

Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 : de nouveaux objectifs pour les professionnels de santé



Dr Vanessa Van Rossem
32^{ème} journées régionales d'hygiène hospitalière de
Bordeaux
26 mars 2010

Ministère de la santé et des sports
Dgos/Bureau PF2 « qualité et sécurité des soins »



Dgos/PF2/V.Van Rossem/26/03/2010



Le contexte

- La loi HPST
 - nouvelle organisation des établissements de santé
 - transparence vis à vis des usagers : affichage des indicateurs
- Fin du programme de lutte contre les IN 2005-2008
- Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
- Perspective d'évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

La loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - contexte et enjeux (1/4)

■ Contexte :

- de multiples instances et un cadre strict de fonctionnement
- La qualité des soins, première attente des usagers
 - 33% des usagers citent comme prioritaire la qualité des soins reçus
 - celle qui recueille le plus de satisfaction : 88%
 - Source, BVA, baromètre des services publics, déc 2009)

La loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - contexte et enjeux (2/4)

■ Les enjeux de la loi :

- Volonté de simplifier et d'assouplir l'organisation interne des établissements
- Affichage d'une volonté forte de responsabiliser sur un programme d'actions en matière de qualité des soins
- Passer d'une logique de moyens à une logique de résultats

La loi HPST et les articles L6144-1 & L6161-2 : Rôles renforcés et identiques commission médicale et conférence médicale (3/4)

- Renforcer le rôle sur la politique d'amélioration continue de la qualité des soins.
- Centrer les missions vers les orientations stratégiques liées à l'activité médicale (consultée sur projet médical, projet d'établissement, projet de soins infirmiers, missions de service public, développement professionnel continu...)
- Avoir des priorités d'intervention (gestion des risques liés à leurs activités, infections, médicament et dispositifs médicaux, douleur, accueil)
- Etre en gestion de projet (programmation, coordination des actions, évaluation, indicateurs, contractualisation ...)

La loi HPST et les articles L6144-1 & L6161-2 : Rôles renforcés et identiques commission médicale et conférence médicale (4/4)

la CME / conférence médicale contribue à
l'élaboration de la politique d'amélioration
continue de la qualité et de la sécurité des soins
ainsi que des conditions d'accueil et de prise en
charge des usagers ;

Elle propose au président du directoire un
programme d'actions assorti d'indicateurs de
suivi...

Projet de décret "organisation de la prévention des infections nosocomiales"(1/2)

- Actualisation de l'organisation de la prévention des IN dans sa globalité
 - au niveau ES : lien avec la loi HPST
 - au niveau inter-régional :
 - CCLIN et ARLIN et la prévention des IAS dans le secteur médico-social, et le secteur libéral
 - Signalement
- Calendrier prévisionnel du décret
 - Fin de travaux en mai 2010
 - Consultation en juin 2010
 - Promulgation été 2010

Projet de décret "organisation de la prévention des infections nosocomiales"(2/2)

- Un groupe de travail
 - représentants des Es via les 5 fédérations
 - représentants de l'InVS, du HCSP (sécurité des patients), des CCLINs, COSPIN, des usagers
 - personnes qualifiées : Président CLIN, EOHH, ARLINs, Président de CME, Directeur de soins, Directeurs d'Etablissement
 - administration centrale : DHOS (pilotage) DGS
- Coordination avec le projet de décret gestion des risques dans les ES

Décrets déjà parus

- Décret no 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé
- Décret no 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé
- Décret no 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Art D. 6111-23 - Indicateurs (1/10) Transparence

- Décret no 2009-1763 du 30 décembre 2009 non-respect de la mise à disposition du public par ES des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Le non-respect des dispositions (...) peut être constaté par le DG-ARS, notamment dans les cas où l'établissement de santé s'abstient de mettre à la disposition du public les résultats de ses indicateurs de qualité et de sécurité des soins ou lorsque cette mise à disposition est incomplète ou insuffisante

Art D. 6111-23 - Indicateurs (2/10) Transparence


En cas d'insuffisance ou de non-respect des engagements pris, le DG-ARS --> une diminution de la dotation...ou du produit des tarifs des prestations d'hospitalisationdans la limite de 0,1 % des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure.

Arrêté du 30 décembre 2009 Indicateurs (3/10) Transparence

- Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (....) sont publiés chaque année et mis à la disposition du public par les établissements de santé
- Les résultats nationaux de ces indicateurs font l'objet d'une publication annuelle du ministère chargé de la santé, notamment par voie électronique, présentant les données de comparaison nécessaires à leur interprétation.
- Les établissements de santé mettent à la disposition du public leurs indicateurs de qualité dans un délai de deux mois suivant la publication annuelle accompagnés des données de comparaison figurant dans cette dernière.



