

Introduction

Les cibles proposées s'inscrivent dans les priorités identifiées par les trois axes retenus pour encadrer la prévention du risque infectieux et sa prise en charge dans les trois secteurs (ES-EMS-Ville) :

Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.

Cet axe prend en compte les priorités du PNSP relatives à l'information et l'implication du patient dans un partenariat soignant-soigné : le patient est co-acteur de sa sécurité et participe à la déclaration des événements indésirables associés aux soins.

Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

La consommation toujours trop élevée d'antibiotiques en France¹, l'augmentation inquiétante de l'incidence nationale, parmi les bactéries multirésistantes (BMR), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), l'émergence de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRé : ERV, EPC), à l'origine d'impasses thérapeutiques, et l'incidence croissante des infections à *Clostridium difficile* dans tous les secteurs de l'offre de soins, font de l'antibiorésistance et de la réduction de l'exposition aux antibiotiques des enjeux majeurs de santé publique. Par ailleurs, une baisse des taux d'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est observée depuis une dizaine d'années en France, le taux de SARM y reste un des plus élevés d'Europe (ref ECDC), ce qui justifie le maintien d'une vigilance sur cette espèce, prise comme témoin de la qualité de la prévention de la transmission croisée dans tous les secteurs de l'offre de soins.

L'antibiorésistance rend la prise en charge de certaines IAS (dus à BMR, BHRé, *Clostridium*....) plus complexe. Les actions développées dans ce deuxième axe ont pour objectif de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance, de promouvoir le bon usage des antibiotiques pour en préserver l'efficacité et pour une maîtrise coordonnée des IAS associées à ces germes.

La prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance reposent sur la juste utilisation des antibiotiques et la prévention de la transmission croisée tout au long du parcours de santé du patient/résident. L'information et l'implication des patients/résidents prévue à l'axe 1 est également un élément clé de la réussite de cet objectif. En amont de l'antibiothérapie, la vaccination des patients/résidents à risque et des professionnels de santé contribue au moindre usage des antibiotiques et indirectement à la maîtrise de l'antibiorésistance.

Cet axe s'appuie sur le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 qui développe les recommandations de juste utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et un volet de communication vers le public. Il prend également en compte les priorités du PNSP, ciblées sur l'information du patient, le signalement de l'antibiorésistance et la formation des professionnels. En

¹ Rapport de l'ANSM de novembre 2013 : http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf

ES et EMS, le succès de ces mesures dépend de l'engagement du responsable/directeur et de l'implication des professionnels médicaux, paramédicaux dans la mise en œuvre des actions de prévention et de maîtrise de l'antibiorésistance. Dans les EMS, comme en ville, le succès repose sur l'implication des professionnels libéraux. Dans ce cadre, la coordination de ces actions par l'ARS et l'implication des réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (ordres, fédérations, syndicats, unions) sont essentielles.

Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Les actes invasifs comportent des risques, en particulier infectieux, qui peuvent se manifester tout au long du parcours de santé. La maîtrise de ces risques vise à éliminer ceux qui auraient pu être évités. Le PNSP rappelle que la gestion des risques associe la prévention de tous les risques liés aux soins qui peuvent être identifiés et la « détection-atténuation » des évènements indésirables lorsqu'ils surviennent.

Cet axe met en avant les outils de prévention, de surveillance et d'alerte permettant la détection des IAS évitables associées aux actes invasifs, l'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre et l'analyse des causes profondes selon une approche systémique. Cette analyse englobe la pertinence de l'acte invasif, la qualité de sa réalisation, la prévention et la prise en charge d'une éventuelle complication infectieuse.

Particularités ville-EMS

Pour les soins de ville :

En ce qui concerne les soins de ville, le précédent programme prévoyait de conforter l'expérience des établissements de santé et l'étendre aux secteurs médico-social et des soins de ville ; de généraliser cette démarche en prenant en compte deux des caractéristiques propres aux soins de ville : la relation individuelle patient-praticien et l'indépendance de chaque professionnel dans l'organisation de ses soins ; de trouver des vecteurs pour sensibiliser les professionnels et mener des actions à leur intention, grâce aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), ainsi que dans le cadre des établissements de santé (HAD) et médicosociaux (EHPAD-MAS-FAM) au sein desquels interviennent les professionnels des soins de ville. Un groupe de travail spécialisé « ville » a proposé des actions et des outils spécifiques à ce secteur.

Pour les EMS :

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 dont la méthodologie d'action préconisée dans les EMS repose sur la mise en place d'une démarche d'analyse de risque formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), est pérennisé. Un groupe de travail spécialisé « EMS » sera constitué pour la mise en œuvre du programme adaptée à ce secteur.

Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 1

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Formation des RU	100% des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin	Local	Annuel	BilanLin
Communication	100% des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient	National	2016	BilanLin
EOH	100% des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH ²	National	2015/Annuel	BilanLin
Signalement	100% des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN	National	2015/Annuel	InVS
Surveillance	Enquête nationale de prévalence des IAS en ES	National	2017/5 ans	InVS
Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Signalement Surveillance	Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS	National	2016/Annuel	SNS vigilances
	Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en ville	National	2016/5 ans	InVS

² Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Formation des RU dans les établissements de santé

Cible : 100% des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin

L'item O14 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements dont la CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions de lutte contre les IN. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que **84,86% des établissements de santé déclarent consulter la CRUQPC.**

Répartition par catégorie d'établissements :

CATEGORIE	ES Non répondant		oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	1	0.32	268	84.54	48	15.14	317	11.35
SSR-SLD			655	86.41	103	13.59	758	27.13
HAD			87	70.16	37	29.84	124	4.44
CL. INF 100 LP			204	88.70	26	11.30	230	8.23
CL. SUP 100 LP			315	95.45	15	4.55	330	11.81
CHR-CHU			61	84.72	11	15.28	72	2.58
CH SUP 300 LP			186	89.42	22	10.58	208	7.44
CH INF 300 LP			257	79.81	65	20.19	322	11.52
HOPITAL LOCAL			210	72.16	81	27.84	291	10.42
MECSS-POUP.			31	93.94	2	6.06	33	1.18
HEMODIALYSE			79	87.78	11	12.22	90	3.22
CLCC-CANCER			18	94.74	1	5.26	19	0.68
TOTAL	1	0.04	2371	84.86	422	15.10	2794	100.00

Ce taux élevé masque probablement des disparités dans la participation effective des RU. Leur formation sur les objectifs et les programmes d'action apparaît nécessaire pour accroître leur capacité d'intervention.

Communication sur le risque infectieux dans les établissements de santé

Cible : 100% des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient

Trois items (O31-O32-O33) de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements qui ont recours à des outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que :

O31 : 98,25% des établissements de santé déclarent diffuser auprès du public leurs résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » dont l'information relative aux infections nosocomiales.

CATEGORIE	oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	304	95.90	13	4.10	317	11.35
SSR-SLD	749	98.81	9	1.19	758	27.13
HAD	114	91.94	10	8.06	124	4.44
CL. INF 100 LP	230	100.00			230	8.23
CL. SUP 100 LP	329	99.70	1	0.30	330	11.81
CHR-CHU	71	98.61	1	1.39	72	2.58
CH INF 300 LP	319	99.07	3	0.93	322	11.52
CH SUP 300 LP	206	99.04	2	0.96	208	7.44
HOPITAL LOCAL	285	97.94	6	2.06	291	10.42
MECSS-POUP.	32	96.97	1	3.03	33	1.18
HEMODIALYSE	87	96.67	3	3.33	90	3.22
CLCC-CANCER	19	100.00			19	0.68
TOTAL	2745	98.25	49	1.75	2794	100.00

O32 : 97,57% des établissements de santé déclarent transmettre l'information relative à la lutte contre les IN figure dans leur livret d'accueil.

CATEGORIE	oui		non		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	302	95.27	15	4.73	317	11.35
SSR-SLD	742	97.89	16	2.11	758	27.13
HAD	118	95.16	6	4.84	124	4.44
CL. INF 100 LP	230	100.00			230	8.23
CL. SUP 100 LP	330	100.00			330	11.81
CHR-CHU	70	97.22	2	2.78	72	2.58
CH INF 300 LP	315	97.83	7	2.17	322	11.52
CH SUP 300 LP	199	95.67	9	4.33	208	7.44
HOPITAL LOCAL	281	96.56	10	3.44	291	10.42
MECSS-POUP.	32	96.97	1	3.03	33	1.18
HEMODIALYSE	88	97.78	2	2.22	90	3.22
CLCC-CANCER	19	100.00			19	0.68
TOTAL	2726	97.57	68	2.43	2794	100.00

O33 : 84,11% des établissements de santé déclarent avoir une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.

CATEGORIE	oui		non		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	278	87.70	39	12.30	317	11.35
SSR-SLD	641	84.56	117	15.44	758	27.13
HAD	103	83.06	21	16.94	124	4.44
05-CL. INF 100 LP	208	90.43	22	9.57	230	8.23
05-CL. SUP 100 LP	305	92.42	25	7.58	330	11.81
01-CHR-CHU	47	65.28	25	34.72	72	2.58
02-CH INF 300 LP	254	78.88	68	21.12	322	11.52
02-CH SUP 300 LP	178	85.58	30	14.42	208	7.44
04-HOPITAL LOCAL	210	72.16	81	27.84	291	10.42
11-MECSS-POUP.	28	84.85	5	15.15	33	1.18
10-HEMODIALYSE	80	88.89	10	11.11	90	3.22
08-CLCC-CANCER	18	94.74	1	5.26	19	0.68
TOTAL	2350	84.11	444	15.89	2794	100.00

Composition des EOH dans les établissements de santé

Cible : 100% des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH prévus par la circulaire N° 645 du 29/12/2000 : « *Chaque établissement de santé se dote de ressources humaines spécifiquement dédiées à la gestion du risque infectieux. L'objectif serait d'atteindre, d'ici trois ans, un ratio d'un personnel infirmier équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique équivalent temps plein pour 800 lits. Dans les établissements de petite taille, la mutualisation des ressources humaines, y compris pour le secrétariat, par la création d'équipes inter-établissement est à privilégier.* »

Les items M11 et M12 de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements ayant atteint le ratio de personnel médical et paramédical de l'EOH. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que :

M11 : 71,08% des établissements de santé ont atteint le ratio de **personnel médical** de l'EOH.

CATEGORIE	oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	172	54.26	145	45.74	317	11.35
SSR-SLD	484	63.85	274	36.15	758	27.13
HAD	102	82.26	22	17.74	124	4.44
CL. INF 100 LP	198	86.09	32	13.91	230	8.23
CL. SUP 100 LP	261	79.09	69	20.91	330	11.81
CHR-CHU	58	80.56	14	19.44	72	2.58
CH INF 300 LP	227	70.50	95	29.50	322	11.52
CH SUP 300 LP	153	73.56	55	26.44	208	7.44
CLCC-CANCER	18	94.74	1	5.26	19	0.68
HOPITAL LOCAL	216	74.23	75	25.77	291	10.42
MECSS-POUP.	17	51.52	16	48.48	33	1.18
HEMODIALYSE	80	88.89	10	11.11	90	3.22
TOTAL	1986	71.08	808	28.92	2794	100.00

M11 : Nombre total d'ETP médecin **spécifiquement** affectés à la LIN intervenant dans l'établissement

ETP médecin				
CATEGORIE	Nb.	Moyenne	Médiane	Ecart-type
01-CHR-CHU	56	1.12	1.00	0.60
02-CH INF 300 LP	160	0.18	0.15	0.15
02-CH SUP 300 LP	93	0.64	0.60	0.34
03-ETAB. PSY	193	0.13	0.10	0.15
04-HOPITAL LOCAL	138	0.16	0.10	0.85
05-CL. INF 100 LP	155	0.12	0.10	0.11
05-CL. SUP 100 LP	246	0.20	0.16	0.23
07-SSR-SLD	555	0.12	0.10	0.17
08-CLCC-CANCER	15	0.33	0.30	0.25
09-HAD	87	0.22	0.10	0.86
10-HEMODIALYSE	65	0.24	0.10	0.53
11-MECSS-POUP.	27	0.08	0.05	0.10

M12 : 81,96% des établissements de santé ont atteint le ratio de personnel paramédical de l'EOH.

CATEGORIE	oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	214	67.51	103	32.49	317	11.35
SSR-SLD	539	71.11	219	28.89	758	27.13
HAD	116	93.55	8	6.45	124	4.44
05-CL. INF 100 LP	208	90.43	22	9.57	230	8.23
CL. SUP 100 LP	304	92.12	26	7.88	330	11.81
CHR-CHU	59	81.94	13	18.06	72	2.58
CH INF 300 LP	294	91.30	28	8.70	322	11.52
CH SUP 300 LP	182	87.50	26	12.50	208	7.44
CLCC-CANCER	19	100.00			19	0.68
HOPITAL LOCAL	250	85.91	41	14.09	291	10.42
MECSS-POUP.	22	66.67	11	33.33	33	1.18
HEMODIALYSE	83	92.22	7	7.78	90	3.22
TOTAL	2290	81.96	504	18.04	2794	100.00

M12 : nombre total d'ETP cadre spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement

ETP cadre para médical				
CATEGORIE	Nb.	Moyenne	Médiane	Ecart-type
CHR-CHU	60	1.09	1.00	0.68
CH INF 300 LP	131	0.38	0.20	0.33
CH SUP 300 LP	119	0.76	0.90	0.42
ETAB. PSY	210	0.32	0.20	0.37
HOPITAL LOCAL	102	0.25	0.10	1.00
CL. INF 100 LP	168	0.22	0.20	0.16
CL. SUP 100 LP	235	0.43	0.30	0.33
SSR-SLD	466	0.18	0.10	0.23
CLCC-CANCER	13	0.84	1.00	0.32
HAD	85	0.20	0.10	0.25
HEMODIALYSE	60	0.31	0.19	0.36
MECSS-POUP.	12	0.29	0.20	0.35

L'objectif de 100% n'est pas atteint, ni pour le personnel médical, ni pour le personnel paramédical.

