

Sommaire

I- Tableau de bord des établissements confrontés aux maladies nosocomiales : les résultats 2009

1. Le tableau de bord des infections nosocomiales
2. Que représentent les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales
3. Comment accéder à ces indicateurs ?
4. L'indice SARM
5. Les résultats du tableau de bord 2009

II- Les mesures du plan 2009-2013 pour lutter contre les infections nosocomiales

1. La mise en œuvre du « plan stratégique national de prévention des infections nosocomiales associées aux soins (IAS) 2009-2013 »
2. Le suivi de la mise en place des centres de références pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes
3. La journée « « Hygiène des mains » »
4. Le plan pour la préservation de l'efficacité des antibiotiques

III- Repères : La politique menée par le ministère de la santé sur les infections nosocomiales

1. Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère
2. Les moyens mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales
3. Une première évaluation des objectifs fixés dans le programme 2005-2008 montre qu'ils sont globalement atteints
4. Les temps forts depuis novembre 2009
5. L'information des usagers – information des personnes malades

Annexes - Les infections nosocomiales : contexte

1. Définition et circonstances de survenue
2. Réglementation et législation

I- Tableau de bord des établissements confrontés aux maladies nosocomiales : les résultats 2009

1. Le tableau de bord des infections nosocomiales

L'objectif du tableau de bord des infections nosocomiales est **d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.**

Le tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il vise à améliorer la qualité des soins en permettant un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements. Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.

Le tableau de bord comporte 5 indicateurs et un score agrégé :

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

Pour les données de l'année 2009, le tableau de bord comporte 5 indicateurs : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, Score Agrégé et un indice SARM.

L'ICALIN (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales), est le reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé.

L'ICSHA (indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques), publié pour la cinquième fois est le reflet de la mise en œuvre de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

SURVISO (surveillance des infections du site opératoire), mesure la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après l'opération chirurgicale.

ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques), reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie visant à optimiser la qualité des traitements antibiotiques tout en préservant leur efficacité.

SARM : 1er indicateur de résultat : l'indice SARM permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement pour le SARM, bactérie multi-résistante aux antibiotiques fréquemment en cause dans les infections nosocomiales. Il est calculé sur trois ans (2007, 2008 et 2009). Cet indice ne peut avoir qu'une valeur indicative. Il dépend en effet d'une part, du nombre d'hospitalisation des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) et d'autre part de la politique mise en œuvre dans l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM. Un indice triennal SARM à 0,6 par exemple, signifie qu'en moyenne, au cours des années 2007 à 2009, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation.

SCORE AGREGE, l'indice agrégé permet de résumer les quatre indices du tableau de bord (hormis le SARM) avec la pondération suivante : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%. C'est une façon de lire différemment les quatre indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

2. Que représentent les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ?

Le tableau de bord offre une vision d'ensemble simplifiée de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé. La publicité de ce tableau de bord a pour objectif de valoriser les efforts entrepris par les établissements de santé qui s'impliquent de longue date dans la lutte contre les infections nosocomiales. Elle permet également à ceux qui renforcent leurs actions dans ce domaine de mesurer de façon objective leur progression. L'indicateur ICALIN permet ainsi de situer l'état d'avancement d'un établissement dans la mise en place du dispositif de la lutte contre les infections nosocomiales. L'indicateur ICSHA, indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains, permet de suivre la mise en œuvre effective d'une des techniques utilisées pour l'hygiène, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales. L'indicateur SURVISO renseigne sur l'engagement de l'établissement dans la surveillance du risque infectieux en chirurgie. ICATB objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.

Le score agrégé résume quatre des cinq indicateurs du tableau de bord¹, ce qui permet d'en faciliter la lecture. Cet indice est appelé à évoluer.

Pour les usagers cet indice agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs, sous la forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100.

La classe A distingue les meilleurs établissements.

Les fiches techniques des indicateurs : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB et SARM et celle du score agrégé sont consultables sur le dossier infections nosocomiales du site du Ministère du Travail, de l'Emploi, et de la Santé.

3. Comment accéder à ces indicateurs ?

Les données sur les établissements de santé sont accessibles à tous. Chaque établissement a reçu ses résultats individuels. Le personnel de santé, les patients et leur entourage ont la même information. La démarche de qualité s'accompagne d'une logique de transparence. Les scores et la classe de performance des établissements de santé sont disponibles sur le site Internet du ministère : www.sante.gouv.fr dans les dossier de A à Z, allez à « Infections Nosocomiales » ou sur www.icalin.sante.gouv.fr. La plateforme téléphonique du Ministère Info'Ministère (0820 03 33 33) répond aux appels du public qui souhaite avoir plus d'information sur les infections nosocomiales et la démarche de qualité au sein des établissements de santé.

4. Pour la troisième année, un indicateur de résultat au niveau national : l'indice SARM

Pour la troisième année, un indicateur de résultat est affiché : il s'agit de l'indice SARM :

SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement pour le SARM, bactérie multi-résistante aux antibiotiques fréquemment en cause dans les infections nosocomiales. Il est calculé sur trois ans (2007,2008 et 2009).Cet indice ne peut avoir qu'une valeur indicative. Il dépend en effet d'une part, du nombre d'hospitalisation des patients (le risque d'être colonisé par un

¹ ICALIN [activités de la lutte contre les infections nosocomiales] 40%, ICSHA [utilisation des solutions hydro-alcooliques] 30%, ICATB [maîtrise de l'utilisation des antibiotiques] 20%, SURVISO [surveillance des infections du site opératoire] 10%.

SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) d'autre part de la politique mise en œuvre dans l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM. Un indice triennal SARM à 0,6 par exemple, signifie qu'en moyenne, au cours des années 2007 à 2009, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 opérations.

5. Les résultats du tableau de bord 2009

L'ICALIN, (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales), est le reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé, en particulier de sa Direction, de son équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICALIN 2009						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	84,5%	14,1%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300	83,2%	11,8%	4,0%	0,6%	0,3%	0,0%	321
CH SUP 300	91,4%	7,2%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	222
ETS PSYCHIATRIQUE	67,6%	21,4%	7,6%	2,1%	1,4%	0,0%	290
HOPITAL LOCAL	84,0%	10,8%	4,3%	0,6%	0,0%	0,3%	325
CLINIQUE MCO INF 100	87,8%	9,2%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	238
CLINIQUE MCO SUP 100	92,4%	5,8%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	330
SSR-SLD	70,8%	16,9%	9,4%	2,5%	0,3%	0,1%	726
CLCC	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
HAD	66,7%	9,9%	12,3%	0,0%	9,9%	1,2%	81
HEMODIALYSE	79,7%	8,9%	8,9%	2,5%	0,0%	0,0%	79
MECSS	37,5%	25,0%	34,4%	3,1%	0,0%	0,0%	32
AMBULATOIRE	57,8%	13,3%	17,8%	6,7%	4,4%	0,0%	45
Total général	2200	356	170	34	17	3	2780

Année	Classe de performance ICALIN					
	F	E	D	C	B	A
2004	11,8%	5,5%	13,2%	34,8%	23,1%	11,6%
2005	2,4%	2,8%	6,5%	24,6%	31,1%	32,5%
2006	0,9%	1,0%	3,1%	14,3%	24,6%	56,1%
2007	0,5%	1,1%	2,0%	10,6%	18,3%	67,5%
2008	0,11%	0,96%	1,60%	7,93%	15,26%	74,15%
2009	0,11%	0,61%	1,22%	6,12%	12,81%	79,14%

L'ICSHA (indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques), est le reflet de la mise en œuvre de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICSHA 2009						Effectif
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	Non répondant (%)	
CHR-CHU	97,2%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300 LP	65,4%	19,9%	14,6%	0,0%	0,0%	0,0%	321
CH SUP 300 LP	74,3%	17,6%	8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	222
ETAB. PSY	37,3%	16,8%	31,2%	11,8%	2,9%	0,0%	279
HOPITAL LOCAL	53,1%	18,5%	26,9%	1,2%	0,0%	0,3%	324
CL. INF 100 LP	75,9%	13,9%	8,9%	0,8%	0,0%	0,4%	237
CL. SUP 100 LP	82,4%	12,4%	5,2%	0,0%	0,0%	0,0%	330
SSR-SLD	38,4%	18,8%	36,8%	5,4%	0,4%	0,1%	690
CLCC-CANCER	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
HAD	85,2%	7,4%	4,9%	1,2%	0,0%	1,2%	81
HEMODIALYSE	64,3%	17,1%	17,1%	1,4%	0,0%	0,0%	70
TOTAL	1571	434	547	78	11	4	2645

Année	Classe de performance ICSHA					
	F	E	D	C	B	A
2005	8,4%	21,1%	43,0%	21,8%	2,7%	3,0%
2006	3,1%	10,0%	38,2%	37,5%	6,0%	5,2%
2007	0,9%	5,0%	22,5%	47,3%	11,6%	12,8%
2008	0,7%	2,1%	11,9%	41,8%	17,2%	26,3%
2009	0,2%	0,4%	2,9%	20,7%	16,4%	59,4%

L'ICATB, (indice composite de bon usage des antibiotiques), reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie visant à optimiser la qualité des traitements antibiotiques tout en préservant leur efficacité.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICATB 2009						Effectif
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	Non Répondant (%)	
CHR-CHU	73,2%	5,6%	19,7%	1,4%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300	50,8%	27,7%	19,3%	1,2%	0,9%	0,0%	327
CH SUP 300	62,6%	25,2%	10,4%	1,8%	0,0%	0,0%	219
ETS PSYCHIATRIQUE	48,1%	22,5%	22,1%	3,2%	4,2%	0,0%	287
HOPITAL LOCAL	48,6%	31,4%	17,2%	2,2%	0,3%	0,3%	337
CLINIQUE MCO INF 100	55,9%	29,4%	11,8%	2,5%	0,4%	0,0%	259
CLINIQUE MCO SUP 100	66,4%	21,8%	9,4%	2,1%	0,3%	0,0%	327
SSR-SLD	48,6%	28,6%	19,4%	2,6%	0,7%	0,1%	701
CLCC	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
HAD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	2
TOTAL	1356	654	411	56	23	3	2503

Classe de performance ICATB						
Année	A	B	C	D	E	Non répondant
2009	54,2%	26,1%	16,4%	2,2%	0,9%	0,1%
2008	42,30%	27,90%	23,60%	4,80%	1,30%	0,10%
2007	28,00%	25,60%	34,30%	9,30%	2,40%	0,40%
2006	12,90%	19,30%	38,70%	19,30%	0,00%	0,80%

SURVISO : mesure la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après l'opération chirurgicale

Année	Nombre d'établissements	SURVISO documenté (%)	SURVISO non documenté (nombre)	Total des établissements concernés
2009	1010	98,6%	14	1024
2008	1010	96,4	38	1048
2007	905	85,1	159	1064
2006	788	71,5	314	1102
2005	669	59,7	452	1121

