

INFECTIONS NOSOCOMIALES :

LE DOSSIER

Janvier 2007

SOMMAIRE

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DEFINITION ET CIRCONSTANCES DE SURVENUE	3
UNE FREQUENCE COMPARABLE AUX PAYS EUROPEENS, UNE TENDANCE A LA DIMINUTION	5
ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DES STRUCTURES SPÉCIFIQUES, DES MOYENS RENFORCÉS, UN PROGRAMME NATIONAL PLURIANNUEL	9
STÉRILISATION ET DÉSINFECTION DES MATERIELS MÉDICAUX : UN ENSEMBLE COHÉRENT DE MESURES	13
MAÎTRISER LA DIFFUSION DES BACTÉRIES RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE : UN DEFI A RELEVER	16
RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE	18
FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE	20
INFORMATION DU PUBLIC ET INFORMATION INDIVIDUELLE DES PERSONNES	22
COMMENT SONT ÉVALUÉS LES RESSOURCES DISPONIBLES ET LES ACTIONS MENEES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE ?	25
LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : LES ACTIONS DOIVENT ÊTRE TRANSPARENTES, LES RÉSULTATS DISPONIBLES POUR TOUS	27
ICALIN : INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	29
ICSHA	32
SURVISO	34
ABREVIATIONS	35

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DEFINITION ET CIRCONSTANCES DE SURVENUE

Définition

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

Une infection est considérée nosocomiale si elle était absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement de santé. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est généralement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai d'au moins 48 heures d'hospitalisation ou un délai supérieur à la période d'incubation de l'infection. En cas d'infection du site opératoire, le délai communément admis est de 30 jours, ou, s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, d'une année après l'intervention.

Cette définition, issue des « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » édité en 1999 et en cours de réactualisation, est à visée épidémiologique. Un important travail a été engagé depuis 2005 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, afin d'actualiser les définitions des infections nosocomiales. Il s'agit en effet de rendre les outils de surveillance et de prévention cohérents avec l'évolution des connaissances scientifiques et de prendre en compte le développement de nouveaux modes de prise en charge médicale et technique des patients, qui accordent aujourd'hui une large place au secteur ambulatoire et aux soins de ville. Les conclusions de ces travaux ont fait l'objet d'une consultation publique sur le site du ministère au printemps 2006 et seront publiées fin janvier 2007.

Des origines multiples

Ces 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 la faveur 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 ..).

Des 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 nouveaux-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.



A
B
C
D
E
F

UNE FREQUENCE COMPARABLE AUX PAYS EUROPEENS, UNE TENDANCE A LA DIMINUTION

La surveillance des infections nosocomiales fait partie des actions que les établissements de santé sont tenus de mettre en place (décret n°99-10 34 du 6 décembre 1999).

Depuis plus de 15 ans, la mobilisation des professionnels hospitaliers et des structures de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales permet de disposer de nombreuses données sur les infections nosocomiales.

Les différentes sources d'informations relatives aux infections nosocomiales sont les données issues de la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales (enquêtes d'incidence et de prévalence, reposant sur le volontariat) et le dispositif de signalement obligatoire à l'autorité sanitaire de certaines infections nosocomiales, mis en place en juillet 2001.

La surveillance des infections nosocomiales requiert une organisation et une charge de travail très importantes pour les établissements de santé, et constitue avant tout un des outils utilisés pour adapter leur stratégie de prévention.

Les enquêtes de prévalence permettent d'avoir une description globale à un moment donné des infections nosocomiales. Elles sont simples à mettre en œuvre. Cependant, les taux d'infections calculés ne sont interprétables que sur des populations suffisamment importantes, et leur comparaison dans le temps est soumise à certaines limites. En 2005, 791 établissements déclarent avoir réalisé une enquête de prévalence (vs 852¹ en 2004) concernant au total 5958 services (vs 5103 en 2004).

Les enquêtes d'incidence consistent à étudier, au fur et à mesure de leur survenue, tous les nouveaux cas d'infections et permettent une mesure précise du risque de contracter une infection pour un patient admis à l'hôpital. Elles permettent aussi de prendre en compte les facteurs propres au patient ou aux soins qu'il reçoit, autorisant alors des comparaisons dans le temps ou entre établissements. Elles sont par contre beaucoup plus complexes à mettre en place et nécessitent une charge de travail plus importante.

En 2005, 1454 établissements sur 2733 ont déclaré avoir réalisé une enquête d'incidence. Ils étaient 1214 (sur 2428) en 2004 et 1086 (sur 2290) en 2003.

En 2005, 75.5 % des établissements de santé (n=2163) diffusent les résultats de la surveillance épidémiologiques aux services participants (67% en 2004, n= 2428 ; 63,7% en 2003, n = 2290).

Une surveillance nationale coordonnée par le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN)

Le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), partenariat entre l'Institut de veille sanitaire (InVS) et les Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) a été créé en mars 2001 afin d'harmoniser au plan national les méthodes de surveillance des infections nosocomiales et coordonner les actions des CCLIN en matière d'alerte et de surveillance.

[URL : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/raisin/default.htm>]

Les cinq réseaux thématiques nationaux de surveillance de l'incidence des infections nosocomiales (infections du site opératoire, bactéries multi-résistantes, bactériémies nosocomiales, accidents avec exposition au sang des professionnels de santé et infections en réanimation) développés par le RAISIN permettent de disposer de données

¹ Tous les établissements ne doivent pas réaliser une enquête de prévalence chaque année. Le nombre d'établissements et de services varient donc d'une année sur l'autre. Chaque établissement doit par contre avoir une stratégie de surveillance adaptée au profil ou aux problèmes spécifiques de l'établissement, qui peuvent avoir été identifiés par exemple au cours d'une première enquête de prévalence

épidémiologiques de qualité issues d'un nombre important d'établissements, ce qui n'est pas le cas de la plupart des pays européens.

Réseau	Nombre d'établissements participants
Infections du site opératoire	272 (2003)
Bactéries multi-résistantes	527 (2004)
Bactériémies nosocomiales,	137 (2003)
Infections en réanimation	133 (2005)
Accidents avec exposition au sang des professionnels de santé	371 (2004)

A
B
C
D
E
F

Infections du site opératoire : porter une attention particulière sur les patients à faible risque d'infection

Chaque année, les services de chirurgie participant au réseau ISO-RAISIN conduisent une enquête pendant trois mois en incluant jusqu'à 200 patients consécutifs, qui sont suivis jusqu'à 30 jours après l'intervention chirurgicale. Les facteurs de risque individuels du patient et les caractéristiques de l'intervention sont documentés au moment de l'intervention.

Les rapports ISO-RAISIN, accessibles sur le site de l'InVS, fournissent des taux d'infection par type de procédure chirurgicale et par catégorie de risque des patients, pour les années 1999 à 2004. Ces données de surveillance, recueillies sur un large échantillon d'établissements de santé, servent de référence pour évaluer et guider les actions de prévention des services de chirurgie. Elles contribuent aussi à l'évaluation de l'importance de ce problème et à l'orientation de la politique nationale de lutte contre ces infections.

En 2003 et en 2004, 107 576 interventions ont été incluses ; 1 616 (1,5%) ont été suivies d'une infection du site opératoire (ISO), dont 76% dans les deux premières semaines. Parmi ces infections, 40,3% étaient des infections profondes de l'incision ou des infections de l'organe, site ou espace opéré. L'incidence des ISO variait en fonction du risque infectieux de l'intervention (mesuré par le score NNIS), de 0,9% pour les interventions classées à faible risque (NNIS-0) à 14% pour les interventions classées à risque élevé (NNIS-3). L'incidence des ISO était de 0,6% pour les interventions chez des patients n'ayant aucun facteur de risque. Une analyse globale des données agrégées de 1999 à 2004 montre que le taux global d'incidence des ISO est passé de 2% en 1999 (pour 79 803 interventions) à 1,6% en 2004 (pour 126 451 interventions) soit une réduction de 23% pour l'incidence globale et de 17% pour les interventions classées à faible risque (NNIS-0).

