

Organisation de la lutte contre les infections associées aux soins en France



Jean Christophe DELAROZIERE
Cpias PACA

Historique (1)

- **1966** : 1er colloque européen sur l'hospitalisme (Paris)
- **1970** : 1ère conférence internationale sur les IN (Atlanta)
- **1984** : recommandations du Conseil de l'Europe
- **1988** : décret n°88-6576 du 6 mai 1988 sur la création des CLIN (public et PSPH)
- **1988** : circulaire n°263 du 13 octobre 1988 sur la composition des CLIN, les responsabilités, le rôle du président, la mise en oeuvre

Historique (2)

- **1992** : arrêté du 3 août 1992 déterminant l'organisation du CTIN et des C-CLIN.
- **1995** : circulaire n°17 du 19 avril 1995 portant sur l'organisation des CLIN, des EOHH, des référents, des équipes inter-établissements
- **1999** : décret n°99-1034 du 6/12/1999 qui abroge le décret du 6 mai 1988 et qui insiste sur la nécessité de faire évoluer les CLIN ⇒ obligation les établissements publics et privés à se doter d'un CLIN et d'une EOH avant le 31 décembre 2001.

Historique (3)

- **2000** : circulaire n°64 du 29 décembre 2000 définissant les composantes du programme d'action et les actions prioritaires à mettre en place, précise le rôle et les modalités d'organisation des structures de lutte contre les IN
- **2004** : circulaire DHOS\E2 – DGS\SD5C n°21 du 22 janvier 2004 sur le signalement des IN.
- **2006** : décret 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME

Historique (4)

- **2009** : Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) n°2009-879 du 21 juillet 2009. Elaboration par l'ETS d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- **2010** : décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- **2011** : circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

De l'infection nosocomiale à l'IAS

- Infection associée aux soins : définition CTINILS mai 2007
- Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou à la suite d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique ou préventive) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Infections associées aux soins

- Soins = prise en charge = soins au sens très large
- notion d'incubation
- indépendant du lieu de prise en charge
- "associé" et non "lié"
 - moins interprétatif
- concerne patients, professionnels, visiteurs
- Une IN est une IAS contractée en établissement de santé

Infections associées aux soins

Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS.

Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

Infections associées aux soins

Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention, ou, s'il y a mise en place d'un implant ou d'une prothèse, dans l'année qui suit l'intervention.

Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.

Organisation de la lutte contre les IAS

Avant 2017

National

- Ministère DH/DGS
- COSU
- ANSP
- HCSP
- RAISIN
- Soc. savantes

Orientation
Suivi

Coordination
Evaluation

PROPIAS

Inter-régional août 1992

C-CLIN

Animation
Coordination
Assistance technique

Formation
Documentation
Investigation
Surveillance

- ARS
- CRAM

ARLIN

Hospitalier décembre 1999

CLIN / EOH

Formation
Prévention
Surveillance

Politique
d'établissement

- CME/CA
- CHSCT

Organisation de la lutte contre les IAS

A partir de 2017

National

- Ministère DH/DGS
- Soc. savantes
- COSU
- ANSP
- HCSP

Orientation
Suivi

Coordination
Evaluation

PROPIAS

Région

Cpias

- ARS
- CRAM

Animation
Coordination
Assistance technique

Formation
Documentation
Investigation
Surveillance

Hospitalier décembre 1999

CLIN / EOH

- CME/CA
- CHSCT

Formation
Prévention
Surveillance

Politique
d'établissement



INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin
2015 relative au programme national d'actions de prévention des
infections associées aux soins (Propias) 2015

Juin 2015

PROPIAS

Axe 1 – Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.....	8
1. Intégration de la prévention des IAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins	9
2. Structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de prévention des IAS	10
3. Promotion de la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient	11
4. Renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)	13
5. Renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé	14

PROPIAS

Axe 2 - Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins	18
1. Associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance.....	19
2. Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu	20
3. Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes	21
4. Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé	23

PROPIAS

Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé..	30
1. Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs.....	31
2. Surveiller les infections associées aux actes invasifs, dont les dispositifs médicaux implantables, tout au long du parcours de santé	32
3. Améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)	33

COSU

- La gouvernance du PROPIAS repose sur un pilotage conjoint de la DGOS, la DGS et la DGCS. Le comité de pilotage réunit les décideurs de l'État auxquels seront associés des acteurs publics de sa mise en œuvre.
- Un comité de suivi (COSU) accompagne sa mise en œuvre et assure la concertation de ses parties prenantes. Outre les membres du comité de pilotage, elle réunit des représentants d'usagers, des professionnels des secteurs sanitaire et social, des fédérations hospitalières et médico-sociales, des sociétés savantes, des experts et personnes qualifiées.

