

Mission nationale du RéPIAS

Réseau Prévention des Infections Associées aux Soins

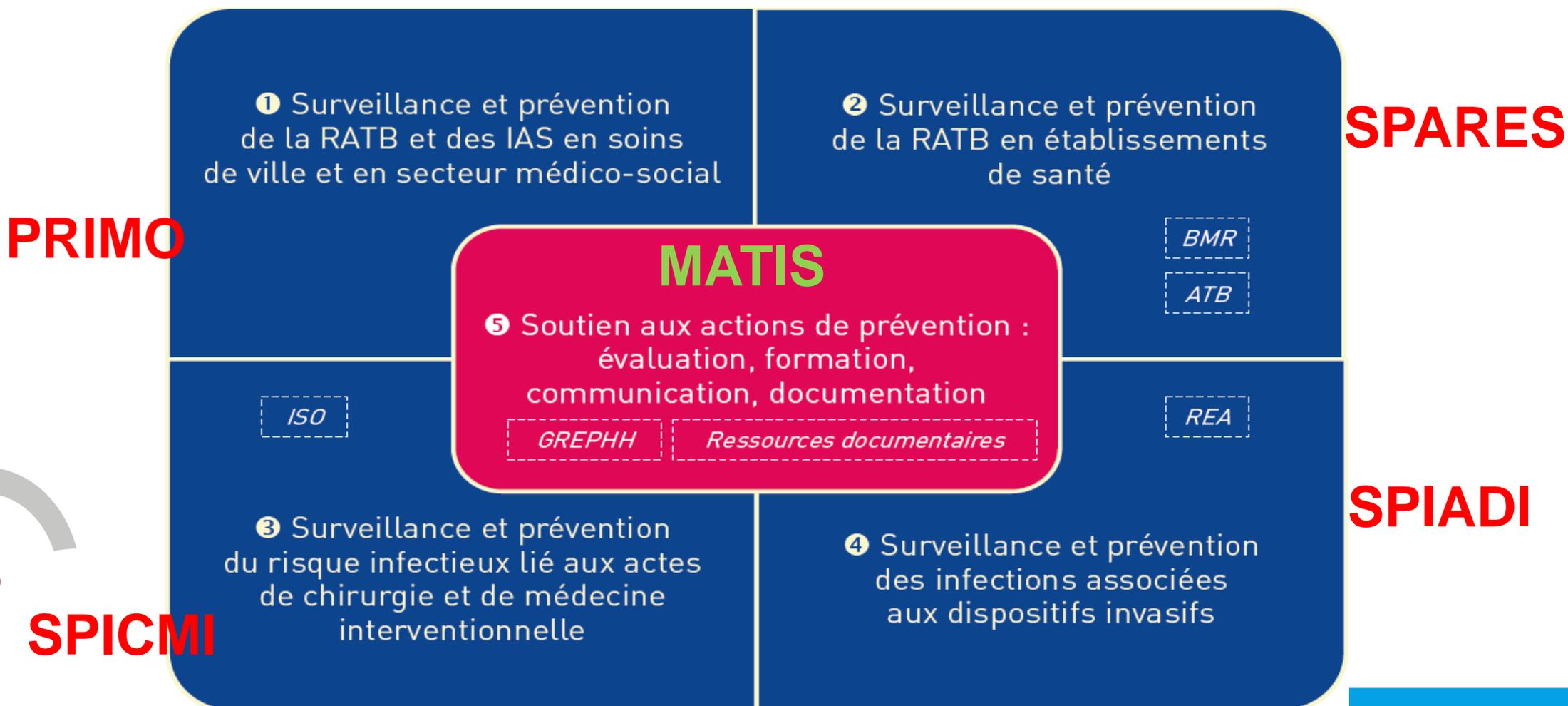
(ex-RAISIN)



Missions nationales de surveillance et prévention des infections associées aux soins

•2018-2023

Nouvelle organisation au service de la prévention





Mission nationale de Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance en Etablissement de Santé **(SPARES)**

Avancement et projets



Avancement : Point sur la surveillance des consommations des ATB

Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance
en Etablissement de Santé



EN COURS DE VALIDATION

Points clés

- 1 630 établissements de santé participants représentant 292 370 lits et 85 891 185 journées d'hospitalisation (JH) complète en 2018 (73% des JH d'après la SAE 2018).
- Consommation globale d'antibiotiques : 288 Doses Définies Journalières (DDJ) / 1000 JH, avec des variations selon le type d'établissement et le secteur d'activité clinique.
- Deux antibiotiques : amoxicilline et amoxicilline associée à l'acide clavulanique représentent plus du tiers des DDJ utilisées dans les établissements participants, avec des variations selon le secteur d'activité clinique.
- Les consommations globales d'antibiotiques sont plus faibles chaque année depuis 2016 dans les établissements participants à l'enquête (nombre d'établissement variable selon les années).
- Sur la période 2012-2018, la consommation de certains antibiotiques ou familles d'antibiotiques s'est réduite : fluoroquinolones, glycopeptides et association amoxicilline/acide clavulanique notamment, alors que la consommation d'autres antibiotiques a progressé : association pipéracilline-tazobactam, céphalosporines de 3^{ème} génération, carbapénèmes, linézolides et daptomycine (antibiotiques actifs sur les staphylocoques résistants à la méticilline).

Novembre 2019

Surveillance de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes en établissement de santé

Partie 1 – Consommation des antibiotiques



Données
2018

27/11/2019

Avancement : Point sur la surveillance des résistances bactériennes

Les données de résistances bactériennes feront l'objet d'un rapport fin 2019-début 2020 et constitueront la « partie 2 » du rapport SPARES 2018.

Avancement : Surveillance

Charte d'engagement

- 1880 chartes reçues (au 06/11/2019)
- Indispensable pour participer à la mission
- ES pour lesquels aucune charte n'a été reçue → Accès suspendu à ConsoRes pour l'ensemble des utilisateurs
- Réactivation des accès dès la réception du document par le secrétariat du CPias Grand Est

Avancement : Prévention

Audit de la gestion des excréta : outil GEX 2018-2019

- Rapport rédigé en cours de validation
- Calendrier :
 - fin de rédaction rapport et annexes novembre et décembre 2019
 - Validation par SpF
 - Diffusion rapport national, infographie sur résultats nationaux en ES et en EMS, infographie par régions

GESTION DES EXCRETA EN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE

RÉSULTATS DE L'AUDIT NATIONAL 2019.

