

Plans Gouvernementaux de lutte contre les infections nosocomiales et indicateurs de qualité

Dr Paul-Rémi PETIT

Praticien hospitalier EOHH
Hôpital de la Timone
CLIN AP-HM



Plan



1. Introduction



2. Historique des plans nationaux



3. Stratégie nationale actuelle (2022-2025)



4. Les indicateurs qualité actuels



5. Missions nationales de surveillance

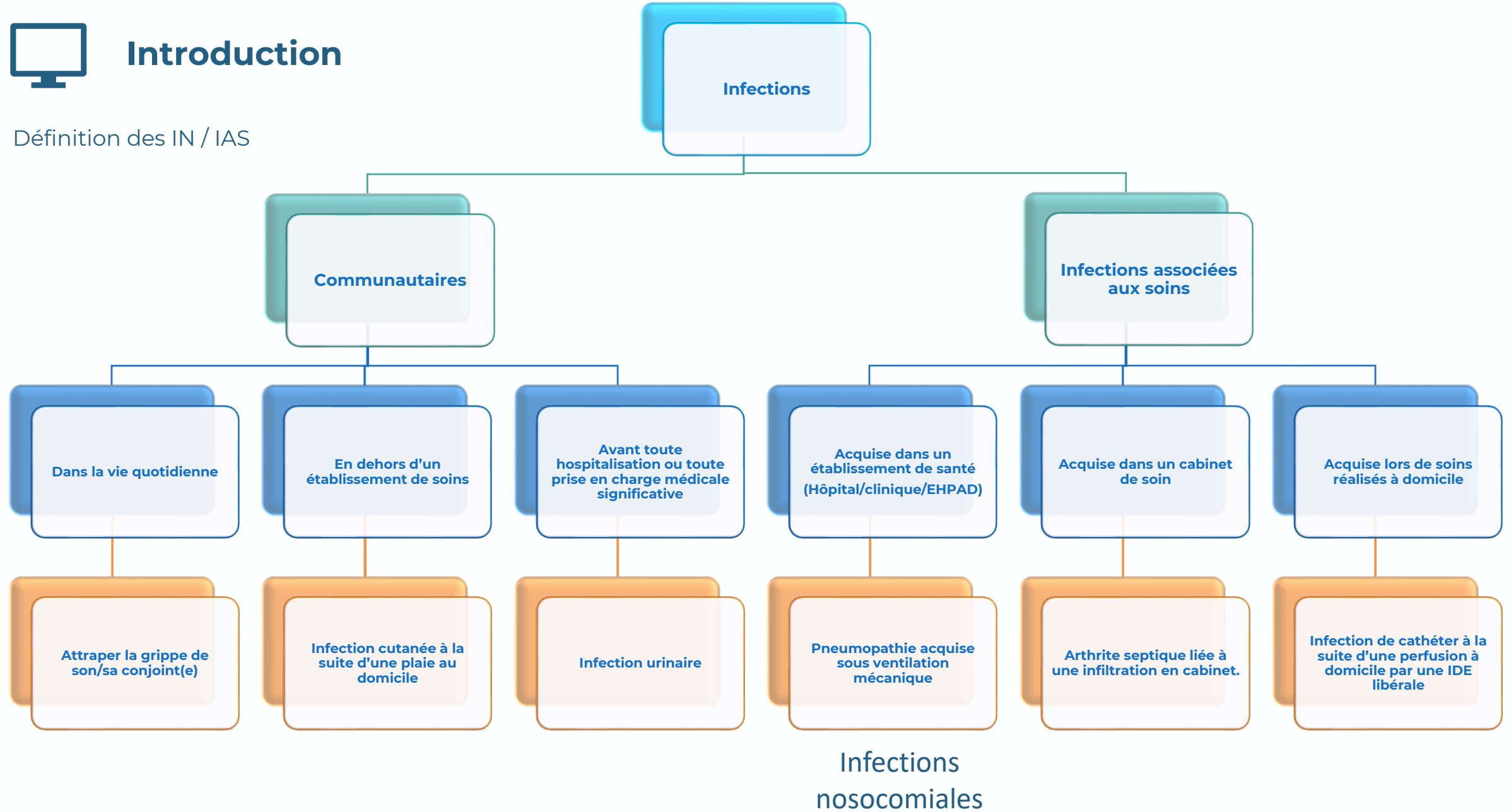


6. Conclusion



Introduction

Définition des IN / IAS





Introduction

Définition des IN / IAS

- Une infection est dite associée aux soins si elle survient
 - **au cours ou à la suite d'une prise en charge** d'un patient
 - Ni présente
 - Ni en incubation
 - au début de la prise en charge
- Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément :
 - Délai **d'au moins 48 heures** ou
 - Délai supérieur à la période d'incubation
 - Grippe/SARS-CoV-2 : 18-72h
 - Légionelle : 2-10 jours
- Pour les Infections de Site Opératoire (ISO)
 - infections survenant dans les **30 jours suivant l'intervention**
 - **1 an** si mis en place de matériel.



Introduction

Epidémiologie

- Enquêtes menées tous les 5 ans
- Mesurer et décrire la **prévalence nationale** :
 - des infections nosocomiales et
 - des traitements anti-infectieux en établissements de santé.
- **151 676 patients** ont été inclus dans l'ENP 2022 avec 1 155 établissements de santé participants

La prévalence 2022 en 5 chiffres

Prévalence des patients infectés

5,71 %

IC95 % [5,45-5,99]

Prévalence des infections nosocomiales

6,06 %

IC95 % [5,77-6,35]

Prévalence des patients infectés hors COVID-19 nosocomiaux

5,35 %

IC95 % [5,11-5,60]

Prévalence des infections nosocomiales hors COVID-19

5,66 %

IC95 % [5,40-5,93]

Prévalence des patients traités par antibiotiques à usage systémique

16,24 %

IC95 % [15,66-16,84]

En 2022

- environ **1 patient hospitalisé sur 18** présentait une infection.
- pour 100 patients hospitalisés, on recensait environ **6 infections nosocomiales**
- Environ **1 patient sur 6** recevait un traitement antibiotique systémique lors de son hospitalisation.



