

Circulaire DHOS/DGS/E 2/5 C n° 2004-599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé

13/12/2004

Abrogée par la circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013

Date d'application : immédiate.

Textes de référence :

Circulaire DGS/DHOS/E 2 n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

Article L. 6111-1 du code de la santé ;

Articles R. 711-1-1 à R. 711-1-10 du code de la santé publique ;

Arrêtés du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

Arrêté du 11 juin 2002 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Arrêté du 23 septembre 2004 portant création d'un comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

Annexes :

1. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 ;
2. Liste des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution).

En application de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, les articles R. 711-1-1 à R. 711-1-10 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé en décrivent les modalités et prévoient notamment la préparation par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, du programme d'actions de lutte contre ces infections.

La présente circulaire a pour objet de présenter les priorités d'actions à mener en matière de lutte contre les infections nosocomiales pour les années 2005 à 2008.

Le programme 2005-2008 (cf. annexe I) s'articule autour de cinq grandes orientations :

1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales.
2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnelles.
3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales.
4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins.
5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales.

Pour mener à bien ces cinq orientations, un ensemble coordonné d'actions sont à réaliser par les établissements de santé (échelon local) et les échelons régional, interrégional et national.

Ce programme sera évalué sur l'atteinte d'objectifs nationaux quantifiés en 2008 (cf. page 6 de l'annexe I).

De plus, un outil de pilotage pour améliorer la qualité des soins, le tableau de bord des infections nosocomiales, est en cours d'élaboration. Des recommandations spécifiques parviendront dans les prochains mois aux établissements de santé pour accompagner l'installation de ce tableau de bord des infections nosocomiales. Il est d'ores et déjà recommandé aux établissements de santé de se rapprocher du centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales dont ils dépendent (cf. liste en annexe II), afin d'organiser, entre autre, la surveillance des infections du site opératoire sur des actes opératoires ciblés et celle des staphylocoques dorés résistant à la méticilline (cf. page 15 de l'annexe I).

Vous voudrez bien diffuser cette circulaire aux directeurs des établissements de santé publics et privés de votre département, en leur demandant de la transmettre aux présidents des commissions médicales d'établissement, des conférences médicales, aux présidents des comités de lutte contre les infections nosocomiales, aux équipes opérationnelles d'hygiène ainsi qu'à tous les services et professionnels concernés.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgse-25-c-n-2004-599-du-13-decembre-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-20052008-dans-les-etablissements-de-san/>

Nous vous prions de bien vouloir nous faire part des difficultés que vous pourrez rencontrer dans l'application de la présente circulaire que vous aurez relevées au cours de vos visites dans les établissements.

Le directeur général de la santé, William Dab
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

ANNEXE I **PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2005-2008**

Un dispositif spécifique en place au niveau local, régional et national

En 1988, le ministère instaurait par décret la création de comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les établissements publics de santé.

Pour soutenir l'action de ces instances hospitalières, des structures inter-régionales (les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, CCLIN) et nationale (comité technique et cellule infections nosocomiales de la direction générale de la santé et de la direction de l'hospitalisation des soins) de coordination et de conseil ont été créées en 1992 et 1995.

Un premier plan de lutte contre les infections nosocomiales, annoncé en novembre 1994 par le ministre de la santé, a défini les grands axes de la politique à mener pour 5 ans.

La **loi du 1er juillet 1998**, relative à la sécurité sanitaire, puis le **décret du 6 décembre 1999**, ont étendu ce dispositif aux cliniques privées.

Pour la surveillance, un partenariat entre les 5 CCLIN et l'InVS a permis de créer le réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) qui coordonne les réseaux de surveillance et l'investigation des alertes de dimension nationale.

Enfin, le dispositif de signalement des infections nosocomiales est en place depuis juillet 2001.

