

DGOS

Direction générale  
de l'offre de soins

## Rapport d'activité

**COSPIN**  
2011-2012



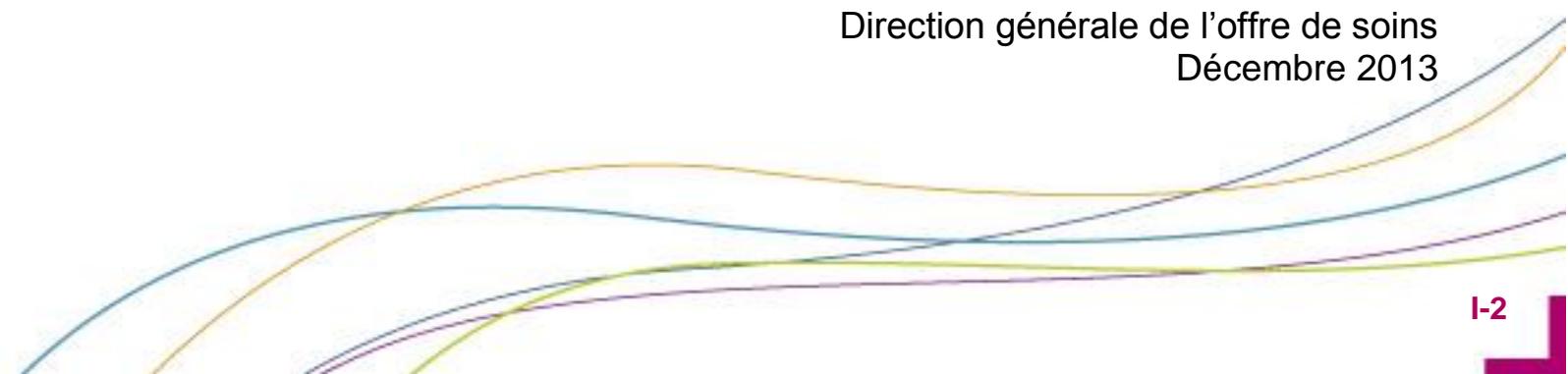
*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ



**Rapport d'activité de la  
Commission de suivi des programmes de  
prévention des infections associées aux  
soins en établissement de santé et dans  
le secteur de soins de ville (COSPIN)**

Bureau Qualité et Sécurité des soins  
Direction générale de l'offre de soins  
Décembre 2013



# SOMMAIRE

<b>I. LA COMMISSION DE SUIVI DES PROGRAMMES DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE ET DANS LE SECTEUR DE SOINS DE VILLE.....</b>	<b>I-4</b>
A. <i>Définition</i> .....	I-4
B. <i>Composition</i> .....	I-4
C. <i>Organisation</i> .....	I-6
D. <i>Missions</i> .....	I-7
<b>II. LES ACTIONS MENEES AU REGARD DU PROGRAMME NATIONAL 2009-2013.....</b>	<b>II-7</b>
A. <i>Les six orientations du PROPIN</i> .....	II-7
1. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins.....	II-8
2. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance.....	II-11
3. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique.....	II-12
4. Maintenir l'usager au centre du dispositif.....	II-13
5. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales.....	II-14
6. Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.....	II-15
B. <i>Objectifs quantifiés du PROPIN</i> .....	II-19
1. Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs.....	II-19
2. Maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique.....	II-21
3. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales.....	II-23
C. <i>Actions à venir</i> .....	II-25
<b>III. EN SYNTHESE.....</b>	<b>III-27</b>
<b>IV. ANNEXES.....</b>	<b>IV-30</b>
A. <i>Arrêté COSPIN de juin 2011</i> .....	IV-30
B. <i>Règlement intérieur COSPIN</i> .....	IV-32
C. <i>Thèmes des réunions COSPIN 2011-2012</i> .....	IV-35
D. <i>Représentation des membres de la COSPIN aux réunions 2011-2012</i> .....	IV-38
E. <i>Textes réglementaires parus entre septembre 2011 et décembre 2012 ayant un rapport avec la LIN ou le programme national 2009-2013</i> .....	IV-42
1. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins.....	IV-42
2. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance.....	IV-44
3. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique.....	IV-44
4. Maintenir l'usager au centre du dispositif.....	IV-45
5. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales.....	IV-45
6. Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales.....	IV-47
F. <i>Recommandations parues en 2011 et 2012 relatives à la LIN</i> .....	IV-48
<b>V. ABREVIATIONS.....</b>	<b>V-51</b>

## I. LA COMMISSION DE SUIVI DES PROGRAMMES DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE ET DANS LE SECTEUR DE SOINS DE VILLE

### A. Définition

En référence à l'arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville, la commission a été mise en place en septembre 2011 afin de contribuer à l'élaboration des programmes nationaux de prévention des infections nosocomiales et des infections associées aux soins dans le secteur des soins de ville, d'assurer le suivi de leur mise en œuvre et de les évaluer, en cohérence avec le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins.

Le règlement intérieur a été adopté lors de la première réunion de la commission, le 23 septembre 2011 ; il prévoit les modalités d'organisation des réunions, la procédure de déclaration publique d'intérêt des membres, la procédure pour l'adoption d'avis, de vœux et de recommandations, les possibilités de création de groupe de travail et la production d'un rapport annuel d'activités. Il prévoit en outre la désignation par chacun des membres titulaires, d'un suppléant, dont la liste a été élaborée, et prévoit les conditions de remboursement des frais de déplacement des membres.

### B. Composition

Le ministre chargé de la santé nomme un président et un vice-président de la commission :

- ✚ Professeur Christian Brun-Buisson, président
- ✚ Docteur Jean-François Rey, vice-président

Le directeur général de l'offre de soins arrête la liste nominative des membres de la commission :

Les 30 membres **avec voix délibérative** :

- ✚ les responsables des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales : P.Astagneau, M.Aupée, P.Parneix, Ch.Rabaud, A.Savey ;
- ✚ deux représentants des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales : K.Blanckaert, E.Boudot ;
- ✚ un représentant de la société française d'hygiène hospitalière : Ph.Berthelot
- ✚ les présidents, ou leurs représentants, des conférences des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitalo-universitaires (J.Caillon), des centres hospitaliers (Ph.Volard), des centres hospitaliers spécialisés (Ch.Müller)

- ✚ les présidents, ou leurs représentants, des conférences médicales d'établissements privés à but non lucratif (F.Zanaska) et des conférences médicales d'établissements privés à but lucratif (M.P.Chariot) ;
- ✚ les présidents, ou leurs représentants, de la Fédération hospitalière de France (B. Goujet), de la Fédération de l'hospitalisation privée (L.Buscoz), de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (C.Couzigou), de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (H.Espérou), de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (P.Perucho), de l'association nationale des médecins Généralistes d'Hôpital Local (P.Gendry)
- ✚ un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé (*non représenté*) ;
- ✚ un représentant du défenseur des droits (B.Landi) ;
- ✚ deux représentants des associations ou unions d'associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, désignés par le conseil d'administration du collectif interassociatif sur la santé (M.Séné-Bourgeois et T.Sannié) ;
- ✚ cinq représentants de l'Union nationale des professionnels de santé (S.Coimbra, Ph.Cuq, S.Deschaux, J.F Rey, A.Touba) ;
- ✚ deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'offre de soins (C.Brun-Buisson et JC.Lucet).

**Les 8 membres sans voix délibérative :**

- ✚ le directeur général de l'offre de soins ou son représentant (V.Salomon) ;
- ✚ le directeur général de la santé ou son représentant (A.Delbosco);
- ✚ le directeur général de l'Union nationale de caisses d'assurance maladie ou son représentant (D.Ravinet);
- ✚ le directeur général de l'Institut de veille sanitaire ou son représentant (B.Coignard);
- ✚ le président, ou son représentant, de la commission, du Haut Conseil de la santé publique, spécialisée sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques (B.Grandbastien) ;
- ✚ le président de la Haute Autorité de santé ou son représentant (P.Roussel);
- ✚ le président, ou son représentant, du conseil de l'ordre des médecins (P.Romestaing) ;
- ✚ le président, ou son représentant, du conseil de l'ordre des infirmiers (JY.Garnier) ;

## C. Organisation

La COSPIN a pris le relais du comité de pilotage du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 (Groupilin), dont l'activité s'est poursuivie jusqu'en 2009. Elle est élargie au secteur des soins de ville, notamment représenté au sein de la commission par les membres de l'union nationale des professionnels de santé (UNPS).

Le décalage de près de deux ans de ce relais entre le Groupilin et la COSPIN et avec la parution du 3<sup>e</sup> programme national de lutte contre les infections nosocomiales pour 2009-2013 (circulaire DHOS/DGS 2009/272 du 26 août 2009) est lié à plusieurs éléments de contexte :

La COSPIN a été créée dans un contexte de réorganisation de l'administration centrale et dans le cadre de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de juillet 2009. Cette dernière s'est traduite par différents décrets dont ceux relatifs aux commissions et conférences médicales d'établissement, aux présidents de la commission médicale d'établissement, au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, et celui relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins s'est réorganisée en avril 2010 en direction générale de l'offre de soins (DGOS), sur des missions de pilotage des établissements de santé et des secteurs de soins de ville. Ainsi, la COSPIN a été missionnée pour identifier et mettre en œuvre un programme de prévention des infections associées aux soins dans le secteur des soins de ville, adapté aux professionnels de santé libéraux souvent isolés dans leur cabinet. La commission sera également attentive à ses liens avec le secteur médico-social (facilités par la participation à la commission d'un représentant de la direction générale de la cohésion sociale, DGCS).

La DGOS, notamment le bureau qualité et sécurité des soins, assure le secrétariat de la COSPIN. Cette dernière s'est réunie une fois en 2011 (septembre) et cinq fois en 2012 (janvier-mars-juillet-octobre-décembre). Aussi le présent rapport agrégera les données d'activités de la COSPIN des années 2011 et 2012, en établissant le bilan des activités menées dans le domaine de la lutte contre les IN pour l'ensemble de la période du programme 2009-2013.

## D. Missions

La commission exerce ses missions dans les secteurs des établissements de santé et des soins de ville. Dans ce cadre, elle assure le suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les deux secteurs précités, et notamment :

1. fait toute proposition sur l'évolution de l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins dans ces secteurs ;
2. fait des propositions au ministre chargé de la santé sur les méthodes d'évaluation de ces programmes ;
3. informe le ministre chargé de la santé du suivi des actions et lui propose des éléments d'orientation pour améliorer la prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville ;
4. assure la coordination des actions des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales et des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales dans le secteur des établissements de santé et dans le secteur des soins de ville ;
5. propose les modalités de communication relatives au suivi et à l'évaluation des programmes.

Elle peut être consultée par le ministre chargé de la santé sur toute question relevant de ses missions.

## II. LES ACTIONS MENEES AU REGARD DU PROGRAMME NATIONAL 2009-2013

Pour donner une vision globale de la LIN, l'ensemble des actions nationales, menées en 2011 et 2012, par la COSPIN ou sous son égide, ou par d'autres organismes ou institutions en lien avec elle, sont énoncées ci-après selon les six orientations définies dans le programme national 2009-2013 de lutte contre les infections nosocomiales (PROPIN), et les objectifs quantifiés qui leur sont associés. L'annexe A détaille l'ensemble des points abordés lors des 6 réunions tenues par la COSPIN entre septembre 2011 et décembre 2012.

### A. Les six orientations du PROPIN

Chacune des 6 orientations est déclinée en plusieurs types d'actions. Nombre d'entre elles sont traduites dans les indicateurs nationaux et les indicateurs de 2<sup>ème</sup> génération du Tableau de bord des IN développés et mis en place au cours de la réalisation du programme 2009-2013, afin d'inciter les ES à progresser dans le sens des objectifs et résultats recherchés.

