

Rencontre régionale des usagers du système de santé limousin



Programme national 2009-2013
de prévention des infections nosocomiales :

Contexte et objectifs quantifiés

8 décembre 2009

Antenne Régionale Limousin
C.CLIN Sud-Ouest

www.cclin-sudouest.com

Le Plan Stratégique National 2009-12

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION DES IAS 2009 - 2012

FONCTIONS TRANSVERSALES
Expertise, évaluation, recherche,
Formation, épidémiologie

PLANS NATIONAUX TRANSVERSAUX :
- Préservation de l'efficacité
des antibiotiques
- Maîtrise des BMR

**PROGRAMME NATIONAL
DE PREVENTION DES IAS
EN ETABLISSEMENTS DE
SANTE 2009 - 2012**

**PROGRAMME NATIONAL DE
PREVENTION DES IAS EN
ETABLISSEMENTS
MEDICOSOCIAUX
2009-2012**

**PLAN D'ORIENTATION
POUR L'AMELIORATION DE
LA PREVENTION DES IAS
EN SOINS DE VILLE
2009-2012**

Programme national 2009-2013

Circulaires



- Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins
- Circulaire DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales

Programme national IAS 2009-2013

Axes stratégiques



- Elargir le champ de la prévention au parcours de soins



- Conjonction création des ARS – plan stratégique
 - ☒ approche élargie
 - ☒ niveau national, régional et local
 - ☒ programme spécifique à chaque secteur de soins: ES, ét. Médico-sociaux (EMS), soins de ville.
 - ☒ + plan pour préserver l'efficacité des ATB (2007-2010)
 - ☒ + plan de maîtrise des BMR à paraître

Programme national IAS 2009-2013

Axes stratégiques



- 1 - Structurer l'organisation de la prévention des IAS
- 2 - Structurer les actions de prévention
- 3 - Agir sur les déterminants des IAS

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

prévention des infections

ADAPTER

GENERALISER

ETABLISSEMENTS DE SANTE

Programme d'action

Expertise en prévention des IAS

Instance de consultation et de suivi

Evaluation

Programme d'action, annuel ou pluriannuel

EOHH +/- convention ou GCS

Instance de consultation et de suivi adaptée aux spécificités des ES

Tableau de bord Indicateurs de suivi

+

+

+

+

ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Programme d'action, annuel ou pluriannuel

Interne ou externe (convention ou GCS)

Instance de consultation et de suivi

ICALIN-EMS

+

+

+

+

SOINS DE VILLE

Actions régionales conduites par les URPS

Réseau CCLIN-ARLIN

URPS et FRPSL

Objectifs régionaux

=

=

=

=

Dans le cadre du Projet régional de santé

Coordination régionale de l'expertise (ARLIN et CCLIN)

Dans le cadre de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie

Tableaux de bord régionaux

ARS

REGIONALISER

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Orientations



- Programme 2005 - 2008 : “ *bilan encourageant mais encore perfectible* ”
- Deux axes de progression prioritaires :
 - **Risque infectieux associé aux dispositifs invasifs**
 - **Maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques**

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Orientations



- Des objectifs nationaux assortis d'indicateurs à atteindre en 2012 sont définis :
 - Objectifs quantifiés de résultats
 - Objectifs quantifiés de moyens et processus
- Le programme sera évalué en 2013 sur l'atteinte de ces objectifs quantifiés

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



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]*

↓ 25%

↓ 25%

↓ 25%

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



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)*

	The Johns Hopkins Hospital	Policy Number	IFC035
	INTERDISCIPLINARY CLINICAL PRACTICE MANUAL	Effective Date	5/1/07
	Subject	Page	1 of 1
	ADULT VASCULAR ACCESS DEVICE (VAD) POLICY: APPENDIX C CENTRAL LINE CHECKLIST	Supersedes	12/05



Pr Name _____ Hx # _____ Unit _____ Date/Time _____

A minimum of 5 supervised successful procedures in both the chest and femoral sites is required (10 total). If a physician successfully performs the 5 supervised lines in one site, they are independent for that site only. A total of 3 supervised re-wires is required prior to performing a rewire independently. Supervisor Role: 2nd year resident and above (approved for line placement). Assistant Role: RN, ClinTech, MD, NP, PA (responsible for completing checklist).

