



# **Journée d'échanges des Réanimateurs et Hygiénistes du Sud-ouest Pessac – 5 février 2010**



## **Plan stratégique national 2009-2013 : Quel impact en réanimation ?**

**P. PARNEIX**

**Responsable CCLIN SO**  
[pierre.parneix@chu-bordeaux.fr](mailto:pierre.parneix@chu-bordeaux.fr)

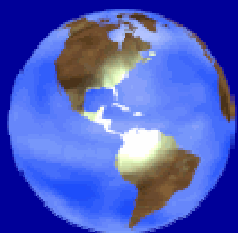


# Plan IAS et réanimation Impact en réanimation



?





# Plan IAS et réanimation

## Plan stratégique



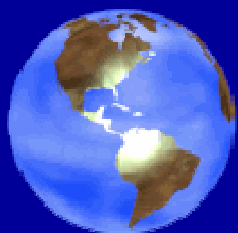
*Liberté - Égalité - Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports  
Secrétariat d'Etat à la solidarité

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2009 - 2013  
DE PREVENTION  
DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Juillet 2009

<http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/organisation/2009/ci19082009.pdf> [cclin-france.fr](http://cclin-france.fr)

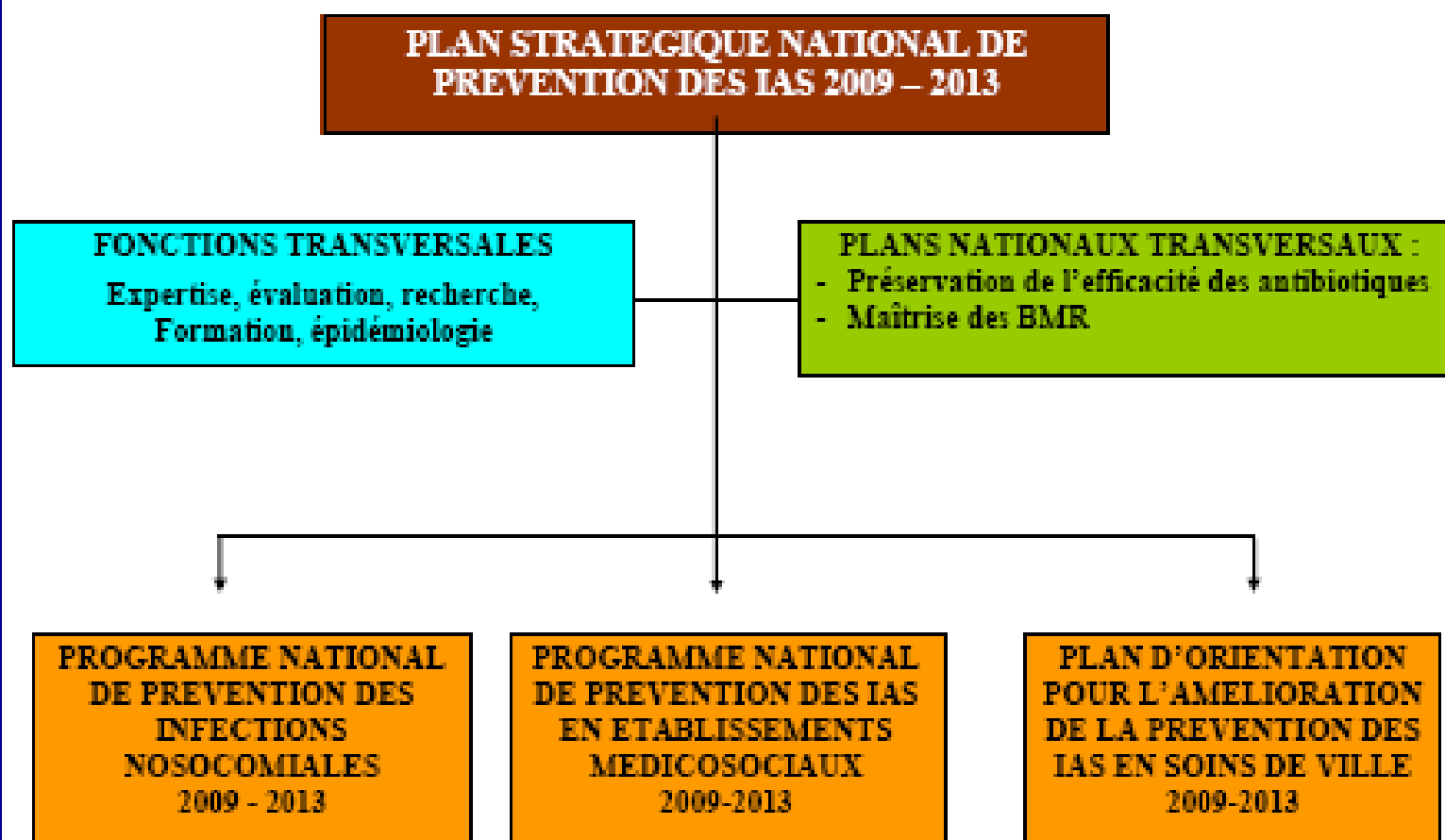


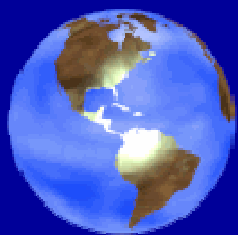
# Plan IAS et réanimation

## Plan stratégique

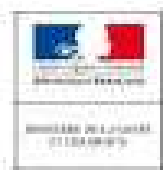


### Annexe n° 3 : SUIVI ET EVALUATION du Plan stratégique National



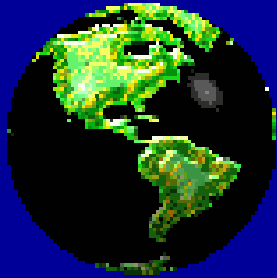


# Plan IAS et réanimation Programme national IN



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2009 – 2013  
DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS**

**PROGRAMME NATIONAL  
DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**



# Plan IAS et réanimation

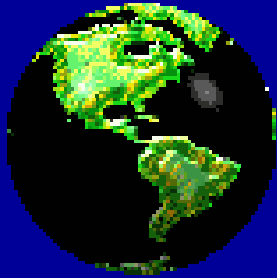
## Objectifs quantifiés IN



### AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

#### Objectifs quantifiés de résultats

- *En 2012, le taux d'incidence\* des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation pour 1000 jours d'exposition aux CVC a diminué d'un quart ; [données de référence : REA RAISIN 2008]*
- *En 2012, le taux d'incidence\* des infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées\*\* à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes ; [données de référence : ISO RAISIN 2008]*
- *En 2012, le taux d'incidence\* des accidents exposant au sang pour 100 lits, a diminué d'un quart globalement et par catégorie d'établissements ; [données de référence : AES RAISIN 2008]*