## 1. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins

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

- Après les enquêtes nationales d'audits menées en 2007 (préparation cutanée de l'opéré), 2009 (hygiène des mains), en 2010 (soins aux cathéters veineux périphériques), la politique d'incitation à l'audit et l'évaluation a été poursuivie par la réalisation en 2011 d'un audit national « précautions standard » proposé par le GREPHH (Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière) et coordonné par le CCLIN Sud-est (circulaire 2011/41 du 2 février 2011).
- Le GREPHH a également élaboré, en 2012, un outil d'auto-évaluation des EHPAD dans la prévention des infections associées aux soins. L'audit coordonné par le CCLIN Sud-ouest, a été adapté en 2013 à l'auto-évaluation dans les Maisons d'Accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM).
- Présentation des travaux en cours du GREPHH sur les nouveaux outils d'audits qui seront mis à disposition des ES en 2014:

Deux nouveaux groupes de travail ont été mis en place par le GREPHH en 2012 :

- Groupe de travail audit « précautions complémentaires » animé conjointement par les CCLin Ouest, Est et Paris-Nord : Cet audit proposera les 3 champs d'évaluation des précautions complémentaires (air + gouttelette + contact). Il sera documenté par 3 niveaux d'évaluation, la ressource documentaire, les équipements en unité de soins et la pratique des soignants au travers de 3 cas cliniques choisis parmi 12 situations proposées ;
  - Groupe de travail audit « endoscopie » piloté par le CCLin Est : cet audit ciblera tous les ES ainsi que le secteur libéral pratiquant de l'endoscopie avec des endoscopes souples, à canaux et non autoclavables. L'évaluation recensera 7 thèmes : formation du personnel, locaux et circuit, maintenance, contrôle microbiologique, traitement des endoscopes, traçabilité du patient, consommables, produits et équipements.
- Organisation de la journée nationale « hygiène des mains » et de la « semaine de la sécurité des patients » en novembre 2012 : la politique d'incitation à l'amélioration de l'observance des précautions standard, a été poursuivie, notamment par l'organisation annuelle de la journée nationale de promotion de l'hygiène des mains, avec l'élaboration de nombreux outils et documents de référence à l'usage des professionnels des établissements. En 2012, plus de 3000 participants se sont engagés dans une action de promotion de l'hygiène des mains auprès des professionnels de santé comme des usagers.

- Après avoir examiné l'état des lieux des données disponibles concernant ce secteur, un groupe de travail a été mis en place pour élaborer un plan d'actions relatif à la prévention des infections associées aux soins de ville, sous l'égide de la COSPIN, conformément au champ élargi de la commission au secteur libéral. Ce groupe s'est réuni à plusieurs reprises en 2012-2013, et a réalisé une enquête sur la perception du risque infectieux associés aux soins auprès des représentations de professionnels de santé du secteur de la ville. Les résultats de ces travaux sont attendus début 2014.
- Une formation des médecins inspecteurs de santé publique des agences régionales de santé à la gestion du signalement externe des infections nosocomiales a été réalisée en novembre 2011 (EHESP et InVS).

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

- La circulaire N°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, propose notamment les thèmes de formation suivants :
  - « *Déclaration des événements indésirables graves (EIG), des vigilances et signalements des infections nosocomiales (IN)* »,
  - « *Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH et des hépatites dans les établissements* »,
  - « *Dépistage de l'infection à VIH : contribution des soignants à la mise en oeuvre d'une nouvelle stratégie* »,
  - « *Tuberculose nosocomiale: prévention de la transmission croisée* »,
  - « *Rougeole : formation à la conduite à tenir autour d'un cas de rougeole en milieu de soins / recommandations vaccinales en milieu professionnel* »,
  - « *Elimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)* »
  - « *Construction d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC)* »
- L'indicateur ICALIN.2 comprend des exigences accrues en termes de formation des personnels, des nouveaux arrivants, des personnels intérimaires. La formation au bon usage des antibiotiques est également incluse dans les items de l'indicateur ICATB, et a été renforcée dans sa version 2.

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

- Le décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins précise la définition des infections nosocomiales par rapport aux infections associées aux soins, positionne le coordonnateur de la gestion des risques dans l'établissement, et réaffirme le rôle d'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOHHH) ;
- La circulaire d'application (DGOS 2011-416) du 18 novembre 2011 précise les modalités d'applications du décret précédent, l'organisation du pilotage de la gestion des risques et les missions spécifiques à l'EOHHH ;
- L'indicateur ICALIN.2 incite à l'utilisation d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles et d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave.

## **Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins, notamment invasives, associées à des risques infectieux**

- L'Instruction DGS/RI3 n° 2011-449 du 1er décembre 2011 actualise les recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC) lors des actes invasifs ;
- Deux indicateurs ont été spécifiquement dédiés à la prévention des infections lors des actes invasifs : l'indicateur national « bactériémies associées aux cathéters veineux centraux en réanimation » (programme 2009-2013) et le nouvel indicateur ICA-LISO, centré sur les actions de prévention des infections de site opératoire (tableau de bord des IN 2012), remplaçant l'ancien indicateur SURVISO ;
- L'indicateur ICALIN.2 intègre des items relatifs à l'utilisation d'outils d'aide à l'observance des mesures de prévention lors des actes invasifs (cathétérisme veineux central ou périphérique, chambre implantable, dispositif sous cutané, sondage urinaire,).

## **Renforcer la prévention du risque infectieux soignants/soignés**

Dans sa version 2, l'indicateur ICALIN comprend des items incitant les ES à la vaccination du personnel de santé contre la rougeole, la rubéole, la coqueluche, la grippe, en sus de l'hépatite B.

## 2. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

### **Généraliser et renforcer la qualité des méthodes de surveillance**

- La 5<sup>ème</sup> enquête nationale de prévalence des IN ([ENP 2012](#)), programmée dans le PROPIN, a été réalisée entre mai et juin 2012 (instruction du 10 février 2012), sous la coordination du réseau RAISIN des CCLIN et de l'InVS, et pour la première fois, dans le cadre d'une enquête européenne, ayant en grande partie adopté les méthodes éprouvées en France. Elle a permis de rassembler les données sur 1938 ES et plus de 300 000 patients, montrant une prévalence globale de patients infectés de 5,1% et une prévalence de malades traités par antibiotiques de 17% ; en court séjour, ces chiffres étaient de 5,6% et 25%. Par rapport à la précédente enquête de 2006, la prévalence de patients infectés est restée stable en court séjour, mais a diminué de 21% dans les autres types de séjour. La prévalence de patients infectés par un SARM a baissé de 50%, mais celle de patients infectés par une entérobactérie résistante aux C3G a augmenté de 38%.
- La fiabilité et la mise en commun des données des réseaux de surveillance du réseau RAISIN coordonnés par les CCLIN et l'InVS ont été améliorées par l'utilisation d'outils de recueil informatiques, permettant une restitution des résultats plus rapide aux ES. Le processus de production et de publication des résultats a été également raccourci ; ceux-ci sont régulièrement présentés en COSPIN pour informer des résultats des programmes de prévention.

### **Valoriser les données des différentes sources d'information**

- Les données épidémiologiques relatives aux infections nosocomiales et aux infections associées aux soins dans le secteur de soins de ville sont présentées annuellement à la COSPIN et aux réseaux d'experts ;
- L'instruction relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé est actualisée chaque année (2011-2012). La campagne de recueil 2012 constitue la deuxième année de recueil des items permettant de calculer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales de 2<sup>ème</sup> génération : ICALIN.2 (indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales, version 2), ICSHA.2 (indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 2), ICA-LISO (nouvel indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire), ICA-BMR (nouvel indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes). Le recueil du TdBIN comporte également celui de l'indice SARM et de l'indicateur ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques) resté inchangé pour le recueil des données 2011, mais testé sur les données 2012 dans sa version 2.
- Cette version 2 d'ICATB a été élaborée en cohérence avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques par un groupe de travail pluri professionnel sous

l'égide de la COSPIN. Ce nouvel indicateur a été construit selon le mode « classique » en 3 volets, « organisation », « moyens », « actions », en privilégiant ce dernier volet par analogie avec la version 2 des indicateurs composites, après avoir défini les objectifs à atteindre pour les ES et leur ordonnancement en organisation, moyens et actions à conduire et les éléments de preuve, enfin la pondération des critères sélectionnés. En test sur les données 2012, il sera rendu public sur les données 2013.

- Les membres de la COSPIN ont été saisis par vote électronique en mars et septembre 2012 afin de donner leur avis sur des orientations pour un nouveau tableau de bord (perspectives 2014) notamment sur la fréquence et la pertinence du recueil et les indicateurs de résultats proposés par le HCSP.
- La COSPIN a examiné les travaux du groupe CLARTE sur l'expérimentation d'indicateurs de résultats relatifs aux événements indésirables associés aux soins dont les IN, à partir des données PMSI. Deux indicateurs « IN » ont été testés, l'un relatif aux infections de cathéters veineux, l'autre aux sepsis post-opératoires. Le premier apparaît soumis à trop de risques d'erreurs, le 2<sup>ème</sup> est potentiellement améliorable. Parmi les indicateurs testés, seul l'indicateur relatif aux « taux de thromboses veineuses profondes ou d'embolies pulmonaires associées à la pose de prothèse totale de hanche ou prothèse totale de genou » apparaît pour l'instant prometteur.

### **3. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique**

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

- Déploiement sur l'ensemble du territoire français (Métropole et DOM) de l'outil informatisé « e-SIN » par l'InVS en novembre 2011 pour la déclaration en ligne des infections nosocomiales relevant d'un signalement externe (instruction du 13 février 2012). En 2012, ce nouveau système est opérationnel. Il permet notamment de suivre avec précision l'émergence en France d'un des problèmes actuels parmi les plus préoccupants, celui des entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC), dont une majorité est liée à une importation à partir d'une hospitalisation ou d'un séjour à l'étranger, mais une proportion croissante apparaît d'origine « autochtone » ; cette évolution fait l'objet d'un bilan semestriel établi par l'InVS.
- Plusieurs circulaires ont encadré la lutte contre les BMR importées, à la suite de circulaire DGS 2010-413 (6 décembre 2010) relative aux mesures de contrôle des cas importés d'EPC : instruction du 26 août 2011 relative aux mesures de contrôle des EPC ; circulaire du 9 mai 2012 relative à l'organisation des rapatriements

sanitaires de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BMR).

- Ces mesures ont été récemment complétées (juillet 2013) par l'actualisation des recommandations du HCSP sur la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe), qui regroupent et actualisent les précédentes recommandations sur les ERV et EPC.

### **Renforcer la prévention de la transmission croisée**

- Trois indicateurs du TdBIN sont directement ou indirectement consacrés à la prévention de la transmission croisée : 1) l'indicateur ICSHA, dont le niveau d'exigence a progressivement augmenté au cours des années 2009 à 2012, et qui comprend également dans sa version 2 de nouvelles activités non incluses dans la version précédente ; 2) l'indicateur SARM, qui mesure l'évolution du taux de SARM sur 3 ans, pris pour reflet des efforts engagés pour prévenir leur transmission au sein des ES ; 3) le nouvel indicateur ICA-BMR (depuis 2012), qui inclut les mesures de prévention de la transmission croisée des bactéries multi-résistantes.

## **4. Maintenir l'usager au centre du dispositif**

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

- L'information en direction du public a été poursuivie par 1) la mise à disposition du bilan des indicateurs sur le site PLATINES, et 2) l'obligation d'affichage public dans les ES des résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins).

### **Optimiser la qualité de prise en charge du patient infecté**

- En 2009, 9 centres de référence (CR) pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes ont été créés (financés par dotation de missions d'intérêt général « MIG ») et 15 centres correspondants (CC) sont opérationnels, soit au total en 2012 une cartographie de 24 centres sur l'ensemble du territoire. Les missions des CR sont ciblées sur l'information de ces centres auprès des usagers, la communication avec les autorités sanitaires pour un objectif d'efficacité de la prise en charge du patient et de son orientation dans son parcours de soins. L'activité chirurgicale (séjours correspondants aux GHM 08C56x, complexes ou non) issue du PMSI comptabilise entre 150 et 250 séjours/an (CR + CC) mais le pourcentage de séjours complexes varie de 10 % à plus de 80% selon les centres. L'attractivité géographique extra-régionale est

importante pour les CR franciliens. La prise en charge des patients en dehors de leur région ou département de résidence est croissante. Un rapport annuel d'activité de ces centres est transmis à la DGOS.

- L'indicateur ICATB.2 officialise la fonction de « référent antibiotique » dans les ES en définissant un quota minimal d'ETP (0,3 ETP/400 lits), référent dont une partie de l'activité est consacrée au conseil d'antibiothérapie pour un traitement le mieux adapté possible, et au meilleur usage des antibiotiques en général.