If there is a deviation in any of the critical steps, immediately notify the operator and stop the procedure until corrected. If a correction is required, make a check mark in the "Yes with reminder" column and note what correction was made in the comment space, if applicable. Unconnected deviations and complications of line placement are to be reported in PSN. Contact the Attending if any item on the checklist is not adhered to or with any concerns. PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO THE DESIGNATED PERSON IN YOUR AREA.

Critical Steps	Yes ✓	Yes with reminder	Procedure Deviation: Complete PSN report	Comments:
Before the procedure, did the operator:				
Obtain informed consent			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Obtain supervision if needed (see roles above)			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A <input type="checkbox"/>
Perform a time-out/ briefing			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Confirm hand washing/sterilizing immediately prior			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Operator(s): cap, mask, sterile gown/gloves, eye protection			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Supervisor: cap, mask, sterile gown/gloves, eye protection			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A <input type="checkbox"/>
Assistant: cap, mask, isolation gown and gloves, eye protection (if at risk for entering sterile field, use sterile gown and gloves)				
Properly position to prevent air embolism For Chest/EJ: Trendelenburg (HOB < 0 degrees) For Femoral: supine			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Sterilize procedure site (chlorhexidine)			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Allow site to dry				
Use sterile technique to drape from head to toe			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Utilize local anesthetic and/or sedation				N/A <input type="checkbox"/>
During the procedure, did the operator:				
Maintain a sterile field			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Monitor that lumens were not cut			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A <input type="checkbox"/>
Clamp any ports not used during insertion (to avoid air embolism, clamp all but distal port)			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A <input type="checkbox"/>
Obtain qualified second operator after 3 unsuccessful sticks (except if emergent)			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A <input type="checkbox"/>
Aspirate blood from each lumen (to avoid air embolism and ensure intravascular placement)			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Transduce CVP or estimate CVP by fluid column (to avoid arterial placement)			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A for fluoroscopy procedures <input type="checkbox"/>
After the procedure, did the operator:				
Clean blood from site using antiseptic agent (chlorhexidine), apply sterile dressing			<input checked="" type="radio"/> YSF	
Verify placement by x-ray (tip in SVC/RA junction)			<input checked="" type="radio"/> YSF	N/A for fluoroscopy procedures <input type="checkbox"/>

Operator _____ Supervisor _____ Assistant _____

I:\Education\Website\ClinNsgProc\Updates_1-07\VAD\IFC035 Appendix C-Central Line Insertion Care Team Checklist final 5-1-07.doc

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



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.

GREP^{HH}

GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

AUDIT CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES GUIDE POUR L'ORGANISATION DE L'AUDIT ET LE RECUEIL DES DONNÉES - 2009



Circ. DHOS/E2 2009/302 du 26 septembre 2009

N° de série : _____

AUDIT DE PRATIQUES

EVALUATION DE LA POSE

Service (infirmerie) : Code service : _____

Méthode d'évaluation : cocher la case	<input type="checkbox"/> AUTO-EVALUATION → remplir 1 fiche juste après l'acte 1 seule fiche par personnel	<input type="checkbox"/> OBSERVATION (auditeur :) → remplir 1 fiche par acte observé 3 fiches maximum par personnel
--	--	--

Statut de l'auteur : _____

Catégorie professionnelle : infirmier infirmier spécialisé médecin ou interne
 manipulateur radio sage-femme
 Étudiant : oui non (peut à cocher la catégorie professionnelle ci-dessus)

