



---

**Médecin Inspecteur de santé publique**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **Septembre 2012**

---

**Déclinaison régionale d'une politique  
nationale :**

**A propos du Plan régional de maîtrise  
des épidémies locorégionales en Nord-  
Pas-de-Calais**

---

**François Lacapère**

---

# Remerciements

---

**A toute l'équipe de la Veille et Sécurité Sanitaire de l'ARS-Nord-Pas-de-Calais**

Pour l'accueil que j'ai reçu durant mon stage et la démonstration quotidienne de son engagement.

**A toute l'équipe de l'Antenne Régionale de la Lutte contre les Infections Nosocomiales du Nord-Pas-de-Calais**

Pour sa générosité dans le partage des données et de son expérience.

**A la CIRE Nord-Pas-de-Calais**

Pour avoir donné son appui quand il était nécessaire.

---

# Sommaire

---

1	Introduction.....	1
2	Définition/délimitation du sujet .....	3
2.1	Agents à cibler par le plan .....	3
2.2	Champ d'application du plan.....	5
2.3	Contenu du plan .....	6
2.3.1	Pour les établissements sanitaires (ES).....	6
2.3.2	Pour les établissements médicosociaux (EMS) .....	8
3	Situation de départ.....	9
3.1	Evaluation du risque d'épidémies .....	9
3.2	Etat d'avancement du plan.....	10
3.2.1	Volet local.....	10
3.2.2	Volet régional.....	11
4	Action programmée .....	13
4.1	Objectifs .....	13
4.2	Stratégies .....	13
4.3	Matériel et méthodes .....	14
4.3.1	Etablissement d'une bonne collaboration avec les acteurs clés .....	14
4.3.2	Rassemblement, traitement et présentation de l'information.....	15
4.3.3	Mise en place de l'instance chargée de l'élaboration participative du plan..	17
5	Déroulement et résultats.....	19
5.1	Volet local.....	19
5.1.1	Secteur santé .....	19
5.1.2	Secteur médicosocial et soins de ville .....	19
5.2	Volet régional.....	19
5.2.1	Travail de l'instance .....	20
5.2.2	Déroulement et résultats du travail documentaire .....	20
5.2.3	Déroulement et résultats de l'observation et des entretiens .....	24
6	Enseignements et préconisations .....	29
6.1	Plan local de maîtrise des épidémies d'IN/IAS.....	29
6.1.1	Volet local.....	29
6.1.2	Volet régional.....	29
6.2	Déclinaison régionale des politiques nationales.....	31
6.3	Rôle du MISP .....	33

Bibliographie

Liste des annexes

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ABRI.** : *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipenème
- ARLIN** : Antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales
- ARS** : Agence régionale de santé
- BILANLIN** : Bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales
- BMR** : Bactérie multi résistante aux antibiotiques
- CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- CCLIN** : Centre de Coordination de la lutte Contre les infections nosocomiales
- CIRE** : Cellule interrégionale d'épidémiologie
- CLIN** : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- CME** : Commission médicale d'établissement (public) /conférence médicale d'établissement (privé)
- CNITLS** : Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
- CORRUS** : Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'objectif et de moyen
- CRCI** : Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
- CRUQPC** : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- CSIRMT** : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique
- CSP** : Code de la santé publique
- CRVAGS** : Cellule régionale de veille, alerte et gestion des urgences sanitaires
- DARI** : Document d'analyse du risque infectieux
- DDASS** : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
- DGAS** : Direction générale de l'action sociale (remplacée par la DGCS)
- DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale (a remplacé la DGAS)
- DGS** : Direction générale de la santé
- DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
- DOMS** : Direction de l'offre médicosociale
- DOS** : Direction de l'offre de soins
- DUS** : Direction des urgences sanitaires
- EBLSE** : Entérobactéries productrices de bétalacatamases
- ECDC** : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
- EHPAD** : Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
- EMS** : Etablissement médicosocial

- ENP** : Enquête nationale de prévalence
- EOH** : Equipe opérationnelle d'hygiène.
- EPRUS** : Etablissement de préparation et réponse aux urgences sanitaires
- ERG** : Entérocoque résistant aux glycopeptides
- ES** : Etablissement de santé
- e-SIN** : Outil web sécurisé de signalement des infections nosocomiales
- ETP** : Equivalent temps plein
- FAM** : Foyer d'accueil médicalisé
- HAS** : Haute autorité de la santé
- HCSP** : Haut comité de la santé publique
- HPST** : Loi Hôpital, patients, santé, territoires
- IAS** : Infection associée aux soins
- ICA-BMR** : Indicateur composite des activités de lutte contre les bactéries multi résistantes
- ICALIN** : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (version 1)
- ICAIIN-2** : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (version 2)
- ICA-LISO** : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections du site opératoire (version 2)
- ILS** : Infections liées aux soins
- IN** : Infection nosocomiale
- IN/IAS** : Infections nosocomiales et/ou infections associées aux soins
- InVS** : Institut national de veille sanitaire
- LIN** : Lutte contre les infections nosocomiales
- MAS** : Maison d'accueil spécialisée
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONIAM** : Office national d'indemnisation des accidents médicaux
- Orages** : Outil opérationnel d'alerte et de gestion sanitaires
- PFR** : Point focal régional
- PRAGSUS** : Plan régional d'alerte et de gestion des urgences sanitaires
- PRSP** : Plan régional de santé publique
- RSI** : Règlement sanitaire international
- SARM** : *Staphylocoque doré* résistant à la méticilline
- SHA** : Solution hydro alcoolique
- SLD** : Soins de longue durée
- SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- SURVISO** : Indicateur composite des activités de lutte contre les infections du site opératoire
- VAGUSAN** : Volet d'alerte et de gestion des urgences sanitaires
- VSS** : Veille et sécurité sanitaire

# 1 Introduction

L'élaboration du plan de maîtrise des épidémies locorégionales m'a été proposée comme thème de mémoire dès mon premier contact avec le maître de stage. Cette proposition a suscité de ma part une réaction d'emblée favorable, liée à l'intuition qu'il relevait d'une thématique transversale : la lutte contre les infections nosocomiales; et qu'il représentait donc l'occasion d'acquérir, à partir d'un exemple concret, une vision d'ensemble du développement et de la mise en œuvre des politiques, ainsi que des fonctionnements et articulations, des secteurs santé, médico-social et des soins de ville en France. Ceci était particulièrement pertinent eut égard à un parcours professionnel avant tout « ultramarin ».

La consultation de quelques références bibliographiques sur ce plan et plus généralement sur la lutte contre les infections nosocomiales [1, 2, 3], confirma l'intuition initiale en mettant en évidence, outre la sophistication et l'intéressante gestation du dispositif, sa place à la croisée de dimensions sensibles et d'actualité du système de santé, pour le public comme pour les professionnels et institutions : l'assurance de la sécurité et de la qualité des soins.

En outre, l'élaboration de ce plan s'inscrivait parmi les « actions à développer à court et moyen terme (fin 2010-début 2011) » du document d'orientation « déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins » [4] en Nord-Pas de Calais (NPDC), élaboré par l'Agence régionale de santé (ARS) du NPDC en collaboration avec le Comité de Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) Paris Nord, et plus précisément, avec l'antenne régionale de celui-ci, l'antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales du NPDC, l'ARLIN-NPDC.

Enfin, le fait qu'il s'agissait donc de contribuer à la déclinaison régionale d'une stratégie nationale, rendait le thème particulièrement approprié, eut égard à mes futures fonctions.

Au total, l'intérêt du plan de maîtrise des épidémies locorégionale, comme porte d'entrée d'une compréhension de la politique et du système de santé Français, était conciliable avec, la satisfaction d'une demande de contribution exprimée par le maître de stage et d'une préoccupation de l'ARS, l'identification des contenus et difficultés du travail au niveau « intermédiaire » - ARS - auquel je suis destiné, et enfin avec le « recul » attendu d'un mémoire de fin d'année de formation de Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP).

---

<sup>1</sup> Maladies infectieuses et tropicales. E. Pilly. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. 23<sup>ième</sup> édition. 2012 (Chapitre 130, Pages 514-518).

<sup>2</sup> Surveillance épidémiologique, Principes, méthodes et applications en santé publique. P. Astagneau, T. Ancelle. Médecine Sciences. Publications, Lavoisier. 2011 (Chapitre 16, Infections associées aux soins. B. Coignard, J.-M. Thiolet, P. Astagneau. Pages 139-151).

<sup>3</sup> Infections nosocomiales : Le dossier. Ministère de la Santé et des sports. Décembre 2009.

<sup>4</sup> Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins.

Il s'agira donc, dans le cadre de ce mémoire, de : faire état des stratégies et actions que nous avons choisies pour contribuer à l'élaboration du plan Locorégional de maîtrise des épidémies ; d'évaluer leur mise en œuvre et résultats ; et de tirer des difficultés rencontrées des enseignements utiles, non seulement pour l'élaboration du plan, mais éventuellement également, pour d'autres exercices de déclinaison locorégionale de politiques nationales.

Pour ce faire, il sera envisagé, dans un premier temps (chapitre 2), une délimitation du sujet en termes d'agents infectieux ciblés par le plan ; de champ d'application du plan et de contenu prescrit du plan.

Dans un deuxième temps (chapitre 3), il sera fait l'état des lieux, tel qu'il était appréhendé au départ, du risque d'épidémie (« analyse des besoins ») et des dispositions prises pour les maîtriser (« analyse de la réponse ») y inclus l'état d'avancement de l'élaboration du « plan de maîtrise des épidémies locorégionales » et de ses éventuelles préfigurations.

Dans un troisième temps (chapitre 4) seront présentées la démarche et les méthodes employées. L'exposé de la démarche portera sur l'approche utilisée pour parvenir à une double intégration : intégration de l'auteur parmi les acteurs du dossier au sein de l'ARS et en dehors ; et intégration des points de vue des acteurs dans son travail. Quant à l'exposé des méthodes il portera d'abord sur la bibliographie, qui s'est fixé deux objectifs. Le premier objectif était l'appropriation des prescrits relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales (IN) et les Infections Associées aux soins (IAS), en général, et relatifs à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS, en particulier. Cette appropriation était un pré requis de l'appréciation de la conformité des dispositifs existants ou à envisager de lutte contre les IN/IAS et de maîtrise des épidémies locorégionales d'IN/IAS. Le second objectif était de capitaliser l'expérience des autres régions et instances L'exposé des méthodes portera ensuite sur celles destinées à approfondir en l'actualisant, l'état des lieux des IN/IAS en NPDC sur le plan strictement épidémiologique. Enfin, l'exposé des méthodes portera sur les méthodes interactives, collectives et individuelles, destinées à intégrer les points de vue des acteurs dans : l'appréciation de la conformité, fonctionnalité et performance des dispositifs de lutte contre les IN/IAS et de maîtrise d'épidémies d'IN/IAS existant ; et dans l'identification des faiblesses à corriger, et des acquis et leçons à capitaliser dans le plan, sans se focaliser sur la seule satisfaction des « exigences à minima » relatives audit plan.

Dans un quatrième temps (chapitre 5), il sera fait état du déroulement et des résultats, qui seront déclinés par niveau – local et régional - de l'application des méthodes précédentes

Dans le sixième et dernier chapitre, après des recommandations relatives au plan de maîtrise des épidémies locorégionales en NPDC, seront formulées des considérations générales, portant sur des défis de la déclinaison régionale des politiques nationales de santé et enfin des leçons relatives aux implications pour les MISP travaillant en ARS.

## 2 Définition/délimitation du sujet

Une définition de ce qu'est le « plan de maîtrise des épidémies locorégionales », eut égard s'impose eut égard au caractère « générique » et imprécis de l'appellation. Ceci amènera à préciser les agents épidémiques auquel s'adresse le plan, le champ d'application concerné par le plan et enfin le contenu du plan.

### 2.1 Agents à cibler par le plan

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) et la circulaire y afférente [<sup>5</sup>,<sup>6</sup>], enjoignant aux ARS et établissements de santé (ES) d'élaborer le plan de maîtrise des épidémies locorégionales, n'explicite pas la nature des germes justiciables du déclenchement dudit plan ; il annonce par ailleurs un plan d'action national pour la maîtrise des Bactéries Multi Résistantes (BMR). Ce qui amènerait donc à se demander : le plan de maîtrise des épidémies locorégionales doit-il cibler les BMR ? Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 lève l'équivoque en citant les BMR et « phénomènes émergents à haut potentiel épidémique » dans la formulation des objectifs quantifiés relatifs à l'élaboration des plans des ES. Ce ciblage des BMR et autres « phénomènes émergents à haut potentiel épidémique » est repris, implicitement, dans la déclinaison régionale du plan stratégique national 2009-2013 [<sup>7</sup>] de prévention des infections nosocomiales (IN). Il sera explicitement retenu dans le mémoire.

Au total, conformément au choix de l'ARS NPDC, et quand bien même il a été constaté...

...qu'un plan d'action national pour la maîtrise des BMR a été annoncé par/dans le plan stratégique, mais n'est pas encore disponible ; et

... qu'est également annoncé et lui aussi indisponible un protocole devant préciser les conditions épidémiologiques à partir desquelles est déclarée une situation d'alerte locale ou régionale requérant le déclenchement du plan de maîtrise des épidémies locorégionales

... et donc conscient du risque de préempter le plan et le protocole ci-dessus mentionnés...

Il apparaît légitime de fixer pour cibles du plan de maîtrise des épidémies locorégionales, les infections répondant aux critères retenus par la Société Française d'Hygiène Hospitalière dans le cadre de ses recommandations relatives à la transmission croisée [8], à savoir :

---

<sup>5</sup> Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, Secrétariat d'Etat à la Solidarité, Ministère de la Santé et des sports, Juillet 2009 (Annexe 1 de la Circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009.

<sup>6</sup> Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

<sup>7</sup> Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins. ARS Région Nord-Pas de Calais, en collaboration avec l'antenne régionale du CCLIN Paris Nord. Janvier 2011.

<sup>8</sup> Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations. SFHH. Septembre 2010



- La résistance aux antibiotiques ;
- Le potentiel de diffusion de la résistance à d'autres espèces ou dans la communauté
- La virulence, en termes de fréquence d'implication en pathologie (infection) et létalité...
- ...à l'exclusion des épidémies communautaires, ou liées à l'environnement, ou liées aux dispositifs et produits médicaux.

Ainsi, conformément aux recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière relatives à la transmission croisée, le plan se donnera pour cible, les infections suivantes [9] :

a) « Les infections par des micro-organismes émergents multi-résistants aux antibiotiques, d'emblée identifiés dans les programmes de lutte nationaux et locaux contre les infections nosocomiales en raison de leur fréquence, de leur caractère commensal, des conséquences en termes de morbidité, voire de mortalité en cas d'infection, de leur haut potentiel de transmission croisée et du risque de diffusion de la résistance au sein de la communauté ; lesquelles ont pour modèles :

- Entérocoques résistants aux glyco-peptides (ERG);
- *Clostridium difficile* (CD);
- Entérobactéries productrices d'une bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE); et
- *Staphylococcus aureus* résistant à la Méthicilline (SARM) .

b) D'autres bactéries multi-résistantes aux antibiotiques essentiellement saprophytes, peu ou pas impliquées en infectiologie communautaire, dont le rôle est en général limité aux hôpitaux et chez certains patients fragilisés, à savoir : *Pseudomonas aeruginosa* et *acinetobacter baumannii*. »

Le plan ne ciblera en revanche pas :

- Les agents d'épidémies communautaires (gale, IRA/ grippe, TIAC, maladies évitables par la vaccination, telle que la rougeole et la coqueluche) susceptibles de s'introduire et propager dans les ES ou établissements médico-sociaux (EMS). Leurs mesures de prévention et contrôle – hygiéniques et/ou médicamenteuses et/ou vaccinales – étant disponibles par ailleurs [10] ;
- Les agents d'épidémies d'IN/IAS liées à l'environnement (légionelloses, aspergillose) qui relèvent de mesures environnementales spécifiques et non contre la transmission croisée ; et
- Les agents d'épidémies consécutives à la contamination de dispositifs et produits médicaux, dont le contrôle ne relève pas des précautions d'hygiène « standards » et « complémentaires » à opposer à la transmission croisée directe de patient à patient.

---

<sup>9</sup> Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations. SFHH. Septembre 2010

<sup>10</sup> Notamment : Fiches techniques Gale, Gastro-entérites aiguës et Infections respiratoires aiguës du document : Dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion du risque infectieux épidémique dans les EHPAD du Nord-Pas-de-Calais. ARS Nord-Pas-de-Calais, CCLIN Paris-Nord, InVS. Décembre 2010.

## 2.2 Champ d'application du plan

Il est précisé, dans le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, dans le cadre de l'exposé des exigences minima relatives au plan de maîtrise des épidémies locorégionales, que:

« Afin d'être en mesure de faire face à des épidémies d'ampleur variable, un **dispositif à deux niveaux** sera mis en place :

- un **plan local de maîtrise d'une épidémie** dans chaque établissement, de santé (ES) ou (*établissement*) médicosocial (EMS), susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale ;
- un **plan régional**, activable dès la confirmation d'une épidémie régionale, ou d'une épidémie locale susceptible de s'étendre aux établissements environnants. » [11].

Cette intégration des secteurs sanitaire et médico-social et même ambulatoire est reprise dans la déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins, qui :

- Non seulement souligne que « Le plan stratégique et le programme régional doivent donc embrasser la totalité des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social » [12] ;
- mais énonce l'objectif : « disposer d'un plan de maîtrise des épidémies activables dès le déclenchement de l'alerte » dans un chapitre commun aux établissements de santé, médico-sociaux et soins de ville [13].

Au total : à l'instar de la déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins, le plan de maîtrise des épidémies locorégionales embrassera les trois secteurs - sanitaire, médico-social et ambulatoire – faisant sien deux constats fondamentaux qui sous tendent le plan stratégique national 2009-2013, à savoir :

« La nécessité de concevoir le champ plus large de la prévention des IAS dans des parcours de soins qui voient les patients circuler entre la prise en charge en ville, l'admission en ES puis, le cas échéant, l'hébergement transitoire ou définitif dans un EMS, parfois émaillé de séjours en ES » [14] ; et

Le constat que la pression antibiotique en ville retentit sur les ES, EMS et réciproquement.

---

<sup>11</sup> Chapitre A.2.4-Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès de déclenchement de l'alerte, pages 19 de : Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 (Annexe 1 de la circulaire n° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009).

<sup>12</sup> Chapitre 2-A-3, page 6 de: Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins. ARS Région Nord-Pas de Calais, en collaboration avec l'antenne régionale du CCLIN Paris Nord. Janvier 2011.

<sup>13</sup> Chapitre 2-A-3, page 9, ibid.

<sup>14</sup> Pages 2 de : Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

## 2.3 Contenu du plan

### 2.3.1 Pour les établissements sanitaires (ES)

Les prescrits relatifs au contenu du Plan de maîtrise des épidémies locorégionales sont énoncés dans le Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins en termes de « dispositions minimales » à prévoir [15]. Celles-ci sont déclinées par niveau, en : un **plan local de maîtrise d'une épidémie** qui concerne les ES, EMS et les soins de ville, ci devant appelé **volet local du plan**; et un **plan régional** concernant les instances régionales, ci devant appelé **volet régional du plan** (tableaux 1 et 2 ci-dessous)

Tableau 1 : Volet local du plan de maîtrise des épidémies locorégionales

Domaine	Dispositions minimales à prévoir
Dispositions organisationnelles pour l'élaboration et le suivi évaluation du plan	<ul style="list-style-type: none"><li>• La désignation nominative du personnel de direction, du praticien et du cadre de santé chargés de la mise en œuvre et du suivi du plan local</li></ul>
Contenu du plan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les modalités d'organisation de l'isolement géographique des patients dont, pour les établissements de santé, la possibilité d'un secteur de cohorting.</li><li>• Les modalités d'information de l'ensemble des services de l'établissement.</li><li>• Les premières mesures à mettre en place dans chaque service concerné. (*)</li><li>• Les modalités de communication externe.</li></ul> <p>(*) « un protocole (à définir) par la Direction générale de la santé (DGS) et l'institut national de veille sanitaire (InVS), à partir des recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) HCSP (...) explicitera les mesures à mettre en œuvre, soit face à un germe pour lequel des recommandations ont déjà été formulées (<i>Clostridium difficile</i>, entérocoques résistant aux glycopeptides), soit en attendant les recommandations spécifiques au germe concerné ».</p>
Modalités d'activation du plan	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'établissement a la responsabilité de déclencher son plan local chaque fois qu'il se trouvera dans l'une des situations définies par le protocole national. (*)</li><li>• En l'absence d'action de la part de l'établissement, l'ARS pourra prendre cette décision, après avis du réseau CCLIN-ARLIN.</li></ul> <p>(*) Le protocole à définir par la DGS et l'InVS, à partir des recommandations du HCSP ci-dessus mentionné, précisera les conditions épidémiologiques à partir desquelles est déclarée une situation d'alerte locale (ou régionale) (...).</p>

<sup>15</sup> Chapitre A.2.4. Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès de déclenchement de l'alerte, pages 19-20 de : Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 (...).

Tableau 2 : Volet régional du plan de maîtrise des épidémies locorégionales

Domaine	Dispositions minimales à prévoir
Dispositions organisationnelles pour l'élaboration et le suivi évaluation du plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La désignation d'un responsable de la coordination scientifique sous la responsabilité opérationnelle de l'ARS et en liaison avec le réseau CCLIN-ARLIN. Ce praticien devra être, de façon privilégiée, le praticien responsable de l'ARLIN.</li> </ul>
Contenu du plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La désignation d'un établissement de santé comme responsable du cohorting, en prévision d'une situation nécessitant la mise en place d'un secteur d'isolement régionalisé.</li> <li>• La mise en place des dispositions rendant le secteur centralisé de cohorting capable d'intervenir dans les 48 heures suivant la décision de l'organiser, avec les implications que cela suppose, à savoir la définition préalable des modalités d'organisation dudit secteur, notamment: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignation d'un praticien, d'un cadre de santé et d'un membre de la direction responsables ;</li> <li>- Définition de l'emplacement ;</li> <li>- Configuration du personnel dédié ;</li> <li>- Assurance de la disponibilité des matériel et des produits nécessaires ; et</li> <li>- Conditions de transfert des patients.</li> </ul> </li> <li>• La définition des modalités d'information des établissements concernés par l'épidémie</li> <li>• La définition des premières mesures à mettre en place ;</li> <li>• La définition des modalités de transmission rapide par les établissements de la situation épidémique et de l'état de mise en œuvre des dispositions prévues (*).</li> </ul> <p>(*) Le plan annonce qu'il sera défini (sans préciser par qui) un modèle de rapport à utiliser par les établissements concernés</p>
Modalités d'activation du plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La décision de déclencher le plan régional est prise par l'ARS, sur avis du réseau CCLIN-ARLIN, en liaison avec la DGS et l'InVS (*).</li> <li>• l'ARS informe de ladite décision les établissements concernés.</li> </ul> <p>(*) Le protocole à définir par la DGS et l'InVS, à partir des recommandations du HCSP ci-dessus mentionné, précisera les conditions épidémiologiques à partir desquelles est déclarée une situation d'alerte (locale ou) régionale (...).</p>
Modalités de mise en œuvre et suivi et de relation avec le niveau national	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le réseau CCLIN-ARLIN apporte son assistance scientifique aux établissements pour la mise en œuvre de leur plan local.</li> <li>• L'ARS informe la DGS de la mise en œuvre des mesures recommandées.</li> <li>• Le réseau CCLIN-ARLIN informe la DGS et l'InVS de l'évolution hebdomadaire de l'épidémie</li> </ul>

### 2.3.2 Pour les établissements médicosociaux (EMS)

Le Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial [16], demande aux EMS concernés par ce programme<sup>17</sup>, de « porter une attention toute particulière aux points suivants :

- « Le signalement de certains cas isolés ou groupés d'infections par les médecins intervenant dans l'établissement (...) à l'ARS; qui concerne, entre autre (...) tout phénomène anormal survenant dans un contexte infectieux pouvant constituer une menace sanitaire grave pour la santé de la population (...). L'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de proximité, de la cellule de l'institut de veille sanitaire en région (CIRE) ou du réseau CCLIN/ARLIN pouvant être sollicitée en cas de difficulté ».
- « L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir détecter une épidémie, prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (La Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec le réseau CCLIN-ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre) : mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (la cellule de suivi du programme renforcée le cas échéant par un professionnel de l'EOH), renforcer les mesures d'hygiène standard, d'autant plus nécessaire que le regroupement des cas dans une même zone est souvent impossible à réaliser dans ces établissements. » [18]

Hormis ces recommandations faisant explicitement référence aux situations relevant du plan de maîtrise des épidémies loco régionales, le programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial, fait de nombreuses recommandations éparses dont l'application aurait pour effet d'impacter positivement la gestion des dites épidémies<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial, Annexe 1 de la circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013.

