

ars

Programme Régional  
de lutte contre les Infections  
Associées aux Soins  
de Haute-Normandie

2010-2013



# Sommaire

## Programme régional de lutte contre les infections associées aux soins en Haute-Normandie 2010-2013

<b>Préambule</b>	<b>3</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>6</b>
1.1 Notion d'infections associées aux soins (IAS)	6
1.2 Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS	7
1.2.1 Les points clefs du plan stratégique national	7
a. Les axes stratégiques	7
b. Les modalités de mise en œuvre	8
1.2.2 Programme national de prévention des infections nosocomiales	9
c. Les objectifs quantifiés	9
d. Le programme d'actions	9
1.2.3 Programme national de prévention des IAS dans les établissements médico-sociaux	10
1.2.4 Plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville	10
<b>2 Bilan de l'existant en Haute-Normandie</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Secteur hospitalier</b>	<b>12</b>
2.1.1 Offre de soins hospitaliers	12
2.1.2 Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur hospitalier	12
2.1.3 Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur hospitalier	14
a. Données du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales	14
b. Signalement des infections nosocomiales	19
c. Réseaux de surveillance des infections nosocomiales	20
d. Autres enquêtes et audits régionaux	21
e. Bilan du fonctionnement et des actions des équipes sectorielles d'hygiène	21
f. Données issues des rapports de certification	24
<b>2.2 Secteur médico-social</b>	<b>26</b>
2.2.1 Offre de soins médico-social	26
2.2.2 Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur médico-social	26
2.2.3 Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur médico-social	26
a. Prévention du risque infectieux en EHPAD en 2008 (enquête réalisée par l'ARLIN)	26

<b>b.</b>	<b>Formation pour les personnels des EHPAD</b>	<b>27</b>
<b>c.</b>	<b>Elaboration d'un outil d'aide à la gestion des cas groupés</b>	<b>27</b>
<b>2.3</b>	<b>Secteur ambulatoire</b>	<b>28</b>
2.3.1	Offre de soins ambulatoire	28
2.3.2	Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur ambulatoire	28
2.3.3	Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur ambulatoire	28
<b>3</b>	<b><i>Programme régional de lutte contre les infections associées aux soins</i></b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Méthodologie d'élaboration du programme régional de LIAS</b>	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Programme régional de prévention des IAS</b>	<b>30</b>
3.2.1	Propositions d'actions pour la Haute Normandie	30
3.2.2	Modalités de mise en œuvre des actions en Haute-Normandie	42
<b>4</b>	<b><i>Annexes</i></b>	<b>43</b>

# Préambule

- **Un programme s'inscrivant dans une démarche qualité**

Dans le cadre de ses missions fixées par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'ARS de Haute-Normandie a en charge l'élaboration et le pilotage de programmes régionaux d'actions en cohérence avec le projet régional de santé (PRS) et des schémas régionaux d'organisation des soins (hospitalier, ambulatoire et prévention). Ils tiennent également compte des spécificités territoriales (épidémiologiques, offre et organisation des soins, indicateurs disponibles...). Ils sont prévus par la loi précitée (par exemple, programme pluriannuel régional de gestion du risque « assurantiel »...) ou résultent de la déclinaison régionale de plans nationaux tels que le programme de lutte contre les infections associées aux soins, objet du présent document.

Pour élaborer, mettre en œuvre et suivre les différents programmes visant au développement constant de la qualité, de la lutte contre les risques liés aux activités de soins et à la professionnalisation des acteurs de la santé, l'ARS veut s'inscrire dans le cadre d'une démarche concertée avec les principaux acteurs régionaux concernés.

Ce programme intervient au moment où doit se structurer et se formaliser l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (décret du 12 novembre 2010).

- **Un programme se fondant sur des atouts régionaux**

Le programme régional de lutte contre les infections associées aux soins constitue une évolution des dispositifs de lutte contre les infections nosocomiales, qui, depuis 20 ans, ont été complétés et se déclinent en trois niveaux :

- local avec la constitution de CLIN<sup>1</sup> et d'équipes d'hygiène hospitalière dans les établissements de santé,
- interrégional avec les réseaux des C.CLIN/ARLIN
- régional avec l'antenne régionale du C.CLIN Paris Nord, implantée à Rouen,

---

<sup>1</sup> Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales ou d'une autre sous-commission de la commission ou conférence médicale d'établissement, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée « CLIN » sera conservée dans le texte pour parler de cette instance.

- national avec la définition des politiques par la DGS et la DGOS du Ministère chargé de la Santé et la commission spécialisée sécurité des patients « infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » du HCSP.

Maintenant, avec le plan stratégique national 2009-2013, il convient de passer de la lutte contre les infections nosocomiales à la lutte contre l'ensemble des infections associées aux soins et de façon intégrée aux démarches qualité. Pour cela, la Haute-Normandie dispose d'atouts qu'il convient de conforter et de développer dans un programme de travail qui englobera progressivement les trois champs de l'offre de soins : hospitalier, médico-social et ambulatoire.

En effet, la lutte contre les infections nosocomiales, aspect important de la sécurité des soins, fait l'objet d'un investissement important des établissements de santé qui s'est traduit par la mise en place d'équipes d'hygiène, de CLIN et l'organisation de formation. Elle a été impulsée et suivie par l'ARH depuis près de dix ans grâce :

- à des financements, mais surtout à l'existence de réseaux d'experts animés par l'ARLIN (praticiens en hygiène, infirmiers hygiénistes réunis dans un groupe régional) et aux équipes territoriales d'hygiène hospitalière aidant les établissements dans leurs actions ;
- à l'antenne régionale du C.CLIN Paris Nord.

Les résultats obtenus sont positifs puisque l'ensemble de ces actions se sont concrétisées par une amélioration notable des indicateurs entre 2005 et 2009 pour les établissements de santé de la région (par exemple, 93 % des établissements en classe A ou B pour l'indicateur ICALIN).

En outre, l'organisation de l'ARS de la Haute-Normandie prend en compte ces nouvelles orientations en identifiant des services dédiés à la sécurité et à la qualité :

- au sein de la direction de la Santé Publique avec la création d'un pôle « veille et sécurité sanitaire »,
- la structuration d'un département qualité et appui à la performance, illustrant l'engagement de l'ARS pour promouvoir la sécurité des soins et accompagner les acteurs régionaux dans leurs démarches d'amélioration continue de la qualité (y compris la prévention des infections associées aux soins).

#### • **Vers un programme régional de lutte contre les infections associées aux soins**

Pour l'ARS et les acteurs régionaux, l'enjeu est de décliner régionalement le plan stratégique national 2009-2013 de prévention et de gestion des risques liés aux infections associées aux soins.

L'ARS a souhaité définir un programme régional pluriannuel avec tous les acteurs concernés en se fondant sur :

- les orientations nationales du plan stratégique 2009-2013,
- l'état des lieux régional précis et documenté à partir des informations détenues par l'ARS et de ses réalisations, des réalisations de l'antenne régionale, de celles des équipes sectorielles (territoriales) et celles des établissements,
- l'avis de professionnels de terrain spécialisés en hygiène.

Elle assurera le suivi de sa mise en œuvre avec ces mêmes acteurs et partage avec eux la conviction que la qualité des soins ne saurait progresser sans une vigilance constante sur la réduction des infections associées aux soins.

# ①

## Introduction

### **1.1 Notion d'infections associées aux soins (IAS)**

### **1.2 Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS**

1.2.1. Les points clefs du plan stratégique national

1.2.2. Programme national de prévention des infections nosocomiales

1.2.3. Programme national de prévention des IAS dans les établissements médico-sociaux

1.2.4. Plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville

# 1 Introduction

---

## 1.1 Notion d'infections associées aux soins (IAS)

Jusqu'en 2007, les pathologies infectieuses étaient classées selon 2 types : infections communautaires et infections nosocomiales (infections acquises dans un établissement de santé). Cette définition ne permettait pas de rendre compte des infections acquises via un processus de soins délivré en dehors des établissements de santé et pour lesquelles des mesures de prévention très proches peuvent être mises en place.

Une réflexion a été menée en 2007 par le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTIN-ILS) pour réactualiser cette définition, afin d'adopter une notion plus globale, prenant mieux en compte la complexité des parcours de soins, l'évolution de la durée des séjours hospitaliers (plus courts), la diversité des intervenants et des structures assurant des soins, et tentant de se rapprocher d'un concept choisi par les pays anglo-saxons et la communauté européenne, celui d'infections associées aux soins (IAS).

Selon le document du CTIN-ILS de mai 2007, « Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation, au début de la prise en charge ».

Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large (diagnostic, thérapeutique, dépistage ou prévention) par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage encadrés par un professionnel de santé.

Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est effectuée la prise en charge. La notion de prise en charge d'un patient inclut les fonctions de nursing et d'hébergement.

Les IAS concernent les patients ou les professionnels de santé.

La notion d'infections nosocomiales ne disparaît pas totalement, elle persiste pour les infections associées aux soins acquises en établissement de santé.

## 1.2 Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS

### 1.2.1 Les points clefs du plan stratégique national

Depuis 1995, les actions de lutte contre les infections nosocomiales menées par le ministère de la santé s'inscrivent dans le cadre d'un plan national avec l'objectif de réduire la fréquence des infections nosocomiales et le portage des bactéries multi résistantes dans les établissements de santé.

En mai 2008, un sous groupe de travail issu du comité de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 a lancé des travaux pour l'élaboration d'un nouveau programme en s'appuyant notamment sur le bilan du précédent programme et en tenant compte de l'évolution du dispositif et des orientations stratégiques de la direction générale de la santé.

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS est l'aboutissement d'une large consultation organisée par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en lien avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), les agences régionales de santé (ARH) et des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN). Ces consultations régionales ont été complétées par un séminaire national en novembre 2008 qui a permis de dégager les axes stratégiques du plan.

Ce plan stratégique national a été diffusé par voie de circulaire le 19 août 2009<sup>2</sup>.

#### a. Les axes stratégiques

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS vise à prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins. Il introduit des actions couvrant les trois secteurs de soins : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville (cf. schéma 1).

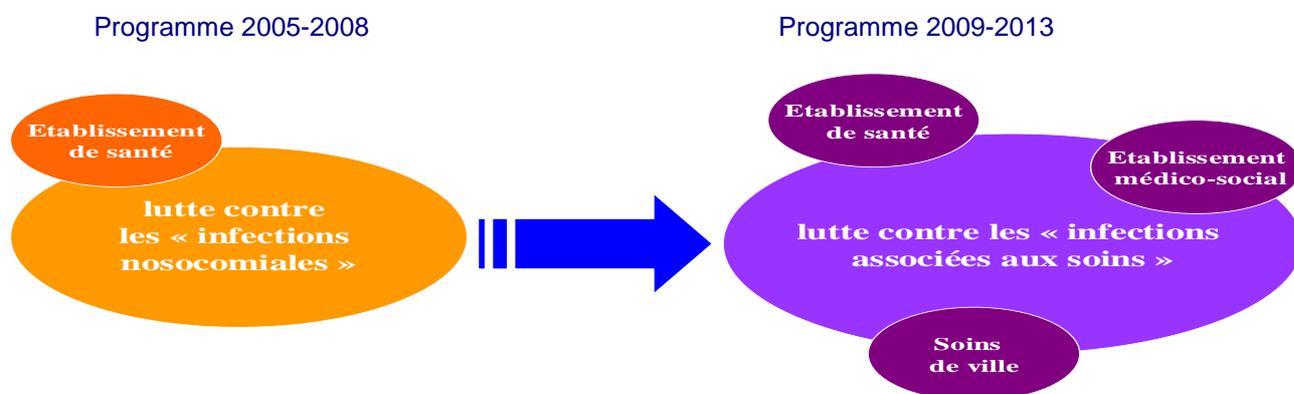


Schéma 1 : Evolution des secteurs de soins pris en compte entre les programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins 2005-2008 et 2009-2010

Ainsi, il définit la stratégie nationale en fixant le cadre de la prévention des IAS au niveau national, régional et local. Il comprend les modalités d'organisation et les actions structurantes de ces différents niveaux. Il se structure autour de trois axes :

- développer une politique globale de prévention des IAS, prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales ;

<sup>2</sup> Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

- mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS ;
- agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins.

Trois orientations sont retenues pour développer le 1<sup>er</sup> axe stratégique :

- conforter l'expérience des établissements de santé et l'étendre aux autres secteurs de soins en se basant sur les 4 éléments structurants ayant fait preuve de leur efficacité (programme d'action, expertise en prévention des IAS, instance de consultation et de suivi, évaluation) ;
- adapter l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d'établissements ;
- régionaliser la mise en œuvre de la politique de gestion des risques associés aux soins.

Les orientations du 2<sup>ème</sup> axe s'intègrent dans celles du premier axe. Le 3<sup>ème</sup> axe fait l'objet d'actions nationales.

Cette stratégie nationale est déclinée par des programmes nationaux spécifiques à chaque secteur de soins. Ces programmes ont vocation à définir le contenu de la prévention des IAS.

Deux plans nationaux complètent le dispositif de prévention des IAS : le plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques (version 2007–2010 en cours de mise en œuvre) et le plan d'action national de maîtrise des bactéries multi-résistantes (non encore diffusé) (cf. schéma 2).