L'INDICE SARM, (nombre de prélèvement à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2007-2009) dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (SARM dits importés) et d'autre part de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Distribution nationale des médianes par catégorie					
Indice Triennal de SAMR 2007-2009					
Catégories d'Etablissements	Médiane	Minimum	Maximum	% de répondant	Nombres d'établissements
CHR-CHU	0,48	0,14	1,01	100,00%	71
CH INF 300 LITS	0,47	0,03	1,56	93,13%	233
CH SUP 300 LITS	0,49	0,08	2,20	98,65%	222
HOPITAL LOCAL	0,23	0,04	1,50	43,48%	138
CLINIQUES MCO	0,38	0,03	1,75	89,25%	214
SSR-SLD	0,22	0,01	1,60	53,37%	356
CLCC	0,4	0,24	0,63	100,00%	11
TOTAL	0,39	0,01	2,20	77,03%	1245

SCORE AGREGE, introduit pour la première fois pour le classement 2006, il permet de résumer les quatre indices du tableau de bord avec la pondération suivante : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%

En 2009, en ont été exclus les 14 établissements chirurgicaux n'ayant pas réalisé de surveillance des ISO.

Distribution nationale des classes par catégorie								
Catégories d'établissements/ Classes	Scores Agrégés 2009							Effectif
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	Non répondant (%)	Exclus(%)	
CHR-CHU	91,5%	8,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300	68,5%	26,2%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	321
CH SUP 300	77,0%	20,7%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	222
ETS PSYCHIATRIQUE	37,2%	34,8%	25,2%	2,4%	0,3%	0,0%	0,0%	290
HOPITAL LOCAL	58,5%	34,8%	6,5%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	325
CLINIQUE MCO INF 100	75,6%	17,2%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	238
CLINIQUE MCO SUP 100	82,1%	15,2%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	330
SSR-SLD	40,5%	37,9%	20,4%	1,0%	0,1%	0,1%	0,0%	726
CLCC	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
HAD	71,6%	13,6%	13,6%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	81
HEMODIALYSE	67,1%	21,5%	10,1%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	79
MECSS	37,5%	25,0%	34,4%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	32
AMBULATOIRE	64,4%	11,1%	11,1%	4,4%	4,4%	0,0%	4,4%	45
TOTAL	1671	757	313	18	4	3	14	2780

Classe de performance score agrégé							
Année	A	B	C	D	E	Non répondant	Exclus
2009	60,1%	27,2%	11,3%	0,6%	0,1%	0,1%	0,5%
2008	31,80%	38,70%	26,30%	1,10%	0,60%	0,10%	1,40%
2007	15,40%	32,80%	42,70%	2,40%	0,50%	0,50%	5,60%

II- Les mesures du plan 2009-2013 pour lutter contre les infections nosocomiales

1. La mise en œuvre du « Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013 »

L'évolution du contexte épidémiologique et celle de l'organisation des soins ces dernières années nécessitent d'adapter la politique du ministère de la santé en matière de prévention des infections associées aux soins.

Le vieillissement de la population et l'augmentation constante du nombre de personnes hébergées en EHPAD (Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes) se traduisent par une augmentation parallèle des transferts de personnes entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Par ailleurs, les phénomènes épidémiques et endémiques touchent la population dans son ensemble et parfois trouvent un terrain de développement au sein même de la population générale.

Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Les infections peuvent être directement liées aux soins dispensés au patient (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe).

Le Plan stratégique national s'articule en trois objectifs :

Le premier objectif du Plan stratégique national est d'étendre la prévention des Infections associées aux soins à tous les secteurs de soins : secteur hospitalier, secteur médico-social, soins de ville

- secteur hospitalier : poursuite des efforts et des progrès réalisés depuis 20 ans avec un nouveau « Programme national de prévention des IAS en établissements de santé ».
- secteur médico-social : action concertée avec la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) du Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. D'ores et déjà, les établissements de plus de 25 lits doivent réaliser une auto-évaluation à partir de référentiels de recommandations de bonnes pratiques (grille ANGELIQUE), notamment sur l'organisation et la qualité des soins. Il s'agit maintenant de développer les bonnes pratiques dans ces établissements en mettant l'accent sur la formation du personnel soignant et sur la coopération par voie de conventionnement, pour qu'ils bénéficient de l'expertise des professionnels en hygiène hospitalière des établissements de santé, des CCLIN et de leurs antennes régionales.

- secteur des soins de ville : l'organisation de ce secteur repose sur une relation individuelle avec les patients. Un programme incitatif sera développé avec les milieux professionnels, notamment les URPS. Il comprendra notamment un renforcement de la prévention des IAS dans les programmes de formation médicale continue (FMC) et dans les référentiels des « Evaluations des pratiques professionnelles » (EPP).

Autres pratiques à risque infectieux : ces dernières années, le ministère chargé de la santé a été confronté à des séries de cas d'infections consécutives à des pratiques non médicales : micro-greffes capillaires, mésothérapie, tatouage-piercing, carboxythérapie, ... Ces pratiques sont réalisées dans des cadres peu organisés. Face à la succession de ces épisodes, le ministère en charge de la santé va réaliser une analyse détaillée des pratiques non médicales appliquées sur le corps humain afin d'envisager un cadre de protection des usagers pour prévenir leurs conséquences sanitaires.

Chaque secteur a ses propres règles de fonctionnement. Au sein de chaque secteur, les professionnels de la santé réalisent des soins dont le risque infectieux est très variable. Si les exigences de qualité doivent être les mêmes pour tous, les modalités de prévention des IAS doivent être adaptées au risque réel engendré par la nature des soins et le profil des patients pris en charge.