<sup>17</sup> Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil spécialisé (FAM) en attendant un éventuel élargissement à d'autres EMS

<sup>18</sup> Extrait de la page 6 de : Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial.

<sup>19</sup> cf pages 45-46 de l'Annexe 4 – Référentiel (consolidation des textes législatifs et réglementaires relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales et à la maîtrise des épidémies d'infections nosocomiales et associées aux soins)

### 3 Situation de départ

La situation du dossier au départ a été initialement appréciée à partir de deux sources d'information. La première est le contenu des entretiens effectués en début de stage lors du tour de prise de contact avec les acteurs, au sein de l'ARS, au département de veille et de sécurité sanitaire (VSS) et dans les directions métiers ; et en dehors de l'ARS, au sein de l'ARLIN et de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE). La seconde source est représentée par des documents collectés au cours et décours de ces entretiens. Il s'agit :

- du « Programme veille, alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) » [20] ;
- de la « Déclinaison régionale du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins » [21] ;
- de la présentation de l'ARLIN « Vers un plan régional de gestion des épidémies d'infections nosocomiales » [22] ; et
- du « Bilan du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 Région Nord-Pas-de-Calais » [23].

Les contenus de ces entretiens et documents ont été exploités et seront présentés sous deux angles : Le premier est l'évaluation du risque d'épidémies d'IN/IAS en NPDC. Le second est l'état des actions et réflexions menées, en cours ou envisagées par le NPDC, relatives au, ou pouvant s'inscrire dans, le plan de maîtrise des épidémies locorégionales

#### 3.1 Evaluation du risque d'épidémies

Le chapitre « ETAT DES LIEUX , faits majeurs » de la déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins, comprend une évaluation du risque d'épidémie d'IN/IAS faite par l'ARS, la CIRE et l'ArLin NPDC à l'époque<sup>24</sup>. Il ressortait de cette évaluation, que non content de satisfaire une demande du ministère, le plan de maîtrise de épidémies locorégionales était très pertinent et opportun. En effet, même si la région avait de solides atouts et avait démontré ses capacités, et acquis une grande expérience de gestion des épidémies régionales d'IN/IAS à l'occasion d'épidémies de BMR (*acinetobacter baumannii* en 2005, *clostridium difficile* 027 en 2006-2007, et ERG en 2008-2009 ), la menace d'épidémie d'IN/IAS restait très préoccupante.

---

<sup>20</sup> Programme Veille Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN). ARS NPDC. 2011.

<sup>21</sup> Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins. ARS Région Nord-Pas de Calais

<sup>22</sup> Vers un plan régional de gestion des épidémies d'infections nosocomiales. Dr K. Blanckaert. ARLIN NPDC. 2011.

<sup>23</sup> Bilan du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 Région Nord-Pas-de-Calais, Antenne régionale du CCLIN Paris-Nord, décembre 2009.

<sup>24</sup> Cet état des lieux était basé sur les données extraites du Bilan du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 Région Nord-Pas-de-Calais, Antenne régionale du CCLIN Paris-Nord, décembre 2009.

Le bilan de la lutte contre les IN/IAS du NPDC était en effet à considérer comme mitigé. D'un côté la lutte contre les IN s'était renforcée au fil des ans, à en juger, entre autre, par les niveaux élevés et en progrès des indicateurs de lutte contre les IN/IAS des ES, par la forte activité dans le domaine du signalement des IN/IAS, par la bonne participation des ES aux réseaux de surveillance proposés par le CCLIN Paris-Nord et par une baisse de l'incidence des *staphylocoques dorés* résistants à la méticilline (SARM). D'un autre coté deux constats étaient très inquiétants : l'augmentation de l'incidence des entérobactéries productrices de béta lactamases (EBLSE) en ES et l'apparition de celles-ci hors du milieu hospitalier ; et la consommation excessive d'antibiotiques, en général (deuxième région la plus consommatrice en ES après l'Île-de-France en 2006), et à large spectre, en particulier.

## 3.2 Etat d'avancement du plan

L'état d'avancement du plan de maîtrise des épidémies locorégionales au début de ce travail est à envisager séparément pour ses deux volets : local, relatif aux ES, aux EMS et aux soins de ville ; régional, relatif aux instances régionales, en particulier l'ARS et l'Arclin.

### 3.2.1 Volet local

L'élaboration des plans locaux de maîtrise des épidémies avait été lancée par une action collaborative de l'ARS et ARLIN, qui s'est développée en cinq étapes, décrites ci-dessous.

1. L'élaboration d'un canevas d'élaboration du plan [25] ;
2. L'envoi par courriel de ce canevas à tous les ES, sauf les services d'hospitalisations à domicile du NPDC. Ce mail était accompagné d'une lettre de l'ARS du 5 mai 2011 qui faisait référence aux circulaires relatives à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 [26]; et aux mesures de contrôle des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) [27]. Cette lettre soulignait l'importance et l'urgence de l'exercice demandé, en raison de « l'émergence de bactéries multi-résistantes et en particulier d'entérobactéries résistantes à la classe des béta lactamines ». Elle enjoignait aux ES d'envoyer l'ébauche de leur plan, au plus tard, le 20 mai 2011 ; de veiller à bien identifier les capacités de leur laboratoire de microbiologie à dépister les entérobactéries productrices de carbapénèmases ; et à se rapprocher au besoin d'un laboratoire compétent. Enfin elle annonçait l'analyse conjointe des ébauches des plans locaux par l'ARS et par l'Arclin.

---

<sup>25</sup> Plan de maîtrise d'une épidémie. ARLIN-NPDC, 7/7/2011 (canevas d'élaboration).

<sup>26</sup> Circulaire n° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 et annexes : 1- Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 ; et 2-Bilan du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008.

<sup>27</sup> Circulaire n° DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesures de contrôle des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC).

3. La réception des plans envoyés par les ES au niveau de l'ARS et leur transmission à l'Arin pour analyse; et
2. L'analyse des plans par l'Arin, selon une grille reflétant les « exigences minima » du Plan stratégique national 2009-2013.

Une analyse globale des résultats de cette action, en terme de disponibilité et conformité des plans eut égard à la grille de vérification, réalisée par l'Arin, avait fait ressortir les insuffisances des plans quant à leur disponibilité à la date, et à leur conformité à la grille [28].

Les plans des EMS n'avaient pas encore fait l'objet d'un appui. Ils font partie des mesures à intégrer dans leur programme de gestion du risque, car identifiées comme prioritaires au vue des constats de leurs DARI ; or les DARI n'ont pas encore été élaborés, et la date limite fixée pour leur élaboration, initialement fixée à fin 2012 [29] est remise à plus tard [30]

Quant au secteur des soins de ville, la déclinaison régionale du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins, avait abordé le sujet, à travers des actions de sensibilisation et formation sur le risque d'IN/IAS adaptées à ce secteur, visant à réduire la transmission croisée et à promouvoir un bon usage des antibiotiques.

### 3.2.2 Volet régional

L'avancement du volet régional du plan de maîtrise des épidémies locorégionales tel qu'il est ressorti des premiers entretiens et documents peut être résumé en six grands acquis.

1. L'adoption de l'approche intégrateur des secteurs santé, médicosocial et soins de ville ;
2. L'organisation du dispositif de réception et de traitement en temps réel des signaux au niveau régional, à travers deux actions essentielles :
  - i. la mise en place, conformément aux prescrits [31, 32], d'un point focal régional assorti d'une plateforme de régionale de veille et d'urgences sanitaires incluant dans son noyau de permanents, non seulement la CRVAGS et la CIRE, comme prévu dans le schéma officiel, mais aussi l'ARLIN, comme il sied pour les IN/IAS.
  - ii. Le déploiement de l'outil de signalement dématérialisé en ligne des IN/IAS : e-SIN.

---

<sup>28</sup> Analyse des plans locaux de maitrise d'une épidémie des établissements de la région Nord-Pas-de-Calais. Dr S. Mechkour, ARLIN NPDC, 2011.

<sup>29</sup> Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013.

<sup>30</sup> Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013.

<sup>31</sup> Annexe II – Note à l'attention de Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé de : Circulaire DRH/DRH2B n° 2011-242 du 22 juin 2011 relative à la gestion des astreintes effectuées par les personnels des agences régionales de santé.

<sup>32</sup> La veille et l'alerte sanitaires en France. Saint-Maurice. Institut de veille sanitaire ; 2011. 60 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>



3. L'anticipation par la plupart des acteurs des difficultés du choix de l'ES « responsable du cohorting en prévision d'une situation nécessitant la mise en place d'un secteur d'isolement régionalisée ». Difficultés, liées, entre autre, à l'incompatibilité entre une structure unique pour toute la région et l'accessibilité géographique pour les familles.
4. L'identification de leçons à tirer de l'expérience de gestion des épidémies passées de la région, notamment : le rôle du déficit en lits de réanimation et de la saturation de la filière de rééducation et gériatrie et des transferts inter-hospitaliers subséquents ; et le rôle de la surconsommation d'antibiotiques à large spectre dans l'émergence des BMR.
5. L'identification d'actions, qui, quand bien même elles ne faisaient pas partie des exigences minima du plan de maîtrise des épidémies locorégionales, avaient vocation à s'inscrire dans ledit plan. Il s'agissait en particulier de « l'ouverture de la plateforme à d'autres compétences », dont celles des infectiologues et des microbiologistes <sup>[33]</sup> ; et de la mise en place de « réseaux transfrontaliers pour les échanges d'informations lors des épidémies et transferts inter-hospitaliers de patients porteurs de BMR » <sup>[34]</sup>.
6. L'identification de faiblesses à corriger et/ou difficultés à prendre en compte dans le cadre du plan de maîtrise des épidémies locorégionales, comme l'absence d'annuaire général des ES, EMS et professionnels de santé mis à jour régulièrement <sup>[35]</sup> ; ou l'absence d'outil informatisé pour l'actualisation des plans blancs d'établissement. <sup>[36]</sup> .

Il y a toutefois lieu de signaler ici, que ces « acquis », qui ont vocation à être capitalisés dans et par le plan de maîtrise des épidémies locorégionales furent évoqués par les premiers entretiens et documents sans relation explicite avec le plan, qui avait tendance à être confondu avec ses exigences minima. Aussi est-il postériori difficile et hasardeux de distinguer, ce qui a été identifié d'emblée comme à capitaliser, de ce qui l'a été plus tard.

---

<sup>33</sup> Page 61 de : Programme Veille Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN). ARS NPDC. 2011.

<sup>34</sup> Page 63, *ibid.*

<sup>35</sup> Page 62, *ibid.*

<sup>36</sup> Page 62, *ibid.*

## **4 Action programmée**

Sur la base de l'appréciation faite de la situation de départ, et eut égard à la finalité du travail exposée en introduction, les objectifs et stratégies présentés ci-dessous ont été fixés.

### **4.1 Objectifs**

Il s'agissait d'abord, au titre de l'appui à l'élaboration du plan de maîtrise des épidémies locorégionales (sous entendues épidémies d'IN/IAS), de contribuer à l'ajustement du plan au contexte de la région, en termes de besoins (épidémiologie locale) et de capacités de réponse (opportunités et contraintes locales) ; tout en étant attentif à l'appropriation du plan, par une démarche capitalisant les acquis et suscitant et renforçant l'implication des principaux acteurs au sein de l'ARS et en dehors. Il s'agissait aussi de s'approprier les implications régionales d'une politique de santé doublement complexe. D'abord parce que emblématique de l'évolution de la politique et du système de santé français vers un approche intégré, à la fois sur le plan intersectoriel – embrassant les secteurs santé, médico-social et les soins de ville – et sur le plan disciplinaire et professionnel. Complexe aussi car utilisant la lutte contre les IN/IAS comme porte d'entrée du développement de la sécurité des soins, en général, dans la perspective plus large encore de la qualité des soins. Il s'agissait enfin d'identifier : des difficultés rencontrées au cours de la traduction régionale de pareilles ambitions ; et des idées de solution pour surmonter ces difficultés.

### **4.2 Stratégies**

Elles se sont développées selon quatre grands axes :

1. L'établissement d'une relation de bonne collaboration avec les acteurs clés du dossier ;
2. La recherche, l'analyse et la présentation de l'information pertinente, à savoir: celle relative aux prescrits officiels et techniques de la lutte contre les IN/IAS en général, et plus particulièrement à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS ; et celle permettant de renseigner un tableau exhaustif et actualisé de la situation spécifique du NPDC sur le plan du risque d'épidémie d'IN/IAS et sur le plan de la maîtrise des épidémies d'IN/IAS ;
3. La relance des ES n'ayant pas envoyé le plan demandé, ou en ayant envoyé un, mais qui ne satisfaisait pas les critères de la grille de vérification qu'avait élaborée l'Arclin ; et
4. La mise en place d'une instance réunissant les compétences et expériences au sein et en dehors de l'ARS, en vue de capitaliser et canaliser leurs idées et points de vue, dans la perspective de décisions délicates, notamment relatives au cohorting régional.

La mise en œuvre de ces stratégies a été sous tendue par une stratégie transversale, consistant à adopter, comme y invite l'esprit du Plan stratégique national de prévention

des infections associées aux soins 2009-2013, un approche « systémique » de la maîtrise des épidémies d'IN/IAS : approche ne limitant pas ladite maîtrise à la satisfaction des « exigences minima » du plan de maîtrise des épidémies locorégionales, mais invitant à la concevoir dans un cadre plus large qui, comme il apparaîtra plus loin, brouille les frontières des actions à mener au niveau régional et local dans les trois secteurs (ES, EMS, soins de ville), au titre des gestions « à priori » et « à postériori » du risque d'IN/IAS.

### 4.3 Matériel et méthodes

Ils seront envisagés pour chacun des axes stratégiques.

#### 4.3.1 Etablissement d'une bonne collaboration avec les acteurs clés du dossier :

Il y avait déjà eu un premier tour de prise de contact individuel avec chacun des acteurs clefs, ou ayant vocation à l'être, de la lutte contre les IN/IAS: agents impliqués ou concernés, non seulement au sein de mon service d'affectation (département de veille sanitaire, et plus particulièrement Cellule Régionale de Gestion des Urgences Sanitaires (CRVAGS), mais aussi d'autres services: Direction de l'Offre de Soins (DOS) et Médico-Sociale (DOMS), Inspection Régionale; et au sein des partenaires de l'ARS : Arlin et Cire.

Ce tour de prise de contact n'avait pas seulement permis de se convaincre du peu de crédibilité vis-à-vis de personnels expérimentés que confère à son titulaire le « statut » de MISP-stagiaire. Il avait aussi permis d'apprécier le gain potentiel, en termes d'augmentation de l'efficacité et diminution de la pénibilité, qu'une utilisation accrue de l'outil informatique pouvait apporter à ces acteurs dans l'exécution de certaines de leurs tâches liées aux IN/IAS.

Le développement d'applications informatiques ad hoc fut donc identifié et utilisé comme stratégie de collaboration, avec une double finalité : poser les bases « donnant/donnant » d'une collaboration mutuellement fructueuse ; et faciliter la collecte, le traitement, et le partage de certaines informations indispensables à l'élaboration du plan de maitrise des épidémies locorégionales (informations désagrégées pour le NPDC du bilan de la lutte contre les IN/IAS ; informations sur la disponibilité et teneur des plans locaux déjà reçus).

D'où le développement et partage avec l'ARS, l'Arlin et la CIRE, des trois applications informatiques suivantes:

1. Une application Excel d'élaboration du **tableau de bord régional de la lutte contre les IN/IAS**, servant à comparer globalement et par catégorie d'ES les résultats régionaux aux moyennes nationales et leurs évolutions respectives de 2008 à 2010<sup>37</sup>;
2. Une application Excel de production d'**analyse descriptive d'une épidémie locale d'IN/IAS** à partir de la saisie des données individuelles des malades et/ou porteurs<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Cette application, qui a fait l'objet de notre « travail support » n° 2 est présenté dans ce dernier.

3. Une application Excel de **restitution des résultats de l'analyse des plans locaux** qui permet de : a) évaluer et suivre sous formes tabulaire et graphique, la disponibilité et conformité des plans, globalement et par catégorie d'ES ; et b) d'éditer pour chaque ES une fiche donnant les résultats d'analyse et préconisations correctives (Annexe 2)

#### 4.3.2 Rassemblement, traitement et présentation de l'information

##### 4.3.2.1 Rassemblement de l'information :

L'orientation de la recherche des informations s'est développée dans trois grandes directions :

1. Les données épidémiologiques, afin de disposer d'une situation plus actualisée et détaillée du NPDC vis-à-vis des IN/IAS ;
2. Les prescrits officiels relatifs à la lutte contre les IN/IAS, et en particulier à la gestion des épidémies d'IN/IAS, afin de disposer des, et des s'approprier les, références nécessaires pour apprécier la conformité des dispositifs existant, et développements à envisager, en NPDC ; et
3. L'information technique relative aux plans de maîtrise des épidémies et/ou plus généralement à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS, afin de capitaliser l'existant, en privilégiant les documents émanant des instances opérationnelles et d'appui/suivi de la lutte contre les IN/IAS, aux trois niveaux du dispositif institutionnel: niveau régional de l'ARS, de l'Arlin et de la Cire du NPDC et des (25) autres régions ; niveau inter-régional des (5) CCLIN<sup>39</sup> ; et niveau national, de l'Institut national de veille sanitaire (InVs), mais aussi de la Haute Autorité de la Santé (HAS), du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH).

Pour ce qui est des méthodes de recherche d'information, trois ont été mises à contribution : la recherche bibliographique ; l'observation participante ; et les entretiens individuels [<sup>40</sup>].

La Recherche bibliographique s'est d'abord faite, à partir du portail internet de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (<http://www.ehesp.fr>) dans la banque de donnée en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr>) avec le mot clés du thésaurus : *infection nosocomiale*.

Cette première recherche a été complétée par l'utilisation d'autres bases de données et moteurs de recherches, entre autre : les portails internet des ARS, des CCLIN, et de l'InVS et de la SFHH et la base de données nosobase (<http://nosobase.chu-lyon.fr>) pour aussi bien la réglementation que la documentation technique ; la base de donnée

---

<sup>38</sup> Cette application, testée avec les données de l'épidémie d'*acinetobacter Baumannii* du CH de Lens a fait l'objet du travail support N° 2.

<sup>39</sup> Paris Nord, dont relève l'Arlin du NPDC, Est, Sud Est, Sud-Ouest et Ouest

<sup>40</sup> pages 6-20 de : Fiche 2-rechercher l'information, : EHESP, Le mémoire des Médecins Inspecteurs de Santé Publique – Promotion 2011-2012. Octobre 2011.

légifrance (<http://legifrance.gouv.fr>) pour la réglementation ; et le moteur de recherche Google avec les mots clés : *plans (de) maîtrise (des) épidémies (d')infections nosocomiales*.

Les entretiens individuels ont été de type non directif ou semi-directif. Un exemple de grille d'entretien semi-directif est montré en annexe 2. Les entretiens ont ciblé les acteurs impliqués dans la maîtrise des épidémies d'IN/IAS et plus généralement la lutte contre les IN/IAS au sein de l'ARS, au niveau du département de VSS, des directions métiers (DOS et DOMS) et de l'Inspection générale régionale, et en dehors de l'ARS, à l'ARLIN et à la CIRE.

L'observation participante a tiré parti de trois grandes opportunités : un positionnement particulièrement favorable, au sein du département VSS/CRVAGS, dans le bureau de la chargé des IN et point focal e-SIN et de la chargée de l'enquête destinée à renseigner le tableau de bord du bilan annuel de la lutte contre les infections nosocomiales (BILANLIN); la bonne qualité de la relation établie, et la fréquence des rencontres, avec l'Arclin ; et la participation aux réunions, tenues aux Centres Hospitaliers (CH) de Lens (2 fois) et Valenciennes (1) des cellules de crises qu'avaient été constituées l'ARS et l'Arclin pour suivre et appuyer la réponses aux épidémies d'ABRI sévissant dans ces établissements.

#### **4.3.2.1.1 Traitement et présentation de l'information :**

Le constat de l'abondance de l'information collectée a rapidement conduit à la perception de la nécessité d'outils destinés à en permettre la consolidation, l'analyse et le partage.

D'où la décision de produire les documents, suivants :

- Une compilation et synthèse des données épidémiologiques sur les IN/IAS en NPDC, en comparaison avec celles des autres régions (annexe 3 : épidémiologie des IN/IAS) ; et
- Une compilation et synthèse des prescrits relatifs à la lutte contre les IN/IAS et plus particulièrement relatifs à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS (annexe 4 : Référentiel).

#### **4.3.2.2 Relance des ES**

La relance des ES dont le plan n'était pas parvenu à l'ARS, ou dont l'analyse par l'Arclin avait mis en évidence une non-conformité aux critères de la grille de vérification, a été effectuée au moyen d'un mail . Ce mail incluait une lettre de rappel de l'ARS ; et une fiche de restitution automatisée des résultats de l'analyse de leur plan comprenant deux pages : la première identifiant la satisfaction (par oui ou non) de chacun des critères de la grille; et la deuxième faisant les préconisations correctives ad hoc (annexe 1, pages. 3-5).

Les ES dont le plan était disponible et conforme furent également destinataires de la fiche d'analyse et de recommandation, afin de satisfaire à une demande exprimée et légitime de rétro-information.

### **4.3.3 Mise en place de l'instance chargée de l'élaboration participative du plan**

La mise en place d'une instance chargée de l'élaboration du plan répondait à une triple nécessité :

- garantir la qualité du plan par la capitalisation des compétences, de l'expérience et de la connaissance du terrain de l'ARS et des partenaires (Arlin, Cire) ; tout en...
- assurant l'appropriation du plan par les principaux protagonistes (ARS, Arlin, Cire) ; et
- suscitant/renforçant la collaboration et synergie d'action de toutes les instances et personnels impliqués, ou ayant vocation à l'être, dans la maîtrise du risque d'IN/IAS.

A côté de ces justifications avouées, la mise en place de cette instance était d'autant plus nécessaire, que certaines décisions à prendre, telle la désignation d'un ES de cohorting régional, requéraient, eut égard à leur complexité et « délicatesse », une délibération collégiale, seule à même d'en percevoir et assumer la totalité des tenants et aboutissants.

Ainsi fut-il décidé de constituer un groupe de travail, constitué des personnes jugées les plus impliquées et/ou qualifiées du département de VSS/CRVAGS, de la DOS et de la DOMS, de l'Arlin et de la Cire. Le courriel annonçant le lancement de ce processus et demandant aux invités de faire part de leurs disponibilités, de principe et pratique, pour la réunion de lancement, était accompagné d'une note technique (cf annexe 5) expliquant la finalité et la méthodologie proposée pour ladite réunion, et partageant des éléments d'orientation destinés à susciter une réflexion et les suggestions préalables des participants.

.

## 5 Déroulement et résultats

Le déroulement de la mise en œuvre des actions prévues et résultats de celles-ci seront envisagés pour le volet local puis régional du plan de maîtrise des épidémies locorégionales.

### 5.1 Volet local

#### 5.1.1 Secteur santé

La relance de l'élaboration des plans de maîtrise des épidémies des ES a eu les effets suivant, à la date :

- 15 des 60 ES, dont le plan n'était pas disponible, et 9 des 76 ES dont le plan était disponible, mais ne satisfaisait pas à tous les critères de la grille de vérification de l'Arclin ont répondu au mail de relance ; Les réactions ont été en général très positives ;
- 15 des 60 ES dont le plan n'était pas disponible l'ont envoyé, dans un délai parfois négocié avec eux, pour tenir compte de leurs contraintes ; la disponibilité des plans est passée de 76 ES (56 % des ES) à 91 ES (67 %), soit un accroissement de 20 %.
- 3 des 76 ES qui avaient envoyé le plan ont envoyé des compléments ou une version amendée du plan initial, tenant compte des recommandations faites par l'ARS et Arclin.

L'outil de suivi de la disponibilité et conformité des plans a été complété afin de l'utiliser pour le suivi de l'évolution de la disponibilité et conformité des plans suite à la relance. (annexe 1, page 6).

L'effet de la relance a été sinon affaibli, du moins retardé, par le fait qu'elle n'a précédé que de peu le lancement de l'enquête du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales pour l'année 2011, dont l'enjeu est plus crucial pour l'ES, puisqu'en dépend la mise à disposition, obligatoire, au public du tableau de bord de lutte contre les IN/IAS.