POSE DE CATHÉTER

1.1 Patient : Adulte
 Enfant : Pré-maturé < 1 mois de 1 à 30 mois de 30 mois à 15 ans

Préparation du site d'insertion

1.2 Nettoyage de la zone d'insertion oui non
 Non codé

1.3 Nom du produit utilisé (en toute lettre) : _____

1.4 Catégorie du produit utilisé au responsable de la validation de la fiche : _____

1.5 Rinçage oui non

1.6 Séchage oui non

1.7 Application d'un antiseptique oui non

1.8 Utilisation de compresses stériles oui non

1.9 Nom du produit utilisé (en toute lettre) : _____

1.10 Catégorie du produit utilisé au responsable de la validation de la fiche : _____

1.11 Séchage de l'antiseptique avant insertion spontanément avec attente du séchage complet
 soigné sans attente du séchage complet
 par tamponnement à l'aide d'une compresse

Insertion du cathéter

1.12 Utilisation d'un cathéter de sécurité oui non

1.13 Port de gants pour l'insertion du cathéter oui non

1.14 Élimination immédiate du mandrin dans un collecteur situé à proximité oui non

1.15 Pansement stérile posé (ou prévu, en cas d'échec de pose du cathéter) oui non

Hygiène des mains

1.16 Avant la préparation du site d'insertion oui non

1.17 Produit utilisé : produit hydro-alcoolique savon antiseptique savon doux

1.18 Avant l'insertion du cathéter oui non

1.19 Produit utilisé : produit hydro-alcoolique savon antiseptique savon doux

FICHE VALIDÉE : OUI NON (prévu au responsable de la validation)

GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE - AUDIT CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES - 2009



⌘ CCLIN SO : Elaboration d'outils KTVp et CVC (*en cours*)

☒ **Analyse de scénario**

- ☒ présentation de la démarche et du scénario (diaporama ppt)
- ☒ Analyse de scénario :
 - Infection sur KTVp dans une unité de soins,
 - Infection sur CVC

☒ **Audit clinique**

- ☒ **Grilles de recueil des données**
- ☒ Audit de pratiques : Pose de cathéter périphérique (Word)
- ☒ Audit de pratiques : Traçabilité de la gestion des cathéters
- ☒ Audit d'attitude : Utilisation des cathéters veineux périphériques (Word)

- ☒ **Revue de pertinence** : Pose et maintien des cathéters veineux périphériques (Word)