Signalement dans les établissements de santé

Cible : 100% des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN

En effet, ce n'est pas encore le cas : les données de l'InVS montrent qu'une analyse par code Finess géographique rapporte des capacités de signaler de l'ordre de 50% (base de 5 873 ES), une analyse par code Finess juridique rapporte des capacités de signaler de l'ordre de 88% (base de 2 571 ES). Les différences observées étant très certainement liées à l'inscription des couples PH-RS sur un seul code Finess géographique même si l'ES en dispose de plusieurs (ex : EHPAD, USLD, service de dialyse).

L'item O42 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir transmis le nom du responsable du signalement à l'ARS et au CClin. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 96,42% des établissements de santé déclarent transmettre le nom du responsable signalement.

CATEGORIE	ES non répondant		oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	1	0.32	298	94.01	18	5.68	317	11.35
SSR-SLD			729	96.17	29	3.83	758	27.13
HAD			108	87.10	16	12.90	124	4.44
CL. INF 100 LP			222	96.52	8	3.48	230	8.23
CL. SUP 100 LP			325	98.48	5	1.52	330	11.81
CHR-CHU			72	100.00			72	2.58
CH INF 300 LP			318	98.76	4	1.24	322	11.52
CH SUP 300 LP			208	100.00			208	7.44
CLCC-CANCER			19	100.00			19	0.68
HOPITAL LOCAL			279	95.88	12	4.12	291	10.42
MECSS-POUP.			29	87.88	4	12.12	33	1.18
HEMODIALYSE			87	96.67	3	3.33	90	3.22
TOTAL	1	0.04	2694	96.42	99	3.54	2794	100.00

Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 2

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PHA	% de conformité de l'hygiène des mains $\geq 80\%$	Local	2015	Grephe
	La consommation atteint au moins 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National	Annuel	BilanLin
BMR	% SARM parmi les BN à <i>S. aureus</i> $\leq 20\%$	National	2017	Raisin
	Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20%		2018	
	100% des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes	Local	2016	BilanLin
	Stabilisation de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE Diminution de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE de 20%.	National Local	2018 2020	Raisin
BHRe	Taux d'EPC parmi les bactériémies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> $\leq 1\%$	National	2015 Annuel	EARS-net
	Taux d'ERV parmi les bactériémies à <i>Enterococcus faecium</i> $\leq 1\%$	National	2015 Annuel	EARS-net
	Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe $\leq 20\%$ Proportion d'épisodes avec cas secondaires $\leq 10\%$	Local Régional National	2015 Annuel	CClin/Arlin ARS InVS
	Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100% des ES Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100% des ES	Local	2015	BilanLin
ATB	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés $\leq 10\%$	Local Régional National	2020 2016	Raisin BilanLin
	Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h $\leq 10\%$	Local	2015	BilanLin
Vaccins	100% des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé	Local	2015 Annuel	BilanLin
	100% des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle	National	2016	InVS/INPES
	100% des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Local		

Etablissements médicaux-sociaux Secteur des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PS	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard » La consommation de PHA atteint 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National	2016/ Annuel	ARS CCLin/ArLin
BMR	100% des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G	Régional National	2016	ARS CCLin/ArLin
BHRe	Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour 100% des patients porteurs	Local Régional	2015	ARS CCLin/ArLin
ATB	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans	Régional National	2016/ 2020	ARS, SRVA CNAMTS, ANSM
Vaccins	100% des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B 100% des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Régional	2016/ Annuel	ARS CCLin/ArLin

Produits hydro-alcooliques (PHA)

Cible : % de conformité de l'hygiène des mains \geq 80% :

L'enquête du Grepvh 2010 montre un taux d'observance globale avant et après le soin de 67,2%, l'objectif de 80% pour 2015 n'est donc pas excessif.

Observance globale	N	%
Observance avant soin	61 122	75,1
Observance après soin	81 370	81,8
Observance avant <u>et</u> après soin	54 716	67,2
Absence d'hygiène avant et après	8 190	10,1

« Les taux d'observance mentionnés dans des publications antérieures varient de 40 à 46% (67,2%). Erasmus³ observe, que l'observance est meilleure après soin qu'avant. C'est dans les USI, où la fréquence des opportunités est la plus élevée, que l'observance est la moins bonne⁴⁻⁵. Les IDE sont plus « observantes » que les médecins. Un programme d'amélioration de l'hygiène des mains⁶ permet d'accroître l'observance jusqu'à 80%.

³ Erasmus V *et al.* Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. ICHE 2010;31(3) : 283-294

⁴ Dierssen-Sotos *et al.* Evaluating the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence. Am J Infect control 2010 ; 38(3) : 240-243

⁵ Pittet,D.; Mourouga,P.; Perneger,T.V. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Ann Intern Med 1999; 130: 126-30.

⁶ Derde, LP *et al.* Interventions to reduce colonization and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units. Lancet Inf Dis 2014; 14: 31-39.

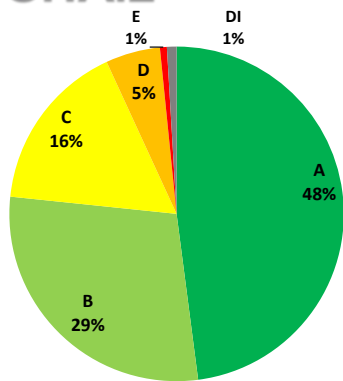
Situation	Avant soin		Après soin		Avant <u>et</u> après soin	
	N	%	N	%	N	%
Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	17 566	97,3	14 317	79,3	13 996	77,5
Soins sur peau saine	26 082	68,5	28 827	75,8	22 689	59,6
Change de patient	13 186	79,6	14 343	86,6	12 017	72,6
Pose de voie veineuse périph. ou sous-cutanée	6 472	77,6	6 947	83,3	5 733	68,8
Injection IV et toute manipulation Dispositif IV	9 888	73,3	11 006	81,6	8 689	64,4
Pose sonde uri. à demeure, sondage évacuateur	850	77,5	953	86,9	769	70,1
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires type contact	2 899	75,7	2 880	75,2	2 385	62,2

L'objectif est en priorité l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains avant le soin.

Cible : La consommation de PHA atteint au moins 80% de la cible en fonction du secteur d'activité

Les résultats 2013 de l'indicateur ICSHA.2 du TdBIN montrent que 76% des ES sont en classe A ou B, soit au dessus de 60% de l'objectif personnalisé et 48% des ES sont au dessus de 80% (correspond à la classe A). L'objectif de 80% est donc que tous les ES soient en classe A en 2015. En 2015, l'indicateur ICSHA devrait évoluer vers un ICSHA3 au plus proche de l'activité de soin.

ICSHA.2

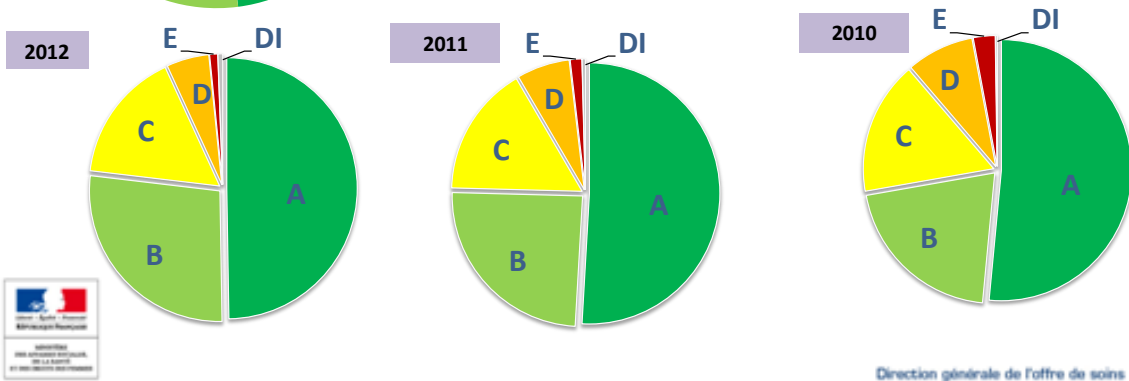


En 2013, 76,6% ES en A et B ➔

- En 2010 : passage à la version 2 d'ICSHA avec une augmentation du niveau d'exigences en termes de nombre de frictions par jour, par patient et par activité
- Résultats globaux stables entre 2012 et 2013: on note baisse en A, hausse en B, stable en C et D, baisse en E

	A	B	C	D	E	DI	Effectif ES concernés répondants
Nombre d'établissements	1291	773	444	142	18	25	2693
Pourcentage	47,9%	28,7%	16,5%	5,3%	0,7%	0,9%	

DI = Données insuffisantes

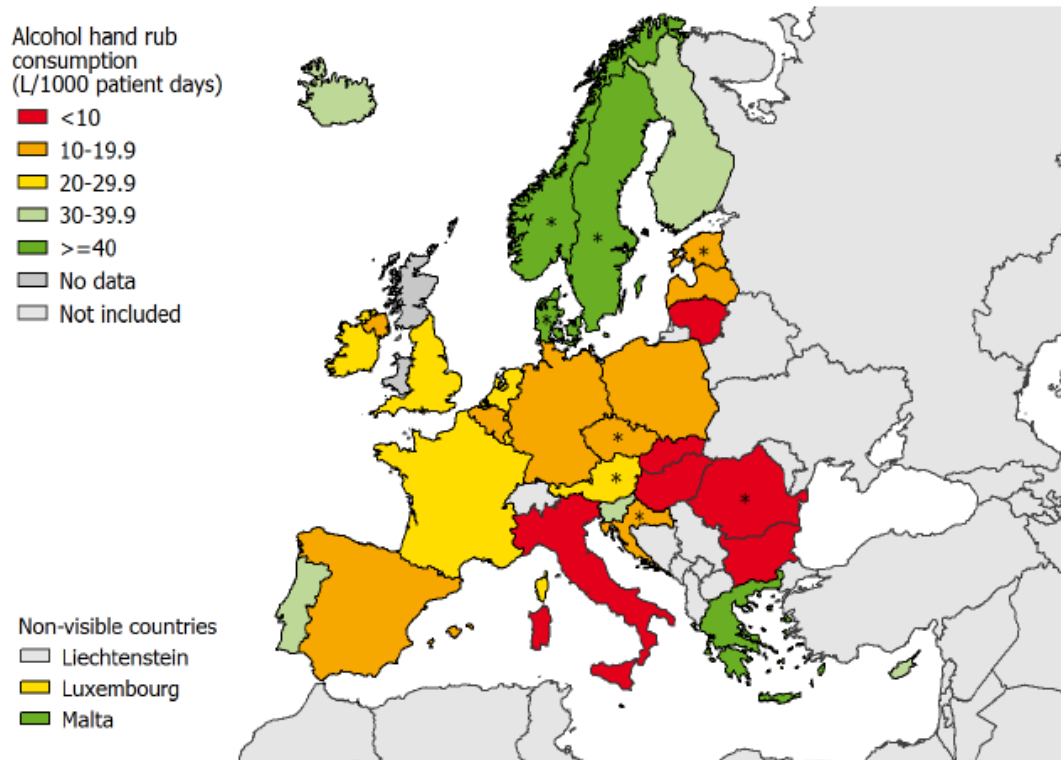


Place de la France en termes de consommation de SHA en Europe :

Entre 20 et 30 L/1000 j-pt, la France se situe en position moyenne. Cette consommation ne représente que 7 à 8 frictions par malade et par jour en moyenne, et peut donc être accrue, pour viser un objectif minimal de 10 frictions/j-pt.

The median hospital alcohol hand rub consumption varied greatly between countries, from less than 10 L/1000 patient-days in Bulgaria, Hungary, Lithuania, Italy, Romania and Slovakia to more than 50 L/1000 patient-days in Denmark, Greece, Norway, Malta and Sweden (Figures 15, 16).

Figure 15. Median alcohol hand rub consumption (litres per 1000 patient-days), ECDC PPS 2011–2012



**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR)

Cible : % de SARM parmi les BN à *S. aureus* ≤ 20%

Les résultats du réseau BMR 2012 montrent que le % de SARM chez *S. aureus* (tous prélèvements cliniques, hors dépistage) varie entre 5,6% et 30,6% selon la région et que 14 régions/26 ont un taux de SARM > 20%.

Les données du réseau EARSNet 2012 montrent que la France fait partie des pays pour lesquels la proportion de SARM chez SA dans les hémocultures est dans la fourchette 10 à 25% (19% en 2012), et la France garde une position moyenne à cet égard (moyenne EU 18%). Si les enquêtes nationales de prévalence (2006, 2012) ont montré une baisse substantielle (15%) de la proportion de SARM parmi les infections nosocomiales (de 53% à 38%), la proportion de SARM parmi les bactériémies nosocomiales reste encore à un taux élevé (34% en 2012). La baisse doit se poursuivre, et il est légitime de cibler à 3-5 ans une baisse du même ordre (15%) du taux de SARM parmi les BN à *S.aureus*.

Quelle source de données pour surveiller les BN ?

A priori, à partir du réseau BMR-Raisin en considérant les BN comme celles prélevées ≥ 72h après l'admission, mais cela oblige également à un recueil annuel du nombre total de BN à *S.aureus*. Alternative 1: Prochaine ENP (ce qui met l'objectif à 5 ans depuis 2012, soit à 2017). Alternative 2 : recréer un réseau BN « ciblé », pour surveiller les BN à SARM, ERV, *K. pneumoniae* et *E. cloacae* BLSE, et pourquoi pas *Pseudomonas aeruginosa*.