Arrêté du 30 décembre 2009 Indicateurs (4/10)
Transparence


- les 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales
 - ICALIN : indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
 - ICSHA : indice de consommation de produits hydro-alcooliques
 - SURVISO : indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire ;
 - ICATB : indice composite de bon usage des antibiotiques ;
 - SCORE AGRÉGÉ élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs.
- 
- 



Arrêté du 30 décembre 2009 Indicateurs (5/10)
Transparence



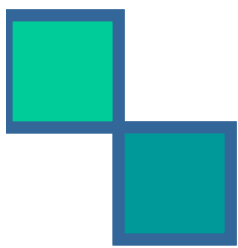

■ 5 indicateurs de qualité issus du dossier du patient

- Tenue du dossier patient ;
 - Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
 - Dépistage des troubles nutritionnels ;
 - Tenue du dossier anesthésique.
- 



Indicateurs

Les enjeux de la publication des indicateurs de qualité (6/10)

- 
- satisfaire à l'exigence de transparence des usagers et de leurs représentants ;
 - fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité ;
 - permettre un pilotage par la qualité pour les instances régionales et le ministère de la santé
 - Publication des résultats sur le site Platines du ministère de la santé
- 

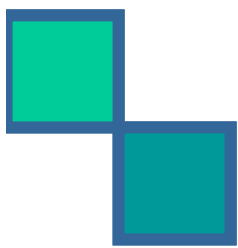



Indicateurs Site PLATINE (7/10)

- <http://www.platines.sante.gouv.fr/> : la plateforme d'informations sur les établissements de santé
 - Exigence d'information et de transparence en mettant à disposition du grand public une série d'indicateurs marquants sur l'hôpital
 - Information sur les principales caractéristiques
 - équipements, activités et particularités.
 - des renseignements sur leurs pratiques dans certains domaines, (ex : le taux de césarienne, le taux de chirurgie ambulatoire pour 9 actes courants comme la cataracte ou l'arthroscopie du genou.)
 - les résultats du TBIN et les grands résultats de la procédure de certification.
- 

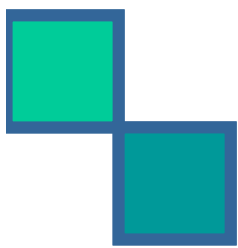



Indicateurs (10/11) Publication nationale

- 
- Modifications du site platine : Platine V2
 - Projet d'instruction destinée aux ES pour proposition de diffusion des informations
 - Les éléments contenus dans Platines V2 - pour les indicateurs
 - Année de validité des données
 - Les résultats des différents indicateurs
 - Positionnement de l'ES : classe de performance
 - Evolution par rapport à l'année dernière
 - Atteinte de l'objectif national par l'ES
- 



Indicateurs (11/11) Publication nationale

- 
- Atteinte de l'objectif national défini dans le programme national de prévention des IN 2005-2008
 - ICALIN : aucun établissement en E, ont tous augmenté d'une classe
 - ICSHA : tous les établissements sont classés en A ou en B
 - Surviso : tous les établissements concernés ont mis en place une surveillance des infections du site opératoire
 - ICATB : aucun établissement est situé en D ou en E
- 