Le deuxième objectif du Plan stratégique national est d'adapter les programmes d'action aux spécificités des secteurs de soins et des catégories d'établissements ou de professionnels de santé.

Les orientations et directives nationales ne peuvent pas prévoir tous les cas de figures recensés dans les deux cadres décrits précédemment. L'échelon national doit fixer le cadre général des actions à développer, les priorités et les objectifs à atteindre. Dans ce cadre, selon les secteurs de soins et selon les catégories d'établissements, l'adaptation des modalités d'organisation et des priorités doit être confiée à l'échelon qui a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique nationale. Dans le cadre de la loi « Hôpital-patient-santé-territoire », les Agences Régionales de Santé (ARS) devront veiller « à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements médico-sociaux ».

Le « Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 »

Ce programme prend la suite du programme 2005-2008 qui a en grande partie atteint ses objectifs. Il est organisé autour de six orientations nationales, avec des déclinaisons régionales et locales pour les établissements de santé, et des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les 6 grandes orientations sont de promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins, optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique, maintenir l'utilisateur au centre du dispositif, améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins et promouvoir la recherche sur les infections associées aux soins.

Les indicateurs de résultats vont être de plus en plus utilisés pour compléter la mesure des actions et l'organisation des établissements de santé. Des objectifs de résultats sur des pratiques à risque et la maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques sont fixés.

Les objectifs à atteindre en 2012 pour les établissements de santé sont :

- Diminution d'un quart du taux d'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux en réanimation ;
- Diminution d'un quart du taux d'incidence des infections du site opératoire, pour des interventions à faible risque d'infection ;
- Diminution d'un quart du taux d'incidence des accidents exposant au sang ;
- Utilisation par 100% des établissements pratiquant la réanimation des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de cathéters lors de la pose et de la surveillance ;
- Utilisation par 100% des établissements d'outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires ;
- Intégration par 100% des établissements chirurgicaux du suivi des infections du site opératoire dans leur système d'information hospitalier ;
- Utilisation par 100% des établissements pratiquant la chirurgie des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux périopératoire ;
- Mise en place par 100% des établissements des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves ;
- Que 100% des établissements assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES) survenant dans l'établissement et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES ;
- Diminution d'un quart du taux d'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation ;
- Que 100% des établissements de santé aient atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques ;
- Que 100% des établissements de santé aient défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes adapté à leur activité ;
- Que 100% des établissements de santé concernés aient inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et aient évalué son application dans le dossier patient ;
- Que 100% des établissements de santé disposent d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique ;
- Que 100% des établissements aient mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B ;
- Que 100% des établissements de santé aient une procédure de signalement interne et externe opérationnelle ;

- Que 100 % des établissements soient en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène ;
- Que 100% des établissements de santé aient mis en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux ;
- Que 100% des centres participants au dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes aient évalué la satisfaction des patients pris en charge par le dispositif.

Ces données sont déjà suivies à l'échelon national par les réseaux de surveillance du RAISIN².

Vers des nouveaux indicateurs

Le tableau de bord des infections nosocomiales 2009 met en évidence que la plupart des objectifs du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 ont été atteints. Dans ce contexte, les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales vont évoluer pour prendre en compte les objectifs fixés par le plan stratégique national de prévention des infections associés aux soins et par le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Les indicateurs de processus vont évoluer vers toujours plus d'exigences avec des versions 2 : ICALIN2, ICATB2, ICSHA2.

Les nouveaux indicateurs de processus vont être spécifiques sur la chirurgie et les BMR : ICA-Chir, ICA-BMR.

Des indicateurs de résultats vont compléter l'indice sur le taux triennal d'infections à SARM. Ils porteront sur des infections considérées comme graves et évitables : les bactériémies à SARM, les infections du site opératoire, les infections sur cathéters veineux.

Pour construire la démarche

Pour construire la démarche, la DGOS a mis en place un groupe de réflexion depuis juillet 2010 regroupant des experts (les 5 CCLIN), le HCSP (commission sécurité des patients), les représentants des établissements de santé (les fédérations, les représentants des présidents de CME du CHU, CH, privé), le pôle santé de la Médiature de la République, le CISS (le lien), la HAS, les 2 équipes de recherche sur les indicateurs (Compaq-HPST, CLARTE).

Une attention particulière aux « patient safety indicators - PSI » en cours d'étude au niveau de l'Europe seront également suivis. Le HCSP a été saisi sur cette base pour élaborer les indicateurs de résultats. Une équipe de recherche (CLARTE, sous le pilotage du Pr Cyrille Colin) en testera la faisabilité.

La diffusion publique de ces indicateurs est progressive. En effet, dans un premier temps, les indicateurs seront disponibles à l'échelon national. Les établissements reçoivent leur résultat à titre individuel sans diffusion publique permettant ainsi de tester l'indicateur et aux établissements de se l'approprier.

2. Le suivi de la mise en place des centres de références pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes :

Les infections ostéo-articulaires complexes associées aux soins recouvrent essentiellement les infections sur prothèse ou sur matériel d'ostéosynthèse et les infections post-traumatiques qui sont le plus souvent des infections post-opératoires. Ces infections peuvent mettre en jeu le pronostic vital mais beaucoup plus souvent le pronostic fonctionnel. Le nombre de nouveaux cas d'infections ostéo-articulaires prothétiques en France est estimé entre 2000 et 2500 par an.