Outils Excel de saisie et analyse des données

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

Objectifs quantifiés de moyens et processus

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

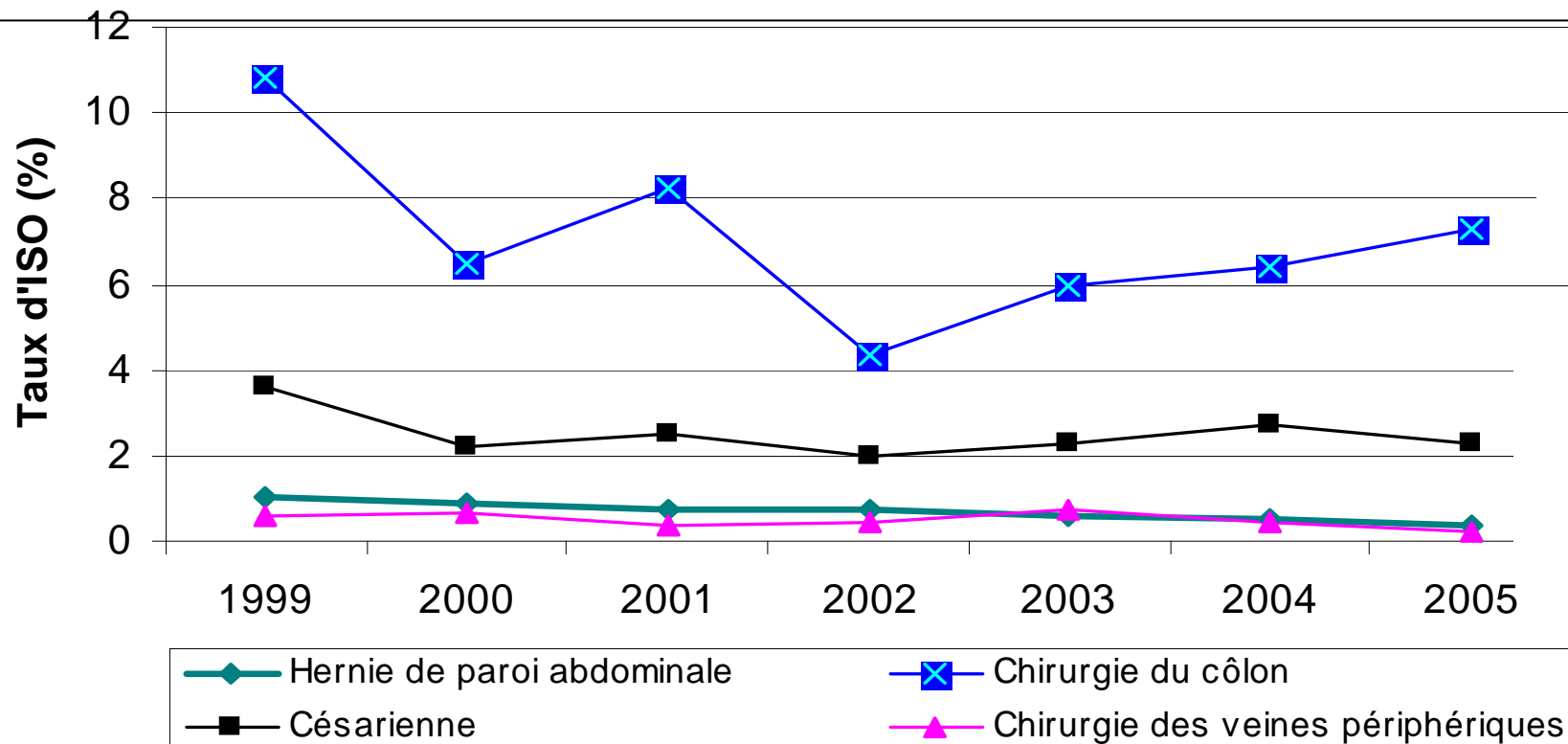
Les critères à prendre en compte concernent notamment la préparation cutanée, le bon usage de l'antibio-prophylaxie, et la surveillance.

ISO

Impact de la surveillance



ISO en NNIS-0, RAISIN 99-2005 (n= 770 176)



-33%

-37%

-60%

-57%

D'après P. Astagneau
Congrès SFHH 2007

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
<p>1 Identité du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> le patient a déclaré son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>6 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> identité patient correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non site opératoire correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non installation correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A 	<p>9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non la documentation d'inique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R</p>
<p>3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>8 Antibio prophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R</p>	<p>En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie</p>
<p>4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 		
<p>5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> allergie du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 		

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Exigible dès le 1er janvier 2010 pour la certification HAS

Abréviations utilisées :
- Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Cette check-list est complétée par des développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008

Film Arlin Limousin

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *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*

Exemple de méthode



Analyse des causes d'un évènement indésirable

4. Méthode ALARM

Catégories de facteurs	Exemples de facteurs contributifs avec retentissement (via le CCECQA)
1. Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none">. Protocoles absents, non adaptés ou inconnus. Planification des tâches non adaptée. Défaut d'accessibilité de l'information. Difficulté dans le recherche d'information auprès d'un autre professionnel. Disponibilité et pertinence des résultats d'examens complémentaires. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service
2. Facteurs liés au contexte individuel (personnel)	<ul style="list-style-type: none">. Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient et/ou sa famille. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou sa famille. Mauvaise disposition physique et/ou mentale. Défaut de connaissances théoriques des professionnels. Défaut d'aptitude des professionnels. Défaut de qualification des professionnels chargés du soin
3. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail	<ul style="list-style-type: none">. Charge de travail importante. Combinaison des compétences et des effectifs. Engagement de l'administration et de l'encadrement. Conditions de travail difficiles. Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux. Fourniture ou équipement mal utilisé. Formation ou entraînement insuffisant du personnel. Locaux inadaptés