Schéma 2 : Présentation schématique du plan stratégique national 2009-2013

#### **b. Les modalités de mise en œuvre**

La mise en œuvre a vocation à être progressive, au cours de la période 2009–2013. Le pilotage du plan stratégique et des programmes nationaux rattachés est assurée par l'administration centrale. La déclinaison régionale de la politique nationale de prévention des IAS est à la charge des agences régionales de santé. La mise en œuvre de l'action régionale s'organise à partir des 4 éléments structurants précédemment cités :

- programme régional de prévention des IAS (dans le cadre du projet régional de santé) ;
- expertise en prévention des IAS (appui du réseau CCLIN-ARLIN et de toute structure d'expertise nécessaire) ;

- organisation de la consultation et du suivi ;
- conduite d'une évaluation (à partir d'indicateurs disponibles tels que les tableaux de bord des IAS et d'indicateurs préalablement définis au niveau régional).

La conclusion du plan stratégique national fixe des objectifs intermédiaires correspondant aux priorités à mettre en œuvre d'ici juin 2011 (annexe 2) pour chaque secteur de soins et pour les 2 réseaux d'accompagnement (ARS et C.CLIN-ARLIN).

## **1.2.2 Programme national de prévention des infections nosocomiales<sup>3</sup>**

Il constitue la déclinaison dans les établissements de santé (ES) du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins. Il s'agit du premier des programmes sectoriels parus.

Le programme national fixe les objectifs opérationnels à atteindre pour 2012 et traduit en actions les orientations fixées par le plan national. Il s'inscrit dans le prolongement du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008<sup>4</sup>. L'année 2013 sera consacrée à l'évaluation des actions conduites.

### **c. Les objectifs quantifiés**

Le programme national de prévention des infections nosocomiales définit les objectifs quantifiés (annexe 3) à atteindre tant au plan national qu'au niveau des établissements de santé. Ces objectifs ont été fixés en tenant compte du dispositif mis en place en France, des données disponibles et des résultats déjà obtenus au niveau national. Leur réalisation sera évaluée en fin de programme, sur les données recueillies pour l'année 2012.

### **d. Le programme d'actions**

Le programme national de prévention des infections nosocomiales est décliné dans un programme d'actions en 6 grands axes :

- promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins,
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance,
- anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique,
- maintenir l'usager au centre du dispositif,
- améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales,
- promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.

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

<sup>3</sup> Circulaire n°DGS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

<sup>4</sup> Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 s'articulait autour de 5 grandes orientations : adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les IN ; améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels ; optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des IN ; mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux associé aux soins ; promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN.

### **1.2.3 Programme national de prévention des IAS dans les établissements médico-sociaux**

A ce jour, la déclinaison du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins dans les établissements médico-sociaux n'a pas encore fait l'objet d'une publication.

Néanmoins, certaines des actions dans ce document<sup>5</sup> pour les établissements de santé peuvent également concerner les établissements médico-sociaux.

Des actions régionales spécifiques, tenant compte des particularités régionales et des actions déjà menées notamment celles conduites par l'ARLIN avec les EHPAD, seront définies dès la parution du programme national relatif à ce secteur.

### **1.2.4 Plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville**

Les mêmes remarques que pour le secteur médico-social peuvent être faites.

---

<sup>5</sup> Cf. annexe n°9

# ②

## Bilan de l'existant en Haute-Normandie

### **2.1. Secteur hospitalier**

2.1.1. Offre de soins hospitaliers

2.1.2. Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur hospitalier

2.1.3. Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur hospitalier

### **2.2. Secteur médico-social**

2.2.1. Offre de soins médico-social

2.2.2. Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur médico-social

2.2.3. Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur médico-social

### **2.3. Secteur ambulatoire**

2.3.1. Offre de soins ambulatoire

2.3.2. Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur ambulatoire

2.3.3. Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur ambulatoire

## 2 Bilan de l'existant en Haute-Normandie

---

Les particularités de la région en ce qui concerne l'offre de soins dans les 3 secteurs concernés par la prévention des IAS (secteur hospitalier, médico-social et ambulatoire) sont présentées de façon synthétique.

### 2.1 Secteur hospitalier

#### 2.1.1 Offre de soins hospitaliers

On dénombre, en 2009, 71 établissements dans le champ hospitalier en Haute-Normandie, dont 68 concernés par la publication du tableau de bord des infections nosocomiales<sup>6</sup>. Ces établissements se répartissent de la façon suivante :

- 32 établissements publics (1 centre hospitalier universitaire, 2 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, 3 centres hospitaliers intercommunaux, 14 hôpitaux locaux et 12 centres hospitaliers) ;
- 10 établissements d'intérêt collectif (1 centre régional de lutte contre le cancer, 2 établissements spécialisés en psychiatrie et 7 établissements réalisant principalement une activité de soins de suite et/ou de long séjour) ;
- 26 établissements privés (cliniques).

La Haute-Normandie possède des taux d'équipement inférieurs (annexe 4) à la moyenne nationale hormis pour les lits et places de psychiatrie infanto-juvénile. Ces taux d'équipement sont parmi les plus faibles pour la psychiatrie générale, la médecine, les soins de suite et de réadaptation et la chirurgie.

#### 2.1.2 Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur hospitalier

En Haute Normandie, la prévention des infections nosocomiales repose sur :

- la mobilisation et les actions menées au sein des établissements de santé depuis de nombreuses années (mise en place de CLIN et d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) ;
- la création en décembre 1998 d'un poste de médecin correspondant régional du C.CLIN Paris-Nord. Ce poste a été complété en 2007 par la formalisation de l'antenne régionale du C.CLIN conformément à la réglementation<sup>7</sup>. Cette antenne est composée d'un médecin et d'un infirmier formés en hygiène hospitalière ainsi que d'un agent administratif. Elle est hébergée par le CHU de Rouen. Elle exerce des missions de conseil, d'animation de réseaux de professionnels\*, d'expertise et de formation auprès de l'ensemble des établissements de santé (publics et privés) de la région ;
- la mise en place à partir de l'année 2000 de 5 équipes sectorielles\*\* d'hygiène hospitalière (annexe 7) ;
- la désignation, depuis 2004, d'un médecin référent régional pour la prévention des infections nosocomiales au sein des tutelles (DRASS puis ARS). Ce médecin est chargé de suivre la remontée annuelle des données du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, d'assurer la validation de ces données à partir d'un échantillon et de réaliser une analyse régionale des données.

---

<sup>6</sup> Trois établissements ne sont pas concernés par la publication du tableau de bord des infections nosocomiales car ils ne réalisent pas d'actes de soins invasifs.

<sup>7</sup> Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

Des actions de contrôle et d'inspection relatives à la prévention des infections nosocomiales étaient impulsées et organisées par l'ARH. Désormais, ce programme d'inspection est poursuivi par le pôle "Inspection, contrôle, évaluation" de l'ARS.

Les 2 autres pôles de l'ARS plus particulièrement impliqués dans la prévention du risque infectieux au sein des établissements de santé sont :

- le pôle "Veille et sécurité sanitaire" qui assure notamment la gestion des signalements d'infections nosocomiales et alertes en collaboration avec l'ARLIN ;
- le pôle "Qualité, efficacité et performance" chargé de mettre en œuvre une politique **d'amélioration de la qualité des soins et de gestion des risques au sein de la région.**

A ce jour, aucun programme d'actions régional spécifique de prévention des infections nosocomiales coordonnant les actions et objectifs de ces différents acteurs (établissements de santé, antenne régionale du C.CLIN, tutelles) n'a été élaboré.

#### 2 réseaux de professionnels

\* Dans la région, il existe 2 réseaux de professionnels animés par l'ARLIN : le groupe des praticiens en hygiène et le GRIHHN (groupe des infirmiers hygiénistes de Haute Normandie). Ces 2 réseaux de professionnels se réunissent très régulièrement (tous les 2 à 3 mois) dans un objectif de partage d'expériences et de réalisation de travaux communs.

#### Equipes en hygiène hospitalière

\*\* En Haute-Normandie, à l'instar d'autres régions, l'Agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) a décidé en 1999 de soutenir la mise en place d'équipes d'hygiène inter-établissements. Cette organisation avait pour objectif de pallier les insuffisances en professionnels en hygiène hospitalière dans la région. Ces équipes ont été installées selon un découpage territorial basé sur la sectorisation en vigueur dans le schéma régional sanitaire de seconde génération. Les moyens des équipes d'hygiène des 5 établissements de santé « de référence »<sup>8</sup> ont donc, à partir de cette date, été renforcés et leurs missions élargies à l'ensemble des ES de leur secteur (publics et privés). Les établissements de santé ont développé au travers de ces unités sectorielles un partenariat fort en matière de prévention des infections nosocomiales. A ce jour dans le cadre de la T2A, le financement de ces équipes est inclus dans les tarifs GHS (groupe homogène de séjours) et ne peut l'être au titre des missions d'intérêt général. Ces postes sont donc actuellement supportés par les établissements de référence avec, pour certains secteurs, une facturation des interventions dans les autres établissements.

<sup>8</sup> Les 5 établissements de santé de référence étaient les suivants : le centre hospitalier universitaire de Rouen, le centre hospitalier intercommunal Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, le groupe hospitalier du Havre, le centre hospitalier intercommunal Eure Seine et le centre hospitalier de Dieppe.

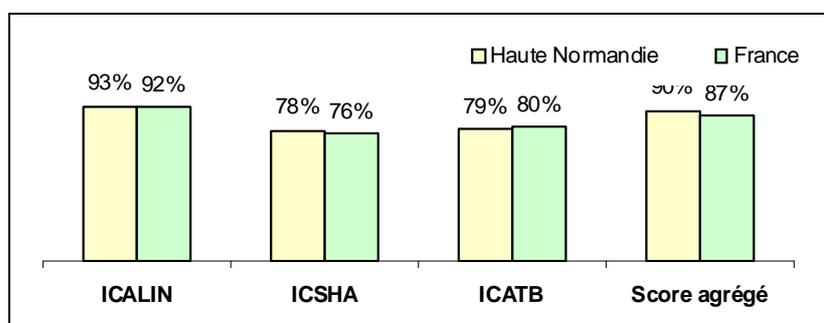
## 2.13 Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur hospitalier

Le bilan de l'existant peut être dressé à partir de différentes sources d'information disponibles :

- données du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales,
- signalement des infections nosocomiales,
- réseaux de surveillance des infections nosocomiales,
- autres enquêtes et audits régionaux,
- données issues des rapports de certification,
- bilan du fonctionnement et des actions des équipes sectorielles d'hygiène.

### a. Données du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales

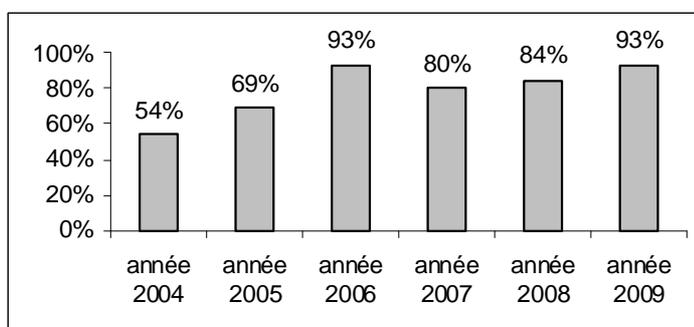
En ce qui concerne les indicateurs du tableau de bord<sup>9</sup> des infections nosocomiales, les résultats 2009 pour les 68 établissements de santé (ES) concernés en Haute Normandie sont globalement comparables à ceux observés pour l'ensemble des ES français.



Graphique n°1 : Comparaison des proportions d'établissements de santé classés en A ou B en Haute Normandie et en France pour les différents indicateurs en 2009

- Indicateur ICALIN (Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales)

Il se décompose en trois sous-groupes représentant : l'organisation de l'établissement en matière de lutte contre les IN, les moyens mis en œuvre et les actions réalisées. Les établissements sont classés dans chaque catégorie en classe de performance de A à F. Les établissements de classe A sont les plus en avance et ont l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée. Il faut noter un petit fléchissement de l'évolution de cet indicateur en 2007 et une reprise de la progression depuis 2009 (graphique 2).



Graphique 2 : Evolution du pourcentage d'établissements hauts normands classés en A ou B entre 2004 et 2009 pour l'indicateur ICALIN

<sup>9</sup> L'ensemble des documents relatifs aux modalités de calcul de ces scores sont disponibles sur le site du ministère (<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html>).

Certains critères ne sont pas atteints par au moins un quart des établissements (tableau 1). De même, plus du quart des établissements ne disposent pas de certains protocoles (tableau 2).

Critères	Etablissements ne répondant pas aux critères en 2009	
	nombre	%
Organisation de formation en hygiène pour les nouveaux personnels	22	32
Organisation de formation en hygiène pour les médecins	22	32
Consultation du CLIN pour le programme de formation continue	20	29
Présentation du programme d'actions du CLIN à au moins 3 instances (CME, CA, CSSI ou CHSCT) pour les ES publics ou 2 instances pour les ES privés	20	29
Présence de correspondants médicaux dans les services de soins	18	26
Réalisation d'au moins une enquête de prévalence ou d'incidence par an	18	26
Présentation du rapport d'activités du CLIN à au moins 2 instances (CME, CA, CSSI ou CHSCT)	17	25
Nombre de réunions de groupe de travail inférieur au nombre de réunions annuelles du CLIN	17	25

Tableau 1 : Critères du score ICALIN les moins souvent atteints (moins de 75% des établissements) en 2009

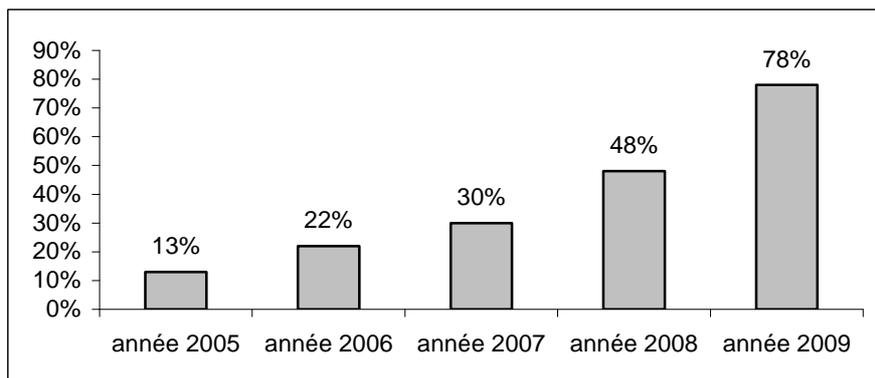
Thème du protocole	Etablissements ne disposant pas de protocole	
	nombre	%
Traitement des dispositifs médicaux	25	37
Utilisation des désinfectants	22	32
Utilisation des antiseptiques	19	28

Tableau 2 : Protocoles entrant dans le calcul du score ICALIN les moins souvent atteints (moins de 75% des établissements) en 2009

- Indicateur ICSHA (Indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé)

Il s'agit d'un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains. Les résultats sont présentés en pourcentage de l'objectif personnalisé à atteindre pour chaque établissement. Cet objectif personnalisé a été calculé à partir de la répartition des journées d'hospitalisation dans les différentes disciplines. Les établissements sont classés de A à F selon le pourcentage d'objectif atteint. La classe F regroupe les établissements pour lesquels le volume de produit hydro-alcoolique consommé n'est pas disponible.