## 5. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales

### **Améliorer la professionnalisation et la lisibilité des structures de prévention des infections nosocomiales à chaque échelon et renforcer la structuration de la prévention des infections nosocomiales**

- Au niveau national et régional
  - Mise en place des ARS en mai 2010 et création du réseau des référents IAS au sein des ARS (contrôle du tableau de bord et prise en compte de la gestion du risque infectieux dans les CPOM) ;
  - Mission de contrôle interne des activités sanitaires de l'InVS comportant un volet relatif à la surveillance des infections nosocomiales, IGAS 2011 ;
  - Le suivi du programme d'action et la coordination des structures régionales (réseau CCLin-Arlin) est assuré via la COSPIN ;
  - La COSPIN veille à la cohérence des actions du programme national avec les travaux d'expertise du haut conseil de la santé publique sur le risque infectieux en milieu de soins. Dans ce cadre, le HCSP a été saisi pour proposer de nouveaux indicateurs de résultats de prévention des infections associées aux soins. Ce travail, basé sur un consensus formalisé d'experts, a abouti à proposition de 6 indicateurs (1/ ISO sur chirurgie prothétique hanche / genou ; 2/ Bactériémies sur CVC en réanimation ; 3/ Bactériémies sur CVC en néonatalogie ; 4/ Bactériémies sur abords vasculaires en hémodialyse ; 5/ Bactériémies à SARM ; 6/ Pourcentage de soignants vaccinés contre la grippe), présentés et discutés en COSPIN.
  - La COSPIN veille également à la cohérence du programme national de prévention des IN avec le plan d'alerte sur les antibiotiques. C'est dans ce cadre qu'a été élaboré le nouvel indicateur ICATB.2.

- Au niveau local
  - Renforcement de la visibilité des EOHHH par le décret sur la « gestion des événements indésirables associés aux soins » et sa circulaire d'application de novembre 2011 ;
  - L'indicateur ICALIN.2 réaffirme l'exigence de personnel dédié à l'hygiène hospitalière en adéquation avec les préconisations nationales.

### **Favoriser l'articulation des démarches de prévention des infections nosocomiales avec celles des autres risques associés aux soins**

- A la suite du rapport de mission IGAS sur le contrôle interne des activités de l'InVS, une réflexion a été engagée sur l'évolution du pilotage et de l'organisation des structures d'appui inter-régionales et régionales (CClin/Arlin), dans le contexte de la nouvelle organisation sanitaire, du développement de la gestion des risques et de la réorganisation des vigilances. Une évaluation externe des missions et du pilotage des Cclin et Arlin commanditée par la DGOS a été réalisée en 2012 (Rapport Ernst & Young, novembre 2012).
- La COSPIN inclut un représentant de la DGCS, afin d'assurer la cohérence avec le programme de prévention des événements indésirables associés aux soins dans le secteur médico-social, récemment élaboré (Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013).

## **6. Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales**

**Les objectifs fixés dans le programme étaient de : 1) promouvoir une organisation et un environnement favorisant le développement de la recherche sur les infections nosocomiales, 2) améliorer les connaissances pour de meilleures stratégies de prise en charge et de prévention des infections nosocomiales, et 3) promouvoir la recherche sur l'impact et la perception des infections nosocomiales**

- Le soutien à l'effort de recherche des offreurs de soins contribue à développer de nouvelles formes de prise en charge des patients, à améliorer la qualité des pratiques et à optimiser les parcours de soins. En 2012, la DGOS a lancé, via une circulaire unique, la campagne des appels à projets en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale.
- L'impact et la prévention de la résistance aux antibiotiques faisaient partie des axes thématiques prioritaires identifiés dans le programme hospitalier de

recherche clinique national (PHRCN) en 2011. Le ministère chargé de la santé a souhaité encourager la recherche clinique sur ce thème, notamment concernant l'impact des résistances aux antibiotiques, les facteurs associés à l'émergence et la diffusion des résistances, les stratégies de prise en charge et de meilleur usage des antibiotiques, (incluant l'impact de méthodes diagnostic rapide), les modalités et impact des stratégies de prévention (transmission croisée, vaccination, etc.). Le PHRC encourageait ainsi la recherche sur l'impact clinique de la résistance aux agents anti-infectieux et l'évaluation de stratégies permettant de la maîtriser. La recherche multidisciplinaire était encouragée, concernant notamment :

- l'épidémiologie de la résistance et de sa diffusion en milieu de soins, incluant les interactions hôte-pathogènes, et l'impact clinique d'interventions visant à modifier ces interactions ;
  - l'analyse des conséquences (morbidité et mortalité) de la résistance aux antibiotiques, et de manière plus générale l'impact sur la santé publique de la résistance aux antibiotiques ;
  - les études d'impact d'interventions visant à la prévention et la maîtrise de la résistance, des déterminants et barrières au meilleur usage des antibiotiques dans le système hospitalier et de stratégies de réponse, incluant les aspects organisationnels. L'implication de collaborations entre équipes hospitalières et structures de recherche spécialisées en sciences humaines et sociales est encouragée dans ce domaine ;
  - l'impact sur l'usage des antibiotiques et le devenir des patients de nouvelles méthodes de diagnostic rapide en microbiologie
- La qualité des soins a été retenue parmi les axes prioritaires du programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins (PREPS). Parmi les thèmes fléchés figurent les projets élaborés dans le cadre de plans ou programmes nationaux et/ou régionaux de santé publique, dont le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, et celui relatif aux antibiotiques et à la sécurité des patients. L'appel d'offre mentionnait à titre d'exemple l'évaluation des alertes automatisées sur les BMR produites par les systèmes d'information des laboratoires.
- Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) flèche également les projets relatifs à la qualité et la sécurité des soins et l'amélioration des pratiques professionnelles.
- La liste ci-dessous indique les projets retenus de 2009 à 2012 dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales, de la prise en charge des infections associées aux soins et de la résistance aux antibiotiques :

### Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS):

- Le représentant des usagers dans la prévention des infections nosocomiales : quelles modalités pour un soutien adapté à son implication dans le nouveau contexte institutionnel (CHU Rennes, 2012)
- Connaissances et perception de la résistance bactérienne aux antibiotiques dans les établissements de santé français (AP-HP, 2012)
- Comportements au bloc opératoire et impact sur le risque d'infection du site opératoire (Projet ARIBO : Attitudes et Risque Infectieux au Bloc Opératoire, AP-HP, 2011)
- Variabilité du diagnostic de l'infection du site opératoire (projet VARISO) (AP-HP, 2009)
- Evaluer l'apport de formations des représentants des usagers dans la lutte contre les infections nosocomiales au sein des établissements hospitaliers : approche exploratoire (CHU Rennes, 2009)

### Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)

- Infections Invasives à Streptocoque du Groupe A chez l'enfant : facteurs de virulence bactérienne et dépistage des facteurs de prédisposition immunologique et/ou génétique aux infections (AP-HP, 2012)
- Evaluation de la concordance entre des hémocultures prélevées au cordon et des hémocultures prélevées en périphérie le premier jour de vie dans l'infection materno-fœtale précoce (CHU Nantes, 2011)
- Évaluation de l'apport des techniques de biologie moléculaire dans le diagnostic des Infections sur Prothèses Ostéo-Articulaires (IPOA) (CHU Nantes, 2011)
- Evolution clinique et modifications du microbiote respiratoire en fonction du traitement antibiotique chez les patients atteints de mucoviscidose (AP-HM, 2011)
- Impact des précautions complémentaires dans la prévention des infections à *Pseudomonas aeruginosa* en réanimation (CHU Besançon, 2011)
- Comparaison entre la Chlorhexidine vs Povidone dans la prévention des Infections de dispositifs implantables resynchronisateurs. Etude multicentrique prospective randomisée (CHU Saint Etienne, 2011)
- Impact du cathéter d'analgésie cicatriciel sur le taux d'infections broncho-pulmonaires et la mortalité de l'opéré cardiaque par sternotomie (AP-HP, 2010)

- Observatoire de la résistance du CMV Humain aux antiviraux : facteurs virologiques immunologiques et pharmacologiques déterminant la non-réponse au traitement de l'infection à CMV chez les patients transplantés (CHU Limoges, 2010)
- Essai randomisé multicentrique daptomycine versus vancomycine dans le traitement des bactériémies nosocomiales ou liées aux soins à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (AP-HP, 2010)
- i-Bird (« Individual-Based investigation of resistance dissemination ») : Dynamique et transmission des bactéries multi résistantes (BMR) en milieu hospitalier (AP-HP 2010)
- Place des marqueurs bactériens dans le diagnostic de l'infection au cours du processus inflammatoire systémique (Fondation Hôpital St Joseph, 2009)
- Place de l'antibiothérapie postopératoire dans la cholécystite aiguë lithiasique – étude randomisée ouverte (CHU Amiens, 2009)
- Protocole prospectif de prévention primaire des péritonites par le Taurolock chez les patients traités par dialyse péritonéale (CHU Nimes, 2009)
- Etude ENLIL : Evitabilité des infections en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Mesure de l'impact d'un programme de prévention par un essai interventionnel randomisé en cluster (AP-HP, 2009)
- Comparaison de deux durées d'antibiothérapie pour le traitement des infections intra-abdominales nosocomiales admises en réanimation : essai randomisé multicentrique (AP-HP, 2009)
- Recherche de biomarqueurs sériques et/ou plasmatiques diagnostiques, pronostiques et/ou prédictifs de mycose invasive chez le patient neutropénique (CHU Dijon, 2009)
- Détection et caractérisation de virus émergents chez les patients transplantés rénaux et hépatiques (AP-HM, 2009)
- Etude multicentrique, randomisée, ouverte évaluant l'efficacité de deux durées d'antibiothérapie (6 semaines vs 12 semaines) dans le traitement des infections ostéo-articulaires avec changement de prothèse (CHRU Tours, 2009)

### **Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)**

- Développement et validation d'un score de détection précoce du sepsis sévère aux urgences par l'infirmière (APHP, 2011)

## B. Objectifs quantifiés du PROPIN

Le programme définit des objectifs quantifiés à atteindre en 2012, tant au plan national (5 objectifs) qu'au niveau des établissements de santé. Ces objectifs ont été fixés en tenant compte du dispositif de la LIN mis en place en France, des données disponibles et des résultats déjà obtenus au niveau national. Ils couvrent 3 champs prioritaires du programme national : 1) la prévention des infections associées aux actes invasifs, 2) la maîtrise de la diffusion des BMR, 3) l'organisation du dispositif de LIN.

Le degré d'atteinte de ces objectifs est mesuré soit à partir des données 2012 des réseaux RAISIN pour les objectifs nationaux, soit à partir des données du Tableau de Bord des IN 2012 des établissements de santé pour les objectifs locaux, qui permettent de mesurer en grande partie les progrès accomplis pendant la durée du programme et d'identifier les axes d'amélioration.

### 1. Améliorer la prévention des infections associées aux actes invasifs

#### Objectifs quantifiés nationaux de résultats en 2012 (données RAISIN 2012)

- **le taux d'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation pour 1000 jours d'exposition aux CVC a diminué d'un quart ; [données de référence : REA RAISIN 2008]**
  - Le P75 de l'incidence des bactériémies liées aux cathéters (BLC) était en 2008=1,22 ; après une baisse jusqu'à 0,77 en 2010, il est en 2012=1,06, soit une baisse globale de 13,1 % sur les 5 années ; il faut cependant noter que près de ¾ des services participants à ce réseau (71%) ont un taux inférieur à l'objectif cible (rapport RAISIN-Réa 2012).
- **le taux d'incidence des infections du site opératoire pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes ; [données de référence : ISO RAISIN 2008]**

Le réseau ISO-RAISIN recueille les données annuelles sur plus de 300 000 interventions. Les résultats sont contrastés suivant le type d'intervention cible. Les résultats globaux sont à interpréter avec prudence, en raison de variations parfois importantes des hôpitaux et services volontaires participants ; les données sont plus fiables lorsque l'on analyse la cohorte stable de services participants :

- Chirurgie du sein : le p75 a diminué de 28%, le taux moyen d'infection étant passé de 2,08 à 1,57 cas pour 100 interventions ; le taux médian est passé de 1,52 à 1,29. Ces variations sont confirmées sur la cohorte stable.

