13/10/2026

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

Dr Paul-Rémi PETIT

Praticien hospitalier EOHH

Hôpital de la Timone

CLIN AP-HM



Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap·hm

ESPRIT Équipe de Surveillance et de Prévention du Risque Infectieux - ap·hm — Hôpital de la Timone

UVE UNITÉ DES VIRUS ÉMERGENTS INSERM1207 – IRD190 – AMU – EFS – IRBA

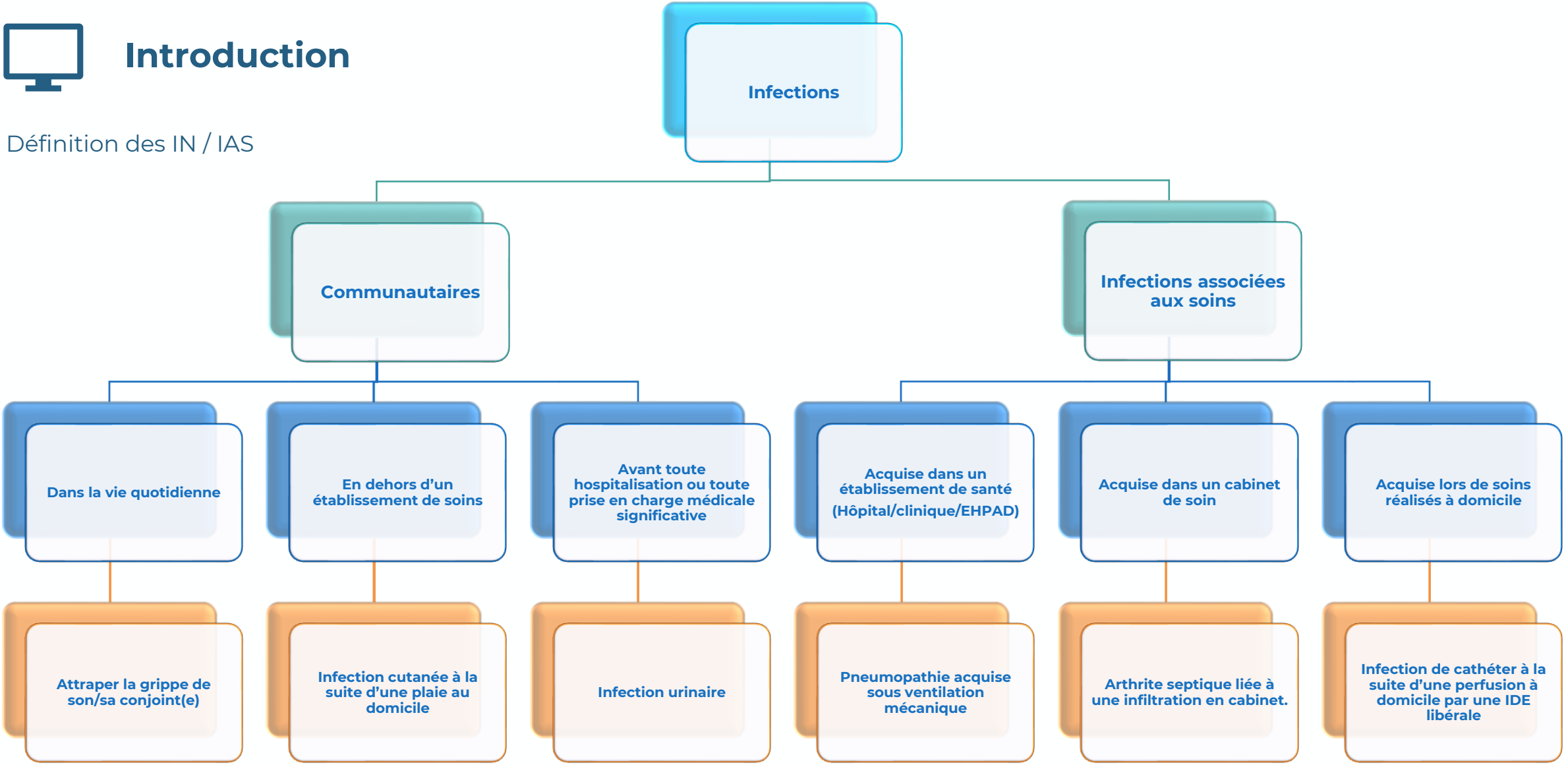
amU Aix Marseille Université

Plan

1. Introduction
2. Historique des plans nationaux
3. Stratégie nationale actuelle (2022-2027)
4. Les indicateurs qualité actuels
5. Missions nationales de surveillance
6. Conclusion

Introduction

Définition des IN / IAS



Infections nosocomiales

Introduction

Définition des IN / IAS

- Une infection est dite associée aux soins si elle survient
  - **au cours ou à la suite d'une prise en charge** d'un patient
    - Ni présente
    - Ni en incubation
    - au début de la prise en charge

- Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément :
  - Délai **d'au moins 48 heures** ou
  - Délai supérieur à la période d'incubation
    - Grippe/SARS-CoV-2 : 18-72h
    - Légionelle : 2-10 jours

- Pour les Infections de Site Opératoire (ISO)
  - infections survenant dans les **30 jours suivant l'intervention**
  - **1 an** si mis en place de matériel.