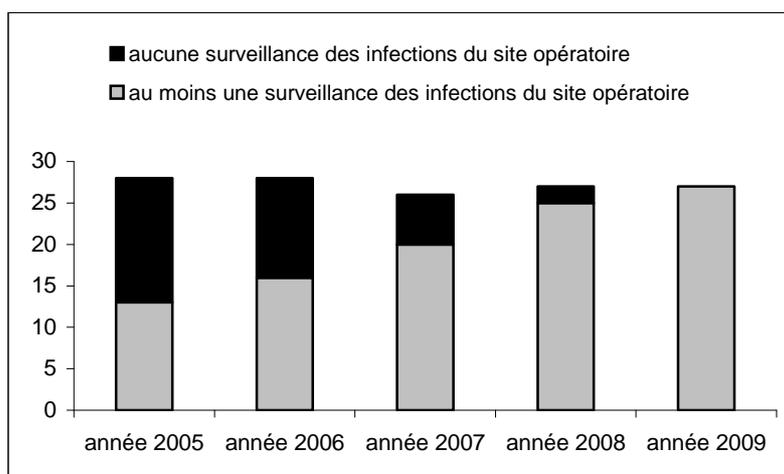
Concernant l'indicateur ICSHA, plus de la moitié des établissements n'avait toujours pas atteint la classe B en 2008 (moins de 70% de leurs objectifs atteints) (graphique 3). En 2009, 12 ES n'ont pas atteint la classe A ou B.



**Graphique 3** : Evolution du pourcentage d'établissements hauts normands classés en A ou B entre 2005 et 2009 pour l'indicateur ICSHA

- Indicateur SURVISO (Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections postopératoires)

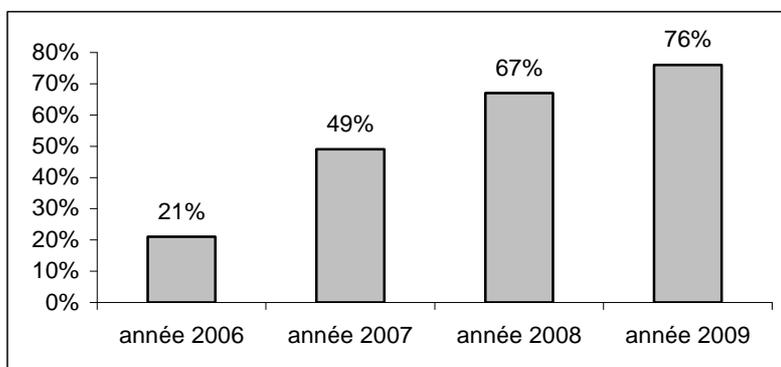
Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale permettant de mesurer la fréquence des infections du site opératoire. Aucune classe de performance n'a été définie. Seuls les établissements ayant une activité de chirurgie et/ou d'obstétrique sont concernés, soit 27 en région. A noter en 2009, que tous les ES ont mis en place une surveillance d'au moins un de leur bloc opératoire.



**Graphique 4** : Evolution des réponses à l'indicateur SURVISO des établissements hauts normands entre 2005 et 2009

- Indicateur ICATB (indice composite du bon usage des antibiotiques)

Il s'intéresse à l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Le score est calculé sur 20 et se décompose en 3 parties : l'organisation, les moyens et la prévention. Les établissements sont classés de A à F également. En région, l'ICATB progresse depuis 2006. En 2009, 76% des ES ont atteint la classe A ou B en 2008 (contre 67% en 2008) (graphique 5).



Graphique 5 : Evolution du pourcentage d'établissements hauts normands classés en A ou B entre 2005 et 2009 pour l'indicateur ICATB

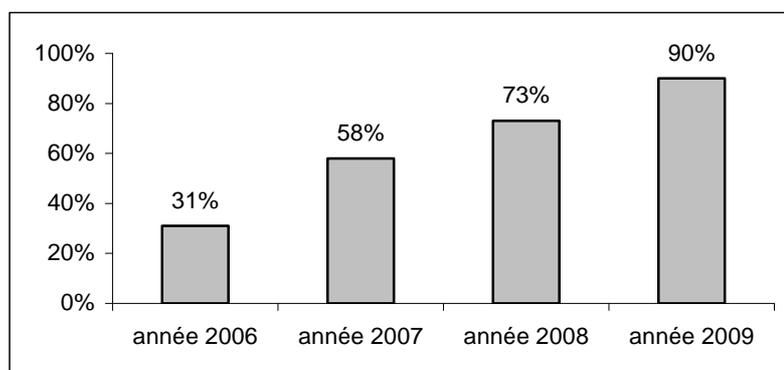
En 2009, 56 (89%) des établissements déclaraient disposer d'une instance chargée du bon usage des antibiotiques mais la moitié de ces instances se réunissaient moins de 3 fois dans l'année. Un référent en antibiothérapie était présent dans 56 (89%) des établissements ; 4 d'entre eux étaient des spécialistes en infectiologie. Les critères les moins souvent atteints en 2008 sont présentés dans le tableau 3.

Critères	Etablissements ne répondant pas aux critères en 2009	
	nombre	%
Connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	38	60
Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques	33	52
Antibiotiques à dispensation contrôlée délivrés pour une durée limitée	33	52
Formation des nouveaux prescripteurs	30	48
Prescription informatisée des médicaments	30	48
Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée	18	29
Protocole d'antibiothérapie de première intention	16	25

Tableau 3 : Critères du score ICATB les moins souvent atteints (moins de 75% des établissements) en 2009

- Score agrégé

Il est élaboré à partir des 4 autres indicateurs dont le poids dans le calcul final est le suivant : 40% pour ICALIN, 30% pour ICSHA, 20% pour ICATB et 10% pour SURVISO. La pondération est différente pour les établissements non concernés par ICSHA, ICATB ou SURVISO. Des bornes de classes de performance ont été définies. Ce score permet d'avoir un affichage simplifié. En 2009, 90% des établissements sont en classe A ou B (graphique 6).



Graphique 6 : Evolution du pourcentage d'établissements hauts normands classés en A ou B entre 2005 et 2009 pour le score agrégé

En 2009, tous les ES n'ont pas atteint la classe A ou B pour de multiples raisons, 5 en raison de score insuffisant pour l'indicateur ICALIN, 13 ont des scores insuffisants pour ICSHA et 12 ont des résultats insuffisants pour ICATB (tableau 4).

	ICALIN	ISCHA	ICATB
<b>Non concerné</b>	0	2	4
<b>Classe A ou B</b>	63	53	52
<b>Classe C</b>	3	11	9
<b>Classe D</b>	1	1	1
<b>Classe E</b>	0	0	1
<b>Classe F</b>	1	1	1
<b>Nb d'établissements classés en C, D, E ou F</b>	5	13	12

Tableau 4 : Répartition des classes de performance pour les indicateurs ICALIN, ICSHA et ICATB

**En synthèse :**

- au total, le classement des 68 établissements de santé hauts normands était globalement comparable à celui observé pour l'ensemble des établissements français ;
- l'analyse des différents composants du score ICALIN a mis en évidence les critères les moins souvent atteints par les établissements. Ces critères concernent plus particulièrement la formation (notamment celle des médecins ou des nouveaux arrivants et le défaut de consultation du CLIN pour le plan de formation continue) ;
- on note une forte augmentation de l'indicateur ICSHA entre 2008 et 2009, ceci est probablement en partie en rapport avec l'épidémie H1N1 ;

- concernant l'indicateur ICATB, les principaux points à améliorer concernent la connexion informatique des différents acteurs, la formation des nouveaux prescripteurs et l'évaluation de la qualité des prescriptions.

#### **b. Signalement des infections nosocomiales<sup>10</sup>**

Entre la mise en place du dispositif (décret n°2001-671 du 26 juillet 2001) et le 31 juillet 2010, 299 signalements ont été réalisés par 36 établissements différents, soit environ 50% des établissements concernés par ce dispositif. Le nombre de signalements total effectué par chaque établissement varie de aucun (pour n=33 établissements soit 50%) à plus de 100 signalements pour un établissement.

Depuis 2007, le nombre annuel de signalement varie autour de 45 ce qui correspond à un taux de signalement autour de 42,5 pour 10 000 lits d'hospitalisation complète. A noter, une étude réalisée par l'InVS<sup>11</sup> avec les données 2006 classait à l'époque la région 5<sup>e</sup> sur 26 avec un taux de signalement de 26,5 pour 10 000 lits d'hospitalisation complète.

Le pourcentage d'établissements ayant réalisé au moins un signalement varie en fonction du statut de l'établissement : 61% pour les établissements publics, 50% pour les établissements privés et 40% pour les PSPH. Ce pourcentage varie également en fonction du type d'établissements. Il est plus important pour les établissements les plus grands.

Les 2 principaux motifs de signalement sont l'agent pathogène en cause (motif 1.a = 36%) et la localisation de l'infection (26%). Les cas groupés et les décès représentent respectivement 14% et 8% des motifs.

#### **En synthèse :**

- la région n'a pas été confrontée à l'émergence de phénomènes épidémiques comme les autres régions de l'inter-région notamment concernant les *Clostridium difficile* de type 027, les entérocoques résistants à la vancomycine ou autres bactéries émergentes ;
- la moitié des établissements n'a jamais effectué de signalement (plus particulièrement les structures de petite taille ou réalisant des soins de suites et réadaptation et les hôpitaux locaux) ;
- en 2006, le taux de signalement pour 10 000 lits d'hospitalisation complète classait la région parmi les régions ayant le taux le plus élevé (5<sup>e</sup> position nationale).

---

<sup>10</sup> Un document de synthèse des signalements est rédigé annuellement par l'ARLIN

<sup>11</sup> BEH n°30-31 du 22 juillet 2008

### c. Réseaux de surveillance des infections nosocomiales

Les établissements de santé de la région participent<sup>12</sup> aux différents réseaux de surveillance des infections nosocomiales proposés par le C.CLIN et/ou le RAISIN. Une analyse régionale des résultats est réalisée pour certains réseaux (surveillance des bactéries multi résistantes, infections du site opératoire, consommation d'antibiotiques, accidents d'exposition au sang). A noter également, la forte mobilisation des établissements de la région pour la participation à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 (62 établissements soit 95%).

Thème de la surveillance	Etablissements			Remarques
	n	N	%	
<b>Bactéries multi résistantes 2009</b>	11	68	16%	<p>Au sein des laboratoires hauts normands qui participent à la surveillance depuis 2002, on note une évolution parallèle à celle observée pour l'ensemble des laboratoires du réseau en ce qui concerne l'incidence des staphylocoques dorés résistants à la méticilline (diminution régulière) et des entérobactéries productrices de <math>\beta</math>-lactamase à spectre étendu (EBLSE) (tendance à l'augmentation).</p> <p>En parallèle à cette surveillance nationale, le groupe des praticiens en hygiène a initié depuis 2008 une surveillance annuelle de l'évolution de l'incidence des EBLSE.</p>
<b>Infections du site opératoire 2009</b>	17	27	63%	L'analyse régionale des résultats de cette surveillance pour les données 2009 n'avait pas mis en évidence de particularités régionales.
<b>Consommation d'antibiotiques 2009</b>	22	68	32%	Les consommations totales en Haute Normandie semblent plus faibles que pour les autres régions de l'inter-région. Le repérage des établissements ayant des niveaux de consommations extrêmes ("outliers") par rapport aux structures de même catégorie est en cours.
<b>Accidents d'exposition au sang 2009</b>	12	68	18%	L'analyse régionale des résultats de cette surveillance pour les données 2004/2005 n'avait pas mis en évidence de particularités régionales.
<b>Infections nosocomiales en réanimation adulte 2009</b>	2			Le faible effectif des établissements participant à ce réseau pour la Haute Normandie ne permet pas de faire une analyse régionale pertinente.
<b>Bactériémies sur cathéters veineux centraux en néonatalogie 2009</b>	0			

n = nombre d'établissements participants

N = nombre total d'établissements concernés

% = pourcentage d'établissements concernés participant à la surveillance

Tableau 5: Participation des établissements de santé hauts normands aux différents réseaux de surveillance du C.CLIN

<sup>12</sup> L'absence de participation à ces réseaux ne signifie pas que les établissements ne réalisent pas de surveillance sur ces thèmes.