- Césarienne : le taux médian d'infection a légèrement baissé au cours de la période 2008-2012 (1,27 à 1,07, soit -15%), mais le P75 est resté stable de 2008 à 2010 (2,31 à 2,25) pour devenir un peu supérieur en 2012 (2,58). Les variations sont similaires dans la cohorte stable.
- Chirurgie orthopédique : peu de variation sur cette intervention, après être resté stable entre 2008 (0,93) et 2011 (0,94), le p75 a légèrement augmenté en 2012 (0,98). Cependant, une diminution de 36% est observée dans la cohorte stable.
- Chirurgie digestive (cure de hernie) : Entre 2008 (0,71) et 2012 (1,03), le p75 a augmenté ; cependant, la médiane est restée à 0 sur la période, de même que le P75 dans la cohorte stable.
- Chirurgie digestive (cholécystectomie) : Entre 2008 et 2012, le p75 a diminué de 34%. La médiane est restée à 0, de même que le p75 dans la cohorte stable.

➤ **le taux d'incidence des accidents exposant au sang pour 100 lits a diminué d'un quart globalement et par catégorie d'établissements ; [données de référence : AES RAISIN 2008]**

Plus de 1000 ES ont participé à cette surveillance en 2012

- Cohorte globale : baisse du p75 de 20,7 % entre 2008 (8,2) et 2012 (6,5)
- Cohorte stable : baisse de 8,3 % entre 2008 (8,4) et 2012 (7,7)

**Objectifs quantifiés de moyens et processus en 2012 (tableau de bord des IN 2012)**

- **100% des établissements pratiquant la réanimation (selon le décret) utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance (type check liste par exemple)**
  - ICALIN A56 : 67,5% des ES pratiquant la réanimation utilisent un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur CVC
- **100% des établissements utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires (type check liste par exemple)**
  - ICALIN A55 : 60,8% des ES utilisent un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques
  - ICALIN A54 : 57,1% des ES utilisent un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire

- **95% des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des infections du site opératoire dans leur système d'information hospitalier**
  - ICALISO 04 : 84,4% des ES chirurgicaux intègrent le suivi des ISO dans leur système d'information hospitalier
- **100% des établissements pratiquant la chirurgie utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire (type check liste par exemple)**
  - ICALISO 05 : 95,5% des ES chirurgicaux utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire
- **100% des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves**
  - ICALIN A81 : 85,3% des ES ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves.
- **100% des établissements assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES) survenant dans l'établissement et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES**
  - ICALIN A71 : 96,0% des ES assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES)
  - ICALIN A11 : 95,7% des ES disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES

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

### **Objectifs quantifiés nationaux de résultats en 2012 (données RAISIN 2012)**

- **le taux d'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM [données de référence : BMR RAISIN 2008]**
  - Le P75 d'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a baissé entre 2008 et 2012 de 0,62 à 0,48, soit une baisse de 22%. Cette baisse continue des taux de SARM depuis 2003 est corroborée par les résultats des enquêtes de prévalence nationales, où le taux de SARM parmi les cas d'IN est passé de 61% en 2001 à 52% en 2006 et 38% en 2012, et où la prévalence des SARM est passée de 0,8% à 0,2% entre 2006 et 2012 (données ENP 2012- InVS).

➤ **la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1% au niveau national [référence : réseau EARSS-France]**

- de 2008 à 2009, la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides est restée inférieure à 1%
- en 2010 et 2011, la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides a augmenté respectivement à 1,1% et 1,4%
- en 2012, la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides est de nouveau inférieure à 1% (0,8% ; 5 souches / 614, données INVS-EARSS)

**Objectifs quantifiés de moyens et processus en 2012 (tableau de bord des IN 2012)**

➤ **100% des établissements de santé ont atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques**

- 63,8% des établissements de santé ont atteint 70% de leur objectif personnalisé

➤ **100% des établissements de santé ont défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, adapté à leur activité**

- ICABMR 01 : 89,7% des ES ont un protocole avec une liste de bactéries multi-résistantes prioritaires, actualisée dans les 5 dernières années
- ICABMR 02 : 68,6% des ES ont une politique de dépistage en fonction de leur activité, à la recherche de BMR, actualisée dans les 5 dernières années
- ICABMR 04 : 87,8% des ES ont restitué les résultats de la surveillance des BMR à la CME

➤ **100% des établissements de santé concernés ont inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluent son application dans le dossier patient**

- ICATB 7 : 69,5% des ES réalisent une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année du bilan

➤ **100% des établissements de santé disposent d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique**

- ICABMR 03 : 89,7% des ES ont un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux

➤ **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**

- ICALIN A12 : 80,4% des ES disposent d'une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB
- ICALIN A13 : 84,1% des ES ont une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe des professionnels de santé l'année du bilan
- ICALIN A14 : 55,3% des ES ont une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole des professionnels de santé l'année du bilan
- ICALIN A15 : 55,6% des ES ont une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la coqueluche des professionnels de santé l'année du bilan

**3. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales**

**Objectifs quantifiés de moyens et processus en 2012 (tableau de bord des IN 2012)**

➤ **100% des établissements de santé ont une procédure de signalement interne et externe opérationnelle**

- ICALIN O41 : 96,5% des ES ont une procédure de signalement interne d'infection nosocomiale
- ICALIN O41 : 95,4% des ES ont une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale

➤ **100 % des établissements sont en conformité avec les spécifications de l'encadrement en personnel des équipes opérationnelles d'hygiène**

- ICALIN M11 : 71,0% des ES respectent le ratio en personnel médical de l'EOHHH
- ICALIN M12 : 81,9% des ES respectent le ratio en personnel para médical IDE de l'EOHHH
- ICALIN M13 : 78,4% des ES ont un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un un autre personnel permanent

➤ **100% des établissements de santé mettent en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux**

- ICALIN A23 : 95,3% des ES ont réalisé une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains dans les 5 dernières années

- ICALIN A32 : 89,3% des ES ont réalisé une évaluation des pratiques relative aux précautions « standard » autre que l'hygiène des mains dans les 5 dernières années
  - ICALIN A43 : 58,3% des ES ont réalisé une évaluation du respect des précautions complémentaires de type contact dans les 5 dernières années
  - ICALIN A44 : 58,3% des ES ont réalisé une évaluation du respect des précautions complémentaires de type air dans les 5 dernières années
  - ICALIN A57 : 43,6% des ES ont réalisé une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire dans les 5 dernières années
  - ICALIN A58 : 13,8% des ES ont réalisé une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur voies veineuses périphériques et cathéters veineux centraux
  - ICALIN A58 : 19,1% des ES ont réalisé une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur chambre implantable
  - ICALIN A59 : 64,4% des ES ont réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sur un autre thème dans les 5 dernières années
- **100% des centres participant au dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes évaluent la satisfaction des patients pris en charge par le dispositif**
- 5 centres de référence sur 9 évaluent la satisfaction des patients pris en charge (données du rapport d'activité 2012 des CIOA)

## C. Actions à venir

En 2013, l'évaluation du PROPIN 2009-2013 est conduite par le HCSP. Les conclusions, attendues au premier semestre 2014, aideront la COSPIN à élaborer des propositions pour de nouvelles perspectives en matières de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur des soins de ville en cohérence avec les objectifs de la nouvelle loi de stratégie nationale de santé (SNS 2014).

La COSPIN suivra les travaux relatifs :

- A l'évolution des indicateurs IN du tableau de bord : à la suite d'une consultation par vote des membres de la COSPIN, une proposition d'évolution des indicateurs du tableau de bord a été faite, pour l'avenir immédiat, concernant le rythme de recueil des indicateurs en fonction de l'activité des ES, et leurs évolutions à plus long terme ;
- Au groupe de travail conjoint COSPIN-InVS, mis en place en 2013 pour faire des propositions sur la « hiérarchisation des priorités de surveillance des IAS » : les axes prioritaires de surveillance des IAS qui seront retenus, contribueront à l'évaluation du programme national, la construction du futur PROPIN et à la construction de futurs indicateurs de résultats dans le cadre du tableau de bord des IN ;
- Au « Programme de prévention des IAS de ville » : l'élaboration de ce programme est en cours par un groupe de travail issu de la COSPIN, et faisant appel à des expertises extérieures à la commission. Il est une des déclinaisons du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS), après les volets « prévention des infections nosocomiales en établissements de santé » et son homologue pour le milieu médico-social, et le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. L'objectif de ce programme est d'apporter des réponses pratiques et documentées afin de faciliter l'exercice quotidien des professionnels et de prévenir les IAS de ville, dans une approche visible et pragmatique, en abordant notamment les thèmes suivants : 1) description épidémiologique des IAS de ville ; 2) mise à disposition des professionnels de ville des référentiels et recommandations dans le cadre d'un dispositif d'information et d'aide à la prise en charge des IAS ; 3) intégration de protocoles utiles à l'exercice libéral, aux actions développées par les URPS, dans le cadre des actions régionales de prévention des IAS ; 4) réflexion sur les conditions optimales de déclaration des IAS par les professionnels. Le groupe de travail s'appuie sur une enquête relative à la perception du risque infectieux et aux attentes des représentations des professionnels de santé libéraux pour élaborer des objectifs opérationnels et les actions à conduire ;
- Au projet « PIRAMIG » qui a pour objectif, dans le cadre des travaux relatifs à la sécurisation juridique des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG), d'homogénéiser et d'informatiser les rapports d'activité des structures dotées de

MIG (CClin, Arlin, CIOA) afin de les objectiver et de justifier du service rendu au regard des crédits alloués. La finalité de ces rapports d'activité est d'évaluer au mieux les structures financées à travers les dotations MIG. Dès 2014, la plateforme PIRAMIG permettra le recueil de données 2013, ainsi que la mise en place, la consolidation et la restitution d'indicateurs ;

- A la proposition d'un audit national en 2014 sur l'évaluation des pratiques en endoscopie (préparation GREPHH) : cet audit ciblera tous les ES ainsi que le secteur libéral pratiquant de l'endoscopie avec des endoscopes souples, à canaux et non autoclavables. L'évaluation recensera 7 thèmes : formation du personnel, locaux et circuit, maintenance, contrôle microbiologique, traitement des endoscopes, traçabilité du patient, consommables, produits et équipements ;
- Au programme de Recherche : la circulaire DGOS du 18 mars 2013 relative au PHRC, au PRME, au PREPS, au PHRIP, au PRTK, pour l'année 2013 a lancé la campagne 2013 des appels à projets en matière de recherche clinique, de recherche médico-économique, de recherche sur la performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale et de recherche translationnelle. Pour la première fois, sont affichées trois grandes priorités sociétales qui sont communes à tous les appels à projets, dont la sécurité des patients, en référence au PNSP. Une autre évolution concerne l'articulation précisée des différents appels à projets entre eux. La recherche sur l'efficacité, la sécurité, la tolérance ou la faisabilité de l'utilisation des technologies de santé étant confiée au PHRC, alors que l'évaluation de l'efficience des technologies de santé, à travers des recherches médico-économiques, est confiée au PRME (qui se substitue au PSTIC, en élargissant son champ). Les projets retenus pour PHRC, PHRIP, PREPS, PRTS seront connus en décembre 2013. Des indicateurs de résultats permettront de les évaluer (nombre d'articles publiés dans des revues à comité de lecture, production de recommandations organisationnelles par exemple, « mesures d'intervention précoce », et validation de nouveaux outils « la détection précoce ») ;
- A l'étude IFAQ, qui vise à élaborer un modèle d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, intégrant certains indicateurs qualité parmi les 16 indicateurs actuellement soumis à diffusion publique. L'expérimentation a débuté en 2013 dans 218 établissements de santé.

### III. EN SYNTHÈSE

La commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville s'est attachée en 2011 et 2012 à compléter l'accompagnement et le développement des orientations définies dans le programme national 2009-2013. L'évaluation des résultats du programme national de lutte contre les IN est grandement facilitée par la mise à disposition des données issues du réseau CCLIN-ARLIN et de l'InVS à travers le RAISIN, complétées par les données du tableau de bord annuel des établissements, l'ensemble constituant un système de surveillance très complet et unique au monde.

Au regard des 2 grandes priorités inscrites dans le programme 2009-2013, à savoir la prévention des infections associées aux actes invasifs et la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes, les résultats peuvent être considérés comme bons, sans toutefois atteindre en totalité des objectifs fixés.