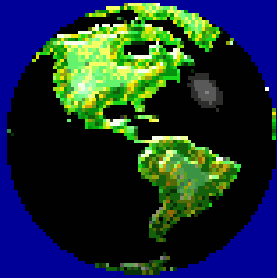
# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN



**Définir un objectif quantifié de baisse des bactériémies nosocomiales sur CVC**

Evolution dans le temps	2004	2005	2006	2007
Incidence (2) BLC /1000 J cvc	0,70	0,72	0,81	0,97



# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN



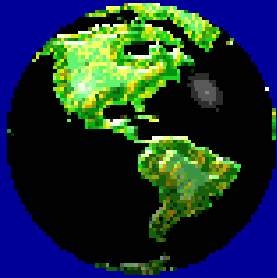
### Définir un objectif quantifié de baisse des bactériémies nosocomiales sur CVC

Distribution des établissements selon le taux d'incidence des BLC / 1000 J cvc

(2) Méthode de calcul **souple** gardant tous les jours de CVC au dénominateur

Médiane nationale et interquartile

	N serv	Moy.	+/-ds	Min.	P25	Méd.	P75	Max.
<b>Nationale</b>	<b>165</b>	<b>0,97</b>	<b>1,40</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,47</b>	<b>1,50</b>	<b>8,23</b>
PN	42	1,21	1,40	0,00	0,00	0,93	2,00	5,45
O	19	1,02	1,02	0,00	0,00	0,88	2,01	2,85
E	25	1,08	1,59	0,00	0,00	0,58	1,70	6,67
S-E	63	0,78	1,48	0,00	0,00	0,00	1,06	8,23
S-O	16	0,90	1,20	0,00	0,00	0,69	1,23	4,26



# Plan IAS et réanimation

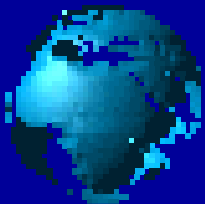
## Objectifs quantifiés IN



### La stratégie américaine : un standard individuel

**Table 1 – Metrics and National 5-Year Prevention Targets**

<b>Metric Number and Label</b>	<b>Metric</b>	<b>Measurement System</b>	<b>National 5-Year Prevention Target</b>
<b>1. CLABSI 1</b>	<b>CLABSIs per 1000 device days by ICU and other locations</b>	<b>CDC NHSN; Administrative discharge data<sup>1</sup></b>	<b>CLABSIs per 1,000 device days by ICU and other locations below present NHSN 25<sup>th</sup> percentile by location type (75% reduction in Stratified Infection Ratio)</b>
<b>2. CLABSI 4</b>	<b>Central line bundle compliance (non-emergent insertions)</b>	<b>NHSN CLIP module</b>	<b>100% compliance with central line bundle (non-emergent insertions)</b>

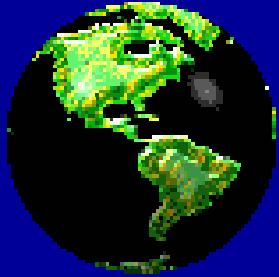


# Plan IAS et réanimation Programme IN 2009-2013



Quoi de neuf à bord ?





# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN

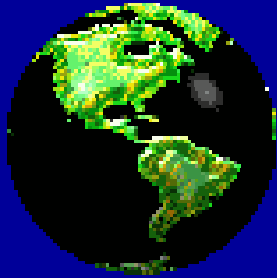


### AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

#### Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *En 2012, 100% des établissements pratiquant la réanimation (selon le décret) utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance (type check liste par exemple)*

*Les critères à prendre en compte concernent notamment le choix du site de pose, la pose en condition d'asepsie « chirurgicale », la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place des CVC, et la surveillance.*



# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN



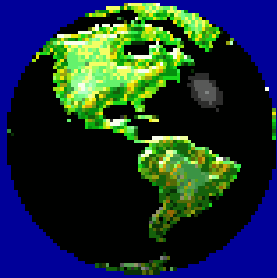
### AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

#### Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *En 2012, 100% des établissements utilisent des 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 (type check liste par exemple)*

*Les critères à prendre en compte concernent notamment la pose en condition d'asepsie, la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place des dispositifs invasifs, et la surveillance.*

- *En 2012, 95% des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des infections du site opératoire dans leur système d'information hospitalier*



# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN



### AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

#### Objectifs quantifiés de moyens et processus

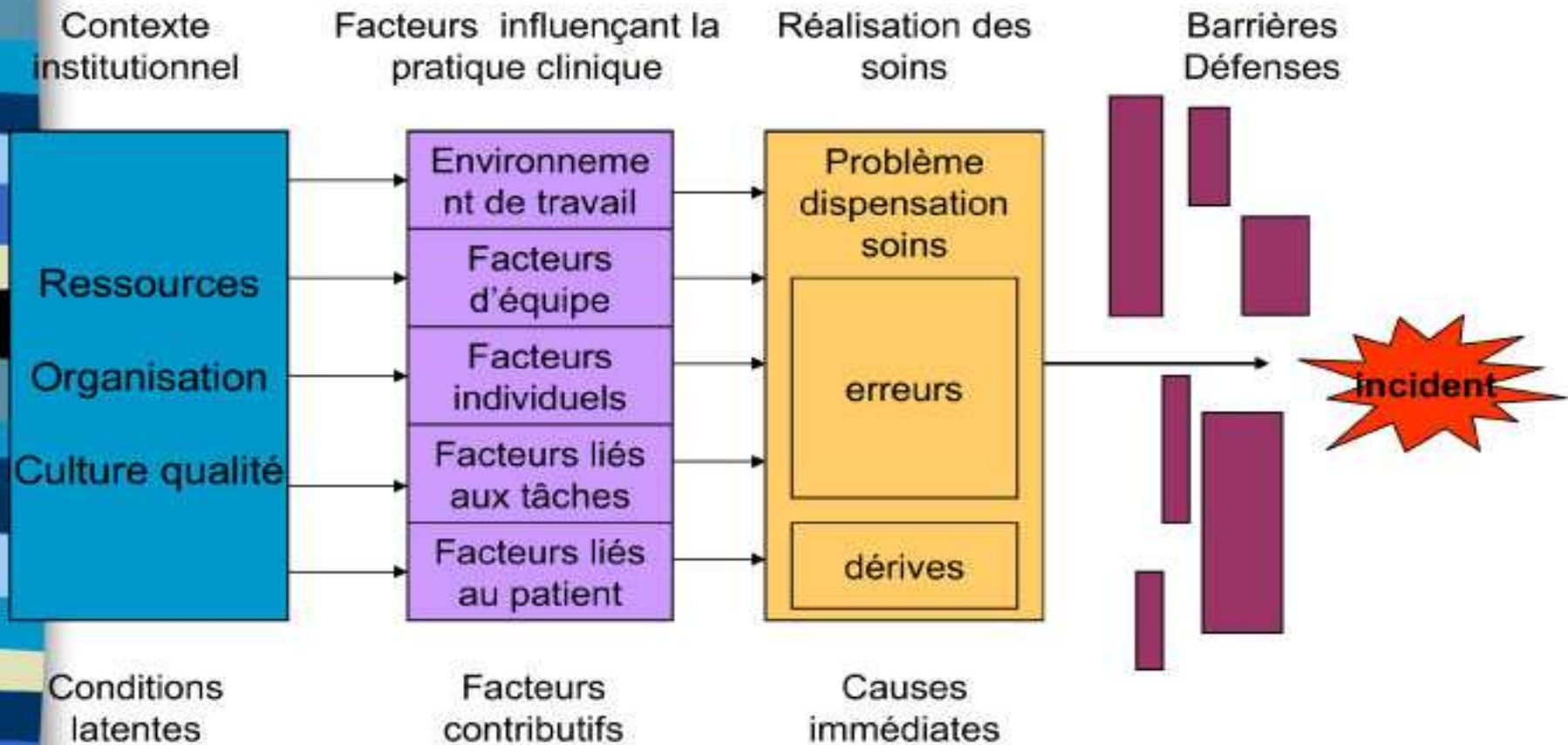
- *En 2012, 100% des établissements pratiquant la chirurgie utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire (type check liste par exemple)*

*Les critères à prendre en compte concernent notamment la préparation cutanée, le bon usage de l'antibio-prophylaxie, et la surveillance.*

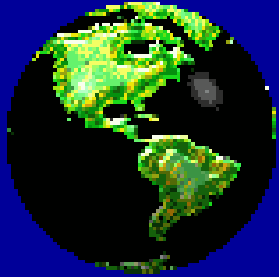
- *En 2012, 100% des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves*
