



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

Secrétariat d'Etat à la solidarité

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2009 - 2013

DE PREVENTION

DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Juillet 2009

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tel : 01 40 56 60 00

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
A - AXES STRATEGIQUES	5
A. 1 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE GLOBALE DE PREVENTION DES IAS, PRENANT EN COMPTE LES SPECIFICITES SECTORIELLES ET TERRITORIALES	5
<i>1.1 – Conforter l’expérience des établissements de santé et l’étendre aux autres secteurs de soins</i>	<i>5</i>
11.1 - Des contextes et des objectifs spécifiques suivant les secteurs	6
11.2 – Les quatre piliers de la politique de prévention des IAS	8
<i>1.2 – Adapter l’organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d’établissements..</i>	<i>10</i>
<i>1.3 – Régionaliser la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS</i>	<i>11</i>
A. 2 – MOBILISER LES ACTEURS SUR LA PREVENTION ET LA MAITRISE DES IAS	13
2.1 – Insérer la prévention des phénomènes infectieux dans la gestion des risques associés aux soins	13
2.2 - Structurer les procédures de repérage, de signalement et de gestion.....	15
2.3 - Renforcer les bonnes pratiques assurant la sécurité des patients.....	18
2.4 - Disposer d’un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès le déclenchement de l’alerte	19
A. 3 - AGIR SUR LES DETERMINANTS DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIE AUX SOINS.....	22
3.1 – Améliorer les connaissances.....	22
3.2 – Renforcer la maîtrise des bactéries multi-résistantes (BMR).....	24
3.3 - Promouvoir le bon usage des antibiotiques	25
B - MODALITES DE MISE EN ŒUVRE.....	27
B. 1 – DECLINAISON DU PLAN STRATEGIQUE EN PLANS ET PROGRAMMES NATIONAUX	27
B. 2 - SUIVI DU PLAN STRATEGIQUE ET COORDINATION AVEC LES PROGRAMMES SECTORIELS ET PLANS SPECIFIQUES.....	28
2.1 - Suivi du plan stratégique.....	28
2.2 – Suivi des plans et programmes nationaux	28
2.3 – Mobilisation des expertises scientifiques transversales aux trois secteurs de soins.....	28
B. 3 - OUTILS DE LA MISE EN ŒUVRE	29
3.1 – La réglementation.....	29
3.2 – Le système d’évaluation.....	29
CONCLUSION	31
ANNEXES	32

AVANT-PROPOS

Longtemps considérées comme une fatalité inhérente à l'admission dans un établissement de santé et comme une conséquence inéluctable de ses activités de soins, les infections nosocomiales sont peu à peu devenues l'objet d'une lutte, visant d'abord à en maîtriser les conséquences en termes de mortalité et de morbidité, puis surtout à en prévenir la survenue ou l'extension. En 20 ans, de grands progrès ont été faits dans les établissements de santé en matière de prévention des IAS.

Une compréhension plus claire de la circulation des patients entre la prise en charge en ville, l'admission en établissement de santé puis, le cas échéant, l'hébergement transitoire ou définitif dans un établissement médico-social, parfois émaillé de brefs séjours à nouveau en établissement de santé, a conduit à une vision moins purement nosocomiale des infections associées aux soins, la prévention de celles-ci devant donc se concevoir dans le champ plus large du parcours de soins et de la vie en collectivité.

Du concept de lutte contre les infections nosocomiales, l'approche s'est alors élargie à l'ensemble des infections associées aux soins (IAS), tout en se focalisant plus nettement sur la notion de prévention.

D'évidence, la gestion de quelques épidémies « régionales » dues à des bactéries multi-résistantes l'a montré, cette approche élargie de la prévention des infections associées aux soins est aujourd'hui d'autant plus nécessaire que les progrès observés dans le champ des établissements de santé sont susceptibles d'être réalisés aussi dans les autres secteurs du soin, y compris s'agissant des pratiques qui, sans relever de soins médicaux proprement dits, exposent néanmoins à un risque infectieux.

Les évolutions prévues dans l'organisation du système de santé au niveau régional, notamment avec la création des agences régionales de santé, sont une occasion de favoriser le développement de cette approche élargie.

Le caractère souvent exemplaire de la lutte contre les infections nosocomiales en établissement de santé doit également être pris en compte pour mieux structurer la prévention et la gestion des multiples risques sanitaires susceptibles d'y être observés. De même, une approche mieux intégrée de différents volets des politiques nationales de prévention, tant en ce qui concerne les infections associées aux soins que d'autres risques sanitaires liés aux activités de soin, s'avère indispensable.

C'est ainsi qu'une plus grande cohérence doit être recherchée entre le plan de prévention des infections associées aux soins, le plan antibiotiques et le projet de construction du dispositif de signalement des événements indésirables graves observés en établissement de santé.

Pr. Didier HOUSSIN
Directeur général de la santé

INTRODUCTION

Le présent plan stratégique national 2009-2013 vise à prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins.

Il est l'aboutissement d'une large consultation organisée par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en lien avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN).

Cette consultation a pris la forme d'une vingtaine de séminaires régionaux et d'un questionnaire national, auxquels ont participé environ 1 300 établissements de santé.

Un séminaire national organisé, le 24 novembre 2008, par la direction générale de la santé (DGS), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la direction générale de l'action sociale (DGAS), a rassemblé des délégations régionales et des représentants nationaux des partenaires du ministère, notamment l'Institut de veille sanitaire (InVS) et les comités de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Il a permis de dégager les axes stratégiques du plan.

Le présent plan se compose de **deux parties**, consacrées respectivement aux **axes stratégiques** et aux **modalités de mise en œuvre** de la politique de prévention des IAS.

Les questions de financement sont abordées au fil du texte, dans une optique d'optimisation de l'utilisation des ressources selon une démarche en quatre temps :

- évaluer les ressources disponibles et les besoins déjà satisfaits ;
- rationaliser l'utilisation des ressources humaines et budgétaires déjà mobilisées ;
- évaluer l'impact budgétaire des nouvelles mesures proposées ;
- identifier les modalités de financement mobilisables.

Il convient de souligner que les principes présentés dans la première partie du plan, ainsi que les dispositions qui en découlent, n'ont pas vocation à se superposer à l'existant mais, sur la durée du plan, à l'enrichir et à le faire évoluer vers la cible fixée.

Globalement, les objectifs de moyens et de procédures correspondent à la mise en place des différents éléments de l'organisation définie pour chaque établissement de santé et médicosocial et d'un programme d'action pour les soins de ville dans chaque région.

Les objectifs de résultats sont définis dans le cadre des programmes sectoriels selon les principes énoncés par le présent plan stratégique.

La mise en œuvre du plan est prévue de 2009 à 2013. Elle sera donc progressive. Au terme de cette période, les objectifs doivent être atteints et les modalités d'action, mises en place.

A - AXES STRATEGIQUES

Les résultats obtenus, mais aussi les progrès restant à accomplir après 20 ans d'action contre les infections associées aux soins, la nécessité de couvrir l'ensemble du parcours de soins et les enjeux liés à certains déterminants comme les bactéries multi-résistantes ou le bon usage des antibiotiques conduisent à articuler le présent plan autour de trois axes stratégiques :

- 1 – Développer une politique globale de prévention des IAS ;
- 2 – Mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS ;
- 3 - Agir sur les déterminants du risque d'IAS.

A. 1 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE GLOBALE DE PREVENTION DES IAS, PRENANT EN COMPTE LES SPECIFICITES SECTORIELLES ET TERRITORIALES

Le premier enjeu de la politique globale de prévention des IAS est de **conforter** l'expérience des établissements de santé et de **l'étendre** aux secteurs médicosocial et des soins de ville, afin non seulement d'assurer la meilleure qualité de soins et la meilleure sécurité au bénéfice des patients dans les trois secteurs, mais aussi de faire face plus efficacement aux phénomènes endémiques et épidémiques qui se diffusent de plus en plus d'un secteur à l'autre, à travers le parcours de soins des patients.

Le deuxième enjeu consiste à **adapter** l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités locales et sectorielles. Aujourd'hui, en dépit des progrès réalisés dans la réduction de la prévalence des IAS, des disparités demeurent selon les régions, les catégories d'établissement et les spécialités.

Ces disparités s'expliquent en partie par des variations dans les facteurs de risque liés aux patients (âge, état général, immunodépression, ...) ou par la nature des soins dispensés (chirurgie, cathéter vasculaire, sonde urinaire, intubation...). Elles réclament une adaptation de l'organisation de la prévention, du contenu des actions menées et des modalités d'évaluation, en fonction des risques réels.

Le troisième enjeu est un enjeu de **proximité**. Il s'agit de tirer parti de la création des agences régionales de santé (ARS) pour régionaliser la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS : approfondissement dans les établissements de santé, extension aux établissements médicosociaux et aux soins de ville, réalisation des adaptations nécessaires - dans un cadre contractuel défini au niveau national -, coordination entre les trois secteurs de soins.

1.1 – Conforter l'expérience des établissements de santé et l'étendre aux autres secteurs de soins

Quatre facteurs convergents justifient l'extension de la politique de prévention des IAS à tous les secteurs de soins, en capitalisant sur l'expérience des établissements de santé :

- les récentes épidémies locorégionales (CD, ERG...), mais aussi les endémies à bactéries multi résistantes (BMR), qui mettent en lumière une diffusion à destination et à partir des établissements médicosociaux ou des domiciles, et au sein de ceux-ci (EBLSE¹) ;

¹ CD : *Clostridium Difficile*. ERG : entérocoques résistants aux glycopeptides. EBLSE : entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu.

- le raccourcissement des durées d'hospitalisation en secteur de soins aigus : sorties plus précoces, vers les domiciles, les établissements de soins de suite ou de soins de longue durée, ainsi que vers les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ; rechutes également plus fréquentes, donc allers-retours plus nombreux ;
- le vieillissement de la population et l'augmentation forte de la population âgée en maison de retraite et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui présente les caractéristiques d'une population fragile, vivant en collectivité ;
- la multiplication des actes invasifs pour des raisons non médicales (mésothérapie, micro-greffes capillaires, carboxythérapie, soins à visée esthétique, tatouage et perçage...), qui créent une nouvelle catégorie de risque infectieux pour la population.

La politique de prévention des infections associées aux soins apparaît ainsi comme le premier exemple de construction de politiques de santé intersectorielles, appelées à se déployer au plus près des acteurs du système de santé, sous l'impulsion et la coordination des ARS.

11.1 - Des contextes et des objectifs spécifiques suivant les secteurs

a) Les établissements de santé, qui produisent les soins les plus nombreux et les plus invasifs, sont le secteur le plus exposé au risque d'IAS. L'objectif, dans ces établissements, est de consolider l'expérience acquise et les progrès réalisés dans une **démarche d'approfondissement** de la politique mise en place depuis 20 ans.

Cet approfondissement nécessite de conforter l'organisation déjà largement mise en place. Il passe aussi par l'adaptation de l'organisation, des moyens et des actions aux spécificités des différentes catégories d'établissements (cf. A12).

⇒ **Zoom n° 1** : Dossier infections nosocomiales du ministère chargé de la santé
http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_i.htm. Dossiers classés par ordre alphabétique. Accessible à la lettre « I »

b) Les établissements médicosociaux sont des lieux de vie en collectivité avant d'être des lieux de soins. Dès que le niveau de soins devient significatif, il y a transfert vers un établissement de santé. Pour ces établissements, l'objectif est de **structurer la politique de prévention des IAS**.

Dans le cadre de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui fixe des orientations et des objectifs de qualité, les établissements médicosociaux sont tenus de procéder à une évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations, à partir de référentiels de recommandations de bonnes pratiques², notamment sur l'organisation et la qualité des soins (article L. 312-8 du CASF).

Sur la base de ce bilan, les améliorations nécessaires doivent être apportées dans les établissements dont les activités sont susceptibles de comporter un risque infectieux associé aux soins. Les actions prioritaires doivent être incluses dans la politique de gestion du risque. Divers guides ont été édités pour aider les EMS dans cette démarche.

⇒ **Zoom n° 2** : a) Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD - DGS-DGAS - Octobre 2007
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/guides-pratiques/bonnes-pratiques-soins-etablissements-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes.html>
b) Manuel d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD. CCLIN S-O Novembre 2008.
http://www.cclin-sudouest.com/audit/Eval_EHPAD_VIprimeur.pdf

² Par exemple, pour les EHPAD, la grille ANGELIQUE, le cas échéant actualisée.

Dans ce contexte, la structuration de la politique de prévention des IAS dans le secteur médicosocial suppose d'engager quatre actions préalables :

- faire un bilan des évaluations conduites par les établissements du secteur ;
- réaliser des études médico-économiques ;
- évaluer l'opportunité d'un tableau de bord pour ces établissements ;
- élaborer une circulaire d'orientation en fonction des résultats des actions précédentes.

Ces orientations seront mises en place progressivement, après analyse des résultats des évaluations et études précitées.

c) Dans le secteur des soins de ville, la prévention des infections associées aux soins n'est pas un sujet nouveau : en 2004, le ministère chargé de la santé a édité un guide de « prévention des infections associées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé », actualisé en janvier 2006, puis décliné spécifiquement pour les soins dentaires avec le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes et des stomatologues.