Le ministre en charge de la santé a mis en place 8 centres de référence en octobre 2008. Ces centres ont déjà une organisation et une expérience dans la prise en charge de cette pathologie. Leur premier objectif est la coordination et l'expertise afin qu'un patient touché par une infection ostéo-articulaire complexe puisse bénéficier de la meilleure prise en charge possible. Les centres jouent aussi un rôle de recours pour les patients qui nécessitent une prise en charge plus complexe.

Le dispositif doit permettre que tout patient atteint d'une infection ostéo-articulaire bénéficie d'une expertise par un centre de référence, la prise en charge pouvant se faire en coordination avec un établissement de proximité.

Modalités d'identification des centres

Sur la base d'un cahier des charges rédigé par six sociétés savantes² en collaboration avec l'association de patients Le Lien et sur l'avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), des directives ont été données aux Agences régionales d'hospitalisation par la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins afin de désigner un centre pour chacune des inter-régions métropolitaines, et deux pour l'Île de France.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a fourni aux régions des éléments d'activités relatifs aux établissements pour les aider à faire un choix.

Les établissements candidats ont élaboré des projets et les régions ont analysé les propositions d'organisation avec un objectif d'efficacité et de qualité du service rendu au patient dans le cadre des schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS).

Les critères reposaient sur les modalités d'organisation des centres et de prise en charge des patients, le regroupement des compétences, le partenariat avec d'autres établissements de santé pour une prise en charge de proximité de tous les patients concernés, et l'activité d'enseignement et de recherche.

Les Agences régionales d'hospitalisation ont proposé une liste à la ministre en septembre 2008 et les centres ont été annoncés en octobre 2008.

Répartition géographique des centres

Il existe un centre de référence au sein de chaque inter région définie dans le cadre des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS).

² Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), Société Française de Microbiologie (SFM), Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), Société Française de Rhumatologie (SFR), Société Française de chirurgie orthopédique (SOFOT)

Les 8 centres sont :

le CHU de LILLE (région Nord pas de Calais) pour l'inter-région Nord Ouest, regroupant les régions Basse Normandie, Haute Normandie, Picardie, Nord Pas de Calais,

le CHU de REIMS (région Champagne-Ardenne) pour l'inter-région Est, regroupant les régions Alsace, Bourgogne, Champagne Ardennes, Franche-Comté, Lorraine,

le CHU de TOURS (région Centre) pour l'inter-région Ouest, regroupant les régions Bretagne, Centre, Pays de Loire, Poitou Charente,

les HOSPICES CIVILS DE LYON (région Rhône-Alpes) pour l'inter-région Sud Est, regroupant les régions Auvergne, Rhône Alpes,

l'AP-HM (région PACA) pour l'inter-région Sud méditerranée, regroupant les régions Corse, Languedoc Roussillon, PACA,

le CHU de TOULOUSE (région Midi-Pyrénées) pour l'inter-région Sud Ouest, regroupant les régions, Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées,

Le GROUPE HOSPITALIER DIACONESSES-CROIX-ST-SIMON et l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS pour la région Ile de France.

Le financement des centres

Les centres de référence ont bénéficié d'un financement en 2008 et 2009 pour leur activité de coordination et de recours. Un montant de 147 500 euros est alloué à chaque centre pour un montant total de 1.18 M€. Parallèlement en 2009, 920 000 euros ont été mobilisés sur la masse tarifaire pour assurer au travers de tarifs adaptés le financement des surcoûts liés à la prise en charge des IOA complexes dans les centres de référence. Ce dispositif tarifaire se perfectionnera en 2011.

Le dispositif se met en place

Le dispositif se structure. Chaque centre est en train d'organiser un accueil téléphonique centralisé pour répondre à la demande du grand public et à la demande d'expertise de la part des professionnels (médecin traitant, chirurgien,...). Ils doivent communiquer localement sur la mise en place du dispositif au niveau de leur inter région.

Le point d'entrée vers un centre reste le médecin traitant ou l'établissement de santé en charge du patient qui évoque le diagnostic d'infection ostéo-articulaire.

Le centre doit jouer son rôle d'expertise en confirmant ou non le diagnostic et en établissant la meilleure prise en charge pour le patient (mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire pour les situations complexes, rédaction de protocoles standardisés pour faciliter le traitement des cas plus simples...). Le centre jouera ensuite son rôle de coordination en orientant le patient.

Il s'agit donc d'organiser la filière de prise en charge la plus adaptée à la gravité de l'infection diagnostiquée.

Pour plus d'informations, un dossier spécifique a été créé sur le site du ministère en charge de la santé : www.sante.gouv.fr dossier « infections ostéo-articulaires ». On y retrouve entre autres les coordonnées complètes des centres de référence.

3. La journée « Hygiène des mains » en mai 2010

La première journée nationale « Mission mains propres » au slogan « des mains désinfectées = des risques évités » s'est déroulée le 23 mai 2008 a été mise en œuvre dans presque 60% des établissements de santé (1651 établissements de santé) et a mobilisé environ 140 000 professionnels et usagers.

Avec des messages clairs, « la friction c'est simple, rapide, efficace et bien tolérée », la campagne se veut incitative pour faire respecter des précautions efficaces et simples pour tous les patients.

En fournissant aux établissements de santé des plaquettes d'information et des affiches, il s'agit de sensibiliser les professionnels et les usagers sur ce thème et de laisser la possibilité à chacun de s'organiser en fonction de son établissement.