Les enquêtes nationales de prévalence : des résultats comparables aux autres pays européens

Trois enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) ont été réalisées en 1996, en 2001 et en juin 2006. En 2001, 1 533 établissements hospitaliers, représentant 78% des lits d'hospitalisation français, ont participé. Il s'agit de la plus importante enquête de prévalence des infections nosocomiales jamais réalisée. En 2006², 2 337 établissements de santé, soit 804 de plus qu'en 2001, représentant 95% des lits d'hospitalisation en France ont participé à l'ENP 2006 et 358 467 patients ont été inclus. Le jour de l'enquête ENP 2006, 17 820 patients étaient infectés soit une prévalence de patients infectés de 4,97% ; 19 296 IN étaient recensées chez ces patients soit une prévalence des IN de 5,38%. La comparaison de la prévalence entre 2001 et 2006 au sein des établissements ayant participé aux deux enquêtes et sur la base des mêmes définitions pour les 2 enquêtes indique une diminution modérée (4%) de la prévalence des patients infectés, et une diminution plus

² Les premiers résultats globaux sont présentés le 18 janvier 2007 et mis en ligne sur le site de l'InVS

importante (38%) de la prévalence des patients infectés par un *Staphylococcus aureus* (SARM).

Si la prévalence en France en 2006 est dans les limites basses des résultats européens où elle varie entre 4,9 à 8,5% (7,2% en Suisse en 2004, 9% en Finlande en 2005), la survenue d'une IN n'en reste pas moins un évènement qui n'est pas rare (1 patient hospitalisé sur 20). Ceci justifie le haut niveau de prévention préconisé par le plan national actuel de lutte contre les infections nosocomiales. La diminution de prévalence constatée pour les SARM est encourageante, cohérente avec les données issues d'autres réseaux de surveillance et en faveur de l'impact des plans de lutte contre les bactéries multi-résistantes développés ces dernières années. Son niveau reste cependant élevé et nécessite la poursuite des actions menées.

La prévalence des infections nosocomiales en France est comparable à celle observée dans les autres pays européens, où elle varie entre 6 et 9% (7,2% en Suisse en 2004, 9% en Finlande en 2005).

La place de la France par rapport aux autres pays

Depuis octobre 1994, les coordonnateurs des réseaux de surveillance de plusieurs pays de l'UE, dont la France, ont créé, avec le soutien de la Direction Générale V de la Commission Européenne, le projet « Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance » (HELICS). L'objectif d'HELICS est basé sur la mise en place d'une base de données européennes en matière d'infections nosocomiales et ce, en harmonisant et mettant en commun les données des réseaux de surveillance partenaires.

Le rapport HELICS de mars 2006 sur les infections du site opératoire pour les données 2004 montre que les chiffres de la France sont "très compétitifs" par rapport à ceux obtenus dans d'autres pays européens. La France y participe pour 278 établissements sur 628 du pool de 11 pays (Belgique, Finlande, Allemagne, Grèce, Hongrie, Lituanie, Pays Bas, Pologne, Espagne et Grande Bretagne).

Ainsi, comparée à ces autres pays européens, la France présente notamment les taux d'incidence des infections du site opératoire parmi les plus faibles pour les cholécystectomies (1,0%) et les poses de prothèses de hanche (2,1%) tandis qu'elle se situe dans la moyenne pour les césariennes (2,6%).

Concernant les staphylocoques dorés résistants à la pénicilline (SARM), le réseau européen EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) montre, dans son rapport annuel de 2005, que la proportion de SARM a augmenté dans tous les pays y compris ceux avec des taux faibles (Islande, Norvège, Suède, Finlande, Danemark), sauf pour la France et la Slovénie qui sont les seuls pays à avoir des proportions qui ont baissé. La France est passé de 33% en 2001 à 27% en 2005.

http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202005_tcm61-34899.pdf

Le signalement des infections nosocomiales : un outil qui détecte les phénomènes rares et une aide aux établissements de santé

Le signalement de certaines infections nosocomiales est complémentaire de la surveillance épidémiologique menée dans le cadre des réseaux de surveillance pré-cités.

Instauré par le décret n°2001-671 du 26 juillet 2001, il a pour objectifs :

- d'alerter l'autorité sanitaire face à une ou plusieurs infections graves, afin qu'elle s'assure de la mise en place des mesures de prévention nécessaires pour empêcher

la survenue de nouveaux cas (légionelloses dans un établissement de santé, par exemple) ;

- de détecter des phénomènes émergents ou récurrents pouvant conduire à proposer des mesures ou recommandations nationales (apparition d'un micro-organisme présentant un caractère de résistance inhabituel aux antibiotiques par exemple).

Les rôles de chaque acteur et les principes d'information des patients sont rappelés dans la circulaire n°21 du 22 janvier 2004.

D'août 2001 à décembre 2005, l'InVS recensait 3110 signalements émanant de 787 établissements de santé et concernant 9322 patients. Parmi ces signalements, 755 (24%) correspondaient à des cas groupés, 2117 (68%) citaient des investigations en cours et 1704 (55%) des actions correctives en place à la date du signalement. Si nécessaire, une réponse complémentaire à ces signalements est assurée en première ligne par les CClin et les Ddass : 8% d'entre eux demandent une aide extérieure (conseil à distance ou déplacement sur site pour aide à l'investigation).

Sur 787 établissements de santé, 392 (50%) étaient des établissements publics (CH, CHU, CLCC), 227 (29%) des établissements privés. Le reste 168 (21%) étaient des hôpitaux locaux, des établissements de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée ou des établissements psychiatriques. Les infections les plus fréquemment signalées étaient les infections respiratoires (24% des signalements), les bactériémies (11%) ou les infections du site opératoire (9%).

Depuis 2001, le nombre mensuel de signalements a augmenté régulièrement : en 2005, l'InVS reçoit en moyenne 60 à 80 signalements chaque mois.

L'analyse des données issues de ce dispositif (unique au monde) montre que de plus en plus d'établissements de santé adhèrent aux objectifs d'alerte, les cas graves étant signalés plus rapidement permettant ainsi la mise en œuvre précoce de mesures de contrôle.

Plusieurs épisodes ont donné lieu à des recommandations nationales, par exemple :

- des recommandations concernant la prévention des risques de transmission du VHC en anesthésie (août 2003),
- le rappel des précautions renforcées (isolement) pour la prévention de la transmission des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (infections à *Acinetobacter baumannii*, décembre 2003 ; infections à *Klebsiella pneumoniae* résistante à toutes les Béta-lactamines, juin 2004, infections à entérocoques résistants aux glycopeptides en juillet 2005),
- le rappel des bonnes pratiques de préparation opératoire dans le traitement chirurgical de la cataracte, en lien avec le mésusage d'un gel anesthésique (octobre 2004),
- des retraits de lot de préparation pour alimentation pour nourrisson suite au signalement d'infections sévères à *Enterobacter sakazakii* (décembre 2004) suivi de recommandations pour la préparation et la conservation des biberons à l'hôpital (Afssa, octobre 2005).
- Des recommandations concernant le diagnostic, la surveillance et les principes de prévention et de maîtrise des infections à *Clostridium difficile* 027 (mai 2006, puis septembre 2006).

ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DES STRUCTURES SPECIFIQUES, DES MOYENS RENFORCES, UN PROGRAMME NATIONAL PLURIANNUEL

A
B
C
D
E
F

Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère

En 1988, le ministère instaurait par décret la création de comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les établissements publics de santé. La loi du 1^{er} juillet 1998, relative à la sécurité sanitaire, puis le décret du 6 décembre 1999, ont étendu ce dispositif aux cliniques privées. Pour soutenir l'action de ces instances hospitalières, des structures inter-régionales et nationales de coordination, de conseil et d'expertise ont été créées en 1992 et remaniées en 2004.

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 :

- un dispositif spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales, structuré en trois niveaux (CLIN et équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) dans l'établissement de santé, centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN) dans l'interrégion, comité technique des infections nosocomiales (CTIN) et cellule ministérielle au niveau national), complété par le maillage territorial des services déconcentrés de l'Etat (référents régionaux dans les DRASS du bilan d'activité des établissements de santé, médecins inspecteurs assurant la gestion des signalements dans les DDASS) ;
- un corpus de recommandations nationales de référence, garantes d'une culture de bonnes pratiques commune, diffusées aux établissements de santé par l'intermédiaire des C.CLIN ;
- une place à part entière de l'hygiène hospitalière dans la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- 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 dispositif de signalement et de gestion des événements sentinelles et phénomènes émergents 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 CTIN, de l'InVS, de la SFHH (société française d'hygiène hospitalière) et du ministère chargé de la santé s'est attaché à élaborer un nouveau programme pluriannuel.

Les enjeux de ce programme 2005-2008 tiennent pour partie aux importants acquis résultant des actions des professionnels de santé réalisées par le passé, mais aussi à l'exigence croissante de qualité, de sécurité et de communication émanant légitimement des usagers, relayés par les associations et les médias. Un important travail a consisté à hiérarchiser les priorités, afin d'accroître à la fois l'efficacité du dispositif et la transparence des actions. Ces priorités étaient principalement sous-tendues par les problématiques de l'évitabilité des infections, la diminution de la non qualité et la transparence vis-à-vis des usagers.

Au niveau des établissements : un comité spécialisé, des professionnels en hygiène

Chaque établissement de santé doit disposer d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et doit élaborer un programme d'actions. En 2005, 97.8% des établissements déclarent un CLIN (n = 2733) et 90.6 % des établissements de santé ont élaboré un programme d'actions. Le CLIN est chargé de coordonner la surveillance, la prévention et la formation continue en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Le CLIN est composé de médecins, pharmaciens, infirmières, directeurs d'établissement et autres professionnels de l'établissement et se réunit au moins trois fois par an (en 2005, 75% des établissements déclarent au moins 3 réunions par an (n = 2672), contre 64,7% en 2003 (n = 2290). Des représentants des usagers participent à certaines séances du CLIN.

Ce comité est associé à une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) chargée de la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Elle est composée d'un médecin ou pharmacien hygiéniste, d'une infirmière hygiéniste, et parfois de techniciens bio-hygiénistes, secrétaire, ou d'autre type de personnel en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement de santé. En 2005, 87,7% des établissements de santé déclarent disposer d'une EOHH (69% en 2004). Ces 2400 EOHH sont composées de 2675 équivalents temps plein dont 615 ETP de médecins et pharmaciens et 1367 ETP d'infirmiers.

Au niveau inter-régional et régional : des structures de coordination, de conseil et d'expertise

Il existe cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN). Ces centres de référence apportent un appui technique aux établissements de santé, sur un secteur géographique regroupant plusieurs régions (Est, Ouest, Paris-Nord, Sud-Est, Sud-Ouest). Ils sont chargés d'aider les établissements de santé à mettre en place la politique définie au niveau national et d'animer la coopération inter-hospitalière (réseau de surveillance et d'audit, formation, documentation, études...). Ils ont notamment un rôle très important d'appui technique et méthodologique pour les établissements de santé ayant besoin d'aide pour le signalement obligatoire de certaines infections nosocomiales aux autorités sanitaires.

Des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales ont été constituées à l'initiative des C.CLIN afin de développer une plus grande proximité entre les structures interrégionales d'expertise et de coordination et les établissements de santé.

Au niveau national, un comité d'experts qui fournit des avis scientifiques à l'administration

Les missions de l'instance nationale qui avait été créée en 1992 ont été redéfinies, afin de séparer l'expertise scientifique du risque infectieux de la gestion nationale de ce risque dans le cadre du programme pluriannuel.

Ainsi le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a été créé par l'arrêté du 23 septembre 2004 (JO du 16 octobre 2004). Ce comité a pour mission de fournir une expertise en matière d'évaluation et de gestion du risque infectieux chez l'homme en milieu de soin, d'élaborer des avis ou recommandations relatifs à la prévention du risque infectieux chez l'homme en milieu de soin et aux bonnes pratiques d'hygiène, et d'examiner toute question d'ordre scientifique ou technique relative au risque infectieux chez l'homme en milieu de soin. Sa présidence, assurée jusqu'à maintenant par Gilles Beaucaire, doit être renouvelée prochainement.

Au niveau national, un groupe de pilotage du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008

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

Les missions de ce groupe de pilotage sont notamment de faire des propositions pour mettre en œuvre et renforcer les actions prévues dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales, d'assurer le suivi des actions et de faire des propositions sur les méthodes d'évaluation du programme national de lutte contre les infections nosocomiales (JO du 30/11/2005). Il comprend des représentants des C.CLIN, de l'InVS, des établissements de santé publics et privés, des associations d'usagers du système de santé, et des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation ainsi que le président du CTINILS. Il est coordonné par le Pr Christian Brun-Buisson.

Le programme national, présenté par le ministre de la santé le 18 novembre 2004, a été publié dans la circulaire n°599 du 13 décembre 2004.

Le programme national 2005 – 2008 repose sur cinq orientations :

1. l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels ayant un impact sur le risque infectieux ;
2. l'adaptation des structures et l'évolution du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales ;
3. l'optimisation du recueil et de l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales ;
4. une meilleure information des patients et communication sur le risque infectieux lié aux soins ;
5. la promotion de la recherche.

Pour mener à bien ces 5 orientations, un ensemble coordonné d'actions sont à mener par les différents acteurs : local, régional et inter-régional et national. Parmi celles-ci figure en particulier la mise en place dans chaque établissement de santé d'un tableau de bord des infections nosocomiales. Des objectifs quantifiés sont à atteindre en 2008.

Au sein du ministère, une coordination de la politique reposant sur une équipe pluri-professionnelle

La "cellule infections nosocomiales" du ministère est composée de deux médecins de santé publique, un cadre de santé et un médecin hygiéniste. Cette cellule commune à la direction générale de la santé et à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée depuis 1995 d'élaborer, de coordonner et d'évaluer la politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales. Elle fonctionne en articulation très étroite avec un médecin et un pharmacien inspecteur de santé publique à la direction générale de la santé spécifiquement chargés du risque infectieux en milieu de soins extrahospitalier et du risque infectieux lié aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC), dans le cadre d'un « pôle des infections liées aux soins ».

Un dispositif d'alerte sur des infections nosocomiales « sentinelles »

Le signalement des infections nosocomiales a été mis en place en juillet 2001. Les établissements de santé doivent signaler certaines infections nosocomiales à la DDASS et au C.CLIN, la DDASS transmettant le signalement à l'Institut de veille sanitaire pour une analyse nationale des cas.

Les objectifs sont d'alerter la DDASS devant un certain nombre d'événements dits « sentinelles », afin que le médecin inspecteur de santé publique s'assure de la réalisation d'investigations et si nécessaire, des mesures correctives mises en œuvre par l'établissement de santé. Au sein de l'établissement de santé, c'est le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène qui analyse les événements dont il est informé par les services et détermine s'ils répondent aux critères de signalement. En étroite liaison avec le CLIN, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière mène les investigations pour identifier la source de l'événement et pour maîtriser la diffusion du risque infectieux. Le C.CLIN peut être conduit à aider l'établissement de santé à explorer et à gérer l'épisode signalé.

L'analyse par l'InVS des données de signalement provenant de tout le territoire peut conduire l'agence à déclencher une alerte à tout moment sur un risque infectieux concernant tous les établissements de santé et à proposer des mesures au ministère chargé de la santé.

Par ailleurs, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) ont obligation de signaler au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), dont relève l'établissement en cause, et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) toute infection nosocomiale entraînant un taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 25 % ou un décès. Cette obligation de signalement des cas très graves au directeur de l'ARH est également applicable à l'ONIAM lorsque l'Office doit indemniser des victimes d'infections nosocomiales à la suite d'une décision de justice.

STERILISATION ET DESINFECTION DES MATERIELS MEDICAUX : UN ENSEMBLE COHERENT DE MESURES

A
B
C
D
E
F

Après la survenue de cas de contaminations de patients, liées à des défauts dans les procédures de stérilisation, le Ministère de la Santé a mis en œuvre, en particulier depuis 1997, des mesures pour améliorer la qualité des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux par les professionnels de santé.

Un plan de contrôle des activités de stérilisation et de désinfection des dispositifs médicaux dans tous les établissements de santé ayant une activité chirurgicale s'est déroulé de 1998 à 2000. Celui-ci a permis d'identifier des insuffisances et d'apporter un certain nombre d'améliorations.