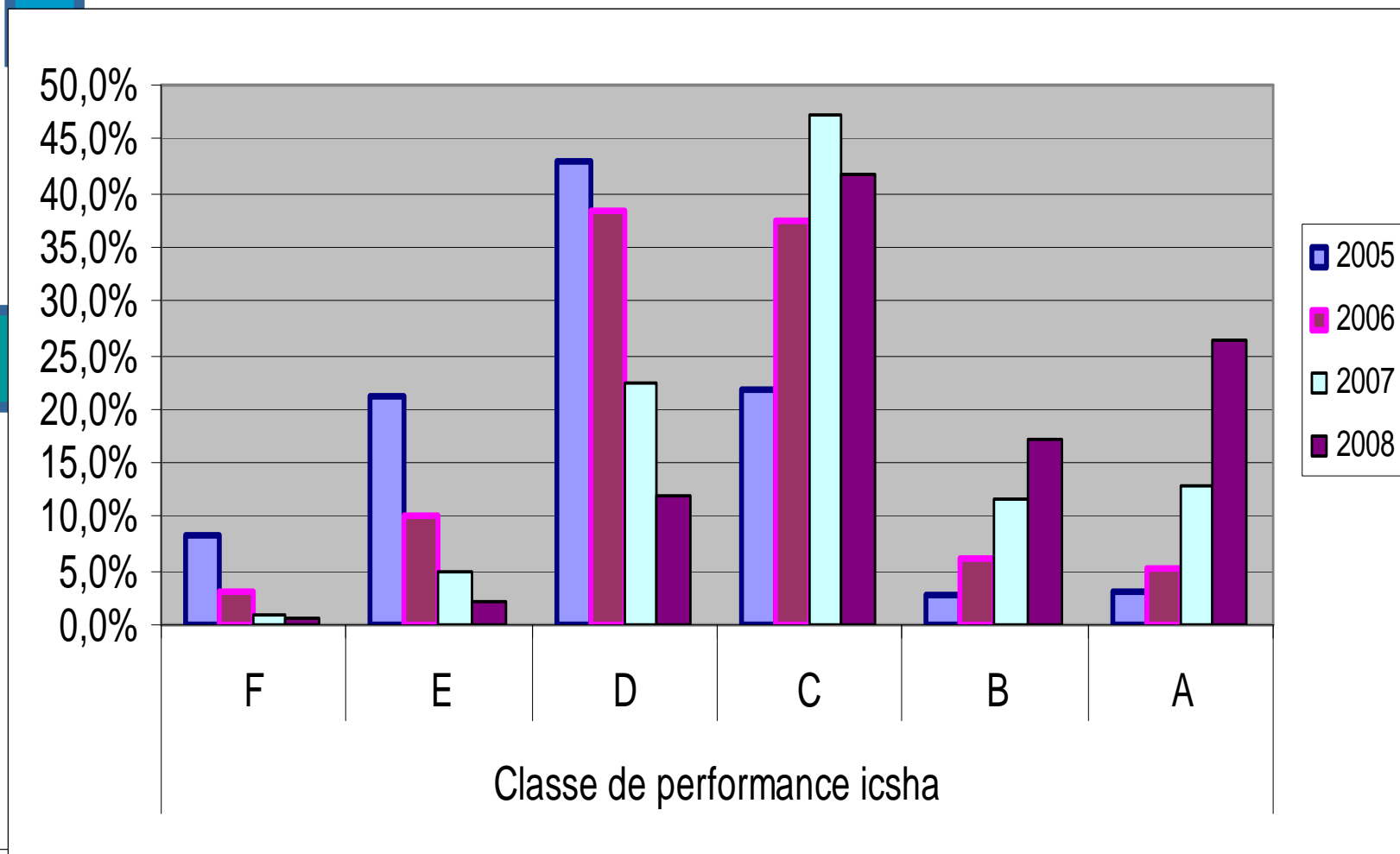
Zoom sur ICALIN

9

Année	Classe de performance ICALIN			
	F	E	D	C
2004	11,8%	5,5%	13,2%	34,8%
2005	2,4%	2,8%	6,5%	24,6%
2006	0,9%	1,0%	3,1%	14,3%
2007	0,5%	1,1%	2,0%	10,6%
2008	0,11%	0,96%	1,60%	7,93%