Introduction

Epidémiologie

- Enquêtes menées tous les 5 ans
- Mesurer et décrire la **prévalence nationale :**
  - des infections nosocomiales et
  - des traitements anti-infectieux en établissements de santé.

- **151 676 patients** ont été inclus dans l'ENP 2022 avec 1 155 établissements de santé participants

La prévalence 2022 en 5 chiffres

Prévalence des patients infectés

5,71 %
IC95 % [5,45-5,99])

Prévalence des patients infectés hors COVID-19 nosocomiaux

5,35 %
IC95 % [5,11-5,60]

Prévalence des patients traités par antibiotiques à usage systémique

16,24 %
IC95 % [15,66-16,84]

Prévalence des infections nosocomiales

6,06 %
IC95 % [5,77-6,35]

Prévalence des infections nosocomiales hors COVID-19

5,66 %
IC95 % [5,40-5,93]

En 2022

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

Historique des plans nationaux

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

Historique des plans nationaux

Programme national
de lutte contre les infections nosocomiales
2005-2008

Ministère de la Santé et de la Protection sociale

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

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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

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

propias
programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

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

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

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

Stratégie nationale actuelle (2022-2027)

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

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

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

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

Stratégie nationale actuelle (2022-2027)

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

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

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

Ces indicateurs sont :

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

Stratégie nationale actuelle (2022-2027)

Indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique

Définition : ICSHA

Indicateur de suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier

Indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact

Taux : nombre de dossiers concernés conformes sur total de dossiers concernés. **Détails ici PCC**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les indicateurs qualité actuels : ICSHA

L'ICSHA : Indice de consommation de Solution hydroalcoolique

🎯 Objectif

- Mesurer le **niveau d'hygiène des mains** dans les établissements de santé.
- Suivre la **consommation de SHA** comme marqueur indirect de l'hygiène des mains.
- Permettre une **comparaison** dans **le temps** et **entre établissements**.

Méthode de calcul

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

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

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

$$Objectif\ Théorique = Activité\ x\ Nb\ friction\ x\ 0{,}003L\ (3mL)$$

Sources de données

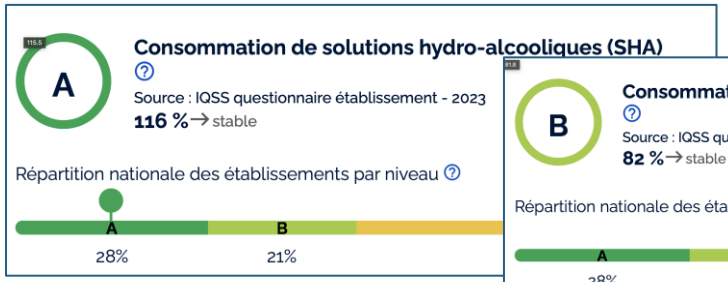
- **Pharmacie** : données de délivrance / consommation de SHA
- **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** :
  - activité hospitalière (journées d'hospitalisation, actes, séances).

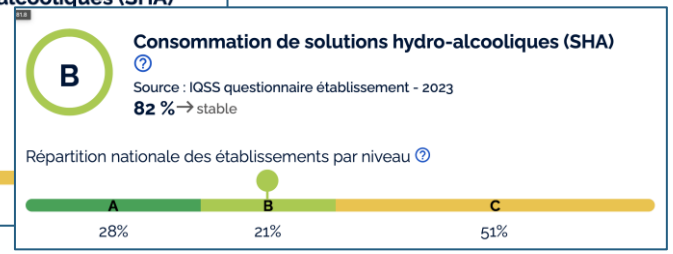
Déclaration annuelle via la plateforme **QualHAS** (HAS).

Diffusion publique sur **Qualiscope**

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

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





Les indicateurs qualité actuels : ICSHA

Nouveauté 2026 : un questionnaire organisationnel complémentaire

La campagne 2026 comporte un questionnaire inspiré de la stratégie multimodale de promotion de l'hygiène des mains de l'Organisation mondiale de la Santé (Hand Hygiene Self-Assessment Framework).

la HAS recueille désormais des informations sur :

- Les **moyens humains** et **matériels** consacrés à la prévention du risque infectieux.
- La **formation** et la sensibilisation des professionnels.
- Les **audits d'observation** et le suivi des consommations au niveau des services.
- La **restitution des résultats** et les **actions d'amélioration** mises en place.