GESTION DES EXCRETA EN ÉTABLISSEMENT MEDICO-SOCIAUX - RÉSULTATS DE L'AUDIT NATIONAL 2019.

Participation 773 ES

Politique d'établissement

67 % d'objectifs atteints

L'évaluation globale de la politique d'établissement était définie par la présence des items concernant les moyens documentaires, les moyens matériels à disposition, la politique d'équipement et le plan de formation.

Description des secteurs de soins

	MED	CHIR/OBS	REA AD./USI	PED	PSY	SSR	SLD
Patients utilisateurs de bassins (%)	28,7	25,4	57,2	11,9	3,3	29,5	15,3
Patients incontinents (%)	31,3	10,1	35,9	40,9	11,2	41,3	25,1
Secteurs avec sanitaires équipés de douchettes (%)	17,3	19,6	8,8	13,2	6,5	21,5	25,2

Recueil des excréta

10,6 % des secteurs de soins possédant des contenants réutilisables répondent aux conditions nécessaires pour le recueil des excréta¹.

¹ quantité suffisante, en bon état, couvercle disponible, sac protecteur avec gélifiant



Traitement des excréta

93,1 % des secteurs/unités sont équipés de locaux "utilitaire sale"

Locaux "utilitaire sale" dans les ES



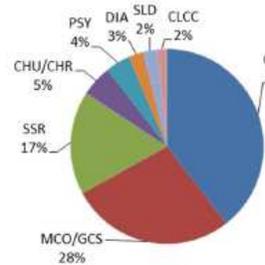
8,9 % de lave-bassins répondent aux conditions d'utilisation

81% de secteurs/unités équipés de lave-bassins

3,4 % des locaux "utilitaire sale" sont entièrement équipés pour le respect des PS



Participation des ES



Points critiques :

- La politique de gestion des excréta est insuffisamment développée dans les filières de psychiatrie et de long séjour.
- De nombreux secteurs de soins encore équipés de douchette.
- Le recueil des excréta n'est pas optimisé (manque de couvercle, de sacs protecteurs de bassin...).
- Les locaux utilitaires sales sont imparfaitement équipés pour le respect des PS (absence de PHA).
- Les lave-bassins ne bénéficient pas de maintenance préventive.

Conclusion :

La gestion des excréta est insuffisamment maîtrisée dans les établissements participants, des incitations à améliorer la disponibilité des équipements et leur entretien sont nécessaires pour optimiser les pratiques.

Participation 441 EMS

Politique d'établissement

43 % d'objectifs atteints

L'évaluation globale de la politique d'établissement était définie par la présence des items concernant les moyens documentaires, les moyens matériels à disposition, la politique d'équipement et le plan de formation.

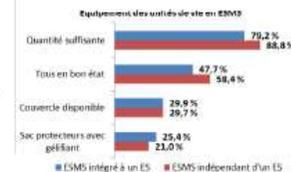
Description des unités de vie

	ESMS intégrés à un ES		ESMS indépendants d'un ES	
	EHPAD	FAM/MAS	EHPAD	FAM/MAS
Patients utilisateurs de bassins (%)	15,4	12,3	16,8	22,6
Patients incontinents (%)	75,4	59,8	74,5	54,3
Unités avec sanitaires équipés de douchettes (%)	30,8	7,1	14,0	20,9

Recueil des excréta

5,4 % des unités de vie possédant des contenants réutilisables répondent aux conditions nécessaires pour le recueil des excréta¹.

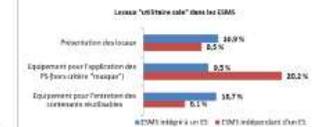
¹ quantité suffisante, en bon état, couvercle disponible, sac protecteur avec gélifiant



■ ESMS intégré à un ES ■ ESMS indépendant d'un ES

Traitement des excréta

63,6 % des unités sont équipés de locaux "utilitaire sale"



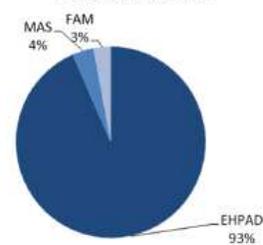
6,4 % de lave-bassins répondent aux conditions d'utilisation

33,1 % d'unités équipés de lave-bassins

0,7 % des locaux "utilitaire sale" sont entièrement équipés pour le respect des PS



Participation des ESMS

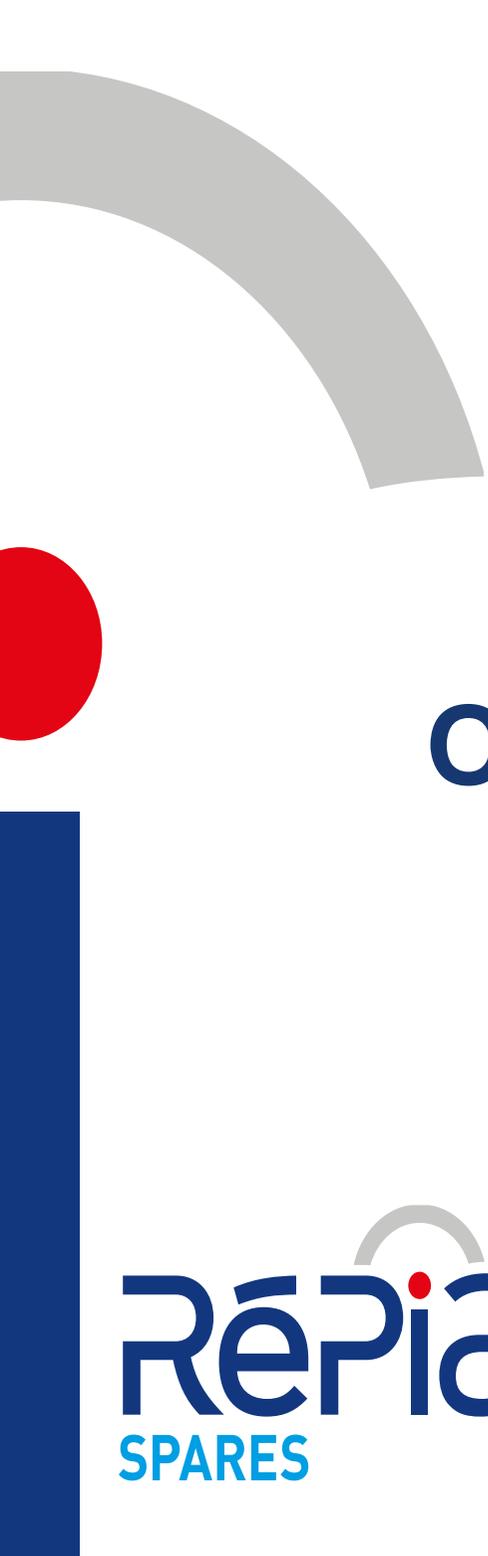


Points critiques :

