



ropias

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

Juin 2015



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

SOMMAIRE

Liste des abréviations :	3
Introduction.....	5
Axe 1 – Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.....	8
1. Intégration de la prévention des IAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins.....	9
2. Structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de prévention des IAS.....	10
3. Promotion de la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient	11
4. Renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)	13
5. Renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé	14
Axe 2 - Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins	18
1. Associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance.....	19
2. Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu	20
3. Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes.....	21
4. Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé	23
Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé..	30
1. Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs.....	31
2. Surveiller les infections associées aux actes invasifs, dont les dispositifs médicaux implantables, tout au long du parcours de santé	32
3. Améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)	33
Bibliographie.....	37
Argumentaire scientifique des cibles quantitative	42

Liste des abréviations :

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

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

Introduction

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

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

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

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

- Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 dont la méthodologie d'action préconisée dans les EMS, sous forme de la mise en place d'une démarche d'analyse de risque formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), est pérennisée² ;
- Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et les textes réglementaires correspondants en vigueur ;
- Le programme national pour la sécurité du patient (PNSP) 2013-2017, notamment son axe 1 : information du patient, co-acteur de sa sécurité, partenariat soignant-soigné ; son axe 2 : déclaration et prise en compte des événements indésirables associés aux soins et son axe 3 : formation, culture de sécurité, appui ;
- Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale (2012-2017).

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

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

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

Sans perdre de vue les fondamentaux de la prévention des infections associées aux soins (en pratique, les précautions « standard ») qui doivent toujours être soutenus et renforcés, le Propias s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles en matière de prévention des infections associées aux soins (PIAS). La définition de ces priorités s'appuie sur l'état des lieux disponible à partir des données de surveillance (ENP³, réseaux RAISIN⁴), des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (tableaux de bord des IN et Ipaqs⁵) et des systèmes d'alerte et enquêtes (signalements e-SIN, enquête ENEIS⁶, enquête ville...), du bilan du précédent programme, de l'évolution des structures de soins et des prises en charge (ex : développement des prises en charge ambulatoires), de l'évolution vers une gestion des risques coordonnée et intégrée aux pratiques de soins et enfin des réorganisations territoriales.

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

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

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

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

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

La mise en œuvre du Propias s'appuiera sur l'évolution en cours des comportements, le décroisement des secteurs de l'offre de soins et la levée des freins, sources de résistances au changement. En ES et en EMS, l'implication forte du responsable/directeur, qu'il soit médical, paramédical ou administratif, est essentielle à la généralisation de la culture de sécurité des soins. En

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

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

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

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

ville, la mise en œuvre du Propias s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...) avec le support de l'ARS.

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

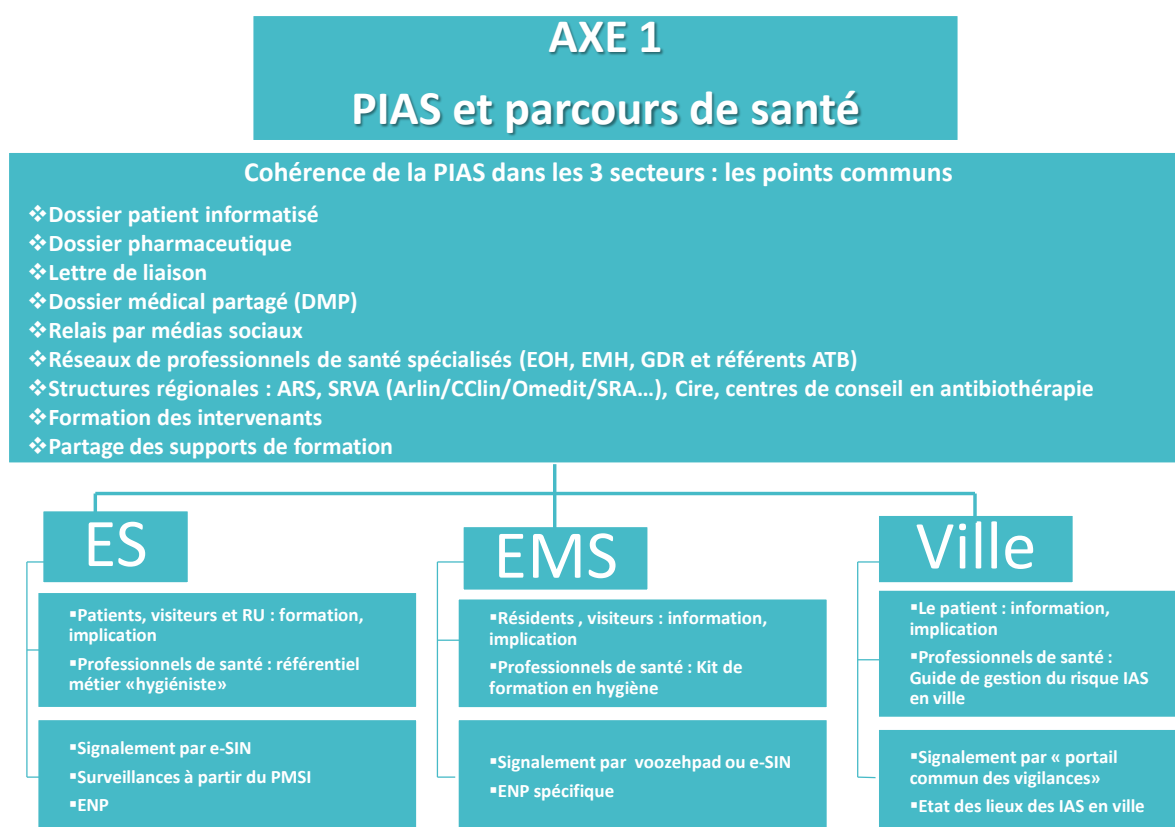
Ces actions sont complétées par des orientations de recherche, relatives à chacun des trois axes, parmi lesquelles doivent être développées les approches en sciences humaines et sociales (SHS), l'évaluation médico-économique des mesures mises en place et le développement d'interventions innovantes en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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