Remarque : Ces réponses ne modifie pas le calcul de l'ICSHA, qui reste fondé sur le rapport entre consommation réelle et consommation théorique.



Les indicateurs qualité actuels : ICSHA

L'ICSHA : Indice de consommation de Solution hydroalcoolique

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

Avantages

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

Difficultés de mise en place

Récupération des données parfois complexe :

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

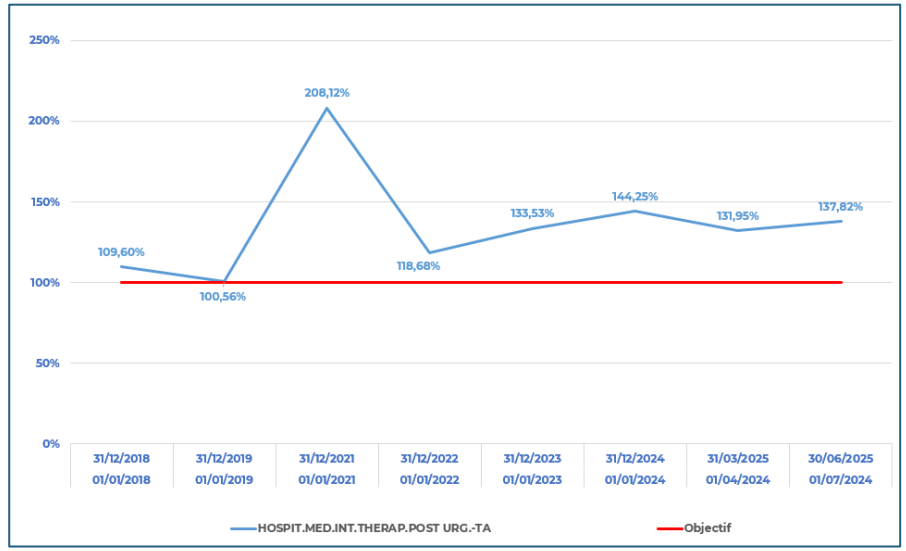
Attention à l'interprétation

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

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

Tout l'établissement | Standard

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



Les indicateurs qualité actuels : VAG

VAG : Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier

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

🎯 Objectif

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

Méthode de calcul

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

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

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

Sources de données

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

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

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

Pas encore de diffusion publique

Les indicateurs qualité actuels : VAG

VAG : Vaccination antigrippale des professionnels de santé

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

Un professionnel en bonne santé est un professionnel présent et en mesure de fournir des soins de qualité. Pour ce faire, l'établissement :

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

Certification

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

Difficulté principale :

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

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

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

Les indicateurs qualité actuels : PCC



PCC : Précautions complémentaires contact

Objectif

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

Méthode de calcul

- **Numérateur** : Nombre de dossier ou sont tracés la mise en place (MEP) et/ou l'information du patient (INFO)
- **Dénominateur** : Nombre de dossier évalués
- **Résultat** : 3 indicateurs :

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

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

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

Sources de données

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



Diffusion publique sur **Qualiscope**

Les indicateurs qualité actuels : ATBIR

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

Objectif

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

Méthode de calcul

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

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

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

Sources de données

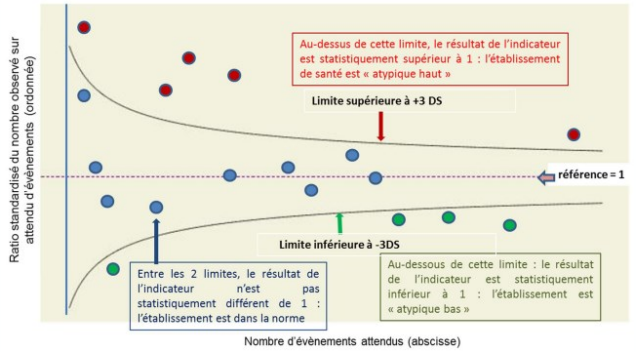
- **PMSI MCO :** Dossiers avec hospitalisation > 24h Et diagnostic de pneumopathie (S.pneu, H.inf, bactérienne, inhalation…)
- **CQ-EOHH-Infectiologues** : Evaluation des dossiers pour analyse des prescriptions.