- La politique de gestion des excréta est insuffisamment développée dans les ESMS indépendants des ES.
- De nombreuses unités de vie sont encore équipées de douchette.
- Le recueil des excréta n'est pas optimisé (manque de couvercle, de sacs protecteurs de bassin...).
- Les locaux utilitaires sales sont imparfaitement équipés pour le respect des PS.
- Les lave-bassins sont absents ou ne bénéficient pas de maintenance.

Conclusion :

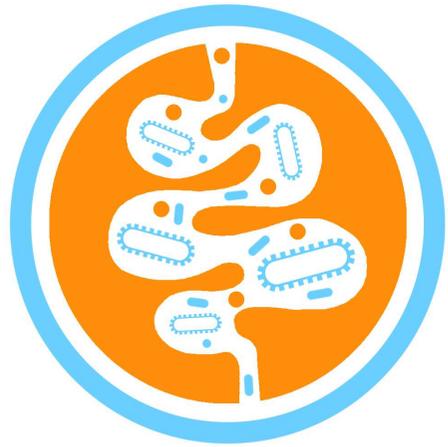
La gestion des excréta est insuffisamment maîtrisée dans les établissements participants, des incitations à améliorer la disponibilité des équipements et leur entretien sont nécessaires pour optimiser les pratiques.



SPARES

Outils de prévention BHRe 2020

Présentation de l'outil



Thématique :

Prévention de la transmission croisée des BHRs.

Objectifs :

Evaluation rapide du niveau de maîtrise

Proposition d'axes d'amélioration à court terme adaptés à la situation locale en harmonisation avec les nouvelles recommandations BHRs (publication début 2020)

Format

Qui : EOH, structure, personnels et patients porteurs de BHRe

Où : Etablissements de santé, services de court et moyen séjour.

Quand :

- Deuxième semestre de 2020 (septembre)
- audit sur 2-3 mois

Format

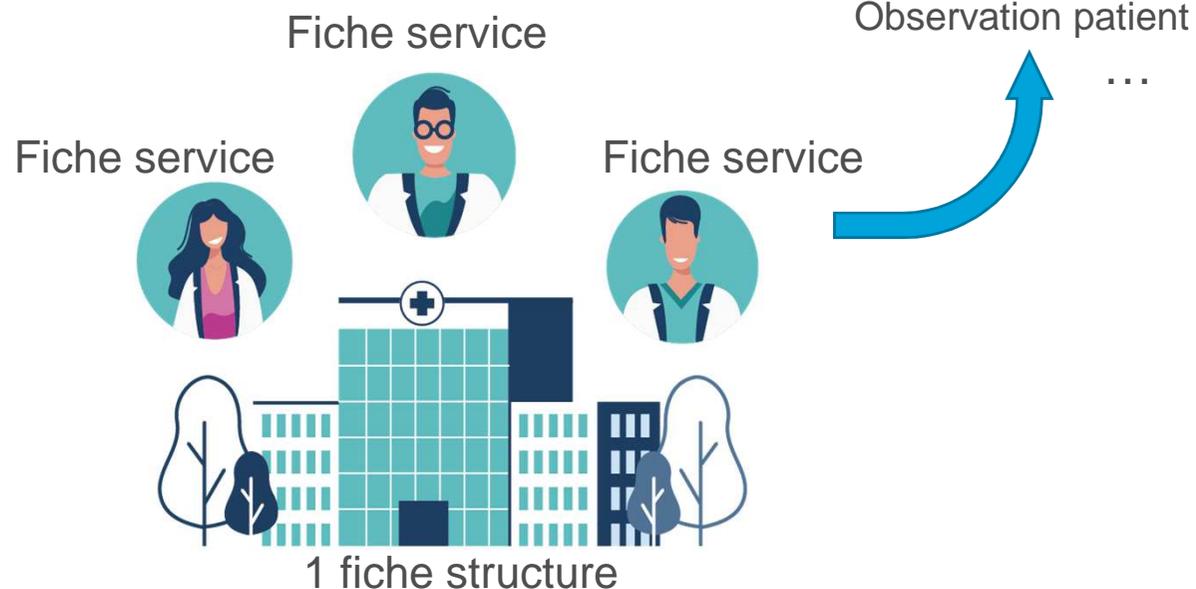
Comment : « Quick audit », format?

- rétrospectif ?
- contemporain ?
- avis d'expert?

Recueil de données : (stratégies de prise en charge des patients BHRé)

- observationnelles
- traçabilité

Combien :



Items importants de maîtrise de la transmission des BGN mutirésistants.