- S'appuyer sur les objectifs du programme « Hôpital numérique 2012/2017⁸ » qui favorise le partage d'information et l'implication des professionnels de santé. Promouvoir l'utilisation du dossier patient, du dossier pharmaceutique informatisés, du carnet de vaccination électronique⁹, du dossier médical partagé (DMP), de la lettre de liaison et l'échange d'informations entre professionnels de santé par messageries sécurisées, pour garantir la continuité et la sécurité des soins ;
- Développer et diffuser des recommandations spécifiques et adaptées aux différents secteurs de l'offre de soins (ex : précautions « standard » (PS) d'hygiène, surveillance d'un dispositif invasif, prise en charge d'un patient porteur de BHRé, atteint de gale...), des procédures de prévention des risques professionnels vis-à-vis du risque infectieux (PS, accident exposant au sang (AES), équipement de protection individuelle (EPI), etc.), des procédures de prévention du risque lié à l'environnement (eau¹⁰, air...), favoriser leur partage à travers l'outil

⁷ En référence au « teach-back » : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_04/2014_02_14_cahier_des_charges_pacte_vd.pdf

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

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

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

informatique, en prenant en compte les impératifs du développement durable, tout au long du parcours de santé ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- S'assurer que les EOH/EMH sont en capacité de répondre aux missions élargies, le cas échéant, aux trois secteurs (ES, EMS et ville), qui leurs sont confiées en termes de compétence (formation à la PIAS) et de temps dédié ;
- En ES, les EOH sont en conformité avec les ratios de personnels prévus par la circulaire de 2000¹³.

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

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

Action 1 : Renforcer la formation des professionnels de santé

- Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels de santé (facultés de médecine, facultés de pharmacie, écoles de sage-femme, d'infirmières, écoles des métiers du paramédical...) un module d'hygiène et de prévention du risque infectieux, dispensé en priorité par des professionnels spécialisés en hygiène.
- Rendre obligatoire la formation continue en hygiène, dispensée par des professionnels spécialisés en hygiène, de tous les professionnels de santé, y compris les correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène ;
- Elaborer et mettre à disposition par le réseau CClin/Arlin, des supports de formation transversaux ou spécifiques à chaque secteur : par exemple kit de formation, vidéos de sensibilisation à l'hygiène, diffusion de l'outil « Mobiqua¹⁴ » de gestion du risque infectieux dans les EMS, guide de gestion du risque IAS en ville ;
- Elaborer un référentiel métier « hygiéniste » (médical et paramédical) sous l'égide de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) ; développer et harmoniser la formation

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

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

continue des professionnels en hygiène (en ES, EMS, ARS et SRVA...) en pérennisant la formation à la PIAS comme axe de DPC ;

- Inclure les formations en hygiène dans la construction du programme qualité et sécurité des soins des établissements, en les valorisant notamment lors de la démarche de certification.
- Favoriser et exploiter les démarches relatives à la PIAS des représentations professionnelles (syndicats, ordres, unions, fédérations...).