Agence Nationale de Santé Publique = Santé publique France

- Fusion en 2016 de l'InVS (Institut Nationale de Veille Sanitaire), de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et de l'EPRUS (Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires)
- Compétences en épidémiologie, en prévention, et dans l'intervention auprès des publics, l'agence couvre, par ses missions, un champ large d'activités, de la connaissance à l'action.
- Créée par l'ordonnance 2016-462 du 14 avril 2016 et le décret 2016-523 du 27 avril 2016.

Haut Conseil de la Santé Publique

- Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007
- Comprend : membres de droits, les directeurs de l'ANSP, l'AFSSPS, l'Agence Biomédecine, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, EFS + des personnalités qualifiées.
- En 2008 arrêté de création de commissions spécialisées
- Commission «Système de santé et sécurité des patients». Emet des avis et recommandations sur les IAS, travaille en collaboration avec la commission «Maladies infectieuses et maladies émergentes»

HAS

Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales.

Dans le domaine des IAS, la HAS gère les indicateurs du tableau de bord pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé

Tableau de bord IN (1)

1. ICATB 2 : indicateur composite de bon usage des ATB
2. ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes
3. ICSHA 2 (ICSHA 3 en évaluation) : indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé (obligatoire tous les ans)
4. BN-Sarm : bactériémies nosocomiales à SARM
5. ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les ISO
6. ICALIN 2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

**Alternance des indicateurs obligatoires une année sur 2
avec en 2017 : ICSHA 2 / ICALIN 2/ ICA-LISO**

Tableau de bord IN (2)



SATISFACTION DU PATIENT



LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS



Prévention des infections nosocomiales (ICALIN.2)	<div></div>	A	90.00/100
Hygiène des mains (ICSHA.2)	<div></div>	A	83.70/100
Prévention des infections en chirurgie (ICA-LISO)	<div></div>	A	100/100
Maîtrise des bactéries multirésistantes (ICA-BMR)	<div></div>	A	100/100
Bon usage des antibiotiques (ICATB.2)	<div></div>	A	86.00/100



ÉVALUATION DE LA DOULEUR



DOSSIER DU PATIENT



LIEN HÔPITAL/VILLE





Cpias - Création

Centre d'appui et de Prévention des infections Associées aux Soins

Echelon régional (un Cpias par région)

Des textes réglementaires définissent les Cpias et leurs missions :

- Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des IAS
- Arrêté du 7 mars 2017 relatif aux déclarations des IAS et fixant le cahier des charges des Cpias
- Instruction du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires

Création au 1^{er} juillet 2017 (implique disparition des CCLIN/ARLIN)

Agence Régionale de Santé

Echelon régional

- Définit un programme régional de prévention des IAS
- Nomination du Cpias
- Financement du Cpias

Nouvelles régions françaises en 2016





Cpias - Objectifs

Relais et expertise auprès de l'ARS, de l'Agence Nationale de Santé Publique et des professionnels de santé.

Il contribue à l'expertise dans la prévention du risque infectieux associé aux soins dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le secteur des soins de ville, dans le cadre des plans et programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins (IAS) et de résistance aux anti-infectieux.