→ Identifier le niveau de maîtrise et d'application des recommandations du HCSP

Item d'intérêt	O/T	Fiche concernée	Critère d'évaluation	Seuil de maîtrise	Axe d'amélioration
Hygiène des mains	T	service	Réalisation d'un audit d'hygiène des mains sur les 3 dernières années	>=80%	Proposition de la box 1 pulpe friction
Ressources disponibles pour gestion BHRé	T	établissement	Document/procédure Connaissance et appel de personnes ressource	Oui Oui	Rappel de l'importance des cellules de crise
Délai d'alerte	O	service	Temps entre prélèvement et alerte BHRé par le laboratoire	<=48h	Rappeler la possibilité d'alerter avant le rendu de résultat sous différentes formes : mail automatiques, appel téléphonique (le plus efficace)... Si délai labo trop long : proposer fiche technique d'identification BHRé du CNR
Expérience locale des PC BHRé	T	Service ou établissement	Fréquence de mise en place (tous les ...) ou date du dernier épisode (3 mois-6 mois-1 an)	-	Proposer des outils d'informations pratiques Proposer de faire des infos régulières des équipes pour les garder à jour Evaluation de la formation des membres de l'EOH (% de DU d'hygiène Participation aux congrès Formation continue)
Disponibilité du matériel des PC BHRé	O	service	Délai avant mise à disposition Présence de Kit BHRé	<=24h oui	Travailler avec les magasins de l'ES sur un stock minimum à disposition, si fermeture des magasin, prévoir des Kits BHRé peut permettre de pallier à cela
Possibilité de cohorting	T	établissement	Présence d'un secteur de cohorting (O/N) Possibilité de sectorisation des patients porteurs (O/N)	O O	Rappel sur la marche en avant, proposition d'un argumentaire sur l'intérêt du cohorting Rappel de l'importance de la mise en place de cellule de crise
Capacité de suivi des équipes	O	service	Contact direct avec les équipes (O/N) Fréquence d'accompagnement	O -	L'EOH est coût efficace, rappeler l'intérêt de répondre aux quotas de compositions des EOH, Travail possible avec les correspondants en hygiènes
Réactivité du service	O	service	Délai de mise en place des PC BHRé suite à l'alerte	<=24h	Proposition de faire des campagnes d'info des services et évaluer les moyens disponibles et les connaissances de l'équipe Possibilité de mettre en place une cellule de crise
Stratégie de dépistage autour des cas de portage BHRé	T	établissement	Existe-t-il une stratégie claire et connue ? O/N	O	Proposition de documents et stratégies de référence
Dissémination	T	Service ou établissement	Nombre moyen de cas secondaires autour d'un porteur d'EPC et d'ERV découvert fortuitement	EPC ERV	Référence aux recommandations BHRé 2020 Outils à proposer ?
Réservoir environnemental	O	service	Un traitement du réservoir environnemental est-il prévu O/N	O	Rappel sur l'importance du bionettoyage autour d'un patient BHRé et rappel des situations qui doivent alerter sur une possible transmission liée à l'environnement
Transfert de l'information	O	service	Information dans le courrier de sortie O/N Information lors de transfert dans d'autre service O/N Information lors du transfert dans un autre établissement O/N	O O O	Utilisation de l'outil proposé par Gabriel Birgand sur patient traceur lors de transfert (outil assez complexe qui nécessite d'être adapté pour cette évaluation si retenu)

Avancement : Animation - communication

Comité scientifique installé le 17 mai (2nd CS le 07/11/2019)

Participation congrès SF2H (stand Répias), SFM (communication orale)

Pages Web SPARES : août

Refonte du site Club ConsoRes : juillet

Semaine Sécurité des patients /Antibiorésistance

- participation brochure One Health
- actualisations pages internet – lien site Répias /SPF/Ministère
- *Newsletter Répias avec PRIMO*

Projets 2020

Surveillance

- ATB
 - Exploitation données secteurs EHPAD (2019)
 - Autres secteurs ambulatoires (dialyse, chir ambu) : définition critères d'ajustement
- Adaptation outils ConsoRes (partie analyse et rapports)
- Travail avec éditeurs de logiciels de :
 - Prescription/administration
 - Gestion de laboratoire : poursuite des travaux

Projets 2020

Surveillance

- Etude de demandes éventuelles des partenaires (CNR) pour des enquêtes complémentaires en fonction des évolutions épidémiologiques
- Travail en lien avec groupes de travail / indicateurs antibiorésistance (HAS, IFAQ...)
- Antifongiques : demande du CosuPROPIAS (coordination par le Dr Florence Lieutier)

Surveillance

Evaluation des
Pratiques

Formation

surveillance
prévention
infections
associées
dispositifs
invasifs

Mission nationale

SPIADI

portée par le CPIAS CENTRE-VAL DE LOIRE



La surveillance 2019



3 mois de surveillance

Compris entre le 1er Janvier et le 30 Avril 2019.



Saisie/Import des fiches sur le site

Impérativement avant le 30 Juin 2019 pour les rapports nationaux.



Données établissements

À saisir sur le site impérativement avant le 30 Juin 2019.



Analyses et Rapports

Les analyses et rapports définitifs seront présentés lors de la journée nationale en octobre 2019.



Export des données

En septembre 2019 les bases de vos établissements seront mises à disposition.

3 modalités aux choix

BactADI

Bactériémies associées aux dispositifs
invasifs



Pour tous les services hors
réanimation



Pour chaque bactériémie associée
aux soins

Fiche unique avec données patients et
données relatives à l'épisode
bactériémique : date de l'épisode, germes
et les résistances associées, porte d'entrée.



BILANLIN

Réa-BactADI

Réanimation - Bactériémies associées aux
dispositifs invasifs



Pour les services de réanimation

Les soins intensifs, les services de
néonatalogie et les services d'hémodialyse
peuvent également opter pour cette
surveillance.



Pour chaque bactériémie associée
aux soins

Fiche unique avec données patients et
données relatives à l'épisode
bactériémique : date de l'épisode, germes
et les résistances associées, porte d'entrée.



Mesure de l'exposition CVC

Inclusion de tout patient hospitalisé plus de
48h.



Pour les services de néonatalogie

Inclusion de tout nouveau-né porteur de
CVC ou CVO.



BILANLIN

Réa-InfADI / Dia-InfADI

Réanimation/Dialyse - Infections
associées aux dispositifs invasifs



Pour les services de réanimation

Les soins intensifs, les services de
néonatalogie et les services d'hémodialyse
peuvent également opter pour cette
surveillance.



Pour chaque infection associée aux
soins (Bactériémies, ILC,
Pneumopathies, ...) et pour les
colonisations de CVC (optionnel)

Fiche unique avec données patients et
données relatives à l'épisode infectieux :
date de l'épisode, germes et les résistances
associées, porte d'entrée.



Mesure de l'exposition aux
dispositifs invasifs : CVC,
intubation/trachéotomie, ECMO,
sondage urinaire

Inclusion de tout patient hospitalisé plus de
48h.



Pour les services de néonatalogie

Inclusion de tout nouveau-né porteur de
CVC ou CVO.