⇒ **Zoom n° 3** : Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé – Guide de prévention – DGS – Janvier 2006
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infect_soins/guide.pdf.

La Haute autorité de santé (HAS) a également édité des recommandations du même ordre pour les pratiques en soins de ville.

⇒ **Zoom n° 4** : Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical HAS – Juin 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607182/hygiene-et-prevention-du-risque-infectieux-en-cabinet-medical-ou-paramedical.

Dans le même temps, dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique de 2004, une disposition a été inscrite dans le code de la santé publique stipulant que les professionnels de santé doivent veiller à prévenir toute infection liée à leurs activités. Depuis, de nombreuses initiatives ont été prises dans ce sens par les professionnels de santé, notamment par des unions régionales des médecins libéraux (URML).

Aujourd'hui, l'objectif est de généraliser cette démarche en prenant en compte deux des caractéristiques propres des soins de ville : d'une part, la relation individuelle patient – médecin, d'autre part, l'indépendance de chaque professionnel dans l'organisation des soins.

Eu égard à ces spécificités, l'objectif est de **trouver des vecteurs pour sensibiliser les professionnels et mener des actions à leur intention**. Dans un premier temps, ces vecteurs pourront être :

- les unions régionales des professions de santé (URPS) et les fédérations régionales des professionnels de santé libéraux (FRPSL), récemment créées par la loi hôpital-patients-santé-territoires (HPST) ;
- les établissements de santé (hôpitaux locaux, hospitalisation à domicile - HAD) et médicosociaux (EHPAD) au sein desquels interviennent les professionnels des soins de ville.

Les agences régionales de santé (ARS) ont vocation à accompagner la démarche dans le cadre du projet régional de santé. De même, le réseau des centres de coordination interrégionaux (CCLIN) et des antennes régionales (ARLIN) est appelé à apporter son appui technique et scientifique.

Dans le secteur des soins de ville, l'approche retenue consiste à développer une démarche préférentiellement incitative, à susciter et faciliter les projets visant à l'amélioration de la qualité des soins et à diversifier les voies d'action.

Ceci n'exclut pas, dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins, la mise en place d'une réglementation pour l'usage de certains plateaux techniques dont les risques sont connus (ex : scanner, IRM,...).

Enfin, au-delà de la pratique courante en soins de ville, il importe de prendre également en compte d'autres pratiques à risque infectieux.

Autres pratiques à risques infectieux

Les interventions sur le corps humain ne sont plus l'exclusivité des professions de santé. De nouvelles préoccupations non médicales, avec des finalités de bien-être ou d'esthétique, ont conduit au développement de nombreuses pratiques sur le corps humain réalisées, le plus souvent, par des « professions » non encadrées, aussi bien dans leur formation initiale que dans les modalités de leur exercice.

Des accidents de plus en plus fréquents, notamment parmi les plus récents ceux liés à la mésothérapie, à la carboxythérapie ou à la greffe capillaire, ont mis en évidence les risques liés à ces pratiques, dont des risques infectieux.

Etant donné la disparité des situations et le manque fréquent d'organisations professionnelles représentatives de ces activités, l'organisation de la prévention des IAS dans ce secteur ne peut se structurer autour des quatre éléments définis pour les trois secteurs de soins.

Un programme spécifique sera mis en œuvre par le ministère chargé de la santé pour engager un recensement de ces pratiques, puis faire évaluer les risques qu'elles représentent pour la santé des usagers. Sur la base de ces évaluations, un cadre juridique pourra être élaboré pour fixer des règles d'hygiène et de sécurité, à l'instar de ce qui a été fait récemment pour la pratique du tatouage par effraction cutanée et du perçage.

⇒ **Zoom n° 5** : Prévention des infections liées aux injections réalisées avec un pistolet injecteur

Décembre 2008. <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections/prevention-infections-liees-aux-injections-realisees-avec-pistolet-injecteur.html>

11.2 – Les quatre piliers de la politique de prévention des IAS

Dans les établissements de santé, les progrès enregistrés au fil du temps dans le champ des infections associées aux soins ont été rendus possibles par la mise en œuvre d'un dispositif reposant sur quatre piliers : un **programme d'action**, une **expertise**, une **instance de consultation et de suivi** et une **évaluation**.

A l'analyse, ces quatre piliers ressortent comme les éléments structurants nécessaires à la conduite des politiques de santé publique.

C'est pourquoi, dans un contexte marqué à la fois par la nécessité d'adopter une approche intersectorielle et par la diversité des situations d'un secteur de soins à l'autre, les principes retenus pour développer une politique globale de prévention des IAS consistent à **conforter le dispositif mis en place dans les établissements de santé et à en décliner les éléments dans les établissements médicosociaux et les soins de ville**, selon des modalités spécifiques.

Les quatre piliers sont présentés brièvement ci-après et sont déclinés par secteur de soins et au niveau régional en annexe n° 1 au présent plan stratégique.

a) Le programme d'action, annuel ou pluriannuel, a pour objectifs de prévenir, surveiller et réduire les infections associées aux soins, ainsi que d'organiser la gestion des alertes. Il est déterminé à partir d'une analyse de risques et de l'identification des points faibles à améliorer.

b) L'expertise en prévention des IAS a pour mission prioritaire d'aider à la définition et à la mise en œuvre du programme d'action, et à en évaluer les résultats. Elle est constituée d'une équipe de professionnels spécialisés en hygiène et prévention des IAS, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Ces compétences étant rares, l'enjeu est de les mobiliser au mieux, ce qui suppose notamment, dans les établissements de santé ou médicosociaux³ :

- de ne pas confier à l'EOH des charges qui ne relèvent pas de ses compétences⁴ ;
- de développer des collaborations concrètes entre cette équipe et les services cliniques (surveillance d'infections spécifiques à certaines spécialités) et médico-techniques (bon usage des antibiotiques, suivi des BMR) ;
- de prolonger son action dans les unités de soins par le développement d'un réseau de correspondants en hygiène, médicaux et paramédicaux. Déjà largement mis en place dans les établissements de santé, ces correspondants ont vu leur utilité confirmée lors de la consultation nationale auprès de ces établissements⁵.

⇒ **Zoom n° 6** : Enquête par questionnaire auprès des établissements de santé sur l'organisation de la prévention des infections associées aux soins - Ministère de la santé et des sports - Octobre 2008

c) L'instance de consultation et de suivi, nécessaire pour une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé, a pour rôle d'assurer l'animation et la coordination de l'action des professionnels concernés, de préparer – avec l'aide de l'équipe opérationnelle d'hygiène – le programme d'action et ses indicateurs de suivi et d'élaborer, chaque année, le rapport d'activité de la prévention des IAS. La composition de cette instance, distincte de l'expertise composée de professionnels spécialisés en hygiène, est adaptée à chaque secteur de soins.

d) L'évaluation porte sur l'organisation de la prévention des IAS mise en place, les moyens mobilisés, les actions réalisées et les conditions d'association des usagers à la politique menée.

⇒ **Zoom n° 7** : Pôle santé, sécurité des soins du Médiateur de la République
<http://www.securitesoins.fr>

L'évaluation mesure également, chaque fois que c'est possible, les résultats de cette mise en œuvre. Les principes généraux de définition du système d'évaluation et ses modalités de mise en œuvre sont précisés en B32.

Le système d'évaluation doit servir à la fois d'outil de pilotage interne et d'outil de la transparence vis-à-vis des usagers. La publication de ses résultats constitue une incitation forte à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

³ La structuration de cette expertise est différente pour le secteur des soins de ville (cf. annexe n° 1).

⁴ Ex : réalisation des prélèvements pour la surveillance des légionelloses, gestion des équipes d'entretien...

⁵ Les correspondants médicaux sont jugés utiles par 84% des établissements et les correspondants paramédicaux, par 94% (Enquête du zoom n° 6).

1.2 – Adapter l’organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d’établissements

Corollaire de l’approfondissement dans les établissements de santé de la politique de prévention des IAS et de son extension dans les secteurs médicosocial et des soins de ville, la démarche d’adaptation s’impose comme une nécessité, afin d’ajuster au mieux l’organisation, les moyens et les actions aux spécificités de chaque lieu de soins.

Dans cette démarche, trois aspects méritent d’être pris en compte.

En premier lieu, le niveau de risque est différent selon la nature des activités. Certains établissements spécialisés, par rapport au secteur MCO, ont des risques majorés (centres d’hémodialyse), d’autres présentent un risque d’IAS plus faible (psychiatrie, EHPAD).

En second lieu, les modalités de fonctionnement de certaines catégories d’établissement sont particulières. Les établissements d’hospitalisation à domicile (HAD) interviennent, contrairement à ce que pourrait sembler indiquer le mot « établissement », au domicile du patient. Dans les hôpitaux locaux comme dans les EHPAD, les patients sont soignés, en établissement, par des médecins libéraux principalement. Les maisons d’enfants à caractère sanitaire spécialisé regroupent des établissements dont certains s’apparentent à des services de réanimation (pouponnières) et d’autres, à des services médicosociaux (prise en charge des enfants en surpoids). Par ailleurs, les structures ambulatoires ont des risques différents selon leur spécialité (chirurgie, psychiatrie, ...).

Enfin, la taille des établissements a également un impact sur les modalités d’organisation et les activités.

Selon sa taille, un établissement a plutôt tendance à recourir à une expertise externe sous diverses formes ou à recruter une expertise interne. De même, l’instance de consultation et de suivi (cf. A11c) peut être saisie de tous les sujets liés à la sécurité des soins (IAS, vigilances, médicaments, etc.) ou constituer des groupes de travail spécialisés sur ces différents sujets.

Pour mieux prendre en compte ces spécificités, une série d’études est engagée par le ministère chargé de la santé. Elles portent sur l’hémodialyse, la psychiatrie, l’hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle et les soins de suite et de longue durée pour les personnes âgées. D’autres études seront engagées, en 2009 et 2010, sur les autres catégories d’établissement de santé non MCO et sur les différentes catégories d’établissement médicosociaux.

Le principe retenu est un **niveau d’exigence identique pour tous**, la prévention des IAS étant un enjeu majeur de sécurité et de qualité des soins, mais avec des **différences possibles dans les dispositifs mis en œuvre** :

- les dispositions nationales fixent les exigences de qualité, les objectifs à atteindre et le cadre général de la politique à mener ;
- l’adaptation porte sur l’organisation, les moyens mis en œuvre et les actions à réaliser⁶. Ces adaptations feront l’objet d’une contractualisation, qui se concrétisera dans un cadre régional, plus propice à une évaluation fine des spécificités des établissements (cf. A13).

⁶ Les modalités d’adaptation sont développées en A11 et précisées en A2 et A3.

1.3 – Régionaliser la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS

Complémentaire de la démarche d'adaptation développée ci-dessus, la régionalisation est le troisième volet de la mise en place d'une politique globale de prévention des IAS.

En créant les agences régionales de santé (ARS) et en définissant de nouvelles formes de coopération entre secteurs de soins et de nouvelles modalités de contractualisation, la loi HPST fournit les opérateurs et les outils nécessaires à une telle territorialisation.

Cette dernière passe, notamment, par la mise en œuvre d'une contractualisation avec les établissements, au regard de leurs résultats et en tenant compte du cadre national d'adaptation par catégorie d'établissement (cf. A12).

L'enjeu, pour les ARS, est de se saisir de ce champ de politique publique, au confluent de la santé publique et du soin, dans toute sa dimension intersectorielle, de comprendre l'importance d'une déclinaison régionale de la politique nationale de prévention des IAS et de s'investir dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'action régionale dans ce domaine.

Cette action régionale s'organise à partir des quatre éléments structurants définis en A11.

a. Programme régional de prévention des IAS

Dans le cadre du projet régional de santé et en fonction des spécificités des territoires (épidémiologie, organisation des soins, indicateurs), l'ARS décline le plan stratégique national et les plans et programmes qui en découlent (cf. B1).

b. Expertise en prévention des IAS

L'ARS s'appuie sur l'expertise en prévention des IAS du réseau des CCLIN-ARLIN. Elle s'adjoint le concours de toute structure d'expertise nécessaire à la définition et à l'évaluation du programme régional.

c. Organisation de la consultation et du suivi

Dans le cadre de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, les ARS peuvent créer une instance dédiée, qui réunit des représentants des différentes catégories d'acteurs des trois secteurs de soins, des représentants des usagers et un représentant de l'ARLIN.

d. Conduite d'une évaluation

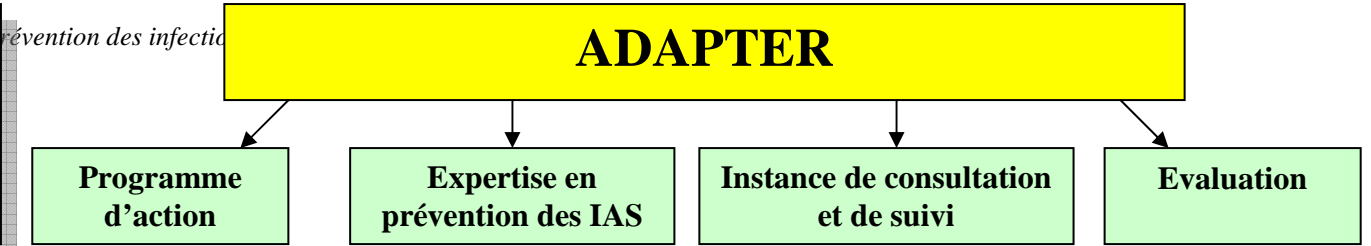
Les indicateurs des tableaux de bord des infections associées aux soins⁷ (cf. B.3) permettent aux régions de disposer d'outils de pilotage.