Cpias - Missions

D'après le décret :

- L'expertise et l'appui aux professionnels de santé tous secteurs confondus
 - ✓ Conseil et assistance technique
 - ✓ Identification des problématiques régionales
 - ✓ Valorisation des données et promotion de la déclaration des IAS
- Coordination ou animation de réseaux de professionnels de santé, accompagnement, formation
- L'investigation, le suivi des déclarations des IAS

Le CLIN (privé)
ou l'instance de consultation et de
suivi chargée de la lutte contre les
infection nosocomiales (public)

Le CLIN : réglementation (1)

- Institués par le décret du 7 mai 1988 (public et PSPH)
- Loi du 1er juillet 1998 : obligation des établissements publics et privés d'organiser la lutte contre les IN
- Décret du 6 décembre 1999 : obligation les établissements publics et privés à se doter d'un CLIN et d'une EOH avant le 31 décembre 2001
- Circulaire 29 décembre 2000 abroge les circulaires de 1988 et 1995 et développe la lutte contre les IN dans les établissements (programme d'action de lutte contre les IN, CLIN, EOH, correspondants)

Le CLIN : réglementation (2)

- Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (qui ne change rien par rapport au décret du 6 décembre 1999).
- Décret 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME

Le CLIN : Composition (1)

- Maximum 22 personnes
- Représentant légal de l'établissement qui arrête la liste nominative des membres du CLIN
- Composition :
 - Représentant légal de l'établissement
 - Président CME
 - Médecin responsable médecine du travail
 - Responsable soins paramédicaux
 - Pharmacien
 - Biologiste
 - 2 membres proposés par la CME
 - Responsable EOH
 - Médecin responsable information médicale
 - Une membre de l'EOH
 - Un infirmier désigné par le responsable des soins paramédicaux
 - Au plus 5 professionnels paramédicaux ou médico-techniques
 - Au plus 5 membres parmi : médecins, sages-femmes, odontologistes

Le CLIN : Composition (2)

- Représentants des usagers siègent au CA (voie consultative)
- Durée du mandat de tous les membres fixée à 4 ans
- Le comité élit à la majorité un président et un vice-président : praticien médecin, pharmacien ou odontologiste

Le CLIN : Organisation pratique

Suite au décret de décembre 1999 et de mai 2006 les établissements doivent :

- instituer un CLIN
- se doter d'une EOH
- définir un programme annuel d'action

Le CLIN : Organisation pratique

Mise en place d'un système qualité :

- Organigramme : liste membres CLIN (tél, fax...), liste membres commissions CLIN, liste membres EOH, liste correspondants médicaux et paraméd en hygiène (1 par service), liste chefs de services, liste personnels encadrements, liste membres direction, liste correspondants ARS, CCLIN
- Procédures de fonctionnement des réunions (CLIN et commissions) : réunion CLIN au moins 3 fois/an. Faire ordre du jour réunion et ensuite comptes rendus. Commissions sont définies lors 1ère réunion CLIN (ex ; commission validations recommandations écrites, commission surveillance BMR, commission sur l'aménagement des locaux...).

Le CLIN : ses missions (1)

- Analyse de la situation : dans un premier temps état des lieux
- Définition d'une stratégie de prévention : « nouvelles 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des IN ». En particulier maîtrise risques liés utilisation DM, équipements à usage multiple, prévention de BMR, bon usage des ATB
- Surveillance : enquête de prévalence, surveillance BMR, consommation des ATB, surveillance en incidence...
- Formation
- Information

Le CLIN : ses missions (2)

- Evaluation dans l'établissement : dans le rapport d'activité
- Coordination des actions : organisation et coordination des actions à entreprendre. Démarche large et pluridisciplinaire.
- Validation de procédures : écrites par l'établissement et les services.
- Etablissement rapport activité
- Etablissement programme d'action (soumis à l'avis de la CME et DSSI). Figure dans le contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'ARS. Rapport est présenté aux diverses instances et au CHSCT.
- Expertise (achat matériel, aménagement locaux)

Le CLIN : rôle du Président

- Rôle de chef d'orchestre et d'incitateur
- Assure les relations du CLIN avec la direction, les CME et les autres structures
- Il doit avoir une connaissance parfaite de l'établissement

Le CLIN oui mais

- Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Les CLIN pourront être maintenus ou transformés, selon les organisations arrêtées localement.

La nouvelle organisation (1)

- Extension à tout le domaine de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins (EIAS).
- L'organisation de la lutte contre les EIAS est décidée par le directeur de l'établissement après concertation avec la CME ou la Conférence Médicale d'Etablissement (privé).