Un dispositif spécifique visant à organiser la lutte contre les infections nosocomiales au niveau local, régional et national a été créé, des recommandations de bonnes pratiques élaborées et diffusées et un système national de surveillance épidémiologique et de signalement des événements sentinelles mis en place. Enfin, l'amélioration de la formation en hygiène des professionnels de santé et l'information des patients ont fait l'objet de dispositions spécifiques. Cf. Dossier de presse.

Une fréquence des infections nosocomiales (IN) comparable aux pays européens, une tendance à la diminution

En 2001, une des plus grandes enquêtes de prévalence jamais réalisée a eu lieu dans 1 533 établissements représentant 77 % des lits hospitaliers français et incluant 305 656 patients. Parmi eux, 21 010 avaient une ou plusieurs infections nosocomiales le jour de l'enquête soit un taux de prévalence de 6,87 %. Ces patients totalisaient 23 024 infections soit un taux de prévalence des infections de 7,53 %. Parmi ces infections, 15 % étaient acquises dans un autre établissement. Ainsi, le taux de prévalence des infections nosocomiales acquises dans l'établissement était de 6,4 % dans cette enquête, lors de l'enquête nationale de 1996, il était de 7,6 %.

En excluant les infections urinaires asymptomatiques, le taux des infections nosocomiales acquises dans l'établissement aurait diminué de 13 % parmi les patients hospitalisés dans les CHU et de 24 % dans les CH.

Les réseaux de surveillance de l'incidence en France montrent qu'entre 1999 et 2002, chez les patients à faible risque d'infections nosocomiales, le taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) est de 0,66 pour 100 interventions (sur une base de 126 144 interventions) et varie selon l'intervention : pour les prothèses de hanche, le taux d'ISO est de 0,51 % et pour les césariennes de 1,83 %.

A l'échelon national et dans plusieurs réseaux inter-régionaux, une réduction significative des taux d'ISO a été observée au cours des dernières années notamment chez les patients présentant peu de facteurs de risque (cf. note 1) .

La lutte contre les IN en France a maintenant seize ans et a besoin d'une nouvelle impulsion

La France est en meilleure posture que les autres pays développés avec un système de santé comparable, mais il est <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgse-25-c-n-2004-599-du-13-decembre-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-20052008-dans-les-etablissements-de-san/>

impossible de se satisfaire de la situation.

Ainsi, près de 7 % des patients en hospitalisation un jour donné sont atteints d'une infection nosocomiale. Le nombre de décès attribuables aux infections a été récemment estimé à environ 4 200 par an en France (étude rétrospective de dossiers dans 16 établissements de santé du CCLIN Paris Nord. L'extrapolation à la France entière estime que l'IN aurait contribué de façon directe au décès chez 4 188 patients dont le pronostic vital n'était pas engagé à court terme).

Les usagers perçoivent un phénomène en cours d'aggravation

De plus, à travers la médiatisation d'épisodes infectieux dramatiques, les usagers perçoivent un phénomène en cours d'aggravation et 63 % des personnes pensent qu'il y a plus de risques liés aux infections nosocomiales qu'il y a quelques années (sondage FHF les Français et l'hôpital avril 2004).

Les actions doivent être transparentes, les résultats disponibles pour tous

Un outil de pilotage et de communication est spécialement en cours d'élaboration dans un but d'amélioration continue de la qualité des soins : Le tableau de bord des infections nosocomiales.

Ce tableau de bord des infections nosocomiales, associant des indicateurs de résultats, de structures et de procédures, sera à mettre en place par chaque établissement. Les établissements de santé se positionneront au sein de classes de résultats. Ces indicateurs ont été spécialement choisis car reconnus pour leur capacité à refléter les efforts d'amélioration globale de la qualité. L'expérimentation des indicateurs (proposés par l'InVS d'après un travail d'expert), est en cours dans les 36 établissements de santé publics et privés du projet COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière).

Les priorités doivent être hiérarchisées, centrées sur l'évitabilité des infections, et la diminution des coûts liés à la non-qualité

L'expérience acquise doit maintenant permettre de développer des stratégies alternatives, et de retenir celles fondées sur des preuves d'efficacité.