Le 5 mai 2009 s'inscrivait dans le cadre de la journée mondiale « Save lives, clean your hands » (sauvez des vies, lavez vous les mains). La ministre a signé la charte « *pour des soins propres* de l'OMS », en vidéo conférence avec le Pr Pittet (HUG Genève) chargé du programme pour l'OMS.

2010 a été la troisième année de promotion de l'hygiène des mains le 05 mai 2010. La France est le plus gros contributeur mondial sur le compteur de l'OMS : 2323 établissements engagés au 28 juillet 2010.

Cette journée sera reconduite en 2011.

4. « Plan pour la préservation de l'efficacité des antibiotiques »

Depuis les années 1990, la France figure parmi les pays les plus utilisateurs d'antibiotiques, avec environ 100 millions de prescriptions antibiotiques par an, dont 80% en ville, où 30% des prescriptions sont inappropriées. Cette surconsommation a participé à l'apparition de nombreuses résistances bactériennes, en ville et à l'hôpital. La résistance aux antibiotiques est le déterminant de santé numéro 30 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Prenant conscience du risque pour la santé que représente l'antibiorésistance, la France, dès 2001, a mis en place un plan d'action pluriannuel ayant comme objectif de maîtriser et de rationaliser la prescription des antibiotiques. Le plan 2001- 2005 et le plan 2007-2010 ont servi de cadre à des actions telles que les campagnes de communication grand public « les antibiotiques, c'est pas automatique » de la CNAMTS.

III - Repères : La politique menée par le ministère de la santé sur les infections nosocomiales

1. Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère

- Réduire significativement le nombre d'infections nosocomiales ;
- Réduire la fréquence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.

En 1995 :

Un premier plan coordonné d'actions de lutte contre les infections nosocomiales était lancé par le ministère. Ses objectifs étaient de réduire significativement le nombre d'infections nosocomiales et la fréquence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Les avancées majeures qui en résultent constituent aujourd'hui le socle de la politique nationale :

Données 2009 :

- 94,5% des établissements disposent de professionnels en hygiène hospitalière
- 96% des établissements ont élaborés un programme d'actions annuel.
- des antennes de lutte contre les infections nosocomiales au niveau régional, avec des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN) dans l'interrégion ;
- un réseau national de surveillance épidémiologique coordonné par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) et performant tant au plan de la qualité méthodologique que du nombre d'établissements et de services participants ;
- un maillage avec les référents régionaux des ARS

2. Les moyens mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales

- Des recommandations nationales de référence, garantes d'une culture de bonnes pratiques commune ;
- Une mise en place à part entière de l'hygiène hospitalière dans la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- Un dispositif de signalement des infections nosocomiales les plus graves, rares ou les plus inhabituelles (en juillet 2001), sans équivalent à l'étranger.

En 2003, afin de prendre en compte les actions développées depuis 1995 et les évolutions du système de santé publique français, un groupe de travail réunissant des représentants du CTNLS, de l'InVS, de la SFHH (société française d'hygiène hospitalière) et du ministère chargé de la santé s'est **attaché à élaborer nouveau programme 2005-2008 pluriannuel.**

Ce Programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 est arrivé à échéance, un nouveau programme 2009-2013 a été élaboré.

3. Une première évaluation des objectifs fixés dans le programme 2005-2008 montre qu'ils sont déjà globalement atteints

- « Entre 2005 et 2008, 100% des établissements de santé ont fait progresser le score ICALIN et il n'y a plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats E en 2008 ». **En 2009, il reste 17 établissements de santé en classe E (79 en 2005). 91,9% des établissements de santé sont en classes A ou B (63,6% en 2005).**
- « Entre 2005 et 2008, 75% des établissements de santé ont doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques (utilisée pour l'hygiène des mains) ». L'objectif national annoncé de 20 litres pour 1000 journées d'hospitalisation peut se traduire par l'équivalent, en moyenne, de 7 frictions effectuées par patient et par jour. La réflexion autour de l'élaboration des classes de performance de cet indicateur a conclu à la nécessité de pondérer l'objectif à atteindre en fonction des types d'activités, ceci permet d'adapter cette mesure à tous les établissements de santé. L'ICSHA est le rapport entre le volume consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation. Il est exprimé en pourcentage de réalisation de l'objectif. **En 2009, on note une progression des établissements classés A ou B qui représentent 75,8 % des établissements qui reste à poursuivre.**
- « 75% au moins des établissements de santé réalisent des audits de bonnes pratiques ». En 2009, 91,2% (2534) des établissements ont réalisé au moins une action d'évaluation. Ces évaluations se sont réalisées sous forme d'audit pour 86,5% d'entre eux soit 2403 actions d'audits
- « 100% des établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé une surveillance des infections du site opératoire (ISO) ». **En 2008, 1010 des 1024 établissements (98,6%) ayant une activité chirurgicale ou obstétricale ont réalisé une surveillance des ISO (60,3% en 2005).**
- « 100% des établissements de santé présentent dans le livret d'accueil leur programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé et 100% des établissements de santé affichent le tableau de bord ». **En 2009, 97,6% des établissements de santé ont fait cette présentation dans leur livret d'accueil (83,5% en 2005)**
- « 100% des établissements de santé ont organisé le signalement (procédure de signalement affichée, professionnel chargé du signalement nommé selon le r 711-1-14 du Code de la Santé Publique) ». **En 2008, 2707 (97,5 %) établissements ont désigné un responsable du signalement.**
- 100% des établissements de santé ont une commission des anti-infectieux et 100 % des hôpitaux ont des protocoles de bon usage des antibiotiques et disposent d'un suivi de la consommation des antibiotiques (5ème indicateur figurant dans le tableau de bord). **En 2009, 91,9%% des établissements de santé disposent d'une commission du bon usage des antibiotiques. En 2009, 82%% des établissements ont défini un protocole d'antibiothérapie de première intention. En 2009, 91,5% réalisent une surveillance de la consommation des antibiotiques.**