Diffusion publique sur **Qualiscope**

Les indicateurs qualité actuels : ISO-ORTHO

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

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



Objectif

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

Méthode de calcul

- **Population cible** : patients adultes ayant bénéficié d'une pose de PTG/H programmée pour lesquels on estime qu'une marge d'amélioration est possible après exclusion :
  - des patients à très haut risque d'ISO (ATCD ISO, Changement multiple de prothèses…)
  - des cas d'ISO non imputables à la qualité de la pose (ISO sur prothèse déjà présente, fuite, SCAM)
- **Numérateur** : Nombre observé d'ISO dans l'établissement à 3 mois post-chirurgie.
- **Dénominateur** : nombre attendu d'ISO (obtenue en appliquant aux patients de l'établissement les coefficients de chaque facteur de risque, estimés par le modèle de régression logistique à partir des séjours nationaux (la population de référence).
- **Résultat** : Ratio standardisé

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

Sources de données

- **Requête automatique dans le PMSI MCO**

Diffusion publique sur **Qualiscope**



Les indicateurs qualité actuels : EP-HDM

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

🎯 Objectif

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

Méthode de calcul

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

Sources de données

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

Expérimentation en 2024, Première évaluation nationale 10 mars au 11 juin 2026

+	−	
TOUJOURS	NON	
ET	OU	
JAMAIS	PARFOIS/ SOUVENT	
ET	OU	
OUI	NON	
ET	OU	
SOUVENT	JAMAIS	
ET	OU	
TOUJOURS/ SOUVENT	PARFOIS/ JAMAIS	

Les indicateurs qualité actuels : EP-HDM

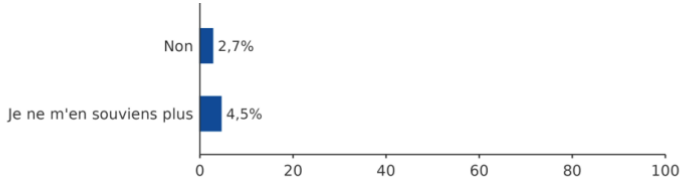
EP-HDM : Expérience des patients adultes sur l'hygiène des mains

Disponibilité des produits hydroalcooliques (N= 52 515)

QC00237 - Distribution des modalités de réponses

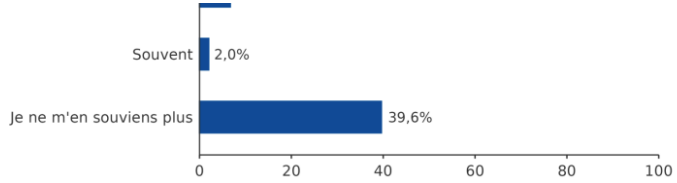
Lors de votre hospitalisation, du produit

Un élève sage-femme a réalisé plusieurs gestes médicaux sur moi (par exemple retrait d'un cathéter), il ne se lavait pas les mains, n'utilisait pas de gel hydroalcoolique et ne portait pas de gels hydroalcoolique et ne portait pas de gants. Je lui ai signalé que cela me dérangeait. Il m'a indiqué que ce n'était pas obligatoire.



Bijoux aux mains et aux poignets (N= 52 515)

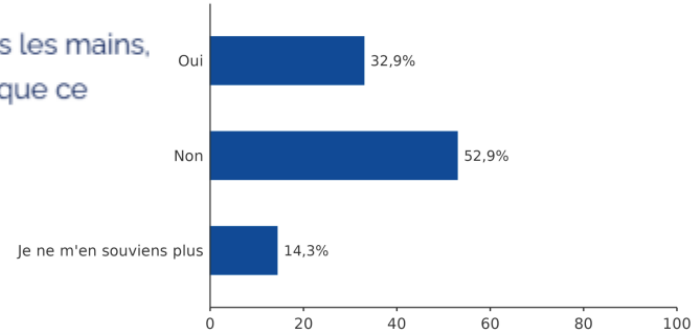
QC00238 - Distribution des modalités de réponses



Information sur l'hygiène des mains (N= 52 515)

QC00239 - Distribution des modalités de réponses

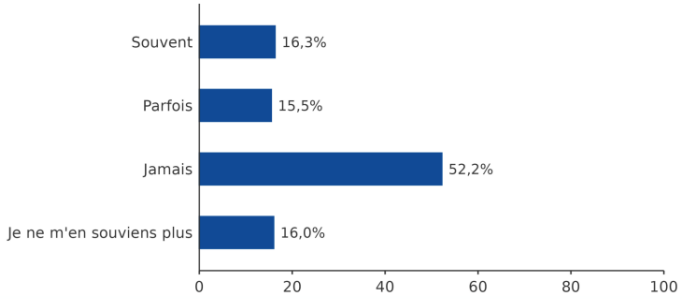
Lors de votre hospitalisation, avez-vous reçu des informations sur l'hygiène des mains ?