Figure 3.23. *Staphylococcus aureus*. Percentage (%) of invasive isolates resistant to meticillin (MRSA), by country, EU/EEA countries, 2013

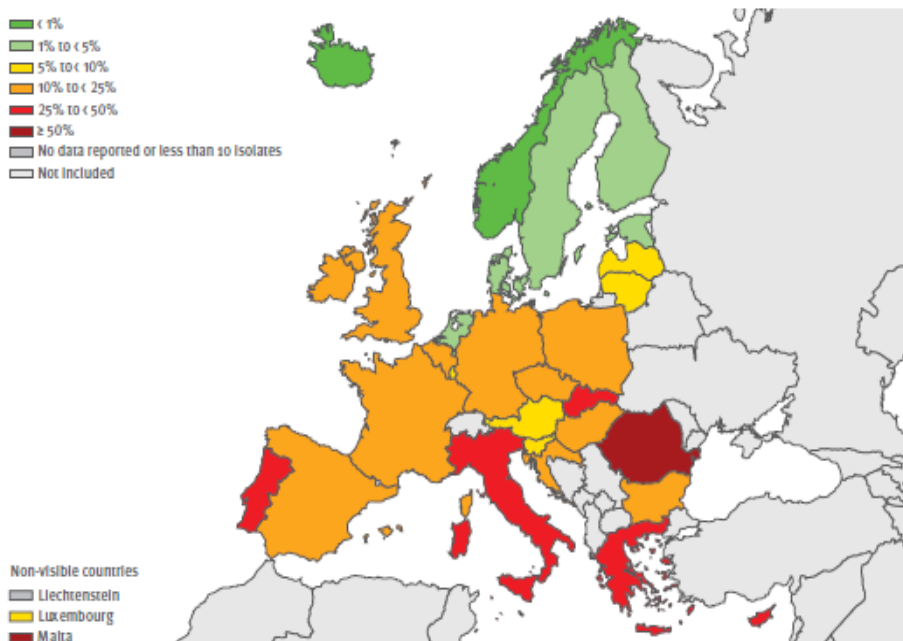


Tableau 6 : BMR-Raisin 2012 – % SARM dans l'espèce par Cclin

Inter-région	Nb SARM	Nb <i>S. aureus</i>	% SARM dans l'espèce
CClin Nord	2 272	11 131	20,4
Hors AP-HP	1 752	7 932	22,1
AP-HP	520	3 199	16,3
CClin Est	959	4 772	20,1
CClin Ouest	994	4 998	19,9
CClin Sud-Est	1 549	8 521	18,2
CClin Sud-Ouest	1 069	4 163	25,7
TOTAL	6 843	33 585	20,4

Tableaux de données

Région	Tous établissements				Établissements avec du court séjour		
	Nb ES	Nb ES 0 SARM	Inc SARM /1 000 JH	%SARM/ SA	Nb ES avec CS	Nb CS 0 SARM	Inc SARM CS /1 000 JH
Alsace	24	7	0,45	24,2	16	4	0,55
Aquitaine	63	16	0,47	30,6	48	13	0,60
Auvergne	37	11	0,40	18,7	25	5	0,56
Basse-Normandie	36	8	0,37	21,1	27	3	0,49
Bourgogne	45	18	0,38	21,1	34	11	0,47
Bretagne	49	4	0,31	24,1	44	6	0,39
Centre	48	13	0,29	19,6	33	5	0,41
Champagne-Ardenne	32	6	0,43	23,5	30	9	0,46
Corse	7	2	0,34	19,6	6	2	0,56
Franche-Comté	24	10	0,28	15,0	14	4	0,35
Guadeloupe	3	0	0,24	10,5	3	1	0,35
Guyane	4	0	0,17	5,6	4	1	0,15
Haute-Normandie	17	4	0,40	22,7	15	4	0,52
Ile-de-France	146	30	0,33	17,0	117	25	0,42
Languedoc-Roussillon	66	18	0,33	26,9	45	13	0,45
Limousin	11	1	0,39	25,9	10	1	0,61
Lorraine	52	12	0,30	16,8	40	10	0,35
Martinique	6	1	0,18	8,7	4	1	0,19
Midi-Pyrénées	47	9	0,45	24,2	33	4	0,66
Nord-Pas-de-Calais	63	11	0,41	26,7	44	6	0,54
Pays de la Loire	66	33	0,18	14,6	48	20	0,25
Picardie	21	1	0,59	25,8	18	2	0,80
Poitou-Charentes	30	5	0,57	30,2	23	4	0,75
Provence-Alpes-Côte d'Azur	164	61	0,28	20,4	93	30	0,40
La Réunion	9	4	0,17	7,2	7	2	0,20
Rhône-Alpes	109	36	0,29	14,4	73	22	0,36

CS : court séjour

* la Polynésie et Monaco ne figurent pas dans ce tableau ni sur la carte car les données concernent un seul ES et que les données SAE ne sont pas disponibles.

% de SARM chez *S. aureus* et Incidence des infections (prélèvements cliniques seuls) à SARM en court séjour suivant les régions, 2012



Cible : Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20%

Les données du réseau EARS-Net France montrent que les pourcentages de résistance à la méticilline chez les *Staphylococcus aureus* (SARM) parmi les souches isolées d'hémoculture sont en diminution constante depuis une dizaine d'années. Le taux de SARM dans les hémocultures était ainsi de 29% en 2003 et de 17% en 2013. La mise en comparaison de ces données avec celles des autres pays participants au réseau EARS-Net montre une évolution relativement similaire dans les autres pays. La prise en compte du rang de la France par rapport aux résultats des autres pays européens permet ainsi une comparaison : plus ce rang est bas et meilleure est la place de la France en Europe. La position de la France s'étant maintenue au cours de ces années : classée 17ième sur 27 pays participants en 2003, la France a été classée 16ième sur 29 pays participants en 2013.

Les données du réseau BMR-Raisin montrent une diminution nette de l'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) entre 2008 et 2012.

On peut donc espérer une diminution de 20% de 2014 à 2018, avec le maintien des autres actions en faveur de la réduction des SARM (analyse des causes ...)

Réunion RAISIN_03/07/2013



Evolution des bactériémies à SARM 2008-2012 (pas de cohorte)

	Nb bactériémies	Nb SARM	% bactériémie	Incidence bactériémie /1000 JH	Nb ES
2008	770	8 284	9,3	0,041	930
2009	655	7 655	8,6	0,035	929
2010	684	7 214	9,5	0,038	933
2011	671	6 540	10,3	0,037	974
2012	742	7 111	10,4	0,037	1181
<i>Delta 08-12 (%)</i>	-4	-14	12	-12	27

Tableau 4 : BMR-Raisin 2012 – Nombre et incidence des bactériémies à SARM par CClin

Inter-région	Bactériémies à SARM				
	Nb SARM HC	Nb SARM HC *+ item bactériémie**	JH total	DI HC	DI HC+ item bactériémie
CClin Nord	209	257	6 011 180	0,035	0,043
Hors AP-HP	166	201	4 511 244	0,037	0,045
AP-HP	43	56	1 499 936	0,029	0,037
CClin Est	137	145	2 619 519	0,052	0,055
CClin Ouest	112	143	3 565 320	0,031	0,040
CClin Sud-Est	134	170	5 120 886	0,026	0,033
CClin Sud-Ouest	150	181	2 955 459	0,051	0,061
TOTAL	742	896	20 272 364	0,037	0,044

* : 1er prélèvement positif à SARM = hémoculture (HC)

** : prélèvements positifs à SARM = d'abord un prélèvement autre qu'hémoculture, puis une hémoculture prélevée ultérieurement

Cible : 100% des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes

Ce nouvel indicateur du TdBIN permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes, et de gestion du risque associé à ces bactéries. L'association du taux de bactériémies nosocomiales à SARM au critère de gestion du risque permet à chaque établissement de se positionner par rapport aux établissements de même catégorie en termes de niveau de risque. Il incite également à une coopération entre les structures de soins.

L'objectif de « BN-SARM » est de faire tendre vers zéro le nombre de cas de bactériémies nosocomiales évitables à SARM. Les établissements sont fortement incités à réaliser une analyse des causes de survenue de ces événements, considérés comme potentiellement évitables.

Cet indicateur est en simulation deux années consécutives (2014-2015), les premiers résultats seront disponibles l'année de sa diffusion publique (2016).

Cibles :

- **Stabilisation de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE à 3 ans**
- **Diminution de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE de 20% à 5 ans**

Les données du réseau BMR Raisin 2012 montrent, depuis 2007-2008, une augmentation inquiétante de l'incidence des EBLSE, essentiellement en rapport avec une augmentation de l'incidence des *E. coli* BLSE dont l'origine peut être nosocomiale mais aussi communautaire. Malheureusement, des entérobactéries plus spécifiquement nosocomiales (*K. pneumoniae* et *E. cloacae*) voient également leur incidence augmenter (cf tableau ci-dessous).

Les données du réseau EARS-Net France mettent également en exergue ces mêmes augmentations avec des proportions de résistance aux céphalosporines de 3^{ème} génération dans l'espèce qui atteignent en 2013, 9,5% pour *E. coli* et 28% pour *K. pneumoniae*. Pour atteindre l'objectif fixé, il conviendra dans un premier temps de limiter la progression des EBLSE par le renforcement des mesures de contrôle autour des cas puis d'inverser la courbe de progression pour revenir aux pourcentages de résistance observées au début de la période de surveillance.

Figure 8 : Densités d'incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation (densité d'incidence globale par année)

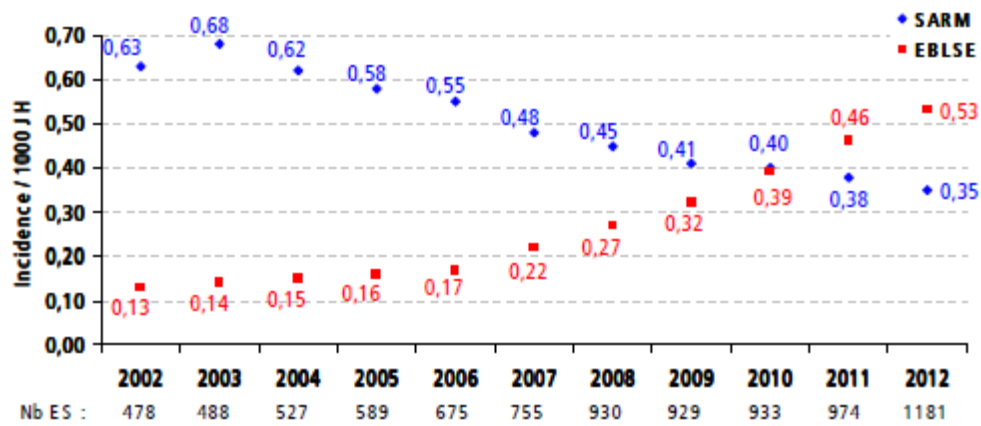


Tableau 19 : Évolution des densités d'incidence/1 000 JH des EBLSE par espèce

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>E. coli</i>	0,02	0,04	0,04	0,06	0,07	0,11	0,16	0,19	0,23	0,27	0,31
<i>K. pneumoniae</i>	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,04	0,05	0,07	0,09	0,11
<i>E. cloacae</i>	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06
<i>E. aerogenes</i>	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00

Incidence d'hémocultures positives à *K. pneumoniae* et *E. cloacae* en 2012 et 2013 (tout ES : 1180 en 2012 et 1347 en 2013)

Hémocultures positives	2012		2013	
	Nb	Inc / 10000 JH	Nb	Inc / 10000 JH
<i>Enterobacter cloacae</i> BLSE	110	0,05	126	0,06
<i>Klebsiella pneumoniae</i> BLSE	191	0,09	257	0,12
Etablissements participants	1 181		1 347	

Les données de surveillance par le réseau EARSS montrent une augmentation de la proportion *K. pneumoniae* C3G-R de 20% à 28% entre 2009 et 2013.