### **En synthèse :**

- les établissements de santé de la région participent aux différents réseaux de surveillance des infections nosocomiales proposés par le C.CLIN et/ou le RAISIN ;
- l'analyse régionale des résultats réalisée pour certains réseaux n'a pas mis en évidence de particularités régionales ;
- à noter, le faible taux de participation pour certains réseaux.

#### **d. Autres enquêtes et audits régionaux**

Les établissements de santé de la région se sont également mobilisés ces dernières années pour participer aux audits nationaux ou régionaux ainsi qu'aux journées nationales "Hygiène des mains" proposées par le ministère chargé de la santé.

Thème	Etablissements		
	n	N	%
Audit interrégional 2006 "Hygiène des mains"	31	68	46%
Audit national 2007 "Préparation de l'opéré"	16	28	57%
Audit national 2008 "Hygiène des mains"	36	68	55%
Audit régional 2008 * "Précautions standard"	53	68	78%
Audit national 2009/2010 "Cathéters veineux périphériques"	27	68	40%
Journée nationale du 5 mai 2009 "Hygiène des mains"	53	68	78%
Journée nationale du 5 mai 2010 "Hygiène des mains"	47	68	69%

\* Cette enquête a été réalisée auprès de plus de 8 200 personnels de santé de la région.

n = nombre d'établissements participants

N = nombre total d'établissements concernés

% = pourcentage d'établissements concernés participant à la surveillance

Tableau 6 : Participation des établissements de santé hauts normands aux différents audits nationaux ou régionaux ainsi qu'aux journées nationales "Hygiène des mains"

### **En synthèse :**

- globalement, il faut noter un bon taux de participation des établissements de santé de la région aux différents audits nationaux ou régionaux et journées nationales.

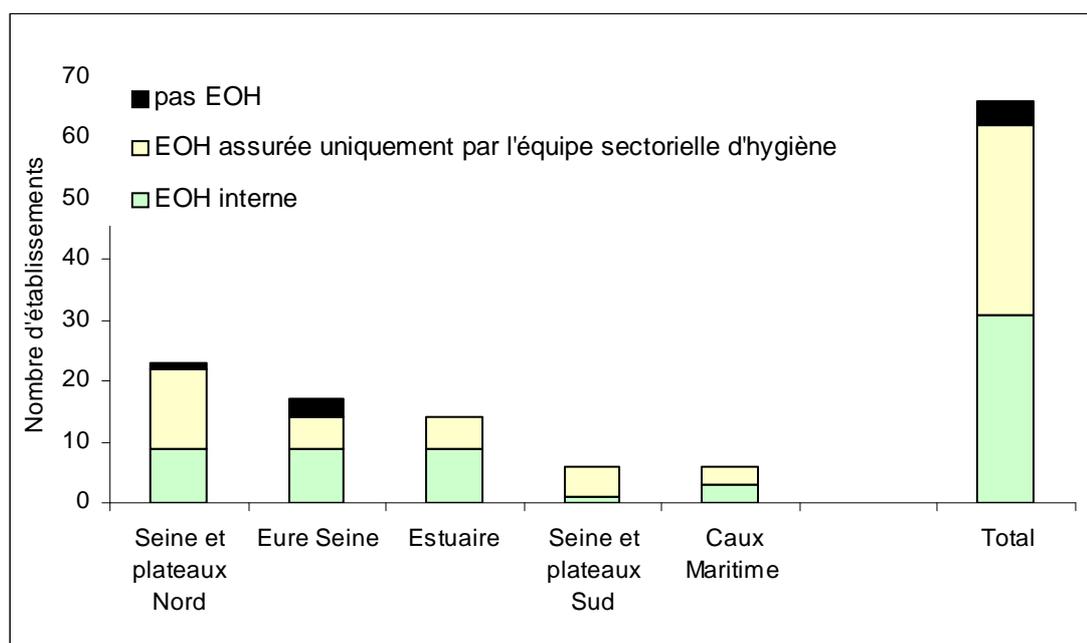
#### **e. Bilan du fonctionnement et des actions des équipes sectorielles d'hygiène**

Huit ans après la mise en place des équipes sectorielles d'hygiène hospitalière (ESH), l'agence régionale d'hospitalisation a souhaité faire le bilan du fonctionnement et des actions menées par ces équipes. L'objectif de l'enquête menée par la DRASS en collaboration avec l'ARLIN était d'analyser les modalités de coopération entre les ESH et les établissements de santé de façon à mettre en évidence les points forts et les points faibles du dispositif pour proposer des pistes d'action. Cette

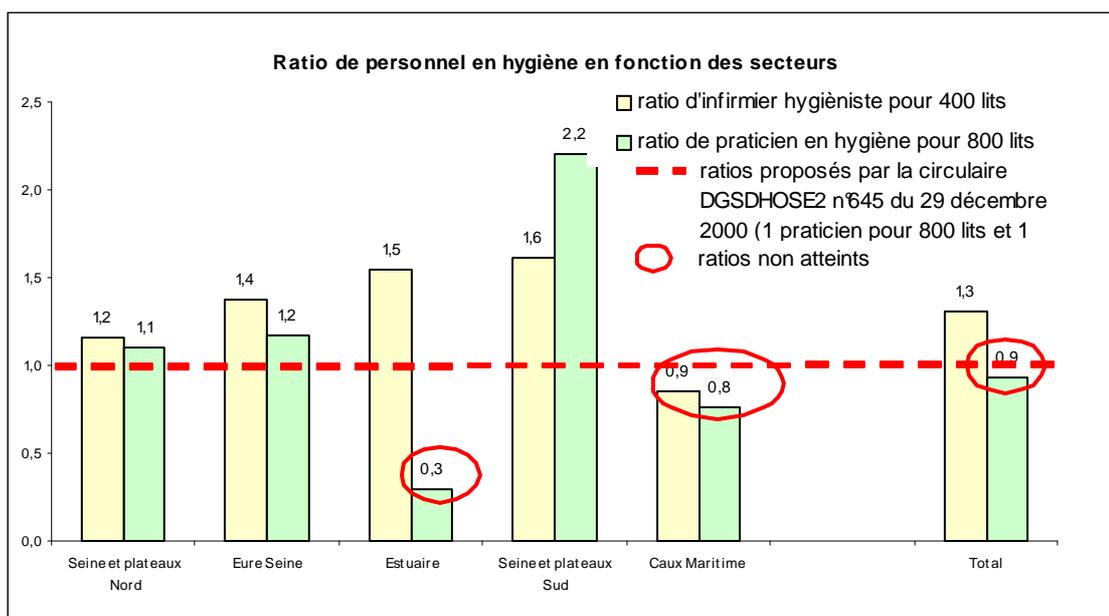
enquête présentait également l'occasion de faire un état des lieux des moyens humains dédiés à la mise en œuvre de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) en Haute Normandie et d'évaluer la part apportée par les ESH.

- Moyens dédiés à la LIN dans les ES hauts normands en 2008

Concernant les moyens dédiés à la LIN 31 (47%) établissements de santé disposaient d'une équipe d'hygiène opérationnelle (EOH) interne. L'ESH assurait les fonctions d'EOH pour 31 autres établissements de santé (47%) ne disposant pas d'EOH en interne et 4 établissements (6%) ne déclaraient aucun moyen dédié à la LIN (graphique 7). A noter que si 39 établissements (59%) disposaient d'au moins un professionnel titulaire (médecin, pharmacien ou infirmier) d'un diplôme universitaire d'hygiène hospitalière, seuls 17 établissements (26 %) disposaient de temps dédié de praticien en hygiène pour la LIN.



Graphique 7 : Présence d'une équipe d'hygiène hospitalière (interne ou par le biais de l'équipe sectorielle) dans les établissements de santé en fonction des secteurs



Graphique 8 : Ratio de personnels en hygiène (praticien et infirmier) en fonction des secteurs

Les données régionales actualisées pour les praticiens en hygiène pour 2010 sont les suivantes : 7,5 ETP (praticiens en hygiène : médecins ou pharmaciens formés en hygiène et nommés sur un poste d'hygiénistes) avec CHI Elbeuf : 1 ETP ; CHI Eure Seine : 1 ETP ; CH Dieppe : 1 ETP ; GH Havre : 1 ETP ; CHU Rouen : 3,5 ETP.

Le ratio de praticien en hygiène s'est dégradé avec 0,57 pour 800 lits.

- Partenariat entre les équipes sectorielles d'hygiène et les ES

Les résultats ont montré que la grande majorité (90%) des établissements de santé de la région avait développé un partenariat avec les ESH indépendamment de l'existence d'une EOH interne. En outre, parallèlement à la diminution du financement des ESH par la tutelle, six établissements ne faisaient plus appel à l'ESH de référence, la plupart du temps pour des raisons financières.

Les moyens dédiés au secteur étaient également hétérogènes (0,1 à 1 ETP de praticien en hygiène/0,25 à 2,8 ETP d'infirmier) et pas proportionnels au nombre d'établissements couverts.

	Seine et plateaux Nord	Eure Seine	Estuaire	Seine et Plateaux Sud	Caux Maritime		Total
<b>Nb d'établissements *</b>	22	16	13	5	5		61
<b>Nb de lits *</b>	2 173	1 536	1 496	186	325		5 716
<b>Nb d'ETP de praticien dédié au secteur</b>	1	0,8	0,2	0,1	0,1		2,2
<b>Nb d'ETP d'infirmier dédié au secteur</b>	2,8	0,8	2,1	0,5	0,25		6,45

\* hors établissements de référence

\*\* lits de médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suites et de réadaptation, soins de longue durée et de psychiatrie, hors établissements de référence du secteur

Tableau 7 : Moyens dédiés au secteur par l'équipe sectorielle en fonction des secteurs

- Actions proposées par les équipes sectorielles d'hygiène hospitalière

Concernant les actions proposées par les ESH, elles étaient très larges et convergeaient avec les missions des établissements de santé en termes de lutte contre les infections nosocomiales.

Les principaux recours à l'ESH concernaient les conseils techniques (98% des ES), la formation (84%), l'aide à la rédaction de protocoles ou fiches techniques (82%) et la participation à des groupes de travail sur site (plus de 75 %). Les autres actions fréquemment demandées étaient la réalisation d'audit, l'aide à la définition de priorités, l'investigation épidémiologique.

Des disparités d'actions entre les secteurs ainsi que certaines difficultés de fonctionnement (financement, insuffisance de moyens, nombre de structures desservies, éloignement géographique, concurrence des établissements de santé) ont également été mises en évidence.

- Une fragilisation des réseaux

La mise en œuvre de la tarification à l'activité a fragilisé les réseaux sectoriels d'hygiène hospitalière mis en place depuis 2000 et 2001. En effet, ces équipes ne pouvant pas être financées au titre des missions d'intérêt général et d'accompagnement, les établissements « de référence » se retrouvent

désormais à payer une partie des salaires des membres de l'équipe sectorielle sur leur propre activité. Certains se sont retournés vers les établissements partenaires pour facturer leurs interventions.

### **En synthèse :**

- sur les 66 établissements de santé de la région, 62 (soit 94 %) disposent de moyens dédiés à la LIN, qu'ils soient internes ou externes (par le biais de l'ESH). Ce résultat est largement dû aux ESH qui contribuent à une mise en conformité pour près de la moitié des établissements (47%) ;
- toutefois, le ratio de praticiens et d'infirmiers en hygiène préconisé par la circulaire de 2000 n'est pas atteint pour tous les établissements ;
- les territoires d'actions des 5 ESH sont très hétérogènes (nombre de lits, nombre d'ES, surface géographique) ;
- les établissements de santé ont développé au travers de ces ESH un partenariat fort en matière de prévention des infections nosocomiales ;
- compte tenu de la situation en termes de moyens dédiés pour la LIN au sein des établissements de santé de la région, de l'expérience des ESH depuis leur installation et de leur reconnaissance par les établissements « satellites », il convient de conforter les équipes.

#### **f. Données issues des rapports de certification**

Le choix a été fait de travailler sur les rapports de certification V2007, permettant ainsi de bénéficier de statistiques cohérentes et exploitables.

Les références de la V2007 sont regroupées en 4 chapitres<sup>13</sup> :

- politique et qualité du management,
- ressources transversales,
- prise en charge du patient,
- évaluations et dynamiques d'amélioration.

Les références concernant la prévention des risques sont réparties dans ces 4 chapitres.

Le travail présenté est l'exploitation des références des rapports de certification sur la thématique prévention des risques. L'annexe n°10 énumère l'ensemble des références de cette thématique. Au 31 juillet 2010, 55 établissements de la région sont certifiés V 2007, dont 20 certifiés avec suivi. Trois de ces ES ont eu leurs réserves levées. Un établissement a une certification conditionnelle, un n'est pas certifié.

