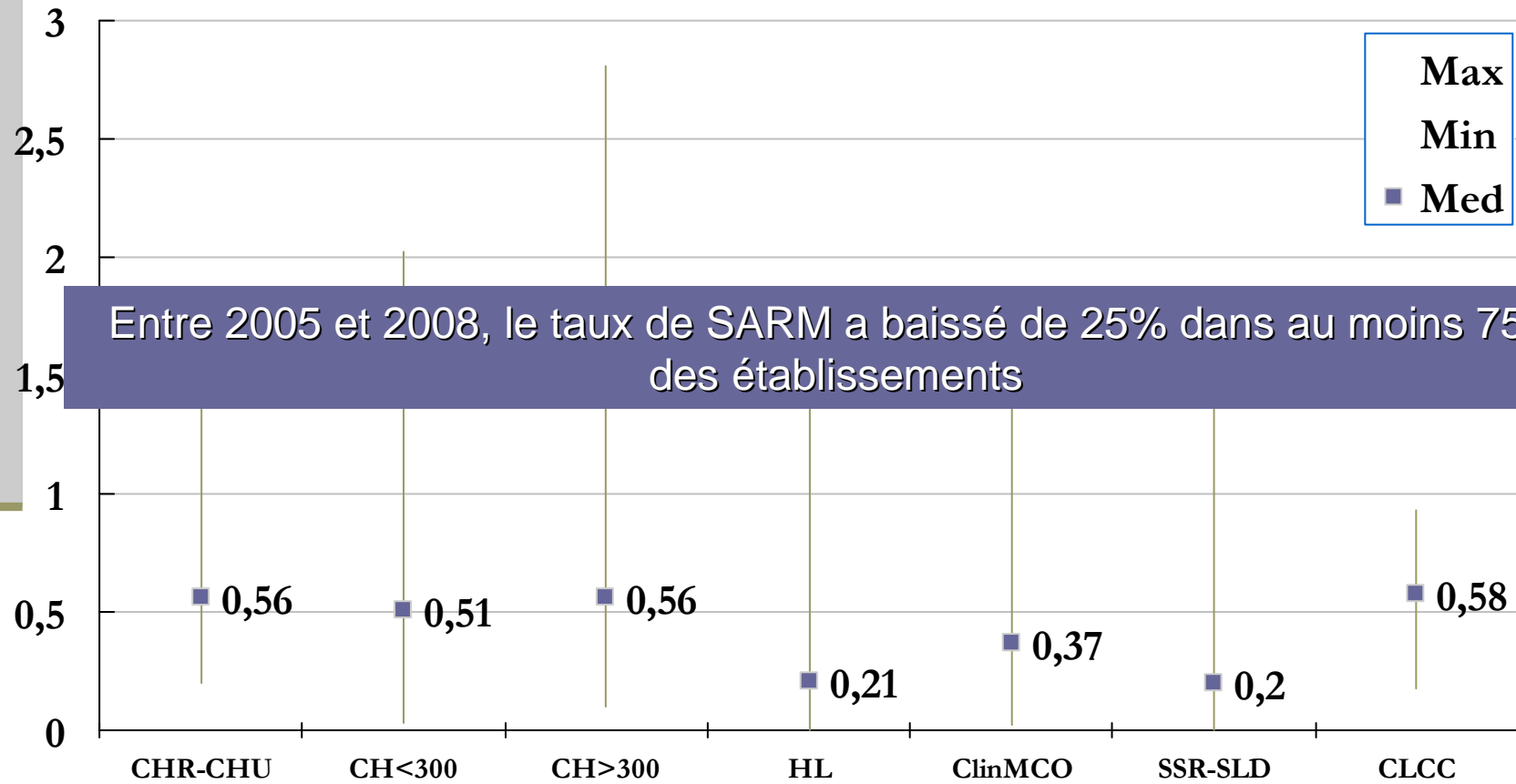
Bilan des Indicateurs du TdB 2005-08

ICATB: Indice composite de l'organisation, des moyens et actions en faveur du bon usage des antibiotiques (sur 20)



Indicateurs du TdB: SARM 2005-2007 (n=1023)

Incidence (moyenne triennale) de SARM isolés de prélèvements cliniques, en nb/1000 JH



Entre 2005 et 2008, le taux de SARM a baissé de 25% dans au moins 75% des établissements