Figure 5.22: *Klebsiella pneumoniae*: proportion of invasive isolates resistant to third-generation cephalosporins in 2009

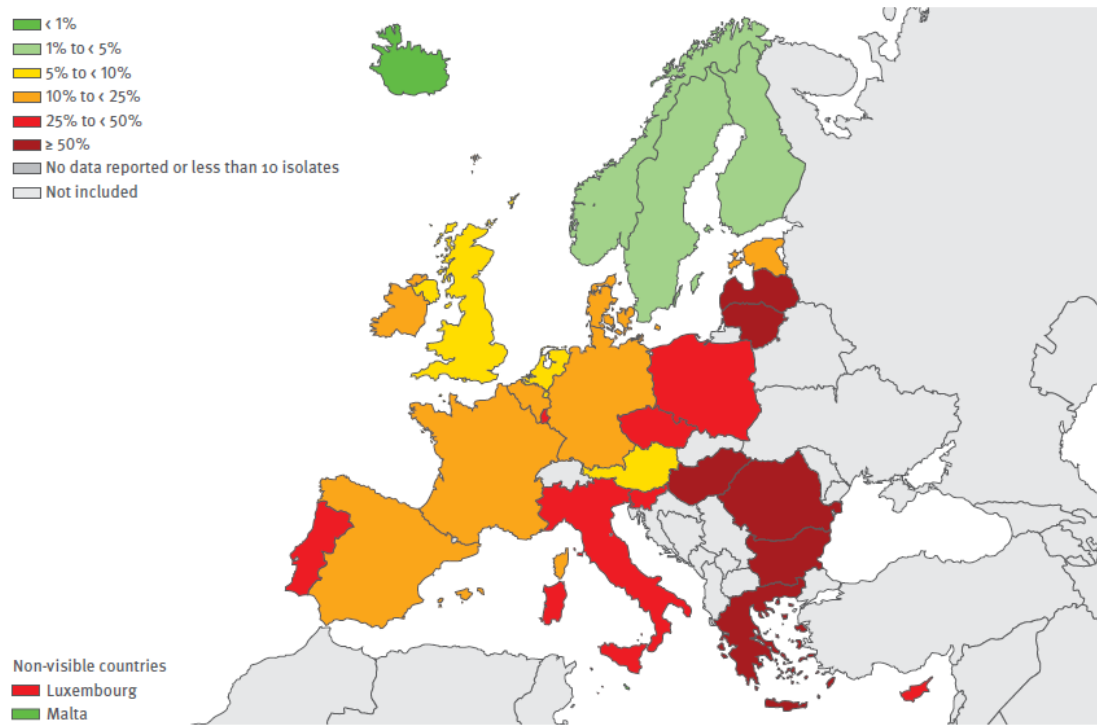
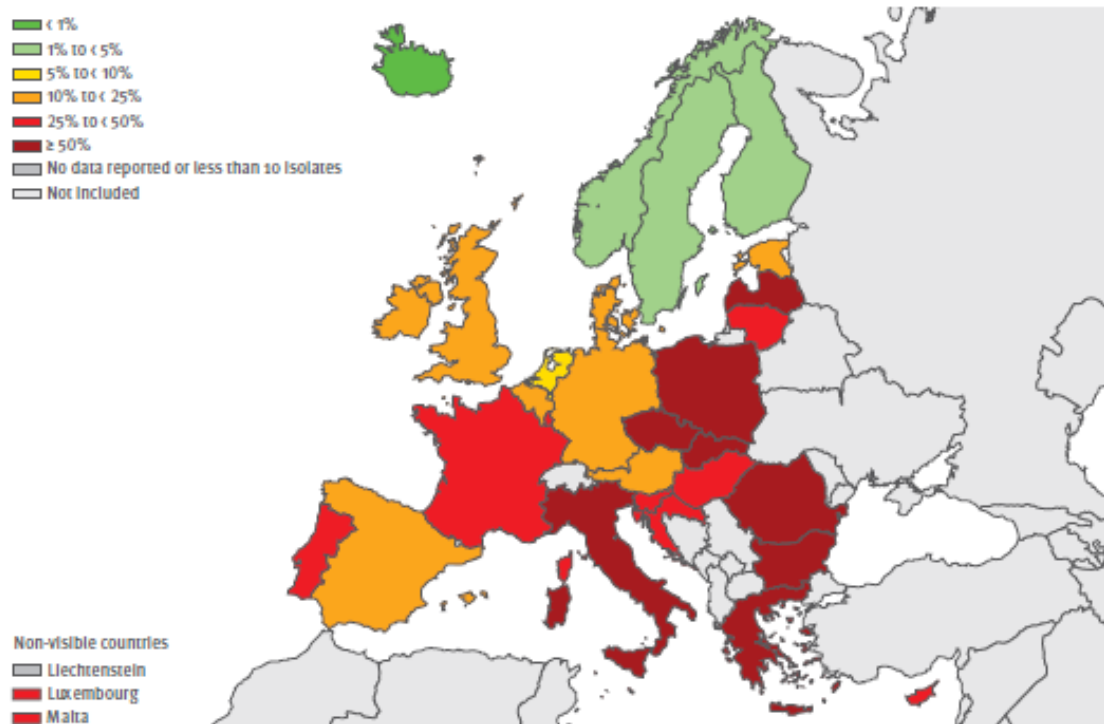


Figure 3.7. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to third-generation cephalosporins, by country, EU/EEA countries, 2013

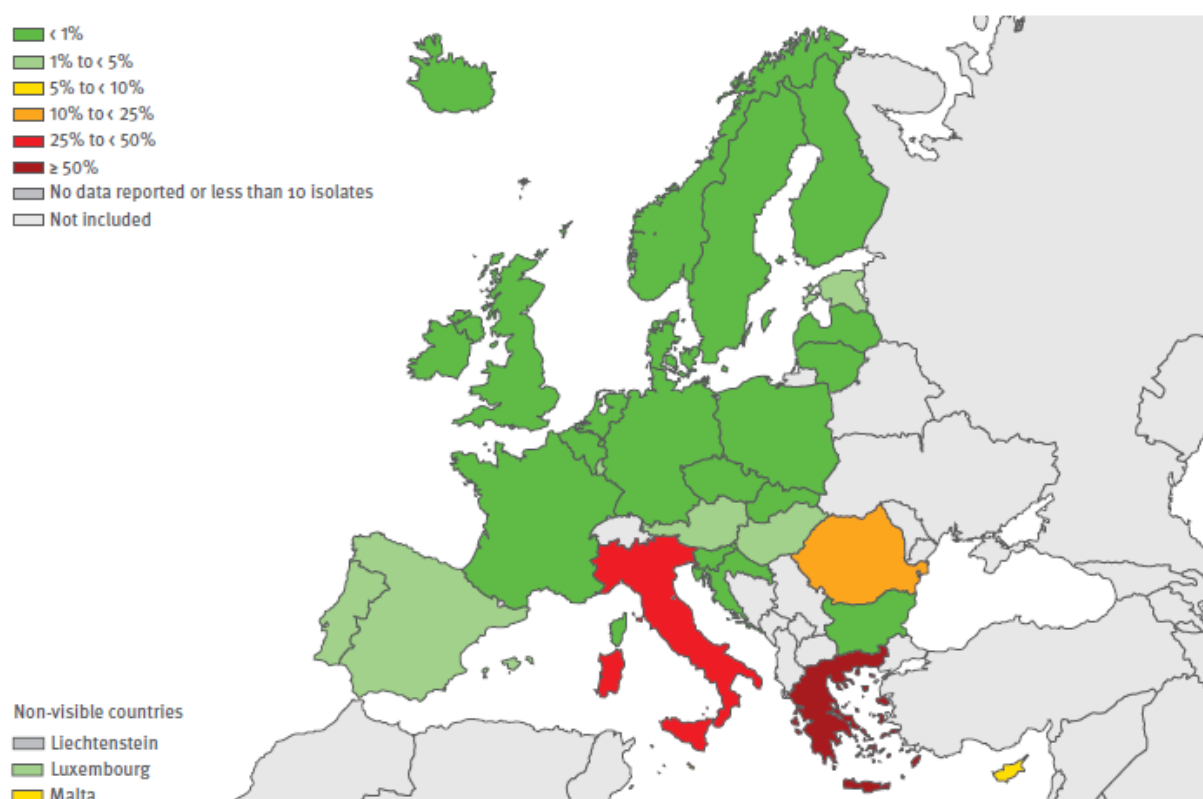


Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)

1- Taux d'EPC parmi les bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* ≤ 1% :

Les entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC) sont en émergence en France. Elles ont été définies par le Haut Conseil de la Santé Publique comme des Bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRe). Les données du réseau EARS-Net France qui permettent le suivi de la résistance phénotypique dans l'espèce montrent que le pourcentage de résistance aux carbapénèmes dans les souches isolées d'hémoculture et de liquide céphalorachidien est resté inférieure à 1% (0,5% en 2012, 0,7% en 2013). L'objectif est, grâce à la poursuite des efforts dans les actions de prévention de la diffusion, de maintenir cette proportion de souches résistantes à moins de 1% à 5 ans (2020).

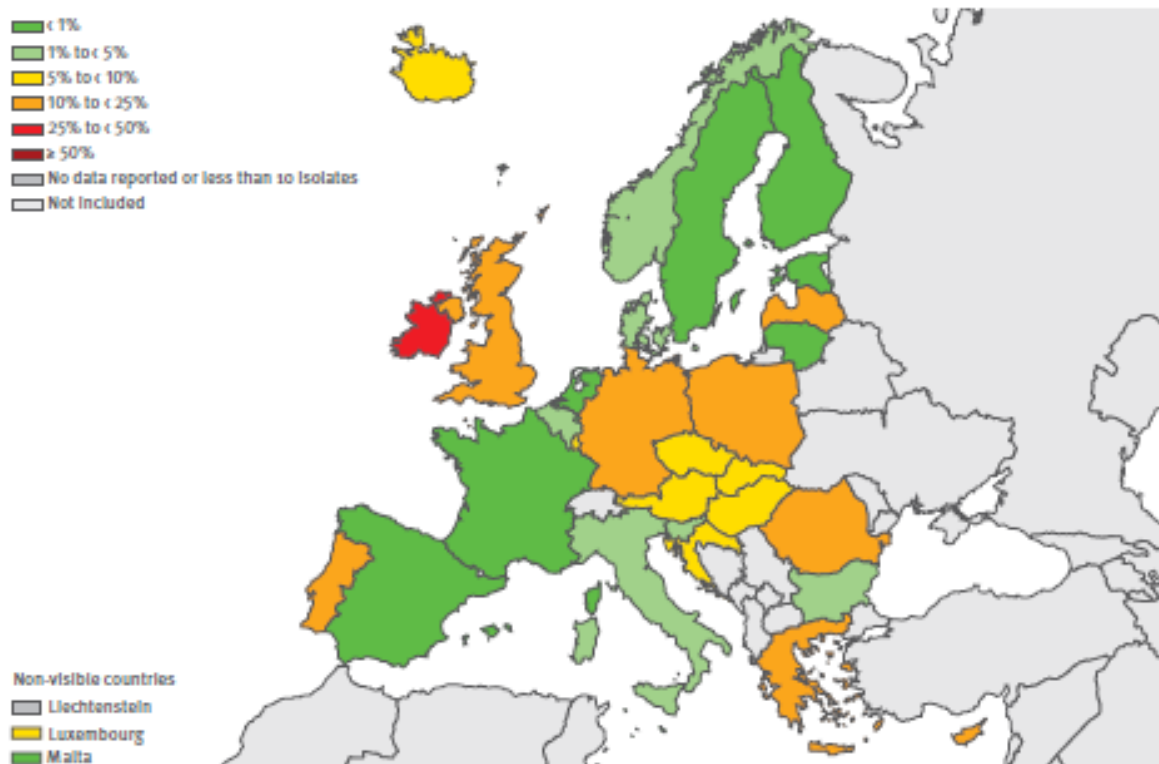
Figure 3.9. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to carbapenems, by country, EU/EEA countries, 2013



Cible : Taux d'ERV parmi les bactériémies à *Enterococcus faecium* ≤ 1%

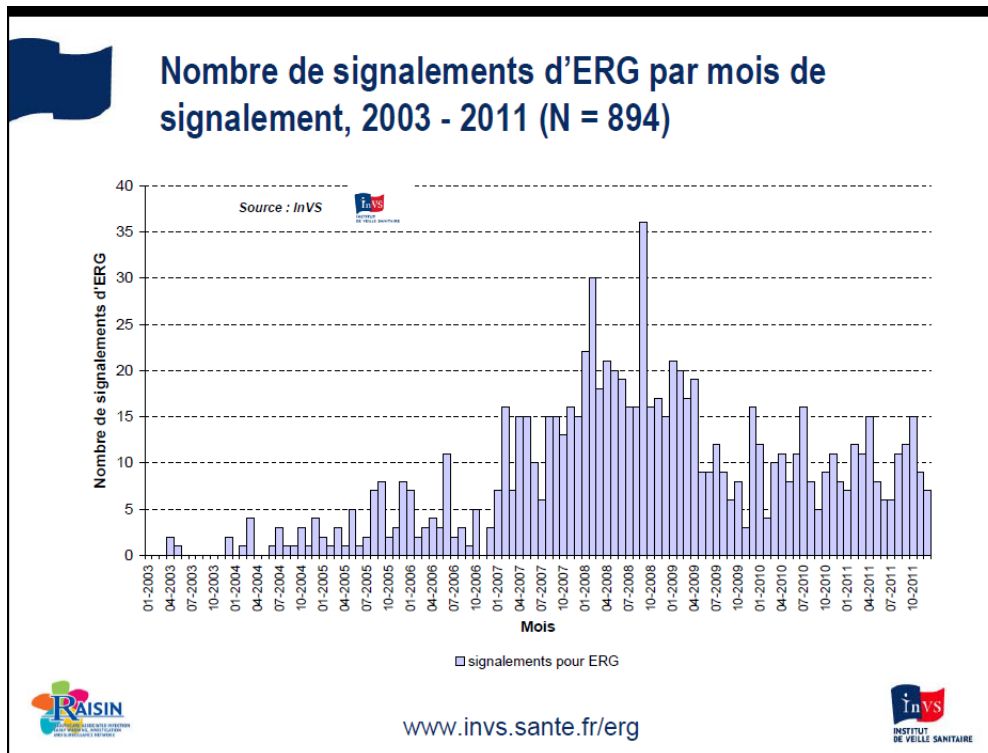
Les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) ont été définis par le Haut Conseil de la Santé Publique comme des Bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRe). Les données du réseau EARS-Net France qui permettent le suivi de la résistance phénotypique dans l'espèce montrent que la proportion de souche d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides dans les souches isolées d'hémoculture est revenu à un seuil proche ou inférieur à 1% depuis 2007 (2007 : 1% ; 2010 : 1,1% ; 2011 : 1,4% ; 2012 : 0,8% 2013 : 0,1%). L'objectif est, grâce à la poursuite des efforts dans les actions de prévention de la diffusion, de maintenir cette proportion de souches résistantes à moins de 1% à 5 ans (2020).