Concernant les actes invasifs, les deux objectifs nationaux ont été atteints en grande partie. Si la baisse du p75 de l'incidence des infections de cathéters veineux centraux en réanimation n'est que de 13% sur la période, avec une réascension entre 2010 et 2012, il faut noter que le taux global d'incidence dans le réseau Réa-Raisin reste très en-dessous de 1/1000 jours d'exposition (variant de 0.84 [0.0 – 1.22] à 0,68 [0.0 – 1.06] entre 2008 et 2012) ; par ailleurs, 58% des services participant au réseau ont une incidence nulle de BLC (taux médian=0), et 71% ont une incidence inférieure à la valeur cible du programme (0,91 BLC/1000 j).

Ces résultats, maintenus et même améliorés depuis plusieurs années, sont comparables aux meilleurs résultats obtenus dans le programme qualité spécifiquement dédié aux infections de cathéters développé aux Etats-Unis (Michigan) par Pronovost et coll. et qui fait figure de référence. L'actuelle rareté de ces infections fait que cet indicateur devrait évoluer dans deux directions : prioriser les infections du même type acquises en dehors des réanimations, où elles sont de fréquence croissante, et évoluer, que ce soit en réanimation ou en-dehors de la réanimation, vers l'analyse individuelle des cas avec analyse des causes lorsque cet événement devenu rare survient.

Concernant les infections de site opératoire, les résultats observés sur les ISO après acte marqueur sont très contrastés, avec une baisse sensible en chirurgie sénologique et pour les cholécystectomies, et une absence de variation significative pour les césariennes, les cures de hernie et la chirurgie orthopédique. Les taux faibles observés au cours de ces interventions de chirurgie propre (avec des p75 globalement  $\leq 1\%$ ) constituent néanmoins un « benchmarking » utile. Ils incitent, dans le même esprit que celui de la construction des indicateurs 2009-13 à modifier les objectifs fixés pour se concentrer sur les situations « d'outliers » et en identifier les causes. La comparaison de ces données de surveillance avec celles du nouvel indicateur ICALISO serait utile pour mieux interpréter ces résultats. En matière de surveillance, l'utilisation des outils informatiques locaux a progressé (>80%), sans atteindre encore 100%.

Concernant les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques, des progrès sensibles ont été accomplis par les ES dans la mise en place des mesures de lutte contre la transmission croisée et leur diffusion dans les ES, mesurées par l'indicateur ICA-BMR. La grande majorité des ES ont mis en place le signalement et disposent d'un plan de lutte en cas de situation à potentiel épidémique. La baisse continue des taux de SARM en est l'illustration. De même, l'objectif a été atteint sur la maîtrise de la diffusion de la résistance aux glycopeptides chez les entérocoques. Cependant, on sait qu'un accroissement important des taux d'entérobactéries BLSE s'est produit simultanément. Les résultats mitigés observés pour l'indicateur ICSHA, qui progresse peu, témoignent d'une pénétration encore insuffisante de la culture de la friction hydro-alcoolique dans nos établissements. Ces résultats s'expliquent en partie par l'accroissement du niveau d'exigence continu au cours des années 2009-2012, mais aussi par l'utilisation préférentielle croissante de gels plutôt que de solutions hydro-alcooliques. Néanmoins, un effort supplémentaire dans ce domaine doit être obtenu. L'expansion des EBLSE est un phénomène qui touche l'ensemble des pays Européens et au-delà ; sa maîtrise passe par la mise en œuvre de mesures non spécifiques, incluant la réduction de l'exposition aux antibiotiques, et de mesures spécifiques, notamment concernant la gestion des excréments fortement contaminés par ces bactéries. Un indicateur spécifique à ce type de résistance pourrait être un moyen utile à l'amélioration de la maîtrise de leur diffusion en milieu de soins.

Sur les objectifs de processus et de moyens demandés aux ES, les résultats sont également contrastés. Il existe une pénétration indéniable de la culture de sécurité des soins, dont témoigne le degré d'atteinte à environ 2/3 des ES de l'utilisation d'outils d'aide à l'observance des mesures de prévention lors des actes invasifs. Sachant que l'introduction de ces méthodes est relativement récente, ce degré d'atteinte peut être considéré comme satisfaisant ; il n'atteint cependant pas les objectifs fixés entre 75% et 100% des ES suivant les cas, et une marge de progression existe dans ce domaine.

La préparation d'un nouveau programme 2014-2018 a été initiée par une réflexion sur l'évolution des indicateurs à court et à plus long terme, et sur les priorités en matière de surveillance. Le réseau de surveillance actuel est très complet et très développé, et constitue un système unique au monde, d'ailleurs insuffisamment valorisé. Il peut néanmoins évoluer en développant des systèmes plus souples et plus rapidement adaptables à des situations épidémiologiques mouvantes. Les très riches données issues des enquêtes nationales de prévalence, quasi-exhaustives, doivent être mieux exploitées pour prioriser les actions de prévention et les indicateurs associés. Les objectifs quantifiés relatifs à des événements rares (bactériémies associées aux cathéters ou à SARM, certaines infections post-opératoires) doivent évoluer pour tendre vers une analyse au cas par cas et des causes profondes. Certains indicateurs deviennent obsolètes : c'est notamment le cas de l'indicateur SARM, qui pourrait être remplacé par un indicateur bactériémie à SARM, à objectif zéro, ou du score agrégé, qui atteint sa limite en montrant que plus de 90% des ES ont atteint un score A ou B. Enfin, le sujet de préoccupation majeur que constitue la prévention de la résistance aux

antibiotiques pourra justifier la combinaison des indicateurs ICATB.2 et ICA-BMR dans un indicateur unique, affirmant ainsi la convergence entre les deux types d'actions au niveau de ES en matière de prévention de la résistance aux antibiotiques.

Concernant l'évolution de l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins, le rôle d'expertise et d'appui des EOHH au sein des ES a été réaffirmé, de même que la place du référent antibiotique dans le dispositif. Au plan national, une réflexion a été engagée sur l'évolution et la réorganisation des vigilances et le rôle et les missions des CCLIN-ARLIN, visant à préciser leur positionnement au sein des vigilances, notamment à l'échelon régional, ainsi que leur positionnement vis-à-vis des ARS et des structures d'appui qui leur seront associées. Une évaluation externe de l'état des lieux et des scénarii d'évolution envisageables a été conduite sous l'impulsion de la DGOS. Cette réflexion est encore en cours, et devra aboutir en 2014.

## IV. ANNEXES

### A. Arrêté COSPIN (14 juin 2011)

22 juin 2011

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 27 sur 163

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville

NOR : ETSH1113206A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-1 et L. 6111-2 ;

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 modifié relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville a pour mission de contribuer à l'élaboration des programmes nationaux de prévention des infections nosocomiales et des infections associées aux soins dans le secteur des soins de ville, d'assurer le suivi de leur mise en œuvre et de les évaluer, en cohérence avec le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins.

La commission exerce ses missions dans les secteurs des établissements de santé et des soins de ville.

Dans ce cadre, elle assure le suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les deux secteurs précités, et notamment :

- fait toute proposition sur l'évolution de l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins dans ces secteurs ;
- fait des propositions au ministre chargé de la santé sur les méthodes d'évaluation de ces programmes ;
- informe le ministre chargé de la santé du suivi des actions et lui propose des éléments d'orientation pour améliorer la prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville ;
- assure la coordination des actions des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales et des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales dans le secteur des établissements de santé et dans le secteur des soins de ville ;
- propose les modalités de communication relative au suivi et à l'évaluation des programmes.

Elle peut être consultée par le ministre chargé de la santé sur toute question relevant de ses missions.

**Art. 2.** – La commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville est composée comme suit :

1° Membres avec voix délibérative :

- les responsables des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ou leurs représentants ;
- deux représentants des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales ;
- un représentant de la société française d'hygiène hospitalière ;
- les présidents des conférences des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitalo-universitaires, des centres hospitaliers, des centres hospitaliers spécialisés ou leurs représentants ;
- les représentants des conférences médicales d'établissements privés à but non lucratif et des conférences médicales d'établissements privés à but lucratif ;
- les présidents de la Fédération hospitalière de France, de la Fédération de l'hospitalisation privée, de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés, de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, de l'Association nationale des hôpitaux locaux ou leurs représentants ;

- un représentant des établissements autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé à ne pas créer de pôles d'activité en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique ;
- un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé ;
- un représentant du pôle « santé et sécurité des soins » du Médiateur de la République ;
- deux représentants des associations ou unions d'associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, désignés par le conseil d'administration du collectif interassociatif sur la santé ;
- cinq représentants de l'Union nationale des professionnels de santé ;
- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'offre de soins.

2° Membres siégeant sans voix délibérative :

- le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;
- le directeur général de la santé ou son représentant ;
- le directeur général de l'Union nationale de caisses d'assurance maladie ou son représentant ;
- le directeur général de l'Institut de veille sanitaire ou son représentant ;
- le président de la commission spécialisée sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques du Haut Conseil de la santé publique ;
- le président de la Haute Autorité de santé ou son représentant ;
- le président du conseil de l'ordre des médecins ou son représentant ;
- le président du conseil de l'ordre des infirmiers ou son représentant.

Pour l'exercice de ses missions, la commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville constitue, en tant que de besoin, des groupes de travail spécialisés. Elle peut, pour ses travaux, proposer à l'administration de faire appel à des personnalités qualifiées.

**Art. 3.** - Le directeur général de l'offre de soins arrête la liste nominative des membres de la commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville.

**Art. 4.** - Le ministre chargé de la santé nomme un président et un vice-président de la commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville, parmi les candidats ayant répondu à un appel à candidature. Le président et le vice-président sont issus l'un du secteur des établissements de santé et l'autre du secteur de soins de ville.

**Art. 5.** - La durée des fonctions du président, du vice-président et des membres de la commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville est fixée à cinq ans.

Le mandat du président, du vice-président et des membres de la commission de suivi prend fin en même temps que le mandat ou fonction au titre desquels les intéressés ont été désignés. En cas de vacance d'un siège du fait de l'empêchement définitif de son titulaire ou de la perte de la qualité au titre de laquelle il a été nommé, un autre membre est nommé dans les mêmes conditions que celui qu'il remplace pour la durée du mandat restant à accomplir.

**Art. 6.** - Les modalités de fonctionnement de la commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur de soins de ville sont précisées dans un règlement intérieur adopté par l'ensemble des membres de la commission de suivi et validé par le directeur général de l'offre de soins.

Un rapport d'activité annuel est élaboré. Il est transmis au ministre chargé de la santé.

**Art. 7.** - Le remboursement de frais de déplacement des membres de la commission s'effectue conformément aux conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

**Art. 8.** - Le secrétariat de la commission de suivi des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur de soins de ville est assuré par la direction générale de l'offre de soins.

**Art. 9.** - I. - L'arrêté du 31 janvier 2008 portant création du comité de suivi du programme de lutte contre la tuberculose en France est abrogé.

II. - L'arrêté du 25 avril 2006 relatif aux modalités de l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que des infections nosocomiales est abrogé à compter du 28 février 2011.

**Art. 10.** - La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 14 juin 2011.

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,  
XAVIER BERTRAND*

*La secrétaire d'Etat  
auprès du ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,  
chargée de la santé,  
NORA BERRA*

## B. Règlement intérieur COSPIN



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Règlement intérieur  
de la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins  
en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville.

### Article 1<sup>er</sup>

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 14 juin 2011 relative à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur des soins de ville, le règlement intérieur de cette commission a été adopté en séance du 23 septembre 2011 par les membres

### Article 2

Les missions de la commission de suivi sont précisées dans l'article 1 de l'arrêté susmentionné.

### Article 3

Les membres de la commission de suivi ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect.

Ils sont également soumis à l'interdiction mentionnée au premier alinéa de l'article L.4113-6 du code de la santé publique (loi « anti-cadeaux ») et aux dispositions du premier alinéa de l'article L.4113-13 du code de la santé publique.

Ils adressent à la direction générale de l'offre de soins à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de la commission de suivi, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs et est actualisée à leur initiative dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués.

### Article 4

La commission de suivi se réunit sur convocation de son président par la direction générale de l'offre de soins chargée du secrétariat de cette commission, au minimum quatre fois par an.