Sollicitation pour une hygiène des mains (N= 52 515)

QC00240 - Distribution des modalités de réponses

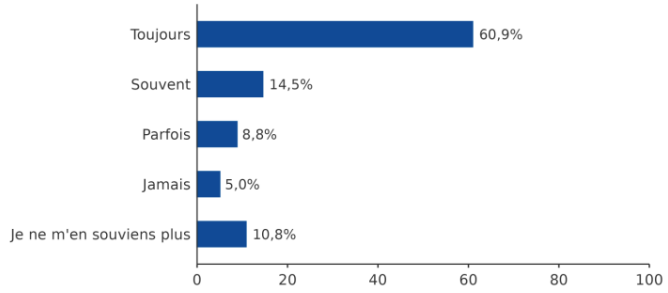
Lors de votre hospitalisation, un professionnel vous-a-t-il demandé de vous frictionner les mains avec du produit hydroalcoolique ou de vous laver les mains ?



FHA avant de toucher le patient (N= 52 515)

QC00241 - Distribution des modalités de réponses

Lors de votre hospitalisation, les professionnels qui se sont occupés de vous se sont-ils frictionnés les mains avec du produit hydroalcoolique avant de vous toucher ?



Les indicateurs qualité actuels : EP-HDM

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



Un élève sage-femme a réalisé plusieurs gestes médicaux sur moi (par exemple retrait d'un cathéter), il ne se lavait pas les mains, n'utilisait pas de gel hydroalcoolique et ne portait pas de gants. Je lui ai signalé que cela me dérangeait. Il m'a indiqué que ce n'était pas obligatoire.



Une seule infirmière est allée vider ma sonde puis a rempli le pichet d'eau sans se laver les mains

Surpris avec mon conjoint de voir une soignant réaliser une bandelette urinaire sans gant, sans lavage de mains par la suite… Et de la voir vider le pot d'urines dans un évier (fait pour se laver les mains normalement)

port de gants, solution hydroalcoolique très peu utilisés par les médecins si ce n'est jamais.



Le flacon de gel dans ma chambre était vide ! Les soignants portaient souvent des gants, mais ouvraient les portes avec !

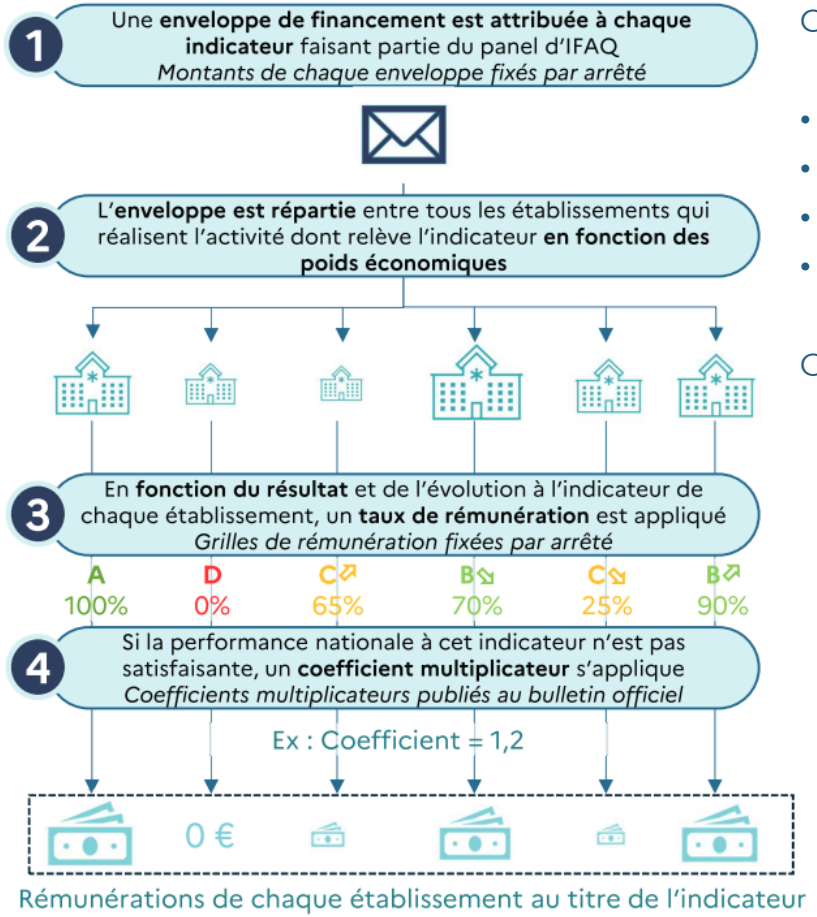


Personne ne se lavait les mains nous étions en chambre double et le médecins s'occuper du bébé a coter et venais s'occuper du mien sans s'être lavé les mains. Jai du demandé a ce qu'il le fasse mais il s'est vexé en me disant que nos bébés avaient la même maladie

Les indicateurs qualité actuels : l'IFAQ

IFAQ : Incitation financière à l'amélioration de la qualité

- **Principe** : une partie du financement des établissements de santé dépend de leurs résultats en matière de qualité et de sécurité des soins



Comment fonctionne l'IFAQ ?