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

- Inclure les mesures essentielles d'hygiène dans chaque grand thème de formation par simulation en santé ;
- Former les professionnels en hygiène à l'utilisation et à la diffusion des outils de gestion des risques associés aux soins (GDRAS) (analyses de scénarii, visites de risque ...), à la participation aux retours d'expérience (CREX, RMM) et à l'utilisation des outils d'analyse approfondie des causes des IAS évitables ;

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

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

- Proposer des formations « compétences PIAS » aux RU, pour les aider à acquérir un savoir-être (mise en situation, théâtre-forum) et un savoir-faire (appropriation des résultats d'audits et enquêtes) ;
- Instaurer une relation privilégiée entre le RU et l'EOH à travers sa participation effective aux activités du Clin et de l'EOH (plan d'actions Lin annuel, enquêtes, publication des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (TdBIN...)) ;
- Impliquer les RU et les professionnels au niveau régional/national dans la traduction, pour le grand public, des résultats des surveillances ou d'enquêtes épidémiologiques.

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

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

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

- Mettre en place le signalement des IAS par les professionnels en soins de ville et le renforcer dans les EMS ;
- Mettre en place le signalement des IAS par les usagers comme celui d'autres événements indésirables associés aux soins ;
- S'assurer que tous les ES sont en capacité d'émettre un signalement externe via l'outil informatique dédié aux IN (e-SIN¹⁶) ;
- Mesurer l'impact de la promotion du signalement des IAS, à partir d'évaluations qualitatives et quantitatives, en particulier au regard de l'activité de l'ES ;
- Réaliser une analyse approfondie des causes d'IAS lors d'un signalement externe d'IN lorsque cela est jugé pertinent par les acteurs du signalement. Cette analyse peut être réalisée par le responsable signalement de l'ES, mais également par l'Arlin, l'ARS, le Cclin, l'InVS, selon le contexte épidémiologique.
- Promouvoir le signalement des événements inhabituels porteurs de risques identifiés dans les trois secteurs de soins.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Orientations de recherche

- Evaluer l'impact de l'analyse collective des IAS, du travail en équipe pluri-professionnelle, du tutorat, sur la qualité de la PIAS et de sa prise en compte par tous les intervenants du parcours de santé.
- Evaluer les freins au signalement des IAS, leur impact, et les facteurs associés à la levée de ces freins.
- Evaluer l'impact de la mise en place du signalement par le patient.
- Rechercher des indicateurs pertinents pour la ville.
- Evaluer le risque professionnel et les organisations de travail chez les professionnels de santé libéraux.
- Rechercher des indicateurs pertinents pour le parcours de santé.

Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 1 selon les niveaux de mise en œuvre*

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

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

Répartition des cibles quantitatives de l'Axe 1 par secteurs d'offre de soins :

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

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

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

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

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

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

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

l'implication des réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (ordres, fédérations, syndicats, unions) sont essentielles.

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



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

Objectif 1 : Le patient et le public sont co-acteurs de la maîtrise de l'antibiorésistance

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

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

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

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

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

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

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

- Assurer la formation de tous les professionnels à l'hygiène des mains dès la formation initiale et s'assurer de la cohérence des messages délivrés par les différents formateurs ;
- Amplifier la campagne annuelle nationale de communication et de promotion de l'hygiène des mains « journée mondiale sur l'hygiène des mains du 5 mai » vers les professionnels de santé et le public, en développant de nouveaux outils avec l'Inpes ;
- En ES, adapter un indicateur de consommation des PHA pour une meilleure prise en compte d'objectifs plus ambitieux et motivants, intégrant l'observance de l'hygiène des mains, pour les différentes catégories d'activité, avec rétro-information semestrielle aux équipes.
- Etendre la démarche aux autres secteurs, en proposant un indicateur pour les EMS et un indicateur pour l'application des précautions « standard » en soins de ville, en s'appuyant sur une « charte de qualité pour des soins plus sûrs » pour favoriser la généralisation des bonnes pratiques ; en ville, la ROSP pourrait être un support facilitateur.
- Utiliser, en ES et EMS, les outils mis à disposition (Grephe) pour effectuer des audits d'hygiène des mains et d'utilisation des gants, et les outils de gestion des risques « visites de risque²⁰ » à périodicité définie dans tous les secteurs d'activité, avec rétro-information aux équipes ;
- Maintenir au niveau national la promotion de l'observance de l'hygiène des mains, au moyen d'outils d'amélioration à destination des EOH (mission mains propres²¹, audits Grephe) et par des indicateurs appropriés ;
- Sensibiliser les personnels au port de masque et s'assurer de la disponibilité d'équipements de protection individuelle (EPI) *ad hoc*. Favoriser les campagnes saisonnières de sensibilisation.