	<b>Nombre d'établissements</b>	<b>%</b>
<b>Certification</b>	36	65,5
<b>Certification avec suivi</b>	17	30,9
<b>Certification conditionnelle</b>	1	1,8
<b>Pas de certification</b>	1	1,8
<b>Total</b>	55	100,0

**Tableau 8** : Répartition des 55 établissements hauts-normands certifiés selon les conditions de leur certification

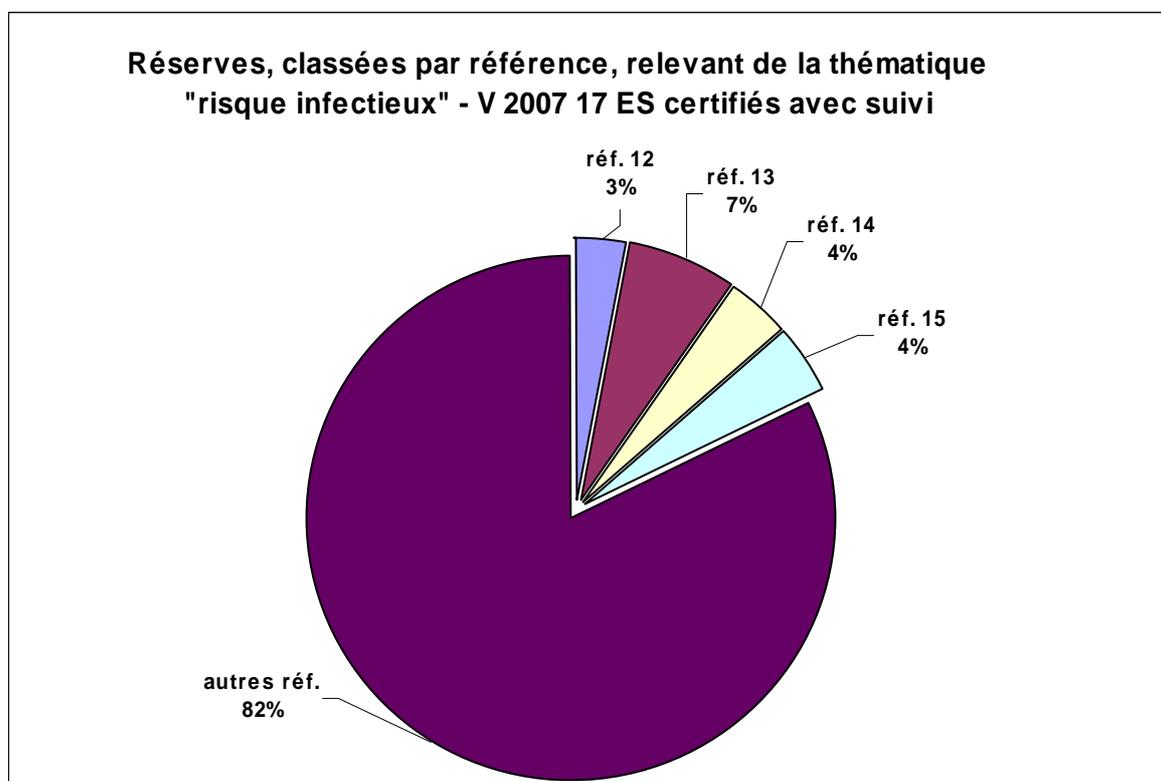
<sup>13</sup> Haute Autorité de Santé, manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, direction de l'accréditation, édition 2007.

Les cinq références les plus citées dans les 17 rapports de certification avec suivi sont les références 31 (18 %), 44 (14 %), 10 (9 %) et à 7 % les références 11 et 13.

Dans le tableau de l'annexe 8, les références qui ressortent le plus :

- 31 B (2 HL, 3 HL, 1 CH) qui correspond aux conditions de dispensation des médicaments ;
- 44 D (2 cliniques, 2 HL, 1 CHS) qui correspond à l'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques ;
- 10 D (2 HL, 1 CHS) qui correspond au déploiement de la démarche et des actions qualité dans les secteurs d'activité est organisé ;
- 11, pas de sous catégories qui ressort ;
- 13 C (2 HL, 1 clinique, 1 CH) qui correspond au bon usage des antibiotiques, dont la prophylaxie est organisée.

En ce qui concerne plus particulièrement le risque infectieux, 4 références sont concernées (12, 13, 14 et 15). Les références relatives aux risques infectieux représentent 18% des références relatives à la prévention des risques.



Graphique 9 : Répartition des différentes réserves relatives à la gestion du risque infectieux pour les 17 établissements certifiés avec suivi au 31 juillet 2010.

**En synthèse :**

- 16 établissements de santé ont des recommandations relatives aux quatre références du risque infectieux (12, 13, 14, 15) ;
- 94 % des ES certifiés avec suivi sont donc concernés par les risques infectieux.

## **2.2 Secteur médico-social**

### **2.2.1 Offre de soins médico-social**

En synthèse, l'offre de soins pour le secteur médico-social (annexe 5) peut se résumer de la façon suivante :

- 306 structures d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite et foyers logement) dont 150 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (en maisons de retraite et foyers logement) (13 995 lits) ;
- 57 services de soins à domicile pour personnes âgées (3 068 places) ;
- 72 établissements d'accueil pour enfants et adolescents handicapés (3 539 lits et places) et 44 SESSAD (1 181 places) ;
- 161 établissements d'accueil pour adultes handicapés dont 9 maisons d'accueil spécialisées (375 lits) et 28 foyers d'accueil médicalisés (775 lits).

### **2.2.2 Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur médico-social**

Actuellement ces établissements ne sont pas soumis à l'obligation de disposer de personnels formés en hygiène hospitalière. Toutefois, depuis 2007 (formalisation de l'antenne régionale du C.CLIN), les EHPAD ont la possibilité d'avoir recours aux conseils et expertise de l'ARLIN.

En effet, conformément aux missions qui leurs sont assignées, les antennes régionales des C.CLIN doivent désormais répondre aux demandes des EHPAD sur les questions relatives à l'hygiène et la prévention des infections.

### **2.2.3 Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur médico-social**

Depuis 2008, l'ARLIN a élargi ses actions vers les EHPAD. Après le recensement de ces structures dans la région, la réalisation d'une enquête régionale pour faire un état des lieux et des rencontres avec plusieurs réseaux formalisés d'EHPAD en 2008, les actions 2009 ont été centrées sur la mise en œuvre d'un outil d'aide à la gestion des épidémies, l'organisation de formations sur l'hygiène des mains et l'organisation d'une rencontre régionale d'information et de sensibilisation.

#### **a. Prévention du risque infectieux en EHPAD en 2008 (enquête réalisée par l'ARLIN)**

Les principaux éléments ressortant de l'enquête menée en 2008 étaient les suivants :

- l'équipement pour réaliser une hygiène des mains correcte était insuffisant pour 18% des 79 EHPAD ayant participé à l'enquête ;
- près de la moitié des EHPAD ont déclaré avoir déjà été confrontés à une ou plusieurs épidémies ;
- en cas d'épidémie, le recours à une structure extérieure était très peu fréquent. Il était surtout fait vers l'équipe d'hygiène du centre hospitalier de rattachement. Le C.CLIN et son antenne régionale ne semblaient pas connus des EHPAD non rattachés à un centre hospitalier ;
- les attentes des EHPAD étaient fortes dans 3 domaines : la formation, la rédaction de protocoles ou de fiches techniques et l'aide à la gestion d'épisodes épidémiques ou de cas groupés d'infections.

## **b. Formation pour les personnels des EHPAD**

Dans les suites de cette étude, des sessions de formation axées sur l'hygiène des mains et les précautions standard ont été mises en place. Les 3 premières sessions en 2009 ont concerné 72 personnes provenant de 25 ES différents. Ces formations ont été renouvelées en 2010. Une journée régionale d'information et de sensibilisation ouverte à l'ensemble des EHPAD de la région a également été organisée en novembre 2009 (rassemblant 171 personnes de 65 EHPAD différents) et en novembre 2010 (rassemblant 162 personnes de 52 EHPAD différents).

## **c. Elaboration d'un outil d'aide à la gestion des cas groupés**

En parallèle un groupe de travail composé de l'ARLIN, la Cire (cellule interrégionale d'épidémiologie) de Haute Normandie ainsi qu'un groupement de 6 EHPAD publics s'est mis en place dans l'objectif d'élaborer et développer un outil permettant d'aider les EHPAD à mieux gérer les épisodes infectieux épidémiques (dépistage et signalement précoce ainsi qu'une connaissance des mesures à mettre en place). Dans un premier temps, les échanges avec les EHPAD (3 réunions formalisées et échanges de courriels) ont permis de préciser les attentes, les possibilités de réponses et de définir les circuits du signalement. Ensuite, une étape d'acceptabilité et de faisabilité a été organisée auprès d'un autre groupement de 8 EHPAD privés. Une extension progressive aux autres EHPAD de la région est prévue. L'ensemble des outils élaborés ont été mis à disposition des EHPAD sur le site internet de l'ARLIN. A l'issue des 3 réunions de travail, il a été retenu d'envisager une approche par maladie à l'aide de fiches s'articulant autour de 3 axes :

- des fiches "réflexes" décrivant la maladie (pour sensibiliser le personnel à la détection des cas) ;
- des fiches "outils" décrivant les mesures à prendre (fiches extraites pour tout ou partie de documents déjà existants dans la mesure du possible) ;
- une fiche de suivie des cas (pour faire une courbe épidémique).

L'organisation interne proposée (pour centraliser l'information et réaliser le signalement) s'appuie sur le trio médecin coordinateur, infirmier coordinateur et directeur. En 2009, 2 pathologies ont été traitées : la gale et les infections respiratoires aiguës basses. En 2010 parallèlement à la rédaction de nouvelles fiches (gastroentérites), la phase d'évaluation (évolution du nombre de signalements reçus, précocité des signalements) actuellement en cours permettra d'affiner le dispositif.

### **En synthèse :**

- depuis 2008, les EHPAD ont la possibilité d'avoir recours aux conseils et expertise de l'antenne régionale du C.CLIN ;
- des sessions de formation (hygiène des mains et précautions standard) et de sensibilisation pour les personnels des EHPAD ont été mises en œuvre depuis fin 2009 par l'ARLIN ;
- un outil d'aide à la gestion des cas groupés en EHPAD a été diffusé fin 2010 à l'ensemble des EHPAD ;
- aucune action spécifique en faveur des autres établissements médico-sociaux n'a été développée par l'ARLIN hormis la réponse apportée (conseils divers) aux questions ponctuelles de ces établissements.

## **2.3 Secteur ambulatoire**

### **2.3.1 Offre de soins ambulatoire**

Les professionnels de santé libéraux en exercice au 1<sup>er</sup> janvier 2009 étaient au nombre de 6 546 (annexe 6). Les densités pour 100 000 habitants de chacune des catégories étaient inférieures à celles observées pour la France.

### **2.3.2 Organisation de la lutte contre les IAS dans le secteur ambulatoire**

Il n'y a pas de recours spécifique formalisé et organisé au niveau régional à une expertise en hygiène et prévention des IAS pour les professionnels libéraux. Ces derniers peuvent à titre exceptionnel contacter les équipes d'hygiène hospitalières des établissements de santé ou l'antenne régionale du C.CLIN en fonction de leur besoin et de leur connaissance de ces structures. Probablement, faute de connaissance de l'existence de ces structures, ce recours semble très rare.

### **2.3.3 Bilan des actions de prévention du risque infectieux lié aux soins dans le secteur ambulatoire**

Aucune action spécifique dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins en médecine ambulatoire n'a été initiée au niveau régional par l'URML de Haute Normandie ou l'antenne régionale du C.CLIN, mais des initiatives intéressantes sont à signaler.

La région participe aux "*Groupes qualité en médecine générale*" organisés par l'URML jusqu'en 2010 et soutenus depuis par l'URPS et en lien avec une association de médecins libéraux. Environ 150 médecins généralistes de la région se sont engagés dans cette démarche d'analyse des pratiques. Un des thèmes retenus pour 2010/2011 concerne l'hygiène au cabinet.

Lors de la réunion régionale des CLIN du 20 avril 2010, au cours de la session consacrée à la déclinaison régionale du programme national, une présentation de la perception du risque infectieux et des attentes des professionnels libéraux a été faite par 2 médecins généralistes de la région. Leurs attentes semblent importantes en matière de formation et de conseils. La mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires est une opportunité pour prendre en compte la prévention du risque infectieux concernant notamment les locaux, l'équipement (points d'eau, sanitaires, ...), le circuit des patients, l'organisation des soins, ...

Enfin, quelques initiatives locales d'établissements de santé sont à souligner, notamment lors de l'organisation de formations traitant de la prévention des risques infectieux. Les professionnels libéraux (infirmières) ont, par exemple, été invités à participer à la formation organisée en janvier 2010 par le CHI d'Elbeuf Louviers Val-de-Reuil. Cette formation consacrée aux bonnes pratiques d'utilisation des cathéters à chambre implantable a accueilli une cinquantaine de professionnels hospitaliers et autant de professionnels libéraux.

#### **En synthèse :**

- **aucune action spécifique de prévention du risque infectieux en faveur du secteur ambulatoire n'a été développée dans la région ;**
- **les attentes des professionnels libéraux semblent importantes dans ce domaine.**

## **③ Programme régional de lutte contre les infections associées aux soins**

**3.1. Méthodologie d'élaboration du programme régional de LIAS**

**3.2. Programme régional de prévention des IAS**

## **3 Programme régional de lutte contre les infections associées aux soins**

---

### **3.1 Méthodologie d'élaboration du programme régional de LIAS**

Dans un premier temps, un travail préparatoire a été confié au médecin référent de la LIN de l'ARS et à celui de l'antenne régionale du C.CLIN Paris-Nord, en lien notamment, avec les pôles « Inspection contrôle, évaluation », « Qualité, efficacité et performance » et « Veille et sécurité sanitaire ». Un comité de pilotage a ainsi été formalisé.

Dans un second temps, l'état de l'existant et les propositions d'actions ont été présentés à des professionnels de terrain pour avis (praticiens en hygiène, responsable de la médecine du travail du CHU, OMÉDIT, autres...).

#### **Travail préparatoire**

Les objectifs de ce travail préparatoire étaient :

- d'analyser les plans et programmes nationaux déjà publiés,
- de recenser les structures et professionnels concernés dans la région,
- d'analyser les indicateurs disponibles dans la région,
- de faire la synthèse des actions déjà menées dans la région.

Sur la base de ces premiers éléments d'analyse, une proposition d'axes prioritaires et d'actions à mener dans la région ainsi que d'indicateurs pour le suivi ont été élaborés.