- Une **enveloppe financière** est attribuée à chaque indicateur.
- Une répartition entre établissements tenant compte de leur **activité**.
- Une rémunération selon les résultats : **niveau** de performance atteint et **évolution** dans le temps.
- Un mécanisme de **pénalité** en cas de **résultats insuffisants** persistants sur certains indicateurs.

Objectif : récompenser la qualité des soins et encourager l'amélioration continue.

Classe	Stable ou sans évolution calculable	Evolution positive	Evolution négative
A	100% ★ 150%	100% ★ 150%	100% ★ 150%
B	80% ★ 120%	90% ★ 135%	70% ★ 105%
C	45% ★ 67,5%	65% ★ 97,5%	25% ★ 37,5%
D *(si existant)*	0%		
NR*/NV**	0%		

Les missions nationales de Surveillances

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

Réseau piloté par

RéPIA
Réseau de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance

Santé publique France

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











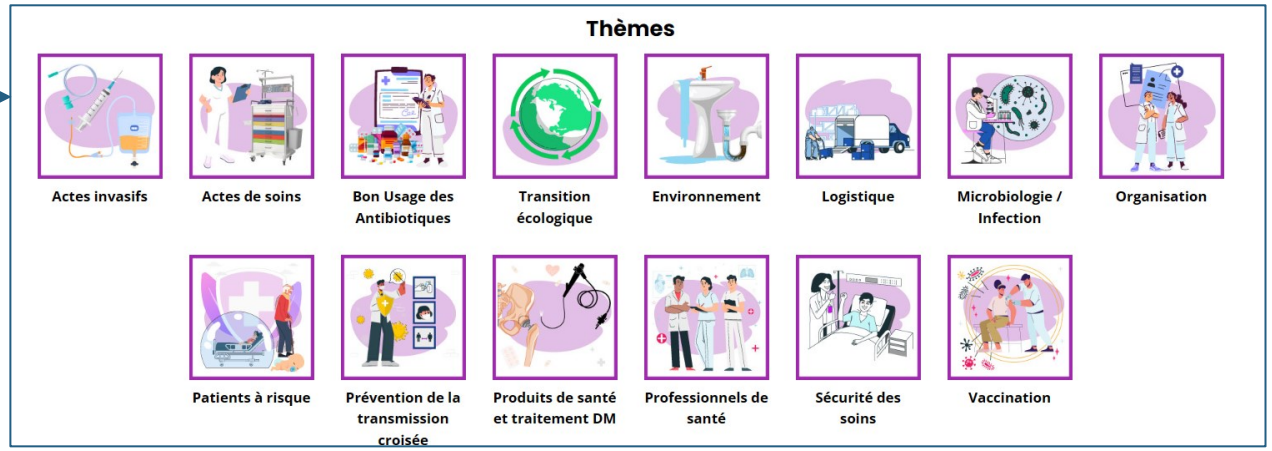
MATIS : Mission d'Appui Transversal à la Prévention des Infections associés aux Soins



CPIAS Nouvelle aquitaine et CPIAS Guadeloupe

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

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



2 - Soutien transversal et création d'outils







3 - Recherche (Sciences humaines et enquêtes)

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

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



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

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

1 - Surveillance de la résistance bactérienne

- Suivi des résistances bactériennes en ville et en EMS.