Analyse des causes d'un évènement indésirable

4. Méthode ALARM

Catégories de facteurs	Exemples de facteurs contributifs avec retentissement
4. Facteurs liés à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de communication interne . Collaboration insuffisante entre les soignants . Supervision inadaptée des médecins et autres personnels . Mauvaise composition de l'équipe . Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe
5. Facteurs liés à l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de coordination entre les services . Gestion du personnel inadéquate . Défaut d'adaptation à une situation imprévue . Changements récents d'organisation interne . Mauvaise définition des responsabilités et des tâches . Défaut de coordination dans le service . Procédure de sortie du patient inadéquate
6. Facteurs liés au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> . Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses . Absence de culture de signalement des situations dangereuses . Contraintes financières au niveau de l'hôpital . Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants . Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements
7. Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> . Etat de santé (complexité et gravité) . Personnalité et facteurs sociaux

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



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

Objectifs quantifiés de résultats

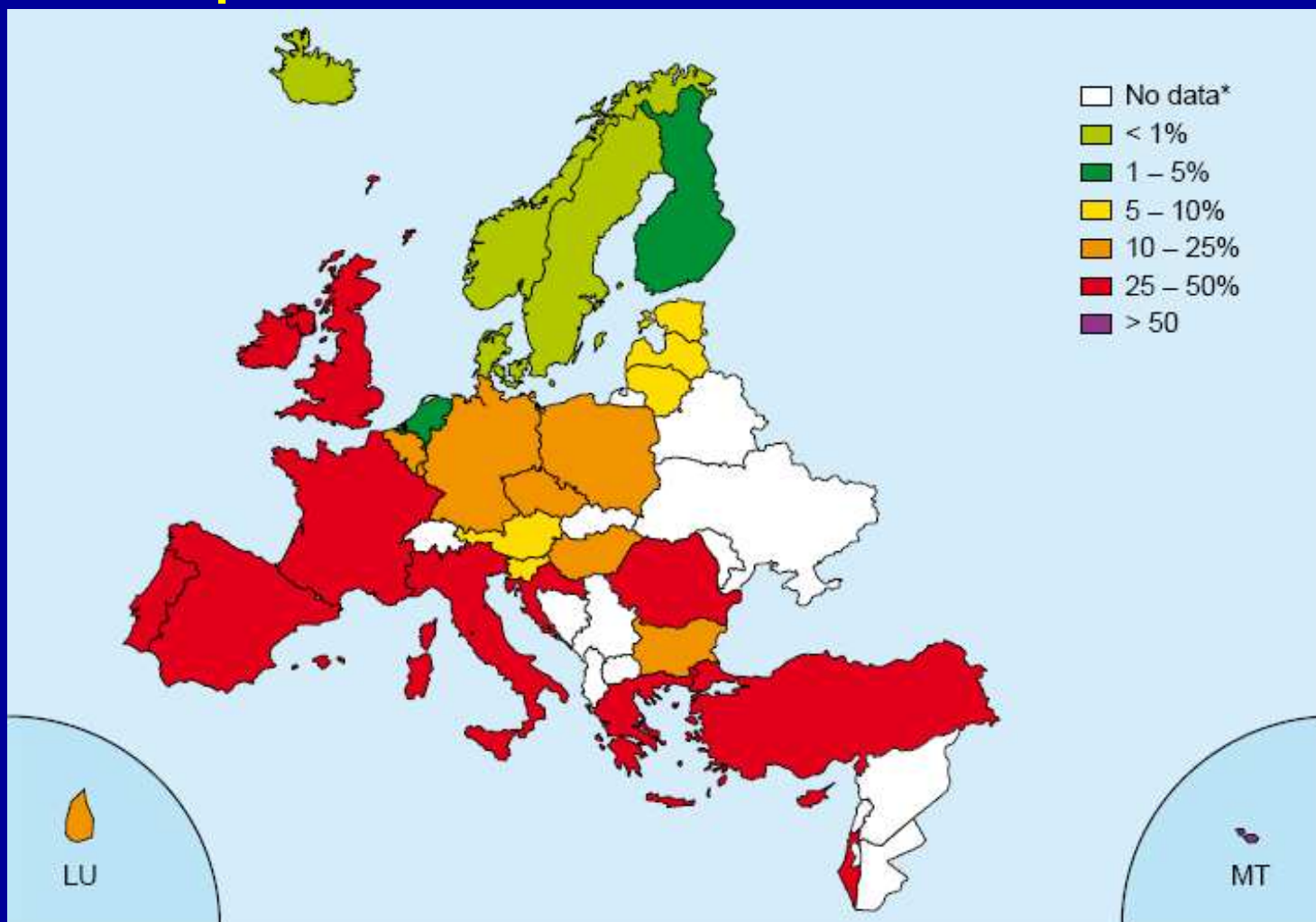
- *En 2012, le taux d'incidence* des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM [données de référence : BMR RAISIN 2008]*
- *En 2012, la proportion de souches d'Enterococcus faecium résistants aux glycopeptides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