Historique des plans nationaux

- **1988** : Décret rendant obligatoire la création d'un **Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)** dans chaque établissement de santé
- **1994** : **Premier plan national** de lutte contre les infections nosocomiales :
 - Le renforcement des structures (CLIN, CCLIN)
 - La diffusion de recommandations d'hygiène,
 - La formation des professionnels de santé,
 - Le développement d'un programme national de surveillance
- **1995–2000** : Multitude de circulaires pour préciser les dispositifs :
 - Circulaire du 29 décembre 2000 organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
 - Circulaire du 27 mars 1996 : ENP
 - Circulaire du 2 avril 1996 : Désinfection des endoscopes
 - Circulaire du 27 juin 1997 : rapport d'activité des CLIN
 - Loi du 1er juillet 1998 : surveillance étendue aux établissements privés
 - Décret du 6 décembre 1999 Les EOHH (évoquées dans la circulaire d'avril 1995) sont rendues obligatoires dans chaque établissement de santé
 - Circulaire du 29 décembre 2000 : place des correspondants en hygiène dans les services



Historique des plans nationaux

Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008



Déploiement des **indicateurs qualité** : ICALIN, ICSHA, ICATB, SURVISO.
Promotion de l'hygiène des mains (**SHA**, audits).
Surveillance épidémiologique (RAISIN : ISO, BMR, réanimation, bactériémies).
Signalement obligatoire des IN graves.
Formation des soignants renforcée.
Objectifs chiffrés : **↑ consommation SHA, ↓ ISO et BMR.**

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



Passage des **IN** → **IAS** (hôpital, ville, médico-social).
Nouveaux indicateurs : ICALIN.2, ICALISO, ICATB.2, BN-SARM.
Transparence : résultats publiés (Scope Santé).
Parcours patient : **coordination** ville–hôpital–EMS.
Vaccination des soignants encouragée.
Articulation avec le plan **Antibiotiques** 2011–2016.



Approche transversale ville–hôpital–EMS.
Implication des usagers et des **directions** d'établissements.
Trois axes prioritaires :

- **Prévenir les IAS** tout au long du parcours de soins.
- Lutter contre **l'antibiorésistance**.
- Réduire les **risques liés aux actes invasifs**.

Cibles quantitatives par secteur (ES, EMS, ville).
Pilotage national DGOS/DGS/DGCS, suivi par indicateurs (**ICSHA, ISO-ORTHO, PCC, VAG, ATBIR**)



Stratégie nationale actuelle (2022-2025)

**STRATÉGIE NATIONALE
2022-2025 DE PRÉVENTION
DES INFECTIONS ET
DE L'ANTIBIORÉSISTANCE**
SANTÉ HUMAINE



- **Objectifs généraux :**

- **Réduire** la prévalence des infections associées aux soins (**IAS**)
- Améliorer le bon usage des **antibiotiques**.
- Intégrer l'approche **One Health** (santé humaine, animale, environnement).
- Disposer de **18 indicateurs clés suivis d'ici 2025**.

- **9 axes stratégiques**

- **Informier et sensibiliser** patients, usagers, grand public.
- **Former et accompagner** les professionnels.
- **Prévenir et contrôler** la transmission des IAS (hygiène, précautions).
- **Améliorer le bon usage des antibiotiques**.
- **Renforcer la vaccination** des soignants et patients.
- **Appuyer les acteurs de terrain** (ES, EMS, ville) via les CPias.
- **Développer les systèmes de surveillance et les données** (SpF, RAISIN, missions nationales).
- **Soutenir la recherche et l'innovation**.
- **Renforcer la coopération internationale** (OMS, Europe).



Stratégie nationale actuelle (2022-2025)

**STRATÉGIE NATIONALE
2022-2025 DE PRÉVENTION
DES INFECTIONS ET
DE L'ANTIBIORÉSISTANCE**
SANTÉ HUMAINE



- La stratégie vise à disposer de **18 indicateurs de suivis** d'ici 2025.
- Ces indicateurs couvrent :
 - Prévention et hygiène (SHA, précautions contact, vaccination).
 - Bon usage des antibiotiques (prescriptions, consommation, ATBIR).
 - Infections associées aux soins (ISO, bactériémies, BMR, Clostridioides difficile).
 - Qualité perçue (hygiène des mains vue par les patients).
 - Surveillance épidémiologique (via RAISIN et missions nationales : SPARES, SPIADI, SPICMI, PRIMO).

Ces indicateurs sont :

- Pour certains, déclinés en indicateurs HAS (IQSS) : ICSHA, ISO-ORTHO, PCC, VAG, ATBIR.
- Pour d'autres, suivis par Santé publique France / CPias dans le cadre des missions nationales.



Stratégie nationale actuelle (2022-2025)

Indicateur de consommation
de solution hydro-alcoolique

Définition : [ICSHA](#)

Indicateur de suivi de la vaccination
antigrippale du personnel hospitalier

Indicateur de bonnes pratiques de
précautions complémentaires contact

Taux : nombre de dossiers concernés
conformes sur total de dossiers
concernés. **Détails ici** [PCC](#)

Prescriptions d'antibiothérapie de
7 jours ou moins pour infection
respiratoire basse

Taux : nombre de dossiers concernés
conformes sur total de dossiers
concernés.