4. Les temps forts depuis novembre 2009

09 décembre 2009 : cinquième parution des résultats du tableau de bord des infections nosocomiales pour la quasi totalité des établissements (pour 2009, moins 1% des non répondants, n = 3/2780). **31 décembre 2009** : décret relatif aux dispositions applicables en cas de non respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et arrêté relatif fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

- **5 mai 2010 : troisième journée nationale de** sensibilisation à la friction des mains avec un produit hydro-alcoolique. Cette journée s'est inscrite dans la cadre de la journée mondiale « Save Lives : clean Your Hands ». 1900 établissements de santé se sont inscrits pour participer à cette manifestation sur le site du ministère chargé de la santé,
- **18 novembre 2010** : troisième journée européenne de sensibilisation sur les antibiotiques.
- **23 novembre 2010** : colloque sur la sortie d'ENEIS, deuxième enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (plus d'informations sur www.sante.gouv.fr dans la rubrique DREES/manifestations)

5. L'information des usagers – information des personnes malades

- **Le renforcement de la transparence**

Les établissements de santé sont tenus de renseigner le public sur la lutte contre les infections nosocomiales à travers le livret d'accueil remis au patient hospitalisé.

Les établissements de santé grâce à la loi HPST ont une obligation de diffusion publique des résultats des indicateurs sous peine de sanction financière. Les indicateurs relatifs aux infections nosocomiales en font partis.

Un représentant des usagers siège dans chacune des instances nationales (haut conseil de la santé publique, RAISIN, groupe de travail sur les indicateurs...).

Le médiateur de la république a créé un pôle santé et sécurité des soins³ qui reprend les attributions de **la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (IDMIN)** de la HAS.

Les informations relatives aux voies d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales et les recommandations des bonnes pratiques d'hygiène sont consultables sur le dossier infections nosocomiales du site du Ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr

³ <http://www.securitesoins.fr/>

Annexes- Les infections nosocomiales

1. Définition et circonstances de survenue

Qu'est-ce qu'une infection nosocomiale ?

Les infections nosocomiales (IN) sont les infections contractées dans un établissement de santé.

Cette définition, issue des « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » édité en 1999, a été actualisée en novembre 2006, par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins, avec la participation de membres de la Commission Nationale des Accidents Médicaux et la consultation d'experts pluridisciplinaires.

Comment se transmettent les infections nosocomiales ?

Les infections peuvent être directement liées aux soins dispensés au patient (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe). Il existe plusieurs types d'infections nosocomiales relevant de **modes de transmission différents** :

- Les infections d'origine "endogène" : le malade s'infecte avec ses propres micro-organismes, à l'occasion d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière ;
- Les infections d'origine "exogène" : les micro-organismes ont pour origine les autres malades (transmission croisée entre malades ou par les mains ou matériels des personnels), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier (eau, air, équipements, alimentation...).

Quelle peut-être la gravité d'une infection nosocomiale?

Toutes les infections n'ont pas la même gravité. Cette gravité dépend, d'une part de l'état du patient et d'autre part, de la virulence de l'agent infectieux. Plus le patient est fragilisé, plus l'infection sera grave.

Les infections urinaires, qui représentent les infections nosocomiales les plus fréquentes, ne sont en général pas graves. En revanche, certaines infections pulmonaires ou certaines septicémies (infections provoquées par des agents pathogènes présents dans le sang) peuvent être très graves et parfois entraîner la mort.

Quelles sont les infections nosocomiales les plus courantes ?

La dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales menée en 2006 montre que les infections les plus fréquentes touchent l'appareil urinaire (30 % des IN), les voies respiratoires (la pneumopathie représente 15 % des IN) et le site opératoire (intervention chirurgicale) 14 %.

Combien de personnes meurent chaque année d'une infection nosocomiale?

On estime que les infections nosocomiales sont la cause directe de plus de 3 500 décès par an en France (estimation extrapolée à partir de l'enquête menée par le CCLIN Paris Nord en 2001 / moins 12% 2001-2006).

Quels sont les facteurs favorisants ?

Quel que soit son mode de transmission, la survenue d'une infection nosocomiale est **favorisée par la situation médicale du patient** qui dépend de :

- **son âge et sa pathologie** : sont particulièrement réceptifs les personnes âgées, les personnes immunodéprimées, les nouveau-nés, en particulier les prématurés, les polytraumatisés et les grands brûlés ;
- **certains traitements** (antibiotiques qui déséquilibrent la flore bactérienne des patients et sélectionnent les bactéries résistantes ; traitements immunosuppresseurs) ;
- **la réalisation d'actes invasifs nécessaires au traitement du patient** : sondage urinaire, pose d'un cathéter, ventilation artificielle ou intervention chirurgicale ...

Les progrès médicaux permettent de prendre en charge des patients de plus en plus fragiles qui cumulent souvent de nombreux facteurs de risque. Cela impose de prendre en compte ces facteurs de risque lors de l'interprétation des taux d'infections nosocomiales mesurés dans les enquêtes épidémiologiques.