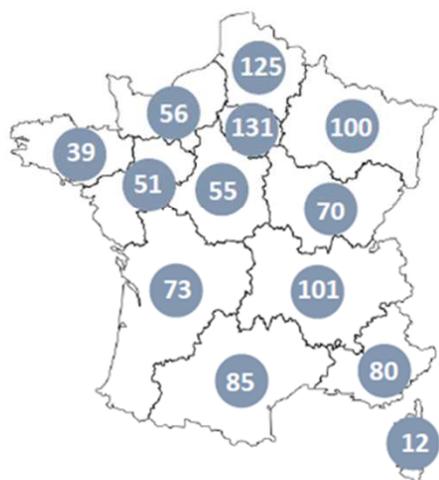


Pour les services d'hémodialyse

Inclusion de tous les patients dialysés
pendant la période de surveillance,
détection des infections associées aux
cathéters de dialyse et aux fistules.

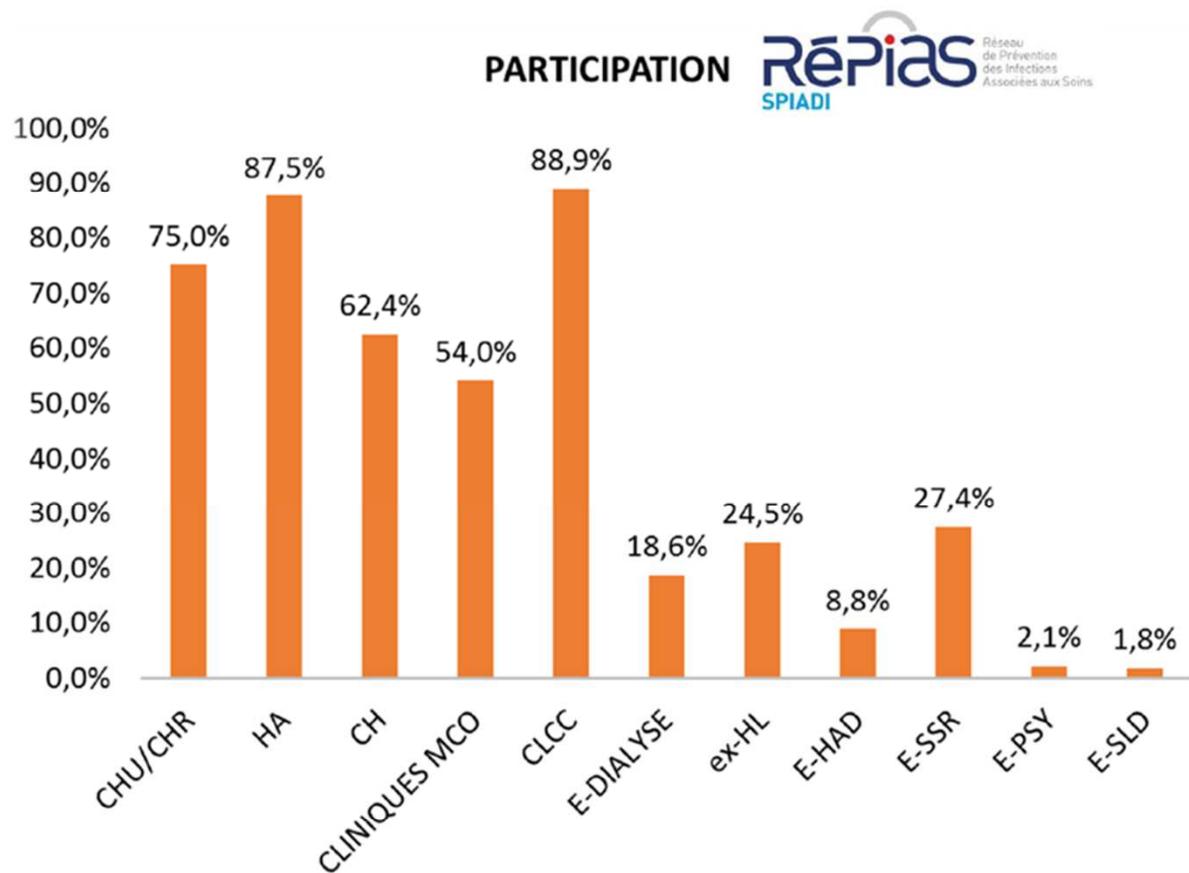


BILANLIN



La Réunion	5
Guadeloupe	12
Martinique	5
Nouvelle Calédonie	1

	Base FINES	Participants
CHU/CHR	32	24
HA	8	7
CH	489	305
CLINIQUES MCO	570	308
CLCC	18	16
E-DIALYSE	113	21
ex-HL	216	53
E-HAD	170	15
E-SSR	449	123
E-PSY	1452	30
E-SLD	509	9



1001 établissements de santé participants

ENTITES JURIDIQUES	CHU/CHR	HA	CH	CL-MCO	CLCC	E-DIALYSE	HL	E-HAD	E-SSR	E-PSY	E-SLD	Ensemble
GE	2/4	0/1	31/53	25/39	2/3	2/6	8/17	2/9	10/24	5/13	5/60	92/229

Participation suivant les modules



208 établissements de santé avec lits de REANIMATION

3788 lits surveillés

60 % des lits REA / SAE 2018

CHRU/CHR
22 (40 sites)