Les ARS s'appuieront notamment sur les résultats de ces indicateurs et d'autres éléments de l'évaluation (certification/accréditation...) pour conduire des actions d'accompagnement des acteurs des différents secteurs de soins.

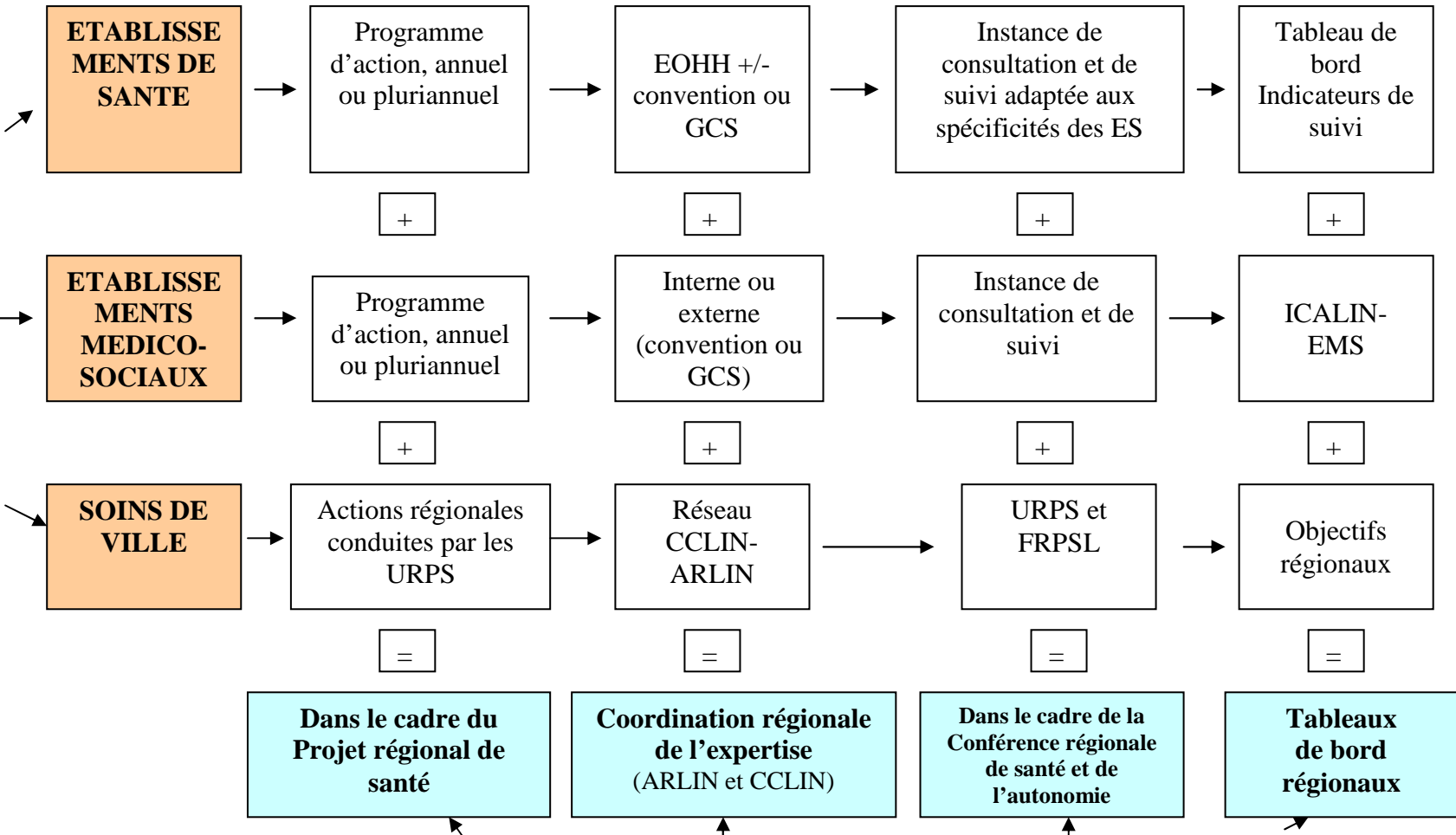
Des indicateurs régionaux pourront être définis pour compléter ces outils de pilotage régional.

⁷ Nouveau nom du tableau de bord des infections nosocomiales, compte tenu de l'extension de la politique de prévention des IAS aux autres secteurs de soins.

A.1 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE GLOBALE DE PREVENTION DES IAS, PRENANT EN COMPTE LES SPECIFICITES SECTORIELLES ET TERRITORIALES



GENERALISER



ARS

REGIONALISER

A. 2 – MOBILISER LES ACTEURS SUR LA PREVENTION ET LA MAITRISE DES IAS

A l'appui de l'approche globale retenue en matière de prévention des IAS, la structuration des méthodes, outils et procédures est une condition de mobilisation des acteurs, donc une condition de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Selon les secteurs, l'objectif est d'améliorer l'existant ou de développer de nouveaux modes de travail et de nouveaux instruments. A cet égard, il est nécessaire :

- d'utiliser les méthodes et outils de la gestion des risques sanitaires ;
- de disposer d'outils de suivi épidémiologique et de veille sanitaire, au sein de chaque établissement ;
- de s'assurer du respect des « bonnes pratiques » pour réduire, notamment, les risques de transmission croisée ;
- de se préparer à la gestion d'une crise de type épidémique.

Cet effort de formalisation doit s'opérer en portant la plus grande attention à l'impact médico-économique des actions mises en place, notamment en termes de charge de travail et de répartition des tâches.

Les enjeux d'une telle prise en compte de la dimension médico-économique sont multiples. Il s'agit notamment d'optimiser l'allocation des ressources humaines et budgétaires, dans un contexte global contraint, mais aussi d'obtenir l'adhésion du personnel soignant au respect de bonnes pratiques (cf. encadré ci-dessous) ou encore, de s'assurer que le personnel de l'expertise en prévention des IAS est en capacité de mettre en œuvre les priorités fixées, grâce à une juste délimitation de son champ d'intervention.

L'hygiène des mains : un exemple de la prise en compte de la dimension médico-économique

L'hygiène des mains est la première des « bonnes pratiques » pour prévenir les IAS. Les produits hydro alcooliques (PHA) présentent une efficacité microbiologique au moins aussi bonne que les savons antiseptiques (dimension médicale), exigent un temps de manipulation six fois moindre et sont plus faciles d'utilisation car ils ne nécessitent pas de point d'eau (dimension économique).

Les audits sur l'hygiène des mains montrent que l'utilisation des PHA se traduit par une meilleure observance des règles d'hygiène des mains, grâce au temps gagné et à la facilité d'emploi. C'est la raison pour laquelle leur utilisation a été privilégiée avec l'indicateur sur l'hygiène des mains (ICSHA) qui repose exclusivement sur la consommation des produits hydro-alcooliques.

Les établissements et professionnels de santé doivent généraliser l'utilisation des PHA pour améliorer l'hygiène des mains, donc la prévention des IAS.

2.1 – Insérer la prévention des phénomènes infectieux dans la gestion des risques associés aux soins

Pour tous les professionnels de santé, il est important de rappeler que la survenue d'une infection associée aux soins n'implique pas automatiquement une faute de leur part. Il existe des facteurs de risque qui ne dépendent ni d'eux, ni de leur établissement.

Dès lors, et conformément au principe d'une meilleure mobilisation des ressources humaines par le développement de collaborations concrètes, il paraît pertinent de croiser l'approche de **terrain des professionnels de l'hygiène et celle des spécialistes de la gestion des risques (GDR)**, dont les outils d'analyse des risques doivent permettre de mieux prendre en compte les facteurs endogènes et exogènes aux soins, conduisant à la diffusion des phénomènes infectieux.

La gestion clinique des IAS (approche à partir des cas) sera ainsi complétée par une gestion globale des situations, dans une approche de santé publique.

Dans les établissements de santé, il s'agit de renforcer la coordination déjà initiée entre prévention des IAS et gestion des risques (GDR). Dans les autres secteurs, les deux démarches, qui sont à développer, pourront s'articuler d'emblée.

La définition de dispositions propres au secteur médico-social et aux soins de ville s'opèrera à la lumière des résultats des études évoquées plus haut (cf. A112 et A113). Ces dispositions seront donc élaborées pendant l'exécution du présent plan. En revanche, les orientations relatives aux établissements de santé peuvent être précisées dès aujourd'hui.

Dans ces établissements, l'évaluation de l'organisation de la GDR est en cours⁸. Elle permettra d'affiner les dispositions à prendre, afin de renforcer les capacités de réaction en matière de gestion du risque infectieux. L'idée-force est que le secteur de l'hygiène hospitalière, qui est le plus structuré et qui a su le mieux mobiliser les établissements de santé depuis 20 ans, doit servir de modèle à la gestion des autres risques associés aux soins.

La démarche à conduire passe, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme d'action sur la base des résultats d'une évaluation des risques associés aux soins, par l'organisation d'une coordination professionnelle entre les experts des différents risques associés aux soins et les gestionnaires des risques et par la mise en place de modalités souples de consultation et de suivi pour l'ensemble des risques associés aux soins.

a) Evaluation des risques associés aux soins et programme d'action

Au-delà de l'évaluation de son organisation en matière de gestion des risques, il est nécessaire que chaque établissement de santé procède à une évaluation des risques potentiels générés par ses activités de soins, puis qu'il élabore un programme d'action permettant d'améliorer la prise en charge de ces risques identifiés, accompagné d'indicateurs de suivi, dans le cadre de son programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

L'établissement mettra en œuvre et évaluera les actions de prévention et de formation. Il mettra à la disposition du public les résultats de ces indicateurs. Cette démarche sera contractualisée avec l'ARS dans le cadre du CPOM.

b) Coordination de l'action des professionnels de la prévention des IAS et de la gestion des risques associés aux soins⁹

Parallèlement, chaque établissement organisera la coordination des équipes chargées de la prévention des IAS, des vigilances et de la gestion des risques associés aux soins. A titre indicatif, l'insertion de l'EOHH dans un pôle gestion des risques a recueilli 62% d'avis favorables lors de l'enquête précitée¹⁰.

⁸ Dans le cadre de la circulaire « N°DHOS/E2/E4/2004/176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé ».

⁹ Les autres risques (bâtiment, informatique, financier...) sont à traiter dans un autre cadre.

¹⁰ Cf. zoom n° 6. EOHH indépendante : 18%, rattachée à la direction : 6%, rattachée à un service clinique : 4%, autre : 9%).

La mise en place d'une telle coordination professionnelle devrait permettre à la fois une meilleure mobilisation de l'établissement sur la prévention de l'ensemble des risques associés aux soins et une mutualisation des fonctions support (secrétariat, recueil des informations,...).

⇒ **Zoom n° 8** : Rapport du Pr. Benoist Lejeune sur les EOHH – DHOS - 30 juillet 2007

« ... réunir dans une même structure les acteurs des différentes vigilances dont la P-LIN, l'hémovigilance, la matériovigilance, la biovigilance, l'infectiovigilance, l'antibiovigilance ... aurait l'avantage du décroisement, d'une meilleure visibilité dans l'établissement, d'une reconnaissance institutionnelle et par la communauté médicale, d'une meilleure gestion des risques et d'une lisibilité budgétaire ».

En fonction de son organisation des soins, l'établissement pourra, par exemple, compléter ou construire cette coordination avec le service de santé publique, le service de maladies infectieuses, le laboratoire de microbiologie, la pharmacie à usage intérieur ou toute autre unité renforçant la cohérence d'ensemble de la prise en charge des IAS dans l'établissement.

Cette coordination ne doit pas se traduire par une dilution des moyens mobilisés pour la prévention des IAS. A cette fin, l'établissement garantira l'autonomie d'action et de moyens de l'EOH au sein de cette coordination professionnelle.

c) Modalités de consultation et de suivi

Enfin, chaque établissement organisera des modalités de consultation et de suivi sur les sujets relatifs à la prévention des IAS, aux vigilances réglementaires et aux autres actions concourant à la sécurité des soins. Selon son organisation interne, il pourra s'agir d'une instance commune à tous les risques ou d'une coordination souple des instances existantes.

Le règlement intérieur de l'établissement définira ces modalités de consultation et de suivi, associant les différentes catégories de professionnels de santé de l'établissement, ainsi que les modalités d'échange avec les représentants des usagers siégeant dans la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L.1112-3 du code de la santé publique.

2.2 - Structurer les procédures de repérage, de signalement et de gestion

Après avoir identifié les risques potentiels d'IAS (*cf. supra* A21), chaque structure de soins doit être en mesure d'évaluer sa situation épidémiologique et son évolution. Cette connaissance est indispensable pour être en mesure d'adapter les procédures et les actions nécessaires à l'amélioration continue de la sécurité des soins.