Figure 3.25. *Enterococcus faecium*. Percentage (%) of Invasive Isolates resistant to vancomycin, by country, EU/EEA countries, 2013

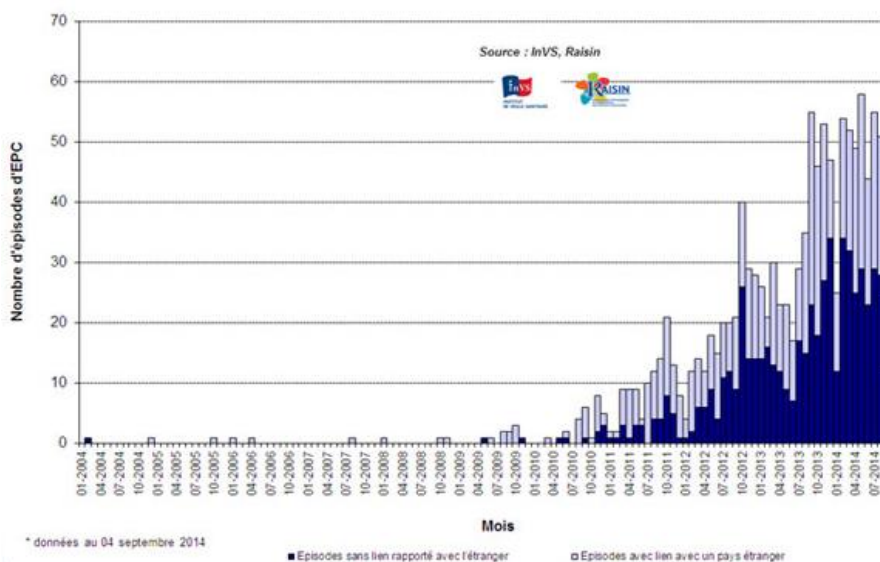


Cible : proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRé ≤ 20%

Et proportion d'épisodes avec cas secondaires ≤ 10%



Nombre d'épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases en France signalés à l'InVS entre janvier 2004 et le 04 septembre 2014, selon la mise en évidence ou non d'un lien avec un pays étranger (N=1210)



Ces deux indicateurs concernent le nombre de cas secondaires au cours des épisodes BHRé, témoins de l'efficacité des mesures mises en œuvre. L'un s'adresse au niveau local (proportion de cas

secondaires parmi l'ensemble des BHRe), l'autre au niveau régional/national (proportion d'épisodes avec cas secondaires).

Les EPC, comme les ERG, sont des bactéries émergentes en France (cf. données EARS-Net, figures ci-dessus). La limitation de la survenue de cas secondaires est une mesure clef pour la maîtrise de la diffusion de ces bactéries hautement résistantes aux antibiotiques, et dépend de la mise en œuvre rapide et adaptée des mesures de dépistage et d'isolement des porteurs et des éventuels patients contacts. Selon les données nationales (bilan des épisodes impliquant des EPC, InVS-Raisin) rassemblées au 04/09/2014, et en excluant de l'analyse les épisodes de grandes tailles (>15 cas d'EPC), le nombre moyen de cas secondaires par épisode épidémique était de 2,4. D'après les données de l'AP-HP, depuis 2010, après la généralisation des mesures renforcées contre la diffusion des EPC, le nombre moyen de cas secondaires par épidémie étaient de 2 (Fournier et al, Eurosurv) ; ceci concernait 13% des épisodes EPC.

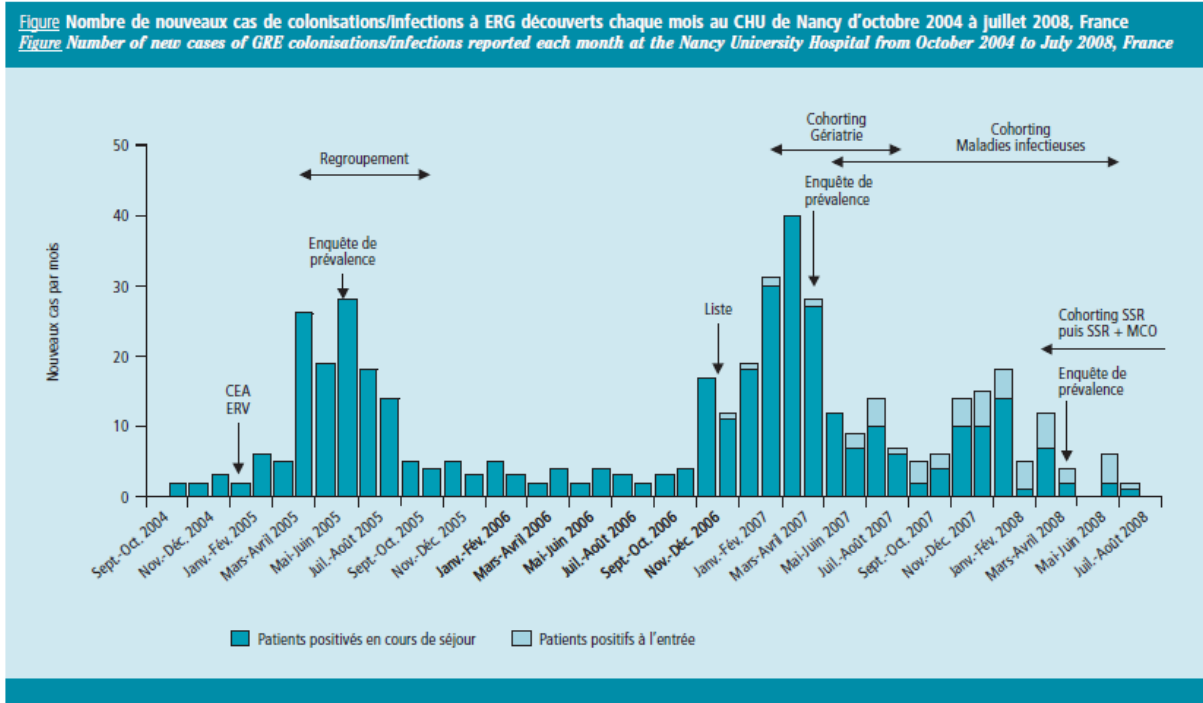
Par ailleurs, la diffusion régionale au cours de certaines épidémies à ERG comme à EPC, parfois de grande ampleur, est une préoccupation importante. Là encore, une action rapide et coordonnée doit permettre de limiter ces phénomènes épidémiques à diffusion régionale, en ayant éventuellement recours à un cohorting local et régional (cf. Hénard et coll.). Pour les EPC Le nombre d'épisodes avec cas secondaires était de 11 (10%) en 2011, 36 (15%) en 2012, 38 (9%) en 2013 et 55 (13%) en 2014. A l'AP-HP, ce taux est maintenu autour de 10% après application des mesures renforcées de maîtrise (Fournier et al, Eurosurv 2014). L'objectif est donc de maintenir une faible proportion d'épisodes avec cas secondaires, inférieure à 10%. Cet indicateur est apprécié au niveau régional et national (données InVS).

Tenant compte de ces données, il semble raisonnable de se fixer les objectifs suivants : moins de 10% des épisodes donnent lieu à des cas secondaires et la proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas doit rester inférieure à 20%.

Revue bibliographique :

1/ Control of a regional outbreak of vanA glycopeptide-resistant Enterococcus faecium, Eastern France, 2004-2009.

Henard S1, Gendrin V, Simon L, Jouzeau N, Vernier N, Thiolet JM, Coignard B, Rabaud C.



Cet article montre que seul le cohorting au sein des établissements atteints et au niveau régional a permis de juguler l'épidémie et de réduire le nombre de nouveau cas à partir d'un patient porteur.

2/ Contrôle des épidémies d'entérocoques résistants aux glycopeptides à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris : trois ans d'expérience, 2004-2007

Control of glycopeptide-resistant enterococci outbreaks in University Hospitals of Paris area: three years experience, 2004-2007

Sandra Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)¹ et al, AP-HP, Paris, France

Cet article montre que la mise en place des mesures « BHRé » a permis de réduire de façon importante le nombre de cas par épisode et, par conséquent, la durée des épisodes.

En effet, il est inévitable d'avoir quelques épidémies, notamment lorsque le patient index est identifié avec retard (ce qui est appelé découverte fortuite dans les recommandations nationales). En revanche, si les mesures sont appliquées rapidement et avec rigueur, le nombre de cas secondaires reste limité.

Figure 3 Comparaison des épidémies d'ERG survenues dans les hôpitaux de l'AP-HP avant et après l'application des mesures de contrôle renforcées en janvier 2006. Figure 3A : nombre de cas par épidémie - Figure 3B : durée en mois des épidémies
Figure 3 Comparison of GRE outbreaks occurring in AP-HP hospitals before and after the enforcement of strict infection control measures in January 2006. Number of cases per outbreak: figure 3A - Duration in months of outbreaks: figure 3B

Figure 3A

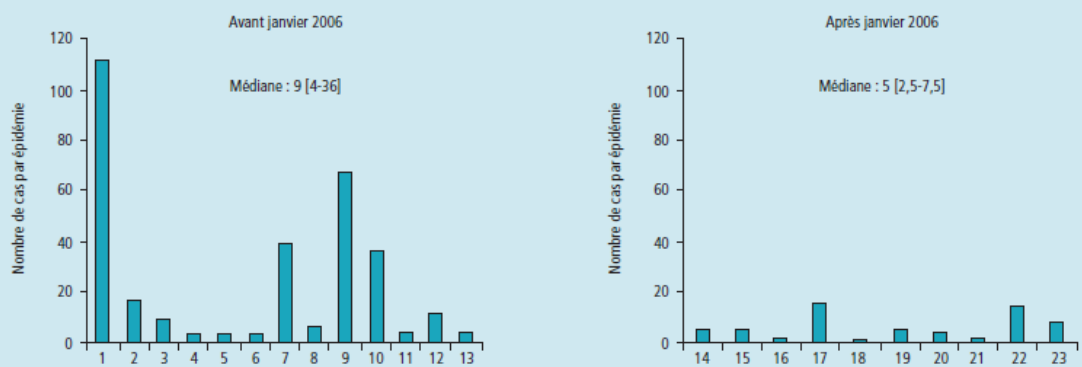
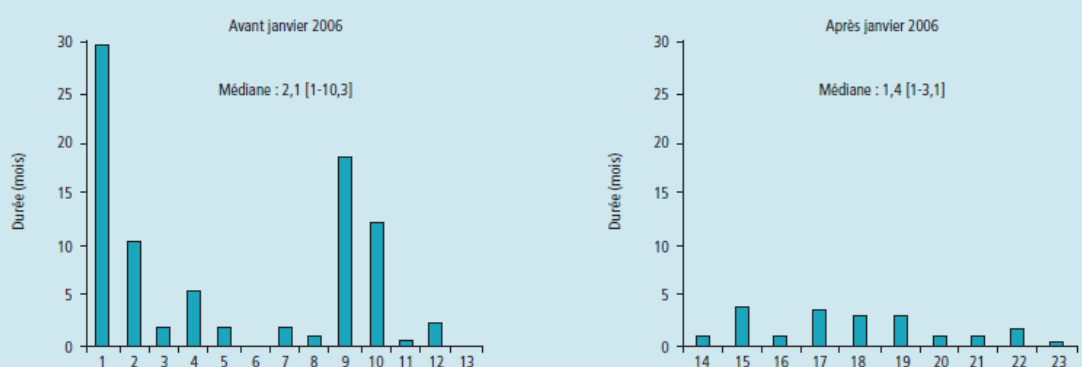


Figure 3B

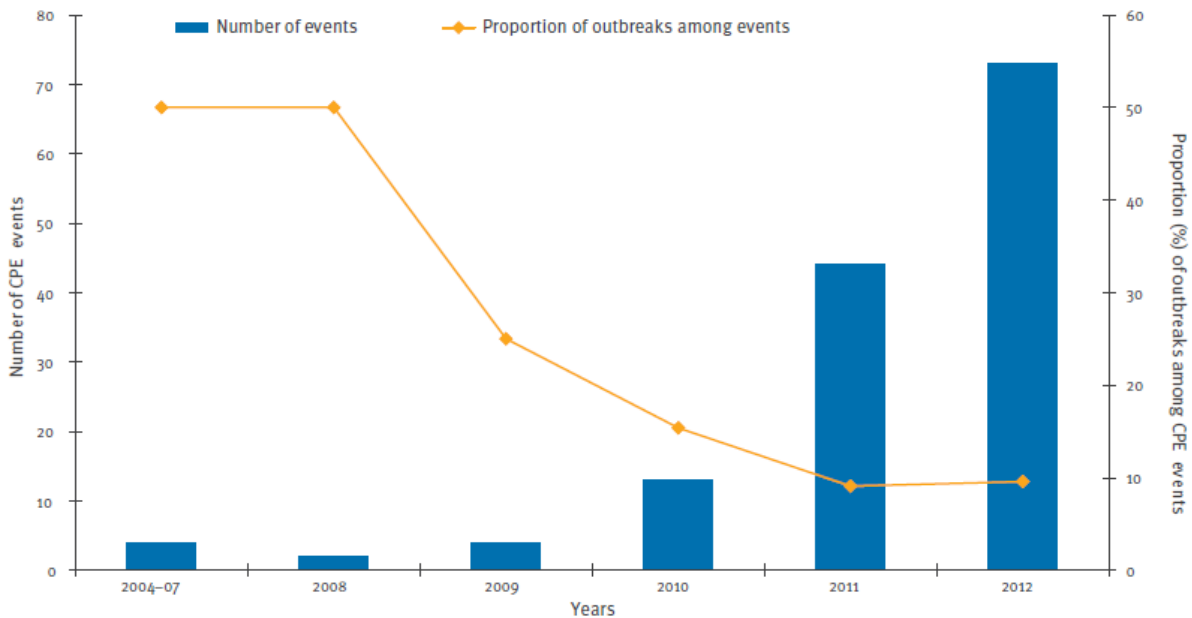


3/ Long-term control of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at the scale of a large French multihospital institution: a nine-year experience, France, 2004 to 2012

S Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)¹, C Monteil¹, M Lepointeur¹, C Richard², C Brun-Buisson³, V Jarlier⁴, AP-HP Outbreaks, Control Group⁵ Eurosurveillance May 2014

FIGURE

Number of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) events (n=140) and proportion of outbreaks among these events at Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France, 2004–2012



A CPE event was defined as one index case (respectively defined as infected or colonised with CPE), followed or not by secondary case(s).