Zoom sur ICSHA : Evolution d'ICSHA 2005-2008

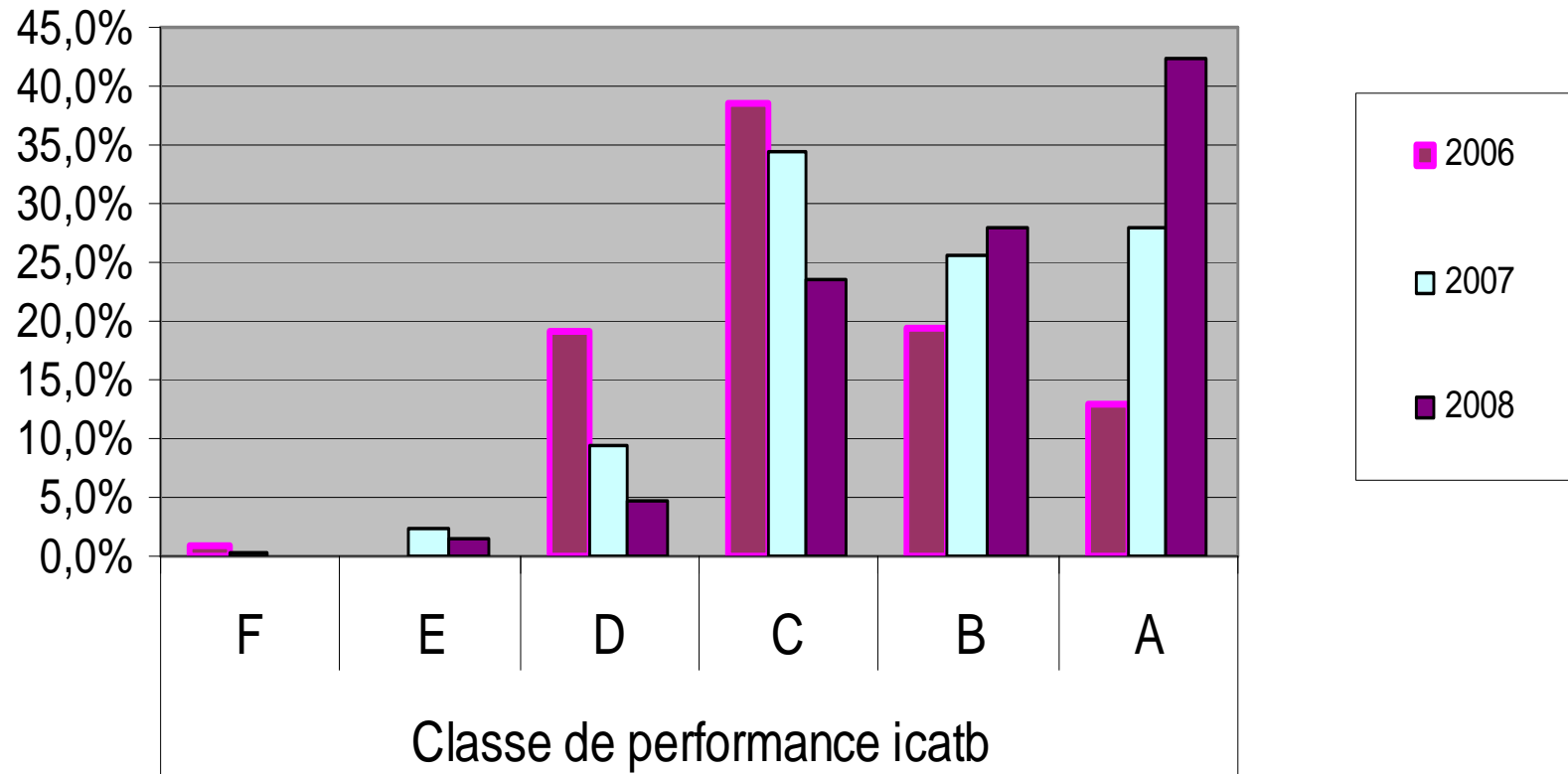
0



Zoom sur ICATB

1

Evolution d'ICATB 2006-2008



SurvISO

2

SURVISO 2008	Surveillance des ISO	Total ES concernés
Nombre d'ES	1010	1048
Pourcentage	96,4	100%

SURVISO 2007	Surveillance des ISO	Total ES concernés
Nombre d'ES	905	1064
Pourcentage	85,1%	100%

SURVISO 2006	Surveillance des ISO	Total ES concernés
Nombre d'ES	788	1102
Pourcentage	71,5%	100%

SURVISO 2005	Surveillance des ISO	Total ES concernés
Nombre d'ES	669	1121
Pourcentage	59,7%	100%

Nouveaux indicateurs : Tableau de bord IN V 2

Éléments de réflexion

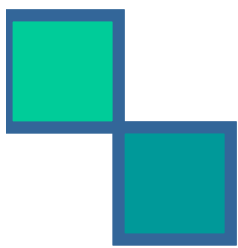

- Atteinte importante des objectifs du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008
- Mise en œuvre progressive à partir du programme de prévention des IN 2009-2013
- Objectifs : indicateurs composite de processus, de moyens et indicateurs de résultats

Un nouveau programme d'actions en Ets 2009-2013

- Un plan stratégique (pilotage DGS) qui s'articule autour de :
 - développer une politique globale de prévention des IAS, prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales;
 - mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS ;
 - agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins.
- une déclinaison sous forme de 3 programmes sectoriels*