#### 5.1.2 Secteur médicosocial et soins de ville

L'appui à l'élaboration du volet local du plan de maîtrise des épidémies locorégionales s'est limité aux ES pour les raisons exposées plus haut : attente des DARI pour les EMS ; et pré-emption des actions à mener en secteur soins de ville dans la déclinaison régionale du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

### 5.2 Volet régional

Les résultats relatifs au volet régional ont été contrastés, permettant d'opposer, d'un côté, les résultats attendus du travail de l'instance qui devait être créée, avec pour vocation de susciter l'internalisation du plan et de statuer sur les points les plus difficiles et délicats ; et ceux attendus du travail documentaire et des autres méthodes (observation et entretiens).

### 5.2.1 Travail de l'instance

La réunion de lancement de l'instance a connu des glissements de dates itératifs, liés à la conjonction de l'intermittence du stage, des nombreux jours fériés et périodes de congés scolaires de printemps, de l'agenda chargé des participants pressentis, en rapport avec l'exercice de leurs fonctions spécifiques ou d'événements mobilisant l'ARS dans son ensemble, notamment la préparation des jeux olympiques. Si bien qu'il fut finalement constaté qu'il était illusoire d'espérer trouver une date satisfaisante pour cette réunion, et, à fortiori, d'espérer un fonctionnement des groupes de travail dont la constitution devait résulter de la réunion, d'ici la fin du stage du MISP, voire avant l'automne. Il fut donc décidé avec le maître de stage de changer d'approche, et d'élaborer une proposition de plan à soumettre aux personnes qui avaient été pressenties pour les groupes de travail.

### 5.2.2 Déroulement et résultats du travail documentaire

Conformément à la recommandation, faite aux niveaux régional et local par le programme national de prévention des infections nosocomiales d'« utiliser les différentes sources d'informations pour préciser les priorités régionales et locales et évaluer les actions engagées » [41], les informations pertinentes pour compléter et actualiser celles utilisées dans la déclinaison du plan stratégique et pour faire des comparaisons avec les autres régions (« benchmarking ») et moyennes nationales ont été réunies. Ces informations se répartissent en deux grandes catégories qui seront envisagées successivement: celles relatives à la situation épidémiologique des IN en NPDC; et celles relatives aux prescrits de la lutte contre les IN/IAS et, plus particulièrement, à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS

#### 5.2.2.1 Situation épidémiologique des IN/IAS en NPDC

L'appréciation de la situation épidémiologique des IN en le NPDC, actuelle et de son évolution a conduit à rassembler et traiter les informations disponibles sur la morbidité liée aux IN/IAS ; sur le niveau de maîtrise et d'application des mesures préventives des IN/IAS ; et sur l'utilisation des antibiotiques à large spectre, facteur majeur de la sélection des BMR.

##### 5.2.2.1.1 Morbidité liée aux IN/IAS en NPDC

Les données de morbidité résument l'information épidémiologique stricto sensu, faute d'informations sur la mortalité et l'impact (handicaps, surcoûts, ...) imputables aux IN/IAS.

La source d'information fondamentale pour la prévalence a été **l'Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales** (ENP), proposée tous les cinq ans depuis 1996 à tous les ES publics et privés de métropole et d'outre-mer. Cette enquête de

---

<sup>41</sup> Chapitre A.2.4. Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès de déclenchement de l'alerte, pages 19 de : Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 (Annexe 1 de la Circulaire n° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009).



prévalence « un jour donnée », effectuée sur une base volontaire, porte sur tous les patients hospitalisés depuis au moins 24 heures dans les services d'hospitalisation courts séjour, de soins de suite et réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD) ; en sont exclus les IN/IAS contractées en hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS), en services d'hospitalisation à domicile (HAD) et dans les maisons de retraite d'hôpitaux [<sup>42</sup>, <sup>43</sup>]. La plus récente (2006), a bénéficié d'une couverture exhaustive dans la région NPDC (100% des lits d'hospitalisation), supérieure à celle du niveau national (95 %). Ses résultats ont été rendus disponibles sous deux formes : un rapport général portant sur l'ensemble du pays, incluant un certain nombre de désagréments par région [<sup>44</sup>]; et un rapport spécifique à la région Nord-Pas-de-Calais [<sup>45</sup>].

Les informations sur l'incidence des IN/IAS en NPDC ont été recueillies à trois sources :

1. La **surveillance des BMR** effectuée par le CCLIN Paris-Nord et l'Arin NPDC en 2010. Réalisé sur une période de trois mois, d'avril à Juin, à partir des prélèvements diagnostiques, cette surveillance a porté sur tous les patients hospitalisés de tous les ES, à l'exclusion de ceux en services d'hospitalisation de jour ou d'hémodialyse et des doublons (les souches de même patient, même espèce et même antibiogramme) [<sup>46</sup>] ;
2. L'enregistrement au moyen du **logiciel Orage** par la CRVAGS de l'ARS NPDC des signalements d'IN/IAS effectués au niveau du point Focal de la Plate-forme régionale. L'analyse a porté sur les signalements 2011, à l'exclusion des signalements de pathologies environnementales (légionelloses, aspergillose,...), alimentaires (listériose, toxi-infections alimentaire aigüe, gastro entérites aigües...) ou enfin communautaires (sarcoptose, tuberculose, grippe, rougeole et autres infections respiratoire aigüe ...) ;

Il y a lieu de signaler que les données disponibles au niveau régional à travers le logiciel Orage laissent à désirer, du fait :

- non seulement d'un taux de signalement non maîtrisé, probablement très loin de l'exhaustivité ;
- mais aussi, du fait de ses impasses de renseignement, quant à, entre autre : l'origine des cas (s'agit-il de cas contractés dans, ou diagnostiqués/signalés par, l'ES dont le nom est renseigné dans orage ?), au type d'infection (urinaire, cathéter, etc), au terrain ; et au nombre de cas cumulé au niveau du même foyer.

---

<sup>42</sup> Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Synthèse des résultats. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 2009

<sup>43</sup> Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Rapport complet. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 2009.

<sup>44</sup> ibid

<sup>45</sup> Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Résultats du Nord-Pas-de-Calais. CCLIN paris-Nord. Juin 2007

<sup>46</sup> Surveillance BMR-CCLIN Région Nord-Pas-de-Calais, résultats 2010, CCLIN-Paris-Nord/Arin Nord-Pas-de-Calais. 2010.

3. Le rapport automatisé des **signalements effectués sur e-SIN** du 1<sup>er</sup> janvier au 25 mai 2012 [47]. Quand bien même sa première évaluation est encourageante [48], e-SIN ne saurait encore avoir l'impact attendu de la dématérialisation sur l'exhaustivité et ce rapport, comme son nom l'indique, renseigne un nombre, limitatif et limité d'items.

Une compilation des informations de l'ensemble de ces sources, faisant appel, chaque fois que cela a été possible, aux comparaisons (« benchmarking ») et illustrations graphiques a été réalisée et rendu disponible (cf annexe 3). Comme y invite l'InVS, « les données présentées (...) peuvent illustrer des particularités régionales, mais leur interprétation doit rester prudente car elles sont liées au type d'ES ou de patients présents dans chaque région » [49]. Quand bien même la comparaison réalisée dans le cadre de ce travail des échantillons national et régional de l'enquête nationale de prévalence 2006 pour les facteurs de risque et pour la répartition des cas, par type d'institution et type de service<sup>50</sup> ne met pas en évidence de différences manifestes, ce conseil doit rester présent à l'esprit.

#### *5.2.2.1.2 Maîtrise et application des mesures préventives*

L'application rigoureuse des mesures préventives visant à éviter la transmission croisée, et au premier chef, les mesures de prévention standard, et mesures complémentaires (« contact » et « gouttelettes »), est à la fois en amont et en aval des épidémies d'IN/IAS. En amont, car de cette application dépend la densité du risque de transmission croisée et donc la fréquence des épidémies. En aval, car en présence d'une épidémie, la première mesure à prendre est renforcer les mesures de prévention standard et complémentaires ad hoc ; or ceci sera d'autant plus aisé que lesdites mesures auront fait antérieurement l'objet de toutes les actions requises pour les faire « approprier », autrement dit adopter et maîtriser par tout le personnel de l'ES : protocolisation, information et formation-recyclage de toutes les catégories de personnel et évaluation/audit des pratiques, le tout supposant le développement préalable d'instances fonctionnelles de lutte contre les IN.

Le niveau de préparation des établissements, en termes d'existence d'instances de lutte contre les IN et d'appropriation des mesures préventives, peut être apprécié par deux d'instruments destinés: l'un, le bilan annuel de lutte contre les Infections nosocomiales

---

<sup>47</sup> Rapport automatisé E-SIN produit le 24/05/2012 portant sur la région Nord-Pas-de-Calais et la période entre le 01/01/2012 et le 24/05/2012. Et, à titre de comparaison, le Rapport automatisé E-SIN produit le 24/05/2012 portant sur la totalité du pays et la période entre le 01/01/2012 et le 24/05/2012.

<sup>48</sup> Application e-SIN : Bilan du déploiement à 6 mois et perspectives. Bruno Coignard, Sandrine Barquins-Guichard (InVS/DMI/NOA). Unité Infections Nosocomiales et Résistance aux Antibiotiques, Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 13 Juin 2007. Club VSS, Paris 22 mai 2012.

<sup>49</sup> Page 4 – et bien d'autres, ce conseil de bon sens revenant en leitmotiv chaque fois que sont évoquées les disparités régionales - de : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Synthèse des résultats. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 2009.

<sup>50</sup> Cf page 2 de l'Annexe 3

(BILANLIN), aux ES; et l'autre, le document d'analyse du risque infectieux (DARI), aux EMS, et plus précisément aux établissements d'hébergement de personnes âgées (EHPAD), et à des établissements pour personnes handicapées, :maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil spécialisé (FAM), en attendant une possible extension à d'autres EMS [51].

Le recueil des données destinées à renseigner le BILANLIN pour l'exercice 2011 étant en cours, le tableau de bord le plus récent disponible est celui portant sur l'exercice 2010 [52]. Ce tableau de bord national, ne permettant pas des analyses fines au niveau régional et sous régional, une application informatique a été développée afin de produire à partir de la base de données BILANLIN un tableau de bord qui illustre la situation régionale globale et désagrégée (par type d'ES), en la comparant aux moyennes nationales pertinentes et à travers le temps. Ce tableau de bord régional et son interprétation est disponible en annexe 3.

L'équivalent du BILANLIN pour les EMS, à savoir le DARI, à annexer pour les EHPAD, au rapport annuel d'activité médicale et pour les MAS et les FAM, au rapport d'activité de l'établissement, n'étaient pas disponibles à la date, et ne sont attendus que pour fin 2012.

#### *5.2.2.1.3 Utilisation des antibiotiques*

L'ENP 2006 a également été la source majeure d'information sur la pression de sélection de germes résistants exercée par les antibiotiques à large spectre. Les données de remboursements disponibles au niveau de la caisse de l'assurance maladie (CAF), qui font l'objet d'une analyse conjointe menée par la CAF et l'ARS [53, 54] constituent une autre source d'information, d'autant plus précieuse qu'elle permet une analyse désagrégée selon divers critères : secteur géographique, catégorie de prescripteur, indication, terrain.

Les principaux constats relatifs à l'utilisation des antibiotiques sont disponibles en annexe 3

#### **5.2.2.2 Prescrits de la lutte contre les IN/IAS et la maîtrise des épidémies d'IN/IAS**

La maîtrise exhaustive et actualisée des prescrits officiels relatifs au thème du mémoire était triplement nécessaire : non seulement car elle est inhérente à l'élaboration de tout mémoire et à la dimension « normative » d'un MISP ; mais aussi car elle était le préalable indispensable à l'évaluation de la conformité du dispositif de maîtrise des épidémies en NPDC ; et enfin, car notre niveau de maîtrise du thème était, initialement, des plus limité.

---

<sup>51</sup> Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013 et annexes : Annexe 1 : Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial ; Annexe 3 : Maîtrise du risque infectieux en EHPAD. Guide d'utilisation de l'outil informatique.

<sup>52</sup> Tableau de bord des infections nosocomiales 2010 – Novembre 2011 Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, DGOS

<sup>53</sup> ARS Nord-Pas-de-Calais : l'observatoire régional de la consommation d'antibiotiques révèle des disparités territoriales préoccupantes. Aef.info. Dépêche n° 162869. Lille. 21/02/2012

<sup>54</sup> Nord-Pas-de-Calais : L'ARS et l'Assurance maladie lancent un programme régional pour lutter contre la surconsommation d'antibiotiques. Aef.info. Dépêche n° 157145. Lille. 25/10/2011.

Il s'est rapidement avéré insuffisant, et au demeurant illusoire, de limiter les recherches aux références relatives au plan de maîtrise des épidémies locorégionales et même à la maîtrise des épidémies, autrement dit à la seule « gestion à posteriori » du risque d'IN/IAS .

Il y avait lieu d'envisager également les références relatives à la prévention ou « gestion à priori » des IN/IAS. En effet, comme signalé précédemment la « gestion à priori », qui consiste à mettre en place les instances de gestion du risque d'IN/IAS et à faire acquérir à tout le personnel de l'ES, dans le cadre du développement d'une « culture de sécurité », la volonté et capacité d'appliquer à bon escient et correctement les mesures préventives visant à éviter la transmission croisée est un prérequis d'une réponse rapide des ES aux épidémies. Qui plus est, les prescrits relatifs à la « gestions à priori » et à « la gestion à posteriori » du risque d'IN/IAS sont en général énoncés dans des documents communs.

Le rassemblement des textes législatifs et réglementaires, et autres documents à valeur normative (de l'HCSP et de la HAS) relatifs à la lutte contre les IN/IAS, en général, et à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS, en particulier, s'est avéré beaucoup plus laborieux que prévu. Le corpus est en effet très volumineux et aucune source, même dédiée au sujet, comme nosobase, n'a permis de trouver la totalité des documents à prendre en compte

Non moins laborieuse a été la réorganisation thématique du matériel collecté, visant à en faire une consolidation actualisée : la « référentiel », dont est présenté en annexe 4 l'index et un schéma qui a l'ambition d'illustrer l'ensemble du dispositif de maîtrise des épidémies d'IN/IAS sous l'angle des multiples interactions réciproques entre les acteurs par niveau.

### **5.2.3 Déroulement et résultats de l'observation et des entretiens**

L'affectation au département de VSS et plus particulièrement à la CRVAGS, dans le bureau même des chargées du signalement des IN-point focal e-SIN et de l'enquête BILANLIN, les relations de travail établies avec l'ARLIN et la CIRE, et l'assistance à des réunions des cellules de crise dédiées aux épidémies du CH de Lens et du CH de Valenciennes ont effectivement représenté autant de circonstances propices à la réalisation de ce travail.

Conjuguées à l'analyse de documents régionaux [<sup>55</sup>, <sup>56</sup>, <sup>57</sup>,], et aux entretiens individuels, ces circonstances ont facilité l'identification des dispositifs existants et leur évaluation. Celle-ci a porté, chaque fois que cela était pertinent sur trois dimensions : leur « conformité », leur « fonctionnalité » et leur « performance », dont les définitions, élaborées « ad hoc » sont les suivantes :

---

<sup>55</sup> Programme Veille Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN). ARS NPDC. 2011.

<sup>56</sup> Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins. ARS Région Nord-Pas de Calais, en collaboration avec l'antenne régionale du CCLIN Paris Nord. Janvier 2011

<sup>57</sup> Vers un plan régional de gestion des épidémies d'infections nosocomiales. Dr K. Blanckaert. ARLIN NPDC. 2011

- La conformité des dispositifs, a été définie comme leur degré de satisfaction formelle des prescrits relatifs à leur création, à leur composition et à leur règles de fonctionnement interne.
- La fonctionnalité des dispositifs, a été définie comme le degré d'application de leurs règles de fonctionnement interne.
- la performance des dispositifs a été définie comme leur capacité à contribuer à l'atteinte de leur finalité, autrement dit, leur efficacité dans l'interruption rapide des épidémies.

Par ailleurs, la conformité a été jugée par rapport aux prescrits qui ont été consolidés et actualisés dans le référentiel. Enfin, vue l'impossibilité de faire abstraction de la « gestion à priori » des IN/IAS dans la maîtrise des épidémies d'IN/IAS, l'analyse a porté sur les deux volets de la gestion du risque d'IN/IAS : la « gestion à priori » et la « gestion à postériori ».

### 5.2.3.1 Gestion à priori

Les résultats de l'évaluation de la conformité, fonctionnalité et performance des dispositifs sera exposée par niveau au moyen du modèle des « points forts » et « points faibles ».

#### 5.2.3.1.1 Niveau local (ES, EMS et soins de ville) :

Le « point fort » le plus manifeste est le haut niveau de conformité et de fonctionnalité des dispositifs de gestion « à priori » des IN/IAS au niveau des établissements (ES et EMS) qu'atteste le haut niveau des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Ces indicateurs, dont la validation fait appel à la vérification d'« éléments de preuves » sur un échantillon aléatoire (10% des ES), sont en effet supérieurs aux moyennes nationales tous ES confondus et pour la plupart des catégories d'ES en particulier ; et ils sont en progrès depuis plusieurs années. Tel est le cas de l'indicateur composite agrégé de lutte contre les IN (ICALIN) qui appréhende l'organisation générale de la lutte contre les IN/IAS et la programmation et exécution des activités destinées à susciter et soutenir la mise en œuvre des mesures d'hygiène (protocolisation, information, formation-recyclage et audit-évaluation) . C'est aussi le cas des indicateurs appréhendant des dimensions spécifiques de la lutte contre les IN/IAS : l'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA) ; l'indicateur de réalisation de la surveillance du site opératoire (SURVISO) ; et l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)

Sur le plan de la performance, le constat est plus nuancé, et en deçà de ce que laisserait espérer les hauts niveaux de conformité et de fonctionnalité des dispositifs de lutte contre les IN/IAS reflétés par le BILANLIN. En effet, d'un côté, il y a eu une légère baisse de la prévalence globale des IN/IAS en général et, plus marquée, de la prévalence et de l'incidence des infections à SARM. Mais d'un autre coté l'incidence globale des IN/IAS a baissé plus lentement que la moyenne nationale et, plus préoccupant, celle des EBLSE s'est accrue, comme dans le reste de la zone relevant du CCLIN Paris-Nord. Par ailleurs,

la surconsommation des antibiotiques à large spectre place la région NPDC au quatrième rang par ordre décroissant pour la consommation d'antibiotiques en général et entre le premier et cinquième rang pour les antibiotiques à large spectre. La consommation a en outre augmenté plus de deux fois plus vite que la moyenne nationale entre 2001 et 2006.

#### 5.2.3.1.2 Niveau régional :

La « gestion à priori » des IN/IAS au niveau régional a d'importants « points forts ». Il y a eu une déclinaison régionale du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections nosocomiales, laquelle prévoit des activités de renforcement de la prévention des IN/IAS et d'amélioration de l'utilisation des antibiotiques ciblant les trois secteurs : ES, EMS et soins de ville. L'ARLIN met en œuvre ces activités avec détermination. Le travail conjoint de l'ARS et la CAF sur la consommation des antibiotiques permet de dresser une cartographie évolutive du risque de sélection de germes résistants aux antibiotiques très prometteuse. Enfin le souci de prévention des infections nosocomiales est pris en compte, dès le stade de l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectif et de moyen, par la DOS et pour la certification, par la HAS ; la DOS comme la HAS utilisant déjà dans les deux cas les indicateurs de la dernière version du tableau de bord des infections nosocomiales.

Les principaux « points faibles » de la gestion « à priori » des IN/IAS au niveau régional ne sont pas propres à cette « gestion à priori », mais affectent tout autant la « gestion à postérieure ». Il y a un manque d'appropriation collective de la lutte contre les IN/IAS au sein de l'ARS, dont témoigne la méconnaissance par certains acteurs de l'existence ou contenu de la déclinaison régionale du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections nosocomiales. La communication entre les acteurs laisse à désirer, comme en témoigne l'ignorance mutuelle et le manque de coordination qui s'ensuit des actions menées par les uns et les autres. Enfin, en dehors des circonstances suscitant la création d'une cellule de crise, l'investissement de l'ARS aux côtés de l'Arclin est assez peu visible.

#### 5.2.3.2 Gestion à postérieure

En ce qui concerne la gestion « à postérieure » l'analyse a porté sur les étapes successives de la maîtrise d'une épidémie locorégionale d'IN/IAS, lesquelles consistent, dans l'ordre, à :

1. La détecter dès le(s) premier(s) cas avéré(s) ou suspect(s) et le(s) signaler en interne
2. Identifier les situations imposant un signalement externe, du fait qu'elles dépassent ou sont susceptibles de dépasser la capacité résolutive locale (de l'établissement ou de la région) et/ou qu'elles représentent une menace allant au-delà du niveau considéré ;
3. Réaliser les investigations nécessaires à l'identification de l'extension et de l'impact actuels de l'épidémie, de sa dynamique et potentiel de propagation et de ses causes ;
4. Identifier et mettre en œuvre les mesures appropriées à l'interruption de l'épidémie ; et

5. Capitaliser les expériences pour progresser dans la prévention comme dans la riposte.

Les résultats de l'analyse seront exposés de manière synthétique et globale, là encore, par niveau (établissements et région) à l'aide du modèle « point forts »-« points faibles ».

#### *5.2.3.2.1 Niveau local (ES, EMS et soins de ville)*

Les principaux « points forts » en matière de « gestion à postériori » des IN/IAS au niveau local à mettre au crédit du NPDC sont : le prérequis que représente le fort engagement des ES dans la lutte contre les IN/IAS attesté par le niveau élevé des indicateurs du BILANLIN ; la disponibilité des plans locaux et la dynamique en cours d'élaboration des plans, consécutive à la relance ; et l'introduction de l'outil de signalement en ligne e-SIN.

Les « points faibles » de la gestion « à postériori » des IN/IAS au niveau local sont liés à des facteurs qui ne sont pas propres à la région NPDC. Les résistances au signalement, interne et à fortiori externe restent fortes, suscitant une forme d'« omerta » liée, moins au manque d'information et formation des personnels et instances des ES sur les obligations de signalement et les modalités de la satisfaire, qu'aux risques perçus des inconvénients associés aux signalements pour lesdits personnels et instances. Les caractéristiques physiques de certains ES rendent l'interruption des épidémies plus difficile à atteindre à certains (vétusté du CH de Lens) qu'à d'autres (CH de Valenciennes). Les conditions et les charges de travail, dont celles liées aux réductions estivales d'effectifs, sont susceptibles d'induire un certain laxisme dans l'application stricte des règles d'hygiène hospitalière. Le cloisonnement au sein des ES, ignoré des microbes, est susceptible d'empêcher ou de retarder le déclenchement du « branle-bas le combat » de tous les services nécessaires pour confiner et interrompre une épidémie. Enfin les ES manquent d'outil leur permettant de disposer en temps réel de l'information complète et fiable nécessaire pour évaluer et suivre l'extension et l'impact d'une épidémie, pour mobiliser personnels et instances, pour optimiser les appuis, et pour communiquer efficacement avec le public voire les médias

#### *5.2.3.2.2 Niveau régional*

L'un des principaux « point fort » du NPDC en matière de gestion « à postériori » des cas et des épidémies locorégionales d'IN/IAS est l'existence d'une plateforme régionale de veille et de gestion des urgences sanitaires conforme aux prescrits et fonctionnelle ; et la bonne collaboration entre les acteurs qui constituent le noyau dur permanent de la dite plateforme : la CRVAGS, l'ARLIN et la Cire. D'autant que communication et coordination entre ES et instances régionales et inter-régionales (CCLIN) devraient encore s'améliorer avec la montée en puissance d'e-SIN. Autre « point fort », la capacité dont le NPDC a fait montre en plusieurs occasions, de mobiliser l'expertise au-delà du noyau permanent de la plateforme, en constituant les cellules de crises élargies qui ont menées les actions fortes et coordonnées qu'imposait l'interruption d'épidémies régionales majeures d'IN/IAS.

Autre important « point fort », l'élaboration et diffusion du « dispositif d'alerte et de gestion du risque infectieux en EHPAD » œuvre collaborative de l'ARS, de l'Arlin et de la CIRE [<sup>58</sup>].