Evolution de la proportion de cas secondaires :

TABLE 1

Number of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) outbreaks among CPE events and number of secondary cases among all CPE cases, before and after implementation of a CPE control programme at Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France, 2004–2012

	2004–2009	2010–2012	P value
Number of events	10	130	–
Number of outbreaks (proportion of outbreaks among events)	4 (40%)	13 (10%)	0.02
Number of cases	32	168	–
Number of secondary cases (proportion of secondary cases among total cases)	22 (69%)	38 (23%)	< 0.001

Over the whole period from 2004 to 2012 there were a total of 17 outbreaks among 140 CPE events and 60 secondary cases among 200 CPE cases.

Cible : Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100% des ES

Selon les données de l'étude EPC-raisin menée en 2012-2013, seuls 53% des établissements disposaient d'un système informatique de repérage des patients BHRe en cas de réadmission. Selon les données l'enquête de la Société française d'hygiène hospitalière sur la prise en charge des patients suspects ou porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques menée en 2012, 47% des établissements déclaraient avoir une procédure de recherche systématique du statut infectieux en cas de réadmission d'un patient porteur de BHRe. L'organisation du repérage des patients cibles était significativement associée avec l'utilisation du système d'information hospitalier. La mise à disposition d'un système informatique hospitalier est ainsi un élément clef pour la maîtrise du repérage des patients BHRe en cas de réadmission.

Cible : Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100% des ES

La lettre de liaison, prévue par l'Article 24 de la Loi de santé est en cours de finalisation et rentrera en application à partir de janvier 2016 : celle-ci comprend l'information sur le portage de BMR ou de BHRe du patient.

Antibiotiques

Cible : Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans

Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 a fixé comme objectif la réduction de 25% des consommations d'antibiotiques. Depuis 2010, toutefois, la consommation des antibiotiques s'inscrit dans une tendance à la hausse (+4.9% en ville, +2,8% ES), ce que confirment les résultats de l'année 2013 (données ANSM). Par ailleurs, les données évolutives ATB RAISIN ne montrent pas d'amorce de diminution.

Il apparaît ainsi que cet objectif de réduction des consommations d'antibiotiques entre 2011 et 2016 sera difficile à atteindre. Il semble raisonnable de prévoir une évolution de la consommation d'antibiotique à plus long terme (2020) et parallèlement à l'évolution de la consommation européenne.

Données ECDC : La France « mauvais élève » de l'Europe à l'hôpital et surtout en ville (où l'écart à la moyenne est beaucoup plus important qu'en milieu hospitalier cf schéma...)

Figure 2.6.6. Distribution of consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community (outside of hospitals) at ATC group level 3, EU/EEA, 2011, expressed as DDD per 1000 inhabitants and per day

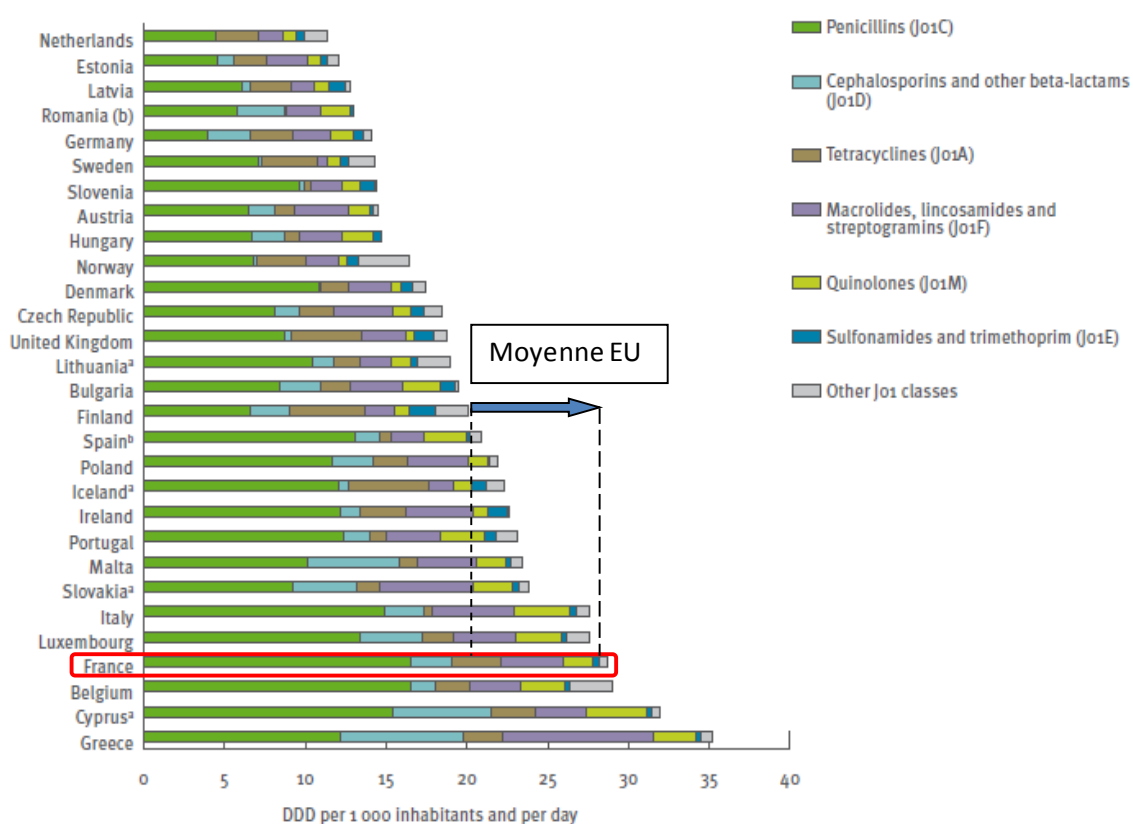
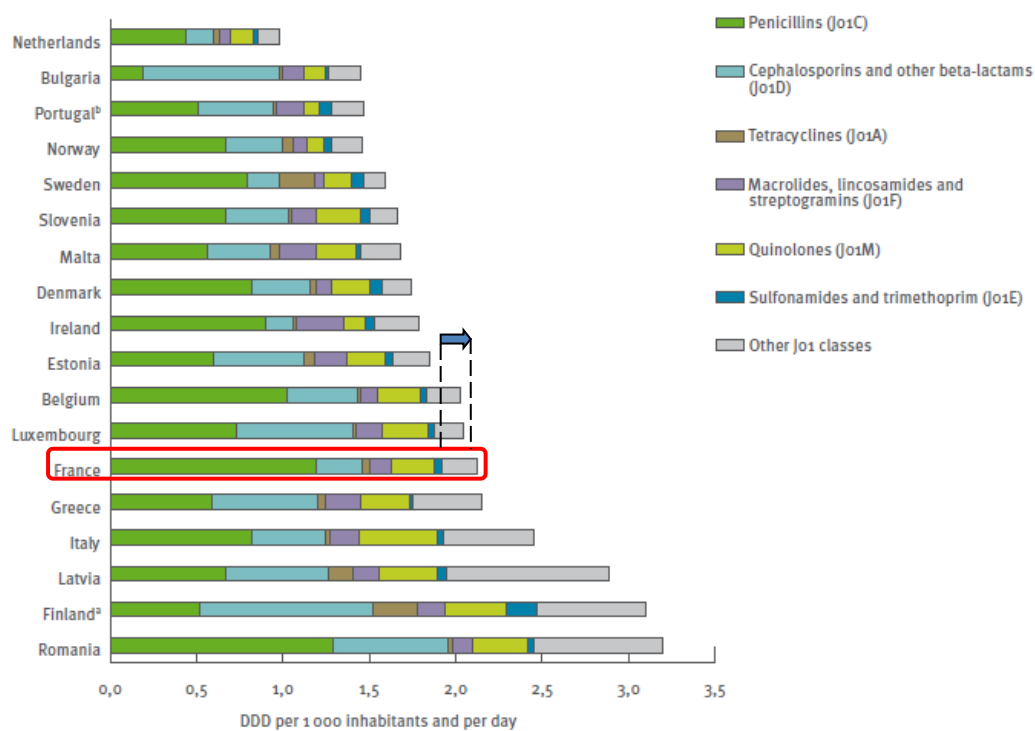


Figure 2.6.8. Distribution of consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) at ATC group level 3 in the hospital sector, EU/EEA, 2011, expressed as DDD per 1000 inhabitants and per day



ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES DEPUIS 2008

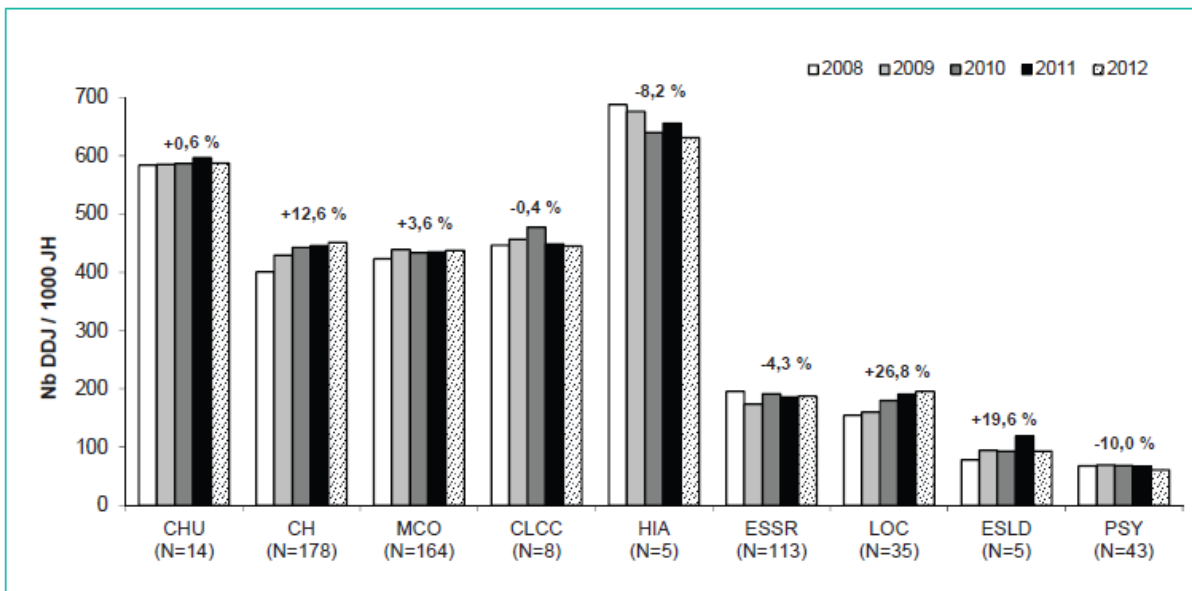
I TABLEAU 5 I

Évolution de la consommation globale des antibiotiques dans les 565 établissements de santé ayant participé de 2008 à 2012

Année	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation globale (DDJ / 1000 JH)	363,2	376,5	386,0	388,2	389,4
Évolution par rapport à l'année précédente (%)		3,7	2,5	0,6	0,3

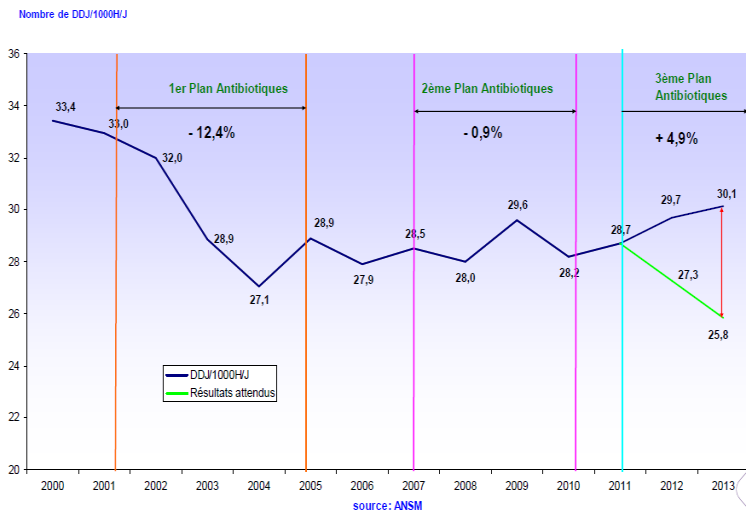
I FIGURE 6 I

Évolution de la consommation globale des antibiotiques dans les 565 établissements de santé ayant participé de 2008 à 2012 (et pourcentage d'évolution calculé entre 2008 et 2012) selon le type d'établissements



Consommation d'antibiotiques

Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville en nombre de DDJ/1000H/J



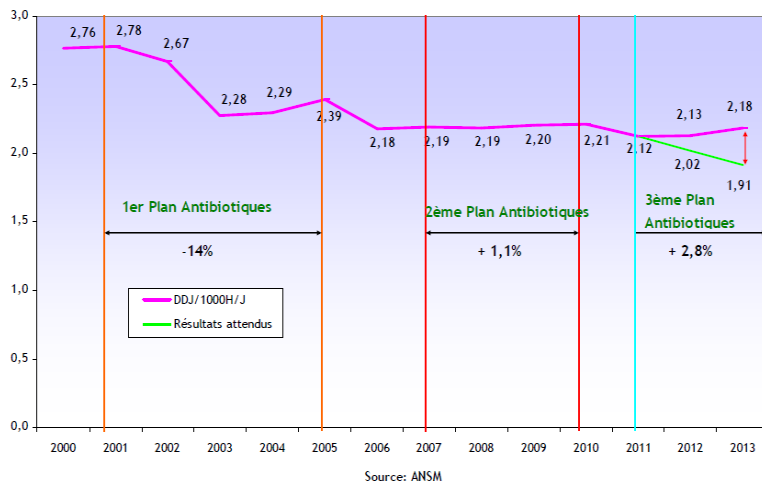
En ville, la consommation (en nombre de DDJ/1000H/J) a continuellement augmenté au cours de ces trois dernières années.