En dehors des situations d'urgence justifiant une réunion extraordinaire, ses membres reçoivent une convocation de réunion par messagerie électronique, si possible, 1 mois et au plus tard quinze jours, avant la date de la réunion. La convocation, comporte l'ordre du jour établi conjointement par le président et l'administration centrale ainsi que les documents nécessaires à l'examen des questions qui y sont inscrites.

Tout membre peut demander au président d'inscrire à l'ordre du jour des questions au plus tard quatre semaines avant la réunion.

### Article 5

Seules sont admises à participer aux séances de la commission de suivi les personnes désignées comme membres de la commission dans la lettre de mission de la commission, les invités permanents, et les représentants de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale de la santé.

Les invités permanents sont :

- le représentant de la direction générale de la cohésion sociale,

- le représentant du comité de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010 ou le comité équivalent de suivi pour le prochain plan.

Les membres de la commission de suivi ont la faculté de désigner un suppléant. Les personnes qualifiées ne peuvent être avoir de suppléant.

#### **Article 6**

La commission de suivi ne peut valablement délibérer sur les questions nécessitant un avis que si le quorum est atteint au début de chaque séance.

Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres composant la commission sont présents, y compris les membres prenant part aux débats au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle, ou ayant donné mandat.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, la commission délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé.

#### **Article 7**

Les délibérations ne sont pas publiques. Au terme de celles-ci, la commission de suivi peut émettre, sur demande du président ou d'un tiers des membres de la commission, des avis, des vœux ou des recommandations.

Les avis, vœux, ou recommandations peuvent être issus d'un consensus de la commission de suivi ou faire l'objet d'un vote à la demande du président ou d'un tiers des membres de la commission. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante. Le vote a lieu à bulletin secret si le président ou le tiers des membres présents le demandent.

Si des circonstances particulières l'exigent, la commission de suivi peut émettre son avis par courrier électronique. Les membres sont, en ce cas, invités à remplir, dans un délai alors précisé, un bulletin établi selon un modèle joint en annexe. A expiration du délai susmentionné, l'absence de réponse vaudra approbation sans réserve.

Sauf circonstances particulières, les questions non prévues à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'une présentation mais ne donnent pas lieu à un avis.

Un compte-rendu est établi après chaque séance. Il précise le nom des membres présents ou représentés par leurs suppléants, les invités permanents ou invités pour la réunion, des absents, les questions examinées, les vœux, avis et recommandations émis au cours de la réunion. Il ne reprend pas l'intégralité des débats, mais rend compte de manière précise de leur déroulement. A la demande des intéressés, il peut faire état des positions minoritaires. Le compte-rendu est soumis à l'approbation des membres de la commission de suivi lors de la séance suivante. Une fois approuvé, le compte-rendu est définitif et signé par le président.

#### **Article 8**

La commission de suivi, à la demande du président ou d'un tiers des membres de la commission, peut faire appel à des personnalités choisies en dehors des membres de la commission dont l'audition paraît de nature à éclairer les débats. La personne convoquée ne peut assister qu'à la partie du débat relative aux questions pour lesquelles son audition est demandée.

#### **Article 9**

Lorsque se constitue un groupe de travail, doivent être précisés par le président et en accord avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) :

- les objectifs recherchés ;
- les thèmes qui seront étudiés ;
- les livrables et le calendrier des travaux ;

- la composition du groupe de travail ;
- la participation éventuelle de personnes extérieures à la commission ;
- les noms du président du groupe de travail et du (ou des) rapporteur(s).

**Article 10**

Les documents préparatoires, les comptes rendus et autres informations et documents sont à l'usage exclusif des membres de la commission de suivi. Toute utilisation en dehors de ce cadre fait l'objet d'une demande adressée au président de la commission et à l'administration centrale.

**Article 11**

La DGOS tient la commission informée des avis des experts scientifiques et techniques qu'elle peut être amenée à consulter pour la gestion d'une situation d'urgence qui relèverait de la compétence de la commission de suivi.

**Article 12**

Le président de la commission établit chaque année, avec l'aide du secrétariat permanent de la commission, un rapport d'activité qui est transmis à l'administration centrale au cours du premier semestre de l'année suivante. Ce rapport est rendu public sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Les objectifs annuels issus du programme 2009-2013 sont établis chaque année.

**Article 13**

En cas d'empêchement ou d'absence du président de la commission de suivi, le vice-président assure les missions du président précisées dans les articles précédents.

**Article 14**

Le remboursement de frais de déplacement des membres de la commission et des groupes de travail s'effectue conformément aux conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'État.

Paris, le 23 septembre 2011

Monsieur le professeur Christian Brun-Buisson, président de la Cospin

## C. Thèmes des réunions COSPIN 2011-2012

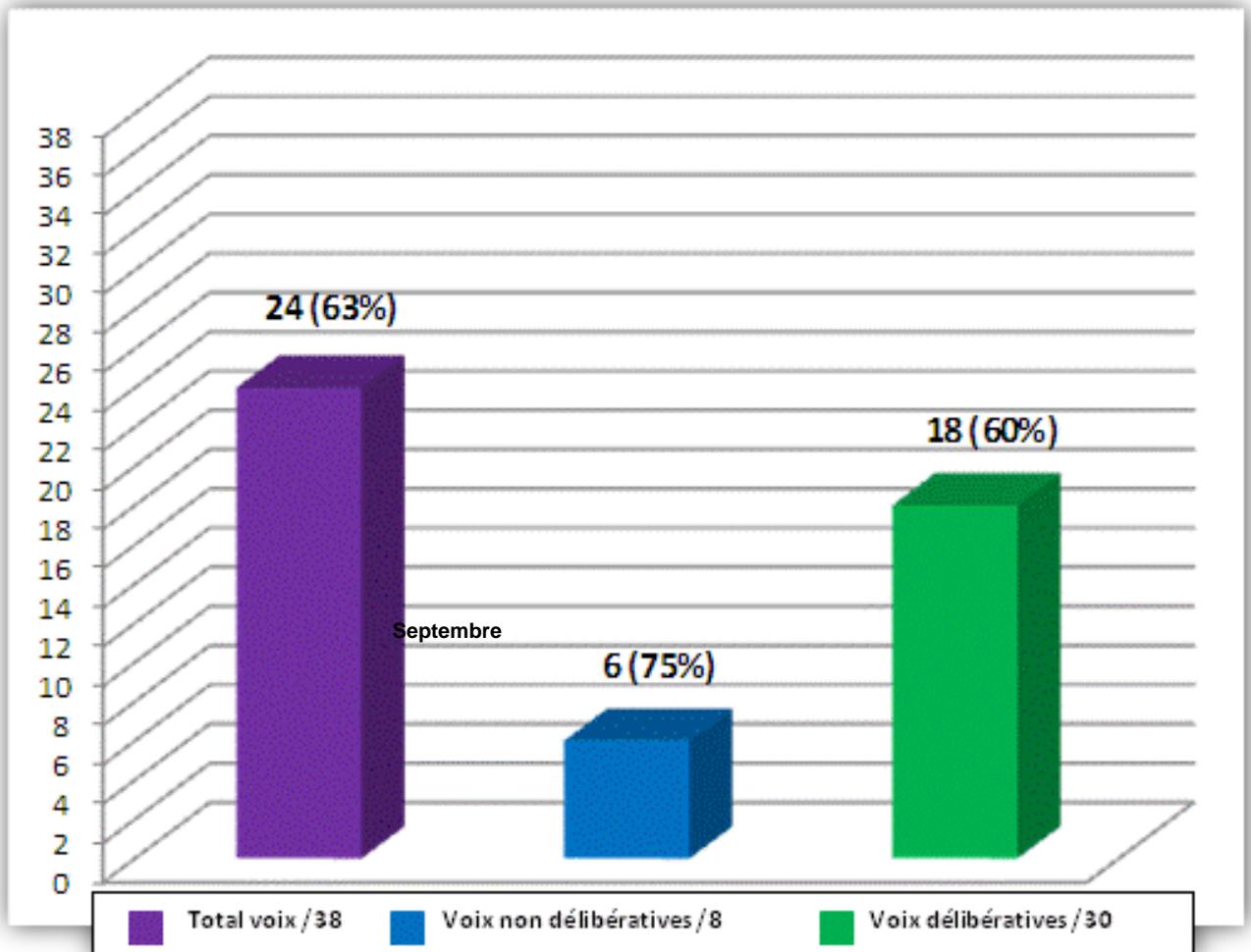
<b>Thèmes des 6 réunions COSPIN septembre 2011 à décembre 2012</b>	
<b>N°1</b> 23 septembre 2011	Présentation de la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et dans le secteur des soins de ville (V. Van Rossem, DGOS/PF2)
	Présentation des candidatures et élection du président et du vice-président (V. Salomon, DGOS/PF2) <i>élection du vice président reporté en janvier 2012</i>
	Intervention de Mme la directrice générale de l'offre de soins (Me Annie Podeur)
	Présentation et adoption du règlement intérieur (V. Van Rossem, DGOS/PF2)
	Point épidémiologique sur les infections associées aux soins infections nosocomiales (B. Coignard, InVS) infections associées aux soins dans le secteur de soins de ville (J.M.Thiolet, InVS)
<b>N°2</b> 24 janvier 2012	Présentation des candidatures et élection du vice-président (V. Salomon, DGOS/PF2)
	Adoption du règlement intérieur (Président et membres de la COSPIN)
	Point d'actualité sur la prévention des IAS Informations générales sur la prévention des Infections associées aux soins : Tableau de bord des IN 2010 et perspectives, circulaires parues et à venir, Prochaine journée Mains propres, prochaine enquête de prévalence 2012 (V. Van Rossem et V. Salomon, DGOS/PF2) Présentation des travaux du GREPHH (L Simon, CCLIN Est)
	Présentation des indicateurs PSI, validation du cadre nosologique (C Colin, CLARTE)
	Indicateurs de résultats : saisine du HCSP : point d'avancement (P. Astagneau, CCLIN Paris Nord pour le HCSP)
	Recommandations émises par l'IGAS concernant le chapitre « l'audit d'un système de surveillance : les infections nosocomiales » (M. Jeantet, IGAS)
<b>N°3</b> 15 mars 2012	Présentation du plan d'alerte sur les antibiotiques (J.M. Azanowsky, DGS)
	Point d'avancement du programme d'action des infections nosocomiales 2009-2013, actions prioritaires 2012 (V. Van Rossem et S. Alleaume, DGOS/PF2)
	Développement professionnel continu pour les offreurs de soins (B Bally, HAS)
	Point sur la médecine et la chirurgie esthétiques Epidémiologie (InVS, représentée par le P. Parneix du CCLIN Sud-Ouest) Retour d'expérience de la HAS sur la certification des structures

	<p>d'esthétiques (I. Alquier, HAS)</p> <p>Etat des lieux de la DGS et perspectives, (M Brian, DGS/PP1)</p>
	<p>Valorisation du score agrégé et des classes de performance (V. Van Rossem, DGOS/PF2)</p>
	<p>Point d'étape du groupe de travail de la commission sécurité des patients du HCSP : indicateurs de résultats (P Astagneau, groupe de travail de la commission sécurité des patients du HCSP sur les indicateurs de résultats, CCLIN Paris Nord)</p>
<p><b>N°4</b> 5 juillet 2012</p>	<p>Politique sur les indicateurs de qualité (L May, DGOS/PF2)</p>
	<p>Validation de l'indicateur ICATB V2 (V Salomon, V Van Rossem, DGOS/PF2)</p>
	<p>Restitution de la saisine du HCSP sur les indicateurs de résultats IN (P Astagneau, groupe de travail de la commission sécurité des patients du HCSP sur les indicateurs de résultats, CCLIN Paris Nord)</p>
	<p>Les audits de pratiques proposés par le GREPHH (E.Laprugne-Garcia, CCLIN Sud-Est, pour le GREPHH)</p> <p>Résultats nationaux des audits « précautions standard » et « voies veineuses périphériques »</p> <p>Présentation de la méthodologie des audits « précautions complémentaires » et « endoscopie »</p>
	<p>Préparation du programme de prévention des infections associées aux soins en ville (P Magne, DGOS/PF2)</p>
	<p>Points d'information (S. Alleaume, DGOS/PF2) :</p> <p>Missions mains propres et semaine de la sécurité des patients</p> <p>Evaluation externe des Cclin et Arlin</p>
<p><b>N°5</b> 2 octobre 2012</p>	<p>Enseignements de l'Eude MOSAR (C. Brun-Buisson, Pdt COSPIN)</p>
	<p>Priorisation de la surveillance (Raisin) (B. Coignard, InVS et P. Astagneau, coordonateur Raisin)</p>
	<p>Indicateurs et évaluation du programme LIN 2009-2013 : vote COSPIN (S. Alleaume, DGOS/PF2)</p>
	<p>Points d'information (S. Alleaume, DGOS/PF2) :</p> <p>Evaluation externe des Cclin et Arlin</p> <p>Missions mains propres et semaine de la sécurité des patients</p>
	<p>Point d'avancement du groupe de travail de prévention des IAS ville (Philippe Magne, DGOS/PF2)</p>
	<p>Réflexion coût / qualité de la prévention des IN</p> <p>Travaux de la DGOS sur l'incitation au financement de l'amélioration de la qualité (IFAQ), (V. Salomon, DGOS/PF2)</p> <p>Medicare : retour d'expérience made in USA, (I Durand-Zaleski, Pr en</p>