HA
6

CH
115

Cliniques MCO
47

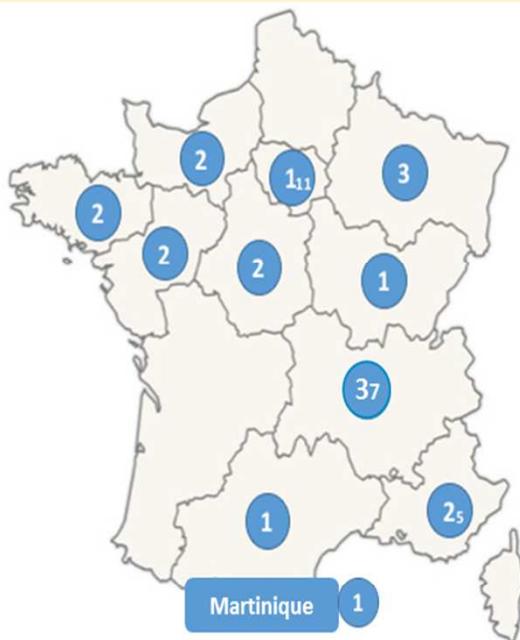
REA Raisin 2017
47% lits REA

50

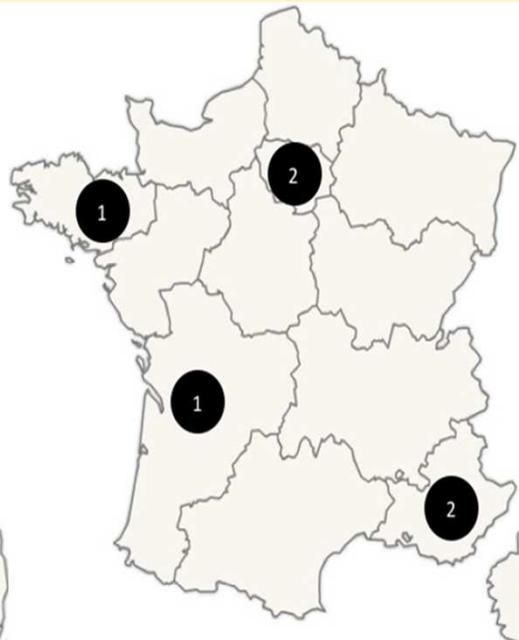
7

107

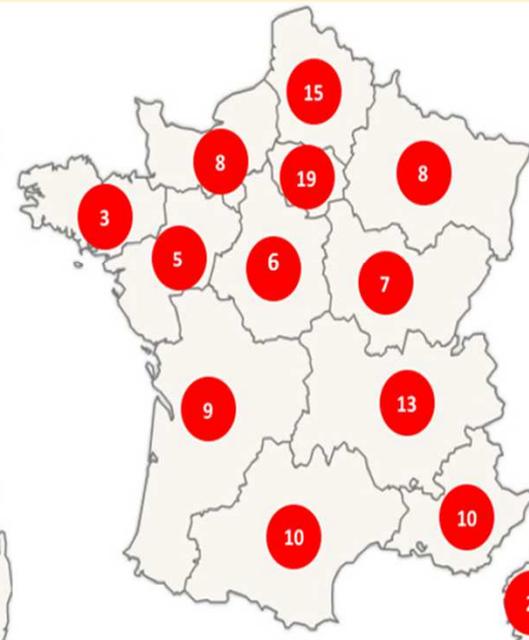
35



Martinique	1
Guadeloupe	1
Réunion	1,2

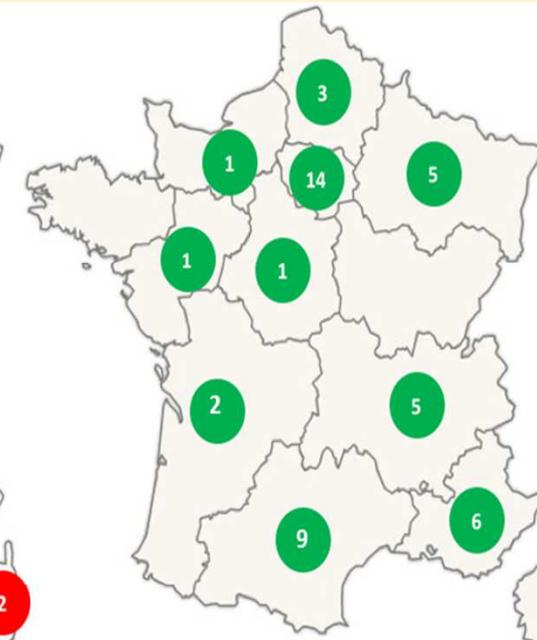


- 3169 ADULTES
- 147 PED
- 390 NEONAT
- 82 MIX PED/NEONAT



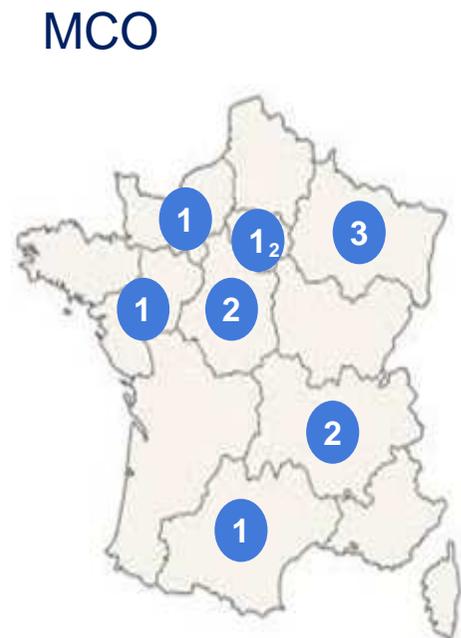
61 % des lits REA ADULTE

56 % des lits REA PED + NEONAT



185 établissements de santé avec lits de DIALYSE

MCO CHRU/CHR



Martinique 1
La Réunion 1

CH



La Réunion 1