*Proportion de patients/résidents
déclarant avoir reçu une information
concernant l'hygiène des mains

Nombre d'observations respectant
les points critiques de la pose d'un
cathéter veineux central/
100 observations réalisées

Incidence des bactériémies
sur cathéters centraux hors
réanimation, en oncologie et
hématologie/1 000 journées
d'hospitalisation

*Nombre d'observations respectant
les points critiques de la pose d'un
cathéter vasculaire périphérique/
100 observations réalisées

*Incidence des bactériémies
sur cathéters centraux en
réanimation/1 000 journées-cathéter

*Proportion d'antibioprophylaxies
préopératoires conformes aux
recommandations de la SFAR

*Proportion de préparations cutanées
des opérés correctes (indicateur en
construction)

*Indicateur Infection du site
opératoire (*indicateur en cours de
construction*)

Proportion d'épisodes de BHRe avec
cas secondaire(s) déclarés *via* e-SIN

*Proportion de SARM chez
Staphylococcus aureus isolés
d'hémocultures en ES

Proportion de souches résistantes à
la vancomycine chez *Enterococcus
faecium* isolés d'hémocultures en ES



Les indicateurs qualité actuels : ICSHA

L'ICSHA : Indice de consommation de Solution hydroalcoolique

Objectif

- Mesurer le **niveau d'hygiène des mains** dans les établissements de santé.
- Suivre la **promotion et l'usage effectif des SHA** comme geste clé de prévention des IAS.
- Permettre une **comparaison** dans **le temps** et **entre établissements**.

Méthode de calcul

- **Numérateur** : Quantité totale de solutions hydro-alcooliques consommées (en litres).
- **Dénominateur** : Quantité théorique à consommer : dépend de l'activité (JH, séances acte)

Restitution par classes (A, B, C selon le score obtenu).

$$ICSHA = 100 \times \frac{\text{Quantité de SHA délivrés aux services (L)}}{\text{Objectif Théorique (L)}}$$

Objectif Théorique = Activité x Nb friction x 0,03L (3mL)

Sources de données

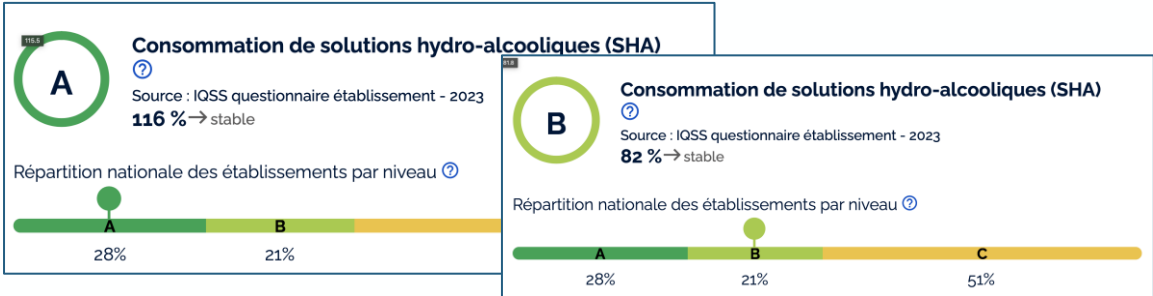
- **Pharmacie** : données de délivrance / consommation de SHA
- **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** :
 - activité hospitalière (journées d'hospitalisation, actes, séances).

Déclaration annuelle via la plateforme **QualHAS** (HAS).

Diffusion publique sur **Qualiscope**

Activités	Nb
HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE	
Médecine et obstétrique	10
Chirurgie	12
Réanimation	43
USI-USC	28
Obstétrique	12
Accouchement sans césarienne	14
Accouchement avec césarienne (accouchement : 12, SSPI : 4)	16
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	8
Soins de longue durée	7
Psychiatrie	4
Hémodialyse (par séance)	11
HAD (par jour)	6
Urgences (par passage)	5
Séance de chimiothérapie (par séance)	6
HOSPITALISATION DE JOUR	
Hôpital de jour de médecine	5
Hôpital de jour de chirurgie	5
Hôpital de jour d'obstétrique	6
Hôpital de jour de psychiatrie	2
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	5
Séance de chimiothérapie (par séance)	6
ACTES MÉDICO-TECHNIQUES	
Actes de radiologie conventionnelle, hors radiologie vasculaire (par acte)	2
Actes de radiologie vasculaire (dont coronarographie) (par acte)	5
Actes de radiothérapie (par acte)	2
Actes d'endoscopie (par acte)	6
Bloc chirurgical (acte interventionnel et/ou exploration : 10 + SSPI : 4)	14

Classe de performance de l'établissement	% du volume minimal théorique de PHA à délivrer
A	≥ 100%
B	De 80% à 99%
C	<80%





Les indicateurs qualité actuels : ICSHA

L'ICSHA : Indice de consommation de Solution hydroalcoolique

- Il est possible de dériver l'indicateur national établissement par un indicateur local :
 - Par unité de soin / service / pôle...

Avantages

- Donne une **vision locale** pour chaque unité.
- Permet aux équipes de **se situer** et de suivre leurs progrès.
- Favorise la **mise en place d'actions ciblées**.
- Répond aux attentes du **manuel de certification HAS** (appropriation par service).

Difficultés de mise en place

Récupération des données parfois complexe :

- Si commandes groupées pour plusieurs services,
- Si réserves mutualisées non individualisées.
- Récupérer l'activité hors SAE (SIM?)

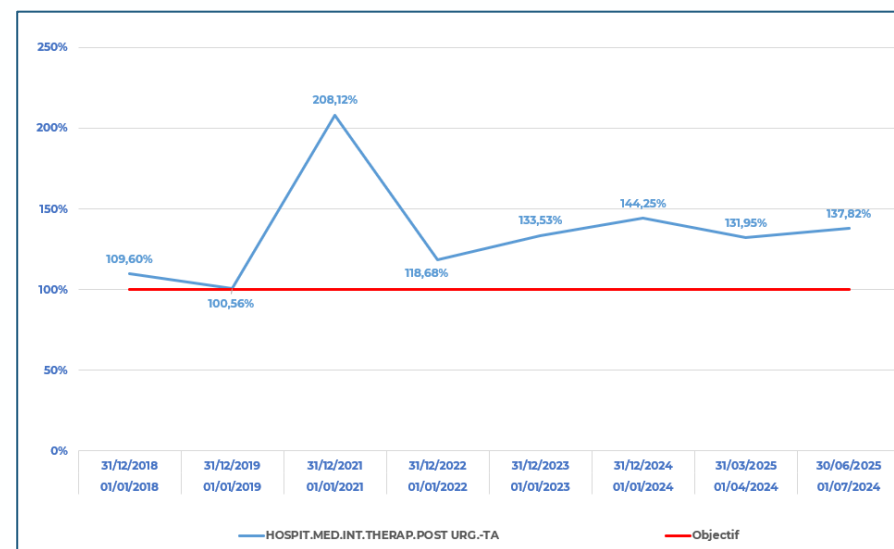
Attention à l'interprétation

- Données basées sur les commandes, pas sur l'usage réel.
- Suivi peu pertinent sur de courtes périodes (commandes parfois semestrielles).
 - Calcul sur l'année, 6 mois ou bien sur une année glissante
- Risque de surstockage faussant les résultats.