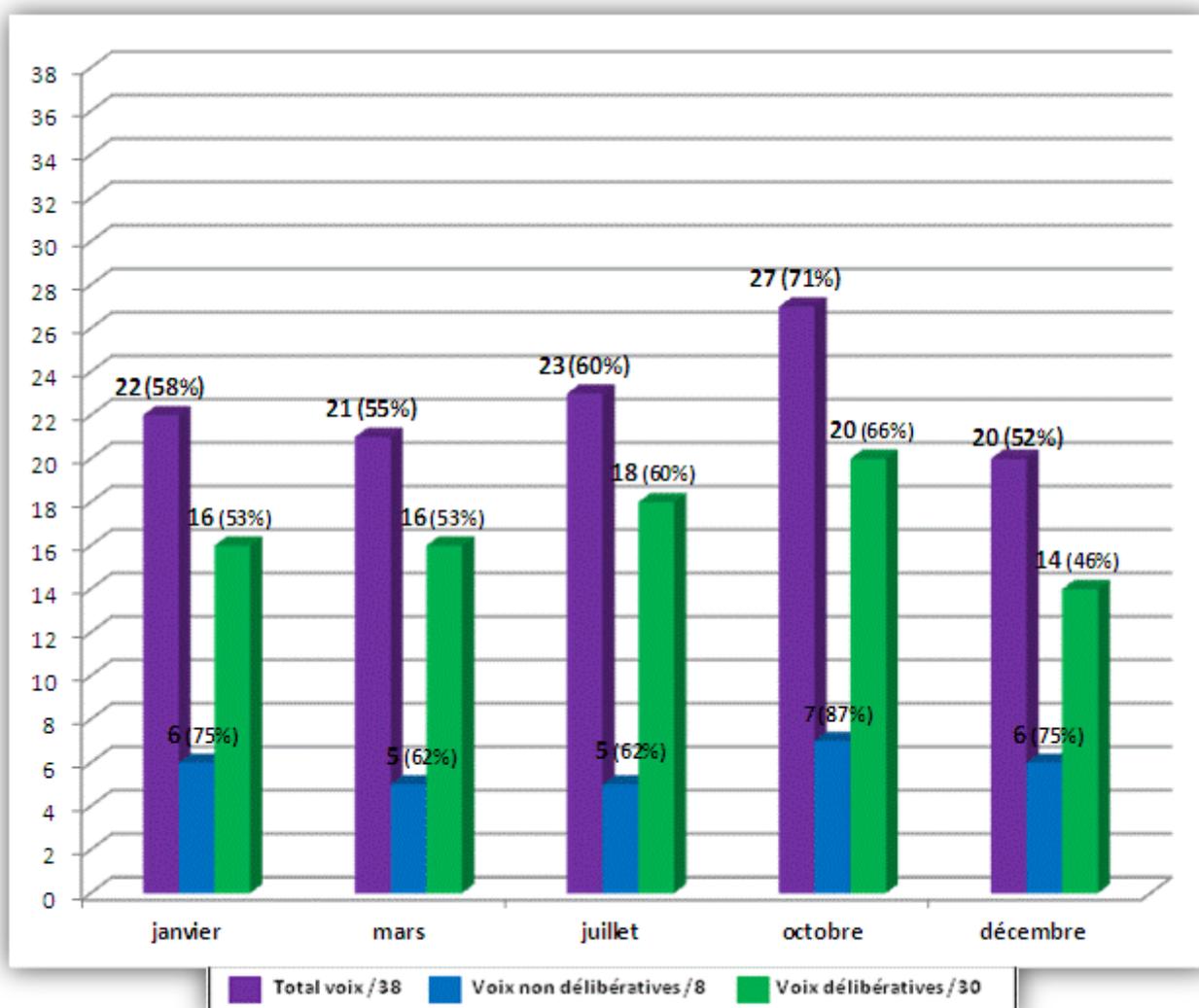
	Economie de la Santé à Paris12)
<p align="center"><b>N°6</b> 12 décembre 2012</p>	Présentation des indicateurs de sécurité du patient (PSI) (Cyrille Colin, Clarté)
	Enquête nationale de prévalence 2012 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé : Etat d'avancement de l'enquête française et retour de l'enquête européenne (B. Coignard, InVS)
	Résultats du tableau de bord des infections nosocomiales (G. Emery, DGOS/PF2)
	Vote n°2 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (S. Alleaume, DGOS/PF2)
	Centre de référence Infection Ostéo-Articulaire (IOA) (M. Le Moal, DGOS/PF2)
	Evaluation externe du pilotage et des missions des CCLin et Arlin (S. Alleaume, DGOS/PF2)

## D. Représentation des membres de la COSPIN aux réunions 2011-2012

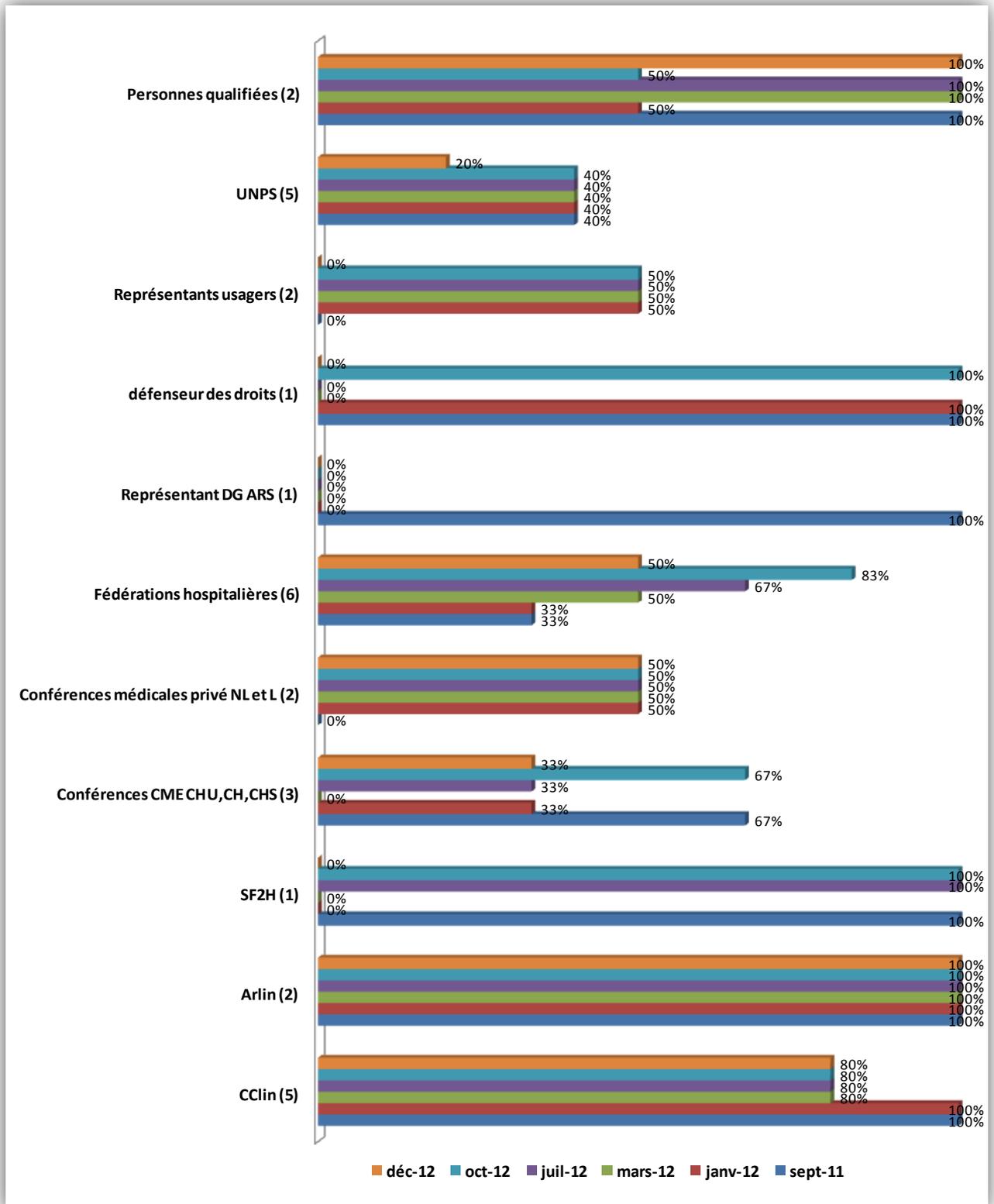
### 1. Participation des membres en 2011 (1 réunion)



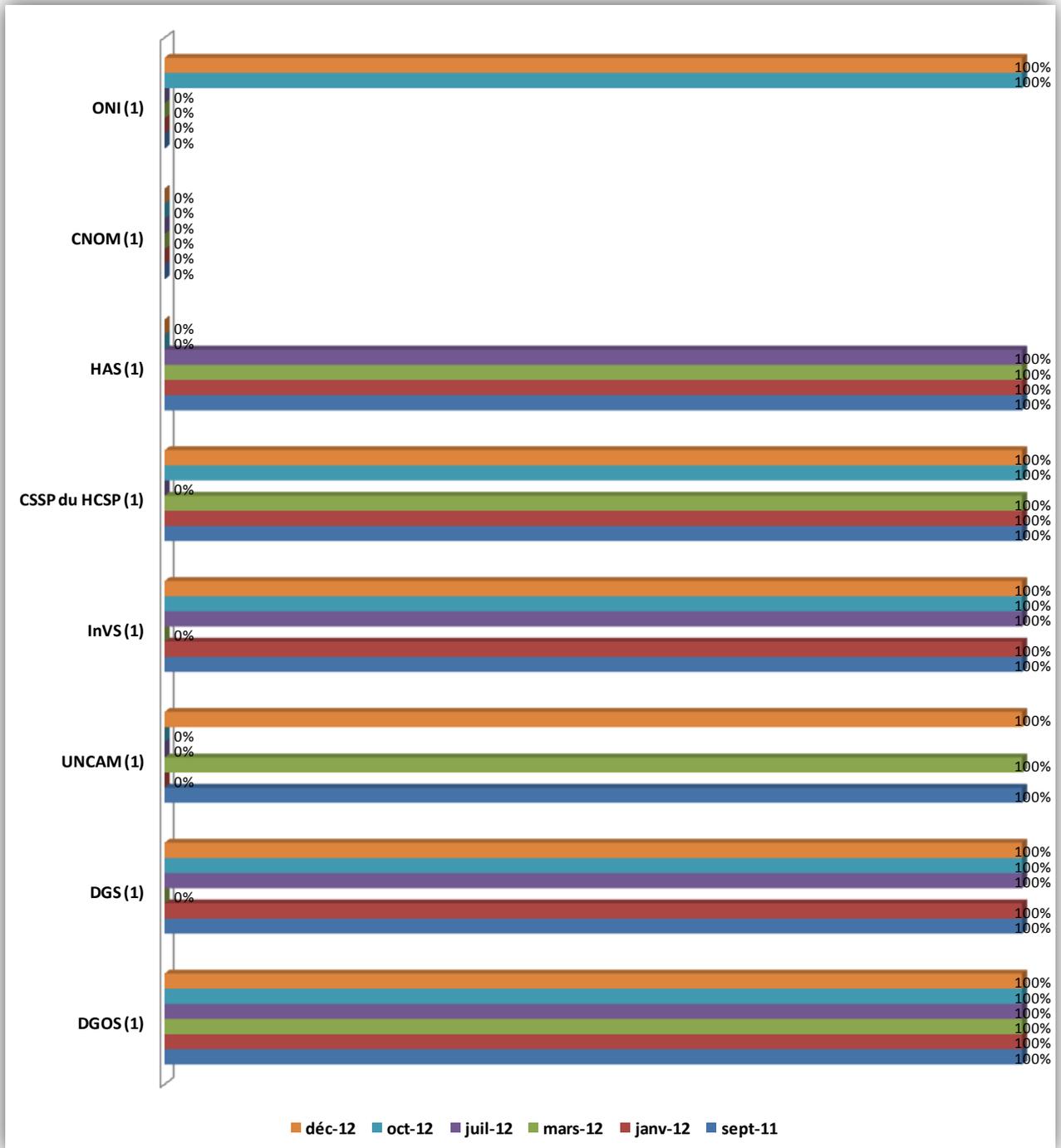
## 2. Participation des membres en 2012 (5 réunions)