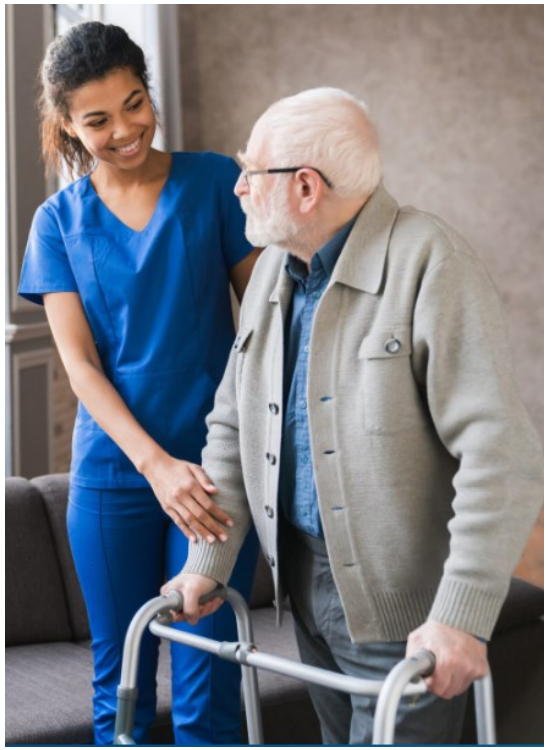
2 – Bon usage des antibiotiques

- Boîtes à outils, contenu de formation, documentation

3 - Prévention des infections associées aux soins

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





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

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

1 – Surveillance : CONSORES

- consommation des antibiotiques
- résistances bactériennes

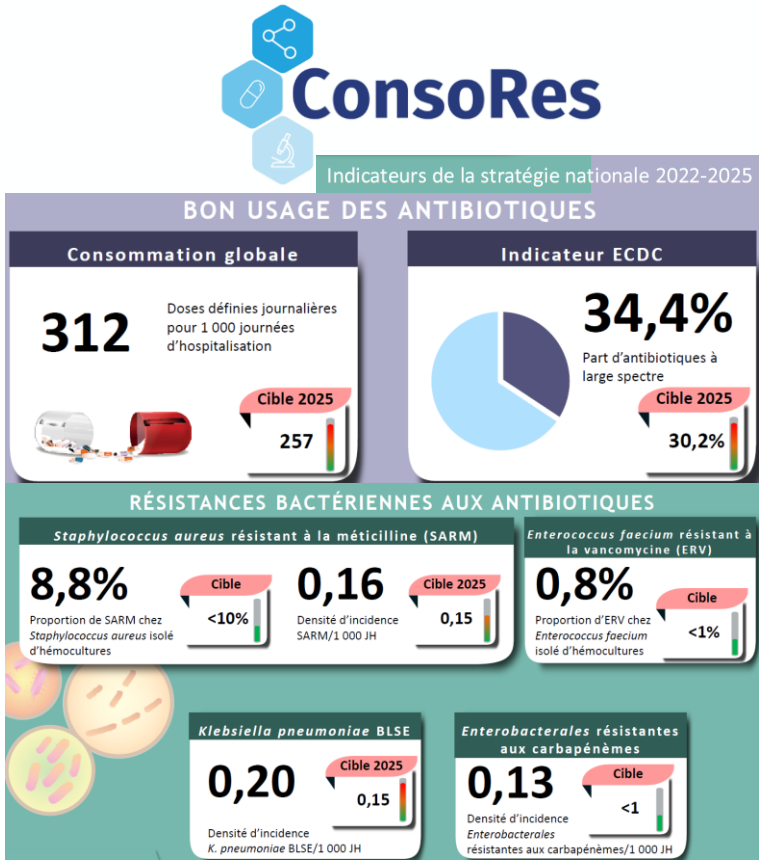
2 – Prévention

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

3 - Bon usage des antibiotiques

1) La création d'une boîte à outils BUA en Établissement de Santé

2) L'évaluation de la pertinence des antibiothérapies



SPIADI : Surveillance et Prévention des Infection Associées aux Dispositifs Invasifs

CPias Centre Val de Loire

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

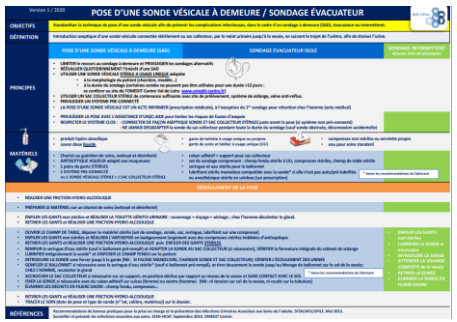
Bact ADI+
Surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs

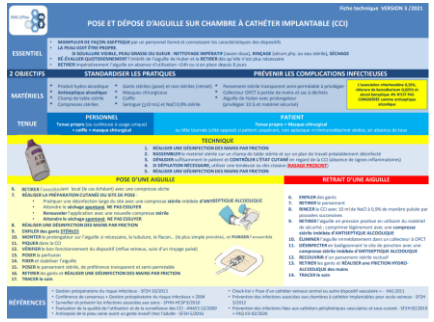
Exp ADI
Surveillance des infections avec étude de l'exposition aux dispositifs invasifs à l'échelle du service

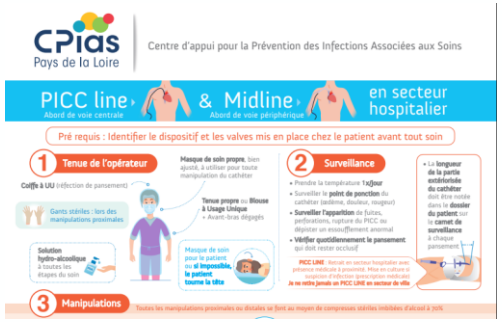
Réa/Néo/Dia Inf ADI
Surveillance des infections avec étude de l'exposition aux dispositifs invasifs à l'échelle du patient