La nouvelle organisation (2)

Cette organisation vise :

- Formation et action de communication pour développer la culture de sécurité
- Mettre en place une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins
- Permettre à la CME de proposer un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi et un bilan annuel
- Assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les EIAS

La nouvelle organisation (3)

- Le directeur arrête en collaboration avec la CME les mesures à mettre en œuvre dans le cadre du programme d'action
- Le directeur désigne, en concertation avec le président de la CME un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui dispose d'une formation adaptée.
- Plusieurs établissements de santé peuvent coopérer pour mener la lutte contre les EIAS

Equipe opérationnelle d'hygiène

Existence confirmée par le décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

EOH

Composée de professionnels spécialisés en hygiène. Inclus au moins un médecin ou pharmacien, et un personnel infirmier. Doit avoir un secrétariat. Nombre de membre dépend de la taille de l'établissement.

Ratio minimum : 1 infirmier TP pour 400 lits, 1 personnel médical ou pharmaceutique TP pour 800 lits

Pour les petits établissements : équipe inter-établissement

- Equipe d'appui (personnels d'un établissement venant en aide aux établissements voisins)
- Equipe inter-établissement (personnels dont le temps est partagé)
- Il faudra : limiter le nombre d'établissements, définir un temps minimum par établissement, avoir un réseau de correspondants dans chaque établissements...

EOH : ses missions

Mise en œuvre et évaluation des actions de lutte contre les IN définies par le programme de l'établissement

Instance d'exécution

EOH prépare chaque année avec le CLIN le programme d'actions.

Missions :

- élaboration de recommandations de prévention, assure leur mise en place et procède à leur évaluation
- organise la surveillance
- coordonne et participe à la formation
- investigation lors d'événements inhabituels

Le référent en antibiothérapie

Décret de 2013 : « Le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la CME dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un référent en antibiothérapie. »

Ratio :