- *En 2012, 100% des établissements assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES) survenant dans l'établissement et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES*

# Méthode ALARM

(Association of Litigation And Risk Management)



D'après C Vincent et al., 2005



# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN

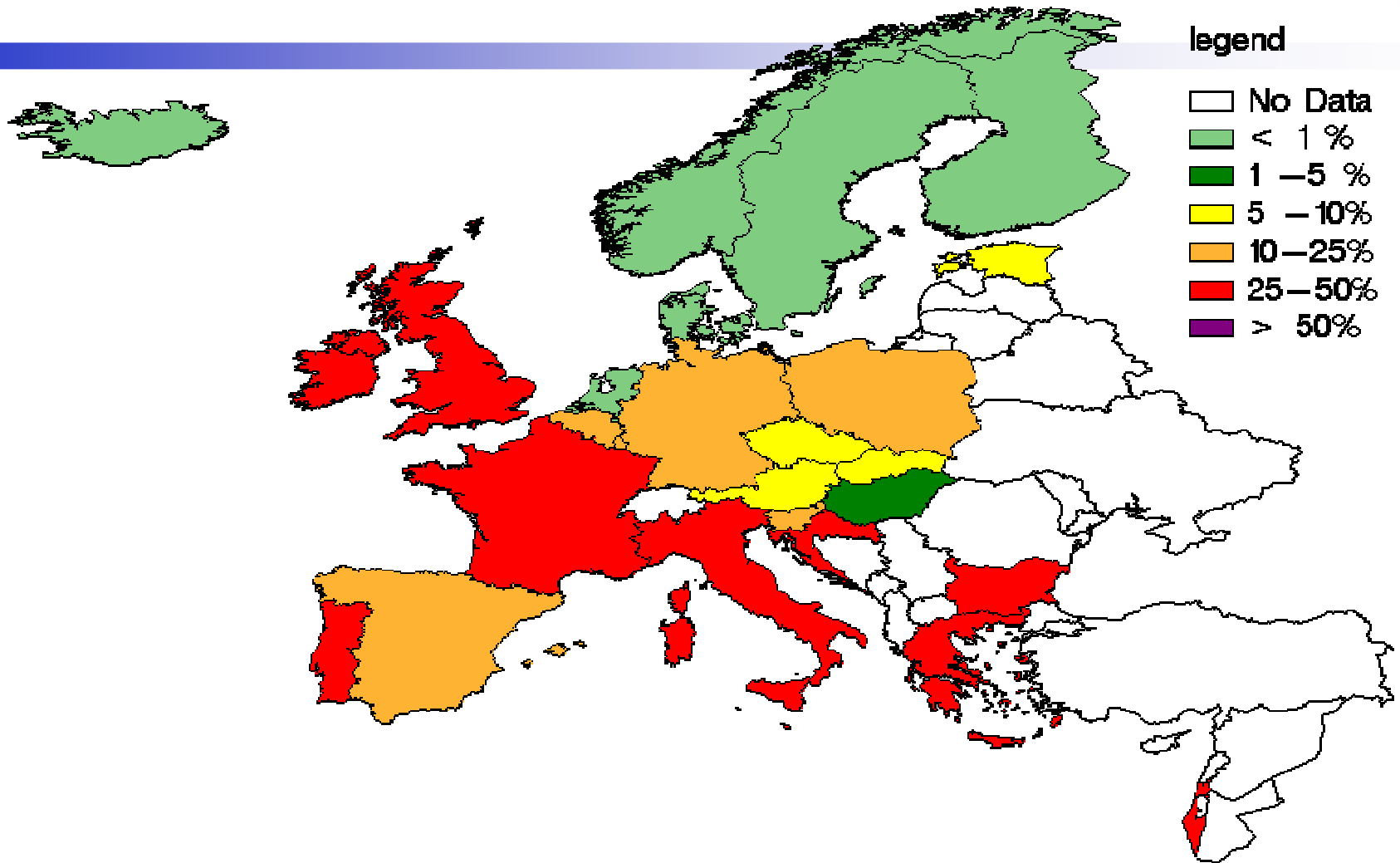


**MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES ET L'EMERGENCE DE PHENOMENES INFECTIEUX A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