25%

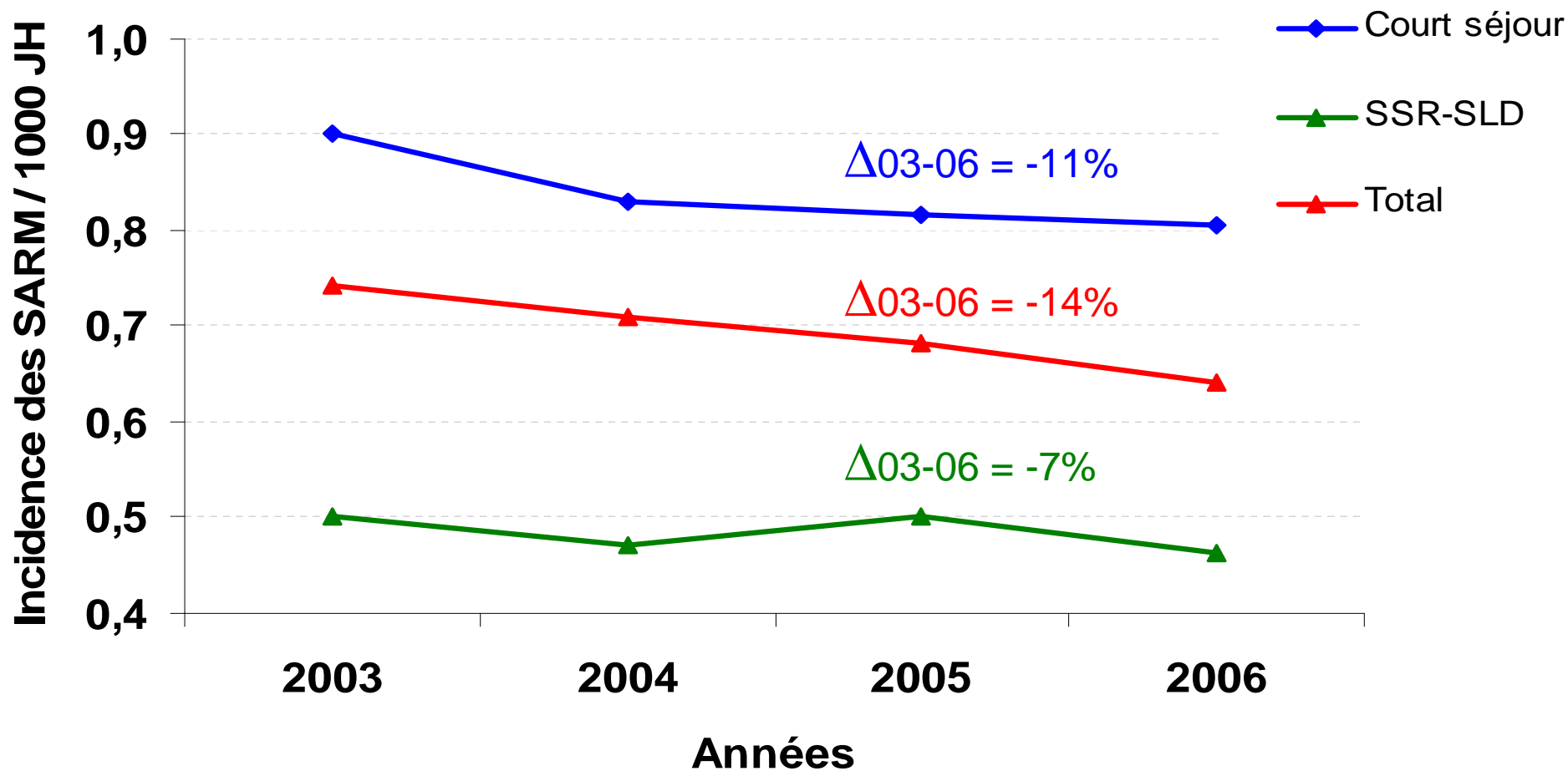
Dépistage BMR SARM



Proportion de SARM – Données EARSS 2007



BMR-Raisin : incidence des SARM p. 1000 JH entre 2003 et 2006, par spécialité

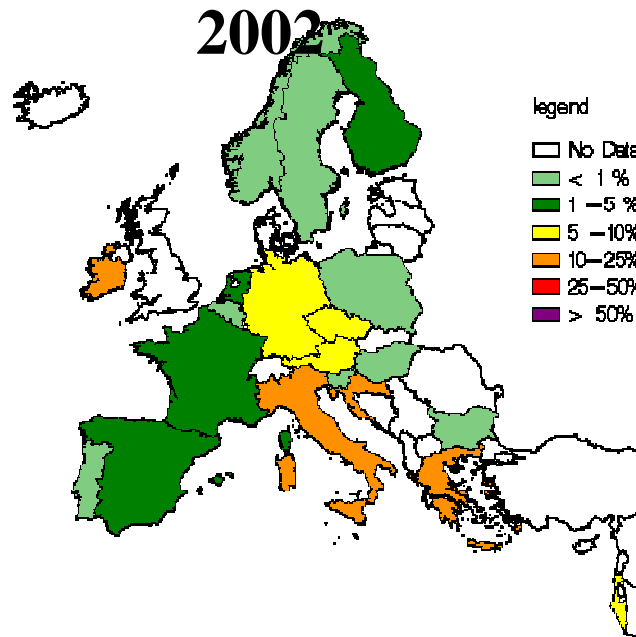