Critère 2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Tout l'établissement Standard

- L'équipe connaît le résultat de son service pour la consommation de solutions hydroalcooliques (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA) et a mis en place des actions d'amélioration le cas échéant.





Les indicateurs qualité actuels : VAG

VAG : Vaccination antigrippale des professionnels de santé

Objectif

- Évaluer la **politique de vaccination antigrippale** menée dans l'établissement.
- Permettre une **comparaison** dans **le temps** et **entre établissements**.

Méthode de calcul

- **Numérateur** : nombre de professionnels de santé vaccinés contre la grippe au cours de la saison hivernale N/N+1
- **Dénominateur** : Effectif de personnel salarié et libéral au 31 décembre de l'année N.
- **Résultat** : pourcentage de couverture vaccinale

$$VAG = 100 \times \frac{\text{Effectif de personnel hospitalier vacciné contre la grippe lors de la saison } N/N + 1}{\text{Effectif de personnel salarié et libéral au 31 décembre de l'année } N}$$

Sources de données

- **Medecine du travail/ EOHH /** : Décompte du nombre d'agents vaccinés
- **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** :
 - Nombre de personne physique sous contrat au 31 décembre + libéraux intervenus en décembre.

Déclaration annuelle via la plateforme **QualHAS** (HAS).

Pas encore de diffusion publique

Libellé classe	Seuil	Numéro classe
Couverture vaccinale antigrippale exemplaire	> ou = 75 %	1
Couverture vaccinale antigrippale convenable	> ou = 50 à < 75 %	2
Couverture vaccinale antigrippale intermédiaire	> ou = 30 à < 50 %	3
Couverture vaccinale antigrippale insuffisante	> ou = 20 à < 30 %	4
Couverture vaccinale antigrippale très insuffisante	< 20 %	5

Résultat définitif* de l'indicateur	
Score	10.1 %
Niveau** de l'indicateur	5
Effectif total déclaré	7205
Effectif de personnel hospitalier ayant refusé de transmettre l'information de vaccination (retiré de l'effectif total)	0
Effectif de personnel hospitalier vacciné déclaré	726

Résultat définitif* de l'indicateur	
Score	17.6 %
Niveau** de l'indicateur	5
Effectif total déclaré	1332
Effectif de personnel hospitalier ayant refusé de transmettre l'information de vaccination (retiré de l'effectif total)	0
Effectif de personnel hospitalier vacciné déclaré	234



Les indicateurs qualité actuels : VAG

VAG : Vaccination antigrippale des professionnels de santé

Certification

- La **politique de vaccination antigrippale** menée dans l'établissement est évaluée par la certification HAS.

Difficulté principale :

- Récupération des **données** : les informations peuvent provenir de plusieurs sources :
 - médecine du travail,
 - pharmacie,
 - EOHH, campagnes internes

Pas toujours de système centralisé → risque d'oublis ou de doublons.

Le **VAG** mesure un taux simple en apparence, mais l'obtention de données fiables est souvent difficile à cause de la **dispersion des sources** et de la **traçabilité incomplète**.

Critère 3.2-06 La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels

Un professionnel en bonne santé est un professionnel présent et en mesure de fournir des soins de qualité.

Pour ce faire, l'établissement :

- prévoit des dispositifs de soutien psychologique accessibles à tous les professionnels ;
- vérifie les vaccinations obligatoires, sensibilise les professionnels à l'intérêt des vaccinations recommandées, donne facilement et gratuitement accès à la vaccination, analyse les taux de couverture vaccinale et met en œuvre les améliorations ;



Les indicateurs qualité actuels : PCC

PCC : Précautions complémentaires contact

Objectif

- Evaluer la traçabilité de la mise en place des PCC
- Mesurer la mise en place effective de ces pratiques pour prévenir la transmission croisée
- Permettre une comparaison inter-établissements et dans le temps.

Méthode de calcul

- **Numérateur** : Nombre de dossier où sont tracés la mise en place (MEP) et/ou l'information du patient (INFO)
- **Dénominateur** : Nombre de dossier évalués

- **Résultat** : 3 indicateurs :

$$PCC_MEP = \frac{\text{Nombre de dossier avec } \mathbf{MEP} \text{ tracée}}{\text{Nombre de dossiers évalués}}$$

$$PCC_INF = \frac{\text{Nombre de dossier avec } \mathbf{INFO} \text{ tracée}}{\text{Nombre de dossiers évalués}}$$

$$PCC = \frac{\text{Nombre de dossier avec } \mathbf{MEP} \text{ et } \mathbf{INFO}}{\text{Nombre de dossiers évalués}}$$

Sources de données

- **PMSI MCO** : Dossiers avec nécessité de mise en place de PCC (porteurs ou infectés par une BLSE, BHRé, SARM, Clostridium difficile ou gale)
- **CQ-EOHH-SIM** : Evaluation des dossier pour rechercher les éléments



Diffusion publique sur **Qualiscope**





Les indicateurs qualité actuels : ATBIR

ATBIR : Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours au moins pour infection respiratoire basse

Objectif

- Évaluer la **pertinence des prescriptions antibiotiques**.
- Favoriser le **bon usage des antibiotiques** pour limiter l'émergence des résistances.
- Réduction de la consommation globale française des antibiotiques

Méthode de calcul

- **Numérateur** : Nombre de séjours de patients (adulte et enfant) ayant une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie de durée inférieure ou égale à 7 jours a été prescrite au cours de leur séjour ou justifiée pour une durée supérieure (echec clinique)
- **Dénominateur** : Nombre de séjours évalués
- **Résultat** : Ratio standardisé

$$ATBIR = 100 \times \frac{\text{Nombre de dossier avec une prescription conforme aux recommandations}^*}{\text{Nombre de séjours évalués}}$$

* : $\leq 7J$ (ou justifiée si $> 7J$)

Sources de données

- **PMSI MCO** : Dossiers avec hospitalisation > 24h Et diagnostic de pneumopathie (S.pneu, H.inf, bactérienne, inhalation...)
- **CQ-EOHH-Infectiologues** : Evaluation des dossiers pour analyse des prescriptions.