Les prescriptions non justifiées demeurent très importantes (les pathologies hivernales d'origine virale constituaient en 2013 le premier motif de prescription (28%, panel IMS), et contribuent à expliquer l'augmentation de la consommation en 2013 (incidence élevée des syndromes grippaux en début d'année).

DGS -bureau R11 - JC Comboroure

Consommation d'antibiotiques

Evolution de la consommation d'antibiotiques à l'hôpital en nombre de DDJ/1000H/J



A l'hôpital:
En DDJ/1000H/J, la situation est assez comparable : baisse significative de la consommation au cours du 1er Plan, suivie d'une période de relative stabilité (2ème Plan), puis d'une phase de légère reprise.

DGS -bureau R11 - JC Comboroure

5

Cible : Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés ≤ 10%

La très grande majorité des infections courantes ne justifie pas d'un traitement antibiotique prolongé au-delà de 7 jours ; des travaux récents indiquent même qu'une réduction de durée à 5 jours serait suffisante notamment dans les infections respiratoires basses ou intra-abdominales.

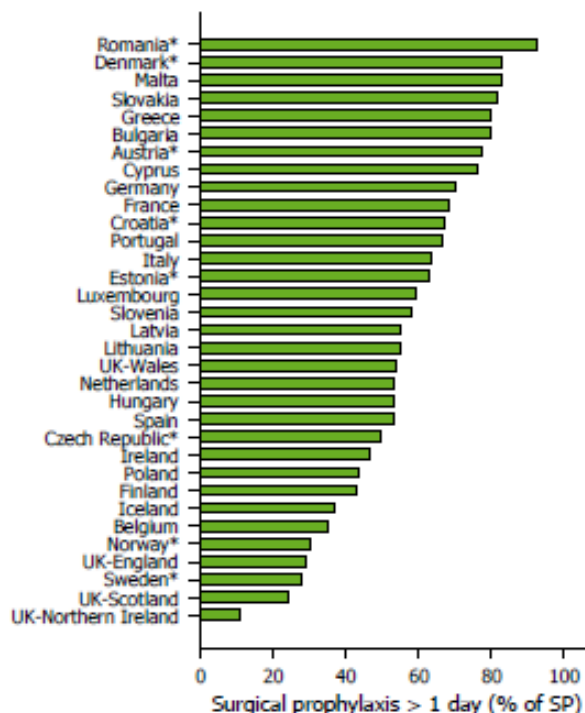
Les indications aux traitements prolongés concernent des indications rares comme les endocardites, les infections ostéo-articulaires, les prostatites et certaines infections neuro-méningées, des suppurations ou des infections sur des terrains particuliers. Ces indications de traitements prolongés doivent être justifiées par une indication claire, et faire l'objet d'une réévaluation périodique, en concertation avec le référent antibiotique de l'établissement, qui doit être informé, notamment par le système d'information hospitalier des prescriptions prolongées. La proportion de ces traitements prolongés au-delà de 7 jours peut donc être évaluée, et doit être maintenue à un niveau faible, >10%.

L'indicateur ICATB.2 du TdBIN apprécie si l'établissement évalue ses pratiques en matière de qualité des prescriptions. Concernant l'évaluation de la durée de l'antibiothérapie, les résultats 2013 disponibles montrent que 70,96% des ES déclarent avoir réalisé cette évaluation.

Cible : Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h ≤ 10%

La France « mauvais élève » de l'Europe pour la durée de l'antibioprofylaxie (ENP 2012)

Figure 69. Surgical prophylaxis given for more than one day as a percentage of the total antimicrobials prescribed for surgical prophylaxis, by country, ECDC PPS 2011–2012



Il n'existe que de très rares indications reconnues où une prophylaxie péri-opératoire doit être prolongée au-delà de la période péri-opératoire stricte, et encore moins au-delà des 24h post-opératoires. Ces prescriptions doivent être réduites au minimum, et justifiées. L'objectif à atteindre est que leur proportion ne dépasse pas 10% de l'ensemble.

Vaccinations

Cible : 100% des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé

L'item A12 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que **80,39% des établissements de santé déclarent avoir cette procédure.**

CATEGORIE	ES non répondant		oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY			243	76.66	74	23.34	317	11.35
SSR-SLD	1	0.13	585	77.18	172	22.69	758	27.13
HAD			90	72.58	34	27.42	124	4.44
CL. INF 100 LP			201	87.39	29	12.61	230	8.23
CL. SUP 100 LP			288	87.27	42	12.73	330	11.81
CHR-CHU			69	95.83	3	4.17	72	2.58
CH INF 300 LP			258	80.12	64	19.88	322	11.52
CH SUP 300 LP			182	87.50	26	12.50	208	7.44
CLCC-CANCER			18	94.74	1	5.26	19	0.68
HOPITAL LOCAL			209	71.82	82	28.18	291	10.42
MECSS-POUP.			20	60.61	13	39.39	33	1.18
HEMODIALYSE			83	92.22	7	7.78	90	3.22
TOTAL	1	0.04	2246	80.39	547	19.58	2794	100.00

Cible : 100% des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle

Les items A14 et A15 de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation des professionnels de santé pour la rougeole, la varicelle ou pour la coqueluche.

Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent :

A14 : 55,33% des établissements de santé déclarent surveiller la couverture vaccinale et/ou l'immunisation pour la rougeole.

CATEGORIE	ES non répondant		oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY			161	50.79	156	49.21	317	11.35
SSR-SLD			369	48.68	389	51.32	758	27.13
HAD			68	54.84	56	45.16	124	4.44
CL. INF 100 LP			130	56.52	100	43.48	230	8.23
CL. SUP 100 LP			204	61.82	126	38.18	330	11.81
CHR-CHU			60	83.33	12	16.67	72	2.58
CH INF 300 LP			193	59.94	129	40.06	322	11.52
CH SUP 300 LP	1	0.48	168	80.77	39	18.75	208	7.44
CLCC-CANCER			14	73.68	5	26.32	19	0.68
HOPITAL LOCAL			114	39.18	177	60.82	291	10.42
MECSS-POUP.			15	45.45	18	54.55	33	1.18
HEMODIALYSE			50	55.56	40	44.44	90	3.22
TOTAL	1	0.04	1546	55.33	1247	44.63	2794	100.00

A15 : 100% des établissements de santé déclarent surveiller la couverture vaccinale et/ou l'immunisation pour la varicelle ou la coqueluche.

Cible : 100% des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue

L'item A13 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une **surveillance** de la couverture vaccinale de la grippe. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que **84,07% des établissements de santé déclarent réaliser cette surveillance.**

CATEGORIE	ES non répondant		oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
ETAB. PSY	1	0.32	267	84.23	49	15.46	317	11.35
SSR-SLD			617	81.40	141	18.60	758	27.13
HAD			94	75.81	30	24.19	124	4.44

CATEGORIE	ES non répondant		oui		non		TOTAL ES	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
CL. INF 100 LP			188	81.74	42	18.26	230	8.23
CL. SUP 100 LP			274	83.03	56	16.97	330	11.81
CHR-CHU			71	98.61	1	1.39	72	2.58
CH INF 300 LP			277	86.02	45	13.98	322	11.52
CH SUP 300 LP			201	96.63	7	3.37	208	7.44
CLCC-CANCER			19	100.00			19	0.68
HOPITAL LOCAL			245	84.19	46	15.81	291	10.42
MECSS-POUP.			27	81.82	6	18.18	33	1.18
HEMODIALYSE			69	76.67	21	23.33	90	3.22
TOTAL	1	0.04	2349	84.07	444	15.89	2794	100.00

Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 3

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
ISO	Taux d'ISO par acte/procédure ciblée en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH : ≤ 1% pour PTH et PTG	Local National	2016 Bisannuel	Raisin
Bactériémies	Bactériémie sur CVC en réanimation : taux ≤ 1/1000 J-cathéter	Local	2015/Annuel	Raisin
	Bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20% de la prévalence	Local Régional National	2017/5 ans	ENP
	Diminution de 20% de la prévalence des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV en réanimation et hors réanimation	National	2017/5 ans	ENP
Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Bactériémies	Signalement des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV à partir du LBM*	Régional	2016	ARS CClin/Arlin

Infections du site opératoire (ISO)

Cible : Taux d'ISO par acte/procédure ciblée en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH : $\leq 1\%$ pour PTH et PTG

Actuellement, la surveillance des ISO fait partie des indicateurs du TdBIN par l'indicateur ICALISO. Aucun taux n'est demandé. Parallèlement, l'évolution de l'utilisation des données issues du SIH devrait permettre prochainement de produire facilement des taux d'infection.

L'étude de L. Grammatico-Guillon et al. (ICHE juin 2014) sur les données d'une région a démontré que l'utilisation du SIH avec un algorithme adapté pouvait constituer un bon outil de surveillance des Iso en routine pour les prothèses totales de hanche et de genou.

Les données du Raisin :

Tableau 4.c : Taux d'ISO et DI/1000 jours de suivi par intervention et selon le score NNIS en orthopédie, données ISO-Raisin, 2012

Interventions	Nb interv.	Nb inf.	Taux d'ISO (%)	IC95%	Nb jrs suivi	DI/1000 jours de suivi	IC95%
Prothèse non totale de hanche							
Global	2 697	34	1,26	0,84 - 1,68	65 114	0,52	0,35 - 0,70
NNIS-0	968	11	1,14	0,46 - 1,81	23 563	0,47	0,19 - 0,74
NNIS-1	1 485	20	1,35	0,76 - 1,94	35 769	0,56	0,31 - 0,80
NNIS-2,3	62	1	1,61	0,00 - 4,77	1 430	0,70	0,00 - 2,07
Prothèse totale de hanche							
Global	13 569	94	0,69	0,55 - 0,83	357 390	0,26	0,21 - 0,32
NNIS-0	8 818	44	0,50	0,35 - 0,65	232 955	0,19	0,13 - 0,24
NNIS-1	3 817	40	1,05	0,72 - 1,37	101 133	0,40	0,27 - 0,52
NNIS-2,3	262	7	2,67	0,69 - 4,65	6 839	1,02	0,27 - 1,78
Prothèse de hanche (PTHA+PTTH)							
Global	16 266	128	0,79	0,65 - 0,92	422 504	0,30	0,25 - 0,36
NNIS-0	9 786	55	0,56	0,41 - 0,71	256 518	0,21	0,16 - 0,27
NNIS-1	5 302	60	1,13	0,85 - 1,42	136 902	0,44	0,33 - 0,55
NNIS-2,3	324	8	2,47	0,76 - 4,18	8 269	0,97	0,30 - 1,64
Reprise de prothèse de hanche							
Global	1 654	25	1,51	0,92 - 2,10	42 700	0,59	0,36 - 0,81
NNIS-0	850	11	1,29	0,53 - 2,06	22 163	0,50	0,20 - 0,79
NNIS-1	582	11	1,89	0,77 - 3,01	14 985	0,73	0,30 - 1,17
NNIS-2,3	95	1	1,05	0,00 - 3,12	2 568	0,39	0,00 - 1,15
Prothèse de genou							
Global	10 554	33	0,31	0,21 - 0,42	281 262	0,12	0,08 - 0,16
NNIS-0	6 365	16	0,25	0,13 - 0,37	168 690	0,09	0,05 - 0,14
NNIS-1	3 369	12	0,36	0,15 - 0,56	90 247	0,13	0,06 - 0,21
NNIS-2,3	389	5	1,29	0,16 - 2,41	10 635	0,47	0,06 - 0,88

L'incidence varie selon l'intervention et le score NNIS.

Les données de différents réseaux de surveillance (LGG JHI article in Press) sont cohérentes avec le choix de 1% pour le taux « cible » choisi:

Table II

Distribution of main studies with estimation of surgical site infection (SSI) and prosthetic joint infection (PJI) rates

National surveillance systems	SSI incidence	PJI after THA	Hip SIR	PJI after TKA	Knee SIR	Overall estimation of PJI
NHSN (USA)	1.19–1.9%	1.4%		1.0%		
INCLIMECC (Spain)	—	2.7%	3.25	1.3%	1.87	
RAISIN (France)	1–1.9%	1.54		0.67%		0.84%
NNSR (Hungary)	2.27%	2.91%	2.32			
KISS (Germany)	1.6%			1%		1.0%
SIRO (Finland)	—	1.6%	—	1.3%		0.95%
PREZIES (Netherland)	1.8%	1.3–2.3%		1.6%		2.2%
	1.3–1.9%	2.4%				
SSHAIP (Scotland)	2.61 (2.3–3.0)	1.75 (1.3–2.3)		1.46 (0.9–2.3)		
NINSS (UK)	2.4%	2.4%		3.7%		
HELICS (Europe)		2.2 (2.1–2.4)				

SIR, standardized infection ratio; THA, total hip arthroplasty; TKA, total knee arthroplasty.