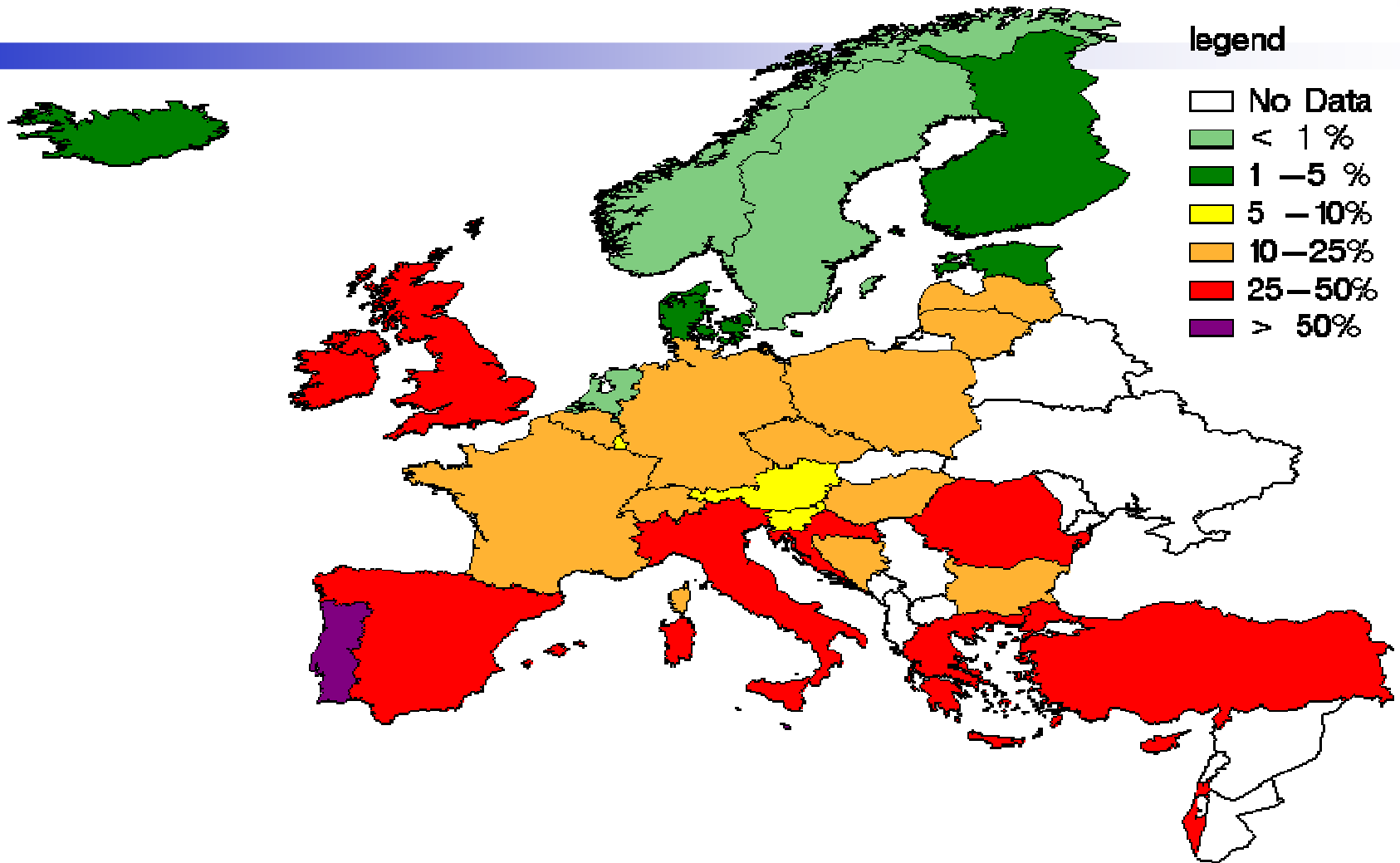
### Objectifs quantifiés de résultats

- *En 2012, le taux d'incidence\* des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM [données de référence : BMR RAISIN 2008]*
- *En 2012, la proportion de souches d'Enterococcus faecium résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1% au niveau national [référence : réseau EARSS-France]*

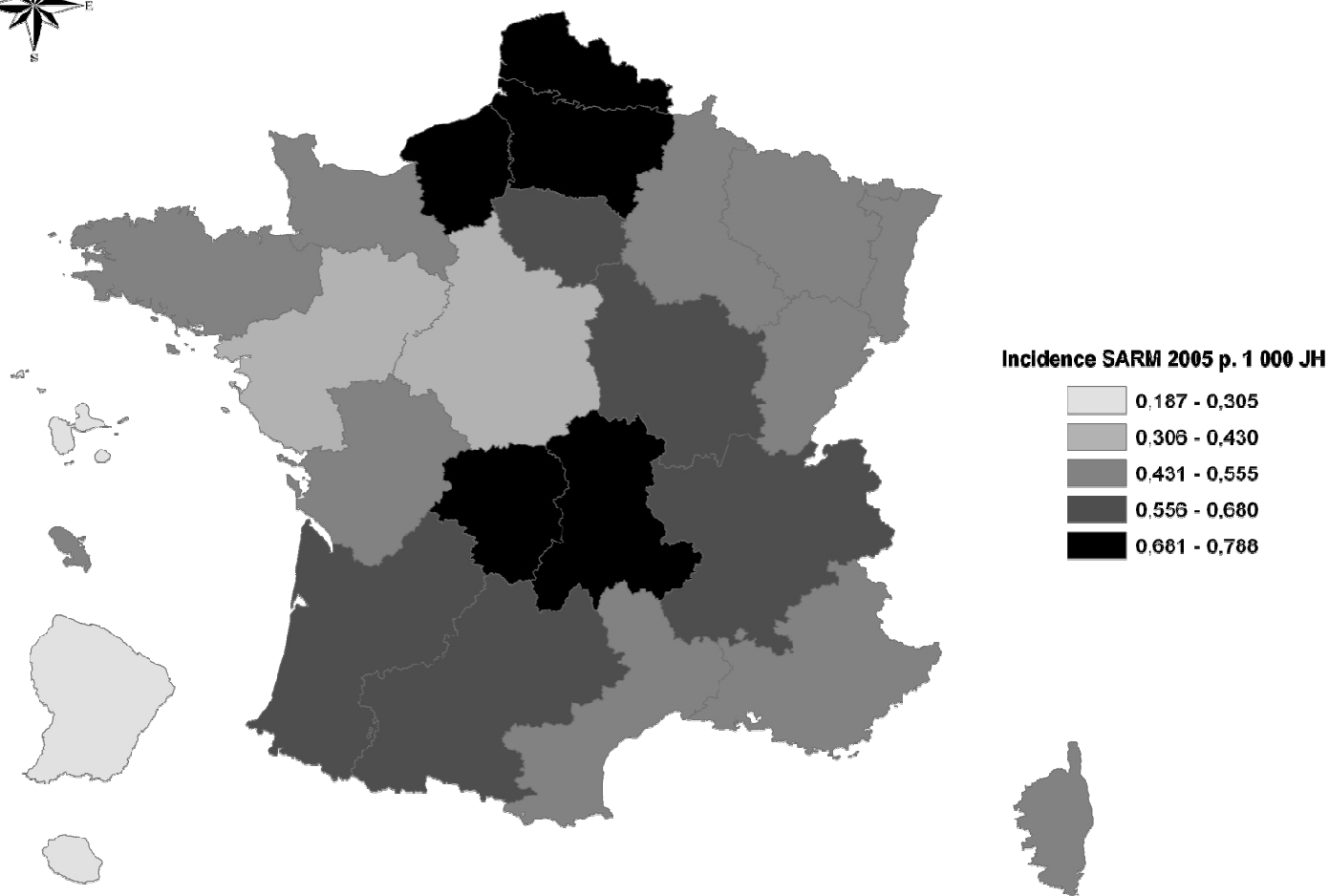
Proportion of MRSA isolates in participating countries in 2001
   