Repérage et signalement s'imposent comme deux étapes clefs pour la détection précoce des IAS, elle-même condition d'une maîtrise rapide des phénomènes infectieux.

Aujourd'hui, les surveillances spécialisées (de type RAISIN¹¹) ne sont proposées qu'aux établissements de santé et les procédures de signalement ne s'appliquent, réglementairement, qu'à ces établissements.

Les méthodes utilisées par les surveillances spécialisées et les enquêtes périodiques qui les complètent¹² sont souvent jugées trop lourdes pour être généralisées à tous les établissements ou organisées en continu.

¹¹ Déclinées dans les établissements sur des périodes limitées à quelques mois par an (de 3 à 6 selon les réseaux).

¹² Enquêtes quinquennales : enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins.

Inversement, la veille sanitaire, organisée dans le cadre des procédures de signalement, et la surveillance épidémiologique, qui n'est ni continue ni systématique, ont peu de lien entre elles, notamment au sein même de chaque établissement.

Il apparaît ainsi que, dans ce domaine, l'enjeu est de trouver le meilleur compromis entre recherche d'exhaustivité du système et risques de complexité dans sa mise en œuvre.

La perception partagée de la **nécessité de structurer un système de repérage interne, permettant de détecter globalement les IAS à l'intérieur de chaque établissement de santé**, est l'un des enseignements de l'enquête par questionnaire précitée, puisque 63% des répondants sont favorables à une telle démarche.

Dans ces établissements de santé, le signalement interne ressort comme le point faible de la procédure de signalement externe. Ce dispositif, qui repose sur les professionnels de santé, chargés de signaler la survenue d'une IAS chez un de leurs patients, présente deux inconvénients : non seulement l'aspect individuel de la démarche lui confère, de fait, un caractère hétérogène et subjectif, mais surtout les professionnels peuvent craindre de s'exposer, y compris pénalement, en remplissant leur obligation de signalement. La démarche des cliniciens doit ainsi être complétée par d'autres sources d'information, dans une démarche de collaboration entre services cliniques et médico-techniques (*cf. infra*).

Pour les mêmes raisons, dans le secteur des soins de ville, la mise en place d'une procédure de signalement ne serait pas appropriée. En revanche, il sera étudié la possibilité d'une exploitation épidémiologique des données issues des plaintes adressées aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé (DRASS, DSDS, DDASS), ceci pouvant mettre en exergue des dysfonctionnements pouvant être corrigés.

Dans le même esprit, un système de signalement dans les établissements médicosociaux nécessite des adaptations à leurs particularités. L'élaboration de dispositions qui leur seront applicables se fera à partir des résultats des études relatives à ce secteur (*cf. A112*).

a) Repérage interne, surveillances et suivi épidémiologique au sein des établissements

Chaque établissement de santé organisera un système de repérage interne des IAS, en étant particulièrement attentif, une fois encore, à l'optimisation de l'utilisation des moyens. Ceci implique notamment de rationaliser le temps consacré au recueil de données pour les surveillances et le signalement, afin de permettre à l'EOH de s'acquitter de ses autres missions. Dans le même esprit, le recueil de données devra être organisé à partir d'informations existantes, la production de nouvelles informations devant rester l'exception.

Ce système recoupera notamment les données provenant des trois sources d'informations suivantes : le laboratoire de microbiologie, la pharmacie¹³ et les services cliniques. Le service détenteur de l'information initiale la transmettra à l'EOH. A partir des outils d'analyse décrits ci-après, le caractère infectieux des incidents recensés et le caractère nosocomial des infections seront confirmés ou infirmés.

Les phénomènes détectés qui présentent un caractère inhabituel par leur gravité, leur fréquence ou leur nouveauté dans le contexte épidémiologique local, régional ou national font l'objet d'une analyse avec le service clinique concerné. Cette analyse permettra de décider s'il y a lieu de procéder à un signalement externe auprès de l'ARS et du CCLIN.

¹³ Notamment pour toute prescription initiale d'antibiotiques après 48 heures de séjour.

Au-delà de ce système de base, les établissements volontaires peuvent participer, comme c'est le cas actuellement, à des surveillances spécialisées en réseaux. Les IAS correspondant à ces surveillances, organisées sur un temps plus limité au cours de l'année, sont identifiées à partir du système de repérage global. Les données nécessaires pour répondre aux protocoles des réseaux seront recherchées secondairement, sur la période propre à chaque surveillance.

Le suivi épidémiologique permettra de visualiser l'évolution des IAS¹⁴ via le système de repérage interne complété, le cas échéant, par les données des surveillances spécialisées, d'analyser les tendances, d'évaluer la politique de prévention des IAS de l'établissement de santé et de décrire les populations de patients particulièrement à risque d'IAS et devant faire l'objet d'actions de prévention prioritaires.

Une situation de l'épidémiologie des IAS dans l'établissement sera présentée lors de chaque réunion de l'instance de consultation et de suivi (cf. A21). Les résultats annuels de cette surveillance seront intégrés au rapport annuel des activités de prévention des IAS.

b) Appui méthodologique national

Pour faciliter la mise en place du système de repérage, des outils seront développés, testés puis proposés aux établissements¹⁵. Pour être validés, ces outils devront permettre la détection d'au moins 80% des IAS, dont l'ensemble des IAS correspondant aux critères de signalement externe¹⁶.

Ces critères de signalement seront redéfinis, à partir d'une évaluation des critères actuels, afin de les rendre plus clairs et plus précis¹⁷.

Par ailleurs, la procédure de signalement externe sera facilitée par la mise en place d'un recueil en ligne sur internet afin d'améliorer les délais de transmission et de favoriser les échanges entre les différents acteurs du signalement¹⁸.

Enfin, les différentes déclarations demandées aux établissements, dans le cadre de la veille sanitaire et du suivi épidémiologique, devront être harmonisées afin de faciliter le travail des établissements de santé, notamment de leur EOH.

¹⁴ Ex : courbes de fréquence déclinées, selon les établissements, par entité clinique ou localisation anatomique.

¹⁵ 25% des établissements disposent d'un logiciel de surveillance des IAS. 93% de ceux qui n'en ont pas déclarent qu'ils en utiliseraient un s'il leur était fourni (cf. zoom n° 6).

¹⁶ Une expérience pilote est en cours, avec plusieurs régions et leurs établissements volontaires, avec pour but de mettre au point un outil simple et pratique de repérage des IAS et l'analyse automatisée de leur évolution.

¹⁷ La simplification et l'amélioration de la lisibilité des critères de signalement a été demandée par 51% des répondants à l'enquête du zoom n° 6.

¹⁸ En cours de définition par l'InVS. Cette simplification des procédures a été demandée par 41% des répondants à l'enquête du zoom n° 6.

2.3 - Renforcer les bonnes pratiques assurant la sécurité des patients

Les « bonnes pratiques », concernant le personnel soignant et la manipulation des produits, matériels et dispositifs médicaux utilisés, sont la base de la prévention des IAS dans les trois secteurs de soins. Elles doivent permettre de réduire, au niveau le plus bas possible, l'incidence des IAS évitables.

⇒ **Zoom n° 9** : Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – Avril 2009 de la Société française d'hygiène hospitalière
http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_preventiontransmissioncroiseeSFHH.pdf

Ces « bonnes pratiques », qui concernent l'ensemble du personnel soignant, quel que soit le mode et le lieu d'exercice, sont définies par des protocoles, diffusées par la formation du personnel soignant (programmée par l'EOH) et l'information auprès des unités de soins (assurée par les correspondants en hygiène), contrôlées par l'évaluation des pratiques et mises à jour en fonction des résultats des évaluations.

⇒ **Zoom n° 10** : le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
<http://www.grephh.fr>

La HAS sera sollicitée pour la prise en compte de la prévention des IAS et de la gestion du risque infectieux dans les outils d'amélioration des pratiques : accréditation, évaluation des pratiques professionnelles, événements porteurs de risques, ...

Au plan national, il sera établi une **liste des principaux protocoles indispensables**, modulée selon les spécificités des lieux et des modes d'exercice. Un **référentiel national unique** sera élaboré pour chacun d'entre eux, sur la base des référentiels existants, s'il y en a. Sa mise au point prendra en compte les études coût / efficacité des différentes techniques et modalités envisageables¹⁹.

Les référentiels élaborés seront testés auprès d'un échantillon d'établissements concernés afin de vérifier leur efficacité et leur faisabilité, avant diffusion nationale.

Pour chaque protocole indispensable, un kit de formation et un kit d'évaluation seront proposés aux professionnels.

Dans les établissements de santé et médicosociaux, les protocoles indispensables, en raison des risques spécifiques liés à leurs activités, seront l'objet d'une formation systématique des professionnels concernés. Dans le cadre du présent plan stratégique, l'enjeu est que chaque établissement prenne conscience du caractère indispensable de la formation à la prévention des IAS. Les programmes nationaux relatifs aux établissements de santé et aux établissements médicosociaux (cf. *infra* B1) déclineront cet objectif et inciteront les établissements à mobiliser les crédits de la formation continue pour des actions dans ce domaine.

Une évaluation de l'application des protocoles indispensables sera conduite régulièrement. Une actualisation de la formation sera réalisée au moins tous les cinq ans, à partir de l'actualisation du protocole, des résultats de l'évaluation et des mouvements de personnels.

¹⁹ Voir exemple de l'hygiène des mains par les PHA.

La cotation de protocoles dans les indicateurs du tableau de bord pourra intégrer des éléments relatifs à la présence, dans le protocole de l'établissement, des éléments essentiels du protocole national, au degré de réalisation de la formation du personnel soignant concerné et à la conduite d'une évaluation de l'application du protocole.

Enfin, pour les soins de ville, les protocoles utiles à l'exercice libéral seront intégrés aux actions développées par les FRPSL et les URPS, dans le cadre des actions régionales de prévention des IAS.

2.4 - Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès le déclenchement de l'alerte

Quatrième type d'instruments à développer, **les plans de maîtrise des épidémies locorégionales apparaissent aujourd'hui indispensables, dans un contexte de répétition rapprochée de ce type d'épidémies.**

En effet, l'expérience des régions touchées confirme que la maîtrise d'une épidémie est d'autant plus efficace, et la perturbation induite dans le fonctionnement de l'établissement, ainsi que son coût, d'autant plus limités, que les mesures de contrôle sont mises en œuvre rapidement. En outre, les recommandations définies par le CTINILS lors des épidémies à CD et ERG, appliquées avec rigueur et constance, ont montré leur efficacité.

Afin d'être en mesure de faire face à des épidémies d'ampleur variable, un **dispositif à deux niveaux** sera mis en place :

- un **plan local de maîtrise d'une épidémie** dans chaque établissement, de santé ou médicosocial, susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale²⁰ ;
- un **plan régional**, activable dès la confirmation d'une épidémie régionale, ou d'une épidémie locale susceptible de s'étendre aux établissements environnants.

Les modalités de prise en charge des surcoûts financiers liés à la mise en place d'un secteur de *cohorting* seront précisées²¹.

Dans chaque région, le plan régional de maîtrise d'une épidémie désigne un praticien responsable de la coordination scientifique sous la responsabilité opérationnelle de l'ARS et en liaison avec le réseau CCLIN-ARLIN. Ce praticien devrait être, de façon privilégiée, le praticien responsable de l'ARLIN.

En prévision d'une situation nécessitant la mise en place d'un secteur d'isolement régionalisé, un établissement de santé de la région est désigné comme responsable du *cohorting*. La mise en place d'un tel secteur centralisé doit pouvoir intervenir dans les 48h suivant la décision de l'organiser. Ceci implique que l'établissement responsable ait défini préalablement ses modalités d'organisation : emplacement, conditions de transfert des patients, configuration du personnel dédié, désignation d'un praticien, d'un cadre de santé et d'un membre de la direction responsables, matériels et produits nécessaires et disponibles.

²⁰ 33% des établissements de santé disposent déjà d'un tel plan et 65% de ceux qui n'en disposent pas l'estiment pertinent (Enquête par questionnaire précitée).

²¹ Une étude sur ce sujet est programmée en 2009.