Un cadre réglementaire renforcé pour la stérilisation et la désinfection des dispositifs médicaux : les activités de stérilisation ont toutes été soumises à une procédure d'autorisation

Dans le cadre du décret de décembre 2000 sur les pharmacies à usage intérieur, les activités de stérilisation ont toutes été soumises à une autorisation. Un décret relatif aux systèmes permettant d'assurer la qualité de stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé est paru le 23 avril 2002. L'arrêté du 22 juin 2001 sur les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière encadre la préparation des dispositifs médicaux stériles.

Les principes de gestion des risques liés à la transmission des prions au cours des soins ont été définis par la circulaire DGS/DHOS n°138 du 14 mars 2001. Reprenant ces principes, les règles relatives à la désinfection manuelle des endoscopes souples et aux précautions à observer vis-à-vis de la transmission des ATNC en anatomo-cyto-pathologie ont été actualisées respectivement par la circulaire DGS/DHOS n°591 du 17 décembre 2003 et la circulaire n°382 du 30 juillet 2004.

Une actualisation continue des recommandations pour améliorer le traitement des dispositifs médicaux

Le guide de bonnes pratiques de désinfection (Comité technique national des infections nosocomiales, Conseil supérieur d'hygiène publique de France – section des maladies transmissibles, Ministère chargé de la santé, 1998), fait l'objet d'une actualisation continue pour décliner de façon pratique et selon les risques des actes pratiqués dans les différentes spécialités, les principes de prévention des risques de transmission lors des soins de l'agent de la maladie de Creutzfeldt-Jakob définis dans la circulaire DGS/DHOS n°138 du 14 mars 2001.

Actualisations déjà parues :

- Désinfection des dispositifs médicaux en anesthésie et en réanimation (2003)
- Guide pour l'utilisation des laveurs désinfecteurs d'endoscopes (2003)
- Guide pour l'entretien manuel des dispositifs médicaux en endoscopie digestive (2004)
- Traitement des dispositifs médicaux en ophtalmologie et en contactologie (2005)
- Avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins concernant la désinfection des endoscopes vis à vis de *Clostridium difficile* (décembre 2006)

A paraître :

- Assurance qualité de la désinfection des endoscopes (maintenance contrôle microbiologique, traçabilité de la désinfection des endoscopes thermosensibles) (2007)

L'évaluation du risque de transmission des prions lors des soins se poursuit, notamment vis-à-vis de la transmission du sang. La circulaire DGS/ DHOS n°435 du 23 septembre 2005 prend en compte ce risque chez les receveurs de produits sanguins labiles (PSL) issus de patients atteints de maladie à prions.

En 2005, 94% des établissements de santé déclaraient des protocoles sur le traitement des dispositifs médicaux (versus 86,5% en 2004).

La prise en compte du risque infectieux lié aux dispositifs médicaux en dehors des établissements de santé

Un groupe de travail pluridisciplinaire, associant des professionnels libéraux, les ordres nationaux des médecins et chirurgiens-dentistes, des sociétés savantes, a élaboré un guide de prévention des infections liées aux soins réalisées en dehors des établissements de santé. Il est accessible sur le site Internet du ministère de la santé à l'adresse suivante : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/infect_soins/sommaire.htm.

Un guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie a été mis en ligne sur le site Internet du Ministère en juillet 2006. Ce guide a pour objectifs de prévenir la transmission d'agents pathogènes conventionnels ou non lors de la réalisation de soins dentaires, en améliorant la qualité des pratiques en matière d'hygiène. Il s'applique aux cabinets libéraux, comme aux centres dentaires se situant en milieu hospitalier.

Enfin, un projet de réglementation pour proscrire l'utilisation de la chaleur sèche aux fins de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables employés en dehors des établissements de santé est à l'étude en 2007, ces derniers ayant abandonné cette procédure de traitement depuis 2001.

Un accompagnement financier sans précédent pour remettre à niveau les stérilisations et prévenir la transmission de la Maladie de Creutzfeldt Jakob par le matériel médical

Depuis 2001, les mesures de prévention du risque de transmission nosocomiale des encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles (ESST) font l'objet d'un accompagnement financier pour les établissements de santé, tant publics que privés. Ce sont presque 100 M€ en 2001 et 45 M€ en 2002 qui ont été fléchés sur ce thème. Depuis, les mesures relatives à la sécurité de la stérilisation et la désinfection des matériels médicaux s'inscrit dans le cadre plus global de la prévention des maladies infectieuses, qui demeure une priorité de santé publique.

L'évaluation de la mise en place de la circulaire n°138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC) dans les établissements de santé

Elle a été menée conjointement par les médecins inspecteurs et pharmaciens inspecteurs des DRASS accompagnés des personnels des Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN), dans toutes les régions entre septembre 2002 et novembre 2003.

Cette évaluation réalisée peu de temps après la parution de la circulaire, a permis de montrer la réactivité des établissements enquêtés face à la demande de mise en place, en urgence, de mesures contraignantes.

URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco3-1-4.html>

Une évaluation et un contrôle des dispositifs médicaux mis sur le marché renforcés

Dans le cadre de sa mission d'évaluation, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a démarré en 2001 des études d'évaluation de certains dispositifs médicaux, en particulier concernant les risques de transmission des agents transmissibles non conventionnels. Ainsi, la réutilisation des pinces à biopsie endoscopique digestive a été interdite (décision du 18 juin 2001, applicable au 31 août 2001) par mesure de précaution, étant donné qu'il existe des pinces à usage unique permettant de s'affranchir des difficultés liées au nettoyage de ces dispositifs tout en assurant un geste efficace. Par ailleurs, des contrôles de marché ont été réalisés (laveurs-désinfecteurs d'endoscopes, désinfectants à base d'acide peracétique, petits stérilisateurs).



A
B
C
D
E
F

MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES RESISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN DEFI A RELEVER

A
B
C
D
E
F

Les bactéries sont dites résistantes ou multirésistantes aux antibiotiques (BMR) lorsque, du fait de l'accumulation de résistances naturelles ou acquises, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique.

Certaines résistances sont particulièrement importantes à prendre en compte car elles concernent des espèces bactériennes qui sont à la fois (a) commensales et sont donc susceptibles de disséminer dans la population générale et (b) à fort potentiel pathogène. C'est le cas des *Staphylococcus aureus* (ou staphylocoques dorés) résistant à la méticilline (SARM) et des entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu (EBLSE).

La lutte contre les BMR a deux grands objectifs :

- Prévenir la diffusion des BMR par transmission croisée de patients à patients ;
- Réduire l'émergence de BMR liée à l'utilisation trop large des antibiotiques.

Une situation qui reste problématique en France et à l'étranger

Le réseau national BMR-RAISIN de surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques est en place depuis l'année 2002 ; 478 établissements y participaient en 2002 et 527 en 2004.

En France, la proportion de BMR au sein des principales espèces de bactéries responsables d'infections nosocomiales est élevée et reste relativement stable, ce qui traduit les difficultés des établissements de santé à maîtriser leur diffusion.

Concernant les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM), le réseau européen EARSS (*European Antimicrobial Resistance Surveillance System*) montre dans son rapport annuel 2005 que la proportion de SARM chez *S.aureus* a augmenté dans tous les pays y compris ceux avec des taux faibles (Islande, Norvège, Suède, Finlande, Danemark), sauf pour la France et la Slovénie, les seuls pays pour lesquels cette proportion a baissé. La France est passée de 33% en 2001 à 27% en 2005, grâce à un programme national lancé en 1999.

http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202005_tcm61-34899.pdf

Dans les établissements de santé, les mesures de prévention sont encadrées par des référentiels nationaux

Des recommandations nationales pour la maîtrise de la diffusion des BMR ont été diffusées en 2000, le CTIN a émis en décembre 2001 un avis pour recommander l'emploi des solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains et une circulaire sur le bon usage des antibiotiques est parue en mai 2002 dans le cadre du plan national pour préserver l'usage des antibiotiques.

Entre 2003 et 2005, le nombre d'établissements de santé déclarant disposer d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR a augmenté de 1631 (71,2% du total) à 2127 (77,8%). Parmi les établissements de santé ayant une activité de réanimation, le nombre de ceux qui disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR est très élevé : 90,6 % en 2003 et 96% en 2005.