- 0,1 ETP pour 400 lits en SSR/SLD/PSY
- 0,3 ETP pour 400 lits de MCO

Les correspondants en hygiène

Dans chaque service correspondant médical et paramédical

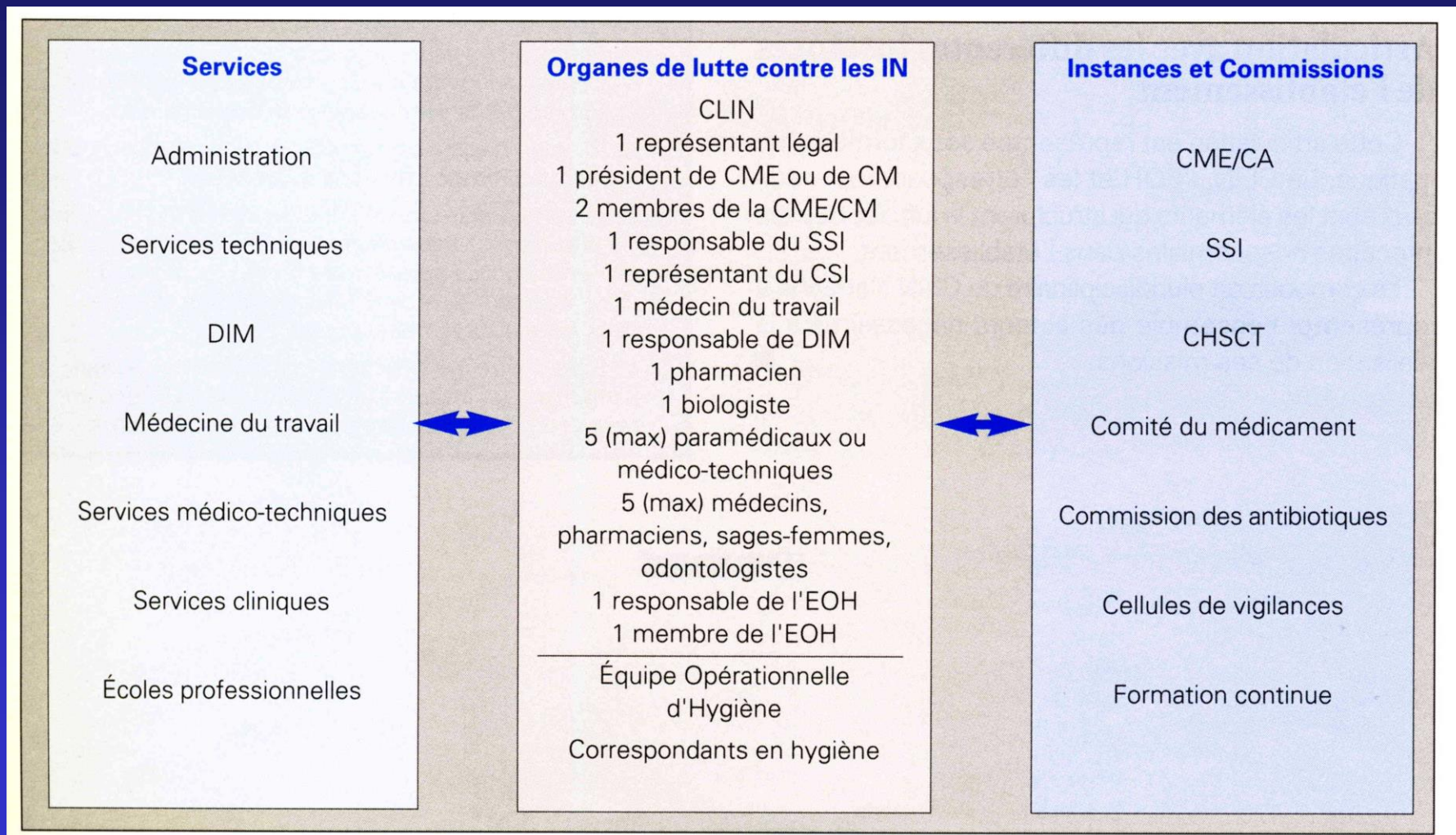
Relais du CLIN

Les responsables médicaux sont désignés par le responsable médical du secteur ou dans le privé par le directeur

Les responsables paramédicaux sont désignés par le responsable de l'encadrement paramédical du secteur en concertation avec le responsable du SSI

Nomination aussi d'un correspondant dans les services médico-techniques, techniques ou administratifs.

Liste des partenaires dans la LIN



Les partenariats

Les inter-CLIN qui comportent une EOH

Les réseaux qui peuvent répondre à de multiples besoins

Les EMH

Ce sont les équipes mobiles d'hygiène :

- Elles sont situées dans des ES
- Elles sont composées d'hygiénistes
- Elles interviennent au sein des établissements médico-sociaux
- Elles sont en partie financées par les ARS
- Ne sont pas encore implantées dans toutes les régions françaises

Le signalement des IN

Signalement (1)

Le signalement est obligatoire depuis la circulaire du 30 juillet 2001. Cette circulaire a été modifiée par le Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des IAS. Il se fait via un portail dématérialisé (E-sin).

Ses objectifs sont :

- Alerter les autorités sanitaire sur un certain nombre d'évènements « sentinelles »
- Apporter si besoin une aide aux établissements
- Enregistrer, suivre et analyser l'évolution d'un certain nombre d'évènements au niveau national (ANSP)

Signalement (2)

Signalement avant 2017 à l'ARS et au CCLIN de certaines IAS :

(1) aux IN ayant un caractère rare ou particulier du fait :

- . 1A : de l'agent pathogène (nature, caractéristiques, virulence, résistance aux anti-infectieux),

- . 1B : de la localisation de l'IN,

- . 1C : de l'utilisation d'un dispositif médical contaminé,

- . 1D : de procédures ou pratiques ayant exposé d'autres personnes au même risque infectieux,

(2) à tout décès lié à une infection nosocomiale,

(3) aux IN liées à un germe de source environnementale,

(4) aux IN faisant l'objet d'une DO

Signalement (3)

Signalement depuis 2017 à l'ARS et au Cpias de certaines IAS :

1-L'IAS est inattendue ou inhabituelle du fait:

- a) Soit de la nature, des caractéristiques, notamment du profil de résistance aux anti-infectieux, de l'agent pathogène en cause;
- b) Soit de la localisation ou des circonstances de survenue de l'infection chez les personnes atteintes;