Diffusion publique sur **Qualiscope**



Les indicateurs qualité actuels : ISO-ORTHO

ISO-PTH : Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche

ISO PTG : Infections du site opératoire après pose de prothèse totale de genou

Objectif

- Surveiller la survenue **d'infections du site opératoire** (ISO) après chirurgie prothétique majeure (PTH, PTG).
- Évaluer la qualité de la **prévention du risque infectieux chirurgical** dans les établissements de santé.
- Permettre une comparaison inter-établissements et dans le temps.

Méthode de calcul

- **Population cible** : patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PTG/H programmée pour lesquels on estime qu'une marge d'amélioration est possible après exclusion :
 - des patients à très haut risque d'ISO (ATCD ISO, Changement multiple de prothèses...)
 - des cas d'ISO non imputables à la qualité de la pose (ISO sur prothèse déjà présente, fuite, SCAM)
- **Numérateur** : Nombre observé d'ISO dans l'établissement.
- **Dénominateur** : nombre attendu d'ISO (obtenue en appliquant aux patients de l'établissement les coefficients de chaque facteur de risque, estimés par le modèle de régression logistique à partir des séjours nationaux (la population de référence).

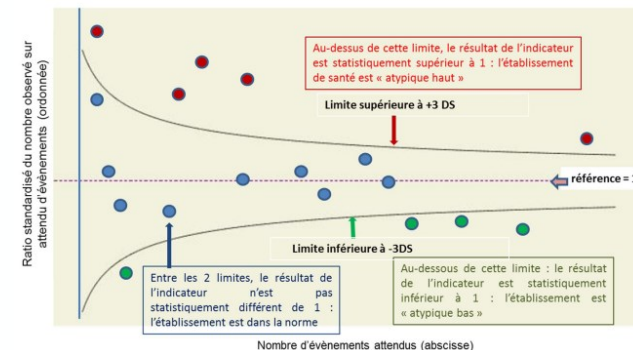
- **Résultat** : Ratio standardisé

$$ISO - PTH/G = \frac{\text{Nombre observé d'ISO dans l'établissement}}{\text{Nombre attendu d'ISO}}$$

Sources de données

- **Requête automatique dans le PMSI MCO**

Diffusion publique sur **Qualiscope**



Infections du site opératoire après pose d'une prothèse totale de hanche

Source : IQSS PMSI - 2023



Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu

Répartition nationale des établissements par niveau



Infections du site opératoire après pose d'une prothèse totale de genou

Source : IQSS PMSI - 2023



Résultat similaire ou potentiellement meilleur que prévu

Répartition nationale des établissements par niveau





Les indicateurs qualité actuels : EP-HDM

EP-HDM : Expérience des patients adultes sur l'hygiène des mains

Objectif

- Évaluer la **perception des patients** concernant **l'hygiène des mains des soignants**.
- Mesurer un aspect du respect des précautions standard vu du **point de vue du patient**.
- Intégrer l'expérience patient dans l'amélioration de la qualité des soins.

Méthode de calcul

- Questionnaire patients 5 questions : SHA dispo/ Bijoux/ Information / demande SHA / Perso SHA
 - Pour chaque questionnaire : **expérience négative**, neutre, **positive**
 - **% expériences positives (>20%)**
 - **% expérience négatives (<10%)**

Sources de données

- **Questionnaire patient e-SATIS** : Questions rajouté au questionnaire de satisfaction

Expérimentation en 2024, Mise en place en janvier 2026



TOUJOURS

ET

JAMAIS

ET

OUI

ET

SOUVENT

ET

TOUJOURS/
SOUVENT



NON

OU

PARFOIS/
SOUVENT

OU

NON

OU

JAMAIS

OU

PARFOIS/
JAMAIS



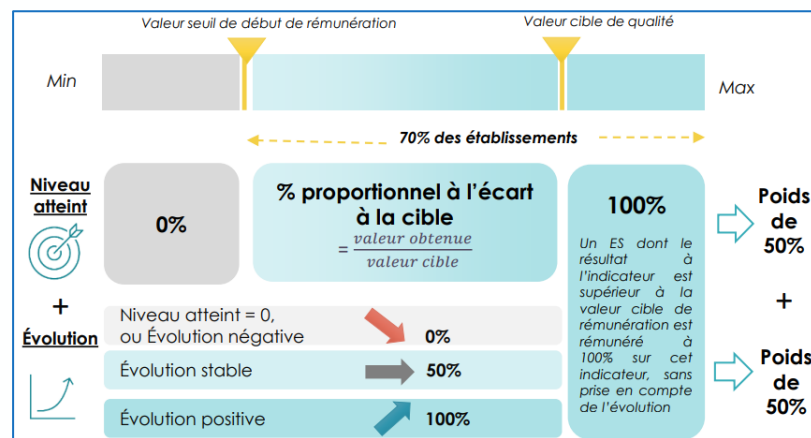
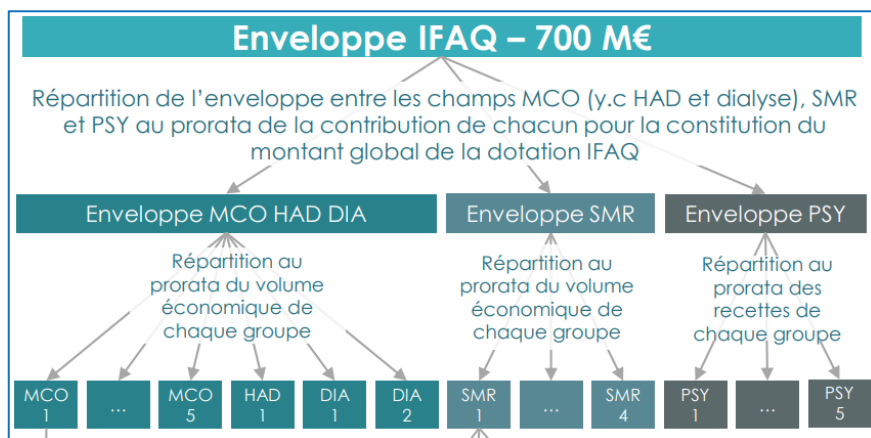