Les bilans annuels des activités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé indiquent que les protocoles d'hygiène des mains sont bien implantés car 97.9% d'entre eux ont un protocole en place en 2005.

Le nombre d'établissements de santé déclarant avoir mis des protocoles en place sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections augmente, mais reste encore insuffisant (48 % des établissements de santé en 2005 n = 2733, 41,9% en 2004 n = 2428, 35,9% en 2003 n = 2290). La survenue d'épidémies, telles que celles à *Acinetobacter baumannii* producteurs de beta-lactamase à spectre étendu (BLSE), à *Klebsiella pneumoniae* résistantes à toutes les bêtalactamines, ou à entérocoques résistants aux glycopeptides, montrent que la prévention de la diffusion des BMR et le bon usage des antibiotiques est toujours un objectif prioritaire.

Le ministère a rappelé en décembre 2003, en juin 2004, en juillet 2005 et en décembre 2006 aux établissements de santé les mesures de prévention à mettre en œuvre. Le CTINILS a émis un avis spécifique visant à prévenir la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides au sein des établissements de santé (Bulletin Officiel du 15 novembre 2005).

La prévention repose sur des mesures de protection systématique des patients et du personnel vis à vis des risques infectieux liés au contact avec les malades porteurs ou leur environnement immédiat. Les mesures d'hygiène de base, essentiellement l'hygiène des mains, sont indispensables pour éviter la transmission des BMR de patients à patients. La prévention repose aussi sur des mesures spécifiques (isolement technique des patients porteurs). C'est pourquoi les patients porteurs de BMR doivent être identifiés précocement et signalés lors de leurs transferts. Lors des visites, les familles et proches doivent respecter les précautions d'hygiène, notamment des mains. De même, après le retour au domicile d'un malade porteur de BMR, chacun doit veiller à une bonne hygiène.

Le signalement des infections nosocomiales permet maintenant l'identification d'épisodes critiques.

Le signalement permet d'identifier des épisodes épidémiques causés par des BMR rares ou émergentes. Les interventions du C.CLIN et de la DDASS sont une aide importante pour maîtriser la diffusion de ces épidémies non seulement dans l'établissement qui signale un épisode, mais éventuellement dans d'autres établissements.

Des indicateurs pour mesurer l'implication des établissements de santé dans la maîtrise des BMR

Trois parmi les 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales vont permettre d'apprécier l'effort des établissements de santé dans ce domaine : Le suivi des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM), les consommations et le bon usage des antibiotiques et la consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (PHA).

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES D'HYGIENE

De nombreuses circulaires et des guides de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ont été élaborés sous l'égide du ministère chargé de la Santé. Ces documents concernent :

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

« 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » (2^{ème} ed., 1999). Ce guide est en cours de révision.

L'entretien du matériel médical

« Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux » (1998) et ses actualisations :

- anesthésie et réanimation (2002/2003),
- laveurs désinfecteurs d'endoscopes (2003),
- entretien manuel des dispositifs médicaux en endoscopie digestive (2004),
- traitement et désinfection des dispositifs médicaux en ophtalmologie et en contactologie (2005),
- éléments d'assurance qualité en hygiène (contrôle microbiologique des endoscopes thermosensibles, traçabilité en endoscopie) à paraître en 2007.

Circulaire DGS/DHOS n°591 du 17/12/2003 révisant la circulaire du 2 avril 1996 sur la désinfection manuelle des endoscopes.

La prévention de la transmission d'infections

- Prévention du risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels en milieu de soins : circulaire n°100 du 11 décembre 1995 et circulaire n°138 du 14 mars 2001 ; précautions à observer dans les services d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie, les chambres mortuaires et les laboratoires de biologie "spécialisés ATNC", vis à vis du risque de transmission des agents transmissibles conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC) : circulaire n°382 du 30 juillet 2004.
- Guide pour la prévention et l'investigation des infections hospitalières à *Streptococcus pyogenes* (novembre 2006)
- Prévention des accidents d'exposition au sang dans les blocs opératoires (affiche diffusée à tous les services de chirurgie en 1997).
- Guide de recommandations d'isolement septique dans les établissements de santé (1998).
- Précautions "standard" d'hygiène (circulaire DGS/DH n°98/249 du 20 avril 1998).
- Guide sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (1999).
- Recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques (circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 8 décembre 1999).
- Guide sur la surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé : air, eaux et surfaces (2002).
- Guide du matériel de sécurité GERES, deuxième édition, 2004.
- Guide sur la prévention des infections liées aux soins réalisées en dehors des établissements de santé disponible sur Internet, mis en ligne en 2005

Ces guides ou circulaires sont diffusés aux DDASS, DRASS, ARH et établissements de santé ainsi qu'aux instituts de formation paramédicale, conseils de l'ordre et sociétés savantes. Ils

sont disponibles sur le site Internet du ministère dans le dossier infections nosocomiales [URL : <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/nosoco3-1-2.html>].

Les C.CLIN réalisent pour leur part de nombreux guides de bonnes pratiques d'hygiène disponibles sur la base documentaire réalisée par les C.CLINs : Nosobase [URL : <http://nosobase.chu-lyon.fr/>].



A
B
C
D
E
F

FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN HYGIENE HOSPITALIERE

L'introduction de l'hygiène et de la lutte contre les infections nosocomiales fait partie intégrante de nombreux métiers de la santé, avec depuis plus de 10 ans l'adoption de nombreuses mesures :

- Introduction de notions de base d'hygiène lors du stage infirmier réalisé par les étudiants en médecine (1995).
- Création d'un module de santé publique dans les études conduisant au diplôme de cadre de santé (1995).
- Introduction du thème "infections nosocomiales" dans le programme du concours de l'internat (1996).
- Formation sur les infections nosocomiales prévue dans l'enseignement de deuxième cycle des études médicales (1997).
- Modification du concours de praticien hospitalier permettant aux pharmaciens non biologistes d'accéder aux postes en hygiène (1999).
- Augmentation de 20 heures du module "Hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales"(100 heures à 120 heures) dans la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire (2001).
- Création du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière comprenant un module "Hygiène hospitalière" qui traite des infections nosocomiales, de l'origine et la propagation des biocontaminations ainsi que de la prévention et le traitement des biocontaminations. (2001).
- Inscription du thème « principes de la stérilisation et prévention des infections nosocomiales » aux épreuves de vérification des connaissances des aides opératoires (2002)
- Inscription du thème « hygiène, infections nosocomiales » aux concours d'accès au corps des directeurs de soins (2002).

Chaque année, la prévention des IN est une priorité de la formation continue des personnels hospitaliers

L'Association nationale pour la formation des personnels hospitaliers (ANFH) propose depuis 1998, en lien avec la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, des formations continues sur le risque infectieux.

Pour 2005, la principale priorité indiquée par l'ANFH aux établissements de santé a concerné les actions de formation au signalement des infections nosocomiales et aux audits de pratiques professionnelles.

Un programme national de formations des médecins inspecteurs de santé publique, ciblées sur la gestion des signalements des infections nosocomiales a démarré en novembre 2005 et se poursuit en 2006 et 2007.

Un second volet de la formation des médecins inspecteurs de santé publique, ciblé sur le tableau de bord des infections nosocomiales et le contrôle de qualité des données déclarées dans le bilan standardisé des activités des établissements de santé va être mis en place en 2007.

Une réflexion stratégique sur la formation des professionnels ayant en charge l'hygiène hospitalière.

La lutte contre les infections nosocomiales est une préoccupation majeure du ministre des solidarités, de la santé et de la famille. Elle nécessite la mise en place,

au sein des établissements de santé ou en inter-établissements, de compétences spécifiques médicales, pharmaceutiques et infirmières ; 50 places ont été offertes pour l'hygiène hospitalière au concours national de praticien des établissements publics de santé (session 2006)

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

Il est donc particulièrement important que ces professionnels, exerçant notamment au sein des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, puissent bénéficier d'une formation adaptée à la réalité du risque infectieux, aux actions de prévention à mener et aux spécificités d'un fonctionnement transversal et pluridisciplinaire. Les résultats d'une mission sur ce thème nourriront en 2007 la réflexion d'une stratégie de formation continue des praticiens hospitaliers, médecins et pharmaciens, à la prévention des infections nosocomiales et des infections liées aux soins dans l'esprit du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 est en cours de réflexion.