### **3.2 Programme régional de prévention des IAS**

Selon les préconisations du plan stratégique national 2009-2013, il a été retenu d'organiser la mise en œuvre de l'action régionale de prévention des IAS à partir de 3 éléments structurants :

- le programme régional de prévention des IAS (dans le cadre du projet régional de santé) qui fait l'objet de ce document ;
- l'expertise en prévention des IAS (avec l'appui du réseau CCLIN-ARLIN et de toute structure d'expertise nécessaire) ;
- la conduite d'une évaluation (à partir d'indicateurs disponibles tels que les tableaux de bord des IAS et d'indicateurs qui seront systématiquement et préalablement définis au niveau régional pour toutes les actions).

A l'instar du plan stratégique national, la déclinaison régionale en Haute Normandie couvre les 3 secteurs de soins : principalement le secteur hospitalier et des éléments concernant les secteurs médico-social et soins de ville.

Les différentes modalités d'organisation et d'actions proposées ci-dessous devront permettre de répondre aux différents objectifs fixés par le plan stratégique et les programmes nationaux ainsi qu'aux priorités à mettre en œuvre pour chaque secteur de soins et pour les 2 réseaux d'accompagnement (ARS et C.CLIN-ARLIN) en tenant compte du contexte régional.

#### **3.2.1 Propositions d'actions pour la Haute Normandie**

L'ensemble des actions concernant l'échelon régional présenté dans le programme national de prévention des infections nosocomiales a été repris dans les tableaux ci-dessous. Pour chacune de

ces actions régionales ou locales, des propositions d'actions spécifiques pour la région ainsi que les acteurs chargés de la mise en œuvre et les indicateurs de suivi ont été déclinés.

Les autres actions formulées dans le programme national (niveau national, interrégional ou local) ne sont pas reprises dans ce document.

Les objectifs numérotés, auxquels il est parfois fait référence comme indicateurs de suivi, correspondent aux objectifs quantifiés indiqués dans le programme national (cf. annexe 3).

**Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins**, pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux.

Impliquer tous les échelons du management dans la définition de la politique de prévention des infections nosocomiales et gestion du risque infectieux.

<b>Mettre l'accent sur la mise en place d'une politique de prévention dans l'évaluation annuelle des directeurs d'hôpitaux</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<b>Evaluer la mise en place de la politique de prévention dans l'évaluation annuelle des Directeurs d'établissement.</b>	ARS (pôle "Qualité, efficacité et performance" transmet à évaluateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiche établissement</li> <li>Tableau synthétique des résultats du tableau de bord des IN (dont classe de résultat des indicateurs ICATB et ICSHA pour l'établissement) et affichage des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales</li> </ul>	Avant le mois de juillet de l'année en cours
<b>Détermination en lien avec évaluateur des objectifs et axes de progression des Directeurs d'établissement concernés sur cette politique</b>	(pôle "Qualité, efficacité et performance" en lien avec évaluateur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définition des objectifs, actions prioritaires à mettre en œuvre, délai de réalisation et critères d'évaluation</li> </ul>	Avant le mois de juillet de l'année en cours

L'appellation usitée « programme en matière de lutte contre les infections nosocomiales » correspond au volet du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins à mettre en œuvre pour lutter contre les infections nosocomiales défini dans l'article R.6111-7 du Code de la Santé Publique.

Le programme d'action est soumis à l'avis de la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME, CM) ; à l'avis de la commission du service de soins infirmiers (secteur public uniquement) ; pour délibération, au conseil d'administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé). Il est proposé au directoire par le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics/au représentant légal de l'établissement dans les établissements de santé privés. Il est transmis, après délibération du CA ou du conseil de surveillance au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sous-section 4, article 2.

Accompagner les établissements dans la mesure de la culture de sécurité des soins			
Proposition d'actions régionales	Acteurs	Indicateurs de suivi proposés	Calendrier
Suivre annuellement les établissements non certifiés ou ceux ayant fait l'objet d'une certification avec réserve concernant la prévention des risques liés aux soins lors de la procédure d'accréditation	ARS pôle "Qualité, efficacité et performance"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'établissements visités par rapport au nombre d'établissements concernés</li> <li>• Nombre d'établissements ayant vu leur réserve levée dans le cadre du suivi</li> <li>• Suivi des objectifs du CPOM ARS/Etat dans fiche 5.1</li> </ul>	Annuel  Annuel  Annuel

Renforcer la sensibilisation et la formation à la prévention du risque infectieux chez les professionnels des établissements de santé.

Proposer une formation aux responsables et chefs de pôle des établissements de santé sur les nouveaux enjeux de la gestion du risque infectieux			
Proposition d'actions régionales	Acteurs	Indicateurs de suivi proposés	Calendrier
Organiser 1 session de formation (pour 35/40 personnes) axées sur : - le signalement des infections nosocomiales - la surveillance des infections nosocomiales - les outils de gestion du risque infectieux - les outils d'évaluation des pratiques - la politique d'antibiothérapie	Pilotage : ARS / ARLIN Groupe régional "Formation"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants</li> <li>• Nombre d'établissements représentés</li> </ul>	2012

Insérer le thème des infections nosocomiales parmi ceux traités dans les démarches qualité et de gestion des risques au sein des établissements.

<b>Favoriser la formation des équipes opérationnelles d'hygiène au développement et à la promotion des outils d'évaluation des pratiques professionnelles</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<p><b>Formaliser un programme de formation continue des équipes opérationnelles d'hygiène</b></p> <p><b>Inciter les directeurs d'établissements à proposer ces formations aux membres des équipes d'hygiène</b></p>	<p>Pilotage : ARS / ARLIN  <b>Groupe régional "Formation"</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants aux formations retenues ou organisées au niveau de la région</li> <li>• Nombre d'établissements représentés</li> <li>• Indicateur indirect : nombre d'établissements ayant mis en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux (objectif 19)</li> </ul>	<p>2012</p>

<b>Former les établissements de santé à l'utilisation d'outils d'aide à l'observance de recommandations (type check list)</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<p><b>Assurer leur diffusion à tous les établissements concernés</b></p> <p><b>Former les équipes d'hygiène (praticiens et infirmiers hygiénistes) à leur utilisation.</b></p>	<p>ARLIN</p> <p>En collaboration avec le groupe des praticiens en hygiène et le GRIHHN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions de formation</li> <li>• Nombre de participants et d'établissements représentés</li> <li>• Indicateur indirect : nombre d'établissements pratiquant la réanimation (selon le décret) qui utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance (type check list) (objectif 4)</li> <li>• Indicateur indirect : nombre d'établissements qui utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires (type check list) (objectif 5)</li> <li>• Indicateur indirect : nombre d'établissements pratiquant la chirurgie qui utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire (type <i>check list</i>) (objectif 7)</li> </ul>	<p>Selon disponibilité des documents nationaux</p>

Renforcer la prévention du risque infectieux soignants/soignés

Promouvoir la vaccination des personnels de santé et autres personnels en contact avec les patients			
Proposition d'actions régionales	Acteurs	Indicateurs de suivi proposés	Calendrier
<p><b>Mettre en place un groupe de travail régional "Prévention du risque infectieux chez les soignants" chargé de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faire un état des lieux</li> <li>- élaborer des outils à destination des établissements de santé pour la promotion des vaccinations et le suivi du personnel</li> <li>- élaborer un indicateur de suivi</li> </ul>	<p>Pilotage : ARS / Médecine du travail CHU de Rouen</p> <p><b>Groupe régional "Prévention du risque infectieux chez les soignants"</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place du groupe</li> <li>• Elaboration d'outils d'aide à la promotion des vaccinations et au suivi du personnel</li> <li>• Définition d'indicateurs de suivi</li> <li>• Nombre d'établissements disposant d'un médecin du travail</li> <li>• Nombre d'établissement disposant d'un ETP de médecin du travail pour 1500 agents.</li> <li>• <i>Indicateur indirect</i> : nombre d'établissements ayant mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B (objectif 16)</li> </ul>	<p>2011 pour la mise en place du groupe</p> <p>2012 pour les autres actions</p>

Sensibiliser à la nécessité d'observance accrue des précautions "standard" au cours des gestes de soins			
Proposition d'actions régionales	Acteurs	Indicateurs de suivi proposés	Calendrier
<p><b>Faire évoluer et renouveler l'enquête régionale sur les précautions "standard" tous les 2 ou 3 ans</b></p>	<p>ARLIN</p> <p>En collaboration avec le groupe des praticiens en hygiène et le GRIHHN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'établissements participants</li> <li>• Nombre de soignants enquêtés</li> <li>• Comparaisons avec les résultats de 2008</li> </ul>	<p>2011 / 2012</p>
<p><b>Poursuivre travaux du GRIHHN et groupe des praticiens en hygiène (élaboration d'outils d'aide à la mise en œuvre des recommandations, ...)</b></p>	<p>ARLIN</p> <p>En collaboration avec le groupe des praticiens en hygiène et le GRIHHN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de fiches de lecture ou de plaquettes de synthèse élaborées</li> </ul>	<p>Annuel</p>

**Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance**, pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention

Généraliser et renforcer la qualité des méthodes de surveillance

Valoriser les données des différentes sources d'information

<b>Utiliser les différentes sources d'informations<sup>14</sup> pour préciser les priorités régionales et locales et évaluer les actions engagées en matière de prévention des infections nosocomiales</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<b>Réaliser une exploitation régionale annuelle des réseaux de surveillance du C.CLIN et des enquêtes ou audits nationaux :</b> - rédaction d'un rapport annuel - diffusion aux différents acteurs - proposition d'actions à prioriser	ARLIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'un rapport annuel</li> <li>• Accompagnement des établissements « <b>outlier</b> »<sup>15</sup></li> </ul>	Annuellement
<b>Validation du tableau de bord des IN (10% des ES qui doivent être contrôlés) et réalisation d'une synthèse régionale annuelle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales</b>	ARS pôle "Qualité, efficacité et performance" et pôle "Inspection, contrôle et évaluation" en collaboration avec l'ARLIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des établissements validés</li> <li>• Rédaction du rapport régional (validation des données)</li> <li>• Rédaction d'un rapport annuel</li> <li>• Accompagnement des établissements « <b>outlier</b> » en collaboration avec les pôles ARS concernés</li> </ul>	Annuel
<b>Réaliser une synthèse régionale annuelle des rapports de certification</b>	ARS pôle "Qualité, efficacité et performance"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'un rapport annuel</li> <li>• Accompagnement des établissements « <b>outlier</b> » en collaboration avec les pôles ARS concernés</li> </ul>	Annuel
<b>Réaliser une synthèse régionale annuelle des signalements d'infections nosocomiales</b>	ARLIN en collaboration avec le pôle "Veille et sécurité sanitaire" de l'ARS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'un rapport annuel</li> </ul>	Annuel
<b>Recenser les autres sources disponibles (OMEDIT, plaintes, ...) et définir des modalités d'exploitation</b>	ARS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir un état des lieux</li> </ul>	2012

<sup>14</sup> RAISIN, signalement, indicateurs du tableau de bord des IN, PMSI, données du pôle santé sécurité des soins du médiateur de la république, plaintes des usagers, ...

<sup>15</sup> Etablissements qui sont atypiques au regard des résultats des autres établissements

**Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique**, pour prévenir et maîtriser leur diffusion.

Améliorer la détection des situations d'alerte et promouvoir leur gestion coordonnée.

**Renforcer la collaboration InVS-C.CLIN-ARLIN-ARS notamment en désignant un référent dans chaque structure pour la gestion des risques épidémiques**

Proposition d'actions régionales	Acteurs	Indicateurs de suivi proposés	Calendrier
Etablir des liens entre l'ARLIN, le pôle "Veille et sécurité sanitaire" de l'ARS et la CIRE (définir le circuit de l'information, organiser des rencontres et échanges réguliers)	ARS pôle "Veille et sécurité sanitaire" ARLIN CIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation des différents acteurs à la réunion hebdomadaire de veille sanitaire organisée par l'ARS</li> <li>Rédaction d'un protocole de collaboration entre l'ARS et l'ARLIN</li> </ul>	Réalisé au 2 <sup>e</sup> semestre 2010  Réalisé en 2011

**Intégrer dans le schéma régional de prévention des ARS un volet sur la gestion des situations épidémiques**

Proposition d'actions régionales	Acteurs	Indicateurs de suivi proposés	Calendrier
<p>Ecrire un plan de gestion régional activable en cas d'émergence d'agents pathogènes<sup>16</sup> qui justifient des mesures contraignantes d'organisation pour les établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modalités d'activation du plan</li> <li>- "cohorting" régional</li> <li>- cellule de suivi</li> <li>- circuit de l'information</li> <li>- acteurs à mobiliser</li> <li>- liens entre les secteurs de soins</li> </ul>	<p>Pilotage : ARS / ARLIN pôle "Veille et Sécurité sanitaire »</p> <p><b>Groupe régional « Gestion des situations d'alerte »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rédaction d'un volet concernant la gestion des alertes et des urgences sanitaires dans le PRS (VAGUSAN)</li> <li>Elaboration du plan régional de gestion des bactéries multi résistantes émergentes</li> <li>Elaboration d'un document d'aide à l'élaboration du plan local de prévention et de maîtrise d'une épidémie liée à des bactéries multi résistantes émergentes au sein d'un établissement de santé</li> </ul>	2011

<sup>16</sup> Type entérocoques ou staphylocoques dorés résistants aux glycopeptides

Renforcer la prévention de la transmission croisée.