Les indicateurs qualité actuels : l'IFAQ

IFAQ : Incitation financière à l'amélioration de la qualité

Quoi?

- Une dotation versée à un établissement au regard de ses résultats à des indicateurs de qualité et sécurité des soins
- Prime attribuée selon le niveau atteint et la progression dans le temps.



- Certains indicateurs ont un seuil minimal à atteindre (arrêté annuel).
- Si un établissement échoue à atteindre ce seuil trois campagnes consécutives
 - il s'expose à une pénalité financière

En 2025 : parmi les indicateurs utilisés pour calculer le montant de l'IFAQ : PCC, ISO-PTH, ISO PTG, ICSHA



Les missions nationales de Surveillances

Le Réseau de Prévention des infections associées aux soins et de l'antibiorésistance



- constitué de 5 missions nationales
- pilotées par Santé Publique France
- Périmètre : l'intégralité du parcours de santé :
 - en ville
 - établissements médico-sociaux
 - établissements de santé.
- Chaque mission nationale est portée par des Cpias et produit :
 - des données de surveillance
 - des outils de prévention, de formation de communication
 - à destination des professionnels et des particuliers.





MATIS : Mission d'Appui Transversal à la Prévention des Infections associées aux Soins

CPIAS Nouvelle aquitaine et CPIAS Guadeloupe

1 - Gestion de la Communication du RéPIA et de la documentation

- Gestion du site du RéPIA
- veille documentaire : La base documentaire RéPIA

2 - Soutien transversal et création d'outils



Thèmes



Actes invasifs



Actes de soins



Bon Usage des Antibiotiques



Transition écologique



Environnement



Logistique



Microbiologie / Infection



Organisation



Patients à risque



Prévention de la transmission croisée



Produits de santé et traitement DM



Professionnels de santé



Sécurité des soins



Vaccination

Hygiène des mains



Cet ensemble complet d'outils et de ressources pratiques a été conçu pour favoriser l'adhésion et l'amélioration des pratiques en matière d'hygiène des mains, dans les établissements de santé et médico-sociaux

Prévention des infections respiratoires



Cette boîte d'action multimodale est compatible avec la préparation des professionnels et les usagers à l'après-COVID, pour qu'à l'avenir, tous soient prêts à faire face aux pathologies à transmission respiratoire

Prévention du péril fécal



Cette Boîte d'Action Multimodale regroupe les outils nationaux d'évaluation, de formation et de communication élaborés par MATIS sur le thème "péril fécal"

3 - Recherche (Sciences humaines et enquêtes)

- mieux comprendre les comportements, les freins et les leviers liés à la prévention des IAS et à la lutte contre l'antibiorésistance.
- Recueillir des données sur les pratiques, les perceptions et les besoins

orienter les actions du RéPIA et à ajuster les outils et ressources proposés



PRIMO : Prévention et contrôle de l'infection en établissements médico-sociaux et en soin de ville

Le CPias Pays de la Loire, Auvergne Rhône-Alpes, du CRAtb Pays de la Loire et Normandie.

1 - Surveillance de la résistance bactérienne

- Suivi des résistances bactériennes en ville et en EMS.

2 – Bon usage des antibiotiques

- Boîtes à outils, contenu de formation, documentation

3 - Prévention des infections associées aux soins

- outils et actions de surveillance de la prévention des IAS en secteur de ville et EMS.

OPTIMISATION DE LA **PRESCRIPTION** DES **ANTIBIOTIQUES**
EN MÉDECINE DE VILLE

Principaux antibiotiques à **visée ORL**



VOUS ÊTES PORTEUR DE BMR OU BHR

La résistance aux antibiotiques représente l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale, la sécurité alimentaire et le développement

Tout savoir sur le juste port de masque





SPARES : Surveillance et Prévention de l'Antibiorésistance en Établissements de Santé

CPias Grand Est, le CRAtb Grand-Est, le Cpias Nouvelle-Aquitaine et le CRAtb Provence-Alpes-Côte d'Azur.

1 – Surveillance : [CONSOIRES](#)

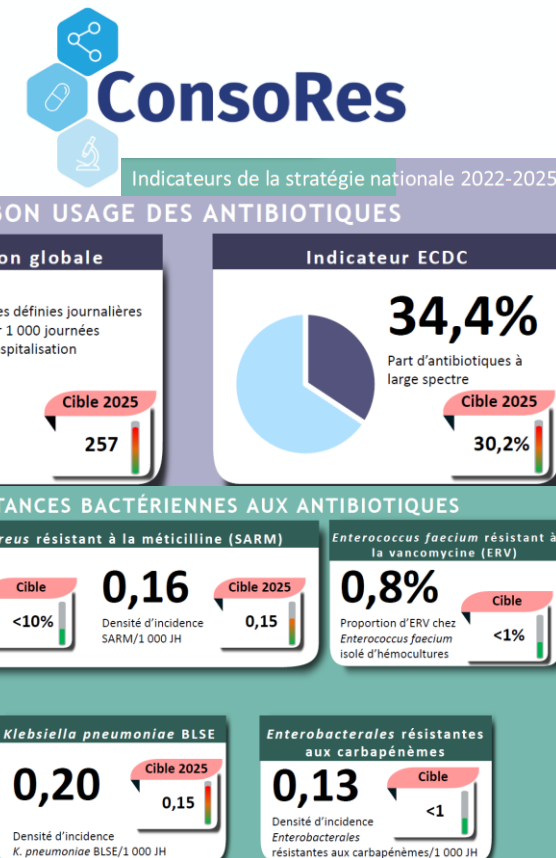
- consommation des antibiotiques
- résistances bactériennes

2 – Prévention

outils d'évaluation des pratiques de la transmission croisée des BMR et BHR.