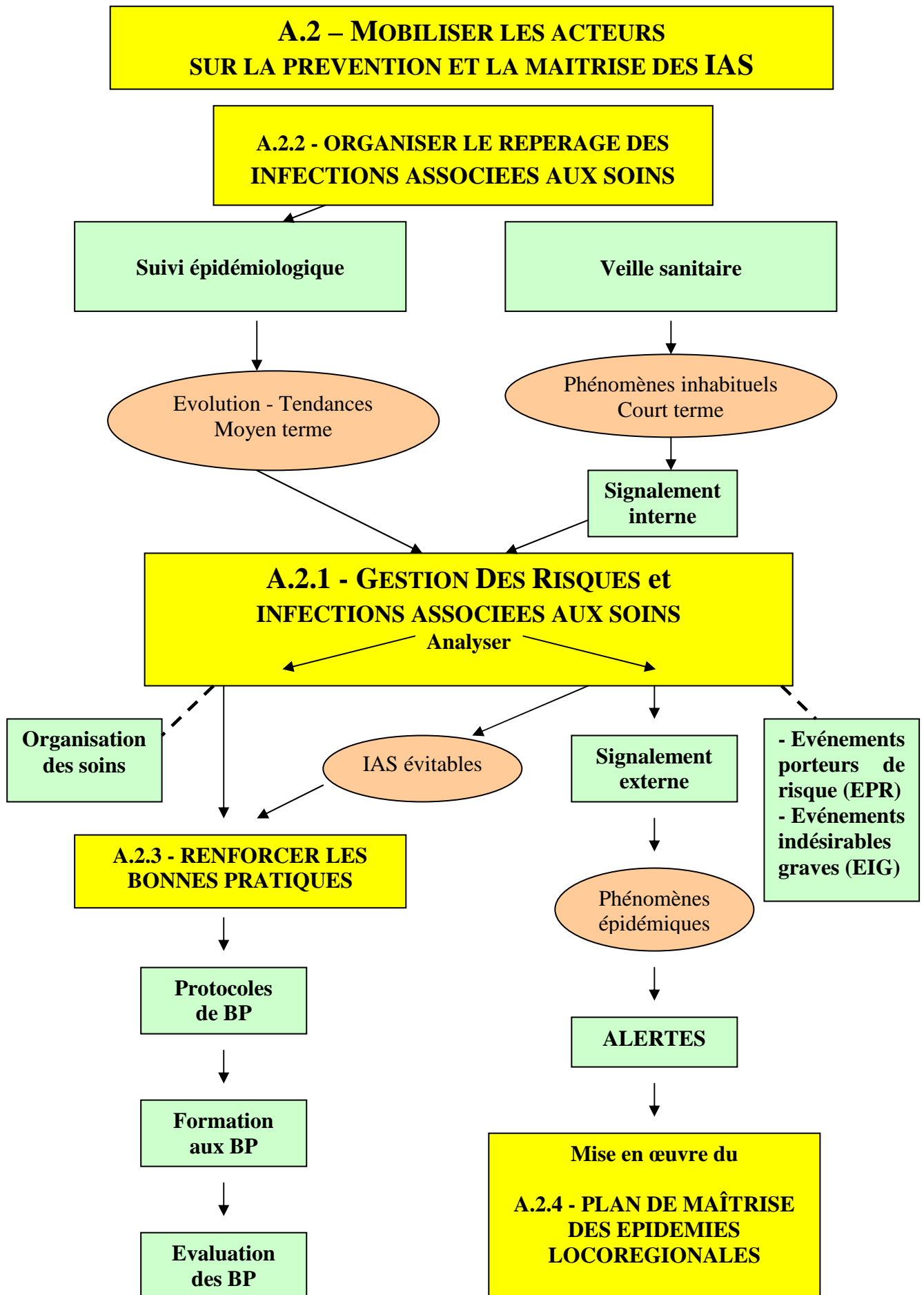
Le plan régional définit en outre les modalités d'information des établissements concernés par l'épidémie, les premières mesures à mettre en place dans ces établissements et les modalités de transmission rapide, par les établissements, de la situation épidémique et de l'état de mise en œuvre des dispositions prévues. Il sera défini un modèle de rapport à utiliser par les établissements concernés.

Dans chaque établissement de santé et médicosocial, le plan local de maîtrise d'une épidémie prévoit les dispositions minimales suivantes :

- la désignation nominative du personnel de direction, du praticien et du cadre de santé chargés de la mise en œuvre et du suivi du plan local ;
- les modalités d'organisation de l'isolement géographique des patients dont, pour les établissements de santé, la possibilité d'un secteur de *cohorting* (cf. *supra*) ;
- les modalités d'information de l'ensemble des services de l'établissement ;
- les premières mesures à mettre en place dans chaque service concerné ;
- les modalités de communication externe.

Les modalités d'activation de ces différents plans seront les suivantes :

- Un protocole défini par la DGS et l'InVS, à partir des recommandations du HCSP, précisera les conditions épidémiologiques à partir desquelles est déclarée une situation d'alerte locale ou régionale. Il explicitera les mesures à mettre en œuvre, soit face à un germe pour lesquelles des recommandations ont déjà été formulées (CD, ERG), soit en attendant les recommandations spécifiques au germe concerné ;
- L'établissement a la responsabilité de déclencher son plan local chaque fois qu'il se trouvera dans l'une des situations définies par le protocole national. En l'absence d'action de la part de l'établissement, l'ARS pourra prendre cette décision, après avis du réseau CCLIN-ARLIN ;
- La décision de déclencher le plan régional est prise par l'ARS, sur avis du réseau CCLIN-ARLIN, en liaison avec la DGS et l'InVS ;
- L'ARS informe de ces décisions les établissements concernés. Le réseau CCLIN-ARLIN apporte son assistance scientifique aux établissements pour la mise en œuvre de leur plan local et à l'ARS, pour la mise en œuvre du plan régional ;
- Le réseau CCLIN-ARLIN informe la DGS et l'InVS de l'évolution hebdomadaire de l'épidémie ;
- L'ARS informe la DGS de la mise en œuvre des mesures recommandées.



A. 3 - AGIR SUR LES DETERMINANTS DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIE AUX SOINS

L'identification et la compréhension des déterminants du risque infectieux associé aux soins nécessitent un investissement dans le domaine de la recherche. Il importe également de faire partager l'état des connaissances par une prise en compte de la prévention des IAS comme thématique de formation des professionnels de santé.

Plus spécifiquement, il est indispensable de développer une approche transversale dans la lutte contre les bactéries multi-résistantes et de poursuivre l'action dans le domaine du bon usage des antibiotiques, avec des interactions fortes entre ces deux champs d'action.

3.1 – Améliorer les connaissances

31.1 - La recherche

Outre les moyens mobilisés dans le cadre des Missions d'Enseignement, Recherche, Référence, Innovation (MERRI), les équipes engagées dans la recherche sur les IAS ont la possibilité d'utiliser les procédures de différents programmes de recherche : programme de recherche en qualité hospitalière, programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), ainsi que divers programmes européens.

Début 2008, le ministère chargé de la santé a créé un Comité ministériel d'orientation de la recherche (COMIOR) qui a élaboré un premier document d'orientation de la recherche biomédicale et en santé (DOCORR I) présentant quatre axes prioritaires pour l'organisation de la recherche. La sécurité sanitaire est l'une des « *thématiques importantes, peu ou pas couvertes en termes de recherche* », sur lesquelles ce document propose de mettre l'accent.

Dans ce cadre, les priorités de la recherche dans le domaine des IAS sont ainsi définies :

- Approfondir la recherche dans les champs traditionnels : épidémiologie, mécanismes de transmission des infections associées aux soins, résistance aux antibiotiques ... ;
- Prendre en compte la dimension médico-économique des risques associés aux soins (notamment le coût de la non-qualité) ;
- Mettre au point des outils pour faciliter les actions de prévention des IAS : diagnostic rapide, surveillance interne, surveillance de la consommation des antibiotiques ... ;
- Développer les méthodes d'analyse ergonomique pour rationaliser l'investissement humain de la prévention des IAS ;
- Promouvoir la recherche sur le risque infectieux associé aux soins dans les secteurs de soins non hospitaliers.

Le volet recherche du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS sera élaboré en cohérence avec le DOCORR I. Ses grands axes seront les suivants :

- Capitaliser et mutualiser les résultats des programmes de recherche en prévention des IAS, en portant une attention toute particulière à la recherche translationnelle²² ;
- Définir des orientations prioritaires de recherche dans le domaine de la prévention des IAS et de la gestion du risque infectieux ;
- Mobiliser les crédits de recherche sur la prévention des IAS.
- Développer les unités de recherche en prévention des IAS.

²² Mise en application médicale des résultats scientifiques de la recherche fondamentale. Intermédiaire entre recherches fondamentale et clinique.

31.2 – La formation

Ce chapitre concerne la formation de spécialistes pour la prévention des IAS, mais également la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé.

a. Formation spécialisée en gestion du risque infectieux associé aux soins :

Le contexte est celui d'une dispersion de l'offre, caractérisée par un grand nombre de diplômes universitaires (DU) en hygiène hospitalière, au contenu variable et ne comportant que rarement un stage pratique, et le développement récent de DU et de masters en gestion des risques sanitaires. Ces DU s'adressent indistinctement aux professions médicales et paramédicales, qui ont cependant des missions différentes - bien que complémentaires.

⇒ **Zoom n° 11 :** Le corps médical et la prévention des infections associées aux soins.
Pr. Fabry. Université de Lyon - Janvier 2009

« Dans l'ensemble, l'offre de formation en France souffre d'une grande hétérogénéité, chaque parcours ayant ses qualités spécifiques sans répondre aux exigences d'une véritable formation professionnalisante avec une lisibilité nationale indiscutable ».

Les objectifs sont de développer des formations spécifiques aux professions médicales et paramédicales d'une part et, d'autre part, de favoriser l'harmonisation des programmes de formation en prévention des IAS et leur complémentarité avec la formation à la gestion des risques associés aux soins. Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront conduites au niveau national :

- Procéder à un inventaire qualitatif et quantitatif des formations existantes²³ ;
- Définir le champ des connaissances spécifiques aux professionnels médicaux et paramédicaux ;
- Procéder à une étude en vue de la création soit d'une spécialité médicale en gestion du risque infectieux, soit d'un diplôme d'études supérieures supplémentaires (DESC), soit d'un diplôme interprofessionnel. Cette étude portera à la fois sur la faisabilité d'une telle création et sur la détermination de la formule à retenir parmi les trois envisagées ou d'autres. Il conviendra également de définir les mesures transitoires applicables aux professionnels actuellement en activité ;
- Se rapprocher du projet de réforme des études paramédicales, dans le cadre du système LMD, pour étudier l'opportunité de l'ouverture d'une spécialisation en prévention des IAS, éventuellement élargie à la gestion des risques infectieux.

b. Formations initiales des professionnels de santé

Le constat est, cette fois, celui d'une insuffisance des formations dispensées. Dans son rapport précité, le Pr Fabry souligne que « la formation des étudiants en médecine en matière d'hygiène hospitalière, comme en matière de gestion des autres aspects de la sécurité des patients est globalement insuffisante dans les UFR de médecine et variable dans ses contenus, ses modalités, son volume »²⁴.

Par ailleurs, les contenus de la formation initiale des infirmiers rencontrent des difficultés pour suivre l'évolution des recommandations et des priorités nationales (ex : utilisation des SHA pour l'hygiène des mains).

²³ Etude actuellement en cours.

²⁴ J. Fabry. Cf. zoom n° 11.

Il convient donc de mieux prendre en compte la prévention des IAS et ses évolutions dans les formations initiales. Pour cela, il sera réalisé une évaluation des programmes relatifs à la prévention des IAS dans les instituts de formation en soins infirmiers.

De même, la prévention des IAS dans la formation initiale des professions médicales sera accentuée, en tirant parti de la réforme en cours du cursus médical et de la révision des programmes universitaires.

c. Développement professionnel continu des professionnels de santé

Pour l'actualisation des connaissances des professionnels déjà formés, le développement professionnel continu constitue l'outil essentiel pour la promotion de la gestion du risque infectieux.

Obligatoire, il dispose de crédits mis en œuvre dans le cadre d'un programme annuel dans chaque établissement. D'importantes marges de progrès existent dans ce domaine, puisque 17% seulement des établissements de santé utilisent ces crédits pour financer la formation en hygiène hospitalière de leur personnel soignant²⁵.

Afin d'améliorer cette situation, les objectifs suivants sont fixés d'ici 2013 :

- Chaque établissement inscrit dans son programme annuel de développement professionnel continu un chapitre sur la formation en prévention et en gestion des IAS ;
- Un objectif quantifié est fixé pour le financement de cette formation par les crédits de développement professionnel continu et cet objectif sera valorisé dans les tableaux de bord des infections associées aux soins ;
- Des kits de formation seront développés pour les activités de base de la prévention des IAS²⁶.

3.2 – Renforcer la maîtrise des bactéries multi-résistantes (BMR)

Parmi les déterminants des infections associées aux soins, **la maîtrise des bactéries multi-résistantes** appelle des efforts coordonnés entre les trois secteurs de soins, dans la mesure où elle **se joue aux différentes étapes du parcours de soins** : l'entrée et la sortie des patients, principalement des établissements de santé ou médicosociaux, les transferts internes et externes de patients (entre les établissements de santé, les établissements médicosociaux et les domiciles).

Au plan épidémiologique, si une amélioration est constatée concernant les SARM, la France se situe néanmoins parmi les pays européens ayant les plus fortes proportions de SARM au sein de l'espèce staphylocoque doré. En outre, de récentes études montrent une dissémination des SARM en dehors des établissements de santé (SARM communautaires), dont il est indispensable de contrôler la progression.

Inversement, les EBLSE se développent principalement au sein de la population générale et sont importées dans les établissements, par les patients. Certes, l'incidence des EBLSE semble stable, mais la proportion d'*Escherichia coli* parmi les EBLSE a augmenté fortement. Cette émergence des *E. coli* producteurs de BLSE est observée dans plusieurs pays européens.

²⁵ Cf. zoom n° 6.

²⁶ De nombreuses initiatives locales ou régionales ont mis au point de tels kits. Il convient d'en effectuer la validation nationale et de leur donner une large diffusion. Il convient également de susciter de telles initiatives sur les sujets non encore couverts afin de compléter les outils mis à disposition des établissements.