### 3. Taux de participation des membres avec voix délibérative de septembre 2011 à décembre 2012 :



4. Taux de participation des membres sans voix délibérative de septembre 2011 à décembre 2012 :



## E. Textes réglementaires parus entre septembre 2011 et décembre 2012 ayant un rapport avec la LIN ou le programme national 2009-2013

### 1. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins

---

#### 2012 : décrets, arrêtés, instructions et circulaires

---

- Instruction DGOS/PF2 n° 2012-272 du 10 juillet 2012 relative à la semaine de sécurité des patients 2012
- Instruction N°DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé
- Arrêté du 8 juin 2012 relatif aux conditions d'accès pour la spécialité "hygiène hospitalière " au concours national de praticien des établissements publics de santé (session 2012 à 2015)
- Circulaire DGOS/RH4 n°2012-206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique
- Arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Organisme gestionnaire du développement professionnel continu »
- Décision n° 2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010). Abroge la Décision du 17 décembre 2008
- Instruction DGOS/PF2 n° 2012-93 du 10 février 2012 relative à la participation des établissements de santé à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2012, et informant des grandes actions programmées en 2012 sur la sécurité des soins
- Décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins
- Décret n° 2012-27 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des sages-femmes
- Décret n° 2012-28 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes

- Décret n° 2012-29 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des pharmaciens
- Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales

---

### **2011 : décrets, arrêtés**

---

- Arrêté du 26 décembre 2011 fixant la liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés
- Décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu
- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux
- Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes
- Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins
- Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes
- Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens
- Arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux tests d'orientation diagnostique de l'angine à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A

## 2. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance

- Instruction DGOS/PF2 n° 2012-93 du 10 février 2012 relative à la participation des établissements de santé à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2012, et informant des grandes actions programmées en 2012 sur la sécurité des soins

## 3. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique

---

### 2012 : arrêtés, instructions et circulaires

---

- Réponses à des questions fréquemment posées au sujet de l'application de l'instruction n° DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs. Juillet 2012
- Circulaire DGS/DUS/CORRUSS/2012/188 du 9 mai 2012 relative à l'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BMR)
- Arrêté du 30 avril 2012 fixant la liste des micro-organismes et toxines prévue à l'article L. 5139-1 du code de la santé publique. Abroge l'arrêté du 26 avril 2012
- Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3 n°2012-75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées

---

### 2011 : arrêtés, instructions et circulaires

---

- Instruction DGS/RI3 n° 2011-449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs
- Circulaire interministérielle DGS/DUS/DGSCGC n° 2011-418 du 29 novembre 2011 relative au plan national de prévention et lutte contre une pandémie grippale
- Arrêté du 20 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 21 avril 2011 relatif à la recommandation d'une vaccination contre les infections invasives à méningocoque B:14:P1-7,16 en Seine-maritime, dans la Somme et dans la Manche et aux modalités d'organisation de cette vaccination

#### 4. Maintenir l'utilisateur au centre du dispositif

- Instruction DGOC/PF2 n° 2012-259 du 29 juin 2012 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Arrêté du 24 mai 2012 portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique
- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique
- Décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 modifiant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

#### 5. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales

---

#### 2012 : arrêtés, instructions et circulaires

---

- ✚ Instruction du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées
- ✚ Rapport national 2011 sur le tableau de bord des infections nosocomiales. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 2012.
- ✚ Instruction DGOS/PF2 n° 2012-286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe 4. L'annexe 3 abroge et remplace l'annexe 4 de la circulaire DGOS/PF2 n° 2012-134 du 27 mars 2012
- ✚ Arrêté du 22 juin 2012 portant dérogation à titre exceptionnel de certaines dispositions de l'arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité "traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale"
- ✚ Circulaire interministérielle DGS/EA1/DGPR n° 2012-215 du 4 juin 2012 relative à l'application des décrets n° 2010-1263 et n° 2011-763 du 28 juin 2011

- ✚ Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011. Annexe 4 abrogée et remplacée par l'annexe 3 de l'instruction DGOS/PF2 n° 2012-286 du 16 juillet 2012
- ✚ Arrêté du 20 mars 2012 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Abroge l'annexe I de l'arrêté du 7 avril 2011
- ✚ Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013
- ✚ Instruction DGOS/PF2 n° 2012-101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales
- ✚ Arrêté du 1er février 2012 pris en application des articles R. 1335-8-7 à R. 1335-8-11 du code de la santé publique relatif aux conditions d'agrément des organismes individuels et collectifs assurant la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) perforants produits par les patients en autotraitement
- ✚ Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-31 du 18 janvier 2012 relative au rapport d'activité annuel 2011 des centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes (CIOA)
- ✚ Ministère des affaires sociales et de la santé. Comment jeter vos déchets de soins à risques produits à domicile ? 2012

---

### **2011 : décrets, arrêtés, instructions et circulaires**

---

- ✚ Instruction DGS/RI3 n° 2011-449 du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs
- ✚ Instruction du 25 novembre 2011 relative aux biberons stérilisés à l'oxyde d'éthylène
- ✚ Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- ✚ Décret du 12 novembre 2011 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins précise la définition des infections nosocomiales par rapport aux infections associées aux soins et réaffirme l'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène

- ✚ Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

## 6. Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales

- ✚ **CIRCULAIRE N°DGOS/PF4/2011/420 du 4 novembre 2011** relative aux appels à projets 2012 en matière de recherche clinique, d'innovation médicale, de performance du système de soins, de recherche infirmière et paramédicale
- ✚ **Circulaire N°DGOS/PF4/2013/105 du 18 mars 2013** relative au programme hospitalier de recherche clinique, au programme de recherche médico-économique, au programme de recherche sur la performance du système de soins, au programme de recherche infirmière et paramédicale, au programme de recherche translationnelle, pour l'année 2013

## F. Recommandations parues en 2011 et 2012 relatives à la LIN

---

### AFSSAPS

---

- + AFSSAPS. Bonnes pratiques de fabrication des médicaments 2011.
- + AFSSAPS. Critères de choix des procédés de désinfection des surfaces par voie aérienne en milieu de soins - Recommandations. 2011.
- + AFSSAPS. Traitement antibiotique de la légionellose chez l'adulte. 2011.
- + AFSSAPS. Mise au point sur la maintenance des dispositifs médicaux. 2011,
- + AFSSAPS. Antibioprophylaxie en chirurgie oculaire. 2011
- + AFSSAPS. Bonnes pratiques d'injection intra vitréenne (IVT). 2011.
- + AFSSAPS. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandations. 2011.
- + AFSSAPS. Utilisation de préparations hospitalières dans la décontamination digestive sélective. 2011.
- + AFSSAPS Traitement antibiotique de la légionellose chez l'adulte. 2011,
- + AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des aminosides administrés par voie injectable : gentamicine, tobramycine, nétilmicine, amikacine. 2011

---

### HAS

---

- + HAS. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. 2012.
- + HAS. Annonce d'un dommage associé aux soins. 2011.
- + HAS. Check-list cathéters veineux centraux. 2011
- + HAS. Check-list sécurité du patient au bloc opératoire. Mode d'emploi - Comment ça marche ? 2011
- + HAS. Check-list en endoscopie bronchique. 2011.
- + HAS. Check-list en endoscopie digestive. 2011.

---

## HCSP

---

- ✚ HCSP. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHB, VHC, VIH. 2011.
- ✚ HCSP. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. 2012.
- ✚ HCSP. Survenue des maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir. HCSP 2012.
- ✚ HCSP. Avis relatif à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale. 2012.
- ✚ HCSP. Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie. 2012.
- ✚ HCSP. Survenue de un ou plusieurs cas de gale : conduite à tenir (rapport). 2012.
- ✚ HCSP. Avis du 21 décembre 2012 relatif à la simplification du calendrier vaccinal.
- ✚ HCSP. Avis relatif aux recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques. 2012
- ✚ HCSP. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. 2012.
- ✚ HCSP. Avis relatif à la stratégie à adopter concernant le stock de masques respiratoires. 2011.
- ✚ HCSP. Pandémie grippale : utilisation et dimensionnement des stocks État de masques respiratoires. Rapport. 2011.
- ✚ HCSP. Avis relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale contre la grippe 2011-2012. 2011.
- ✚ HCSP. Avis relatif aux recommandations pour la prévention de la transmission en cas de suspicion de grippe. 2011.
- ✚ HCSP. Avis relatif à la définition des indications de recours indispensable aux biberons et tétines stériles pour l'alimentation des nouveau-nés et des nourrissons hospitalisés. 2011.
- ✚ HCSP. Avis sur la sécurité infectieuse des biberons et des tétines. 2011.
- ✚ HCSP. Risques sanitaires liés aux systèmes de brumisation d'eau. 2011.
- ✚ HCSP. Avis relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte. 2011.
- ✚ HCSP. Avis relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes. 2011,

---

**ADF, AFS, Anses, CISS, INRS, InVS, Ministère de la santé, URBH**

---

- ✚ ADF. Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires pour la prévention des infections associées aux soins. 2011.
- ✚ AFS, SF2H, SOFCOT. Conduite à tenir en cas de découverte d'un emballage de stérilisation mouillé ou humide en cours d'intervention. 2011.
- ✚ Anses. Méthodes de détection et de dénombrement de *Légionella* dans l'eau. 2011.
- ✚ CISS. Guide CISS du représentant des usagers des systèmes de santé CISS. 2011.
- ✚ INRS. Déchets infectieux. Elimination des DASRI et assimilés : prévention et réglementation. 2011.
- ✚ InVS. Couverture vaccinale des résidents et du personnel dans les établissements pour personnes âgées de Bourgogne et de Franche-Comté. Rapport d'enquête 2011. 2012,
- ✚ Ministère des affaires sociales et de la santé. Kit pédagogique pour l'usage des antibiotiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). 2012
- ✚ URBH. Guide de la fonction linge dans les maisons de retraite et les centres d'hébergement de longs et moyens séjours. 2012.

---

**SH2H**

---

- ✚ SF2H. Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux. Mars 2012.
- ✚ SF2H. Cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique ou Picc lines (Peripherally Inserted Central Catheter). Note technique. 2011
- ✚ SF2H. Antiseptie de la peau saine pour la mise en place de cathéters vasculaires, la réalisation d'actes chirurgicaux et les soins du cordon chez le nouveau-né âgé de moins de trente jours et le prématuré. 2011
- ✚ SF2H, SFMM. Risque infectieux fongique et travaux en établissement de santé. 2011.
- ✚ SFED, SF2H, SNFGE. Réalisation d'une endoscopie digestive haute puis basse avec le même endoscope chez le même patient. 2011.
- ✚ SF2H, SFED. Recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des enceintes de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET). 2011.

## V. ABREVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATNC	Agents transmissibles non conventionnels
BMR	Bactéries multi résistantes
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CIOA	Centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires
COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
EBLSE	Entérobactéries productrices de beta-lactamase à spectre étendu
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénèmase
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HPST	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
ICABMR	Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes
ICALIN.2	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2
ICA-LISO	Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire
ICATB	Indicateur composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA.2	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2
IN	Infection nosocomiale
InVS	L'Institut de veille sanitaire
PHA	Produit hydro-alcoolique
PHRCN	Programme hospitalier de recherche clinique national
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PREPS	Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline