

Plan stratégique IAS et Programme national de prévention des Infections Nosocomiales PROPIN - 2009-2013

Bruno Grandbastien

*HCSP, CsSP
SGRIVI - ULIN, CHRU Lille*

Contexte

- **Plan national 1995-2000**

- cinq orientations :
 - diffusion de recommandations
 - améliorer la formation
 - renforcer les structures
 - adoption d'une politique de prévention et de maîtrise
 - développer un programme de surveillance
- Réduire de 30% les IN
- 2 cibles :
 - infections de site opératoire
 - bactéries multi-résistantes aux antibiotiques

Contexte

- **Plan national 1995-2000**
- **Programme national 2005-2008**
(circulaire DGS/DHOS n°599 du 13 décembre 2004)
 - cinq orientations :
 - adapter les structures
 - améliorer l'organisation des soins
 - optimiser la surveillance et le signalement
 - mieux informer les patients
 - promouvoir la recherche
 - des indicateurs quantifiés ...
exemples :
 - « 100% des établissements disposent d'une EOH »
 - « le taux de SARM a baissé de 25% dans au moins 75% des établissements »
 - ...
 - tableau de bord des IN

Un programme national pour les années à venir ...

- Plan global de prévention des infections associées aux soins (IAS)
 - Programme national de prévention des IAS en établissement de santé : PROPIN
 - Programme national de prévention des IAS en établissements médico-sociaux (EHPAD en particulier)
 - Programme de prévention des IAS en milieu libéral

Orientations du PROPIN 2009-2013

- Promouvoir une **culture partagée de qualité et de sécurité des soins**
- Optimiser le **recueil et l'utilisation des données de surveillance**
- **Anticiper et détecter l'émergence** d'agents pathogènes à potentiel épidémique
- Maintenir **l'utilisateur au centre du dispositif**
- Améliorer **l'organisation du dispositif de prévention** des IN
- Promouvoir la **recherche** sur les IN

Positionnement dans le cadre juridique 2010 : Loi HPST

- L'existant : multiples instances et cadre strict de fonctionnement
→ volonté de **simplifier** et d'**assouplir** l'organisation interne des établissements
- Afficher une volonté forte = **responsabiliser** sur un programme d'actions en matière de **qualité des soins**
- Passer d'une logique de moyens à une **logique de résultat et de gestion de projet**

La loi HPST et l'article L6111-2 : de nouvelles missions pour tous les établissements de santé

- « Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique **d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.
- Dans ce cadre, ils organisent la **lutte contre les événements indésirables**, les **infections associées aux soins** et **l'iatrogénie**, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ».

La loi HPST (articles L6144-1 & L6161-2) : rôles renforcés des commission médicale et conférence médicale

- « ...la **CME** [... ou la conférence médicale] contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi... »

Décret 2009-1762 et arrêté publiés le 30 décembre 2009

La loi HPST (articles L6144-1 & L6161-2) : transparence sur la qualité = nouvelle obligation

« ... L'établissement public [... ou privé] de santé met à la **disposition du public** les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Décret 2009-1763 et arrêté publiés le 30 décembre 2009

Indicateurs devant être publiés ...

- Éléments du Tdb « infections nosocomiales »
 - ICALIN
 - ICSHA
 - SURVISO **Données publiées fin 2009**
 - ICATB
 - score agrégé

- Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - IPAQSS
 - tenue du dossier patient
 - délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation
 - traçabilité de l'évaluation de la douleur
 - dépistage des troubles nutritionnels
 - tenue du dossier anesthésique

Données publiées en 2010

Pénalités : 0,1% des recettes

Evolution de l'organisation

- Textes en préparation
 - organisation de lutte contre les infections nosocomiales
 - échelon « établissement »
 - échelons régionaux et inter-régionaux
 - organisation de la gestion des risques
- Déclinaisons régionales du plan stratégique de prévention des IAS + PROPIN 2009-2013

Le cadre de la certification V2010

- Manuel et visite recentrés sur des **sujets essentiels**: les pratiques exigibles prioritaires (PEP)
- Un dispositif de management de la sécurité
 - politique d'amélioration de la **qualité** et de la **sécurité des soins**
 - **fonction gestion des risques** (PEP)
 - programme d'amélioration
 - développement d'une culture de sécurité
 - gestion des risques « a priori »
 - gestion des événements indésirables (PEP)
- Des exigences thématiques relatives à la sécurité

Le cadre de la certification V2010

- Identification du patient (PEP)
- **Maîtrise du risque infectieux** (PEP)
 - 8g : « le risque infectieux est maîtrisé »
 - 8h : « ... bon usage des antibiotiques ... »
- Prise en charge médicamenteuse (PEP)
- Bloc opératoire (PEP) donc check-list sécurité du patient au bloc opératoire
- Secteurs d'activité à risque (radiothérapie, médecine nucléaire, activités interventionnelles)
- RMM en anesthésie, chirurgie, oncologie

Conclusions

- Continuité des plans & programmes
- Evolution des organisations
 - place de la **gestion des risques** dans le dispositif
- Complémentarité :
 - certification
 - organisation réglementaire
 - publicité des indicateurs
 - Tdb risque infectieux nosocomial
 - IPAQSS