Face à ces BMR, force est de constater une grande diversité des pratiques en matière de prescription d'antibiotiques (cf. A33), de politique de prélèvement et de dépistage, de précautions standards et d'isolement technique et géographique et, enfin, de traitement et de décolonisation.

Dans ce contexte, une réflexion d'ensemble s'impose, définissant les mesures à appliquer tant pour prévenir et interrompre la transmission des BMR que pour prévenir les infections secondaires à leur portage, particulièrement fréquentes et létales.

Un « plan d'action national pour la maîtrise des BMR » fixera les objectifs et les modalités d'action au cours des différentes étapes du parcours de soins des patients. Dans les établissements, la définition d'un « plan local de maîtrise des BMR » déclinera les mesures nationales en fonction de l'écologie locale et des dispositions déjà prises.

Ce plan d'action national sera articulé avec le plan national de préservation de l'efficacité des antibiotiques.

Exemple d'objectifs pour le plan local de maîtrise des BMR en établissements de santé

- Organiser un système de surveillance continue des BMR, intégré au système de repérage des IAS (cf. A22) ;
- Elaborer, en l'adaptant à chaque établissement en fonction de l'écologie locale, une politique de prélèvement et de dépistage ;
- Déterminer les conduites à tenir en termes d'isolement géographique et d'isolement technique ;
- Mettre en place un circuit de l'information entre le laboratoire de microbiologie et les services soignants ;
- Définir les modalités de signalisation des patients porteurs de BMR dans les services soignants ;
- Exercer un contrôle renforcé sur l'application des précautions standard et des précautions complémentaires (rôle de l'EOH) ;
- Définir les précautions spécifiques pour les transferts internes et externes aux établissements de santé ;
- Mettre en œuvre une formation du personnel soignant à l'application du plan local de maîtrise des BMR ;
- Coordonner le plan local de maîtrise des BMR avec la politique locale de bon usage des antibiotiques.

3.3 - Promouvoir le bon usage des antibiotiques

Jusqu'au début des années 2000, la France était le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques. Cette consommation a contribué à l'apparition de nombreuses bactéries résistantes et a entraîné des taux élevés de résistance bactérienne qui sont désormais observés en ville et à l'hôpital.

C'est dans ce contexte que le ministère chargé de la santé a élaboré un « le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques » (PNPEA), avec comme objectif de maîtriser et de rationaliser la prescription des antibiotiques. Des progrès sensibles ont été enregistrés.

⇒ **Zoom n° 12 : Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques**
<http://www.sante.gouv.fr/plan-antibiotiques/index.html>

Toutefois, il importe de ne pas relâcher l'effort, notamment dans les EHPAD dans lesquels la problématique de la prescription des antibiotiques est la plus difficile : au sein de communautés présentant un risque d'épidémie, les médecins disposent parfois de moins d'informations que dans un établissement de santé, ce qui pourrait entraîner une consommation plus souvent inappropriée.

Bon usage des antibiotiques et limitation du risque d'apparition de résistances étant intimement liés, il importe d'aborder les politiques de prévention des IAS et de préservation de l'efficacité des antibiotiques de manière coordonnée, à deux niveaux.

a) Assurer la coordination du plan stratégique national de prévention des IAS (PSNPIAS) et du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques (PNPEA)

Cette coordination passe par la mise en place de collaborations systématiques avec le comité de suivi du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, pour toute mesure concernant les antibiotiques prise dans le cadre du présent plan stratégique et des plans et programmes qui en découlent. Il sera notamment sollicité sur les points suivants :

- actions prioritaires à mettre en œuvre dans les établissements de santé ;
- axes de recherche à développer pour faciliter l'interprétation de l'évolution des prescriptions d'antibiotiques dans les établissements de santé ;
- utilité ou non de fixer des objectifs ciblés, notamment sur la consommation d'antibiotiques, en liaison avec les actions à mettre en place au titre de la maîtrise des BMR (ex : réduction de la prescription des fluoroquinolones) ;
- recommandations pour l'introduction du bon usage des antibiotiques dans les établissements au sein desquels interviennent les médecins de ville (hôpitaux locaux, HAD, EHPAD...).

Exemples de sujets nécessitant une coordination

* Intégration de la politique des antibiotiques dans une gestion plus globale du risque infectieux et médicamenteux (axe 3 du PNPEA) :

- « promouvoir les mesures d'hygiène, dont l'hygiène des mains, dans les établissements de santé publics et privés » (fiche n° 11 du PNPEA et § A23 du PSNPIAS) ;
- « améliorer l'utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées » (fiche n° 12 du PNPEA et § A112 du PSNPIAS) ;

* Spécificités de la déclinaison du plan antibiotiques dans les établissements de santé (axe 4 du PNPEA) :

- « coordonner les actions sur le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé publics et privés » (fiche n° 14 du PNPEA) ;
- « améliorer la qualité de prescription des antibiotiques en établissements de santé et préserver leur efficacité » (fiche n° 15 du PNPEA) ;

* Mise en place du système d'information du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques (axe 5, fiches 16 à 18 du PNPEA) :

- « mettre en place au sein des établissements de santé et en ville le recueil des données de consommations d'antibiotiques » (articulation avec l'indicateur ICATB du tableau de bord des IAS dans les établissements de santé) ;
- « évaluer l'éventuel impact du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques sur l'incidence de certaines infections invasives et de certaines infections bactériennes ciblées » (§ A22 et A33 du PSNPIAS).

b) Coordonner les actions pour le bon usage des antibiotiques

Chaque établissement définira des objectifs et des modalités d'action pour améliorer le bon usage des antibiotiques, dans le cadre de sa politique du médicament et à partir des objectifs du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. Ces objectifs pourront figurer dans le CPOM.

La signature d'un accord local, pris en application de l'accord-cadre national d'amélioration des pratiques portant sur le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé, sera prise en compte dans l'indicateur du tableau de bord évaluant le bon usage des antibiotiques (ICATB).

Les OMEDIT, créés par le décret n°2005-1023 du 24/08/2005 et qui assurent « *un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional* », veilleront à intégrer systématiquement les antibiotiques dans leurs activités.

B - MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du plan stratégique national de prévention des IAS a vocation à être progressive, au cours de la période 2009-2013.

Le pilotage du plan stratégique et des plans et programmes nationaux qui y sont rattachés est assuré par l'administration centrale du ministère chargé de la santé, et du secrétariat d'Etat à la solidarité pour les EMS. Leur mise en œuvre régionale est pilotée par les ARS (*cf.* A13).

Les deux échelons de la tutelle administrative (administration centrale et ARS) s'appuient sur un réseau constitué par l'Institut de veille sanitaire (InVS), les cinq centres de coordination interrégionale (CCLIN), les antennes régionales (ARLIN) et les réseaux de surveillance spécialisée (RAISIN). Cette filière est également chargée de l'appui scientifique et technique des établissements et des professionnels de santé.

B. 1 – DECLINAISON DU PLAN STRATEGIQUE EN PLANS ET PROGRAMMES NATIONAUX

Les plans nationaux fixent les orientations, les objectifs généraux et le cadre de leurs modalités d'application.

Les programmes nationaux fixent les objectifs opérationnels à atteindre et traduisent en actions les orientations fixées par les plans nationaux.

Le plan stratégique national de prévention des IAS sera décliné ainsi :

- plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, dont la version 2007-2010 est actuellement en application ;
- plan d'action national pour la maîtrise des BMR, avec une articulation ou une intégration à prévoir avec le plan précédent ;
- prise en compte de la priorité accordée à la recherche pour la prévention des IAS dans les plans et programmes nationaux ;
- plan national de suivi épidémiologique des IAS, fixant les éléments épidémiologiques qui doivent faire l'objet d'un suivi national à partir de réseaux sentinelles, donc organisés sur la base du volontariat des participants ;
- programme national de prévention des infections nosocomiales (en établissements de santé) ;
- programme national de prévention des IAS en établissements médicosociaux ;
- plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville.

B. 2 - SUIVI DU PLAN STRATEGIQUE ET COORDINATION AVEC LES PROGRAMMES SECTORIELS ET PLANS SPECIFIQUES

2.1 - Suivi du plan stratégique

Un **comité stratégique** est chargé de procéder à une évaluation annuelle de la mise en œuvre du plan stratégique, de faire des recommandations à l'administration pour son adaptation et celle de la politique nationale de prévention des IAS, en fonction des résultats et de l'évolution du contexte national, ainsi que de veiller à la cohérence des plans et programmes nationaux avec le plan stratégique et entre eux.

Ce comité est composé de représentants des trois directions centrales de l'administration (DGS, DHOS, DGAS), des animateurs des comités de suivi des plans et programmes nationaux rattachés au plan stratégique, notamment l'InVS, de représentants des ARS et d'un représentant du réseau CCLIN-ARLIN. Il est présidé par le ministre chargé de la santé.

2.2 – Suivi des plans et programmes nationaux

Le suivi des deux programmes nationaux en établissements et du plan d'orientation en soins de ville est assuré par un comité spécifique à chaque secteur. Chacun est composé, en majorité, de représentants des professionnels concernés (établissements²⁷, ou URPS pour les soins de ville), du réseau CCLIN-ARLIN et de représentant des usagers.

Un comité spécifique est chargé du suivi de chacun des plans transversaux (déjà en place pour le « plan antibiotiques » 2007-2010). Il est composé d'experts indépendants et d'institutions concourant à l'expertise du domaine couvert par le plan.

Chacun de ces comités a vocation à suivre la mise en œuvre du plan ou programme national qui le concerne, à faire des recommandations à l'administration, en fonction des résultats et du contexte national, à proposer, pour les actions relevant de ses missions, la liste des indicateurs à intégrer dans les différents tableaux de bord (local, régional et national), et à procéder à une évaluation annuelle, y compris économique, de cette mise en œuvre.

2.3 – Mobilisation des expertises scientifiques transversales aux trois secteurs de soins

Le comité stratégique et les comités de suivi des plans et programmes mobilisent, pour des expertises coordonnées, les instances et structures existantes, notamment l'Institut de veille sanitaire (expertise épidémiologique), le Haut conseil de la santé publique (expertise en prévention des IAS et en gestion du risque infectieux) et le Comité ministériel d'orientation de la recherche pour le volet recherche.

²⁷ Directions, présidents des instances de suivi et de consultation des établissements, EOH...

B. 3 - OUTILS DE LA MISE EN ŒUVRE

Les principaux outils de la mise en œuvre du plan stratégique national de prévention des IAS et les plans et programmes qui en découlent sont la réglementation et les circulaires²⁸, d'une part, le système d'évaluation, d'autre part.

3.1 – La réglementation

En ce qui concerne les établissements de santé, les articles R.6111-1 et suivants du code de la santé publique seront actualisés à partir des dispositions de la loi HPST.

Un décret en Conseil d'Etat confirmera le caractère opposable des quatre éléments de la structuration de la prévention des IAS (programme d'action, expertise, instance de consultation et de suivi, système d'évaluation - *cf.* A1), en laissant une grande souplesse d'adaptation aux établissements de santé. Le décret fixera également le cadre et les modalités d'adaptation de cette structuration aux particularités des établissements, notamment à partir de la régionalisation de la mise en œuvre du plan stratégique (*cf.* A13).

Des arrêtés fixeront, en tant que de besoin, des règles techniques susceptibles d'évoluer en fonction de l'état des connaissances (ex : critères du signalement externe) ou de l'évolution de la situation (ex : liste des indicateurs du tableau de bord et contenu du bilan des activités).

Dans les établissements médicosociaux, les dispositions réglementaires prises pour l'application de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 fixent un cadre suffisant pour mettre en œuvre les dispositions actuellement envisagées. En attendant les résultats des études, notamment médico-économiques, prévues dans ce plan stratégique, il n'est pas nécessaire d'ajouter de nouvelles dispositions opposables.

Pour le secteur des soins de ville, aucune réglementation n'est envisagée.

En revanche, pour certaines pratiques particulières dont l'évaluation aura conclu à la nécessité de les encadrer, une réglementation pourra être prise pour fixer les règles de sécurité destinées à protéger les usagers.

3.2 – Le système d'évaluation

Le système d'évaluation mesure le degré de mise en œuvre de la politique (cadre réglementaire, objectifs opérationnels et actions) et, dans la mesure du possible, ses résultats. Spécifique à la prévention des IAS, il repose sur des indicateurs, regroupés au sein de tableaux de bord. Ce système spécifique peut être complété par d'autres dispositions, non spécifiques à la prévention des IAS (données de la surveillance, audits, certification, etc.).

Au plan national, il doit notamment permettre d'évaluer le degré de mise en œuvre du plan stratégique, les conditions de participation des usagers à la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS et la transparence pratiquée dans la diffusion des résultats.

3.2.1 - Les indicateurs

Le contenu informatif des indicateurs qui composent les tableaux de bord est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé et, pour les établissements médicosociaux, du ministre chargé des affaires sociales. Leurs modalités de calcul sont précisées par voie de circulaire.

²⁸ En tant que de besoin, des circulaires présenteront les nouvelles dispositions réglementaires, préciseront le rôle des différents échelons et structures chargés de la mise en œuvre et fixeront des objectifs complémentaires.