 (c) EARSS



Proportion of MRSA isolates in participating countries in 2008  
(c) EARSS

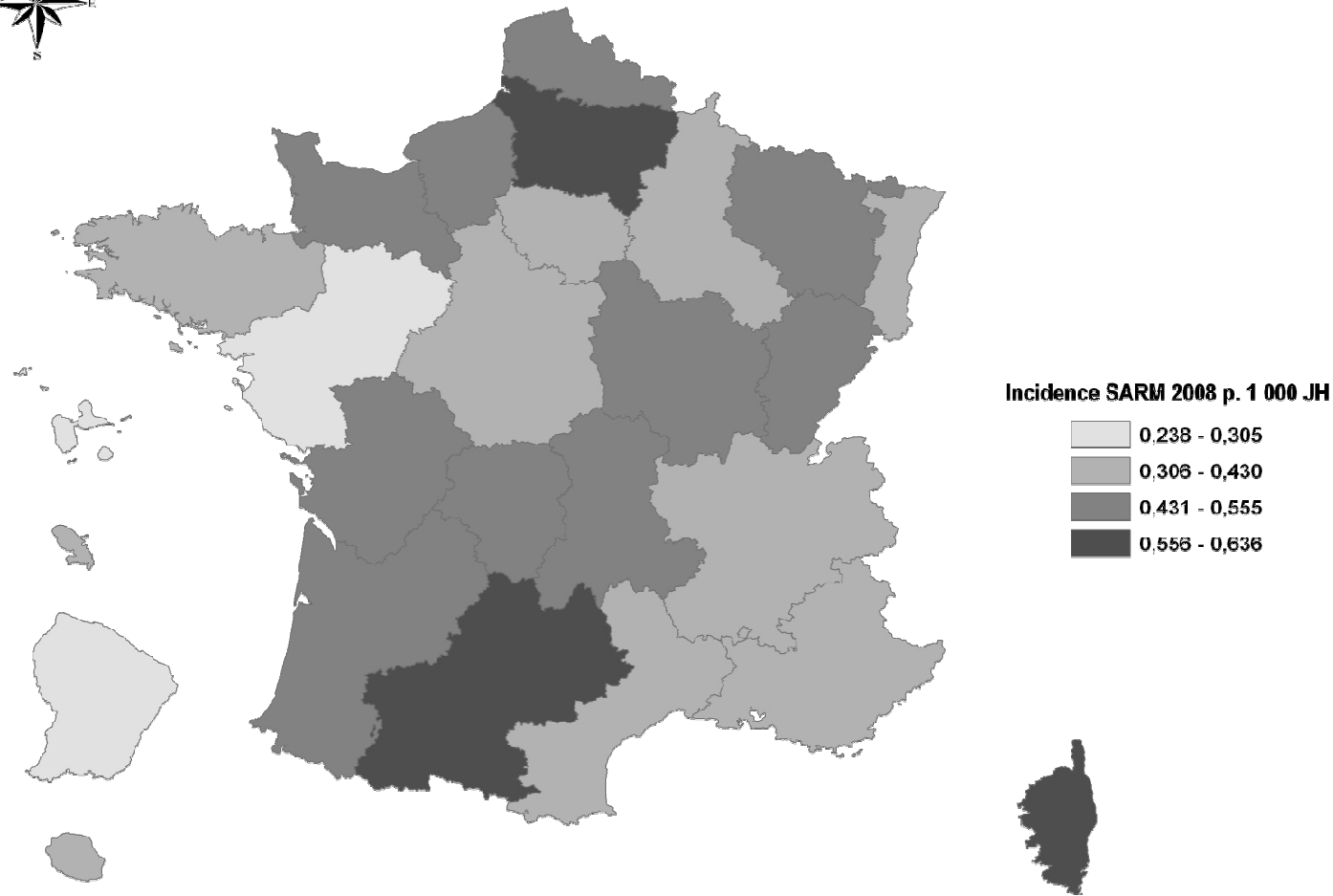


# Résultats : Incidence moyenne des cas SARM par région, 2005



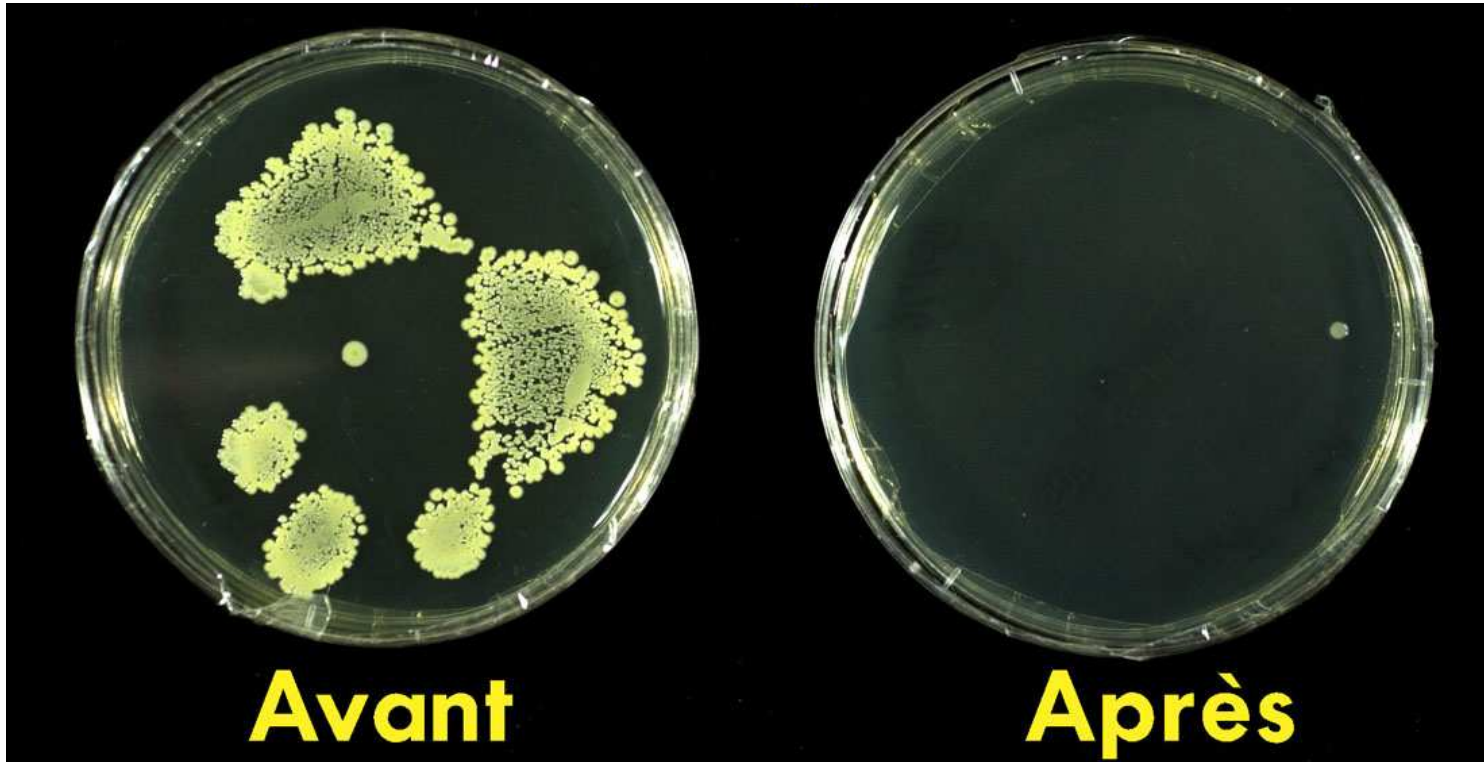
Note : échelles de couleur identiques d'une année à l'autre

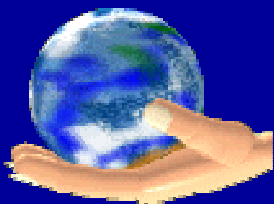
# Résultats : Incidence moyenne des cas SARM par région, 2008