<b>Mettre place les actions nécessaires à la prévention des infections à bactéries multi-résistantes<sup>17</sup> et à leur diffusion extra-hospitalière</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<b>Cf. en I.5 propositions pour améliorer le respect des précautions standard</b>	Pilotage : ARS / ARLIN <b>Groupe "Maîtrise des BMR"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateur indirect : Nombre d'établissements ayant atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de PHA (objectif 12)</li> </ul>	2012
<b>Inciter les établissements à participer aux journées nationales "Hygiène des mains" (établissements de santé, EHPAD, établissements médico-sociaux, ...)</b>	ARS/ARLIN pôle "Qualité, efficacité et performance"	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'établissements participant aux journées nationales "Hygiène des mains"</li> </ul>	Annuel
<b>Accompagner les établissements dans la définition d'un plan de maîtrise de la diffusion des BMR</b>	Pilotage : ARS / ARLIN <b>Groupe "Maîtrise des BMR"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'établissements ayant défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes adapté à leur activité (objectif 13)</li> </ul>	2012

<sup>17</sup> En particulier pour le *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline, les entérocoques résistants aux glycopeptides et les entérobactéries à bêta-lactamase à spectre élargi

**Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif**, pour améliorer la transparence et la prise en charge des patients infectés

Poursuivre le développement de l'information vers le public et les patients.

<b>Préparer les établissements à la communication en situation de crise</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<i>Recenser les attentes des acteurs concernés</i>	Pilotage : ARS / ARLIN Groupe "gestion des situations d'alerte"	Enquête sur les attentes des établissements	2012

<b>Organiser des actions de formation et d'information des usagers sur les infections associées aux soins en général</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<i>Poursuivre et faire évoluer l'organisation d'une réunion régionale annuelle à destination des représentants des usagers</i>	Pilotage : ARS / ARLIN Groupe "information et communication des représentants des usagers"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'établissements représentés</li> <li>• Nombre d'usagers participants</li> </ul>	Annuel
<i>Inciter les établissements à respecter les modalités pratiques de mise à la disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</i>	ARS pôle "Qualité, efficacité et performance"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'établissements respectant leurs obligations d'affichage</li> </ul>	Annuel
<i>Inciter les établissements à associer un représentant des usagers dans les CLIN</i>	ARS pôle "Qualité, efficacité et performance"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'établissements associant un représentant des usagers à leurs réunions de CLIN</li> </ul>	Annuel

Optimiser la qualité de prise en charge du patient infecté

**Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales**, pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux.

Améliorer la professionnalisation et la lisibilité des structures de prévention des infections nosocomiales à chaque échelon

Renforcer la structuration de la prévention des infections nosocomiales

<b>Favoriser les coopérations et contractualisations inter-établissements pour la structuration des équipes opérationnelles d'hygiène et celles chargées du bon usage des antibiotiques</b>			
<b>Proposition d'actions régionales</b>	<b>Acteurs</b>	<b>Indicateurs de suivi proposés</b>	<b>Calendrier</b>
<p><b>Réfléchir aux nouvelles modalités de fonctionnement et de soutien des équipes sectorielles d'hygiène hospitalière (suite de l'enquête régionale 2009)</b></p> <p>En essayant d'anticiper les nouvelles préconisations nationales et les modalités de financement ainsi que les coopérations avec les autres secteurs de soins (ambulatoire et médico-social)</p>	<p>Pilotage : ARS pôle "Qualité, efficacité et performance" et autres pôles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateur indirect : nombre d'établissements en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène (objectif 18)</li> </ul>	<p>2011-2012</p>
<p><b>Faire un bilan des équipes chargées du bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé</b></p> <p><b>Elaborer un programme régional d'évaluation des bonnes pratiques en antibiothérapie. En assurer le suivi et l'évaluation des impacts</b></p>	<p>Pilotage : ARS / OMÉDIT <b>Groupe de travail « politique régionale d'antibiothérapie »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation de la cartographie de ces équipes et des coopérations envisageables entre les ES</li> <li>Indicateur indirect : suivi de la consommation des antibiotiques par journée d'hospitalisation des établissements de santé</li> <li>Indicateur indirect : suivi de l'enveloppe « antibiotique » par établissement de santé</li> </ul>	<p>2012</p>

Favoriser l'articulation des démarches de prévention des IN avec celle des autres risques associés aux soins

**Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales**, pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention

Promouvoir une organisation et un environnement favorisant le développement de la recherche sur les infections nosocomiales

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

Promouvoir la recherche sur l'impact et la perception des infections nosocomiales

### **3.2.2 Modalités de mise en œuvre des actions en Haute-Normandie**

Afin d'organiser la réalisation de ces actions et de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés dans la région (ARS, réseau ARLIN/C.CLIN, professionnels de santé des 3 secteurs de soins), il a été proposé de constituer des groupes de travail sur les 5 thèmes suivants :

- gestion des situations d'alerte,
- prévention du risque infectieux chez les soignants,
- formation en hygiène des professionnels de santé,
- maîtrise des bactéries multi résistantes et prévention de la transmission croisée,
- information et formation des représentants des usagers
- politique régionale d'antibiothérapie.

Les groupes de travail s'articuleront, en particulier, avec les réseaux de professionnels en hygiène de la région (GRIHHN et groupe des praticiens en hygiène) et de l'ARLIN.

Les 3 secteurs de soins (hospitalier, médico-social, ambulatoire) seront d'emblée pris en compte dans ces différents groupes. La déclinaison de certaines actions peut dès à présent concerner tous les secteurs ; pour les autres, elle sera progressive en fonction de la parution des différents plans et programmes nationaux. Des indicateurs de suivi des différentes actions sont définis pour chaque action et feront l'objet d'un suivi annuel.

Les 6 groupes régionaux sont présentés (pilotage, composition, objectifs) en annexe 9.

# 4

## Annexes

**Annexe n°1** : Lexique des principaux sigles utilisés

**Annexe n°2** : Objectifs prioritaires prévus dans le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins

**Annexe n°3** : Liste détaillée des objectifs quantifiés prévus dans le programme national de prévention des infections nosocomiales

**Annexe n°4** : Equipement sanitaire en lits et places : densité en lits et places pour 1000 habitants et répartition par statut

**Annexe n°5** : Offre de soins médico-sociaux en Haute Normandie

**Annexe n°6** : Offre de soins ambulatoires en Haute Normandie

**Annexe n°7** : Carte des équipes sectorielles d'hygiène en Haute-Normandie

**Annexe n°8** : Nombre d'établissements ayant fait l'objet de réserves selon les différentes références du manuel de certification V2007 relatives à la prévention des risques sur les 55 établissements hauts-normands certifiés

**Annexe n°9** : Organisation des 6 groupes de travail

**Annexe n°10** : Références

## 4 Annexes

---

### Annexe 1 : Lexique des principaux sigles utilisés

<b>AES</b>	Accident d'exposition au sang
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'hospitalisation
<b>ARLIN</b>	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>BEH</b>	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
<b>BMR</b>	Bactéries multi résistantes
<b>CA</b>	Conseil d'administration
<b>CCLIN</b>	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHS</b>	Centre hospitalier spécialisé
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIRE</b>	Cellule interrégionale d'épidémiologie
<b>CLIN</b>	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CM</b>	Conférence médicale d'établissement
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CRLCC</b>	Centre régional de lutte contre le cancer
<b>CS</b>	Conseil de surveillance
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CTIN-ILS</b>	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
<b>CVC</b>	Cathéter veineux central
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>EBLSE</b>	Entérobactéries productrices de $\beta$ -lactamase à spectre étendu
<b>EHPAD</b>	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
<b>EOHH</b>	Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
<b>ES</b>	Etablissement de santé
<b>ESH</b>	Equipe d'hygiène inter-établissements ou unité sectorielle d'hygiène
<b>ESMS</b>	Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FRPSL</b>	Fédération régionale des professionnels de santé libéraux
<b>GHS</b>	Groupe homogène de séjours
<b>GO</b>	Gynécologie obstétrique
<b>GRIHNN</b>	Groupe des infirmiers hygiénistes de Haute Normandie
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HCSP</b>	Haut comité de santé publique
<b>HL</b>	Hôpital local
<b>IAS</b>	Infections associées aux soins
<b>ICALIN</b>	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
<b>ICATB</b>	Indice composite du bon usage des antibiotiques
<b>ICSHA</b>	Consommation de solutions hydro-alcooliques
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>IN</b>	Infections nosocomiales

<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>ISO</b>	Infection du site opératoire
<b>LIAS</b>	Lutte contre les infections associées aux soins
<b>LIN</b>	Lutte contre les infections nosocomiales
<b>MCO</b>	Médecine chirurgie obstétrique
<b>MISP</b>	Médecin inspecteur de santé publique
<b>OMÉDIT</b>	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>PHA</b>	Produit hydro alcoolique
<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<b>SLD</b>	Soins de longue durée
<b>SMIT</b>	Services des maladies infectieuses et transmissibles
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>SURVISO</b>	Surveillance des infections du site opératoire
<b>T2A</b>	Tarifification à l'activité
<b>URML</b>	Union régionale des médecins libéraux
<b>URPS</b>	Union régionale des professions de santé
<b>USLD</b>	Unité de soins de longue durée

## Annexe 2 : Objectifs prioritaires prévus dans le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins

Etablissements de Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclinaison par chaque établissement du positionnement de l'EOHH (missions, moyens, collaborations internes)</li> <li>• Déclinaison des missions des correspondants en hygiène</li> <li>• Déclinaison des modalités de coordination entre prévention des IAS et gestion des risques</li> <li>• Conduite d'une évaluation des risques associés aux soins dans les unités de soins</li> <li>• Elaboration du plan local de maîtrise des épidémies locorégionales</li> </ul>
Etablissements médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation du personnel soignant à l'hygiène des mains et au bon usage des antibiotiques;</li> <li>• <i>Au niveau national, déclinaison du plan stratégique dans un programme national spécifique au secteur médico-social</i></li> </ul>
Soins de Ville	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation des URPS et des FRPSL</li> <li>• Elaboration du plan d'orientation pour l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville.</li> </ul>
Réseau CCLIN-ARLIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement des établissements de santé dans le travail sur les risques associés aux soins</li> <li>• Accompagnement des établissements médico-sociaux dans les actions de formation (programme type, organisation de stages en EHPAD)</li> <li>• Conseils aux EHPAD pour leur politique de bon usage des antibiotiques</li> <li>• Accompagnement de la démarche d'élaboration du plan d'orientation dans le secteur des soins de ville.</li> </ul>
ARS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Accompagnement des acteurs des 3 secteurs de soins (en liaison avec le réseau CCLIN-ARLIN) pour la réalisation de leurs objectifs prioritaires</b></li> <li>• <b>Prise en compte des enjeux de la prévention des IAS dans l'élaboration du projet régional de santé</b></li> </ul>

## **Annexe 3 : Objectifs quantifiés prévus dans le programme national de prévention des infections nosocomiales**

### **Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs**

#### **• Objectifs quantifiés de résultats**

1. Le taux d'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation pour 1000 jours d'exposition aux CVC a diminué d'un quart.

*Données de référence : REA RAISIN 2008*

2. Le taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) pour 100 actes pour des interventions ciblées à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes.

*Données de référence : ISO RAISIN 2008*

*Interventions ciblées : cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein*

3. Le taux d'incidence des accidents exposant au sang (AES) pour 100 lits a diminué d'un quart globalement et par catégorie d'établissements.

*Données de référence : AES RAISIN 2008*

#### **• Objectifs quantifiés de moyens et de processus**

4. 100% des établissements pratiquant la réanimation (selon le décret) utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance (type *check list*).

*Critères à prendre en compte : choix du site de pose, pose en condition aseptie « chirurgicale », réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place des CVC et surveillance*

5. 100% des établissements utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires (type *check list*).

*Critères à prendre en compte : pose en condition aseptie, réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place des dispositifs invasifs et surveillance*

6. 95% des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des ISO dans leur système d'information hospitalier.

7. 100% des établissements pratiquant la chirurgie utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire (type *check list*)

*Critères à prendre en compte : préparation cutanée, bon usage de l'antibio-prophylaxie et surveillance*

8. 100% des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves.

9. 100% des établissements assurent avec la médecine du travail, la surveillance des AES survenant dans l'établissement et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES.

## Maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique

### • Objectifs quantifiés de résultats

10. Le taux d'incidence des SARM isolés des prélèvements cliniques pour 1000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM.