Le principal « point faible » est la persistance, derrière le ronronnement de la plateforme, les échanges de mails sous e-SIN et les réunions des cellules crises, d'un fonctionnement cloisonné, au sein de l'ARS, et au sein même du département de VSS et entre l'ARS et les autres acteurs (ARLIN et CIRE). Cloisonnement dont il est bien difficile d'apporter des preuves tangibles, mais que laissent subodorer de nombreuses allusions à un manque de communication, ou l'emploi d'expressions sibyllines dont seront données deux exemples

« Je vois pas pourquoi tu veux en parler avec moi (de la maîtrise des épidémies d'IN/IAS) alors que tu es à la VSS ».

...Entendu d'un cadre territorial de la DOS membre des cellules de crise des épidémies des CH de .... Or celui-ci aurait pu et dû se prévaloir du rôle décisif qu'il avait joué dans l'impulsion donnée auxdits CH pour l'application des mesures de contrôle. Il avait usé au mieux des attributs de sa fonction : la connaissance du terrain, le rôle de tutelle et la capacité de mobiliser des ressources additionnelles

- Des fréquents et lapidaires « ça c'est (pour) l'Arlin » entendus à propos de la gestion des cas et épidémies une fois qu'ils/elles avaient été dument validés ; ou
- Les « ça c'est (pour) la CIRE » entendus en général à propos des EHPAD et EMS
- ... dans les deux cas le ton et le contexte suggérant souvent plus qu'une simple invitation à respecter une saine répartition des rôles : une délimitation des champs d'autorité un peu trop « exclusive » pour maximiser les possibilités de synergies.

Un autre « point faible » plus difficile encore à objectiver, mais à notre avis essentiel et d'ailleurs sous-jacent au précédent : le manque d'une vision intégrative et fédérative de la lutte contre les IN/IAS. Autrement dit le manque d'une vision qui: i) inclue aussi bien le volet « d'amont », de « gestion à priori » que le volet « d'aval » de « gestion à postériori » des IN/IAS ; ii) est explicite et partagée par tous les acteurs au sein et en dehors de l'ARS ; et iii) tout en précisant les rôles et responsabilité de chacun d'eux favorise la « collégialité ».

---

<sup>58</sup> Dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion du risque infectieux épidémique dans les EHPAD du Nord-Pas-de-Calais. ARS, CClin Paris-Nord/Arlin Nord-Pas-de-Calais , INVS/Cire Nord-Pas-de-Calais. Décembre 2010. + annexes : Gale ; gastro-entérites aiguës, infections à clostridium difficile, infections respiratoires aiguës.



## **6 Enseignements et préconisations**

Les enseignements et préconisations porteront d'abord sur le plan local de maîtrise des épidémies locorégionales. Ils seront ensuite élargis à la problématique de la déclinaison régionale des politiques nationales. Enfin, seront envisagés des enseignements à tirer en vue d'optimiser la contribution du MISP à ce type d'exercice, dans le respect de son rôle.

### **6.1 Plan local de maîtrise des épidémies d'IN/IAS**

#### **6.1.1 Volet local**

En ce qui concerne le volet local du plan, il sera nécessaire de faire le point sur le résultat de la relance des ES sitôt la période estivale achevée. D'autres relances pourront s'avérer nécessaire avant la fin 2012 et en début 2013, sachant que les ES prioriseront ensuite l'enquête de renseignement du BILANLIN. L'outil de suivi, d'analyse et de restitution de l'analyse des plans locaux d'ES pourra être utilisé avec profit. A moyen terme, il y aura lieu de concevoir et de mettre en œuvre un processus de perfectionnement des plans qui, d'une part, aboutisse à leur intégration effective aux plans blancs et d'autre part prenne mieux compte les relations des ES : mutualisation de la lutte contre les IN/IAS entre plusieurs ES ; relations entre les ES et les laboratoires de microbiologie ; et relations de référence et de transferts au sein de la « filière de soins ». L'intégration aux plans blancs et la prise en compte de ces relations seraient grandement facilitées par la correction de faiblesses mentionnées plus haut : absence d'annuaire général actualisé des ES, EMS et professionnels de santé ; et absence d'outil informatisé d'actualisation des plans blancs.

L'élaboration des plans locaux des EMS est tributaire de l'élaboration des DARI. Entre temps il est envisageable de procéder de manière collégiale à l'élaboration du canevas de plan local de maîtrise des épidémies. Il est souhaitable que ce canevas soit conçu dans l'optique d'une intégration effective au plan bleu d'établissement et qu'il concilie simplicité et prise en compte de deux dimensions cruciales de la maîtrise des IN/IAS en EMS : a) les relations de l'établissement (mutualisation de la lutte contre les IN/IAS; relations des EMS et laboratoires de microbiologie ; et relations de référence, contre référence et transferts au sein de la « filière de soins ») ; et b) le rôle des médecins traitants dans la prescription d'antibiotiques en EHPAD. Au vu du nombre d'EHPAD, et de l'expérience des plans locaux d'ES, il serait illusoire d'exiger leur transmission pour une analyse régionale à moins qu'il y ait développement d'un outil informatique ad hoc du type de celui du DARI.

#### **6.1.2 Volet régional**

La constitution d'un groupe de travail incluant tous les acteurs pertinents au sein de l'ARS et en dehors (ARLIN et CIRE) est indispensable pour statuer avec autorité et expertise sur le ou les ES ayant vocation à héberger le secteur d'isolement régionalisé. Son travail

pourra consister, dans un premier temps à identifier les dimensions et critères y afférents à prendre en compte pour le choix de l'ES, en particulier : la situation et l'accessibilité géographique ; les caractéristiques physiques et organisationnelles susceptibles d'affecter la faisabilité ; l'impact prévisible sur l'activité et le fonctionnement de l'établissement lui-même ainsi que sur l'organisation locorégionale de l'offre de soins ; l'acceptabilité politico-administrative du choix. La pondération des critères et leur intégration dans un « score » permettant de classer les ES pourra être utile. Quoiqu'il en soit, l'implication étroite des cadres affectés aux territoires de santé et une délibération collégiale seront la clé d'une proposition suffisamment avisée et étayée pour inspirer à l'autorité la décision appropriée.

Une fois le choix du/des ES de « cohorting régional officialisé, le groupe de travail devra s'organiser pour appuyer ce/ces ES dans la définition et la mise en place des dispositions lui/leur permettant d'être opérationnel(s) dans les 48 heures, conformément au prescrit. Il devra aussi, en capitalisant les expériences passées et en cours, faire une proposition de composition, d'armement et de fonctionnement de la cellule de crise régionale appropriée à la gestion d'épidémies locorégionales d'IN/IAS. Les conditions d'armement devront intégrer le protocole à définir par la DGS et l'InVS, à partir de recommandations du HCSP, précisant les conditions épidémiologiques de déclaration d'une situation d'alerte régionale

La réalisation des exigences minima du volet régional du plan de maîtrise des épidémies ne résume pas les dispositifs et activités permettant de maîtriser lesdites épidémies. Il y aura lieu également de capitaliser dans le volet régional du plan des dispositifs et activités mentionnées lors des entretiens ou dans les documents de la région, telles: l'ouverture de la plateforme à d'autres compétences, dont celles des infectiologues et microbiologistes ; et la mise en place de réseaux transfrontaliers pour les échanges d'informations lors des épidémies et transferts inter-hospitaliers de patients porteurs de BMR. Il y aura lieu aussi d'envisager le potentiel de l'utilisation des laboratoires de microbiologie pour pallier les obstacles, peu vulnérables, au signalement à partir des services cliniques<sup>59</sup>. Enfin, le volet régional, comme le volet local d'ailleurs, devra intégrer les orientations du « plan national d'action pour la maîtrise des BMR » qui est annoncé dans/par le plan stratégique national.

Il serait toutefois illusoire de penser que l'efficacité de la maîtrise régionale des épidémies locorégionale sera garantie par l'addition de « perfectionnements ». Son optimisation exige une dynamique collective inspirée d'une vision globale et intégrative de la lutte contre les IN/IAS, fédérant tous les acteurs régionaux qui, au sein et en dehors de l'ARS, sont impliqués dans la gestion aussi bien « à priori » qu'« à postériori » du risque infectieux nosocomial. L'outil informatique de signalement dématérialisé e-SIN, devrait y contribuer surtout s'il y a un élargissement de ses utilisateurs à l'encadrement territorial de l'ARS<sup>60</sup>.

---

<sup>59</sup> Cette utilisation des laboratoires pour le signalement des cas de BMR est à distinguer de la surveillance par la CIRE et l'InVS de l'émergence de BMR et autres menaces microbiologiques.

<sup>60</sup> La désignation d'un « point focal » de la lutte contre les IN/IAS pour chaque territoire de santé, à l'image des correspondants de l'EOH dans les services hospitaliers, pourrait aussi être envisagée

Toutefois, les espoirs placés dans e-SIN ne doivent pas conduire à faire l'économie d'une mesure plus décisive : une réunion régulière, au minimum annuelle, permettant de passer en revue la situation épidémiologiques, les actions passées et programmées et les résultats de la lutte contre les IN/IAS avec l'ensemble des acteurs, y inclus ceux qui sont impliqués dans des tâches « de soutien » peu visibles (élaboration des CPOM ; finances).

## 6.2 Déclinaison régionale des politiques nationales

Les prescrits actuels relatifs à la politique et organisation de la lutte contre les IN/IAS sont le résultat d'un long processus de gestation <sup>[61]</sup> commençant au début des années 70 ou les circulaires du 18 octobre 1973 <sup>[62]</sup> et du 1<sup>er</sup> septembre 1975 <sup>[63]</sup>, enjoignant aux hôpitaux publics de créer les comités de lutte contre les infections nosocomiales. Ceci mettait en place la première ébauche du dispositif de lutte contre les IN/IAS qu'une résolution sur l'hygiène hospitalière du comité des ministres de l'union européenne avait appelé de ses vœux et défini dans ses grandes lignes en 1972 <sup>[64]</sup>. Le dispositif fut progressivement généralisé : l'obligation d'avoir un CLIN était étendue en 1988 aux établissements privés participants au service public hospitalier <sup>[65]</sup>, puis en 1998 à tout établissement de santé <sup>[66]</sup>, s'inscrivant, ainsi, en vertu de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, parmi les missions de tout établissement de santé. Pour soutenir l'action de ces instances hospitalières, des structures régionales, inter-régionales et nationales furent créées : en 1992, le « comité technique national des infections nosocomiales » (CTNIN) chargé de missions de promotion, surveillance, expertise technique, coordination et évaluation de la lutte contre les infections nosocomiales ; en 1992 également, les cinq « centres interrégionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales » (CCLIN), chargés d'aider les établissements de santé d'un secteur géographique regroupant plusieurs régions (Est, Ouest, Paris-Nord, Sud-Est, Sud-Ouest) à mettre en place la politique nationale, à travers des activités d'appui technique, de formations, et de l'animation de la coopération inter-hospitalière (réseau de surveillance et d'audit, etc) <sup>[67]</sup> ; enfin en 2006, étaient créées les « antennes régionales de lutte contre les infections

---

<sup>61</sup> Infections nosocomiales : Le dossier. Ministère de la Santé et des sports. Décembre 2009

<sup>62</sup> Circulaire du 18 octobre 1973 (SP 5.543-5.468-18/10/73), citée en <sup>61</sup>

<sup>63</sup> Circulaire du 1<sup>er</sup> septembre 1975 (circulaire no 2805 SP 4.42-9516-1/9/75), *ibid.*

<sup>64</sup> Résolution (72) 31 Concernant l'Hygiène hospitalière (adoptée par le Comité des Ministres le 19 septembre 1972 lors de la 213<sup>ième</sup> réunion des Délégués des Ministres

<sup>65</sup> Décret N° 88 657 du 6 mai 1988 qui a rendu obligatoire la constitution de CLIN, mais seulement dans les hôpitaux publics et EPPSPH.

<sup>66</sup> Loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (articles L. 711-1 relatif à l'obligation pour les établissements de santé publics et privés d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales ; et article L711-2-2 relatif , à l'obligation de les signaler).

<sup>67</sup> Arrêté du 3 Aout 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, modifié par l'Arrêté du 19 octobre 1995

nosocomiales » (ARLIN) afin de renforcer la proximité entre les structures interrégionales d'expertise et de coordination et les ES [68]. Parallèlement à sa structuration verticale et un perfectionnement progressif, le dispositif spécifiquement dédié à la lutte contre les IN/IAS subissait l'impact des évolutions de son environnement systémique : l'évolution vers l'intégration des dispositifs dédiés et non spécifiques de veille et de surveillance sanitaire, notamment au niveau régional, au sein d'un champ de compétence partagée entre l'ARS, l'ARLIN et la CIRE ; et l'impact de la prise en compte par les politiques et le système de santé de nouvelles contraintes et paradigmes, notamment : les exigences croissantes de sécurité et de transparence de la part des usagers, relayées par les associations et les médias ; la démocratie sanitaire ; l'évitabilité des IN/IAS et risques liés aux soins ; et enfin l'intégration de la gestion de tous les risques liés aux soins, y inclus celui de la « non qualité ».

Il est résulté de ce processus continu, long et complexe de « stratification » législative et réglementaire, un corpus très volumineux dont la maîtrise d'ensemble et de détail ne va pas de soi. D'autant que cette maîtrise est rendue encore plus difficile par, entre autre, trois facteurs. Le premier est l'absence de mécanismes permettant de disposer en temps réel d'une consolidation synthétique, didactique et actualisée des prescrits ; un besoin que ne satisfont pas, ni les, par ailleurs précieuses, bases de données « légifrance » ou « nosobase », ni les très instructifs, mais peu fréquents, « dossiers du ministère ». Le second facteur est que les instruments de la traduction concrète du dispositif : les plans et programmes, de par leur complexité et manque de didactisme, reflétant sans doute un souci d'exhaustivité, imposent une gymnastique intellectuelle pouvant décourager un lecteur aguerri. Troisième facteur : la démultiplication, là encore sans doute dans un souci louable – adapter le dispositif à chaque secteur (ES, EMS, soins de ville) et apporter des réponses à des problèmes spécifiques (BMR, utilisation des antibiotiques) – des plans et programmes. Cette démultiplication conjuguée à leur diffusion séquentielle ne facilitent pas une maîtrise d'ensemble individuelle et à fortiori collégiale au niveau régional. Ceci affecte le développement des synergies et de la coordination entre les acteurs régionaux, et en conséquence la cohérence et exemplarité attendues du niveau intermédiaire dans la mise en œuvre d'une politique qui ambitionne l'intégration au niveau des établissements.

L'analyse faite ci-dessus, à propos de la thématique du mémoire, est sans doute assez généralisable, la politique de lutte contre les infections nosocomiales étant emblématique de la complexification inhérente à l'évolution des politiques dans des systèmes de santé modernes [69]. Les défis que posent au niveau intermédiaire, régional, le portage de ces politiques jusqu'aux prestataires, seraient atténués par des dispositifs de consolidation en temps réel des prescrits législatifs et réglementaires ; et par l'élaboration au niveau national de plans et programmes nationaux à la fois plus didactiques et plus intégrateurs.

---

<sup>68</sup> Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

<sup>69</sup> Pan American Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas : A position paper of the Pan American health Organization/World Health Organization*, Washington DC. 2007.

### 6.3 Rôle du MISP

La thématique du mémoire s'est avérée, comme pressenti au départ, une bonne porte d'entrée pour appréhender le métier de MISP dans toutes ses dimensions : à la fois de médecin, d'inspecteur et d'expert en santé publique au sein d'un corps de fonctionnaire de l'état. De médecin, s'agissant d'un sujet pour lequel crédibilité et maîtrise supposent une culture médicale ; et qui, en d'autres circonstances, compte tenu de sa fréquente mise en cause dans les contentieux entre prestataires et usagers, aurait pu créer des opportunités d'interagir avec les confrères ordinaires. D'inspecteur, le thème ayant requis l'acquisition de la maîtrise d'un très volumineux corpus de prescrits officiels et permis de s'exercer à l'appréciation de sa mise en œuvre dans la réalité. D'expert en santé publique, dans la mesure où le risque infectieux nosocomial et plus largement les risques associés aux soins relèvent d'une approche transversal : depuis l'analyse, qui doit être autant systémique qu'épidémiologique et embrasser tous les secteurs (sanitaire, médicosocial, ambulatoire) ; jusqu'à la mise en œuvre des actions, tributaire de la coordination de nombreux acteurs ; en passant par les délibérations impérativement collégiales afin de capitaliser l'expertise et l'expérience des acteurs, tout en maximisant leur mobilisation. De fonctionnaire de l'état, enfin, s'agissant de contribuer, parmi d'autres fonctionnaires, au processus de déclinaison régionale d'une politique nationale répondant à d'importantes préoccupations des prestataires de soins et du public, au sein de l'instance mandatée pour piloter ledit processus en coordination avec ses partenaires, en veillant à concilier principes et réalité.

Le thème du mémoire a permis de percevoir des défis liés à l'investissement des quatre dimensions du métier de MISP dans le cadre de travail auquel je suis destiné : le niveau « intermédiaire » des ARS. Deux de ces défis seront mis ici en exergue. Le premier est le travail de Sisyphe de l'assimilation, en temps réel, de corpus normatifs en accumulation et évolution constante, en l'absence de mécanismes en facilitant la maîtrise d'ensemble et de détail. L'autre est surmonter les obstacles à la collégialité, notamment : la structuration en « tuyaux d'orgue » des ARS ; la tiédeur vis-à-vis du travail collaboratif qui y règne ; enfin et surtout le manque de temps, qui maintient chacun « le nez dans le guidon » au dépend du temps et du recul nécessaires à l'élaboration et partage de visions communes.

Ces défis identifiés à propos de la lutte contre les infections nosocomiales, risquent d'autant plus de resurgir dans la suite de notre carrière qu'ils sont liés à l'évolution vers une complexité croissante des politiques et systèmes de santé dans les pays développés dont cette politique est emblématique ; et qu'il ne s'agira plus alors de travailler sur un seul dossier... C'est dire qu'il sera impératif de concourir au développement, de dispositifs de « mutualisation » au sein de l'ARS et entre les ARS ; et de réserver du temps et de l'énergie à l'émergence d'une collégialité que la polyvalence du MISP, liée à ses quatre « dimensions », et en particulier à celle d'expert en santé publique, ne saurait remplacer.

---

# Bibliographie

---

## 1 Textes législatifs et réglementaires

### 1.1 Organisation générale de la lutte contre les infections nosocomiales

#### 1.1.1 Dans les établissements de santé

1. Circulaire n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
  - 1.1. Annexes à la circulaire ci-dessus :
  - 1.2. Annexe I : Gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins
  - 1.3. Annexe II : Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
  - 1.4. Annexe III : Programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
  - 1.5. Annexe IV : L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)
  - 1.6. Annexe V : Formation des professionnels de l'établissement et sécurité des soins
  - 1.7. Annexe VI : Coopération entre établissements de santé.
2. Arrêté du 26 décembre 2011 fixant la liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et les laboratoires associés.
3. Instruction DGS/DP2 n° 11009, validée par le CNP le 1<sup>er</sup> Juillet 2011, portant guide d'imputation par destination des dépenses de prévention, veille et sécurité sanitaire gérées budgétairement par les Agences Régionales de Santé. + Pièce jointe :
  - 3.1. Typologie des dépenses imputées par destination et sous-destination sur le champ de la prévention, de la promotion de la santé, de la veille et de la sécurité sanitaire
4. Circulaire DRH/DRH2B n° 2011-242 du 22 juin 2011 relative à la gestion des astreintes effectuées par les personnels des agences régionales de santé. Annexe II – Note à l'attention de Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé
5. Loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques (Chapitre 1<sup>er</sup> : dispositions relatives à la santé. Article 5).
6. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
7. Décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique.
8. Décret n° 2010-1325 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.
9. Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'état dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435, L. 1435-2 et L. 1435-7 du code de la santé publique.
10. Infections nosocomiales : Le dossier. Ministère de la Santé et des sports. Décembre 2009.
11. Loi n° 2209-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST). (implications de la loi HPST sur l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales).

12. DGOS/DHOS, Mai 2007, Comité technique des Infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINLS) - Définition des infections liées aux soins
13. Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
14. Arrêté du 14 novembre 2005 portant création du groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales
15. Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (Chapitre I, Section 1: Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales)
16. Arrêté du 23 septembre 2004 portant création d'un comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins et modifiant l'arrêté du 3 Aout 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.
17. Loi n° 2004-806 du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique. (article CS L1413-2 et CS I413-3 relatif à l'institut de veille sanitaire)
18. Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
19. Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre I<sup>er</sup>, titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la santé publique (Abrogé 26/7/2005).
20. Décret n° 99-143 du 4 mars 1999 relatif à l'institut de veille sanitaire créé par l'article L. 792-1 du code de la santé publique et modifiant ce code
21. Loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (articles L 711-1 relatif à l'obligation pour les établissements de santé publics et privés d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales ; et article L711-2-2 relatif à l'obligation de les signaler)
22. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
23. Arrêté du 19 octobre 1995, modifiant l'arrêté du 3 Aout 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales
24. Arrêté du 3 Aout 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, modifié par Arrêté du 19 octobre 1995
25. Décret N° 88\_657 du 6 mai 1988 *qui a rendu obligatoire la constitution de CLIN, mais seulement dans les hôpitaux publics et EPPSPH.*
26. Circulaires des 18 octobre 1973 (circulaire SP 5.543-5.468-18/10/73) et 1er septembre 1975 (circulaire n°2805 SP 4.42-9516-1/9/75) (non disponible/consulté).
27. Résolution (72) 31 Concernant l'Hygiène hospitalière (adoptée par le Comité des Ministres le 19 septembre 1972 lors de la 213<sup>ième</sup> réunion des Délégués des Ministres

### **1.1.2 En établissements médicosociaux**

28. Article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles

## **1.2 Plans et programmes de lutte contre les infections nosocomiales**

### **1.2.1 Pour les établissements sanitaires**

29. Circulaire n° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-13. + Annexes :
  - 29.1. Annexe 1 : Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
  - 29.2. Annexe 2 : Bilan du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008.

30. Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
31. Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins, Secrétariat d'Etat à la Solidarité, Ministère de la Santé et des sports, Juillet 2009 (Annexe 1 de la Circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009)
32. Arrêté du 14 novembre 2005 portant création du groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales
33. Programme National de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Ministère de la Santé et de la protection sociale. 2005.

### **1.2.2 En établissements médicosociaux**

34. Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013. + Annexe :
  - 34.1. Annexe 1 : Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial
35. Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013. + Annexes :
  - 35.1. Annexe 3 : Maîtrise du risque infectieux en EHPAD. Guide d'utilisation de l'outil informatique

## **1.3 Plans et programmes relatifs aux urgences sanitaires en général**

### **1.3.1 Pour les établissements sanitaires (plans blancs)**

36. Préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé, Lettre du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, n° CNP 2011-274, du 2 novembre 2011.
37. Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis
38. Plan blanc et gestion de crise. Guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, 184 pages. (annexe à la circulaire n° DHOS/CGR/ 2006/401 du 14 septembre 2006). Dont troisième partie. Cahiers spécifiques. L'établissement de santé en tension. Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc.
39. Décret d'application de la Loi du 9 Aout 2004, N° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (Articles R 3110 à R 3110-10).
40. Loi du 9 Aout 2004 relative à la Santé Publique (Articles L 3110-7 à L 3110-10).

### **1.3.2 En établissements médicosociaux (plans bleu)**

41. Arrêté du 8 août 2005 modifiant l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au 1 de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
42. Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au 1 de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.



43. Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

## **1.4 Signalement**

44. Instruction n° DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 Février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées. + Annexes :
- 44.1. Annexe 1 : Rôle des établissements de santé dans le cadre du signalement des infections nosocomiales
  - 44.2. Annexe 2 : Processus de signalement externe des infections nosocomiales
  - 44.3. Annexe 3 : Annuaire e-SIN et mises à jour
  - 44.4. Annexe 4 : Fiche de signalement externe des infections nosocomiales en mode dégradé
45. Instruction DGS/RI3/DGOS/PF2/2011/186 du 18 mai 2011 relative au déploiement de l'outil de télé-signalement des infections nosocomiales « e-SIN ».
- 45.1. Annexe 1 : Fiche technique n° 1 : Principes d'utilisation et de mise en œuvre de l'outil e-SIN
  - 45.2. Annexe 2 : Fiche technique n° 2 : Constitution des annuaires nationaux et des comptes utilisateurs et information des acteurs.
46. Instructions DGS/DUS n° 2010-312 du 17 juin 2010 relative à la relation entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires. + annexes :
- 46.1. Annexe 1 : Le point focal national : le CORRUS
  - 46.2. Alertes sanitaires et informations à transmettre au CORRUS
  - 46.3. Modalités de signalement d'alertes sanitaires au CORRUS et de transmission d'informations descendantes
  - 46.4. Traçabilité des alertes au CORRUS
47. Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (Chapitre I, Section 2 : Signalement des infections nosocomiales)
48. Circulaire n° DHOS/E2-DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et information des patients dans les établissements de santé. (Abroge celles du 3 janvier 2003 et du 30 juillet 2001).
- 48.1. Fiche 1 : Recommandations du Comité Technique National des Infections Nosocomiales pour le signalement des infections nosocomiales (adoptées le 3 décembre 2002 et complétées le 15 novembre 2003)
  - 48.2. Fiche 2 : Fiche de signalement des infections nosocomiales.
  - 48.3. Fiche 3 : Propositions d'organisation dans les établissements de santé
  - 48.4. Fiche 4 : Rôles des intervenants extérieurs à l'établissement
  - 48.5. Fiche 5 : Organisation et articulation des DDSSS, des CCCLIN et de l'InVS
  - 48.6. Annexe I : Maladies faisant l'objet d'une notification à l'autorité sanitaire.
  - 48.7. Annexe II : Maladies faisant l'objet d'un signalement nominatif à l'autorité sanitaire en vue de prendre des mesures d'urgence
49. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 « Droits des malades » : L.1111-2 du CSP : information des patients L.1413-13 : mise en demeure d'information ; L.1413-14 : déclarations des événements indésirables graves + Annexes :
50. Circulaire DHOS/E2-DGS/SD5 C N° 2001-383 du 30 Juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infections nosocomiales dans les établissements de santé.

51. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 (recodifié par décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005) : art. R.6111-12 à R.6111-17 CSP : signalement des infections nosocomiales.
52. Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (I.3. L'alerte)

### **1.5 Système d'information et suivi évaluation**

53. Instruction N° DGOS/PF2/2012/101 du 1<sup>er</sup> mars 2012 relative à la simulation de calcul des nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales + Annexes de l'instruction ci-dessus :
  - 53.1. Annexe 1 : Evolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales
  - 53.2. Annexe 2 : Cahier de charges des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ICA-LISO et ICA-BMR)
  - 53.3. Annexe 3 : Répartition des points attribués pour le calcul des indicateurs ICALIN2, ICA-LISO et ICA-BMR
  - 53.4. Annexe 4 : Calendrier de la campagne de recueil 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011
  - 53.5. Annexe 5 : Modalités de connexion au « Bilan LIN » de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
54. Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
55. Circulaire n° DGOS/PF2/2011/150 du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010 + annexes :
  - 55.1. Annexe 1 : Calendrier d'évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales
  - 55.2. Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2010, de lutte contre les infections nosocomiales.
  - 55.3. Cahier de charges relatif aux consignes de remplissage, à l'aide au remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010.
  - 55.4. Procédures de connexion et de saisie des données.
  - 55.5. Outils d'aide et modalités de la validation des données déclarées.
  - 55.6. Présentation du flux des données (*workflow*)
56. Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
57. Tableau de bord des infections nosocomiales 2010 – Novembre 2011 Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, DGOS
58. Circulaire N° DGS/SD5C-DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie d'audit des pratiques d'hygiène hospitalière
  - 58.1. Annexe : réussir un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains
59. Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (I.2. - La surveillance des infections nosocomiales).

### **1.6 Mesures spécifiques à certains agents/circonstances spéciales**

60. Circulaire n° DGS/DUS/CORRUS/2012/188 du 9 mai 2012 relative à l'organisation des rapatriements sanitaires vers la France de patients porteurs de maladies

transmissibles nécessitant un isolement ou de bactéries multi-résistantes (BM) + Annexes

60.1. Annexe 1 : Formulaire de signalement.

60.2. Annexe 2 : Schéma opérationnel du dispositif

61. Circulaire n° DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesures de contrôle des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC).
62. Circulaire n° DGAS/SD2C/DHOS/E2/DGS/5C/5D/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à Clostridium difficile dans les établissements hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins de longue durée

### **1.7 Usage des antibiotiques**

63. Circulaire n° DGS/DHOS/DSS/5NE2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville
64. Circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.
65. Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

## **2 Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)**

66. Maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques importées en France par des patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger. Collection Avis et rapports. HCSP. Novembre 2010, 41 pages.
67. Recommandations du haut conseil de la santé publique (HCSP) relatives à la mise en œuvre du règlement sanitaire international du 29 octobre 2010.
68. Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. HCSP. 2010, 19 pages.
69. Rapport relatif à la maîtrise de l'émergence et la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français. HCSP. Mars 2010.
70. Recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de staphylocoque aureus résistants à la méticilline (SARM CO) Rapport du groupe de travail. HCSP. Décembre 2009
71. Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à Clostridium difficile dans les établissements de santé français. HCSP, 20 juin 2008
72. Evaluation au plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007 – 2010. Evaluation. HCSP. Février 2010.

## **3 Haute autorité de la santé (HAS)**

73. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Direction de l'amélioration de la Qualité et de la sécurité des soins. Haute Autorité de la Santé; Juin 2009.

## **4 Institut National de Veille Sanitaire (InVS)**

74. Application e-SIN : Bilan du déploiement à 6 mois et perspectives. France 2012. Bruno Coignard, Sandrine Barquins-Guichard (InVS/DMI/NOA). Unité Infections Nosocomiales et Résistance aux Antibiotiques, Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 13 Juin 2007. Club VSS, Paris 22 mai 2012.
75. La veille et l'alerte sanitaires en France. Saint-Maurice. Institut de veille sanitaire ; 2011. 60 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

76. Prévalence des infections nosocomiales et traitements antibiotiques, France, 2006. Bruno Coignard, Unité Infections Nosocomiales et Résistance aux Antibiotiques. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 16 Novembre 2010.
77. Etapes clés de la gestion d'une épidémie – Signalement : conduite à tenir pratique. Bruno Coignard, Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; Hygiène, risques et qualité chez la personne âgée – Lyon, 24 septembre 2009.
78. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Synthèse des résultats. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 2009
79. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Rapport complet. Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 2009
80. Variations régionales dans l'épidémiologie des infections nosocomiales : illustration. Bruno Coignard, Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 24 novembre 2008
81. Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006. Bruno Coignard, Unité Infections Nosocomiales et Résistance aux Antibiotiques, Saint-Maurice. Institut de Veille Sanitaire ; 13 Juin 2007.

## **5 ARS, AR/CC-LIN, CIRE et autres acteurs régionaux**

### **5.1 Documents de cadrage**

82. Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins. ARS Région Nord-Pas de Calais, en collaboration avec l'antenne régionale du CCLIN Paris Nord. Janvier 2011.
  - 82.1. Annexe 2 : Avis de la CRSA en date du 13/01/2011
83. Programme Veille Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN). ARS NPDC. 2011. En particulier :
  - 83.1. Annexe 6. Critères de signalement des infections nosocomiales.
  - 83.2. Annexe 7 : Classeur et Procédures EHPAD. ARLIN/CRVAGS/CIRE.
84. Vers un plan régional de gestion des épidémies d'infections nosocomiales. Dr K. Blanckaert. ARLIN-NPDC. 2011
85. Plan de maîtrise d'une épidémie. ARLIN NPDC, 7/7/2011 (canevas d'élaboration)
86. Analyse des plans locaux de maîtrise d'une épidémie des établissements de la région Nord-Pas-de-Calais. Dr S. Mechkour, ARLIN NPDC, 2011.

### **5.2 Documents techniques**

#### **5.2.1 Rapports d'enquête et retours d'expérience**

87. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 – Résultats du Nord-Pas-de-Calais. CCLIN paris-Nord. Juin 2007.
88. Surveillance BMR-CCLIN Région Nord-Pas-de-Calais, résultats 2010, CCLIN-Paris-Nord/Arclin Nord-Pas-de-Calais. 2010.
89. Retour d'expérience – signalement d'infections nosocomiales – Epidémie à Clostridium difficile de sérotype 027 survenue en 2010. ARLIN-Nord-Pas-de-Calais/CCLIN-Paris-Nord. Février 2011

#### **5.2.2 Protocoles, procédures et conduits à tenir**

90. Dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion du risque infectieux épidémique dans les EHPAD du Nord-Pas-de-Calais. ARS, CClin Paris-Nord/Arclin Nord-Pas-de-Calais , INVS/Cire Nord-Pas-de-Calais. Décembre 2010. + annexes : Gale ; gastro-entérites aiguës, infections à clostridium difficile, infections respiratoires aiguës.
91. Fiches techniques de dépistage, Groupe de travail : S. Mechkour, Y. Ollivier, C. Cattoen, D. Descamps, A. Vachée, S. Alfandari, K. Blanckaert, ARLIN Nord Pas de Calais. 2009. Soit 7 fiches relatives aux :
  - 91.1. Bactéries Multi-Résistantes (BMR),

- 91.2. *Staphylocoque aureus* résistant à la méticilline (SARM),
- 91.3. Enterobactéries productrices d'une bêta lactamase à spectre étendu (EBLSE),
- 91.4. *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème ou uniquement sensible à l'imipénème,
- 91.5. *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides Van A ou Van B (ERG),
- 91.6. *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ceftazidime et à l'imipénème et
- 91.7. *Enterobactéries* productrices de carbanénémase (EPC)
- 92. Mesures de prévention des cas de colonisation à Entérocoques Résistant aux Glycopeptides dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Fiche technique N° 4. Cclin Paris Nord, Juin 2008.
- 93. Mesures de prévention et de maîtrise de la diffusion des infections à Clostridium difficile dans les établissements de santé, Fiche technique. Groupe de travail : K. Blanckaert, D. Landriu, K. Lebascle, D. Verjat-Trannoy, A Carbonne - ARLIN Nord Pas de Calais, 2006.
- 94. Conduite à tenir devant une épidémie d'infections nosocomiales. P. Astagneau, F. Lecomte, M. Robineau, V. Jarlier. CCLIN Paris-Nord. Date ?
- 95. Appliquons les précautions « standard ». Dépliant pour le personnel. Groupe de travail : Y. Ollivier, G. Lemaire, K. Blanckaert, ARLIN Nord Pas de Calais. Date ?
- 96. Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux. Fiche technique N° 7. Cclin Paris Nord. Date ?

### 5.2.3 Supports d'information et communication

- 97. Précautions d'hygiène à respecter pour éviter de transmettre. Dépliants. Cclin Paris-Nord. 2006-2010 :
  - 97.1. Vous êtes porteurs d'une bactérie multi-résistante aux antibiotiques
  - 97.2. Votre enfant est porteur d'une bactérie multi-résistante aux antibiotiques.
  - 97.3. Vous êtes porteur d'une entérobactérie (*Klebsielle*, *Escherichia coli*, *Enterobacter*,...) hautement résistante aux antibiotiques
  - 97.4. Vous (ou l'un de vos proches) êtes porteur d'un *Entérocoque* multi-résistant aux antibiotiques (ERG ou ERV).
  - 97.5. Vous (ou l'un de vos proches) avez une infection à *Clostridium difficile*.

### 5.2.4 Communiqué de presse, autres documents

- 98. ARS Nord-Pas-de-Calais : l'observatoire régional de la consommation d'antibiotiques révèle des disparités territoriales préoccupantes. Aef.info. Dépêche n° 162869. Lille. 21/02/2012.
- 99. Nord-Pas-de-Calais : L'ARS et l'Assurance maladie lancent un programme régional pour lutter contre la surconsommation d'antibiotiques. Aef.info. Dépêche n° 157145. Lille. 25/10/2011.

## 6 ARS, ARLIN et CCLIN/RAISIN hors région Nord-Pas-de-Calais

### 6.1 ARS et ARLIN/CCLIN

#### 6.1.1 Alsace

- 100. Plan régional de gestion des épidémies · Articulations avec le plan blanc élargi ARS Alsace. DPPS - VGAS· CGR. Janvier 2012
- 101. Plan local de gestion d'une épidémie. Cadre réglementaire et présentation de la trame-type à destination des établissements sanitaires E. Marrer – A. Bettinger – Dr T. El-Mrini ; ARS Alsace – DPPS – Pôle VGAS – EM. 6/12/2011

### **6.1.2 Auvergne**

102. Plan régional de maîtrise des épidémies. Région Auvergne. Mai 2011.
103. Plan régional de maîtrise des épidémies. ARS Auvergne. Dr Laurent Boniol : Chef de mission veille-alerte et inspection-contrôle (MI VAIC) Mme Pascale Dupuis-Le Moine : Pharmacien inspecteur de santé publique (référent IAS- MI VAIC). 2011
104. Place de l'ARLIN dans la gestion d'une épidémie régionale. ARLIN Auvergne. Olivier Baud. 2011.
105. Maladies infectieuses identifiées dans un établissement de santé ou médico-social nécessitant un signalement interne qui peut être complété par l'activation du plan local de maîtrise des épidémies. CCLIN Sud Est, ARLIN Auvergne. 2011.
106. Trame pour un Plan Local de Maîtrise des épidémies. CCLIN Sud Est, ARLIN Auvergne. Mars 2011

### **6.1.3 Bourgogne**

107. Recommandations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante. Journée inter régionale de formation. CCLIN EST – ARLIN Bourgogne, Dijon. Dr Michel Tiv. 10 février 2011.

### **6.1.4 Champagne-Ardenne**

108. Gestion du risque associé aux soins en gériatrie-respect de la socialisation. ResCLIN Champagne-Ardenne / Antenne régionale du Cclin-Est. Février 2011

### **6.1.5 Haute Normandie**

109. Prévention et maîtrise des épidémies liées à des BMR émergentes, éléments du plan régional. IXième Journée Régionale de Prévention des Infections Associées aux Soins. B. Cottrelle–C. Garces (ARS Haute Normandie) D. Thilliard–J-M. Germain (ARLIN Haute Normandie). 14/04/2011

### **6.1.6 Ile de France**

110. Plan local de prévention et de maîtrise d'une épidémie liée à des bactéries multi résistantes émergentes dans les établissements de santé d'ile de France, Document d'aide à l'élaboration. ARS Ile de France. Mars 2011

### **6.1.7 Lorraine**

111. Plan local de maîtrise des épidémies, Dr Revol CVAGS – ARS Lorraine. 23 juin 2011
112. Patients porteurs de BMR en EHPAD. Journées des médecins coordonnateurs et cadres des EHPAD. ARLIN Lorraine. 2010.

### **6.1.8 Poitou-Charentes**

113. Plan de gestion des épidémies – Réunion du réseau des praticiens en hygiène. ARS Poitou Charente. 1er février 2011

### **6.1.9 Provence Côte d'Azur**

114. Plans locaux et plan régional de maîtrise d'une épidémie 12<sup>ème</sup> journée méditerranéenne de prévention des infections nosocomiales. DSPE/ARS Paca. Dr J-L Duponchel. 1- décembre 2011
115. Guide d'aide à l'élaboration d'un plan bleu. Version du 2 Juillet 2011. ARS Provence-Alpes Côte d'Azur.

### **6.1.10 Rhône-Alpes**

116. Prévention des infections associées aux soins en EHPAD. ARS Rhone-Alpes. Journée qualité des prises en charge en EHPAD. Annecy. 15 Juin 2011.

## **6.2 CCLIN/RAISIN**

### **6.2.1 Sud-est**

117. Plan de maîtrise des épidémies locorégionales dans les établissements de santé et médico-sociaux Document d'aide à l'élaboration V2. CCLIN Sud Est. Mai 2011.
118. Code de la santé publique – version consolidée au 17 novembre 2010 (articles relatifs à, ou impactant, la lutte contre les infections nosocomiales. CCLIN Sud-Est. Non daté
119. Loi HPST et conséquences du décret du 12 novembre 2010. CCLIN Sud-Est. Clermont-Ferrand. 11 avril 2011.
120. Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. CCLin Sud-Est. Date de mise à jour : 22/12/2011.
121. Conduite à tenir devant une épidémie d'infections nosocomiales. Girard R. CCLin Sud-Est. Mai 2004.
122. Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. CCLin Sud-Est. Date de mise à jour : 22/12/2011

## **7 Ouvrages, revues et dossiers**

123. Maladies infectieuses et tropicales. E. Pilly. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. 23<sup>ième</sup> édition. 2012 (Chapitre 130, Pages 514-518)
124. Surveillance épidémiologique, Principes, méthodes et applications en santé publique. P. Astagneau, T. Ancelle. Médecine Sciences. Publications, Lavoisier. 2011 (Chapitre 16, Infections associées aux soins. B. Coignard, J.-M. Thiolet, P. Astagneau. Pages 139-151).
125. L'Evolution de l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et la place des représentants des usagers. Module interprofessionnel de santé publique. EHESP. 2011.
126. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations. De la SFHH. Septembre 2010. 175 pages. Notamment: Prendre en charge et maîtriser une épidémie d'infections associées aux soins. Synthèse recommandations. R15-28.
127. Infections associées aux soins : Guide d'aide à la communication. SFHH. Juin 2010, 84 pages
128. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. SFHH. 2009, 60 pages.
129. Prévention des infections nosocomiales. 2ième édition. Guide Pratique. OMS. 2002 (chapitre IV. Conduite à tenir en cas de flambée d'infections nosocomiales)

## **8 Formations réunions, divers**

130. Volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (Vagusan). Dr Gravelat. Module de planification EHESP. 2012.
131. Formation à la gestion du signalement des infections nosocomiales. EHESP. 16-17 novembre 2010. CD de 17 présentations dont :
  - 131.1. Les outils internet et l'accès documentaire. Karin Lebascle. CCLin Paris-Nord. 16 Novembre 2010.
  - 131.2. Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales : signalement, évolutions réglementaires. Dr V. Van Rossem. Direction Générale de l'offre de soins/Bureau qualité et sécurité des soins. .
  - 131.3. Prévalence des infections nosocomiales et traitements antibiotiques, France, 2006. Bruno Coignard, Unité Infections Nosocomiales et Résistance aux Antibiotiques, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
132. Règlement sanitaire international (RSI) du 23 mai 2005 adopté par l'organisation mondiale de la santé

---

## Liste des annexes

---

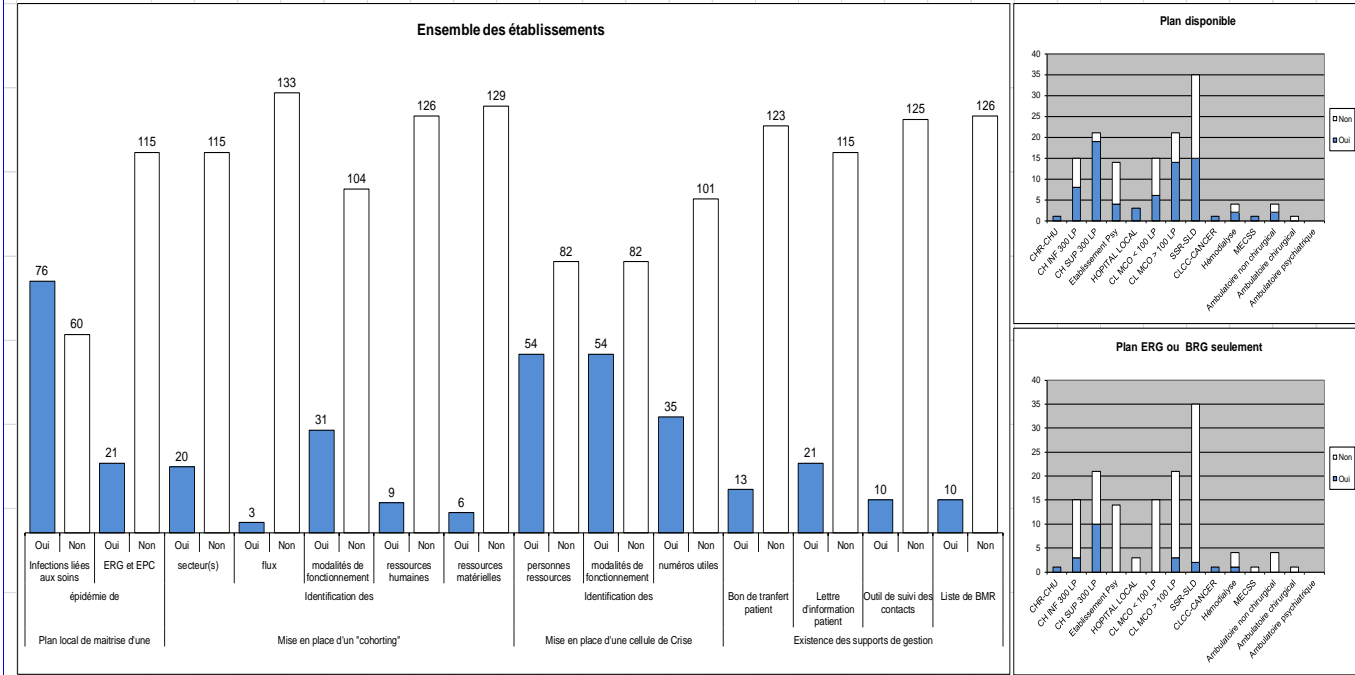
Annexe 1 :	Application de suivi et de restitution des plans locaux (extraits)
Annexe 2 :	Guide d'entretien (DOMS)
Annexe 3 :	Epidémiologie des IN/IAS en Nord-Pas-de-Calais (extraits)
Annexe 4 :	Référentiel de la lutte contre les IN/IAS et de la maîtrise des épidémies d'IN/IAS (extraits)
Annexe 5 :	Note pour le dossier - invitation à la réunion de lancement du groupe technique
Annexe 6 :	Tableau de bord régional de la lutte contre les IN/IAS (extraits)



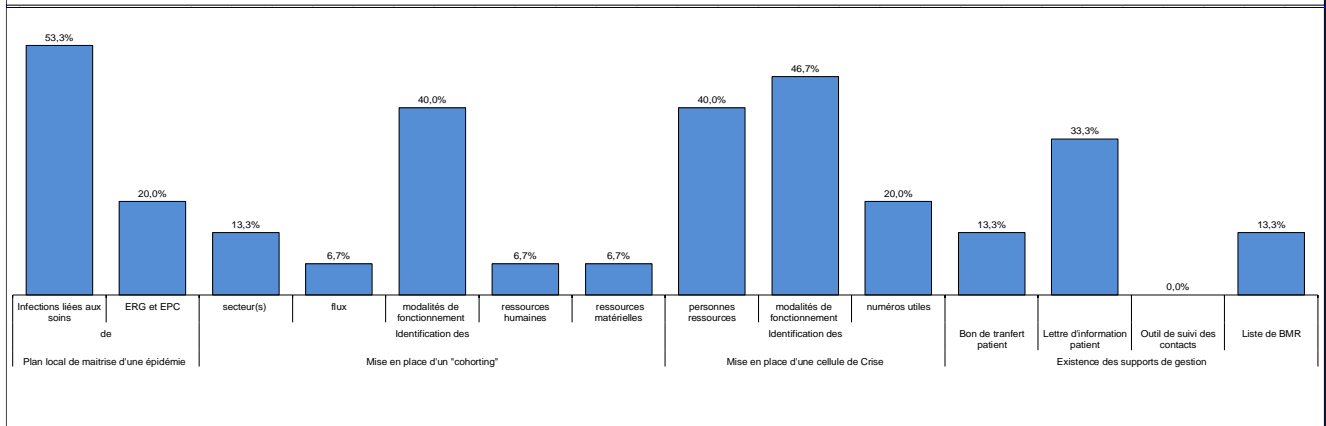
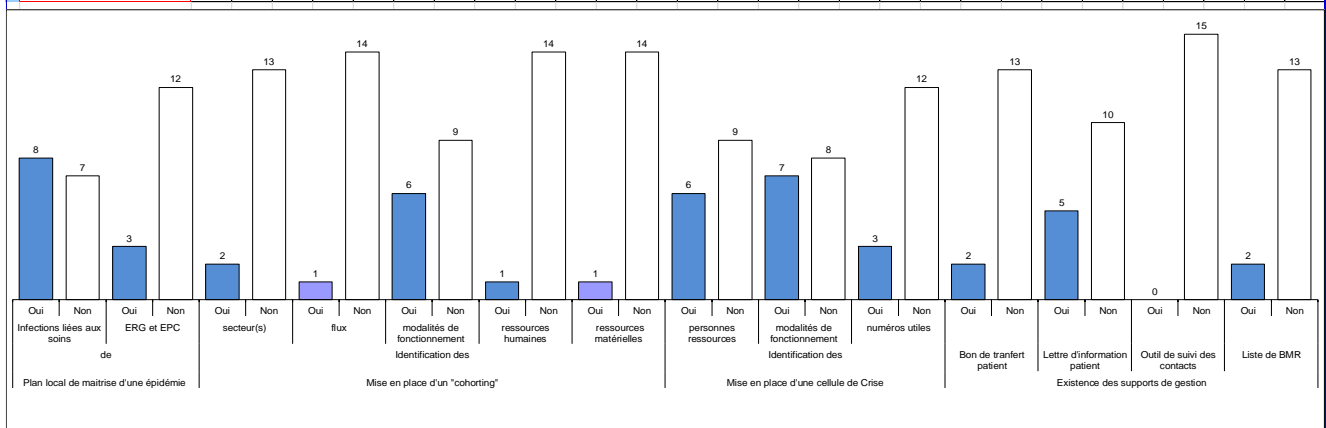
# Annexe 1 : Application de suivi et de restitution des plans locaux (extraits)

Analyse initiale des plans locaux de maîtrise des épidémies par établissement						Plan local de maîtrise d'infection > liées aux soins (ILS)		Plan de maîtrise des ERG et EPC		Mise en place d'un "cohorting"					Mise en place d'une cellule de Crise			Existence des supports de gestion			
ETABLISSEMENT		Localisation				Type d'institution		Identification des					Identification des			Existence des supports de gestion					
Nom (CELI)		Adresse		Ville	Département	Code postal	secteur(s)	flux	modalités de fonctionnement	ressources humaines	ressources matérielles	personnes ressources	modalités de fonctionnement	numéros utiles	Bon de transfert patient	Lettre d'information patient	Outil de suivi des contacts	Liste de BMR			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1	Hôpital de jour de la M.G.E.N	234 Rue de Paris, BP 350	Lille	59	59000	Ambulatoire non chirurgical															
2	Polyclinique du Bois et Pavillon du Bois	44 avenue Marx Dormoy, BP 3	Lille Cedex	59	59003	CL MCO > 100 LP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	
3	CLCC Oscar Lambert	3 rue Frédéric Combaert, BP 307	Lille Cedex	59	59020	CLCC-CANCER	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	
4	Centre Hospitalier Saint Vincent de Paul - Lille	Boulevard de Belfort, BP 387	Lille Cedex	59	59020	CH SUP 300 LP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
5	Centre Hospitalier Régional Lille	2 Avenue Oscar Lambert	Lille Cedex	59	59037	CHR-CHU	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	
6	Hôpital privé La Louvière	69 Rue de La Louvière	Lille Cedex	59	59042	CL MCO > 100 LP															
7	Centre Hospitalier Roubaix	35 Rue de Barbiéux	Roubaix Cedex 1	59	59059	CH SUP 300 LP	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	
8	Clinique Saint Jean Centre de convalescence (Docteur Warf)	34 Rue Saint-Jean	Roubaix	59	59100	CL MCO > 100 LP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
9	Clinique du Chateau Loos	1 Rue De Londres	Loos	59	59120	Ambulatoire non chirurgical	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
10	Centre Dialyse à Domicile Et d'Autodialyse Loos	351 Rue Ambroise Pare	Loos	59	59120	Hémodialyse															
11	Santelys HAD	351 Rue Ambroise Pare	Loos	59	59120	HAD															
12	Centre Hospitalier Zaydcoote/Hôpital Maritime Vancaeuwenberghé	Boulevard Vancaeuwenberghé, BP 62	Zaydcoote	59	59123	SSR-SLD	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
13	Unité Locale De Soins pour personnes âgées Escaudain	9008 Rue de La Piedraite, BP 62	Escaudain	59	59124	SSR-SLD	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
14	Hôpital à domicile du Douaisis	Zone du Parc des Prés Loribes	Piers-en-Escrebieux	59	59128	HAD															
15	Clinique Chirurgicale de Lambersart	223 Avenue de l'Hippodrome	Lambersart	59	59130	CL MCO < 100 LP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
16	Clinique Robert Schuman	1 bis rue du Vert Dragon	Barlaimont	59	59145	Etablissement Psy															
17	Clinique Psy La Maison Fleurie	411 Avenue du Maréchal Leclerc	Faches Thumesnil	59	59115	Etablissement Psy	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
18	Hôpital à domicile du Cambrésis	83 ter, rue Victor Wathez	Beauvois-en-Cambrésis	59	59157	HAD															
19	Clinique de La Mitière	195 Rue Adolphe Deferme	Lomme	59	59166	SSR-SLD	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
20	Clinique Les Bruyères	45 Rue de Douai	Aubertchouart	59	59165	SSR-SLD															
21	Maison de Santé et de Cure médicale La Plaine Scarpe	Rue Jehanne, BP 9	Lallaing	59	59167	SSR-SLD	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
22	Centre Hospitalier Douai	Route de Cambrai	Dechy	59	59187	CH SUP 300 LP	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	
23	Centre Léonard De Vinci/Clinique du Port Saint Vaast	1, Rue du Port St Vaast, Route De	Dechy	59	59187	HAD															
24	Clinique de la Victoire	1 Quai du Havre	Tourcoing	59	59200	CL MCO < 100 LP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
25	Clinique Le Val De Lys	167 Rue Nationale	Tourcoing	59	59200	CL MCO < 100 LP	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
26	Centre Hospitalier Tourcoing	155 R Du Président Coly	Tourcoing Cedex	59	59208	CH SUP 300 LP															
27	Clinique de Flandre	300 Rue Des Forts, BP 65	Coudekerque Branche	59	59210	CL MCO > 100 LP															
28	Clinique Chirurgicale de La Thérache	Route de Féron	Wignehies	59	59212	CL MCO < 100 LP															
29	Clinique Saint-Roch Villars	48 Rue Pierre Neve	Denain	59	59220	SSR-SLD	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	

NOMBRE DE PLAN RECUS ET AVANT VERIFIEES CRITERES	Plan local de maîtrise d'une épidémie de				Mise en place d'un "cohorting"										Mise en place d'une cellule de Crise						Existence des supports de gestion								
	Infections liées aux soins		ERG et EPC		Identification des					Identification des					Identification des			Bon de transfert patient		Lettre d'information patient		Outil de suivi des contacts		Liste de BMR					
	Oui	Non	Oui	Non	secteur(s)	flux	modalités de fonctionnement	ressources humaines	ressources matérielles	personnes ressources	modalités de fonctionnement	numéros utiles	Bon de transfert patient	Lettre d'information patient	Outil de suivi des contacts	Liste de BMR													
Tous	76	60	21	115	20	115	3	133	31	104	9	126	6	129	54	82	35	101	13	123	21	115	10	125	10	126			
CHR-CHU	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0		
CH INF 300 LP	8	7	3	12	2	13	1	14	6	9	1	14	1	14	6	9	7	8	3	12	2	13	5	10	0	15	2	13	
CH SUP 300 LP	19	2	10	11	8	13	0	21	9	12	3	18	0	21	10	11	8	13	2	19	2	19	6	15	2	19	2	19	
Etablissement Psy	4	10	0	14	0	14	0	14	1	13	0	14	0	14	2	12	3	11	4	10	0	14	0	14	0	14	0	14	
HOPITAL LOCAL	3	0	0	3	1	2	0	3	1	2	0	3	0	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	0	3	0	3	0	3
CL MCO < 100 LP	6	9	0	15	0	15	0	15	0	15	0	15	0	15	6	9	6	9	5	10	0	15	0	15	0	15	0	15	
CL MCO > 100 LP	14	7	3	18	5	16	1	20	6	15	3	18	4	17	13	8	12	9	8	13	3	18	3	18	2	19	1	20	
SSR-SLD	15	20	2	33	3	32	1	34	6	29	1	34	1	34	10	25	10	25	7	28	4	31	3	32	4	31	4	31	
CLCC-CANCER	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
Hémodialyse	2	2	1	3	0	3	0	4	0	3	0	3	0	3	2	2	2	2	2	2	0	4	1	3	1	2	0	4	
MECSS	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
Ambulatoire non chirurgical	2	2	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	1	3	1	3	1	3	0	4	0	4	0	4	0	4	
Ambulatoire chirurgical	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	
Ambulatoire psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



NOMBRE DE PLAN RECUS ET AYANT VERIFIE LES CRITERES	Plan local de maîtrise d'une épidémie				Mise en place d'un "cohorting"										Mise en place d'une cellule de Crise						Existence des supports de gestion							
	Infections liées aux soins		ERG et EPC		secteur(s)		flux		modalités de fonctionnement		ressources humaines		ressources matérielles		personnes ressources		modalités de fonctionnement		numéros utiles		Bon de transfert patient		Lettre d'information patient		Outil de suivi des contacts		Liste de BMR	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	8	7	3	12	2	13	1	14	6	9	1	14	1	14	6	9	7	8	3	12	2	13	5	10	0	15	2	13



## Listes des établissements qui ont transmis et n'ont pas transmis les plans

**CH INF 300 LP**

Soit, un nombre total d'établissement(s) de ce type égal à 15

Dont

et

**8 ont transmis à l'ARS un plan de maîtrise des EILS/ERG-EPB à savoir:**

**7 n'ont pas transmis de plan de maîtrise des EILS/ERG-EPB à savoir:**

1	Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux
2	Centre Hospitalier Bailleul
3	Centre Hospitalier Le Cateau-Cambresis
4	Centre Hospitalier Wattrelos
5	Centre Hospitalier Somain
6	Centre Hospitalier Hazebrouck
7	Centre Hospitalier Adolphe Charlon Henin Beaumont
8	Centre Hospitalier Bapaume

1	Clinique Médico Chirurgicale Teissier
2	Centre Hospitalier Avesnes
3	EPS Les érables
4	Centre Hospitalier Le Quesnoy
5	Centre Hospitalier Fourmies
6	Polyclinique Medico Chirurgicale D'Henin-Beaumont
7	Polyclinique de la Clarence

## ANALYSE DU PLAN LOCAL DE MAITRISE DES EPIDEMIES D'INFECTIONS LIEES AUX SOINS

<b>Région</b>	Nord-Pas-de-Calais	<b>Adresse</b>	Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux	
<b>Type</b>	CH INF 300 LP		19, Rue des anciens D'A.F.N.	59230
<b>Nom</b>	Centre Hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux			

### ANALYSE DU PLAN PAR L'ARS ET L'ARLIN (\*)

<b>1 Plan de maîtrise des épidémies</b>		<b>1.1 Infections liées aux soins</b>	<b>Oui</b>
		<b>1.2 Epidémies d'ERG et EPB</b>	<b>Oui</b>
<b>1 Mise en place d'un "cohorting"</b>	<b>Identification des</b>	<b>3.1 secteur(s)</b>	<b>Non</b>
		<b>3.2 flux</b>	<b>Non</b>
		<b>3.3 modalités de fonctionnement</b>	<b>Non</b>
		<b>3.4 ressources humaines</b>	<b>Non</b>
		<b>3.5 ressources matérielles</b>	<b>Non</b>
<b>4 Mise en place d'une cellule de Crise</b>	<b>Identification des</b>	<b>4.1 personnes ressources</b>	<b>Oui</b>
		<b>4.2 modalités de fonctionmt</b>	<b>Oui</b>
		<b>4.3 numéros utiles</b>	<b>Non</b>
<b>5 Existence des supports de gestion</b>	<b>Disponibilité des</b>	<b>5.1 Bon de transfert patient</b>	<b>Non</b>
		<b>5.2 Lettre d'information patient</b>	<b>Non</b>
		<b>5.3 Outil de suivi des contacts</b>	<b>Non</b>
		<b>5.4 Liste de BMR</b>	<b>Non</b>

(\*) Si vous jugez que cette analyse ne reflète pas votre plan, n'hésitez pas à nous en informer par mail pour que nous puissions la corriger le cas échéant

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE L'ARS ET DE L'ARLIN**

**Rmq: commentaires et recommandations selon numérotation utilisée pour les critères d'analyse (page 1)**

**1.1 Oui Le plan local de maîtrise des épidémies d'infections liés aux soins a été transmis à l'ARS**

**1.2 Oui Un plan local de maîtrise des épidémies de Bactéries Hautement Résistantes (BHR) et/ou Multi Résistantes (BMR) a été transmis à l'ARS**

**3.1 Non Le ou les secteurs de l'établissement susceptible(s) d'être dédié(s) au cohorting doi(ven)t être identifié(s) dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

**3.2 Non Les flux des personnes (personnels, visiteurs) et du matériel dans le(s) secteur(s) dédié(s) au cohorting devront être définis dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

**3.3 Non Les modalités de fonctionnement du/des secteur(s) dédié(s) au cohorting doivent être précisées dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

**3.4 Non Les besoins et modalités de mis à disposition des ressources humaines du/des secteur(s) dédié(s) au cohorting doivent être définis dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

**3.5 Non Les besoins et les modalités de mise à disposition des ressources matérielles du/des secteur(s) dédié(s) au cohorting doivent être précisées dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

**4.1 Oui Le plan transmis à l'ARS identifie les personnes/fonctions composant la cellule de crise**

**4.2 Oui Le plan transmis à l'ARS définit les modalités de fonctionnement de la cellule de crise**

**4.3 Non La liste avec les coordonnées des personnes devant être contactées en cas de crise doivent être inclus dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

**5.1 Non Le plan révisé à transmettre à l'ARS doit inclure un modèle de fiche de transfert de patient (cf modèle proposé par l'ARLIN/ARS)**

**5.2 Non Le plan révisé à transmettre à l'ARS doit inclure des modèles de lettre d'information du patient et de l'entourage (cf modèles proposés par l'ARLIN/ARS)**

**5.3 Non Le plan révisé à transmettre à l'ARS doit inclure des outils de suivi des contacts**

**5.4 Non Une liste des Bactéries Multi Résistantes (BMR) et/ou Bactéries Hautement Résistantes (BHR) prioritaire pour l'établissement doit être incluse dans le plan révisé à transmettre à l'ARS**

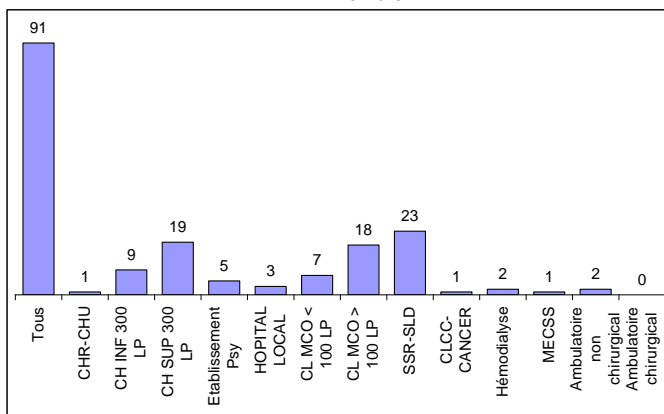
**Annexe 1 : Application de suivi et de restitution des plans locaux (extraits)**

<b>SUIVI DE LA RELANCE DU PLAN LOCAL DE MAITRISE DES EPIDEMIES D'INFECTIONS LIEES AUX SOINS</b>			
<b>Région</b>	Nord-Pas-de-Calais	<b>Adresse</b>	Clinique Chirurgicale de La Thiérache
<b>Type</b>	CL MCO < 100 LP		Route de Féron Wighehies 59212
<b>Nom</b>	Clinique Chirurgicale de La Thiérache		
<b>RÉSUMÉ DU SUIVI DE LA RELANCE PAR L'ARS</b>			
<b>1 Plan de maîtrise des épidémies initial</b>		<b>1.1 Infections liées aux soins</b>	<b>Non</b>
		<b>1.2 Epidémies d'ERG et EPB</b>	<b>Non</b>
<b>2 Reaction de l'ES au mail de relance ARS</b>	<b>Existence/date et contenu du courriel de réponse</b>	<b>2.1 Courriel-réponse à la relance</b>	<b>Oui</b>
		<b>2.2 Date dudit courriel</b>	<b>27-avr.-2012</b>
		<b>2.3 Déclare n'avoir pas été informé</b>	<b>Oui</b>
		<b>2.4 N'est pas concerné (ex. E-HAD)</b>	
		<b>2.5 Autre (*)</b>	
<b>(*) Observations</b>	<b>2.5</b>		
<b>3 Réponse de l'ARS au courriel réponse ES</b>		<b>3.1 Courriel-réponse de ARS a ES</b>	<b>Oui</b>
		<b>3.2 Contenu (type std)</b>	<b>Type R1</b>
		<b>3.2 Date d'envoi</b>	<b>27-avr.-2012</b>
<b>4 Plan (#)</b>		<b>4.1 Plan (initial/révisé) reçu/ARS</b>	<b>Oui</b>
		<b>4.2 Date d'arrivée ARS</b>	<b>9-mai-2012</b>
<b>(#) Observations</b>	<b>4.3</b>		

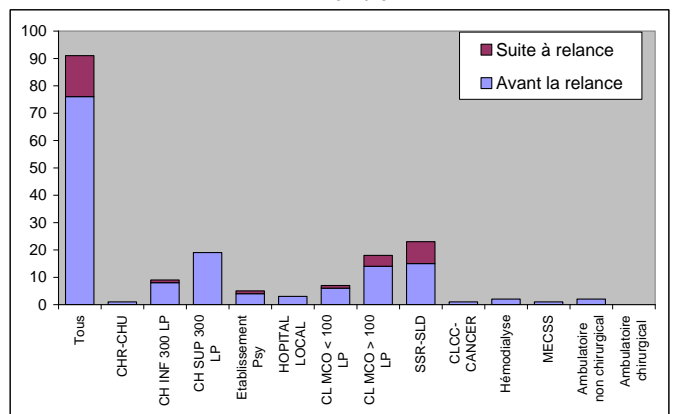
SUIVI DE LA RELANCE	Nombre	Plan local de maîtrise d'une épidémie										
		Recus avant relance			Recus suite à la relance						Révisés après relance	
		Nombre	%		Nombre			%		Nombre	%	
		Oui	Non		En plus	Final		Final	Accrst	0		
x	Tous	136	76	60	56%	15	91	45	67%	20%	6	8%
x	CHR-CHU	1	1	0	100%	0	1	0	100%	0%	0	0%
x	CH INF 300 LP	15	8	7	53%	1	9	6	60%	13%	0	0%
x	CH SUP 300 LP	21	19	2	90%	0	19	2	90%	0%	2	11%
x	Etablissement Psy	14	4	10	29%	1	5	9	36%	25%	0	0%
x	HOPITAL LOCAL	3	3	0	100%	0	3	0	100%	0%	1	33%
x	CL MCO < 100 LP	15	6	9	40%	1	7	8	47%	17%	0	0%
x	CL MCO > 100 LP	21	14	7	67%	4	18	3	86%	29%	0	0%
x	SSR-SLD	35	15	20	43%	8	23	12	66%	53%	3	20%
x	CLCC-CANCER	1	1	0	100%	0	1	0	100%	0%	0	0%
x	Hémodialyse	4	2	2	50%	0	2	2	50%	0%	0	0%
x	MECSSS	1	1	0	100%	0	1	0	100%	0%	0	0%
x	Ambulatoire non chirurgical	4	2	2	50%	0	2	2	50%	0%	0	0%
x	Ambulatoire chirurgical	1	0	1	0%	0	0	1	0%	0%	0	0%

**ENVOI DES PLANS**

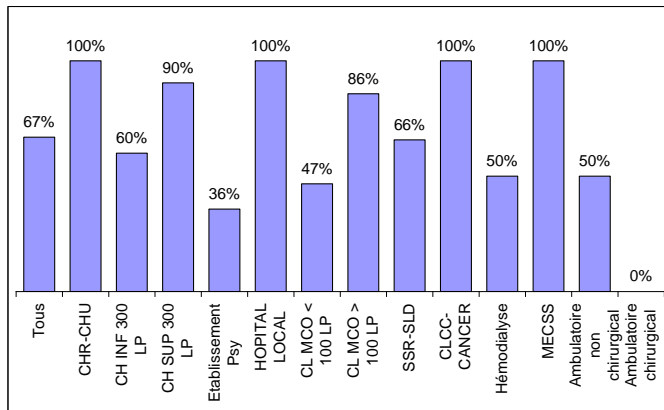
**Disponibilité actuelle**  
En nombre



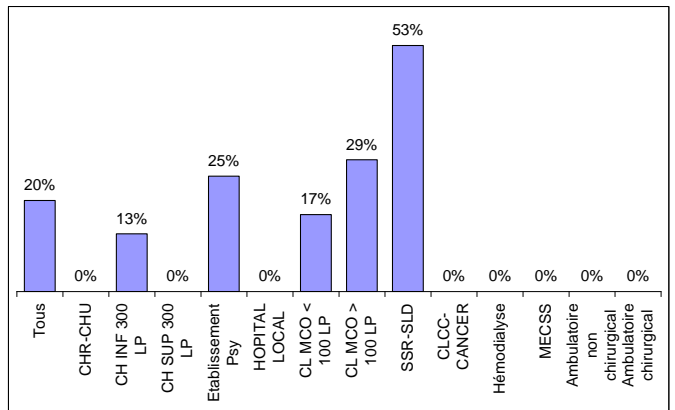
**Historique des envois**  
En nombre



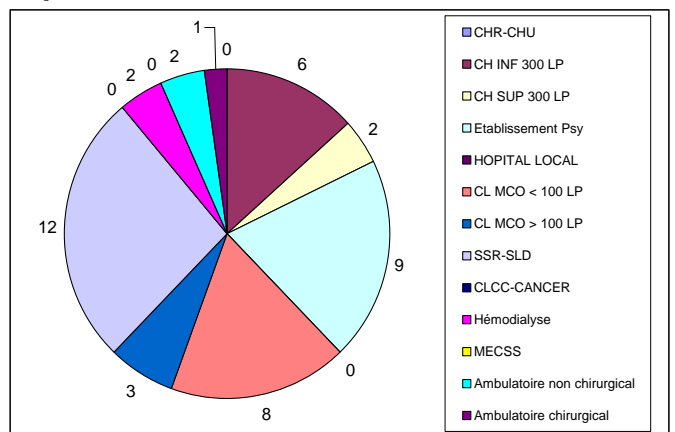
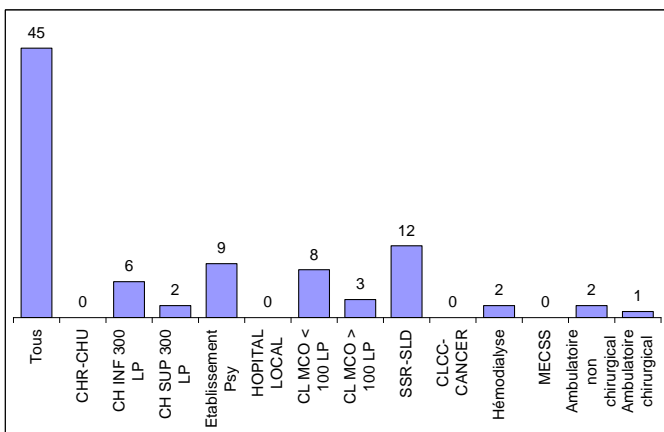
En %



En % d'accroissement suite à la relance



**NOMBRE DE PLANS MANQUANT ENCORE**



## Annexe 2 : Guide d'entretien (cadres de la DOMS)

1. En quoi êtes-vous impliqué/amené à vous impliquer dans la lutte contre les Infections Nosocomiales (LIN) ?
  - a. Y-a-t-il un document définissant vos rôles/fonctions et relations avec les autres acteurs – dans votre direction et dans le reste de l'ARS, et en dehors de celle-ci, par rapport à la LIN ?
2. Avez-vous connaissance de/été associé à :
  - a. L'élaboration de la « déclinaison régionale du plan stratégique de LIN ?
    - Si Oui : - en quoi ?
    - Si Non :-Est-ce que cela aurait été une bonne chose ? En/pour quoi ?
  - b. A la diffusion de ce plan (préciser)
  - c. A la définition des activités de LIN à mener dans l'année (Plan d'action 2012), par (exemple la 3ième journée régionale de formation et information sur la prévention du risque infectieux en EHPAD organisé par l'Arclin/InVS le mardi 10 mai 2011) ?
    - Si Oui : -en quoi ?  
- Qu'est ce qui est prévu (d'autre) ?
    - Si Non : Est-ce que cela aurait été une bonne chose ? En/pour quoi ?
3. Quel est-t-on jugement global sur la LIN dans les EMS
  - a. Principaux progrès/points faibles ?
  - b. Principales difficultés/faiblesses ?
  - c. Principales mesures à prendre pour la renforcer ?
4. Idem, pour le signalement (interne/externe)
  - a. Principaux progrès/forces ?
  - b. Principales difficultés/faiblesses ?
  - c. Principales mesures à prendre pour la renforcer ?
  - d. Et e-SIN ?
    - Est-ce que vous en avez connaissance ?
    - Est-ce qu'il y a des personnes qui entrent sur e-SIN dans la DO(M)S ?
    - Est-ce que vous en attendez quelque chose, et si Oui quoi ?
  - e. Epidémies passées et en cours !!! (Clostridium difficile, autres ????????????)  
Quels sont les principaux enseignements (points forts, points faibles et recommandations) qu'il faut à votre avis en tirer pour :
    - Les ES
    - Les instances régionales :
      1. L'ARS ?
      2. L'Arclin ?
      3. La Cire ?
      4. leur coordination ?
5. Plan de maîtrise des épidémies locorégionales et son volet EMS (surtout EHPAD) :
  - a. Avez vous eu connaissance du fait qu'il faut qu'ils aient, en dehors du DARI un plan de maîtrise des épidémies (sous entendues...) ;
  - b. Comment-voyez vous l'élaboration de ce plan ?
  - c. Comment-voyez vous son intégration dans le plan bleu ?