Source: Carbone A et al, SFHH 2008

Les ERV en Europe – EARSS

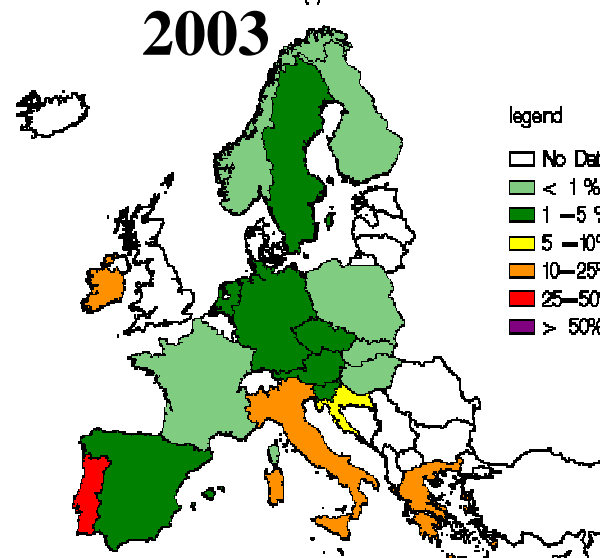
Proportion of Glycopeptides non susceptible *E. faecium* isolates in participating countries in 2002