La définition des indicateurs des tableaux de bord répond aux six principes suivants :

- 1^{er} principe : les indicateurs et leur contenu correspondent à des dispositions opposables ou diffusées par voie de circulaire, notamment les actions proposées et les objectifs fixés par les plans et programme nationaux ;
- 2^{ème} principe : le résultat d'un indicateur est attribuable au niveau adéquat (établissement, région, pays) pour au moins 80% ;
- 3^{ème} principe : l'indicateur utilise des informations existantes, sauf cas exceptionnel et justifié. Il est précisé l'origine de l'information, ses modalités de recueil, sa facilité d'accès. En cas de nécessité d'une nouvelle information, il sera procédé à une évaluation de la charge de travail et du coût engendré par le recueil ;
- 4^{ème} principe : la pertinence de l'indicateur est argumentée pour les différentes disciplines médicochirurgicales ou catégories d'établissement ;
- 5^{ème} principe : il est procédé à un test, au sein d'établissements concernées, portant notamment sur les qualités métrologiques de l'indicateur, la faisabilité du recueil, la fiabilité des données et la robustesse de l'indicateur ;
- 6^{ème} principe : un indicateur est appliqué sur une période postérieure à la promulgation par arrêté de son contenu informatif, ses modalités de calcul pouvant être définies secondairement.

32.2 – Les tableaux de bord

L'orientation nationale retenue est la mise en place :

- d'un tableau de bord local dans chaque établissement de santé et médicosocial et d'un tableau de bord régional pour les soins de ville, en veillant à rendre comparables des établissements dont le recrutement diffère, en fonction du profil des personnes accueillies et des prises en charge assurées ;
- d'un tableau de bord régional, pour le pilotage de la politique régionale de prévention des IAS. Il peut intégrer des indicateurs de résultats, notamment ceux dont les résultats ne peuvent être attribués à hauteur de 80% aux établissements (*cf.* ci-dessus) ;
- d'un tableau de bord national, pour le pilotage de la politique nationale de prévention des IAS. Il peut intégrer des indicateurs de résultats, notamment ceux dont les résultats ne peuvent être attribués à hauteur de 80% aux régions (*cf.* ci-dessus).

Afin de poursuivre l'objectif de transparence vis-à-vis des usagers, les différents échelons communiquent au public les résultats de leur tableau de bord.

32.3 – Mise en œuvre du système d'évaluation

Chaque comité de suivi propose la liste des indicateurs utiles à l'évaluation des actions relevant de ses missions. Le HCSP est chargé de définir le contenu technique et scientifique des indicateurs (informations nécessaires garantissant leur pertinence).

Le comité stratégique organise l'expertise chargée de construire et de tester les indicateurs selon les six principes énoncés en B32.1, et valide les indicateurs finalisés, après avis du comité qui en a fait la proposition.

Les indicateurs sont mis à disposition du public par le ministère chargé de la santé, et du ministère chargé des affaires sociales pour les établissements médicosociaux.

CONCLUSION

Le présent plan stratégique est exigeant à plus d'un titre :

- il vise à la mise en place d'une **politique de prévention des infections associées aux soins, qui s'applique à l'ensemble des secteurs de soins et aux relations entre ces secteurs** ;
- il entend faire de la prévention des IAS un **exemple de politique publique conjuguant enjeux de santé publique et enjeux d'organisation des soins** ;
- il appelle un **investissement fort de la part des agences régionales de santé**, dès leur mise en place ;
- il nécessite des **déclinaisons sectorielles** et des **articulations** avec d'autres domaines à forts enjeux (bon usage des antibiotiques, maîtrise des bactéries multi-résistantes).

La réussite de la mise en œuvre de ce plan requiert la mobilisation de tous les acteurs de terrain et un phasage des travaux sur la durée. D'ici à juin 2011, les objectifs prioritaires sont les suivants :

- établissements de santé : déclinaison par chaque établissement du positionnement de l'EOHH (missions, moyens, collaborations internes), des missions des correspondants en hygiène et des modalités de coordination entre prévention des IAS et gestion des risques ; conduite d'une évaluation des risques associés aux soins dans les unités de soins ; élaboration du plan local de maîtrise des épidémies locorégionales ;
- établissements médicosociaux : formation du personnel soignant à l'hygiène des mains et au bon usage des antibiotiques ; au niveau national, déclinaison du plan stratégique dans un programme national spécifique au secteur médicosocial ;
- soins de ville : mobilisation des URPS et des FRPSL ; élaboration du plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville ;
- réseau CCLIN-ARLIN : accompagnement des établissements de santé dans le travail sur les risques associés aux soins et des établissements médicosociaux dans les actions de formation (programme type, organisation de stages en EHPAD), conseil aux EHPAD pour leur politique de bon usage des antibiotiques, accompagnement de la démarche d'élaboration du plan d'orientation dans le secteur des soins de ville ;
- ARS (jusqu'à leur mise en place, ARH, DRASS-DSDS et DDASS) : accompagnement des acteurs des trois secteurs de soins (en liaison avec le réseau CCLIN-ARLIN) pour la réalisation de leurs objectifs prioritaires ; prise en compte des enjeux de la prévention des IAS dans l'élaboration du projet régional de santé.

Un bilan à mi-parcours permettra d'apprécier le degré de mise en œuvre du plan et de déterminer des objectifs prioritaires pour la deuxième moitié de sa période d'exécution.

ANNEXES

- Annexe n° 1 : Déclinaison des quatre piliers de la politique de prévention des infections associées aux soins**
- Annexe n° 2 : Mise en œuvre du plan stratégique national de prévention des IAS**
- Annexe n° 3 : Suivi et évaluation du plan stratégique national de prévention des IAS**
- Annexe n° 4 : Abréviations**

Annexe n° 1

DECLINAISON DES QUATRE PILIERS DE LA POLITIQUE DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Les quatre éléments structurants, qui ont fait la preuve de leur efficacité dans les établissements de santé et qui sont retenus pour la conduite de la politique de prévention des infections associées aux soins, sont les suivants : un programme d'action, une expertise en prévention des IAS, une instance de consultation et de suivi et une évaluation.

1. Programme d'action

Le programme d'action, annuel ou pluriannuel, a pour objectifs de prévenir, surveiller et réduire les infections associées aux soins, ainsi que d'organiser la gestion des alertes.

a) Dans les établissements de santé, la référence du programme d'action est le « Programme national 2009-2013 de prévention des infections nosocomiales », lui-même traduit dans le projet régional de santé. Il est déterminé, par chaque établissement, à partir de l'analyse de ses risques et des résultats de l'évaluation permettant d'identifier ses points faibles. Il est intégré au programme d'action de l'établissement relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

b) Dans les établissements médicosociaux, la définition du programme d'action s'appuie sur les dispositions du code de l'action sociale et des familles, notamment sur l'article D.312-158 pour les EHPAD, qui permet de couvrir les aspects suivants : intégration d'un chapitre sur la prévention des IAS dans le projet général de soins (1°), développement des actions de formation du personnel soignant aux « bonnes pratiques » (7°), évaluation des phénomènes infectieux dans le rapport annuel d'activité médicale (9°), coordination du bon usage des antibiotiques (6°), recherche de collaborations avec le secteur hospitalier (12°).

c) Pour le secteur des soins de ville, dans le cadre du programme régional de prévention des IAS, les unions régionales des professions de santé (URPS) et les fédérations régionales des professionnels de santé libéraux (FRPSL) seront incitées à proposer des actions à destination des professionnels libéraux, sur des thèmes prioritaires qui pourraient être l'hygiène des mains et la maîtrise des BMR, complétant le bon usage des antibiotiques, déjà largement diffusé.

Ces actions pourront être réalisées, notamment, à travers l'information, le développement professionnels continu et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Les possibilités de financement de ces actions seront étudiées, en particulier le recours au Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS), géré par les ARS.

2. Expertise en prévention des IAS

L'expertise en prévention des IAS est constituée d'une équipe de professionnels spécialisés en hygiène et prévention des IAS, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). La mission prioritaire de cette équipe est d'aider à la définition et à la mise en œuvre du programme d'action, et à en évaluer les résultats.

a) Dans les établissements de santé et médicosociaux, l'équipe opérationnelle d'hygiène organise les mesures de prévention et notamment les actions nécessaires à l'appropriation des « bonnes pratiques » par le personnel soignant (cf. A23), assure le suivi épidémiologique, la veille sanitaire et le signalement des IAS (cf. A22), procède à l'analyse des données avec l'appui méthodologique de la gestion des risques en vue de mettre en place des mesures correctives (cf. A21), contribue à la définition et à la mise en œuvre du plan de maîtrise des épidémies locorégionales, et veille au bon fonctionnement des procédures d'alerte (cf. A24).

Cette expertise réunit des compétences techniques en hygiène (élaboration, suivi et évaluation des protocoles de bonnes pratiques, investigation sur les IAS, suivi et analyse des données de la surveillance, avis sur le programme de contrôle de l'environnement et ses résultats, conseil relatif au risque infectieux lors de la programmation de travaux ou l'acquisition d'équipements) et des aptitudes d'animation des actions transversales (information du personnel soignant et des usagers, définition des actions prioritaires de formation en hygiène, évaluation du programme d'action).

La composition de l'équipe prévoit au minimum du temps médical ou pharmaceutique, du temps paramédical et du temps de secrétariat. Ces temps sont spécifiquement dédiés aux activités de prévention des IAS et doivent comprendre un nombre d'ETP suffisant pour garantir un encadrement minimal efficace.

Mobiliser au mieux les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre de cette expertise²⁹ est une nécessité pour garantir son efficacité. Pour ce faire, il convient, d'une part, de veiller à ne pas confier à l'EOH des charges qui ne relèvent pas de ses compétences³⁰ et, d'autre part, de développer des collaborations concrètes entre l'EOH et les services cliniques et médico-techniques : plutôt que d'élargir les compétences de l'EOH, faciliter le travail en équipe avec les compétences existantes dans l'environnement immédiat.

* Un réseau de correspondants en hygiène, médicaux et paramédicaux complète ce dispositif et prolonge l'action de l'EOH dans les unités de soins.

La configuration et les missions de ce réseau sont à définir à partir des recommandations suivantes : les correspondants sont présents dans chaque unité de soins (établissement, pôle, service, secteur d'activités, spécialité, ...), ils sont désignés par les responsables médical et paramédical de l'unité de soins, ils reçoivent une formation adaptée, ils bénéficient d'un temps dédié à l'exercice de leurs missions, ils sont chargés de la diffusion des informations produites par l'EOH et de la remontée d'informations vers cette expertise. Ces missions sont précisées au sein de chaque établissement en fonction de ses activités et de son organisation.

Exemples de collaboration de l'EOH dans les établissements de santé

- avec les services médico-techniques, pour le bon usage des antibiotiques (pharmacie, référent en antibiothérapie et instance chargée de cette action) et le suivi des BMR (laboratoire de microbiologie) : développement d'un traitement préalable des informations avant transmission à l'EOH ;
- avec les services cliniques, pour la surveillance des infections spécifiques à certaines spécialités : intégration de cette surveillance à la pratique des cliniciens (voir exemple ci-après).

²⁹ Rapport du Pr. Benoist Lejeune sur les EOHH - DHOS, 30 juillet 2007.

³⁰ Ex : réalisation des prélèvements pour la surveillance des légionelloses, gestion des équipes d'entretien...

Le cas de la surveillance des ISO

Les risques associés aux soins chirurgicaux sont nombreux : diagnostic et indication opératoire, sécurité anesthésique, antibioprophylaxie, technique opératoire, transfusion sanguine, événements indésirables graves (EIG), infections du site opératoire (ISO), autres IAS ...

En l'absence de coordination, ces risques pourraient être traités par sept programmes différents. Or, tous les éléments nécessaires à l'analyse de ces risques sont présents dans le dossier médical du patient. L'équipe du service de chirurgie est ainsi la mieux placée pour analyser la qualité de la prise en charge de ses patients.

Une **revue des dossiers médicaux** par l'équipe ayant assuré cette prise en charge, (ex : revue de morbidité mortalité), paraît une méthode d'analyse pertinente. Conduite selon une méthodologie éprouvée, elle permet de transmettre une information, traitée et validée, aux responsables tant de la prévention des IAS (et des ISO) que de la gestion des autres risques. Associée à cette démarche, l'EOH peut alors traiter l'information utilement dans le cadre de ses réseaux de surveillance et de déclaration.

La revue de dossiers n'a pas vocation à remplacer la surveillance des ISO, qui garde sa pertinence en faisant appel à d'autres méthodes et compétences. Elle permet une analyse des pratiques par les cliniciens eux-mêmes, constituant un travail préparatoire à la surveillance et un gain de temps pour l'EOH.

Amélioration des méthodes de recueil des données, rationalisation dans l'utilisation des ressources humaines, intégration de l'approche de la gestion des risques à la pratique des cliniciens permettront une **amélioration du rapport coût-efficacité de la surveillance des événements indésirables, dont les ISO.**

* Certains établissements, de par leur taille ou leur appartenance à un réseau d'établissements (cliniques privées, EHPAD) pourront disposer d'une expertise interne. En revanche, beaucoup d'établissements de santé et la plupart des établissements médicosociaux n'ont pas la possibilité de recruter le minimum efficace d'ETP (*cf. supra*). Par ailleurs, de nombreuses tâches peuvent être mutualisées, notamment l'élaboration des protocoles ou la formation du personnel soignant. Enfin, les spécialistes en hygiène sont une ressource humaine rare qu'il est nécessaire de partager.