## Synthèse du chapitre morbidité

### 1. Principaux constats relatifs à la morbidité générale \*

- Une prévalence générale de 5,42 % d'infectés et 5,94 % d'infections, soit au-dessus de la moyenne nationale tous établissements de santé (ES) confondus (5,97 % et 4,97% respectivement) positionnant la région NPDC dans le premier quartile, et au 7<sup>ème</sup> rang, par ordre de prévalence décroissante, après les Territoires d'Outre Mer et les régions Rhône-Alpes, Ile de France, Guadeloupe, Haute Normandie et Alsace
- Une baisse de la prévalence (des infectés) de 4,68 % à 4,53 % entre l'ENP 2001 et l'ENP 2006, soit une réduction de 3,2 %, voisine de la stabilité, et moitié moindre que la réduction nationale (7,7 %), positionnant la région au 19<sup>ème</sup> rang dans l'ordre décroissant de la réduction de prévalence.

### 2. Principaux constats relatifs aux disparités selon les statuts et catégories des établissements de santé (ES)

Ils sont analogues aux constats faits au niveau national, qu'il s'agisse:

- De la prévalence, d'infectés et d'infections, plus élevée en ES de statut public (infectés 5,77 % et infections 6,38 %) et en ES participant au service public hospitalier (PSPH: 5,74 % et 6,24 %) qu'en ES privés (3,84 % et 5,94 %); avec dans les trois statuts une prévalence supérieure à la moyenne nationale (ES Public: 5,31 % et 5,94 %; ES PSPH: 5,71 % et 6,10 %; et ES Privés: 3,51 % et 5,38%);
- Des disparités de prévalence selon la catégorie d'ES, avec un niveau particulièrement élevé dans les services de soins de suite et de rééducation/soins de longue durée (SSR/SLD) : 8,24 % et premier rang en NPDC, contre au niveau national, seulement 5,9 % et troisième rang derrière les Centres Hospitaliers régionaux et universitaires (CHR/CHU et Centres de Lutte contre le cancer (CLCC);
- Des disparités de prévalence selon la catégorie de service, et en particulier des niveaux élevés observés en réanimation (25,19 %), SSR (8,47 %) et SLD (5,11 %) avec, à l'exclusion de la chirurgie et de l'obstétrique, des niveaux supérieurs à ceux du niveau national.

\* Des infections nosocomiales

1

## Synthèse du chapitre morbidité (2)

### 3. Constats relatifs à la répartition par site d'infection

- Les dix premiers sites d'infection les plus fréquents, par ordre de fréquence décroissante sont les mêmes, et dans le même ordre qu'au niveau national jusqu'au sixième rang. Ils totalisent 94,6% des infections (moyenne nationale : 93,5%)
- Plus des trois quart des infections (76 %), comme au niveau national, sont liés aux sites aux 4 premiers rangs, et dans le même ordre qu'au niveau national: 1-les infections urinaires (28 %), 2-les pneumopathies (19 %), 3- les infections du site opératoire (12 %); et 4-les infections de la peau et les infections des tissus mous (9,0 %).

### 4. Constats relatifs à la répartition par agent en cause

Comme constaté au niveau national:

- La famille des entérobactéries vient au premier rang, avec 43,2 % des isollements (moyenne nationale 43,4 %) suivie des cocci Gram +, avec 32,62 % (vs 35,90 %) des bacilles Gram - non entérobactéries, avec 15,5 % (vs 12,8 %) et des anaérobies stricts, (3,76 % vs 2,20 %).
- Les sept agents les plus souvent isolés sont les mêmes et quasiment en même proportion et au même rang, soit, par ordre de fréquence décroissante en NPDC : 1-Escherichia coli (22,7 vs 24,7 %); 2-Staphylococcus aureus (17,17 vs 18,9 %), 3-Pseudomonas aeruginosa (11,6 vs 10 %), 4-entero-coque (6,5 vs 6,4 % et rang 4), 5-proteus mirabilis (5,28 vs 3,9 % et rang 6), 6-staphylococcus epidermidis (6,5 vs 6,4 %), 7-Klebsielle pneumoniae (3,05 vs 3,5 %), totalisant 69,5 % de tous les agents isolés (74 % au niveau national);
- La principale singularité est l'importance de trois agents suivant: *Clostridium difficile*, qui selon l'ENP 2006 est isolé à une fréquence plus du double de la fréquence nationale (2,74 % vs 1,1 % au niveau national) lui conférant le huitième rang (14<sup>ème</sup> au niveau national) et représente près du quart (24 %) des signalements orage (1<sup>er</sup> rang);

42

## Synthèse du chapitre morbidité (3)

- *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI), qui est à l'origine de 16 % des signalements orage (deuxième rang), dont 80 % de signalements par des centres hospitaliers de plus de 300 lits; et
- *Klebsiella pneumoniae* productrice de bêta lactamase (BLSE+), avec 8 % des signalements (troisième rang), provenant pour moitié du CHR/CHU et pour moitié de Centres hospitaliers, de plus de 300 lits.

### 5. Morbidité liée à certains agents causal spécifiques:

#### 5.1 Staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM)

##### 1) prévalence:

- La prévalence brute des SARM en NPDC de 0,34 %, supérieure à la moyenne nationale (0,29 %), plaçant la région NPDC au 7<sup>ème</sup> rang par ordre de prévalence décroissante.
- La prévalence des infectés par un SARM a baissé de près d'un tiers (29,3 %) entre l'ENP 2001 et l'ENP 2006, mais cette réduction est moins forte que la réduction nationale moyenne (40,8 %) et au treizième rang régional par ordre de réduction décroissante, soit une place quasiment médiane.

##### 2) Incidence:

- Elle est supérieure à celle observée dans le reste de la zone relevant du CCLIN Paris Nord: 0,57 pour 1000 Journée d'hospitalisation en moyenne, contre 0,48
- L'origine de l'écart en défaveur du NPDC est principalement les services de soins intensifs et de réanimation (1,45 vs 1,3) et de chirurgie (0,64 vs 0,5); et
- La décroissance est parallèle à celle observée dans le reste de la zone du CCLIN Paris Nord.

43

## Synthèse du chapitre morbidité (4)

### 5.2. Bactéries productrices de bêtalactamase (BLSE)

- Leur incidence en NPDC (0,49:1000 JH) est supérieure à celle du reste de la zone relevant du CCLIN Paris Nord (0,45: 1000JH)
- Comme pour les SARM, les services de SI-Réa sont à l'origine de cet écart; mais l'incidence en service de chirurgie est moindre en NPDC.
- L'incidence a régulièrement cru de manière parallèle et également préoccupante, à celle du reste de la zone du CCLIN Paris-Nord, pour tous les services confondus et quelque soit le service considéré.

#### CONCLUSION

- Le profil est globalement similaire à celui observé au niveau national (quant aux niveaux de prévalence et incidence dans les différents secteurs et catégories d'ES; et à la répartition des agents selon le site d'infection et selon les agent causal)
- Les principaux points positifs sont :
  - La baisse de la prévalence globale (-3.2 %) et dans tous les secteurs et catégories d'ES, des IN de 2001 à 2006;
  - La baisse d'un tiers de la prévalence et baisse régulière de l'incidence des IN à SARM durant la même période.
- Les principaux points faibles sont:
  - Une prévalence globale, comme pour chaque secteur et catégorie d'ES supérieure à celle du niveau national;
  - Un risque d'IN à SARM et bactéries productrice de BLSE en SI/Réa supérieur à celui observé au niveau national;
  - Une baisse de la prévalence des IN, en général, et IN par SARM en particulier plus lente qu'au niveau national, et
  - L'augmentation tout aussi nette et préoccupante qu'au niveau national des IN à bactéries productrice de BLSE

44



## Synthèse du chapitre prévention

Les principaux constats qui ressortent du tableau de bord régional de la lutte contre les infections nosocomiales sont très flatteurs pour la région NPDC :

- En ce qui concerne l'indicateur qui renseigne sur la consommation de solutions hydro-alcoolique pour le lavage des mains (=ICSHA) :
  - Globalement (i.e. tous types d'ES confondus), la proportion de « bons scores » autrement dit de scores A et B était en 2010 très élevée (93,6 %) soit nettement supérieure à la moyenne nationale (77,4%), l'avantage étant encore plus manifeste pour le score le plus élevé, A (85 % vs 53 %) ; les courbes d'évolution régionales et nationales étant par ailleurs quasi parallèles ; et
  - L'analyse par catégorie d'ES montrait un avantage du NPDC dans toutes les catégories d'ES, avantage dépassant les 30 points de % dans les Hôpitaux locaux et services de SSR et SLD.
- En ce qui concerne l'indicateur composite agrégé de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), qui apprécie l'engagement des ES dans la lutte contre les IN/IAS en intégrant tous les indicateurs et indices, non seulement ICSHA, mais aussi l'indicateur de réalisation de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) et indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), il était constaté :
  - Globalement (i.e. tous types d'ES confondus), en 2010, une proportion de « très bons scores » (A et B) élevée (95,9 %), supérieure à la moyenne nationale (90 %), avec un très net avantage au NPDC pour le meilleur score A (84,2 % vs 62,4 %). Les courbes d'évolution régionales et nationales des six scores sur les trois années (2005-10) montrant des progrès parallèles ;
  - A l'analyse par catégorie d'ES un avantage plus ou moins net au NPDC (maximal, de 20 Points en hémodialyse, de 17 points en Hospitalisation à Domicile et 14 points en SSR/SLD) dans toutes les catégories, sauf le MECCS et ambulatoire chirurgical.

48

## Synthèse du chapitre antibiotiques

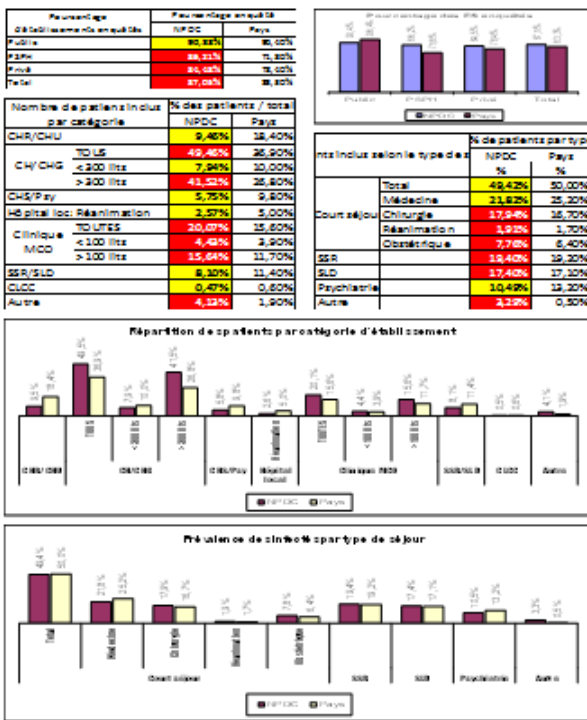
la prévalence des traitements antibiotiques, en général, et celle des antibiotiques à large spectre, en particulier est particulièrement élevée et préoccupante en NPDC, ou l'ENP-2006 a fait les constats suivants :

- le pourcentage de patients sous antibiotique est de 18,18 % contre une moyenne nationale de 16,69 %, plaçant la région au quatrième rang par ordre de pourcentage décroissant, après la Guyane, la Guadeloupe et l'île de France le minimum étant de 10,3 % (Corse) ;
- Cette surutilisation des antibiotiques en NPDC par rapport à la moyenne nationale, est observée dans la plupart des types d'ES, et pour tous types de séjours, à l'exclusion des services psychiatriques ;
- Le NPDC est parmi les cinq régions où la prévalence de l'utilisation des antibiotiques à large spectre, (Pénicillines A associées à un inhibiteur de bêta-lactamase, fluoroquinolones, céphalosporines de troisième génération, glycopeptides et Carbapémènes) est la plus élevée, et ou inversement, celle des macrolides est la plus faible ; et
- L'utilisation globale des antibiotiques a augmenté entre l'ENP-2001 et l'ENP-2006, de 3,9 %, soit plus du double de l'augmentation nationale moyenne (1,7%) observée au cours de cette même période

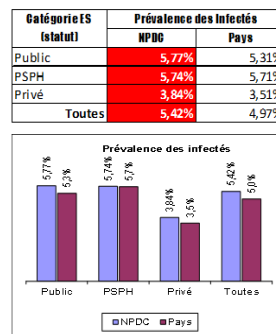
56

### Exemple de représentation tabulaire et graphiques extraits du document

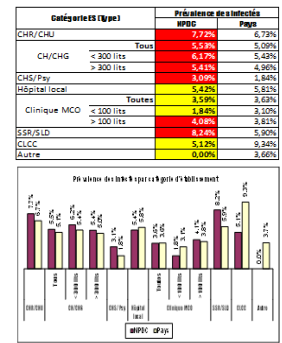
#### ENP 2006: échantillon national Vs NPDC



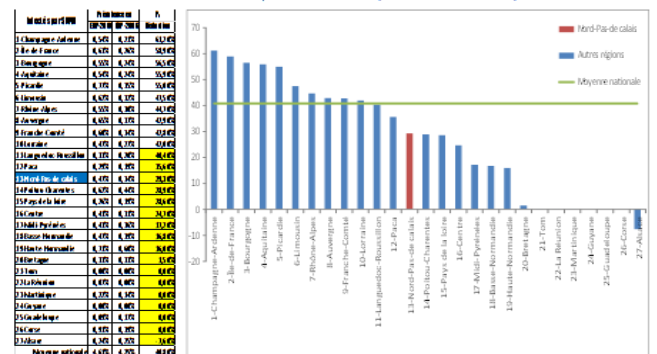
#### Prévalence par statut d'ES Infectés



#### Prévalence par type d'ES Infectés



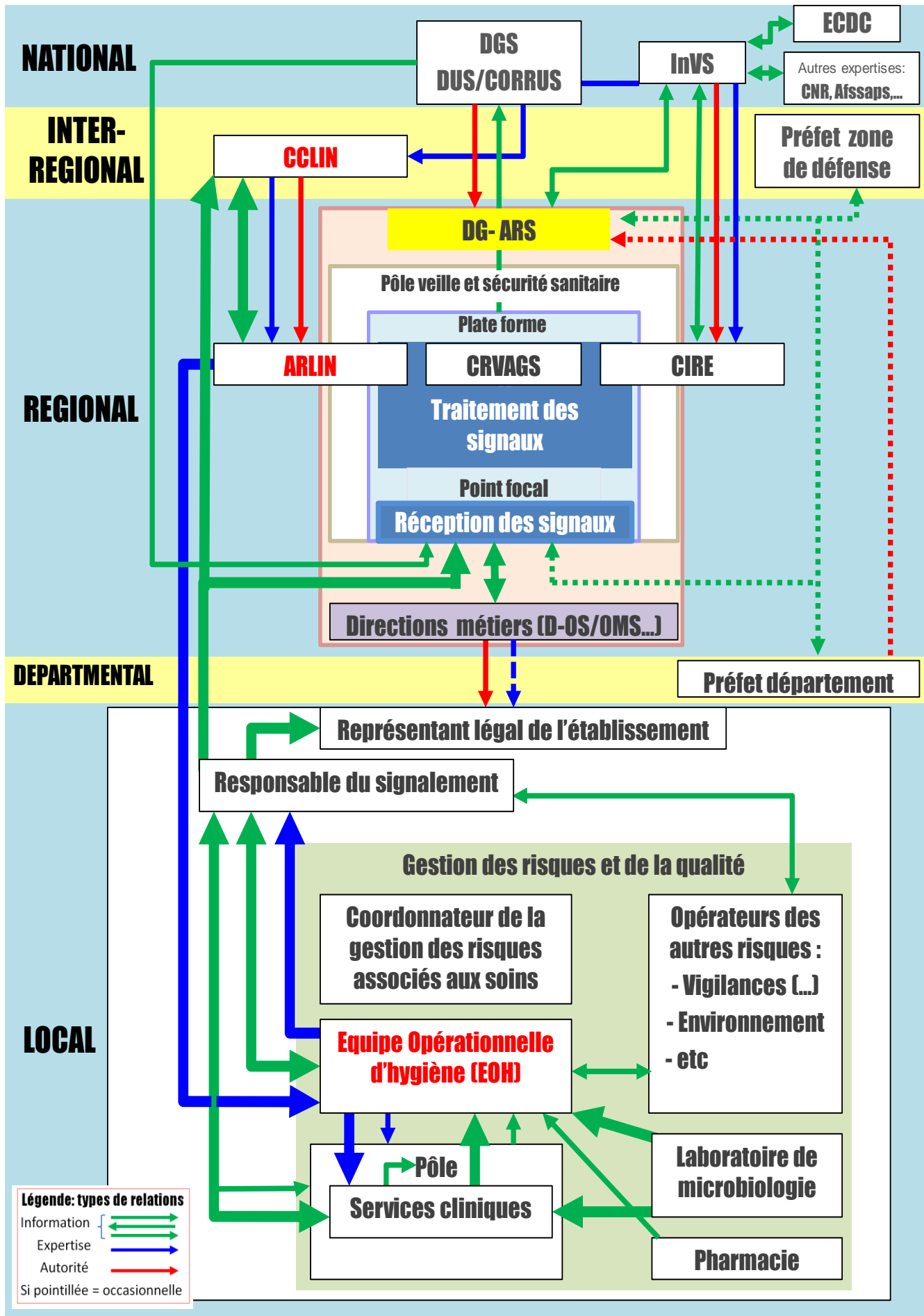
#### Comparaison inter-régionale de la réduction 2001-2006 de la prévalence des infectés par un SARM (% de réduction)



## Annexe 4 : Référentiel de la lutte contre les IN/IAS et de la maîtrise des épidémies (extraits)

### INDEX

Avertissement.....	4
I. Rappel historique : .....	5
II. Organisation générale .....	8
A.Dispositif spécifique.....	8
1.Niveau central .....	8
2.Niveau inter-régional .....	9
3.Niveau régional .....	10
4.Niveau local.....	17
B.Dispositif non spécifique.....	17
1.Niveau central .....	17
2.Niveau inter-régional .....	18
3.Niveau régional .....	19
4.Niveau local.....	21
C.Articulation des dispositifs spécifique et non spécifiques.....	22
A.Signalement interne .....	24
1.Qui doit signaler quoi, à qui ? .....	24
2.Processus de mise en place.....	24
B.Signalement externe.....	25
1.Qu'est ce qui est à signaler ? .....	25
2.Qui doit signaler et quand ?.....	27
3.A qui et comment signaler ? .....	27
4.Processus de mise en place.....	28
IV. Système d'information hospitalier .....	29
V. Information et communication.....	31
A.Information interne des instances et services hospitaliers .....	31
B.Information des patients, des usagers et du public.....	31
1.Information des patients .....	32
2.Information des usagers et du public.....	33
VI. Dispositif d'indemnisation .....	34
VII. Plans et programmes nationaux .....	35
A.Historique.....	35
B.Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des Infections associées aux soins .....	35
1.Présentation générale .....	35
2.Prescrits relatifs à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS.....	37
C.Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.....	41
1.Présentation générale .....	41
2.Prescrits relatifs à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS .....	41
D.Programme national pour le secteur médicosocial 2011-2013 .....	43
1.Présentation générale .....	43
2.Prescrits relatifs à la maîtrise des épidémies d'IN/IAS : .....	45
VIII. Conduite à tenir en présence d'une épidémie.....	46
A.Conduite à tenir générale .....	46
1.Niveau établissement .....	47
2.Intervenants extérieurs.....	49
B.Conduites à tenir spécifiques.....	51
IX. Suivi-évaluation .....	52
A.Bilan annuel des activités et Tableau de bord des infections nosocomiales .....	52
B.Audit des pratiques.....	54
C.Inspection.....	54
D.Contrats d'objectifs et de moyens.....	54
E.Certification des établissements de santé.....	55



## **Annexe 5 : Note attachée au mail d'invitation à la réunion de lancement du groupe technique**

### **1. Contexte**

- L'ARS Nord-Pas-De-Calais a déjà élaboré la **Déclinaison régionale du Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins**;
- Le document précédent :

...Défini les activités permettant de prévenir les Epidémies d'Infections Liées aux Soins, autrement dit de tout ce qui est en aval de la maîtrise des dites épidémies ;

...annonce, comme l'exige le Plan stratégique national, l'élaboration d'un **plan régional de maîtrise des épidémies d'ILS**, censé avoir déjà été élaboré et comprendre deux volets :

- *Un **plan local de maîtrise d'une épidémie** de chaque établissement, de santé ou médico-social.*

*Ce plan, à mettre en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale, doit prévoir les dispositions minimales suivantes :*

*a) La désignation nominative du personnel de direction, du praticien et du cadre de santé chargés de la mise en œuvre et du suivi du plan local*

*b) Les modalités d'organisation de l'isolement géographique des patients dont, pour les établissements de santé, la possibilité d'un secteur de cohorting*

*c) Les premières mesures à mettre en place dans chaque service concerné ; et*

*d) Les modalités de communication externe*

- *Un **plan régional**, activable dès la confirmation d'une épidémie régionale, ou d'une épidémie locale susceptible de s'étendre aux établissements environnants*

*Ce plan régional (que nous proposons d'appeler désormais : Volet Régional de Maîtrise de EILS – VRME-ILS) devant préciser, entre autre :*

*a) les modalités de prise en charge des surcoûts financiers liés à la mise en place d'un secteur de cohorting ; et*

*b) en prévision d'une situation nécessitant la mise en place d'un secteur d'isolement régionalisé, un établissement de santé de la région susceptible d'être érigé en secteur centralisé de cohorting dans les 48 heures suivant la décision y afférente.*

*Par ailleurs, dans chaque région, le plan régional de maîtrise d'une épidémie désigne un praticien responsable de la coordination scientifique sous la responsabilité opérationnelle de l'ARS et en liaison avec le réseau CCLIN-ARLIN. Ce praticien devrait-être, de façon privilégiée, le praticien responsable de l'ARLIN*

- Il m'a été fait l'honneur de me proposer de contribuer à l'élaboration du PRME-ILS dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin de stage de Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP).
- A la date, l'état d'avancement du plan régional de maîtrise des épidémies d'ILS du Nord-Pas-De-Calais est selon l'information dont je dispose et l'analyse que j'en ai fait, le suivant :

### 1) Plans Locaux de Maîtrise d'une Epidémie d'ILS (PLME-ILS) :

- Un certain nombre d'établissements de santé ont élaboré un PLME-ILS, ont envoyé à l'ARS, à la demande de celle-ci, un brouillon de PLME-ILS élaboré selon un canevas développé par l'ARLIN qui leur avait été fourni;
- L'analyse individuelle de ces PLME-ILS a été faite par l'ARLIN. L'ARS et l'ARLIN ont développé un outil permettant d'évaluer et de suivre l'état d'avancement de l'élaboration des PLME-ILS et de générer des restitutions spécifiques, incluant des préconisations correctives - aux établissements.
- Il est prévu dans les jours prochains que l'ARS envoie une correspondance aux établissements afin de :
  - Relancer ceux qui ne lui ont toujours pas fait parvenir le PLME-ILS
  - Transmettre la restitution de l'analyse du PLME-ILS en demandant le renvoi d'une révision du document intégrant les préconisations.