Structure du Programme de prévention des IN [PROPIN] 2009-2013

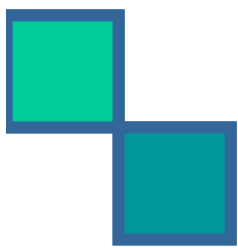

- 
- 5 objectifs nationaux quantifiés de résultats à atteindre en 2012
 - 15 objectifs quantifiés de moyens et de processus pour une déclinaison à l'échelon local (+/- régional)
 - Les objectifs quantifiés sont à atteindre à 2012 et seront évalués en 2013
- 

Les 5 objectifs en détail : Priorités sur les pratiques à risques infectieux et sur les BMR : à atteindre en 2012

- Le taux d'incidence des bactériémies associées aux CVC en réanimation pour 1000 jh d'exposition aux CVC a diminué d'1/4 (réf. REA-RAISIN 2008)
- Le taux d'incidence des ISO pour 100 interventions cibles à faible risque d'infection a diminué globalement d'1/4 y compris pour les ISO profondes (réf. ISO-RAISIN 2008)
- Le taux d'incidence des AES pour 100 lits dans les Ets a diminué d'1/4 globalement et par catégorie d'Ets (réf. AES-RAISIN 2008)
- Le taux d'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1000 JH a diminué d'1/4, y compris pour les bactériémies à SARM (réf. Réseau BMR-RAISIN 2008)
- La proportion de souches *d'E.faecium* reste <1% au niveau national (réf. Réseau EARSS-France).



Objectifs quantifiés de moyens et de processus (1/3)

- 
- Utilisation **d'outils d'aide à l'observance** des mesures de prévention des infections associées à des dispositifs invasifs :
 - sondes urinaires
 - cathéters veineux centraux (réflexion déjà en cours avec la HAS)
 - voies veineuses périphériques (Réflexion au sein du GREPHH)
 - chirurgie (GREPHH, Check liste OMS/HAS)
- 

Objectifs quantifiés de moyens et de processus (2/3)

- Mise en place de **méthodes d'analyse des causes** lors de la survenue d'évènements infectieux graves (décès associé à un infection nosocomiale, infection profonde du site opératoire, ...)
- **Protocoles et évaluation :**
 - Prescription d'antibiotiques
 - Prise en charge en urgence des AES
 - Signalement interne et externe
 - Prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes (centres IOA)




Objectifs quantifiés de moyens et de processus (3/3)



■ **Plans d'actions :**

- Maîtrise des BMR adaptée à l'activité des établissements
- En cas de phénomène infectieux à haut risque épidémique

■ **Surveillance**

- Couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, et l'hépatite B
 - Suivi des infections du site opératoire dans le système d'information de l'Éts
- 

« Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs » (1/2)

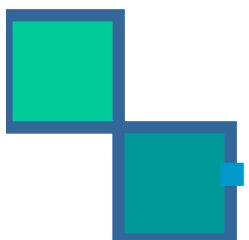
- 100% des établissements pratiquant la réanimation (selon le décret) utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance (ex check list)
- 100% des établissements utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires.
- 95% des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des ISO dans leur système d'information hospitalier

« Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs » (2/2)


- 100% des établissements pratiquant la chirurgie utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire (ex. check list).
- 100% des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves



« Maîtriser la diffusion des BMR et l'émergence de phénomène infectieux à potentiel épidémique » (1/1)



100% des établissements assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES) et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES

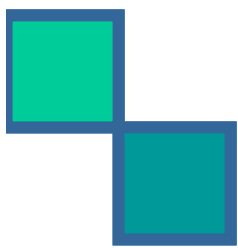

- 
- 100% des établissements de santé ont atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques
 - 100% des établissements de santé ont défini un plan d'actions de maîtrise et diffusion des BMR adapté à leur activité

« Maîtriser la diffusion des BMR et l'émergence de phénomène infectieux à potentiel épidémique » (2/2)

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





« Améliorer l'organisation du dispositif »

- 
- 100% des établissements de santé ont une procédure de signalement interne et externe opérationnelle
 - 100 % des établissements sont en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène
 - 100% des établissements de santé mettent en oeuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux
 - 100% des centres participants au dispositif de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes évaluent la satisfaction des patients pris en charge par le dispositif
- 



Ex : prévention des BMR (1/4)


- 
- Identifier de façon fiable et rapide les patients porteurs de BMR à partir du laboratoire de microbiologie
 - Organiser un système de surveillance continue des BMR à partir du labo permettant notamment la détection des cas groupés et le repérage des patients porteurs déjà porteurs et réadmis
- 



Ex : prévention des BMR (2/4)