*Données de référence : BMR RAISIN 2008*

11. La proportion de souche d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1% au niveau national.

*Données de référence : réseau EARSS-France*

### • Objectifs quantifiés de moyens et de processus

12. 100% des établissements ont atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de PHA
13. 100% des établissements ont défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes adapté à leur activité
14. 100% des établissements concernés ont inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre le 24<sup>e</sup> heure et la 72<sup>e</sup> heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluent son application dans le dossier patient
15. 100% des établissements disposent d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique
16. 100% des établissements ont mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B

## Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins

### • Objectifs quantifiés de résultats

### • Objectifs quantifiés de moyens et de processus

17. 100% des établissements ont une procédure de signalement interne et externe opérationnelle
18. 100% des établissements sont en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène
19. 100% des établissements mettent en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux
20. 100% des centres participants au dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes évaluent la satisfaction des patients pris en charge par le dispositif

## Annexe 4 : Equipement sanitaire en lits et places : densité pour 1000 habitants et répartition par statut

Tableau n°1A : densité en lits et places pour 1000 habitants

	Haute-Normandie	Rang parmi les régions métropolitaines	Eure	Seine-Maritime	France métropole
Médecine (et HAD)	1,90	21	1,16	2,25	2,12
Chirurgie	1,38	20	0,39	1,69	1,58
Gynéco-obstétrique	0,35	12	0,16	0,43	0,37
Soins de suite et de réadaptation	1,34	21	1,49	1,27	1,61
<b>Densité en lits et places pour 1 000 habitants de plus de 16 ans</b>					
Psychiatrie générale	1,22	21	0,83	1,42	1,54
<b>Densité en lits et places pour 1 000 habitants de moins de 16 ans</b>					
Psychiatrie infanto-juvénile	1,07	7	0,55	1,33	0,92
<b>Densité en lits et places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus</b>					
Lits médicalisés pour personnes âgées	96,09	15	96,27	96,02	97,66

Source : STATISS 2009 (SAE au 1<sup>er</sup> janvier 2008)

Tableau n°2A : répartition des lits et places par statut

	Haute-Normandie				France			
	Public	PSPH	Privé OQN	Total	Public	PSPH	Privé OQN	Total
Médecine	84%	4%	12%	100%	80%	9%	11%	100%
Chirurgie	43%	2%	55%	100%	44%	9%	47%	100%
GO	79%	0%	21%	100%	68%	7%	25%	100%
Psychiatrie	93%	3%	4%	100%	70%	16%	14%	100%
SSR	42%	34%	24%	100%	40%	33%	27%	100%
SLD	97%	2%	1%	100%	91%	8%	1%	100%
<b>Total</b>	<b>70%</b>	<b>9%</b>	<b>21%</b>	<b>100%</b>	<b>64%</b>	<b>15%</b>	<b>21%</b>	<b>100%</b>

## Annexe 5 : Offre de soins médico-sociaux en Haute-Normandie

- **Accueil des personnes âgées**

	Nombre d'établissements	Nombre de lits
Maisons de retraite	150	14 368
Logements-foyer	156	7 841
Hébergement temporaire		118
Soins de longue durée		890
<b>Total</b>		<b>23 217</b>
<b>Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergement temporaire)</b>		<b>152,3</b>
		<i>(France = 121,4)</i>
<b>Taux d'équipement en lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (lits d'EHPAD et lits de soins de longue durée)</b>		<b>101,5</b>
		<i>(France = 101,3)</i>

Tableau 3A : Structures d'hébergement pour personnes âgées (sources STATISS 2010)

	Nombre de services	Nombre de places
Service de soins à domicile	57	3 068
<b>Taux d'équipement en places de services de soins à domicile pour 1 000 habitants de 75 ans et plus</b>		<b>20,9</b>
		<i>(France = 19,1)</i>

Tableau 4A : Services de soins à domicile pour personnes âgées (sources STATISS 2010)

- **Accueil des personnes handicapées**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, 72 établissements<sup>18</sup> disposant d'un total de 3 539 lits et places assuraient l'accueil de l'enfance et la jeunesse handicapées en la Haute Normandie. Le taux d'équipement en lits et places d'enfants handicapés pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans était supérieur à celui observé au niveau national (10,3 versus 9,1).

Concernant l'accueil de personnes adultes handicapées, on comptait 161 établissements<sup>19</sup> d'hébergement totalisant 9 897 lits et places dont 1 154 lits pour les 9 maisons d'accueil spécialisées et les 28 foyers d'accueil médicalisés. Le taux d'équipement en places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans était 0,39 pour les maisons d'accueil spécialisées (0,64 pour la France) et 0,80 pour les foyers d'accueil médicalisés (0,51 pour la France).

<sup>18</sup> Instituts médico-éducatifs, établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, établissements pour déficients moteurs, établissements pour déficients sensoriels.

<sup>19</sup> Maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés, foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers polyvalents.

## Annexe 6 : Offre de soins ambulatoires en Haute-Normandie

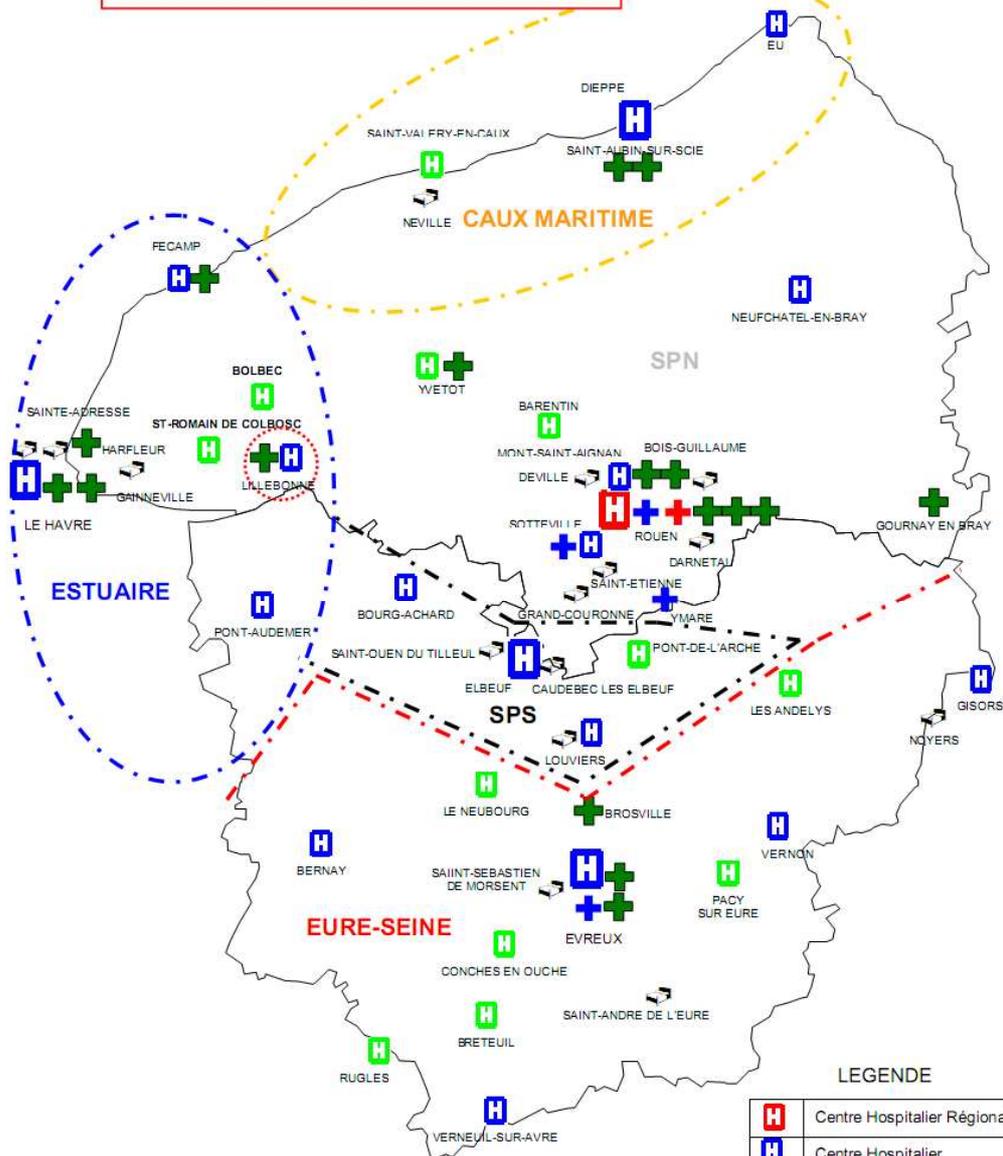
	Nombre	Densité pour 100 000 habitants	
		Haute Normandie	France
Médecins généraliste	1 807	99	111
Médecins spécialistes	1 110	61	88
Chirurgiens dentistes	643	35	60
Infirmiers	1 527	84	119
Masseurs kinésithérapeutes	940	52	85
Pédicures-podologues	236	13	18
Orthophonistes	283	16	24
<b>Total</b>	<b>6 546</b>		

Tableau 5A : Nombre et densité des professionnels libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2009 (sources STATISS 2010)

## Annexe 7 : Carte des équipes sectorielles d'hygiène en Haute-Normandie

### LES EQUIPES SECTORIELLES D'HYGIENE EN HAUTE-NORMANDIE

Cartographie : DRASS de Haute-Normandie – octobre 2009



#### LEGENDE

	Centre Hospitalier Régional
	Centre Hospitalier
	Hôpital Local
	Clinique MCO
	CHS et établissement psychiatrique
	CRLCC
	SSR / SLD

Hôpital de référence

## Annexe 8 : Nombre d'établissements ayant fait l'objet de réserves selon les différentes références du manuel de certification V2007 relatives à la prévention des risques sur les 55 établissements Hauts-Normands certifiés

*(en grisé : références plus particulièrement relatives à la prévention du risque infectieux)*

	Nombre d'établissements ayant fait l'objet de réserve	Remarque
<b>Chapitre 1 : Politique et qualité du management</b>		
<b>Référence 6 : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques</b>		
6 A	2	1 CL + 1 HL
6 B	4	3 CL + 1 HL
<b>Chapitre 2 : Ressources transversales</b>		
<b>Référence 10 : Le management de la qualité</b>		
10 A	1	1 HL
10 B	2	2 HL
10 C	2	2 HL
10 D	3	2 HL + 1 CHS
10 E	1	1 HL
<b>Référence 11 : La gestion des risques</b>		
11 A	1	1 HL
11 B	2	2 HL
11 C	2	2 HL
11 D	0	
11 E	2	1 CL + 1 HL
<b>Référence 12 Le dispositif de veille sanitaire</b>		
12 A	0	
12 B	1	1 HL
12 C	2	2 HL
12 D	0	
<b>Référence 13 : Le programme de surveillance et de prévention du risque infectieux</b>		
13 A	0	
13 B	1	1 CL
13 C	4	1 CL + 1 HL + 1 CH
13 D	1	1 HL
13 E	1	1 HL
<b>Référence 14 : La gestion des risques liés aux dispositifs médicaux</b>		
14 A	1	1 CL
14 B	2	2 CL
14 C	1	1 CL

	Nombre d'établissements ayant fait l'objet de réserve	Remarque
<b>Référence 15 : La gestion des risques liés à l'environnement</b>		
15 A	1	1 CL
15 B	1	1 HL
15 C	0	
15 D	2	2 CL
<b>Référence 16 La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements</b>		
16 A	2	1 CL + 1 HL
16 B	3	1 CL + 1 HL + 1 CH
16 C	0	
<b>Référence 17 : La sécurité des biens et des personnes</b>		
17 A	1	1 CL
17 B	2	1 HL + 1 CL
<b>Référence 18 : Le système d'information</b>		
18 A	1	1 CL
18 B	2	2 HL
18 C	0	

### Chapitre 3 : Prise en charge du patient

<b>Référence 19 : L'information du patient</b>		
19 A	0	
19 B	0	
19 C	0	
19 D	0	
<b>Référence 20 : La recherche du consentement et des volontés du patient</b>		
20 A	4	3 CL + 1 HL
<b>Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité</b>		
21 A	1	1 HL
21 B	1	1 HL
21 C	1	1 CL
<b>Référence 22 : L'accueil du patient et de son entourage</b>		
22 A	0	
22 B	1	1 CL
22 C	0	
22 D	0	
<b>Référence 31 : L'organisation du circuit du médicament</b>		
31 A	5	3 CL + 1 CH + 1 CHS
31 B	6	3 CL + 2 HL + 1 CH
31 C	5	2 CL + 1 HL + 1 CH + 1 CHS
31 D	2	1 CL + 1 HL

	Nombre d'établissements ayant fait l'objet de réserve	Remarque
<b>Chapitre 4 : Evaluations et dynamiques d'amélioration</b>		
<b>Référence 40 : L'évaluation de la pertinence des pratiques des professionnels</b>		
40 A La pertinence des pratiques professionnelles est évaluée.	2	1 CL + 1 CHS
<b>Référence 41 : L'évaluation des risques liés aux soins</b>		
41 A Les professionnels identifient à <i>priori</i> les actes, processus, pratiques à risque et/ou a <i>posteriori</i> les événements indésirables. Ils mettent en œuvre les actions de prévention et d'amélioration correspondant à ces situations à risque et à ces événements indésirables.	1	1 CHS
<b>Référence 42 : L'évaluation de la prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux</b>		
42 A La prise en charge des pathologies et des problèmes de santé principaux fait l'objet d'une évaluation.	3	1 CL + 1 HL + 1 CHS
<b>Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes</b>		
43 A Le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivis d'actions d'amélioration.	0	
43 B Les délais sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises.	2	1 HL + 1 CHS
43 C La satisfaction des correspondants externes est évaluée et prise en compte.	3	1 CL + 1 HL + 1 CHS
<b>Référence 44 : L'évaluation des politiques de management</b>		
44 A Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.	2	1 HL + 1 CHS
44 B Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateur.	3	2 HL + 1 CHS
44 C Une évaluation du système d'information est mise en œuvre.	3	2 HL + 1 CHS
44 D L'efficacité du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est régulièrement évaluée.	5	2 CL + 2 HL + 1 CHS
44 E Les objectifs déterminés dans les orientations stratégiques font l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une communication interne.	1	1 HL
44 F La direction et les instances disposent d'éléments permettant des comparaisons avec des établissements similaires.	0	
<b>Sous Total : Etablissements ayant fait l'objet d'au moins une réserve concernant la gestion des risques infectieux</b>	<b>16</b>	

## **Annexe 9 : Organisation des 6 groupes de travail**

- circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/2009/ 264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins ;
- circulaire n°DGS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 ;
- décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé ;
- signalements externes des infections nosocomiales, France, 2006. BEH n°30-31 du 22 juillet 2008.

# ars



**ARS de Haute-Normandie**  
31, rue Malouet  
BP 2061  
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02.32.18.32.18  
Courriel : [ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr](mailto:ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr)

[www.ars.haute-normandie.sante.fr](http://www.ars.haute-normandie.sante.fr)