Ce plan est destiné à consolider les structures : nouveau comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), centré sur l'expertise et distingué des fonctions d'aide à la définition des politiques et de suivi du programme ; mis en place d'un groupe de pilotage du programme national ; consolidation des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales autour des CCLIN ; consolidation des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH).

Ce plan entend développer l'expertise (formation), et ouvrir la lutte contre les infections nosocomiales sur l'extérieur (les infections liées aux soins et la gestion des risques) en développant les échanges (entre les équipes inter-hospitalières, avec les établissements de soins de suite et de longue durée, les usagers et le public). Il vise également à valoriser la recherche en s'appuyant sur les structures existantes.

Enfin, il vise à mieux prendre en compte la dimension extra-hospitalière (infections postopératoires tardives, autres milieux de soins, hospitalisation à domicile, établissement d'hébergement des personnes âgées, cabinets de ville), et rester en alerte sur les risques émergents (veille et signalement).

En bref, utiliser pleinement les moyens à disposition encore morcelés, pour mieux connaître, informer, expliquer (professionnels et public) et prévenir

Le défi est aussi de mieux comprendre, grâce à la recherche et l'appel à d'autres compétences, les difficultés et obstacles de toutes natures : organisationnels, mais aussi culturels, de connaissance et de perception des risques.

Le programme 2005-2008 s'articule autour de cinq grandes orientations

1. Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales.
2. Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnelles.
3. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales.
4. Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins.
5. Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN.

Pour mener à bien ces 5 orientations, un ensemble coordonné d'actions sont à mener par les différents acteurs : local, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgse-25-c-n-2004-599-du-13-decembre-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-20052008-dans-les-etablissements-de-san/>

régional et inter-régional et national.

Les outils d'évaluation du programme national

Afin de disposer d'indicateurs fiables et stables concernant les risques infectieux, la résistance aux antibiotiques et l'observance des mesures de prévention, une valorisation des différentes sources contribuant à l'évaluation des actions va être entreprise :

- les tableaux de bord des établissements ;
- les bilans standardisés d'activité des CLIN des établissements de santé ;
- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ;
- les démarches d'audits ;
- les résultats de la certification des établissements de santé (haute autorité de santé) ;
- les contrats d'objectifs et de moyens ;
- la surveillance et le signalement des infections nosocomiales (InVS) ;
- les inspections et les enquêtes thématiques (DDASS, DRASS, AFSSAPS...) ;
- les analyses de registre des plaintes ;
- les registres de décès (INSEE-INSERM) ;
- les rapports d'activité de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux ;
- les rapports de l'observatoire des risques médicaux.

Des objectifs quantifiés sont à atteindre pour 2008

Le renforcement des structures spécialisées (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière).

100 % des établissements de santé disposent d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

Entre 2005 et 2008, 100 % des établissements de santé ont fait progresser le score composite évaluant les moyens engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales (1er indicateur figurant dans le tableau de bord). L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008.

Une meilleure observance des recommandations princeps (hygiène des mains)

Entre 2005 et 2008, 75 % des établissements de santé ont doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques (utilisée pour l'hygiène des mains) (2e indicateur figurant dans le tableau de bord).

100 % des établissements de santé ont une consommation minimale de 20 litres de solutions hydro-alcooliques pour 1 000 jours d'hospitalisation.

75 % au moins des établissements de santé réalisent des audits de bonnes pratiques.

Entre 2005 et 2008, le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline (SARM) a baissé de 25 % dans au moins 75 % des établissements (3e indicateur figurant dans le tableau de bord).

Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, généraliser la surveillance des infections du site opératoire.

100 % des établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé un suivi d'un acte « traceur » par principale discipline. L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008. (4e indicateur figurant dans le tableau de bord).

Priorité au signalement obligatoire des infections nosocomiales « sentinelles » ou particulièrement sévères aux autorités sanitaires.

100 % des établissements de santé ont organisé le signalement (procédure de signalement affichée, professionnel chargé du signalement nommé selon le R 711-1-14 du code de la santé publique).