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

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







Incidence des bactériémies liées à un cathéter central

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

Incidence des bactériémies liées à un cathéter veineux périphérique court

Tous les services
0.148 ✘
Cible de l'indicateur : 0.1 pour 1000 journées d'hospitalisation complètes

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

SPICMI : Surveillance et Prévention du Risque Infectieux en Chirurgie et Médecine Interventionnelle

CPias Ile-de-France

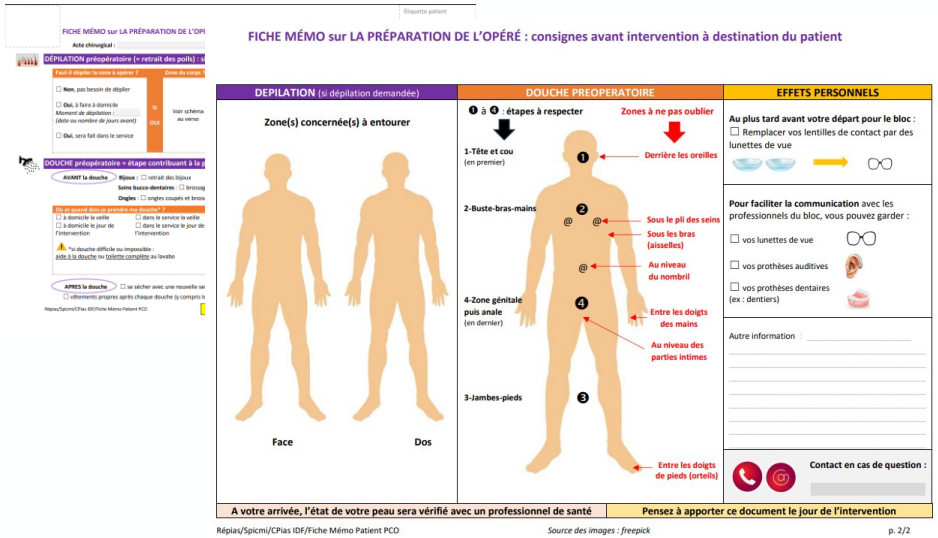
1 - Surveillance annuelle des infections du site opératoire (ISO) basée sur un recueil rétrospectif de données médico-administratives.

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

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

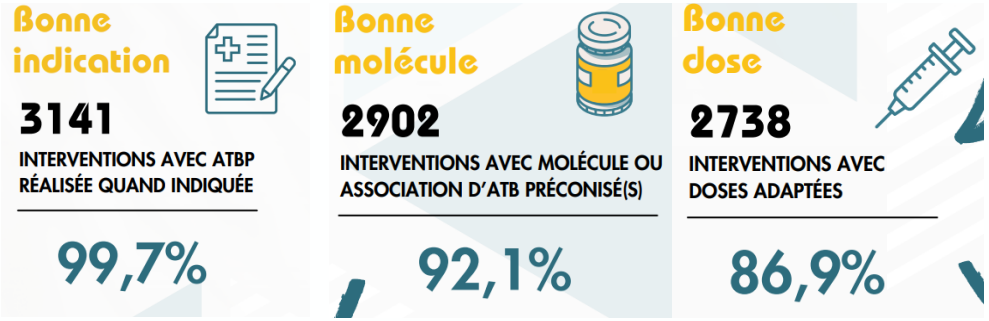
- Enquêtes (Spicmigreen)
- Outils d'évaluation ou d'audit (Outil PREOP)
- Supports pédagogiques (douche préop, dépilation …)

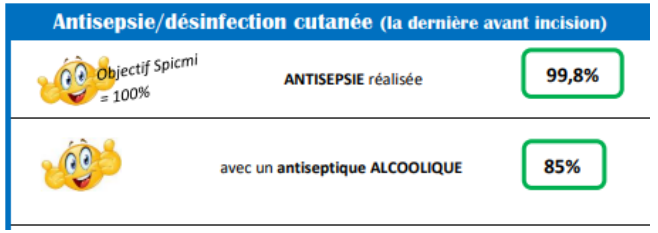




Taux d'incidence des ISO selon le type de spécialité et d'intervention

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





Stratégie nationale actuelle (2022-2025)

HAS
Indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique

Définition : ICSHA

HAS
Indicateur de suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier

HAS
Indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact

Taux : nombre de dossiers concernés conformes sur total de dossiers concernés. **Détails ici PCC**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

Ensemble, ces dispositifs visent à améliorer la sécurité des soins, lutter contre l'antibiorésistance et renforcer la confiance des patients.