(c) EARSS



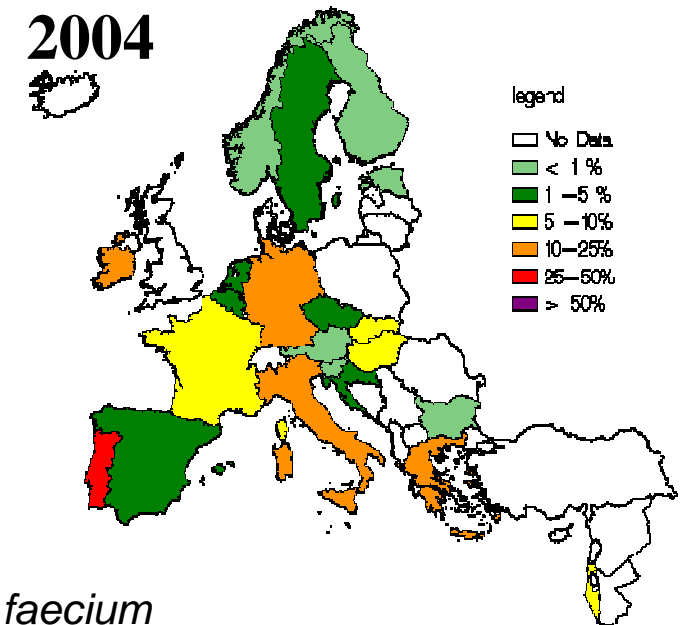
Proportion of Glycopeptides non susceptible *E. faecium* isolates in participating countries in 2003

(c) EARSS



Proportion of Glycopeptides non susceptible *E. faecium* isolates in participating countries in 2004

(c) EARSS



Augmentation de la résistance en France, surtout *E. faecium*

Source : <http://www.earss.rivm.nl/>

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



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*

Exemples d'actions de lutte contre les BMR dans les établissements de santé :

- *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 laboratoire de microbiologie permettant notamment la détection des cas groupés et le repérage des patients porteurs déjà connus et réadmis*
- *Identifier :*
 - *sur les résultats d'examens, les prélèvements bactériologiques positifs à BMR par une mention explicite et une phrase engageant à mettre en œuvre les mesures recommandées par l'établissement*
 - *sur les comptes rendus d'hospitalisation et tout documents accompagnant les patients lors de transferts inter-établissements, les patients porteurs par une mention spécifique « porteur de BMR »*
- *Mettre en place un circuit rapide d'information entre le laboratoire de microbiologie, les services cliniques et l'EOHH pour l'informer de la présence de nouveaux patients identifiés BMR.*
- *Définir les conduites à tenir en termes de dépistage, d'isolement technique et géographique et de signalisation des patients BMR en cas d'hospitalisation et de transferts internes et externes aux établissements de santé*
- *Renforcer et évaluer l'application des précautions « standard » et notamment la désinfection des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique*
- *Informers le patient porteur de BMR et mettre à disposition des produits hydro-alcooliques 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.*



Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



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*

Programme national de prévention des IN 2009-2013 Objectifs quantifiés



AMELIORER L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectifs quantifiés de moyens et processus

- *En 2012, 100% des établissements de santé ont une procédure de signalement interne et externe opérationnelle*
- *En 2012, 100 % des établissements sont en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène*
- *En 2012, 100% des établissements de santé mettent en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux*
- *En 2012, 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*