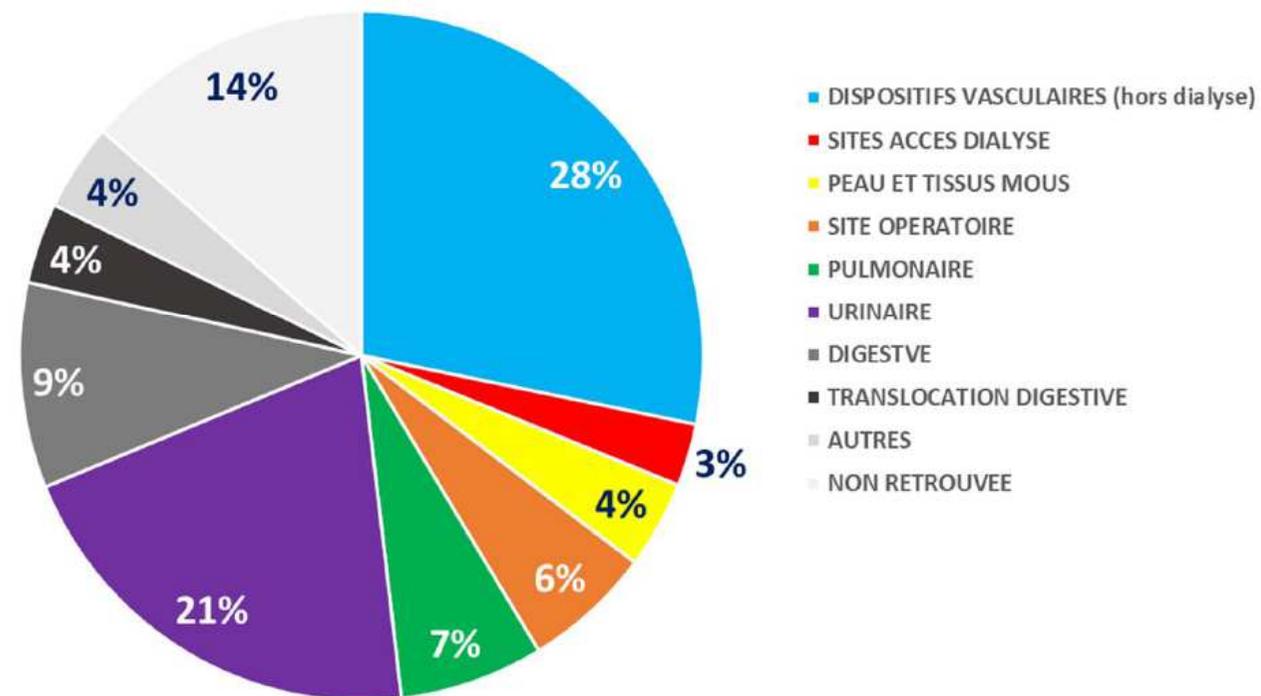
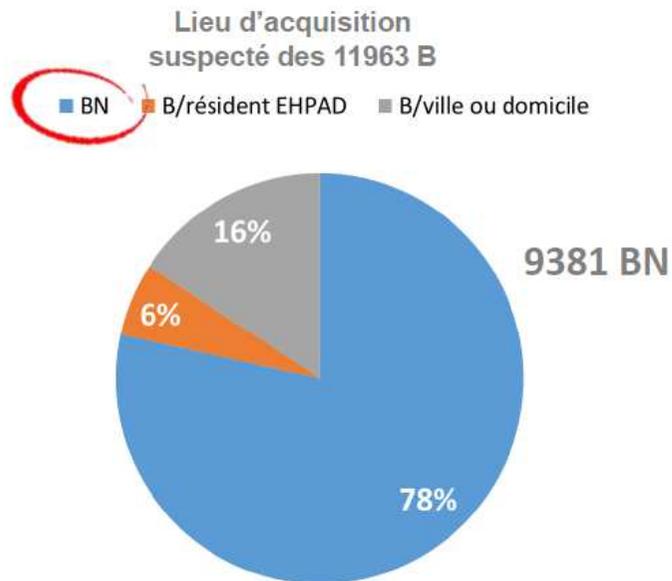
Cliniques



Guadeloupe 2
e Calédon 1

11963 bactériémies / fongémies documentées

Distribution des 9381 BN en fonction de leur origine prouvée/suspectée



1/3 des bactériémies nosocomiales sont associées à un dispositif intra-vasculaire

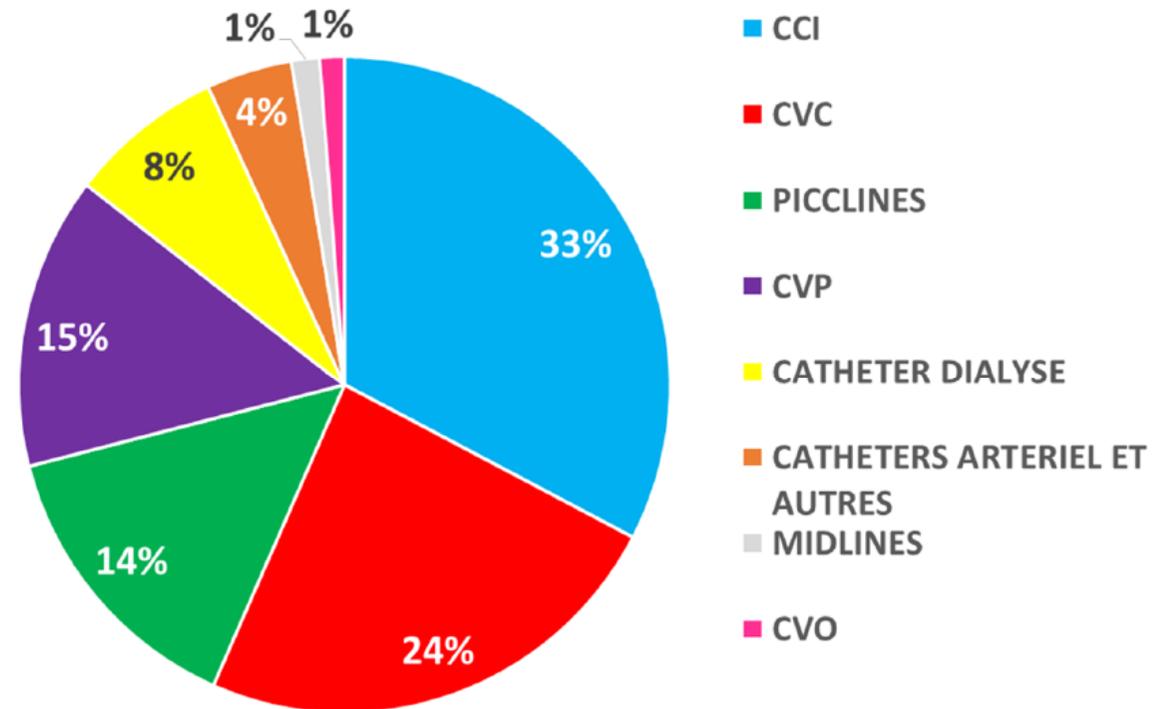
11963
bactériémies/fongémies documentées



3292
bactériémies associées à un dispositif vasculaire

Bactériémies/fongémies	B-div	%
acquise en ES	2866	87,06
résident d'EHPAD	9	0,27
acquise en ville/domicile	417	12,67
Total	3292	