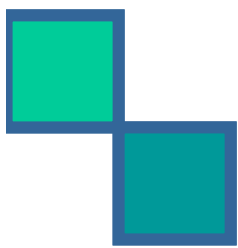



■ Identifier

- sur les résultats d'examens de BMR : mention explicite, phrase engageant à mettre en place les mesures recommandées
 - sur les CRH, tous les documents de transferts inter-ES les patients porteurs d'une BMR
 - Mettre en place un circuit rapide d'info entre le labo, les services cliniques et l'EOHH pour l'informer de la présence de nouveaux patients identifiés BMR
- 



Ex : prévention des BMR (3/4)

- 
- Définir les CAT par rapport au patient BMR : dépistage, isolement technique, et géographique, signalisation en cas d'hospitalisation, et de transferts internes, externes
 - Renforcer et évaluer l'application des précautions "standard" et notamment l'hygiène des mains par friction
- 

Ex : prévention des BMR (4/4)

- Informer le patient porteur d'une BMR et mettre à disposition des PHA à proximité de lui
- Former le personnel soignant aux actions de maîtrise des BMR et évaluer leur application
- Coordonner les actions limitant la transmission croisée des bactéries et les actions de bon usage des antibiotiques

Bilan des activités de la LIN dans les ES pour l'année 2009 (circulaire n°dgs/dhos/ri/r2/2010/60 du 12 février 2010)

Acteurs	Etape	Calendrier
ES	Saisie des données	30/04/2010
DDASS	Suivi de l'exhaustivité Validation des données	31/08/2010
DRASS	Synthèse régionale	Avant le 15/11/2010
National	Envoi des données par aux ES	01/10/2010
National	Publication des données	2 ^{ème} quinzaine de novembre 2010

Tableau de bord V2 - Calendrier prévisionnel - Pistes de réflexion (1/4)

- Est en cours d'élaboration
 - Modalités définies dans le Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins
 - Chaque comité de suivi propose la liste des indicateurs
 - le HCSP est chargé de définir le contenu technique et scientifique des indicateurs
- Objectif : un tableau de bord V2 complet et disponible en Décembre 2012
- Contenu
 - Indicateur composite de processus
 - Indicateur de moyens : ICSHA
 - Indicateurs de résultats

Tableau de bord V2 - Calendrier prévisionnel - Pistes de réflexion (2/4)

- un indicateur composite de processus
 - disponible **en décembre 2012**
 - remplacerait le score agrégé
- Elaboré à partir
 - ICALIN : ICALIN V1 modifié
 - Éléments déterminés à partir du PIN 2009-2013(décembre 2011)
 - Indicateurs spécifiques en fonction des activités : décembre 2011
 - ICASARM ou ICABMR (indicateur composite sur les SAMR ou les BMR)
 - ICATB : en fonction de l'évaluation du plan 2007-2010 de préservation de l'efficacité des

Tableau de bord V2 - Calendrier prévisionnel - Pistes de réflexion (3/4)

- un indicateur de moyens : ICSHA 2
 - disponible **dès décembre 2010**
 - Etudes sur les opportunités d'hygiène des mains
 - Prise en compte de certaines disciplines : soins intensifs, HDJ, chir, obstétrique
 - Recommandations de la SFHH
 - Classe de performance C à modifier



Tableau de bord V2 - Calendrier prévisionnel - Pistes de réflexion (4/4)

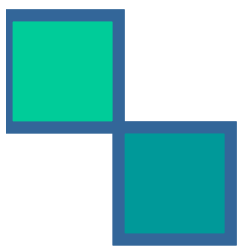

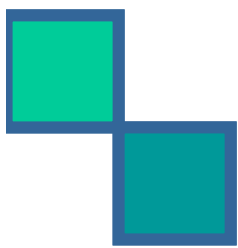
- 
- des indicateurs de résultats
 - SARM disponible dès **décembre 2010** : **affichage en classe de performance** (comme les autres indicateurs) selon les recommandations de la saisine de l'InVS
 - Autres : disponibles en **décembre 2012** : **travaux de recherche spécifiques**
- 



Tableau de bord V2

Pistes de réflexion - Conclusion

- 
- Une nécessité d'évolution
 - Mise en place progressive entre 2009-2013
 - Défini
 - selon une méthodologie rigoureuse
 - à partir du PIAS et du PIN 2009-2013
 - Maintenir la dynamique de progression des établissements de santé actuelle
 - S'adapter aux nouvelles modalités d'organisation des établissements de santé
 - Respectant les enjeux de la loi HPST
- 