Note : échelles de couleur identiques d'une année à l'autre

**Jamais sans ma SHA !!!**

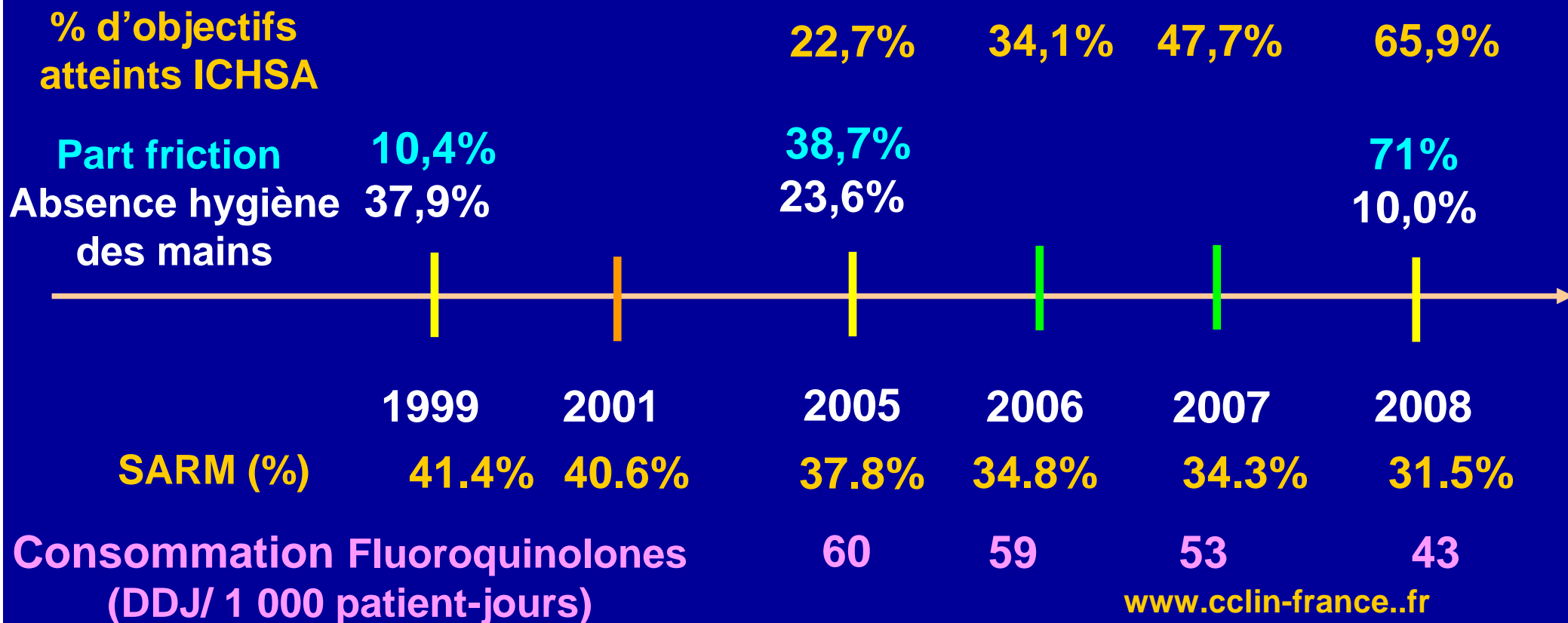


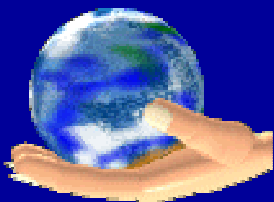


# Plan IAS et réanimation ICSHA



## Politique d'hygiène des mains dans l'inter-région Sud-ouest : stratégie et performance (1999-2008)



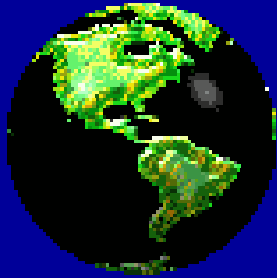


# Plan IAS et réanimation ICSHA



## Performances ICSHA du CCLIN SO

REGIONS	% d'objectif atteint 2005	% d'objectif atteint 2008	Evolution 2005-2008	Rang national de la région 2008
Guadeloupe	26,6	101,1	+ 380 %	4 <sup>ème</sup>
Martinique	30,2	90,1	+ 298 %	6 <sup>ème</sup>
Aquitaine	26,3	70,7	+ 269 %	16 <sup>ème</sup>
Midi-Pyrénées	24,6	69,2	+ 281 %	18 <sup>ème</sup>
Limousin	19,2	51,9	+ 270 %	24 <sup>ème</sup>
Poitou-charentes	11,8	47,3	+ 401 %	25 <sup>ème</sup>
Guyane	25,4	42,3	+ 166 %	26 <sup>ème</sup>
<b>Total CCLIN SO</b>	<b>22,7</b>	<b>65,9</b>	<b>+ 290 %</b>	<b>(5/5)</b>
<b>Total NATIONAL</b>	<b>32,4</b>	<b>86,8</b>	<b>+ 268 %</b>	<b>-</b>



# Plan IAS et réanimation

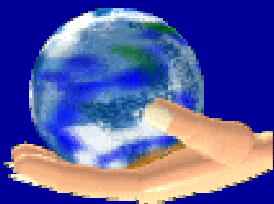
## Objectifs quantifiés IN



**MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES ET L'EMERGENCE DE PHENOMENES INFECTIEUX A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

### Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *En 2012, 100% des établissements de santé ont atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques*
- *En 2012, 100% des établissements de santé ont défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes adapté à leur activité*
- *En 2012, 100% des établissements de santé concernés ont inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluent son application dans le dossier patient*

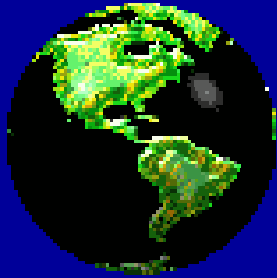


# Plan IAS et réanimation ICSHA 2



Total des gestes / patient / 24 H  
(interruptions et enchaînements de soins exclus)

	Invasif ou septique	Peau saine	Environnement	Total	ICSHA
<b>Médecine</b>	8,2	13,1	22,9	44,2	7
<b>Chirurgie</b>	9,1	13,4	18	40,5	9
<b>Obstétrique</b>	12,3	20,2	22,6	55	8
<b>Réanimation</b>	40,5	40,5	92,2	173,1	48
<b>Psychiatrie</b>	2,4	5	24,7	32,1	2



# Plan IAS et réanimation

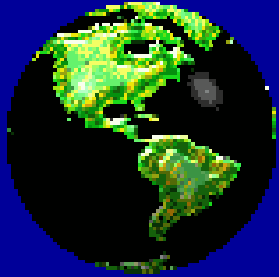
## Objectifs quantifiés IN



**MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES ET L'EMERGENCE DE PHENOMENES INFECTIEUX A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

### Objectifs quantifiés de résultats

- *En 2012, le taux d'incidence\* des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM [données de référence : BMR RAISIN 2008]*
- *En 2012, la proportion de souches d'Enterococcus faecium résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1% au niveau national [référence : réseau EARSS-France]*



# Plan IAS et réanimation

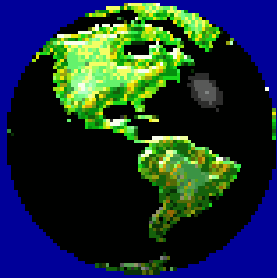
## Objectifs quantifiés IN



**MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES ET L'EMERGENCE DE PHENOMENES INFECTIEUX A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

### Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *En 2012, 100% des établissements de santé disposent d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique*
- *En 2012, 100% des établissements ont 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*



# Plan IAS et réanimation

## Objectifs quantifiés IN



**MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES ET L'EMERGENCE DE PHENOMENES INFECTIEUX A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

### Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *En 2012, 100% des établissements de santé ont atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques*
- *En 2012, 100% des établissements de santé ont défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes adapté à leur activité*
- *En 2012, 100% des établissements de santé concernés ont inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluent son application dans le dossier patient*

## Message 3 : Ré-évaluer la prescription à 48 heures

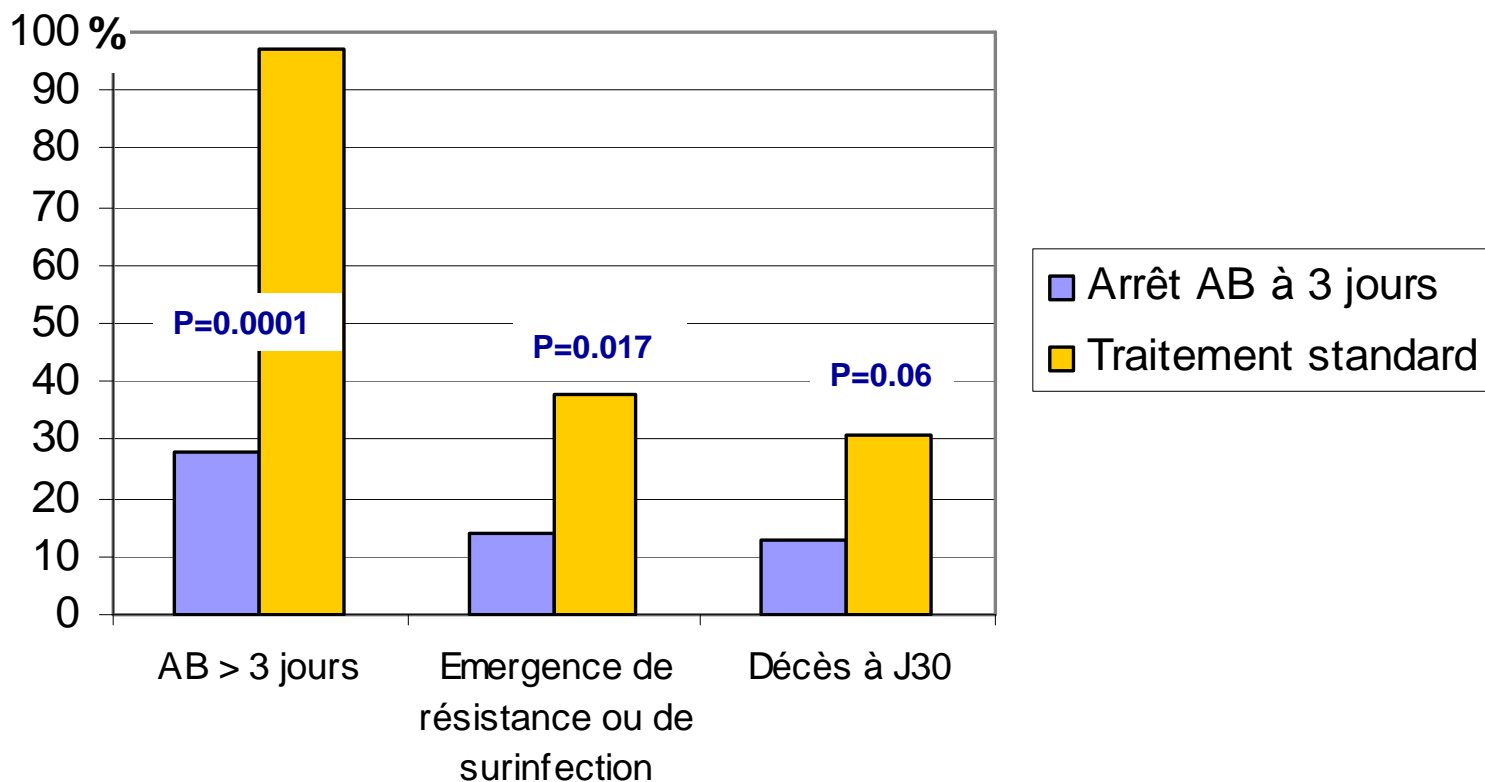


- **Arrêter** l'antibiotique si l'origine bactérienne de l'infection n'est pas confirmée
- Adapter l'antibiotique à la sensibilité de la bactérie responsable: **spectre plus étroit**, faible impact sur les flores commensales
- Passer à une **monothérapie** si le traitement initial comportait une association
- Passer à une administration **orale** si le traitement initial était parentéral
- Adapter les posologies à la tolérance du malade et ses capacités d'épuration hépatique et rénale

# Savoir arrêter un traitement empirique inutile lorsque l'infection n'est pas confirmée



Traitement antibiotique empirique chez des patients de réanimation ayant un infiltrat pulmonaire. Protocole basé sur l'arrêt du traitement empirique au 3<sup>e</sup> jour, en l'absence de signes confirmant l'infection pulmonaire





# Plan IAS et réanimation Raisin



Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales

**BMR-Raisin – V. Jarlier**

**ISO-Raisin  
P. Jarno**

**AES-Raisin  
N. Floret**

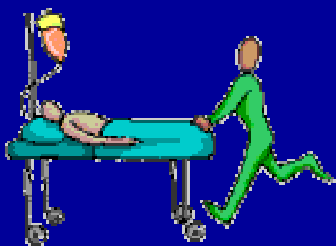
**ATB-Raisin  
C. Dumartin**



**REA-Raisin  
A. Savey**

<http://www.invs.sante.fr/raisin/>

[www.cclin-france.fr](http://www.cclin-france.fr)

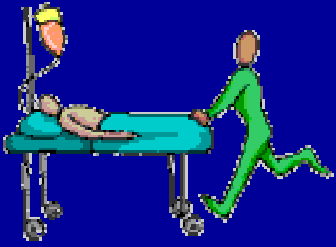


# Plan IAS et réanimation

## Discussion



- **Améliorer encore la gestion du risque infectieux en réanimation :**
  - **Un enjeu affiché du programme 2009-2013 :**
    - En lien avec la stratégie de surveillance nationale :
      - Nécessité d'un outil de mesure opérationnel,
  - **-25%, un challenge national possible ?**
    - **Implanter des programmes de prévention plus actifs:**
      - Dans les unités ayant les taux les plus élevés,
      - En s'inspirant des unités les plus en avance,
    - **« Objectif zéro » chez les plus performants ?**
      - Place de la check-list à définir.

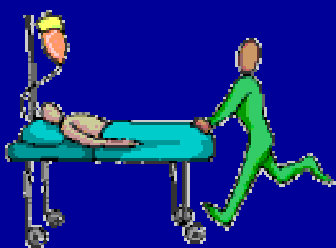


# Plan IAS et réanimation

## Discussion



- **Améliorer encore la gestion du risque infectieux en réanimation :**
  - **Les clés du succès :**
    - **Maintenir la dynamique de performance :**
      - Haut niveau de respect des précautions standard,
      - Dépistage et gestion des BMR,
    - **Ne pas se priver des nouveaux outils :**
      - Analyse des causes,
      - Analyse de scénario,
      - Check-list....



# Plan IAS et réanimation

## Discussion



- **Améliorer encore la gestion du risque infectieux en réanimation :**
  - **Les clés du succès :**
    - **Ne pas occulter les aspects organisationnels :**
      - Effectifs suffisants nécessaires,
      - Capacité à s'adapter face à une épidémie.
    - **Rendre plus lisible les résultats :**
      - Nombre d'infections évitées, de décès évités,
      - Estimer le coût/bénéfice des stratégies..

## Working together to tackle MRSA, NHS, DH, ECDC conference



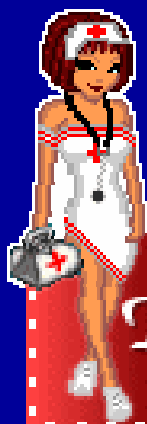
<http://www.clean-safe-care.nhs.uk/index.php?pid=12>



# Plan IAS et réanimation Epilogue



Merci le plan stratégique !!!!



*Prompt Rétablissement*

@Celestill



Je vais mieux