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

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

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

- Informer les personnels sur les risques liés à la gestion des *excreta* et former les personnels aux bonnes pratiques ;
- S'assurer que des équipements adéquats sont disponibles dans les secteurs à risques²² et sont utilisés de manière appropriée par du personnel formé;
- Réaliser une évaluation de la gestion des *excreta* (visites de risque, audits ciblés...);
- Réaliser une évaluation du bionettoyage en lien avec les prestataires de services éventuels.

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

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

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

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

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

- Assurer le signalement des cas groupés d'EBLSE pour réduire le nombre de cas secondaires en situation épidémique ;
- Généraliser à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) la détection du mécanisme de résistance par BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G en ville et en ES ;
- Maintenir la surveillance des EBLSE²³⁻²⁴ et en particulier surveiller les bactériémies à EBSLE nosocomiales en couplant cette surveillance à des audits de pratiques. Définir un objectif de réduction d'incidence des bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* et *Enterobacter cloacae* BLSE ;
- Evaluer le risque EBLSE en EMS à l'aide d'enquêtes de prévalence.

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

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

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

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

- Maintenir une surveillance des SARM en ES et en particulier des bactériémies à SARM ; réduire, parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus*, la proportion de SARM dans l'espèce et leur densité d'incidence ;
- Evaluer le risque SARM en EMS au travers d'enquêtes de prévalence ;
- Réaliser un audit des pratiques et une analyse des causes profondes en cas de survenue d'une IAS grave à SARM (ex : bactériémie, ISO profonde).

Action 5 : Maitriser le risque BHRé²⁵⁻²⁶ :

- Mettre en œuvre des mesures permettant de maintenir le taux d'EPC parmi les *K. pneumoniae* isolées d'infections invasives (bactériémies) en ES en France à moins de 1% ;
- Mettre en œuvre des mesures permettant de maintenir le taux d'ERV parmi les *Enterococcus faecium* isolés à partir d'infections invasives (bactériémies) en ES en France à moins de 1% (données du réseau EARS-net France) ;
- S'assurer de l'existence d'un plan régional actualisé de gestion des épidémies coordonné par l'ARS et les SRVA, qui prend en compte le parcours de santé et assure aux patients porteurs de BHRé une prise en charge adaptée dans tous les secteurs de l'offre de soins (incluant l'identification de structures d'aval adaptées). S'assurer de la rétroinformation « BHRé » vers les EOH en cas d'épisodes à diffusion régionale. Les mettre en place le cas échéant ;
- S'assurer de l'existence d'un plan local de gestion des épidémies dans les ES²⁷, en particulier des cas groupés de BHRé, élaboré par l'EOH en lien avec la GDR, le représentant des usagers et validé par la direction. S'assurer de l'évaluation de sa mise en œuvre conformément aux recommandations en vigueur. Les mettre en place le cas échéant ;
- Signaler²⁸ sans délai tous les nouveaux cas de BHRé (EPC, ERV/ERG) et définir le nombre de cas secondaires (niveau local) et la proportion d'épisodes avec cas secondaires (niveau national et régional) comme indicateurs témoins de l'efficacité des mesures mises en place pour lutter contre leur diffusion ;

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

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

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

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

- Former tous les laboratoires de biologie médicale à la détection rapide des BHRé (dans le cadre de la formation continue des biologistes médicaux) et les sensibiliser à leur rôle d’alerte ;
- Favoriser le développement et l’accès aux méthodes de diagnostic rapide²⁹ du portage de BHRé, notamment pour le dépistage des patients à risque : patients rapatriés ou ayant des antécédents d’hospitalisation à l’étranger³⁰, patients connus porteurs, patients « contact » ;
- S’assurer de la transmission adéquate des informations sur le statut de porteur de BHRé et des patients contacts à toutes les étapes du parcours de santé :
 - lors des réadmissions : mise à disposition généralisée d’un système informatique de repérage des patients;
 - lors des transferts entre les trois secteurs (ES-EMS-ville) : notification systématique du statut porteur ou contact BHRé sur la lettre de liaison.