Bactériémies

Cible : Bactériémie sur CVC en réanimation : taux \leq 1/1000 J-cathéter

Une réduction importante des taux d'infections associées aux cathéters veineux centraux en réanimation a été obtenue ces 10 dernières années. Les données du réseau Réa Raisin montrent des taux de BLC $<$ 1/1000JC depuis 2007. L'objectif est de maintenir le taux à ce niveau faible :

Données nationales et tendances 2004-2012										
Variables		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Participation REA-RAISIN (% lits SAE)		-	-	-	32,1	36,1	36,4	36,8	39,7	42,1
Etablissements	n	102	132	141	148	153	162	166	165	174
Services	n	116	141	158	165	174	176	181	184	196
Lits	n	-	-	-	1 847	1 981	1 994	2 030	2 168	2 284
Patients	n	14 752	19 693	22 090	22 927	25 225	24 459	25 685	27 722	29 554
Caractéristiques										
Age	(en années)	moy.	61,0	61,6	61,4	61,4	62	62,8	63,0	63,7
Sex-ratio		H/F	1,65	1,63	1,56	1,58	1,63	1,59	1,55	1,63
Durée du séjour	(en jours)	moy.	11,2	11,3	11,1	11,2	11,2	11,8	11,6	11,6
IGS II		moy.	39,4	40,4	40,2	41,7	42	42,8	43,1	43,9
Décès		%	16,8	17,2	16,8	18,1	17,7	18,5	18,1	18,5
Antibiotiques à l'admission		%	48,8	51,5	51,2	55,2	53,4	55,4	56,2	57,5
Provenance du patient	domicile	%	57,7	53,9	54,9	55,4	51,7	52,9	53,1	54,4
	EHPAD	%	-	-	-	-	-	-	1,1	1,1
	SLD	%	-	-	-	-	-	-	5,7	2,6
	SSR	%	5,4	4,1	4,6	5	4,4	3,8	3,8	2,0
	court séjour	%	33,6	39,2	37,5	36,4	40,9	39,7	39,5	32,7
	réanimation	%	3,3	2,8	3	3,2	3,1	3,6	3,6	4,1
Catégorie diagnostique	médecine	%	66,5	68,5	67,9	67,6	66,7	66,5	68,4	68,7
	chir. urgente	%	17,1	16,7	17,6	18,6	18,2	18,8	17,8	18,6
	chir. réglée	%	16,4	14,9	14,5	13,8	15	14,7	13,8	13,8
Trauma		%	10,4	9,3	10,2	10,2	9,5	9,3	8,6	9,3
Immunodépression		%	13,4	12,2	11,7	12,8	14,5	14,2	14,5	14,0
Exposition aux dispositifs invasifs										
Patients exposés	intubation	%	59,2	61,3	61,3	63,9	64,5	65,4	64,5	66,2
	CVC	%	55,9	58,5	59	59,7	61,2	64,8	63,3	65,3
	sonde urinaire	%	81,3	80,5	80,9	83,8	84,6	86,5	87,0	87,2
Ratio d'exposition	intubation	%	56,1	58,9	58,7	61	60	60,9	60,8	59,1
	CVC	%	60,3	62,8	63,8	63,2	63,6	65,9	66,0	64,8
	sonde urinaire	%	78,1	78	79,6	81,6	81,9	83,2	84,2	81,0
Durée d'expo. (en j)	intubation	moy.	10,7	10,9	10,6	10,7	10,5	11	10,9	10,7
	CVC	moy.	12,1	12,2	12	11,9	11,7	12	12,2	11,9
	sonde urinaire	moy.	10,7	10,9	10,9	11	10,8	11,4	11,3	11,1
Indicateurs niveau patient										
Incidence cumulée / 100 patients										
	Patients infectés (PNE, BAC, URI, ILC, BLC)		13,48	14,62	14,09	14,38	13,59	14,38	13,23	13,13
	Patients infectés à SARM		-	-	-	0,90	0,95	0,97	0,83	0,62
	Patients infectés à EBLSE		-	-	-	0,86	0,80	1,01	1,08	1,27
	Patients infectés à PARC		-	-	-	0,78	0,67	0,55	0,50	0,86
Incidence cumulée / 100 patients exposés										
	Pneumopathie liée à l'intubation		13,46	13,82	12,80	13,04	12,19	13,27	12,43	12,76
	Bactériémie liée au séjour		3,49	3,54	3,41	3,81	3,73	3,98	3,68	3,93
	Infection urinaire liée au sondage		7,96	7,58	7,72	6,47	5,37	5,33	4,19	3,92
	Culture CVC + (COL, ILC, BLC)		6,62	6,29	5,53	6,91	6,33	6,72	6,40	6,41
	ILC		1,56	1,66	1,17	1,60	1,26	1,30	1,09	0,96
	BLC		0,84	0,86	0,97	1,14	1,04	1,07	0,56	0,77
Incidence / 1000 j d'exposition										
	Pneumopathie liée à l'intubation		16,26	16,71	15,36	15,48	14,5	15,21	14,14	14,92
	Bactériémie liée au séjour		3,31	3,35	3,26	3,63	3,52	3,57	3,37	3,63
	Infection urinaire liée au sondage		8,32	7,72	7,84	6,47	5,31	5,05	3,94	3,73
Indicateurs niveau CVC										
	Mise en culture des CVC	%	-	-	54,6	55,2	57,3	52,2	52,5	53,1
	Culture CVC + / 100 CVC cultivés		-	-	12,04	10,75	10,66	11,42	11,18	11,21
	ILC / 1000 j CVC		-	-	1,38	1,11	1,11	0,94	0,84	0,79
	BLC / 1000 j CVC		-	-	0,99	0,84	0,90	0,48	0,66	0,68

Cible : Bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20% de la prévalence

Les infections liés aux cathéters veineux centraux observées en dehors des services de réanimation sont en augmentation, et elles représentent maintenant une part majoritaire parmi les infections sur cathéter. Ce nouvel indicateur vise à sensibiliser les soignants à ce problème et à réduire les taux d'infections.

Tableau 38 - Part relative et prévalence des sites infectieux. ENP, France, juin 2012

Site infectieux	N	Part relative (%)	Prévalence (%)
Infection urinaire	4 784	29,9	1,6
Pneumonie	2 675	16,7	0,9
Infection du site opératoire	2 169	13,5	0,7
- dont ISO superficielle	507	3,2	0,2
- dont ISO profonde	773	4,8	0,2
- dont ISO de l'organe	889	5,5	0,3
Bactériémie / septicémie	1 620	10,1	0,5
- non liée à un cathéter	951	5,9	0,3
- liée à un cathéter central	534	3,3	0,2
- liée à un cathéter périphérique	135	0,8	<0,1
Infection peau / tissus mous	1 072	6,7	0,4
Infection respiratoire autre	981	6,1	0,3
Infection du tractus gastro-intestinal	774	4,8	0,3
Infection ORL / stomatologique	444	2,8	0,1
Infection des os et articulation	395	2,5	0,1
Sepsis clinique	311	1,9	0,1
Infection sur cathéter sans bactériémie	199	1,2	0,1
- de cathéter central	119	0,7	<0,1
- de cathéter périphérique	80	0,5	<0,1
Infection génitale	196	1,2	0,1
Infection du système cardio-vasculaire	156	1,0	0,1
Infection systémique	112	0,7	<0,1
Infection ophtalmologique	87	0,5	<0,1
Infection du système nerveux central	49	0,3	<0,1
Total	16 024	100,0	5,3

Tableau 40 - Part relative des principaux sites infectieux par type de séjour. ENP, France, juin 2012

Site infectieux	Bactériémie	Bact. liée KTC	Bact. liée KTP
	%	%	%
Court séjour	14,6	5,1	1,3
- dont Médecine	17,4	6,7	1,7
- dont Chirurgie	9,0	2,4	0,6
- dont Obstétrique	6,0	0,0	0,7
- dont Réanimation	16,4	5,3	1,1
SSR	3,6	0,6	0,2
SLD	1,5	0,2	0,0
Psychiatrie	0,9	0,0	0,2
Ensemble	10,1	3,3	0,8

KTC : Cathéter central ; KTP : cathéter périphérique

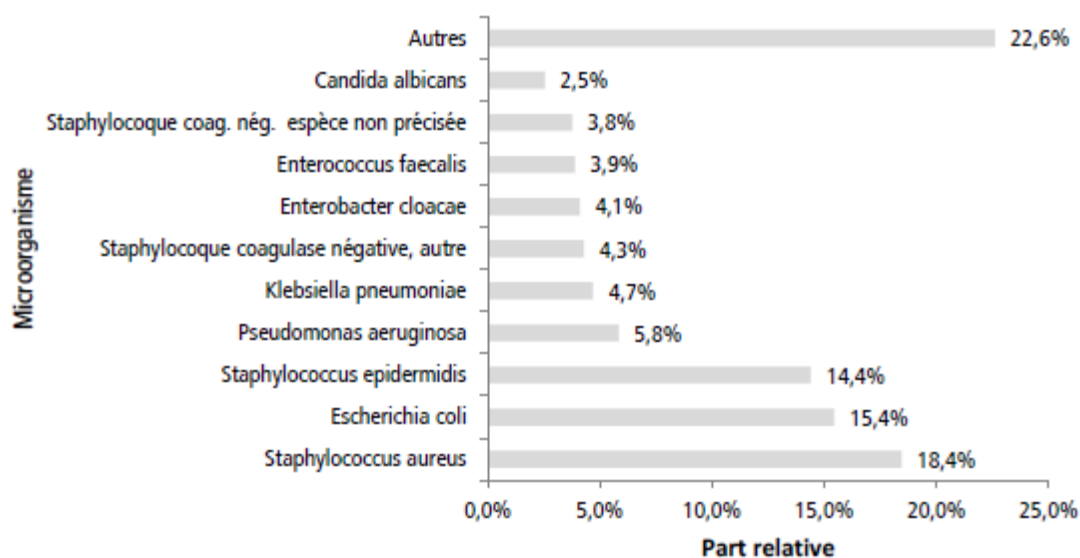
Cible : Diminution de 20% de la prévalence des bactériémies à *S. aureus* sur DIV en réanimation et hors réanimation

Tableau 53 - Origine des Bactériémies. ENP, France, juin 2012.

Origine	N	% de toutes les bact.	% des bact. non liées à cathéter
Bactériémies liées à un cathéter	669	41,3	
- dont bactériémies liées à un cathéter veineux central	534	33,0	
- dont bactériémies liées à un cathéter veineux périphérique	135	8,3	
Bactériémies non liées à un cathéter	613	37,8	64,5
- dont secondaire à une infection urinaire	231	14,3	24,3
- dont secondaire à une infection digestive	116	7,2	12,2
- dont secondaire à une infection pulmonaire	60	3,7	6,3
- dont secondaire à une ISO	55	3,4	5,8
- dont secondaire à une infection cutanée	52	3,2	5,5
- dont secondaire à une autre infection	79	4,9	8,3
- dont non secondaire à une infection et non liée à un cathéter	20	1,2	2,1
Bactériémie d'origine inconnue	338	20,9	35,5
Total	1 620	100,0	(-)

Bact. : bactériémies

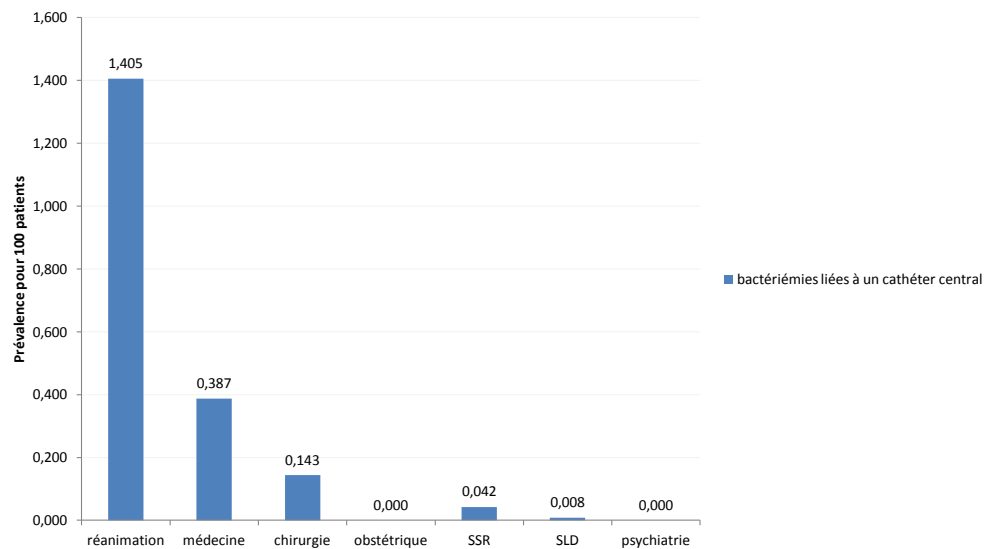
Figure 12 - Distribution des micro-organismes isolés (N=1 729) des bactériémies nosocomiales. ENP, France, juin 2012



Les données de l'enquête nationale de prévalence menée en 2012 dans les établissements de santé permettent d'estimer la prévalence des bactériémies liées à un cathéter central pour 100 patients en service de médecine à 0,39. Cette enquête de prévalence devrait être reconduite avec une périodicité de 5 ans, ce qui permettra de suivre cette évolution à échéance de 2017.



ENP 2012 : Prévalence des bactériémies liées à un cathéter central pour 100 patients par service





MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

www.sante.gouv.fr/propias