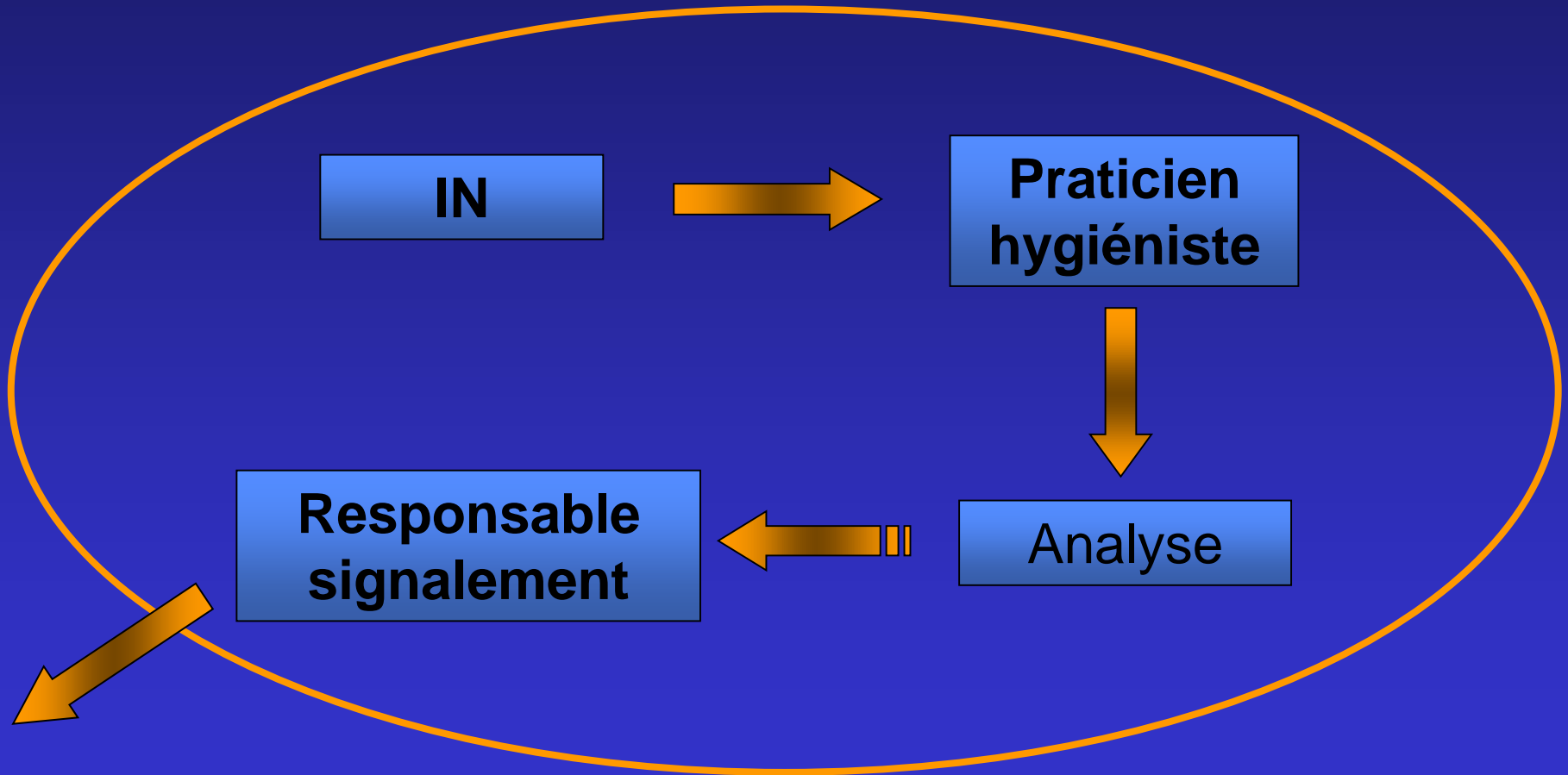
2-L'infection associée aux soins survient sous forme de cas groupés;

3-L'infection associée aux soins a provoqué un décès;

4-L'infection associée aux soins relève d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire (maladie à DO).

Signalement (3) : le circuit

Signalement interne



Établissement de santé

Signalement (4) : le circuit

Signalement externe