### 2) Volet Régional de Maîtrise d'une Epidémie d'ILS (VRME-ILS) :

Des contacts pris avec des membres des directions métiers de l'ARS et d'institutions partenaires – CIRE et ARLIN - potentiellement impliqués ou concernés sont ressortis les points suivants :

- La **multiplicité des protagonistes potentiels à intégrer dans le processus**, à savoir ...
  - Non seulement, évidemment : veille sanitaire/**CRAVGS, CIRE, ARLIN**
  - Mais aussi, entre autre :
    - **Département de la Prévention et promotion de la santé** pour l'expertise en communication externe ;
    - **Direction de l'offre de Soins**, pour
      - La connaissance des établissements de santé et de leurs relations
      - Les rapports avec le secteur ambulatoire, y inclus l'HAD.
      - Le suivi de la situation de l'usage des antibiotiques ; et
      - La maîtrise des (sur)coûts et financements y afférents.
    - **Direction de l'offre médico-sociale**, pour les mêmes raisons que la DOS, mais pour le secteur médico-social, qui est à la fois en amont et aval des épidémies d'ILS en établissement sanitaire

## Annexe 5 : Note attachée au mail d'invitation à la réunion de lancement du groupe technique

- Les difficultés prévisibles dans la mise en œuvre de certaines orientations du Plan National, et plus particulièrement :

D'abord et surtout :

- L'identification de l'établissement ayant vocation à être *érigé en secteur centralisé de cohorting, orientation du Plan National dont la pertinence en NPDC est contestée par certains*

Mais également :

- *les modalités de prise en charge des surcoûts financiers liés à la mise en place d'un secteur de cohorting*
- la convergence des processus et outils de planification avec ceux des plans blancs

### 1- Attentes de cette réunion :

- Recueillir les réactions au présent document afin de les intégrer dans l'approche du sujet.
- Convenir des étapes/délais et de la méthodologie de l'élaboration du plan ; et
- Réviser et corriger/compléter la liste des institutions-personnes du comité chargé de piloter/suivre l'élaboration du plan ; préciser leur(s) domaine(s) privilégié(s) de compétences/expertise ; et identifier les individus les mieux à même de jouer le rôle de chef de sous-groupes de travail.

#### Comité de pilotage

Institution	Service	(département...)	Représentant

- Définir les thèmes justiciables de la constitution d'un groupe de travail spécifique : identifier les membres des groupes de travail ; donner au besoin des orientations pour le traitement des thèmes ; et fixer les dates de remise des contributions.

#### Groupes de travail

Institution	Service	(département...)	Représentant

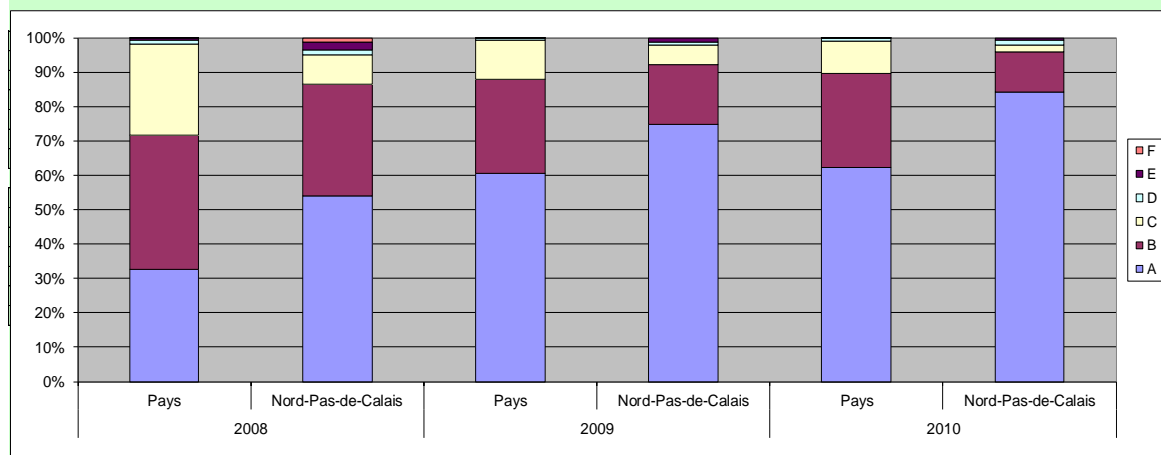
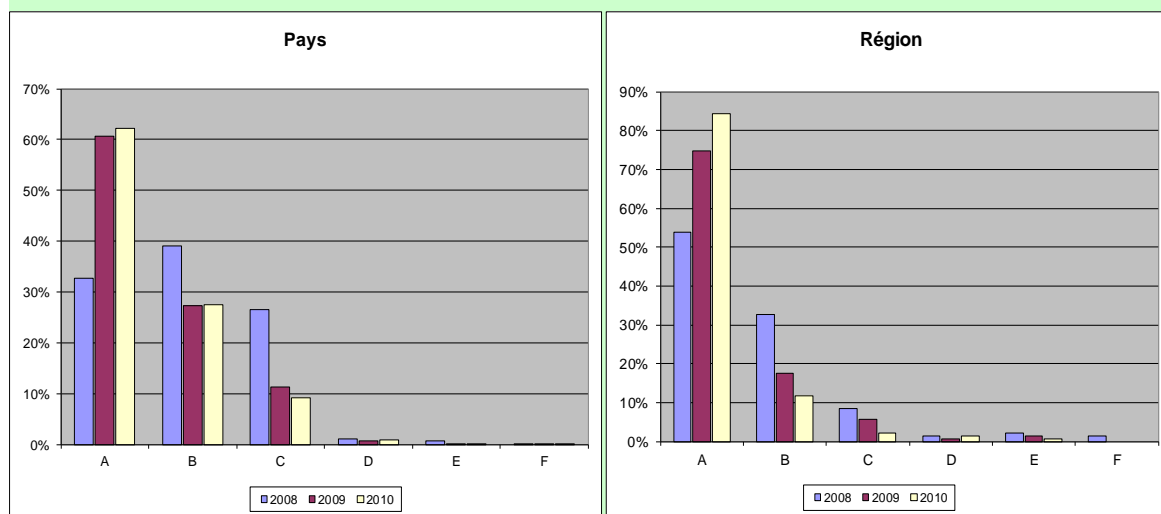
- Faire le tour de tout ce qu'il vous semble déjà important/utile de partager dès ce stade.

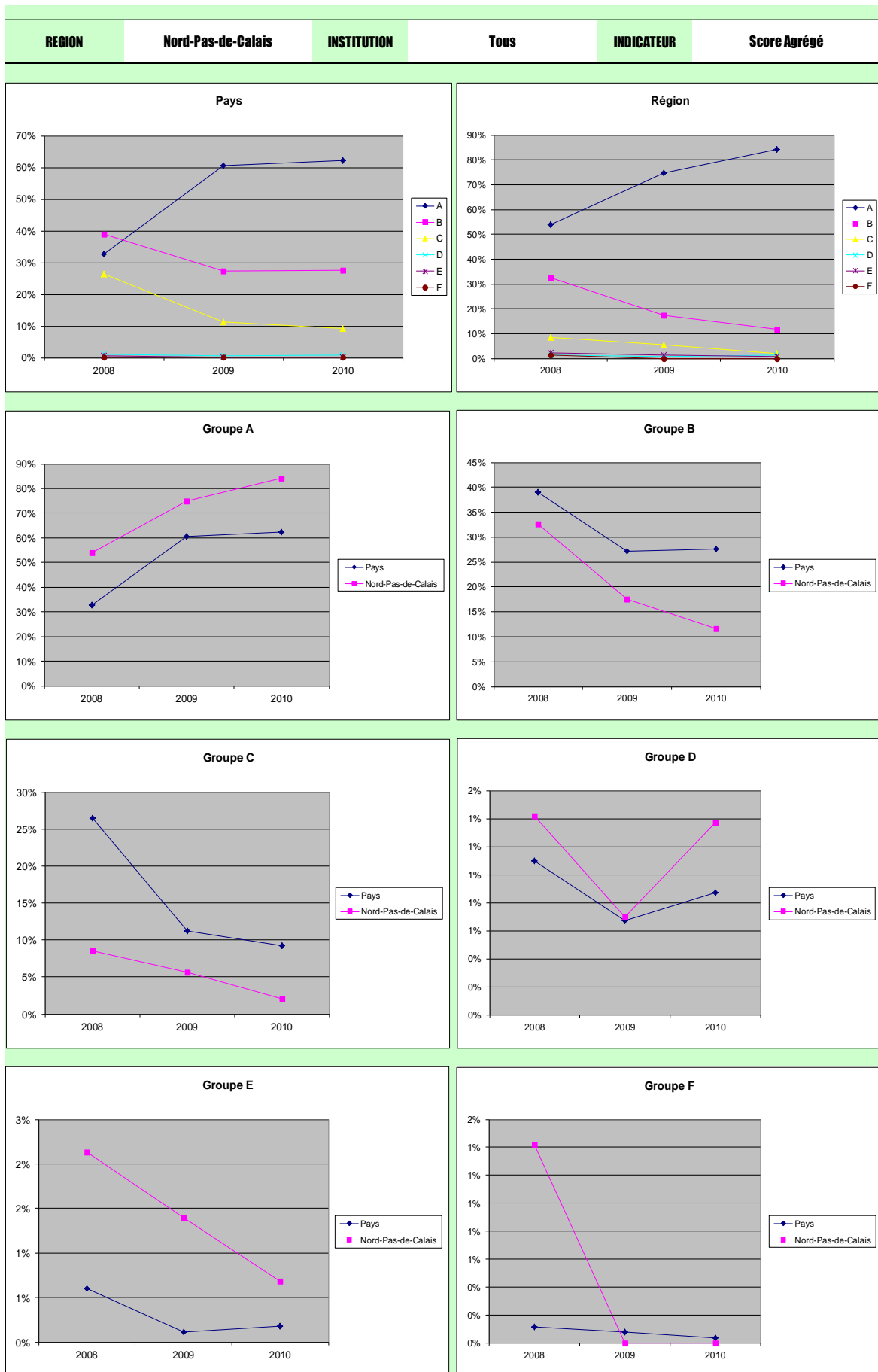
## Annexe 6 : Tableau de bord régional de la lutte contre les IN/IAS (extraits)

REGION	Score Agrégé						Evolution en %	
Nord-Pas-de-Calais	Année							
Etablissements	2008		2009		2010		2008	2010
Tous	Pays	Nord-Pas-de-Calais	Pays	Nord-Pas-de-Calais	Pays	Nord-Pas-de-Calais	Pays	Nord-Pas-de-Calais
A	865	76	1 633	107	1 716	123	98,4%	61,8%
B	1 034	46	733	25	760	17	-26,5%	-63,0%
C	702	12	303	8	253	3	-64,0%	-75,0%
D	29	2	18	1	24	2	-17,2%	0,0%
E	16	3	3	2	5	1	-68,8%	-66,7%
F	3	2	2	0	1	0		
	2 649	141	2 692	143	2 759	146		

Alsace	Année						Evolution en %	
Etablissements	2008		2009		2010		2008	2010
Tous	Pays	Nord-Pas-de-Calais	Pays	Nord-Pas-de-Calais	Pays	Nord-Pas-de-Calais	Pays	Nord-Pas-de-Calais
A	32,7%	53,9%	60,7%	74,8%	62,2%	84,2%	90,5%	56,3%
B	39,0%	32,6%	27,2%	17,5%	27,5%	11,6%	-29,4%	-64,3%
C	26,5%	8,5%	11,3%	5,6%	9,2%	2,1%	-65,4%	-75,9%
D	1,1%	1,4%	0,7%	0,7%	0,9%	1,4%	-20,5%	-3,4%
E	0,6%	2,1%	0,1%	1,4%	0,2%	0,7%	-70,0%	-67,8%
F	0,1%	1,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%		

### Score Agrégé de tous les établissements

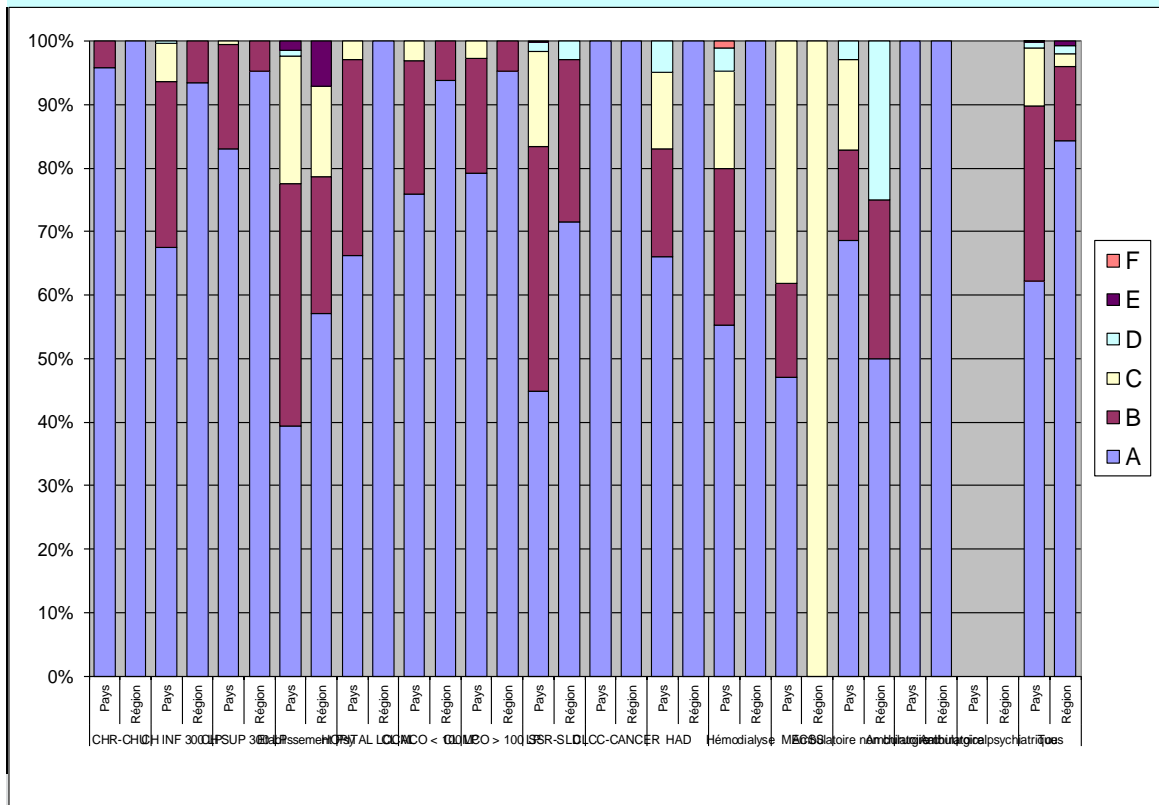






RESULTATS EN NOMBRE D'ETABLISSEMENTS														
REGION		Score Agrégé												
Nord-Pas-de-Calais		2010												
Type d'établissement	PAYS							REGION (Nord-Pas-de-Calais)						
	A	B	C	D	E	F	Toutes	A	B	C	D	E	F	Toutes
CHR-CHU	68	3	0	0	0	0	71	1	0	0	0	0	0	1
CH INF 300 LP	223	86	20	1	0	0	330	14	1	0	0	0	0	15
CH SUP 300 LP	175	35	1	0	0	0	211	20	1	0	0	0	0	21
Etablissement Psy	114	110	58	3	4	0	289	8	3	2	0	1	0	14
HOPITAL LOCAL	207	97	9	0	0	0	313	3	0	0	0	0	0	3
CL MCO < 100 LP	170	47	7	0	0	0	224	15	1	0	0	0	0	16
CL MCO > 100 LP	261	60	9	0	0	0	330	20	1	0	0	0	0	21
SSR-SLD	318	274	106	11	1	0	710	25	9	0	1	0	0	35
CLCC-CANCER	20	0	0	0	0	0	20	1	0	0	0	0	0	1
HAD	66	17	12	5	0	0	100	9	0	0	0	0	0	9
Hémodialyse	47	21	13	3	0	1	85	4	0	0	0	0	0	4
MECSS	16	5	13	0	0	0	34	0	0	1	0	0	0	1
Ambulatoire non chirurgical	24	5	5	1	0	0	35	2	1	0	1	0	0	4
Ambulatoire chirurgical	7	0	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	1
Ambulatoire psychiatrique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tous	1 716	760	253	24	5	1	2 759	123	17	3	2	1	0	146

RESULTATS EN POURCENTAGE D'ETABLISSEMENTS														
Type d'établissement	PAYS							REGION (Nord-Pas-de-Calais)						
	A	B	C	D	E	F	Toutes	A	B	C	D	E	F	Toutes
CHR-CHU	95,8%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CH INF 300 LP	67,6%	26,1%	6,1%	0,3%	0,0%	0,0%	100%	93,3%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CH SUP 300 LP	82,9%	16,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Etablissement Psy	39,4%	38,1%	20,1%	1,0%	1,4%	0,0%	100%	57,1%	21,4%	14,3%	0,0%	7,1%	0,0%	100%
HOPITAL LOCAL	66,1%	31,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CL MCO < 100 LP	75,9%	21,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	93,8%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CL MCO > 100 LP	79,1%	18,2%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
SSR-SLD	44,8%	38,6%	14,9%	1,5%	0,1%	0,0%	100%	71,4%	25,7%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	100%
CLCC-CANCER	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
HAD	66,0%	17,0%	12,0%	5,0%	0,0%	0,0%	100%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Hémodialyse	55,3%	24,7%	15,3%	3,5%	0,0%	1,2%	100%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
MECSS	47,1%	14,7%	38,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Ambulatoire non chirurgical	68,6%	14,3%	14,3%	2,9%	0,0%	0,0%	100%	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100%
Ambulatoire chirurgical	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Ambulatoire psychiatrique	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Tous	62,2%	27,5%	9,2%	0,9%	0,2%	0,0%	100%	84,2%	11,6%	2,1%	1,4%	0,7%	0,0%	100%



REGION

Nord-Pas-de-Calais

TYPE INSTITUTION

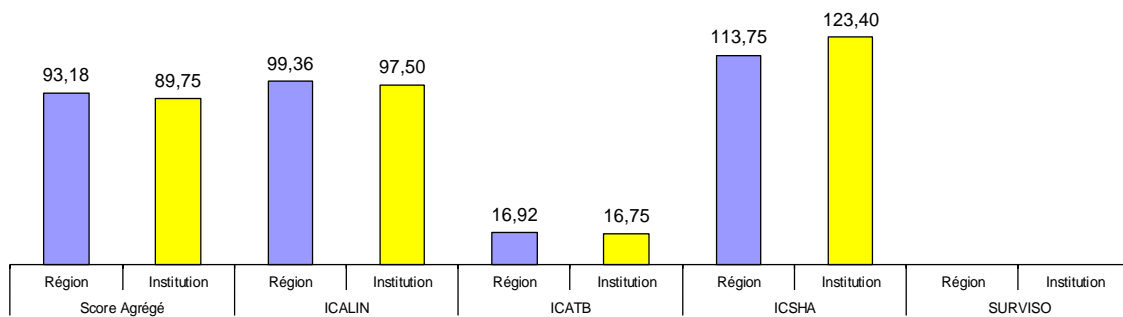
CH SUP 300 LP

Ch Lens

ANNEE	Score Agrégé		ICALIN		ICATB		ICSHA		SURWISO	
	Score	Classe	Score	Classe	Score	Classe	Score	Classe	Score	Classe
2008	89,75	A	97,50	A	16,75	B	123,40	A		
2009	91,40	A	97,50	A	18,00	A	184,20	A		
2010	90,20	A	98,00	A	17,00	A	142,30	A		

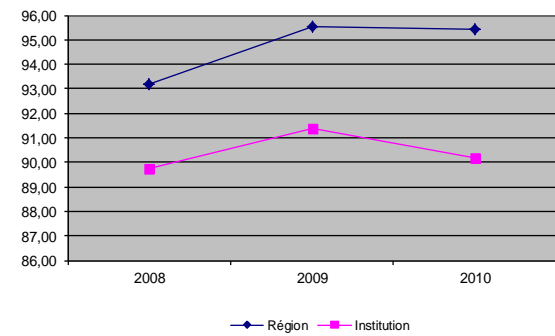
  

ANNEE	Score Agrégé		ICALIN		ICATB		ICSHA		SURWISO	
	Région	Institution	Région	Institution	Région	Institution	Région	Institution	Région	Institution
2008	93,18	89,75	99,36	97,50	16,92	16,75	113,75	123,40		
2009	95,56	91,40	99,36	97,50	17,11	18,00	166,35	184,20		
2010	95,44	90,20	98,60	98,00	17,85	17,00	126,51	142,30		

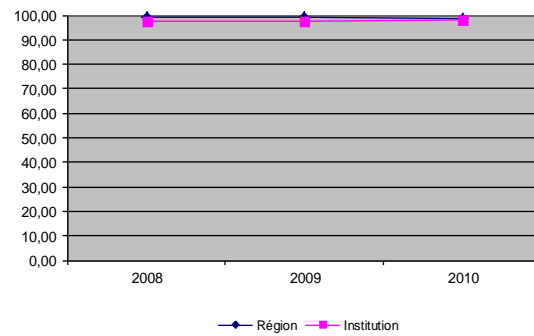


EVOLUTION

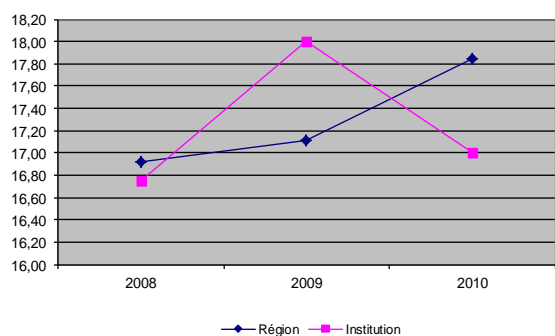
Score Agrégé



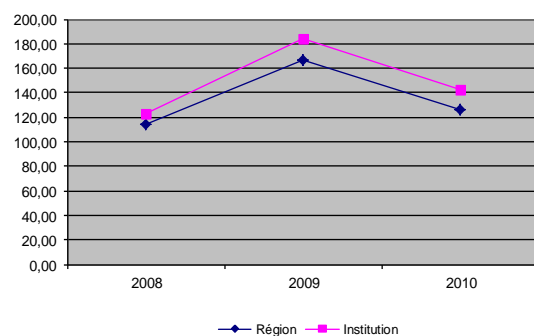
ICALIN



ICATB



=



LACAPERE

François

Septembre 2012

## MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE

Promotion 2011-2012

### **Déclinaison régionale d'une politique nationale : à propos du Plan régional de maîtrise des épidémies d'infections nosocomiales en Nord-Pas-de-Calais**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique-Rennes

*Résumé* : L'appui à l'élaboration du plan de maîtrise des épidémies locorégionales du Nord-Pas-de-Calais a servi de support à ce travail. Ce plan cible les épidémies d'infection nosocomiales (IN) ou associées aux soins (IAS) liés aux micro-organismes multi-résistants aux antibiotiques, qu'ils soient impliqués ou pas en infectiologie communautaire. Dispositif à deux niveaux, régional et local, il couvre le secteur sanitaire, médicosocial et ambulatoire.

D'abord est présenté l'état préliminaire du dossier, tel qu'il est ressorti d'un premier contact avec les principaux acteurs au sein de l'agence régionale de santé (ARS) et de ses partenaires, en particulier l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales.

Sont ensuite présentées la démarche et les méthodes qui ont été choisies pour se procurer l'information et susciter la participation des acteurs nécessaires pour fonder le plan sur une analyse mieux partagée et plus approfondie de la situation. Il est fait état de l'élaboration de documents et d'outils informatiques visant à faciliter le traitement et partage d'informations.

Le déroulement et les résultats de la mise en œuvre des démarches et méthodes prévues sont ensuite présentés. Il est fait état des contraintes de temps et priorités concurrentes qui ont fait surseoir l'approche collégiale et participative initialement prévue pour soutenir les décisions requérant cette approche, telle le choix de l'établissement de cohorting régional.

Il est constaté que le Nord-Pas-de-Calais, a acquis une grande expérience de gestion des épidémies à l'occasion de plusieurs épidémies. D'où l'identification d'activités en cours ou planifiées à capitaliser dans le plan. Mais il est suggéré qu'une accumulation de mesures ne suffit pas à la maîtrise des épidémies et que la coordination est essentielle. Or celle-ci laisse à désirer, faute d'un pilotage collégial, sous tendu par une vision d'ensemble qui soit partagée par tous les acteurs. Le défi posé par l'émergence d'un pilotage collégial et d'une vision globale et partagée posé par la déclinaison régionale de toute politique nationale est discuté de manière générale et pour les Médecins Inspecteurs de Santé Publique des ARS.

#### **Mots clés :**

Infections nosocomiales, infections associées aux soins, plan de maîtrise des épidémies, Nord-Pas-de-Calais, déclinaison régionale d'une politique nationale, Médecin Inspecteur de Santé Publique.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*