Bonne utilisation des antibiotiques : Améliorer la qualité de la prise en charge du patient infecté et lutter contre la résistance bactérienne.

100 % des établissements de santé ont une commission des anti-infectieux.

100 % des hôpitaux ont des protocoles de bon usage des antibiotiques et disposent d'un suivi de la consommation des
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgs-25-c-n-2004-599-du-13-decembre-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-20052008-dans-les-etablissements-de-san/>

antibiotiques (5e indicateur figurant dans le tableau de bord).

Améliorer l'information des patients sur les risques infectieux liés aux soins.

100 % d'établissement de santé présentent dans le livret d'accueil leur programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé.

100 % des établissements de santé affichent le tableau de bord des infections nosocomiales complet avec les 5 indicateurs.

Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels ayant un impact sur le risque infectieux

Améliorer la qualité de la prise en charge du patient infecté.

Actualiser et renforcer l'appropriation des recommandations par les professionnels.

Améliorer les pratiques visant à réduire en priorité le risque infectieux lié aux procédures invasives et la prévalence de la résistance aux antibiotiques.

Développer l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment par le développement de programmes d'audits.

Garantir la formation des professionnels et améliorer l'expertise en hygiène.

Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales

Renforcer les structures de lutte contre les IN à l'échelon local, régional, inter-régional et national.

Enrichir, de leurs expériences respectives, les démarches de prévention des événements indésirables liés aux soins et de lutte contre les infections nosocomiales.

Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales

Renforcer la qualité méthodologique et l'adéquation du recueil, pour la surveillance épidémiologique des IN.

Valoriser les différentes sources d'information, pour améliorer la prévention et la maîtrise des risques infectieux.

Mettre en place, dans chaque établissement de santé, un tableau de bord des infections nosocomiales dans un double souci de prévention et d'information des usagers.

Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins

Vers une meilleure information du patient.

Partager l'information avec le public.

Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales

Améliorer les connaissances pour de meilleures stratégies de prise en charge et de prévention.

Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales

En une quinzaine d'années, l'organisation de la lutte contre les infections dans les établissements de santé s'est beaucoup modifiée, grâce à l'apparition des structures opérationnelles de lutte contre les infections nosocomiales, le renforcement des vigilances « produits », le développement de la démarche qualité...

La lutte contre les infections nosocomiales ne s'envisage plus aujourd'hui comme une politique sectorielle isolée, mais s'inscrit dans un système de santé publique prenant en compte la gestion des risques sanitaires (création des agences sanitaires, de l'InVS, du RAISIN, contrôles sanitaires exercés par les services déconcentrés).

Renforcer les structures de lutte contre les IN à l'échelon local, régional, inter-régional et national

Actions locales :

- veiller à ce que la composition et l'organisation des équipes d'hygiène soient conformes aux recommandations <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosdgse-25-c-n-2004-599-du-13-decembre-2004-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-les-infections-nosocomiales-20052008-dans-les-etablissements-de-san/>

nationales.

Actions régionales/nationales :

- harmoniser la répartition des moyens humains et favoriser le développement des EOH inter-établissements afin notamment de développer des actions d'échanges de pratiques, d'audits croisés, de mutualisation des compétences spécifiques ;
- développer des coopérations inter-établissements intégrant les établissements de long séjour, médicosociaux et hébergeant des personnes âgées dépendantes ;
- adapter, en liaison avec les ARH, l'organisation et les ressources des CCLIN et de leurs relais régionaux en fonction de l'extension de leurs activités.

Actions nationales :

- animation d'un groupe de pilotage pour la coordination des structures et le suivi des actions stratégiques du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Ce groupe est notamment consulté sur l'organisation du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Il fait des propositions sur les méthodes d'évaluation du programme et veille à l'articulation avec les actions menées dans d'autres domaines de santé publique (notamment bon usage des antibiotiques, gestion des risques, bioterrorisme et risque infectieux exceptionnel) ;
- renforcer le rôle d'expertise du comité technique national des infections nosocomiales (CTIN) sur le risque infectieux en milieu de soins, avec la mise en place d'un nouveau comité rattaché au conseil supérieur d'hygiène publique de France (comité technique national des infections nosocomiales et des infections liés aux soins : CTINILS).

Enrichir, de leurs expériences respectives, les démarches de prévention des événements indésirables liés aux soins et de lutte contre les infections nosocomiales

Actions locales :

- promouvoir l'articulation des équipes d'hygiène avec la démarche de gestion des risques de l'établissement, en valorisant l'expérience de la prévention du risque infectieux, (références : circulaires DGS-5C / DHOS-E2 no 21 du 22 janvier 2004 signalement et DHOS E2/E4 no 176 du 29 mars 2004 sur la gestion des risques).
- développer des procédures d'analyses conjointes au sein de l'établissement des événements graves ayant des conséquences d'ordre infectieux, notamment via le développement de systèmes d'information adaptés (logiciel de signalement, etc.).

Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels ayant un impact sur le risque infectieux

Les mesures suivantes permettent aux professionnels de santé d'adapter leurs pratiques à l'évolution des connaissances scientifiques et techniques.

L'élaboration des recommandations doit prendre en compte l'accessibilité et les facteurs d'appropriation par les professionnels de santé, afin de favoriser l'adhésion aux recommandations et d'améliorer les pratiques.

Améliorer la qualité de la prise en charge du patient infecté

Action locale :

- développer l'articulation entre l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH), les structures spécialisées dans la prise en charge des patients infectés (en particulier les services de maladies infectieuses et de réanimation) et les structures spécialisées dans le diagnostic des infections (laboratoires de bactériologie, virologie, parasitologie, mycologie) ;
- veiller à la mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques au sein de l'établissement et à la désignation d'un médecin référent (cf. note 2) afin d'améliorer la prise en charge du patient infecté.

Action régionale et interrégionale : identifier des centres hospitaliers de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires.

Actualiser et renforcer l'appropriation des recommandations par les professionnels

Actions nationales :

- actualiser les référentiels nationaux (« 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, 1999 », « Recommandations d'isolement septique en établissement de soin, 1998 », définitions...) en s'appuyant sur les données scientifiques récentes, notamment en les déclinant pour des populations à risques spécifiques (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes EHPAD, psychiatrie, soins de suite et réadaptation SSR, soins de longue durée SLD maternité...).
- développer de nouvelles stratégies de communication et de diffusion de ces référentiels.

Améliorer les pratiques visant à réduire en priorité le risque infectieux lié aux procédures invasives et la prévalence de la résistance aux antibiotiques

Actions locales :

- renforcer la prévention de la transmission croisée des bactéries multirésistantes aux antibiotiques par les précautions de contact (hygiène des mains), la détection et l'isolement des patients porteurs (en tenant compte des spécificités des patients, l'âge...), associés à une politique de bon usage des antibiotiques ;
- renforcer l'évaluation des pratiques associées à l'utilisation des dispositifs invasifs (notamment par la réalisation d'audits) et la prévention des infections lors de ces procédures ;
- renforcer les stratégies d'hygiène des mains.

Action régionale et interrégionale : aider à la mise en oeuvre d'un programme de lutte contre la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques dans tous les établissements de santé, adapté à la structure et aux patients concernés.

Développer l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment par le développement de programmes d'audits

Action locale : inscrire dans le programme annuel d'actions de LIN des audits en hygiène hospitalière et organiser avec l'EOHH leur mise en oeuvre.

Action régionale et interrégionale : coordonner des programmes d'audits interrégionaux ou régionaux.

Actions nationales : encourager la réalisation d'audits de pratiques par les EOHH, notamment sur les priorités nationales définies par le CTINILS : hygiène des mains, préparation de l'opéré, programme de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) et usage des antibiotiques (en lien avec la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles et la commission des antibiotiques).

Garantir la formation des professionnels et améliorer l'expertise en hygiène

La formation des personnels dans les établissements de santé est un axe majeur de la maîtrise du risque nosocomial. En effet, la mise en oeuvre de mesures de prévention et de gestion du risque infectieux dans les unités de soins nécessite une capacité d'expertise et l'utilisation d'outils spécifiques.

Actions locales/interrégionales : promouvoir la formation continue des professionnels de santé - notamment les professionnels médicaux et les personnels de SSR et SLD - sur le risque infectieux et la prévention des infections nosocomiales.

Actions nationales :

- s'assurer que la formation initiale de tous les professionnels de santé comporte des bases en hygiène hospitalière et que le thème de l'hygiène hospitalière soit inscrit dans la formation continue ;
- inscrire la formation en hygiène hospitalière des personnels non médicaux parmi les priorités définies annuellement par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) ;
- rendre obligatoire la formation en hygiène hospitalière au moment de l'intégration dans l'établissement de santé (par analogie avec la sécurité incendie) ;
- mettre en application, à l'échelon national des programmes de formation diplômante des infirmier(e)s et des praticiens en hygiène hospitalière.

OPTIMISER LE RECUEIL ET L'UTILISATION DES DONNÉES DE SURVEILLANCE ET DU SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Renforcer la qualité méthodologique et l'adéquation du recueil, pour la surveillance épidémiologique des IN

L'enjeu est de produire des données permettant d'évaluer l'impact collectif du programme de lutte et de détecter des phénomènes émergents. La qualité, la fiabilité et la pertinence de ces données devront être reconnues par tous : professionnels et usagers. Dans cette optique, le dimensionnement et la méthodologie de ces programmes seront affinés.

Action locale : définir dans le cadre de chaque établissement de santé, avec les professionnels de l'hygiène et les acteurs de soins, le programme de surveillance, en adéquation avec les activités de soins développées localement et les priorités nationales.

Actions interrégionales et nationales :

- dans le cadre du RAISIN, développer une procédure formelle de validation des données de surveillance produites au niveau national par les réseaux de surveillance à vocation nationale (C-CLIN,...) ; publier ces données annuellement dans le BEH ;

- développer des modalités efficaces et standardisées de surveillance, notamment à l'aide des systèmes d'information, associées à des formations adéquates des personnes en charge du recueil et de l'analyse des données de surveillance ;
- favoriser les échanges avec les pays étrangers, notamment dans le cadre de l'échange de données européennes (décision 2119/98 EC) et de la création du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Valoriser les différentes sources d'information, pour améliorer la prévention et la maîtrise des risques infectieux

Au-delà de la meilleure adhésion des participants aux systèmes de recueil existants par une meilleure rétro-information sur les cas signalés, l'enjeu est de mieux appréhender qualitativement et quantitativement les infections qui font l'objet d'un signalement ou d'une demande d'indemnisation par les usagers du système de santé.

Actions locales :

- veiller à ce que le dispositif de signalement interne et externe des infections nosocomiales soit organisé ;
- réaliser des analyses de plaintes avec l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- en fonction de l'activité, s'attacher à mettre en place un dispositif d'identification des infections constatées après la sortie des établissements de santé.

Actions départementales, interrégionales et nationales :

- consolider le dispositif de signalement des IN en améliorant la couverture nationale et en formalisant le retour d'expérience et l'analyse des épisodes signalés ;
- aider à l'organisation de l'identification des infections constatées après la sortie des établissements de santé.

Actions nationales :

- analyser les plaintes des usagers notamment à travers le dispositif de l'ONIAM afin d'améliorer la qualité des soins ;
- analyser les situations de recours aux associations pour les victimes d'infections nosocomiales.

Mettre en place, dans chaque établissement de santé, un tableau de bord des infections nosocomiales dans un double souci de prévention et d'information des usagers

Action locale : dans un but d'amélioration continue de la qualité des soins, mettre en place et afficher le tableau de bord des infections nosocomiales associant des indicateurs de résultats, de structures et de procédures.

Ce tableau de bord repose sur 5 indicateurs en cours de validation :

1. Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales (construit à partir du bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé).
2. Taux d'infections du site opératoire par acte opératoire.
3. Volume annuel de produits hydro-alcooliques par journée-patient.
4. Taux de staphylococcus aureus résistant à la pénicilline pour 1 000 journées-patient.
5. Suivi de la consommation des antibiotiques.

Action régionale/nationale : accompagner la mise en place, dans chaque établissement de santé, du tableau de bord des infections nosocomiales.

MIEUX INFORMER LES PATIENTS ET COMMUNIQUER SUR LE RISQUE INFECTIEUX LIÉ AUX SOINS

Si la lutte contre les infections nosocomiales a fait l'objet d'une très importante mobilisation des pouvoirs publics et des professionnels de l'hygiène depuis plus de quinze ans, cette politique publique doit être mieux connue et relayée par tous les professionnels de santé.

Le défaut d'information des patients sur leur état de santé, les risques encourus et a fortiori sur l'acquisition d'une infection nosocomiale sont une source majeure d'incompréhension et de conflits potentiels. L'ensemble des mesures suivantes vise à améliorer ces insuffisances d'information et de communication.

Vers une meilleure information du patient

Actions locales :

- développer, en liaison avec les associations d'usagers agréées et les personnels de santé des outils d'information des patients hospitalisés ;
- évaluer le respect de la réglementation sur l'information des patients en cas d'infection nosocomiale.

Actions régionales/interrégionales :

- aider les établissements à développer, en liaison avec les associations d'usagers agréées, des outils d'information des patients hospitalisés ;

- mener des enquêtes sur les modalités d'information des patients en cas d'infection nosocomiale.

Actions nationales : évaluer les dispositions réglementaires prises par les établissements de santé concernant la représentation des usagers et l'information dispensée dans le livret d'accueil du patient hospitalisé.

Partager l'information avec le public

Afin de conserver sa confiance dans le système de santé, il est nécessaire d'améliorer le degré de connaissance du public, mais aussi de responsabiliser les patients comme acteurs de leur santé. Il s'agit également de permettre au public de comprendre et interpréter les indicateurs usuellement utilisés ainsi que leurs limites.

Actions locales :

- développer l'information et la formation des représentants des usagers dans l'établissement de santé et leur participation au CLIN ;
- mettre à disposition le tableau de bord sur les infections nosocomiales dans l'établissement.

Actions régionales/interrégionales :

- développer des points de rencontres et d'échanges réguliers avec les associations d'usagers, afin notamment d'élaborer des outils d'information et de les impliquer dans le relais d'information ;
- développer l'information destinée au grand public sur les sites Internet des structures impliquées dans la prévention des infections nosocomiales.

Actions nationales :

- veiller à l'information et la formation des représentants des usagers dans l'établissement de santé ;
- élaborer et mettre en place des programmes d'information des usagers avec l'INPES en lien avec les associations d'usagers.

PROMOUVOIR LA RECHERCHE

Améliorer les connaissances pour de meilleures stratégies de prise en charge et de prévention

Il reste encore beaucoup d'incertitudes sur les mécanismes de survenue des infections nosocomiales et leur impact sur la santé et la société ; par ailleurs, l'évaluation de l'évitabilité des infections nosocomiales reste difficile. En France et dans de nombreux pays, les programmes de surveillance font l'objet de recherche afin d'optimiser leur fiabilité et leur rapport coût-efficacité. Enfin, de nombreuses pratiques reposent encore sur des considérations empiriques trop rarement fondées sur des preuves.

La promotion de la recherche repose sur son animation par les professionnels et le renforcement des interfaces entre les programmes de recherche des différents partenaires impliqués (agences de sécurité sanitaire, INSERM, CNRS, universités, établissements de santé et CTINILS).

Les domaines de la physiopathologie, de l'épidémiologie, du risque, de la prévention et du coût des infections liées aux soins devraient ainsi faire l'objet de travaux de recherche prioritaires, soutenus par les programmes institutionnels (PHRC,...). Les thèmes suivants peuvent être retenus :

Physiopathologie :

- améliorer la compréhension des mécanismes de survenue des infections nosocomiales (par ex., étude des relations entre colonisation pré-opératoire par des bactéries à différents sites et infections du site opératoire) ;
- étudier les facteurs microbiens associés au potentiel de diffusion des pathogènes nosocomiaux dans le milieu hospitalier ;
- étudier l'influence des facteurs organisationnels sur la survenue des infections.

Epidémiologie :

- étudier la performance et l'efficacité de différents systèmes de surveillance (ex : systèmes automatisés) ;
- étudier la fréquence et l'impact des infections en secteur EHPAD ;
- améliorer la connaissance épidémiologique des infections liées aux soins ;
- extrahospitaliers : fréquence, circonstances de survenue, facteurs de risque ;
- mesurer la fréquence et l'impact des infections nosocomiales virales ;
- étudier la faisabilité du suivi de patients porteurs de prothèses.

Morbidité, mortalité, perception et évaluation des risques :

- affiner les estimations de mortalité attribuable aux infections nosocomiales ;
- développer les méthodes de modélisation des risques et de mesure de l'évitabilité des IN ;
- développer et évaluer, en concertation avec les agences et instituts de recherche, de nouveaux indicateurs de risque et de résultats de la prévention ;

- étudier la perception de l'infection nosocomiale par les différents intervenants et parties concernées notamment dans une perspective de partage transparent d'information.

Prévention :

- étudier de nouvelles techniques et méthodes de prévention reposant sur les facteurs liés à l'hôte (par exemple, techniques immunologiques ou nutritionnelles) ou au matériel ;
- promouvoir la recherche sur les modes organisationnels et les facteurs humains ayant un impact sur la prévention des IN (modalités d'implémentation des recommandations, perception du risque...) ;
- mesurer l'impact de différentes stratégies de prévention et leurs rapport coût-efficacité respectives, au besoin à l'aide d'études randomisées ;
- développer les techniques de diagnostic rapide afin d'améliorer les stratégies de prophylaxie et de prise en charge précoce ;
- développer des stratégies de prévention adaptées aux secteurs de SSR-SLD, EHPAD.

ANNEXE II

LISTE DES CENTRES DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

CCLIN Sud-Est (Auvergne, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Réunion), service d'hygiène hospitalière, pavillon 1 M, centre hospitalier Lyon-Sud, 69310 Pierre-Bénite, tél. : 04-78-86-19-71, fax : 04-78-86-33-31, e-mail : cclinse@lyon-sud.univ-lyon1.fr.

CCLIN Paris-Nord (Ile-de-France, Haute-Normandie, Picardie, Nord - Pas-de-Calais), institut santé et développement, 15-21, rue de l'Ecole-de-médecine, 75006 Paris, tél. : 01-40-46-42-00, fax : 01-40-51-76-74, e-mail : cclin@idf.ext.jussieu.fr.

CCLIN Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Pays de la Loire), service d'hygiène hospitalière, CHU de Pontchaillou, rue Henri-le-Guilloux, 35033 Rennes, tél. : 02-99-28-43-62, fax : 02-99-28-43-65, e-mail : cclin.ouest@chu-rennes.fr.

CCLIN Est (Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté), 23, rue de la Porte-de-l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg Cedex, tél. : 03-88-11-54-32, fax : 03-88-11-54-34, e-mail : c-clin.est@chru-strasbourg.fr.

CCLIN Sud-Ouest (Poitou-Charentes, Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Antilles, Guyane), service d'hygiène hospitalière, CHU Pellegrin, Place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, tél. : 05-56-79-60-58, fax : 05-56-79-60-12, e-mail : cclin.so@chu-bordeaux.fr.

NOTE (S) :

(1) Dans les classes de patients présentant peu de facteurs de risque, l'évolution du taux d'ISO est liée à la qualité des pratiques d'hygiène.

2) Circulaire DHOS E2-DGS/SD5A no 272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.