Aussi, la prévention des infections nosocomiales est complexe car la plupart d'entre elles relèvent de plusieurs facteurs. S'il est difficile de maîtriser tous les facteurs liés à la situation médicale des patients dans l'état actuel de nos connaissances, la qualité des soins et la sécurité de l'environnement hospitalier doivent en revanche faire l'objet d'une vigilance renforcée et d'actions de prévention.

La vigilance accrue autour de l'application de gestes simples d'efficacité démontrée, comme l'hygiène des mains entre chaque soin et le port de gants pour réaliser un geste invasif sont des éléments fondamentaux de la sécurité des soins.

La démarche de prévention des infections nosocomiales doit s'inscrire dans une démarche globale de gestion des risques hospitaliers.

2. Réglementation et législation

Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales s'est déployé à la faveur des plans nationaux pluriannuels successifs (1995-2000, 2005-2008, 2009-2013) de lutte contre les infections nosocomiales.

Ce dispositif se décline à plusieurs niveaux.

Au niveau local

Au niveau des établissements : un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, une équipe opérationnelle en hygiène

Chaque établissement de santé doit disposer d'une équipe et élaborer un programme d'actions. En 2009, 96 % des établissements de santé ont élaboré un programme d'actions (n = 2777).

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est chargée de la mise en œuvre du volet « lutte contre les infections nosocomiales » du programme d'actions de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est composée d'un médecin ou pharmacien hygiéniste, d'une infirmière hygiéniste, et parfois de techniciens bio-hygiénistes, secrétaire, ou d'autre type de personnel en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement de santé. En 2009, 94,5% des établissements de santé déclarent disposer d'une EOHH (69% en 2004). Ces 2624 EOHH sont composées de 3111,96 équivalents temps plein dont 725,59 ETP de médecins et pharmaciens et 1793,30 ETP d'infirmiers.

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) et l'article L6111-2 précisent les nouvelles missions des établissements de santé : les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Ils organisent dans ce cadre, la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins (infections nosocomiales) et l'iatrogénie.

La loi HPST du 21 juillet 2009 porte ainsi une priorité sur la qualité et la sécurité des soins. Elle a permis l'assouplissement de l'organisation des établissements de santé en échange de démarche de gestion de projet et de résultats. Il n'y a ainsi plus d'obligation de constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales.

La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et propose au directeur le programme d'actions. La lutte contre les infections nosocomiales constitue un volet du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le décret relatif à la lutte contre les événements indésirables du 12 novembre 2010 met l'accent sur le rôle d'expert de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Cette dernière agit en étroite collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Les comités de lutte contre les infections nosocomiales pourront être maintenus dans des établissements de santé, transformés dans d'autres, en fonction des organisations arrêtées par le directeur de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés.

L'organisation en place doit permettre notamment de mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement ; d'analyser les événements indésirables ; de prioriser les actions, afin de proposer un programme d'actions en fonction des risques de l'établissement et de mettre en œuvre le programme.

L'équipe opérationnelle d'hygiène avec sa valence médicale et paramédicale est l'expert technique en matière de prévention des infections nosocomiales. Elle est formée et à accès aux données nécessaire à l'exercice de ses missions.

Au niveau Interrégional et régional

- En 1992, cinq structures interrégionales, les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), ont été créées en appui aux établissements de santé. Ces centres ont des missions de coordination, de conseil et d'expertise.
- Se sont constitués progressivement des relais régionaux à l'initiative des régions et depuis 2006 ces structures régionales ont été officialisées. Dénommées antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, elles sont chargées d'assurer un relais des CCLIN auprès des établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). La mise en place effective de ces antennes dans chaque région est presque aboutie.

⁴ Arrêté du 17 mai 2006 relatif à la création d'antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

Au niveau national

- Les missions de l'instance nationale (CTIN) qui avait été créée en 1992 ont été redéfinies, en 2004 afin de séparer l'expertise scientifique du risque infectieux de la gestion nationale de ce risque dans le cadre du programme pluriannuel. C'était la création du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS). Une nouvelle évolution a eu lieu en 2008 avec l'intégration au Haut conseil de la santé publique (arrêté du 1er octobre 2007 paru au JO du 20 octobre 2007). Le CTINILS est devenu la commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » (arrêté du 6 octobre 2008) et sa première réunion a eu lieu le 23 janvier 2009. Cette sous - commission réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des risques liés aux infections nosocomiales, des risques liés à des soins et des risques liés à des pratiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques.
- La surveillance épidémiologique (enquête nationale de prévalence, réseaux de surveillance de l'incidence des ISO5, BMR6, AES7, infections nosocomiales en réanimation et de la consommation des antibiotiques) et la gestion des alertes nosocomiales sont coordonnées au niveau national par le Réseau d'alerte, d'investigation et surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), qui associe les 5 C.CLIN et l'InVS.
- Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales afin de constituer un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers. Depuis début janvier 2009, cette mission a rejoint les équipes du Médiateur de la République pour mettre en place un pôle santé et sécurité des soins. Ce pôle est dédié à l'information des usagers et à la médiation entre les patients et les professionnels de la santé. Le Médiateur est désormais compétent pour traiter des sujets tels que le non respect du droit des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins. Son périmètre d'action s'étend à tous les établissements publics et privés de santé ainsi qu'à la médecine de ville. Ses principaux objectifs sont de rétablir la confiance entre le monde médical et les usagers du service de santé et de participer à l'amélioration de la sécurité des soins. "Informer, dialoguer, alerter" sont les mots d'ordre de ce nouveau pôle santé et sécurité des soins.

⁵ Infections de site opératoire

⁶ Bactéries multirésistantes aux antibiotiques

⁷ Accidents d'exposition au sang