3 - Bon usage des antibiotiques

- 1) La création d'une [boîte à outils BUA](#) en Établissement de Santé
- 2) L'évaluation de la pertinence des antibiothérapies





SPIADI : Surveillance et Prévention des Infection Associées aux Dispositifs Invasifs

CPias Centre Val de Loire

1 - SURVEILLER les infections associées aux dispositifs invasifs et obtenir les indicateurs d'impact de la stratégie nationale 2022-2025

Bact ADI+

Surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs

Exp ADI

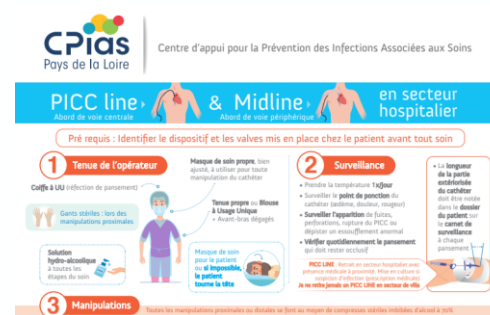
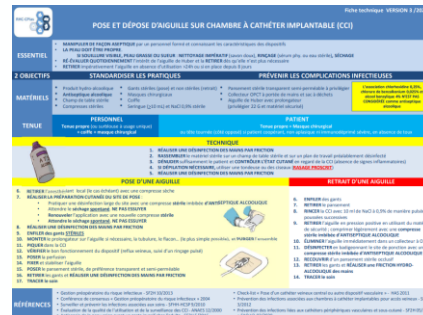
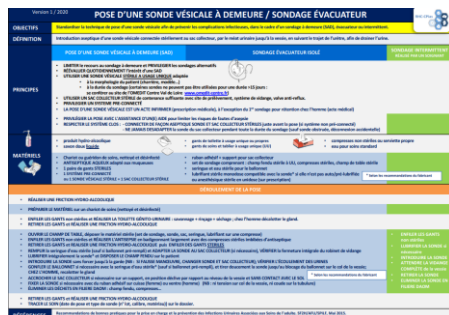
Surveillance des infections avec étude de l'exposition aux dispositifs invasifs à l'échelle du service

Réa/Néo/Dia Inf ADI

Surveillance des infections avec étude de l'exposition aux dispositifs invasifs à l'échelle du patient

2 - OBSERVER les pratiques, comprendre les écarts avec les recommandations et obtenir les indicateurs d'impact de la stratégie nationale 2022-2025

3 - FORMER les acteurs de la prévention des infections liées aux dispositifs invasifs



Incidence des bactériémies liées à un cathéter central

Réanimation 0.000 ✓	Hématologie Calcul impossible	Cancérologie Calcul impossible	Médecine 0.000 ✓	Chirurgie Calcul impossible
Cible de l'indicateur : 1 pour 1000 journées cathéter	Cible de l'indicateur : 2 pour 1000 journées d'hospitalisation complètes	Cible de l'indicateur : 2 pour 1000 journées d'hospitalisation complètes	Cible de l'indicateur : 0.1 pour 1000 journées d'hospitalisation complètes	Cible de l'indicateur : 0.1 pour 1000 journées d'hospitalisation complètes

Incidence des bactériémies liées à un cathéter veineux périphérique court

Tous les services
0.148
✗

Cible de l'indicateur : 0.1 pour 1000 journées d'hospitalisation complètes

	P1 - Pose d'un CVC, PICC, CDIA, MID-PI ou CA	P2 - Pose d'un CVP ou d'un MID sans PI	P3 - Pose d'une anguille sur CCI	P4 - Pose d'un cathéter sous-cutané	B1 - Manipulation distale	B2 - Manipulation proximale	R1 - Pansement d'un CVC, PICC, CDIA, MID-PI ou CA
Hygiène de l'opérateur conforme	17% 0	0% 0			0% 0	63% 0	
Port conforme de la coiffe		0% 0					88% 0
Port conforme du masque chirurgical		100% 0			100% 0	100% 0	100% 0
Port d'une tenue propre	100% 0	100% 0			100% 0	100% 0	100% 0
Hygiène des mains conforme	17% 0	81% 0			0% 0	75% 0	
Tenue du patient / résident conforme	100% 0	63% 0			33% 0	75% 0	
Port d'une tenue propre (adultes)		100% 0			67% 0		
Port conforme du masque chirurgical (adultes)		63% 0			67% 0		
Préparation cutanée conforme (adultes)	100% 0	100% 0					100% 0
Nettoyage conforme (adultes)	100% 0	100% 0					100% 0
Compresses conformes (adultes)	100% 0	100% 0					100% 0
Antiseptique alcoolique (adultes)	100% 0	100% 0					100% 0
Séchage spontané (adultes)	100% 0	100% 0					100% 0
Préparation du site de branchement conforme					0% 0		
Compresses conformes					100% 0		
Alcool à 70%						0% 0	

CPias Ile-de-France

1 - Surveillance annuelle des infections du site opératoire (ISO) basée sur un recueil rétrospectif de données médico-administratives.

- suivi des ISO dans 6 spécialités chirurgicales
- 16 interventions ciblées

2 - Prévention des ISO en chirurgie et des IAS en médecine interventionnelle

- Enquêtes ([Spicmigreen](#))
- Outils d'évaluation ou d'audit ([Outil PREOP](#))
- Supports pédagogiques ([douche préop](#), [dépilation](#) ...)