Les nouvelles formes de coopération définies par la loi HPST, permettant d'associer les différents secteurs de soins sur des objectifs communs, pourront être mises à profit pour constituer des équipes pluridisciplinaires, mutualisées, exerçant leurs missions sur un territoire déterminé. En outre, cette mutualisation permettra de disposer des moyens minimum de fonctionnement (secrétariat, accès aux données et informations nécessaires à l'exercice des missions...).

* Des études médico-économiques, au niveau national, seront menées pour proposer des modalités de calcul du nombre d'ETP, par catégorie de professionnels, en fonction du profil d'activités des établissements et des risques spécifiques à leurs activités, ainsi qu'à partir de leur capacité d'accueil ou de leur volume d'activité. Une évaluation du coût spécifique de cette expertise, notamment pour les EMS, ainsi qu'une étude sur les diverses modalités envisageables de financement, compléteront cette approche médico-économique.

b) Dans le secteur des soins de ville, les professionnels libéraux pourront, localement, intégrer les formes de coopération sanitaires organisées par les établissements.

Par ailleurs, au niveau régional, le recours à une expertise en prévention des IAS se fera logiquement auprès du réseau CCLIN-ARLIN. Une convention pourra en définir les modalités, en tant que de besoin. Son financement pourra être intégré dans celui du programme d'action régional, en fixant des limites à son importance dans le financement global.

3. Instance de consultation et de suivi

Cette instance, nécessaire pour une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé, a pour rôle d'assurer l'animation et la coordination de l'action des professionnels concernés, de préparer – avec l'aide de l'expertise ci-dessus – le programme d'action et ses indicateurs de suivi et d'élaborer, chaque année, le rapport d'activités de prévention des IAS.

La composition de cette instance, distincte de l'expertise composée de professionnels spécialisés en hygiène, est adaptée à chaque secteur de soins.

a) Les établissements de santé, selon leur mode de gouvernance, organisent l'instance de consultation et de suivi qui correspond aux comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Sa composition, laissée au libre choix de chaque établissements, reflète les différentes catégories de personnels concernées par la prévention des IAS, ainsi que les secteurs d'activité les plus à risque de l'établissement. Sa configuration tient compte de l'objectif d'insertion dans la gestion des risques associés aux soins (cf. A21).

b) Dans les établissements médicosociaux, l'instance de consultation et de suivi est composée au minimum du responsable de l'établissement, d'un médecin de l'établissement (le médecin coordonnateur, dans les EHPAD), de l'infirmière référente, d'un représentant des familles et du(s) correspondant(s) d'hygiène, quand il(s) existe(nt).

c) En ce qui concerne le secteur des soins de ville, l'instance sera organisée au niveau régional, en s'appuyant sur les URPS et les FRPSL.

4. Evaluation

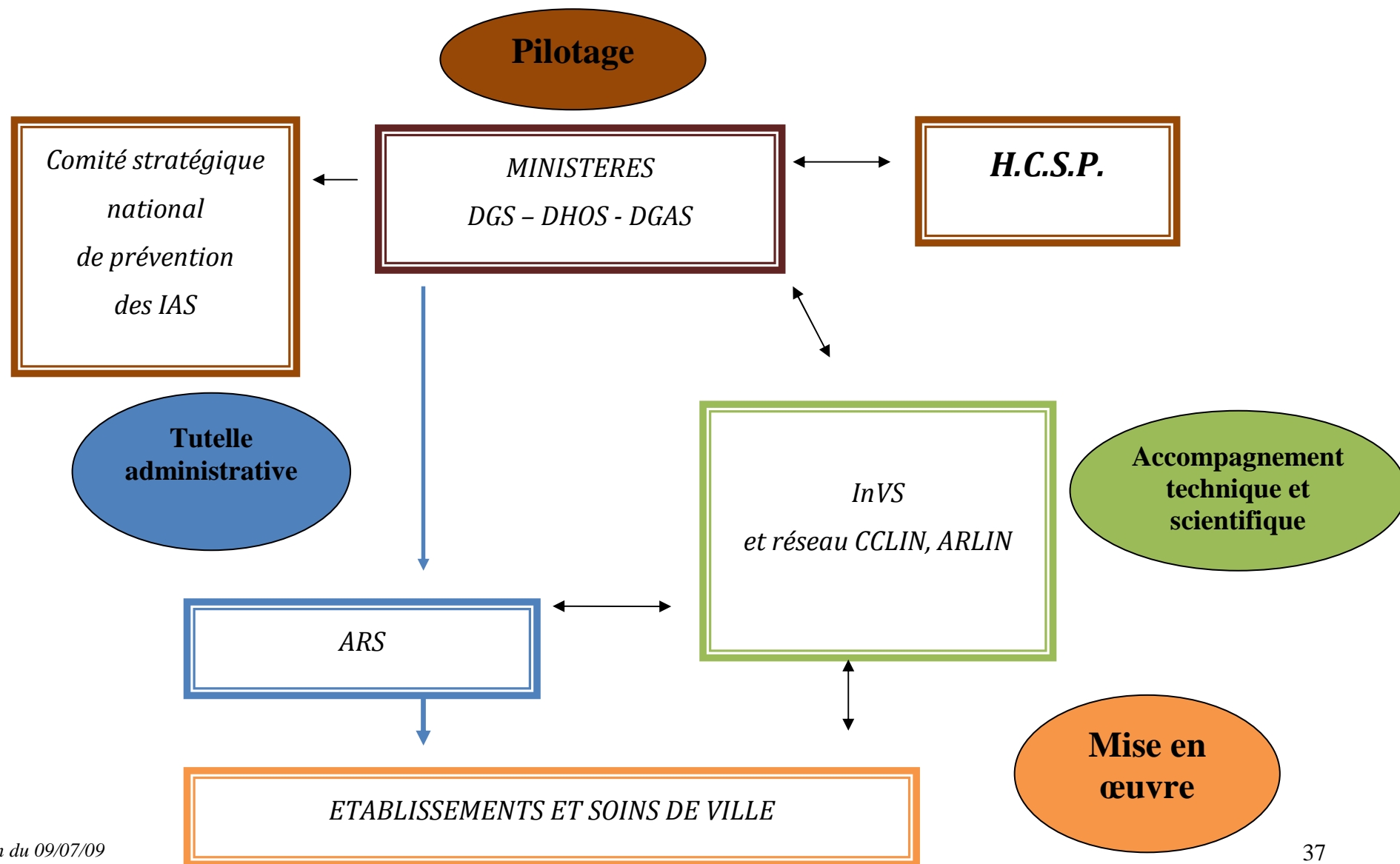
L'évaluation porte sur l'organisation de la prévention des IAS mise en place, les moyens mobilisés, les actions réalisées et les conditions d'association des usagers à la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS. Elle mesure également, chaque fois que c'est possible, les résultats de cette mise en œuvre.

a) Dans les établissements de santé, l'évaluation comprend, au minimum, les indicateurs du tableau de bord actuel. Elle peut, le cas échéant, comporter des indicateurs définis par l'ARS dans le cadre du projet régional de santé (cf. A31d). En outre, l'établissement peut définir des indicateurs de suivi spécifiques ou tout autre moyen d'évaluation de ses résultats qui seront, en tant que de besoin, déclinés dans les CPOM.

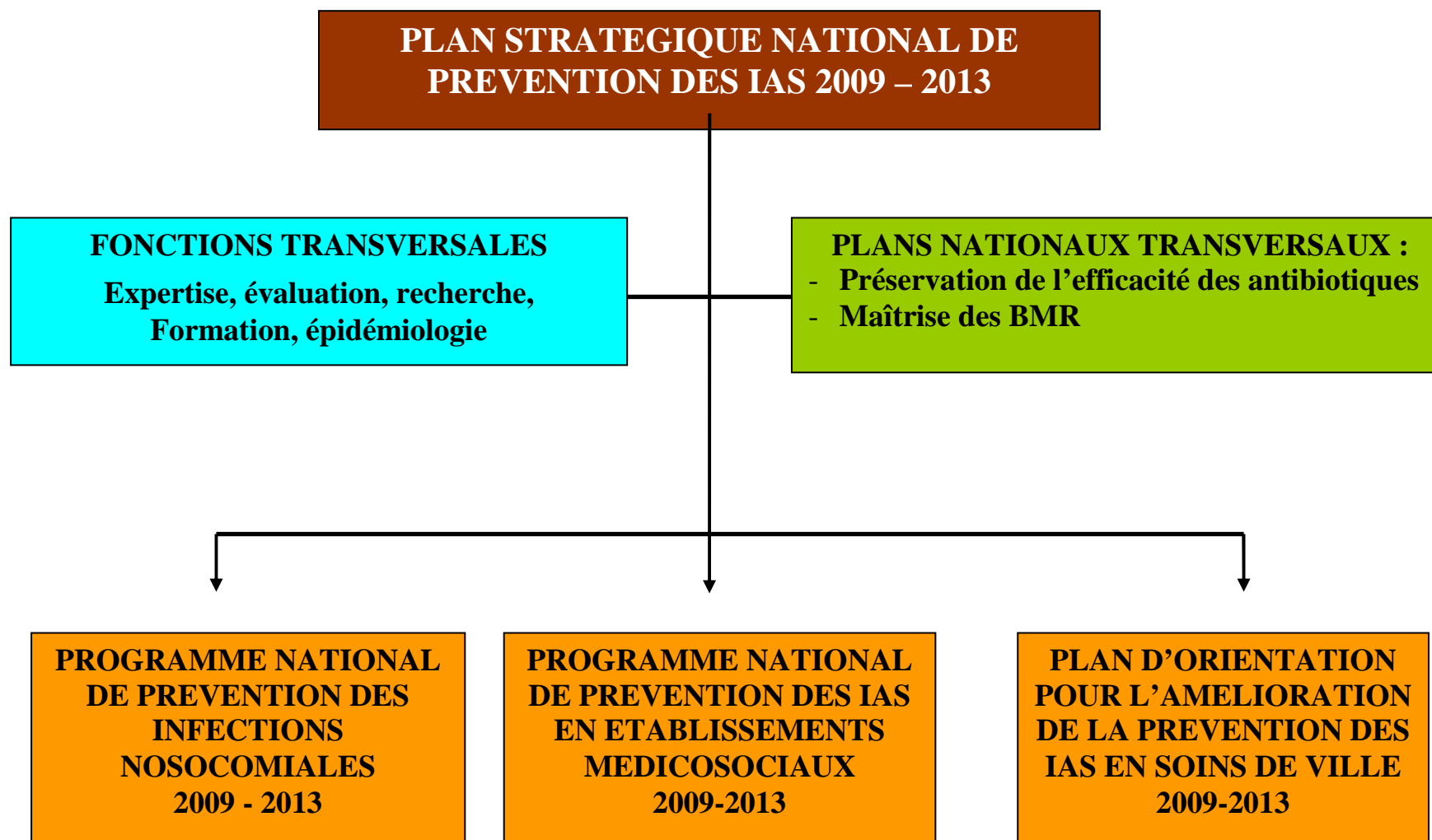
b) Dans le secteur médicosocial, la mise en place d'un tableau de bord des IAS est à envisager dans le cadre spécifique des différentes catégories d'établissements. Il pourra être constitué, pour les catégories d'établissement dont les activités de soins sont susceptibles de comporter un risque évalué, d'un indice composite reprenant les différents éléments décrits dans le schéma du programme d'action des EMS, équivalent d'un « ICALIN » spécifique aux EMS.

c) Dans le secteur des soins de ville, le dispositif d'évaluation sera spécifique à chaque région, sur la base du programme d'action régional défini.

Annexe n° 2 : MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL



Annexe n° 3 : SUIVI ET EVALUATION du Plan stratégique National



Annexe n° 4

ABREVIATIONS

ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARLIN :	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS :	Agence régionale de santé
BMR :	Bactéries multi résistantes
CD :	<i>Clostridium difficile</i>
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CCLIN :	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
COMPAQH :	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CTIN :	Comité technique des infections nosocomiales
CTINILS :	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS :	Direction générale de l'action sociale
DGS :	Direction générale de la santé
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EBLSE :	Entérobactéries productrices de beta-lactamase à spectre élargi
EOH :	Equipe opérationnelle d'hygiène
EOHH :	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
ERG :	Entérocoques résistants aux glycopeptides
FRPSL :	Fédération régionale des professionnels de santé libéraux
HAD :	Hospitalisation à domicile
HPST :	Hôpital, patients, santé, territoires
Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS :	Institut de veille sanitaire
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
MECSS :	Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé
OMEDIT :	Observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
PNPEA :	Plan national de préservation de l'efficacité des antibiotiques
PNSPIAS :	Plan national stratégique de prévention des infections associées aux soins
RAISIN :	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM :	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
URML :	Union régionale des médecins libéraux
URPS :	Union régionale des professions de santé