Par ailleurs, le dispositif de formation des infirmières en hygiène hospitalière validé par le CTIN en 2001 a été expérimenté dans la région Rhône-Alpes pour l'année universitaire 2004/2005. Un premier bilan de cette expérimentation a été conduit en 2006 à l'issue de la deuxième année universitaire 2005/2006 et sera complété pour nourrir le projet de réflexion en cours pour une éventuelle harmonisation à l'échelle nationale.



A
B
C
D
E
F

INFORMATION DU PUBLIC ET INFORMATION INDIVIDUELLE DES PERSONNES

A
B
C
D
E
F

Le ministère de la santé mène une politique active pour améliorer l'information du public et des usagers du système de soin dans le domaine des infections nosocomiales. Cette politique vise à la transparence mais aussi à une meilleure compréhension de ces infections afin de promouvoir l'hygiène pour tous et partout.

Des dispositions réglementaires sur l'information des usagers de l'établissement de santé pour renforcer la transparence

Les établissements de santé sont tenus de renseigner le public sur la lutte contre les infections nosocomiales à travers d'une part, le livret d'accueil remis au patient hospitalisé et, d'autre part, le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales, accessible au public. En 2005, 2647 établissements de santé ont édité un livret d'accueil. Parmi eux, 2337 (88.3%) présentent leur stratégie de lutte contre les infections nosocomiales dans ce livret (81.3% en 2004).

Les représentants des usagers siégeant au conseil d'administration doivent assister, avec voix consultative, à la séance du CLIN au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.

Les dispositions réglementaires relatives au rôle des usagers des CLIN et au contenu du livret d'accueil ont fait l'objet d'une évaluation en 2005. Elle montre que les mesures concernant l'information des usagers à l'admission par le livret d'accueil devrait assez être rapidement généralisées. Concernant la participation du représentant des usagers au sein du CLIN, elle conclut à l'importance de mener une réflexion pour fournir une formation adaptée aux représentants des usagers.

<http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/nosoco3-1-4.html>

Une représentation des usagers dans les instances nationales

Un représentant des usagers siège dans chacune des instances nationales (CTINILS, groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales).

Une incitation toujours plus forte à l'information du patient atteint d'une infection nosocomiale

La circulaire n°645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales prévoyait déjà la nécessité d'une information individualisée des patients.

La circulaire n°383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales prévoit les situations d'information des patients : pour tous, à l'admission, au moyen du livret d'accueil remis au patient hospitalisé ; de façon individuelle, pour toute personne ayant contracté une infection nosocomiale, que celle-ci soit soumise ou non à signalement ; et rétrospectivement pour toute personne ayant pu être exposée à un risque infectieux au cours d'une hospitalisation terminée. Cette information doit figurer dans le dossier du patient.

Enfin, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a renforcé le devoir d'information des patients en ce qui concerne les infections nosocomiales. Ainsi, l'article L. 1111-2 du code de la santé publique pose les fondements légaux de l'information des patients engagés dans un processus de soin, de diagnostic ou de prévention.

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

Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (IDMIN), afin de constituer un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers et de permettre une interface qui renforce le dialogue entre les usagers, les professionnels de santé et les institutions de la santé.

Dans chaque établissement de santé, le tableau de bord des infections nosocomiales doit être mis à disposition des usagers. Il est présenté par l'établissement de santé avec un ensemble d'informations locales permettant de mesurer son engagement et son état d'avancement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Pour 2005, le tableau de bord comporte 3 indicateurs : ICALIN, ICSHA et SURVISO.

L'ICALIN est un score sur 100 et une classe de performance de A à F. Ce score est calculé automatiquement au niveau du Ministère de la santé, pour chaque établissement dans sa catégorie, à partir des données des bilans standardisés annuels.

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée. La classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. La classe F correspond aux « non répondant » et figure lorsque l'établissement n'a pas envoyé de bilan d'activité ou que les données n'étaient pas utilisables.

L'ICSHA est un indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (produits utilisés pour l'hygiène des mains). Il est calculé automatiquement au niveau du Ministère de la santé, pour chaque établissement à partir des consommations de produits déclarées par les établissements. Il est exprimé en classe de A à F comme ICALIN en fonction du niveau d'atteinte des objectifs définis pour chaque établissement.

SURVISO est un indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO). Il est déduit du bilan d'activité rempli par chaque établissement qui a une activité chirurgicale. Il mentionne l'existence d'une surveillance des ISO, et le nombre de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique participant à cette surveillance.

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

Depuis 1999, la rubrique "Infections nosocomiales" du site Internet du Ministère de la santé permet de faire connaître les différentes actions menées et documents produits sur ce thème.

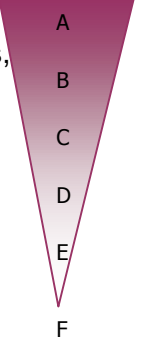
Les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales sont disponibles en ligne pour tous les établissements de santé.

Le portail téléphonique d'information du ministère de la santé

Info' Ministère - 0820 03 33 33 (0,15 € TTC / MN). Ouvert du lundi au samedi de 9h00 à 19h00. Ce portail permet de répondre aux demandes d'informations des usagers sur le tableau de bord des infections nosocomiales.

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

Pour d'autres demandes d'informations plus générales sur les infections nosocomiales, l'IDMIN dispose également d'un numéro d'appel Azur : 0 810 455 455



COMMENT SONT EVALUEES LES RESSOURCES DISPONIBLES ET LES ACTIONS MENEES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

A
B
C
D
E
F

Un outil de suivi : le bilan annuel d'activité de l'établissement de santé

Les établissements de santé élaborent un bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales. Ce bilan comporte des renseignements sur l'organisation mise en place, les actions menées au sein de l'établissement et les ressources humaines disponibles pour la lutte contre les infections nosocomiales : audits de pratiques réalisés, actions de surveillance, protocoles d'hygiène, personnel disponible. Ce bilan fait l'objet d'une exploitation départementale, régionale et nationale au moyen d'un support standardisé, informatisé depuis 2000. En 2005, 2733 établissements de santé ont transmis un bilan.

Les données issues de ce bilan sont nécessaires au calcul des 3 indicateurs du tableau de bord publiés en 2007 : ICALIN, ICSHA, SURVISO. Avant calcul de l'ICALIN et l'ICSHA, un contrôle de la qualité des données transmises par les établissements de santé est réalisé. La cellule infections nosocomiales du ministère réalise une synthèse nationale des bilans, qui souligne les éléments particulièrement significatifs. Dans chaque région, une synthèse régionale est transmise par la DRASS aux établissements de santé.

Un outil d'auto-évaluation : l'audit de pratiques

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

En 2005, 2046 établissements de santé ont mené des actions d'évaluations (n = 2733) dont 1761 (86.1 %) ont réalisé un audit des bonnes pratiques. Ils étaient 777 en 2004 (n = 2428). En 2007, la thématique nationale d'audit sera la préparation cutanée de l'opéré, dont le respect des bonnes pratiques contribue à la prévention des infections de site opératoire.

Un outil de contrôle : l'inspection

Le respect des réglementations et recommandations concernant la sécurité des soins est contrôlé par les services déconcentrés de l'État. Des inspections sont réalisées soit lors de situations particulières (demande d'autorisation, plainte...) soit dans le cadre des plans de contrôle de sécurité sanitaire établis au niveau régional ou national. Dans ce dernier cas, il s'agit de contrôles systématiques. Ainsi, des plans de contrôle régionaux ont concerné les activités de désinfection et de stérilisation des dispositifs invasifs utilisés en chirurgie (1998-2000), la désinfection des endoscopes (2000-2001). En 2007 un plan d'inspection portant sur l'organisation du signalement des infections nosocomiales est programmé.

Un outil d'évaluation : les enquêtes thématiques

L'évaluation de l'application de la circulaire n°138 du 14/03/2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) a été réalisée dans toutes les régions à la fin de l'année 2003 par des équipes pluridisciplinaires (médecins et pharmaciens inspecteurs, membres des C.CLIN) sur la base d'une méthodologie commune.

[URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco3-1-4.html>]

Un outil de gestion régional : les contrats d'objectifs et de moyens

Les agences régionales d'hospitalisation évaluent les réalisations des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements, à partir du suivi d'indicateurs d'activité (actions mises en œuvre) et de moyens (personnels d'hygiène).

Un outil d'amélioration de la qualité des soins : la certification des établissements de santé

La certification menée par la Haute autorité en santé (HAS) comporte une importante partie sur l'évaluation des actions de lutte contre les infections nosocomiales menées dans les établissements de santé. Les données issues des comptes-rendus de certification sont consultables pour chaque établissement sur le site internet de la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5).

Un outil de mesure : le tableau de bord des infections nosocomiales

Un tableau de bord, composé d'indicateurs de moyens et de résultats, est progressivement mis en place dans les établissements de santé, dans un double objectif d'amélioration de la qualité des soins et de transparence. Les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales 2005 sont en ligne sur www.sante.gouv.fr, dossier « infections nosocomiales »

A
B
C
D
E
F

LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : LES ACTIONS DOIVENT ETRE TRANSPARENTES, LES RESULTATS DISPONIBLES POUR TOUS

A
B
C
D
E
F

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 des infections nosocomiales dans les établissements de santé comprend 5 indicateurs.

Le premier indicateur publié en février 2006 est l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales : **ICALIN 2004**. Les résultats d'**ICALIN 2005** sont présentés par le ministre et publiés sur le site du ministère le 18 janvier 2007.

Deux autres indicateurs sont publiés cette année :

- La consommation en volume de produits hydro-alcooliques (utilisées pour l'hygiène des mains) rapportée à 1000 jours d'hospitalisation et exprimée en classe : **ICSHA 2005**
- La surveillance des infections du site opératoire : **SURVISO 2005**

Les autres indicateurs à venir porteront en 2007 sur :

- La consommation et le bon usage des d'antibiotiques.
- Le taux de staphylocoques dorés résistant à la pénicilline, bon reflet des mesures d'hygiène et de la prescription antibiotique.

L'objectif inscrit dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales est de disposer d'un tableau de bord des IN complet dans tous les établissements de santé en 2008.

La détermination de chaque indicateur du tableau de bord, à partir de premières propositions remises au ministre par l'Institut de veille sanitaire début 2004 a fait l'objet d'une expertise pour aboutir à des définitions précises. Leur faisabilité a été testée dans les établissements du projet COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière ; projet ministère /HAS/INSERM) de fin 2004 à début 2005.

Depuis, des travaux sont menés en continu par un groupe de travail du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) du ministère de la santé, sur l'amélioration des indicateurs, la définition des classes de résultats et la communication. Des analyses et propositions complémentaires sont fournies au CTINILS par le RAISIN, notamment pour les indicateurs de résultats (SARM, ISO). Le groupe de travail du CTINILS est coordonné par la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS.

La mise en œuvre de ce tableau de bord s'intègre dans une démarche globale d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. Aussi, les établissements de santé sont invités à présenter en parallèle d'autres informations ou indicateurs disponibles mesurant leur engagement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Comment connaître les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales de mon établissement ?

Le tableau de bord des infections nosocomiales est accessible par tous. Différentes modalités d'accès sont prévues :

- auprès de l'établissement (Directeur, président du CLIN, représentant des usagers) ;
- sur Internet au site du ministère chargé de la santé : sante.gouv.fr. dans le dossier « infections nosocomiales » rubrique « tableau de bord des infections nosocomiales »



A
B
C
D
E
F

ICALIN : INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

A
B
C
D
E
F

Qu'est ce que ICALIN ?

C'est l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, il s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 100.

Ce score chiffré est composé de 31 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales considérés comme les plus importants pour la lutte contre ces infections. Un nombre de points a été affecté à chacun des critères selon leur importance.

Qu'est ce que n'est pas ICALIN ?

ICALIN n'est pas le taux des infections nosocomiales de l'établissement de santé.

Pourquoi ICALIN est-il appelé score composite ?

ICALIN est composé d'un ensemble d'éléments permettant de caractériser l'activité des établissements de santé publics et privés en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Quel est l'objectif d'ICALIN, à quoi sert ICALIN ?

Ce premier indicateur du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de lutte contre les infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.

Le score ICALIN propose à l'usager un éclairage synthétique d'un problème complexe qu'est la lutte contre les infections nosocomiales ; il repose sur des éléments concrets. Il peut être l'occasion de mieux échanger avec les professionnels de santé auxquels l'usager s'adresse pour juger du risque infectieux qui le concerne, en commençant par son médecin traitant.

Cette démarche de score et d'indicateur est conduite dans le cadre du programme national de Lutte contre les Infections Nosocomiales avec pour objectif d'ici 2008, que le score ICALIN ait progressé pour tous les établissements de santé, et qu'aucun ICALIN à ce terme n'ait une valeur comprise dans la dernière classe de performance telle qu'elle a été définie à partir des données 2003.

A partir de quels critères ICALIN est-il construit ?

ICALIN est construit avec 31 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales, bilan que chaque établissement de santé public et privé doit établir annuellement selon un modèle défini par un texte réglementaire.

Ces critères sont regroupés en 3 aspects de la lutte contre les infections nosocomiales d'importance égale : organisation, moyens et actions.

L'addition des points de tous ces critères permet de construire l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : l'ICALIN.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « organisation de la lutte contre les infections nosocomiales » ?

L'organisation est surtout reflétée par l'activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Les critères pour l'organisation sont : l'existence d'un programme annuel et d'un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales, et la manière dont les différentes instances consultatives de l'établissement sont tenues informées à ce sujet.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « Les moyens de la lutte contre les infections nosocomiales » ?

La composition de « l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière » (EOHH) chargée de la prévention des infections nosocomiales mais aussi l'existence de correspondants en hygiène chargés de relayer l'action de cette équipe au sein des services.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « Les actions de lutte contre les infections nosocomiales » ?

La mise en place des protocoles de bonnes pratiques, la surveillance des infections et l'évaluation de la qualité des soins.

Pourquoi y a-t-il 14 catégories d'établissements ?

Les différents établissements de santé ont des missions, une taille et des activités très différentes. Il y a ceux qui réalisent des soins lourds et complexes et ceux de proximité assurant les soins courants. Il est donc indispensable, pour pouvoir situer la place d'un établissement en particulier, de le comparer aux autres établissements ayant des missions, une taille et des activités similaires. Ainsi, il a été nécessaire de définir 14 catégories d'établissements.

C'est quoi une classe ? Combien de classes ?

ICALIN est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

Le score chiffré est associé automatiquement à une classe définie en A, B, C, D, E et F. Ce système de classes repose sur des études statistiques classant les établissements d'une catégorie selon leur score ICALIN.

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 6 classes de performance : ICALIN de A à F.

Les bornes des classes ?

Les bornes des classes ainsi définies ont été établies à partir des données des bilans 2003 (avant le lancement du tableau de bord). Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements (car les scores des établissements ne sont comparables qu'au sein d'une même catégorie), elles ont servi pour le classement 2004 et resteront fixes les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul.

A quoi correspond la classe A ?

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée.

A quoi correspond la classe E ?

La classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas qu'aucune mesure de prévention n'est prise mais que la structure est en retard dans l'organisation de la prévention par rapport aux autres établissements de même nature en France.

A quoi correspondent les classes B, C, D ?

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

A quoi correspond la classe F ?

Il s'agit d'établissements de santé n'ayant pas envoyé de bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales ou dont les données n'étaient pas utilisables.

C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.

Existe-t-il des établissements ayant un score de 100 et qu'est ce que cela signifie ?

Un score ICALIN parfait (100 points) ne signifie pas qu'il n'existe pas de risque infectieux dans l'établissement, mais indique que l'établissement a mis en place un dispositif maximum pour limiter ce risque.

Comment utiliser le résultat du score ICALIN ?

L'établissement de santé peut afficher son score ICALIN pour montrer son état d'avancement de la mise en place de la lutte contre les infections nosocomiales. Le score valorise les établissements les plus impliqués et incite les autres à progresser.

Le score ICALIN : et ensuite ?

La diffusion du score ICALIN est une première réponse, très importante, à la demande des usagers d'information et de transparence. Il propose une première vision objective de la façon dont les établissements de santé en France ont pris en compte la prévention et la gestion des infections nosocomiales : moyens spécifiquement alloués, volonté des responsables et implication des professionnels de santé.