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

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

Objectif 4 : Contrôler l’impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne

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

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

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

³⁰ http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101116_bmrimport.pdf

³¹ Lien avec le plan national d’alerte sur les antibiotiques : Action 3- Actions 5 à 8 et action 11

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

Lien avec le programme national d’amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 : Action 6

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

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

- Inscrire la réduction des consommations d'antibiotiques comme un objectif prioritaire pour l'ensemble des secteurs de l'offre de soins, comme le prévoit le cadre du « plan d'alerte antibiotique : 2011-2016 ». Prévoir une rétro-information au minimum semestrielle en ES auprès des unités de soins et des prescripteurs. Un bilan annuel est réalisé au niveau régional (ARS et Centres de conseil en antibiothérapie avec l'appui des Cclin/Arlin et des Omedit) ;
- Suivre les consommations d'antibiotiques en ville à l'aide des données de la CnamTS et de l'ANSM ; envisager d'utiliser la ROSP comme outil d'évaluation des pratiques en antibiothérapie ;
- S'assurer de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique en ES et EMS à j3 et j7, et vérifier l'élimination des antibiothérapies inutilement prescrites, notamment pour les antibiotiques dits « critiques » définis par l'ANSM³²⁻³³. Définir la proportion de traitements prolongés plus de 7 jours sans justification comme indicateur témoin de la qualité des soins ;
- Mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique adaptés à chaque secteur et en lien avec l'assurance maladie et les Centres de conseil en antibiothérapie, incluant les protocoles de traitement de première intention des infections les plus courantes (réactualisés tous les 3 ans) ; ces outils doivent être disponibles sous un format aisément accessible (dépliant, application pour smartphone et tablette) et regroupés en un site unique de formation (apprentissage en ligne : « e-learning ») et d'information³⁴. Promouvoir les outils d'aide à la prescription existants et le développement de systèmes d'information facilitant la réévaluation et la justification de l'antibiothérapie (contrat de bon usage (CBU) en ES³⁵) ;
- Favoriser les approches d'EPP et programme DPC autour du bon usage des antibiotiques en établissement ou en ville, avec les groupes qualité et les URPS.

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

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

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

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

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

- Informer le public et former les intervenants du parcours de santé sur les risques associés à l'antibiothérapie et la survenue d'ICD, en lien avec la CnamTS, l'InVS et les ES³⁶;
- Promouvoir le signalement des cas groupés d'infections à CD en ES comme en EMS par e-SIN³⁷ ou par voozehpad³⁸ ;
- Evaluer systématiquement le respect des précautions complémentaires contact (PCC), des bonnes pratiques de gestion des *excreta* et d'entretien de l'environnement spécifiques aux ICD ;
- S'assurer de la mise en œuvre des méthodes diagnostiques recommandées et de leur harmonisation au niveau national³⁹.

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

- Promouvoir le carnet de vaccination électronique pour tous les professionnels de santé. Les ES, sous la responsabilité du directeur⁴¹, le créeront pour tous leurs personnels, de telle sorte qu'ils puissent connaître leur statut vaccinal et leur immunisation contre l'hépatite B (disponible sur les carnets de vaccination électroniques). En ville, sa mise en place est à promouvoir par les différents ordres et/ou collèges professionnels ;
- Vaccination des patients ou résidents à risque :
 - S'assurer de la couverture vaccinale anti-pneumococcique adéquate des patients à risque en SSR-LD et résidents en Ehpad ;
 - Organiser la vaccination annuelle contre la grippe des patients en SLD et des résidents en Ehpad ;
 - Poursuivre et renforcer, avec l'Inpes, l'information sur les vaccinations au cabinet médical (outils de communication, affichage du calendrier vaccinal) ;
 - Mettre en œuvre une campagne de communication nationale sur le principe de la vaccination.

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

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

³⁸ Instruction DGS/R11/DGCS no 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf

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

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

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

- Réduire le risque de transmission des infections par les personnels des ES et EMS en s'assurant que les obligations et recommandations vaccinales les concernant sont rigoureusement mises en œuvre :
 - Informer les soignants des objectifs et bénéfices des vaccinations lors de leur formation initiale, en début d'exercice et tout au long de leur cursus professionnel et s'assurer du respect des obligations ;
 - Vérifier avec les professionnels de santé leur immunisation concernant les vaccinations professionnelles recommandées ;
 - Promouvoir et organiser la vaccination annuelle des personnels soignants contre la grippe en ES et EMS (« *je me protège contre la grippe et je protège mon entourage* ») en rappelant les responsabilités de chacun et donner l'information sur la couverture atteinte aux soignants et à la CME.

Orientations de Recherche

- Etudier le comportement des prescripteurs et du public vis à vis des antibiotiques, l'évaluation des freins à la réduction de leur consommation et l'influence des facteurs socio-économiques en France et en région (SHS)
- Evaluer l'impact des prescriptions d'antibiotiques en ville sur l'antibio-résistance
- Evaluer les freins au signalement et à la mise en œuvre précoce des mesures recommandées pour les BHRé (SHS).
- Evaluer aux niveaux local et régional les besoins logistiques, les coûts (étude d'impact financier, rapport cout/efficacité des interventions), et les conséquences sur l'organisation des structures de soins de la prise en charge de patients porteurs de BHRé.
- Etudes d'intervention sur les stratégies de maîtrise de la diffusion des EBLSE dans la communauté et en milieu de soins (incluant la gestion des *excreta*).
- Poursuivre les recherches sur les facteurs associés et la prévention des infections à ICD.
- Etudes d'intervention visant à améliorer la couverture vaccinale des soignants (contre la grippe en particulier) dans les trois secteurs ES/EMS/Ville.
- Favoriser le développement d'alternatives à l'antibiothérapie.

Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 2 selon les niveaux de mise en œuvre* :

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

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

Répartition des cibles quantitatives de l'Axe 2 en ES :

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

Répartition des cibles quantitatives de l'Axe 2 en EMS et secteur soins de ville:

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

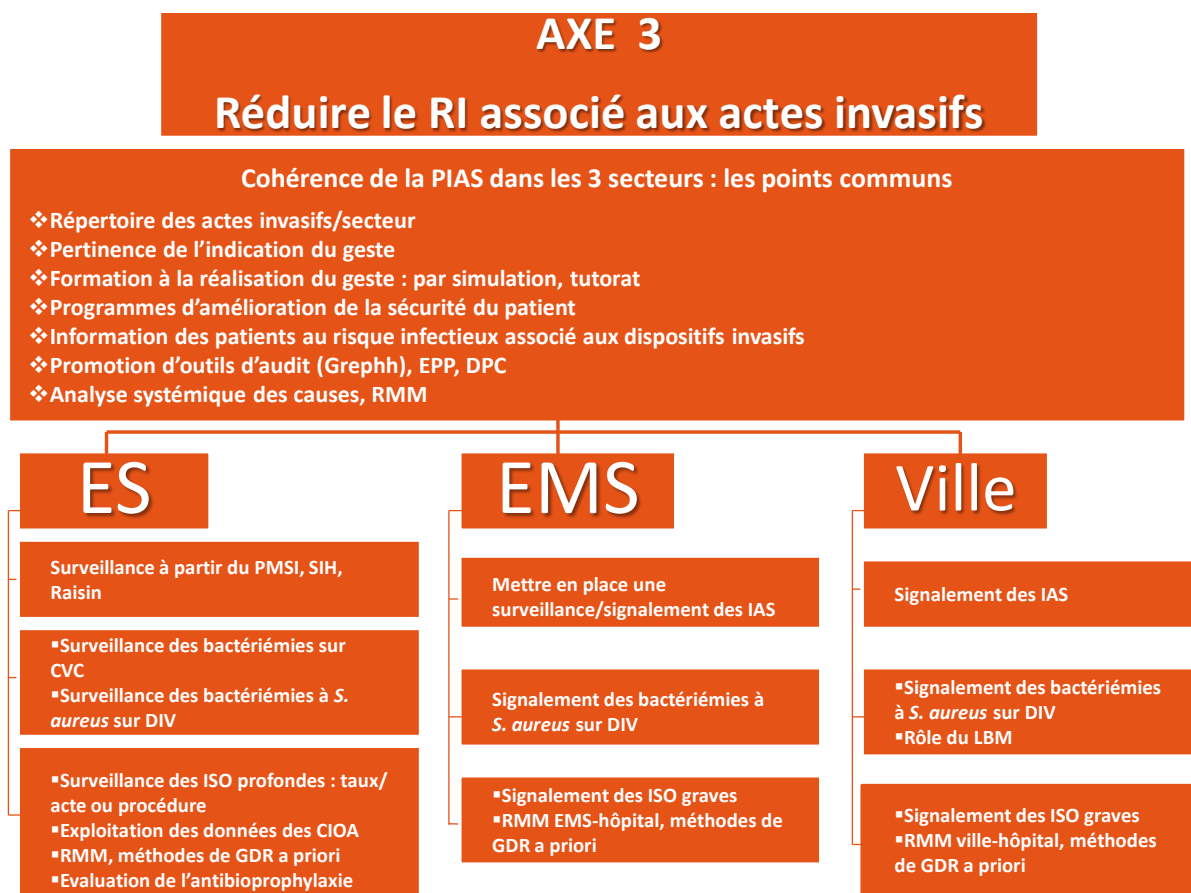
Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs

tout au long du parcours de santé.