Taux d'incidence des ISO selon le type de spécialité et d'interventior

Spécialités/ Interventions	Nb interventions	Taux d'ISO
Chirurgie orthopédique	45 910	1,21
Prothèse de genou (primaire ou de première intention)	18 132	0,73
Prothèse de hanche (primaire ou de première intention)	24 244	1,31
Reprise de prothèse de genou	1 115	1,79
Reprises de prothèse de hanche	2 419	3,60
Chirurgie gynéco-obstétrique	36 854	1,28
Césarienne	20 232	1,04
Chirurgie mammaire	16 622	1,57
Chirurgie digestive	30 096	0,97
Appendicectomie	4 452	0,58
Cholécystectomie	6 753	0,71
Chirurgie colorectale	6 356	3,10
Cure de hernie	12 535	0,16
Chirurgie urologique	12 509	1,35
Prostatectomie	1 567	3,96
Résection trans-urétrale de la prostate	5 366	1,47
Urétéroscopie	5 576	0,50
Neurochirurgie	7 222	0,66
Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire	2 833	0,42
Laminectomie et intervention sur le rachis	4 389	0,82
Chirurgie cardiaque	4 756	2,33
Pontage aorto-coronarien avec greffon local	2 066	3,78
Pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site	327	0,31
Chirurgie de remplacement des valves cardiaques	2 363	1,35
Total	137 347	1,20

COMMENT BIEN PRENDRE VOTRE DOUCHE
AVANT D'ÊTRE OPÉRÉ(E)

SCANNEZ POUR VOIR LA VIDÉO

La douche préopératoire
Soyez acteur pour une opération plus sûre!

FICHE MÉMO sur LA PRÉPARATION DE L'OPÉ
Aide chirurgicale

FICHE MÉMO sur LA PRÉPARATION DE L'OPÉRÉ : consignes avant intervention à destination du patient

DEPILATION (si dépilation demandée)

Zone(s) concernée(s) à entourer

DOUCHE PRÉOPÉRATOIRE

1 à 3 : étapes à respecter

1-Tête et cou (en premier)

2-Buste-bras-mains

3-Jambes-pieds

4-Zone génitale puis anale (en dernier)

Zones à ne pas oublier

- Derrière les oreilles
- Sous le pli des seins (aisselle)
- Sous les bras (aisselle)
- Au niveau du nombril
- Entre les doigts des mains
- Au niveau des parties intimes
- Entre les doigts de pieds (orteils)

EFFETS PERSONNELS

Au plus tard avant votre départ pour le bloc :

- ☐ Remplacer vos lunettes de contact par des lunettes de vue
- ☐ vos lunettes de vue
- ☐ vos prothèses auditives
- ☐ vos prothèses dentaires (ex : dentiers)

Pour faciliter la communication avec les professionnels du bloc, vous pouvez garder :

Autre information :

Contact en cas de question :

Bonne indication

3141

INTERVENTIONS AVEC ATBP RÉALISÉE QUAND INDIQUÉE

99,7%

Bonne molécule

2902

INTERVENTIONS AVEC MOLÉCULE OU ASSOCIATION D'ATBP PRÉCONISÉ(S)

92,1%

Bonne dose

2738

INTERVENTIONS AVEC DOSES ADAPTÉES

86,9%

Antiseptie/désinfection cutanée (la dernière avant incision)

Objectif Spicmi = 100%

ANTISEPTISIE réalisée **99,8%**

avec un antiseptique ALCOOLIQUE **85%**



Stratégie nationale actuelle (2022-2025)



Indicateur de consommation
de solution hydro-alcoolique

Définition : [ICSHA](#)



Indicateur de suivi de la vaccination
antigrippale du personnel hospitalier



Indicateur de bonnes pratiques de
précautions complémentaires contact

Taux : nombre de dossiers concernés
conformes sur total de dossiers
concernés. [Détails ici](#) [PCC](#)



Prescriptions d'antibiothérapie de
7 jours ou moins pour infection
respiratoire basse

Taux : nombre de dossiers concernés
conformes sur total de dossiers
concernés.



*Proportion de patients/résidents
déclarant avoir reçu une information
concernant l'hygiène des mains



Nombre d'observations respectant
les points critiques de la pose d'un
cathéter veineux central/
100 observations réalisées



Incidence des bactériémies
sur cathéters centraux hors
réanimation, en oncologie et
hématologie/1 000 journées
d'hospitalisation



*Nombre d'observations respectant
les points critiques de la pose d'un
cathéter vasculaire périphérique/
100 observations réalisées



*Incidence des bactériémies
sur cathéters centraux en
réanimation/1 000 journées-cathéter



*Proportion d'antibioprophylaxies
préopératoires conformes aux
recommandations de la SFAR



*Proportion de préparations cutanées
des opérés correctes (indicateur en
construction)



*Indicateur Infection du site
opératoire (*indicateur en cours de
construction*)



Proportion d'épisodes de BHRe avec
cas secondaire(s) déclarés *via* e-SIN



*Proportion de SARM chez
Staphylococcus aureus isolés
d'hémocultures en ES



Proportion de souches résistantes à
la vancomycine chez *Enterococcus
faecium* isolés d'hémocultures en ES



Conclusion

Les **plans nationaux** ont permis de structurer la prévention des infections associées aux soins (IAS) en France.

La **stratégie 2022-2025** élargit le champ : hôpital, ville, médico-social, avec une approche One Health et propose de nombreux indicateurs.

- Les indicateurs qualité (IQSS) (ICSHA,, VAG, PCC, ATBIR, ...) sont devenus des outils :
 - de pilotage interne (amélioration continue),
 - de transparence (Scope Santé),
 - et d'incitation financière (IFAQ).

Les **missions nationales** de surveillance (primo, SPICMI, SPIADI) assurent une veille épidémiologique et complètent les IQSS.

Ensemble, ces dispositifs visent à améliorer la sécurité des soins, lutter contre l'antibiorésistance et les infections associées aux soins.