Pour atteindre ces objectifs, chaque établissement de santé, et en priorité chacun de ceux qui sont dans la classe E, doit analyser ses propres résultats et inscrire dans son programme d'action la mise en œuvre d'activités non encore réalisées afin de pouvoir progresser de classe de résultats pour l'ICALIN 2005 et 2006 (publié 2007-2008)

La comparaison des résultats de l'ICALIN 2004 et 2005 montre que :

- 56.4% des établissements de santé ont progressé d'au moins une classe
- 2.8% des établissements de santé sont classés E , (5.8% pour ICALIN 2004)
- 2.6% des établissements de santé sont classés F (14.3% pour l'ICALIN 2004).

Ces résultats reflètent le changement progressif des mentalités et les efforts menés par les établissements de santé pour progresser dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

Puis-je avoir confiance dans ces données ?

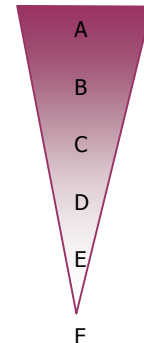
Un cahier des charges a été élaboré par des experts pour chaque critère à recueillir pour le calcul du score. Il précise quelles sont les preuves que les établissements doivent être en mesure de fournir pour attester de la fiabilité des données qu'ils transmettent dans le bilan d'activité annuel.

La qualité des données et les difficultés pour les recueillir ont été évaluées dans le cadre d'une vaste étude scientifique soutenue par le ministère de la santé, portant sur la mesure de la performance : le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière COMPAQH.

Ainsi, dans l'étude COMPAQH, qui a comparé en 2003 les données spontanément fournies par un échantillon d'établissements, avec les mêmes données recueillies avec leurs éléments de preuve par des enquêteurs indépendants, le score ICALIN est apparu comme un indicateur robuste et fiable.

Par ailleurs, des vérifications et des contrôles de données des bilans des activités sont définis et organisés chaque année par les services déconcentrés de l'Etat (DRASS). En 2005, 10% des établissements ont vu leur bilan contrôlé.

TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ICSHA



Qu'est ce que ICSHA ?

ICSHA est un nouvel indicateur. C'est un indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains. C'est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective d'une des techniques utilisées pour l'hygiène, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

Pourquoi ne s'intéresser qu'aux produits hydro-alcooliques ?

L'expression «hygiène des mains» fait référence à des techniques de lavage au savon (simple ou antiseptique) ou de friction désinfectante des mains avec un produit hydro-alcoolique (PHA).

L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles liées aux bactéries multi-résistantes.

Il est donc important d'inciter les établissements de santé à promouvoir cette technique pour l'hygiène des mains.

Qu'est ce que n'est pas ICSHA ?

Un ICSHA bas ne veut pas dire que les soignants ne se lavent pas les mains. Il signale seulement l'investissement de l'établissement dans la promotion de l'hygiène des mains par les PHA.

Comment est construit l'ICSHA ?

Une friction est réalisée avec 3 ml de produit environ. Si pour un patient, il y a une friction par jour, cela représente, pour 1000 journées d'hospitalisation, une consommation de 3 litres.

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.

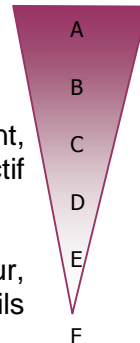
La réflexion autour de l'élaboration des classes de performance de cet indicateur a conclu à la nécessité de pondérer l'objectif à atteindre en fonction des types d'activités, ceci permet d'adapter cette mesure à tous les établissements de santé.

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.

L'objectif estimé de la spécialité est établi à partir d'un nombre minimal quotidien de frictions par patient et par jour (proportionnel à la quantité de soins nécessaires). Chaque friction correspond à une consommation de 3 ml de PHA ; L'objectif personnalisé est le minimum à atteindre pour chaque établissement.

Exemple :

ICSHA est le pourcentage de la consommation réelle par rapport à son objectif personnalisé. Un établissement qui a réellement consommé 5,5 l pour 1000 JH et dont l'objectif personnalisé serait de 13,5 l pour 1000 journées d'hospitalisation aura atteint 40,7% (5,5/13,5) de son objectif.



C'est quoi une classe ? Combien de classe ?

ICSHA est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés. Selon l'atteinte en pourcentage de l'objectif personnalisé, des classes de résultats de A à F ont été définis.

Nb : Les établissements n'ayant qu'une activité ambulatoire (hospitalisation de jour, consultation...) ne sont pas pris en compte pour cet indicateur. Il est normal qu'ils n'appartiennent à aucune classe de résultat pour cet indicateur.

A quoi correspond la classe A ?

La classe A correspond aux établissements qui ont atteint plus de 90% de leur objectif. En effet, certains établissements sont en avance et utilisent les PHA depuis plusieurs années. Ces établissements ont donc recours de façon très majoritaire aux PHA plutôt qu'au lavage des mains. De ce fait ils ont déjà atteint, voire dépassé leur objectif personnalisé qui est le minimum fixé d'ici 2008. De nouveaux critères de performance, plus exigeants, pourront être définis au-delà de 2008.

A quoi correspond la classe E ?

La classe E correspond aux établissements qui ont atteint moins de 10 % de leur objectif.

Ceci peut s'expliquer par une implantation des PHA relativement récente en France. Le changement des habitudes professionnelles peut prendre du temps. **Les résultats faibles de certains établissements ne signifient pas pour autant une absence d'hygiène des mains** mais une utilisation encore majoritaire du lavage des mains à l'eau et au savon.

Par ailleurs, l'hygiène des mains ne se résume pas à la seule désinfection par friction et les techniques de lavage restent indiquées dans certaines situations où les PHA ne le sont pas (mains souillées par exemple).

De plus, les données présentées ici sont recueillies et diffusées pour la première fois, il sera important d'apprécier la progression des établissements lors des années suivantes.

A quoi correspondent les classes B, C, D ?

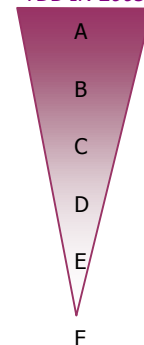
Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

A quoi correspond la classe F ?

La classe F regroupe les établissements pour lesquels les données - volume consommé, nombre de journées d'hospitalisation par discipline - ne sont pas disponibles.

C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.

TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES SURVISO



Qu'est ce que SURVISO?

L'indicateur SURVISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.

Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale permettant de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

SURVISO est déduit du bilan d'activité 2005 rempli par chaque établissement. Il recense :

- la mention de l'existence d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO),
- et le nombre de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique participant à cette surveillance rapporté au nombre total de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique de l'établissement.

La surveillance des ISO repose sur le suivi du nombre des patients infectés pendant l'hospitalisation et jusqu'à 30 jours suivant la sortie du patient (1 an en cas de pose de prothèse), rapporté au nombre total de patients opérés.

Qu'est ce que n'est pas SURVISO?

SURVISO ne classe pas les établissements selon le taux d'infections du site opératoire. En effet, l'utilisation de méthodologies diverses par les services de chirurgie et la prise en charge de patients ayant des niveaux de risque infectieux variables ne permet pas un affichage généralisé des résultats des surveillances épidémiologiques. Il n'y a donc pas de classement sur cette base pour le moment.

Comment interpréter SURVISO ?

Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (6 cas pour 1 000 interventions chez les patients sans risque spécifique - données ISO-RAISIN 2004), ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière l'enquête nationale de prévalence. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale.

Il est recommandé que tous les services ou secteurs chirurgicaux soient engagés dans une démarche de surveillance. Cependant pour surveiller tous les patients, cela nécessite des systèmes d'information adaptés.

SURVISO précise le degré d'implication de l'établissement dans la prise en compte de cette activité à risque.

ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES	Agence Nationale d' Accréditation et d' Evaluation en Santé (voir HAS)
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
BMR	Bactéries multi résistantes
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
C.CLIN	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
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
EOHH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
ICALIN	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICSHA	Indice de consommation de produits hydro-alcooliques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	L'Institut de veille sanitaire
PHA	Produit hydro-alcoolique
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SURVISO	Surveillance des infections du site opératoire