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

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

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



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

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

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

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

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

Action 4 : Développer les programmes d'amélioration de la sécurité du patient fondés sur le travail en équipe et/ou l'apprentissage par l'erreur (lever les blocages culturels), s'appuyant par exemple sur une approche multifacette comportant un groupe de mesures de prévention essentielles, ou d'actions de prévention spécifiques ciblées sur certains actes, comportant un volet d'évaluation des

pratiques, définies en lien avec les sociétés savantes. Favoriser dans les ES ces approches pour la prévention des infections les plus fréquentes et/ou les plus graves associées aux actes invasifs ;

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

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

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

<p>Objectif 2 : Disposer d'outils de surveillance des infections associées aux actes invasifs dans les trois secteurs de l'offre de soins</p>
--

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

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

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

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

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

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

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

- Généraliser la surveillance des ISO graves (profondes ou nécessitant une reprise chirurgicale) sur des actes ciblés définis en lien avec les professionnels ; utiliser le SIH pour fournir des taux d'ISO par acte/procédure, en débutant par la chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG);
- Valoriser les données issues des structures de prise en charge des infections ostéo-articulaires (CIOA) pour préciser les facteurs de risque d'infection et optimiser leurs prévention et prise en charge ;
- Favoriser la déclaration/signalement des ISO graves par les professionnels comme par les usagers, quel que soit leur lieu de survenue tout au long du parcours de santé, ainsi que leur analyse a posteriori (RMM) pour mobiliser les équipes chirurgicales autour de la prévention des ISO ;
- Coupler la surveillance des ISO à des modules d'évaluation des pratiques de prévention, incluant l'antibioprophylaxie.

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

- S'assurer de la qualité et de la traçabilité de l'antibioprophylaxie chirurgicale au bloc opératoire :
 - vérifier l'existence d'un protocole actualisé d'antibioprophylaxie chirurgicale, de sa mise à disposition pour les prescripteurs et de leur formation en lien avec le référent en antibiothérapie de l'établissement ;

- systématiser les audits annuels de conformité de l'antibioprophylaxie, indicateurs du bon usage des antibiotiques au bloc opératoire. Définir un indicateur de qualité, dont l'objectif est une proportion minimale d'antibioprophylaxies d'une durée supérieure à 24h.
- Utiliser dans tous les blocs opératoires des méthodes d'analyses de risques *a priori* (analyses de scénario, visites de risque...) en s'appuyant localement sur les EOH/EMH et la qualité/gestion des risques en lien éventuel avec les Arlin/CCLin et autres SRVA ;
- Participer au développement des programmes d'amélioration de la culture de sécurité, du travail en équipe au bloc opératoire de manière à favoriser l'observance des bonnes pratiques et mobiliser les équipes chirurgicales à la prévention des ISO.

Orientations de recherche

- Etudier les facteurs comportementaux et organisationnels liés au risque infectieux chirurgical.
- Favoriser l'exploitation des données issues des structures labélisées de prise en charge des infections ostéo-articulaires (CIOA).
- Développer la recherche concernant l'analyse à partir des entrepôts de données pour la surveillance automatisée des infections post-opératoires d'actes ciblés.
- Evaluer l'impact de l'implication du patient tout au long de sa prise en charge, sur les taux d'infections (ISO, bactériémies sur DIV...)

Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 3 selon les niveaux de mise en œuvre* :

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

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

Répartition des cibles quantitatives de l'Axe 3 par secteurs d'offre de soins :

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
ISO	Taux d'ISO par acte/procédure ciblé en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH : ≤ 1% pour PTH et PTG	Local National	2017 Bisannuel	Raisin
Bactériémies	Bactériémie sur CVC en réanimation : taux ≤ 1/1000 J-cathéter	Local	2015/Annuel	Raisin
	Bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20% de la prévalence	Local Régional National	2017/5 ans	ENP
	Diminution de 20% de la prévalence des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV en réanimation et hors réanimation	National	2017/5 ans	ENP
Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Bactériémies	Signalement des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV à partir du LBM*	Régional	2016	ARS CClin/Arlin

* la cible quantitative sera adaptée à l'issue de l'année 2016 en fonction de l'objectif régional

1. CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013
2. Rapport d'évaluation, du HCSP, du programme de Prévention des Infections Nosocomiales 2009-2013, (3 juillet 2014) : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>
3. Plan national d'alerte sur les Antibiotiques 2011-2016 :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf
4. Rapport du HCSP sur les infections associées aux soins. Propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique du 10 avril 2013:
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=353>
5. Rapport du HCSP sur les Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique Rapport d'auditions du 15 mai 2014:
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430>
6. Rapport d'activité de la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville (Cospin) 2011-2012. Décembre 2013 (<http://www.sante.gouv.fr/propias>)
7. Stratégie Nationale de Santé, Feuille de Route 23/09/2013 : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>
8. INSTRUCTION DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au programme national pour la sécurité des patients (PNSP) : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37284.pdf
9. Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 Novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 Novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé ;
10. Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville.
11. Circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/11 8 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.

12. Surveillance des IAS. Site de l'InVs : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence>;
13. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 181 p.
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence>)
14. Rapport National 2013 sur le tableau de bord des infections nosocomiales : <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats.html>
15. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) modifié par les articles R.6111-12 à R.6111-17 du code de la santé publique.
16. Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
17. INSTRUCTION DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées.
18. Etude nationale en Soins Primaires sur les événements indésirables (ESPRIT). Rapport final – Décembre 2013 :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_natioanle_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf
19. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS)-18 juin 2010.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html>
20. SF2H, Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Hygiène's 2009.
21. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.

22. Rapport du HCSP Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des «Bactéries Hautement Résistantes aux Antibiotiques émergentes» (BHRe), Juillet 2013 http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2013_bhre.pdf
23. HAS : Travail en équipe : l'expérimentation du programme PACTE dans une dynamique positive, mis en ligne le 21 juillet 2014 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756016/fr/travail-en-equipe-lexperimentation-du-programme-pacte-dans-une-dynamique-positive
24. HAS : Gestion Des Risques en Equipe pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Avril 2013 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1544175/fr/gestion-des-risques-en-equipe-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins
25. NHS / Change Day : <http://changeday.nhs.uk/>
26. DGOS : Mission Mains propres : <http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres,12848.html>
27. OMS : POUR SAUVER DES VIES: l'hygiène des mains - Une campagne mondiale de l'OMS : <http://www.who.int/gpsc/5may/fr/>
28. ECDC : Journée européenne d'information sur les antibiotiques : <http://ecdc.europa.eu/fr/eaad/pages/home.aspx>
29. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Semaine de la sécurité des patients 2014 : « ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital ». <http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2014-ensemble-engageons-nous-pour-des-soins-continus-entre-la-ville-et-l-hopital.html>
30. Réseau Cclin-Arlin : <http://www.cclin-arlin.fr/>
31. DGOS : e-Omedit : <https://www.e-omedit.fr>
32. DGOS/Cospin : Hiérarchisation des priorités de surveillance des infections associées aux soins en France. Rapport de Mars 2014
33. HCSP : Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique. Rapport Avril 2013.
34. HAS : Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes GESTION DES RISQUES – JAM – N°14 – Août / Septembre / Octobre 2010 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes.
35. HAS, Revue de mortalité et de morbidité (RMM) : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

36. INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.
37. ANSM : Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 - Juin 2013 : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>.
38. InVS : Dossier résistance aux anti-infectieux : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Donnees-par-pathogene>.
39. HCSP, Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination – Février 2010 : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2010_enterobactBLSE_HCSP.pdf
40. ECDC, Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net) : http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx
41. DGS, Plan Stratégique National 2009–2013 de prévention des infections associées aux soins- Juillet 2009 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_national_2009-2013_de_prevention_des_infections_associees_aux_soins.pdf
42. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, les Infections Ostéo-Articulaires (IOA)- Contact presse du 26 septembre 2008 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_IOA.pdf
43. InVS : Infections à *Clostridium difficile* : situation épidémiologique, France, juillet 2009-juin 2010. Bilan au 30 août 2010. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Clostridium-difficile-CD/Infections-a-Clostridium-difficile-situation-epidemiologique-France-juillet-2009-juin-2010.-Bilan-au-30-aout-2010>.
44. Instruction DGS/RI1/DGCS n° 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf

45. Avis du HCSP relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination -13 mars 2013 et 6 mars 2014.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=455>
46. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014 - Document mis à jour le 15/05/2014 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf
47. Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière Grephh : <http://cclin.grephh.fr/>
48. InVS : Surveillance des bactériémies nosocomiales en France Réseau BN-Raisin, Résultats 2004 : http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bn_raisin_300108/bn_raisin_300108.pdf
49. SFAR : Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) Actualisation 2010 : http://www.sfar.org/_docs/articles/Antibioprophylaxieversion2010.doc.pdf
50. SF2H : Mise à jour de la conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux » : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_gestion_preoperatoire_SF2H.pdf
51. Leslie Grammatico-Guillon et al. Quality Assessment of Hospital Discharge Database for Routine Surveillance of Hip and Knee Arthroplasty-Related Infections. ICHE, 2014;35(6):646-651.
52. HAS, Février 2014 : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
53. HAS, Février 2014 : Fiche mémo : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche_memo_conseils_prescription_antibiotiques.pdf
54. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220981&dateTexte&categorieLien=id>



www.sante.gouv.fr/propias