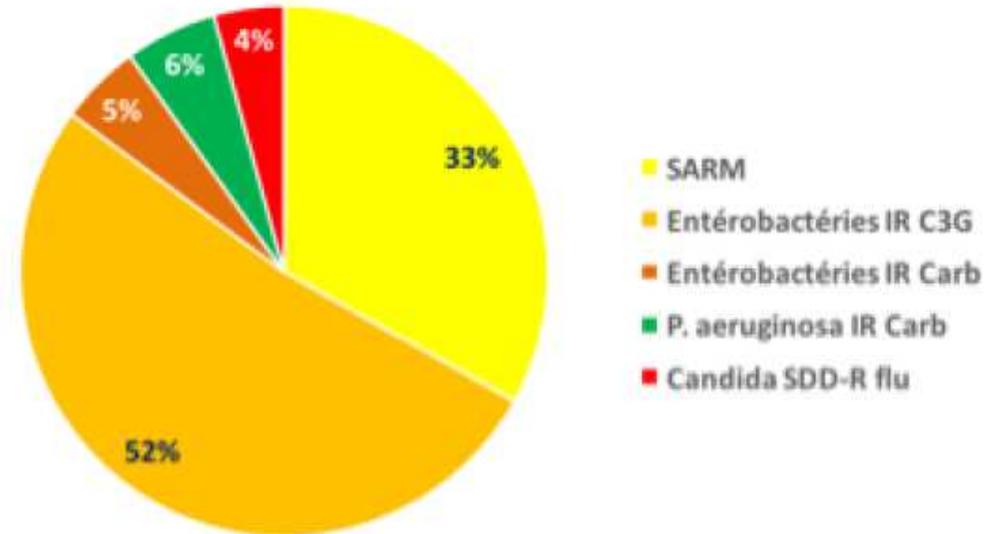
Distribution des 3292 B-div en fonction du dispositif présumé/prouvé en cause



- 1 B-div sur 10 est acquise en dehors des établissements de santé
- les CCI sont les dispositifs le plus souvent en cause dans les B-div
- 1 B-div sur 6 est associée à un PICCLINE
- 1 B-div sur 6 est associée à un CVP

► « cibles » prioritaires

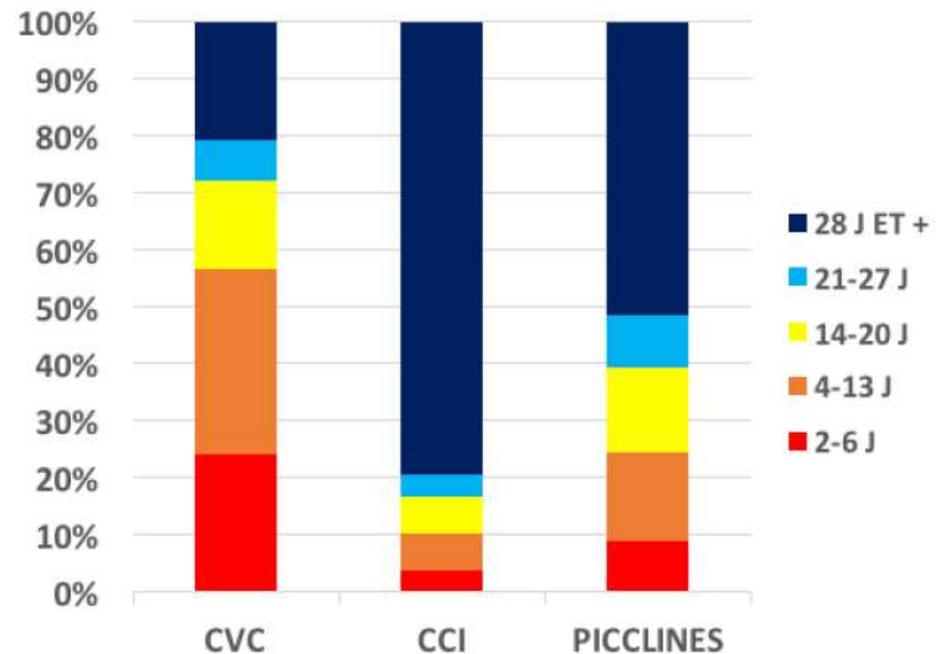
	Tous secteurs
SARM	100
Entérobactéries IR C3G	157
Entérobactéries IR Carb	15
P. aeruginosa IR Carb	17
Candida SDD-R flu	13
Tous microbes R	302
Nombre de bactériémies	3292
% B-BMR/BHRe/Candida SDD-R	9,2



1 B-div sur 10 est associée à un BMR, un BHRe ou un *Candida* R fluconazole

Distribution des B-div en fonction du dispositif et du délai entre pose du dispositif et B-div

DELAI	CVC	CCI	PICCLINES
2-6 J	161	35	43
4-13 J	215	58	74
14-20 J	103	58	70
21-27 J	49	35	45
28 J ET +	137	714	246
non connu	66	263	58
Nb de B-div	731	1163	536

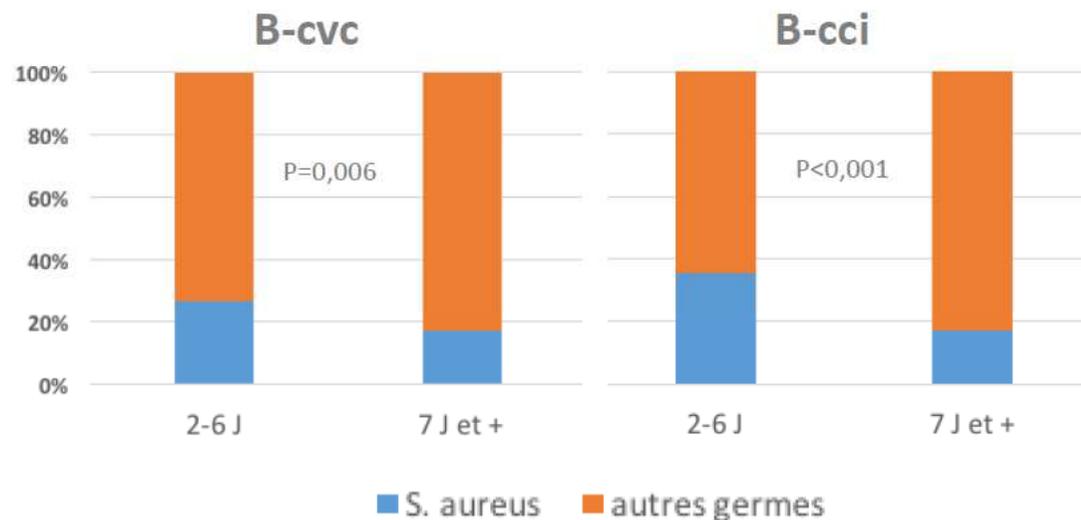


1/4 B-cvc est diagnostiquée dans la semaine suivant la pose
8/10 B-cci est diagnostiquée plus de 4 semaines après la pose

- ▶ observer la pose des CVC
- ▶ observer la gestion des CCI

Prévalence de *S. aureus* en fonction des B-div et du délai entre pose et épisode infectieux

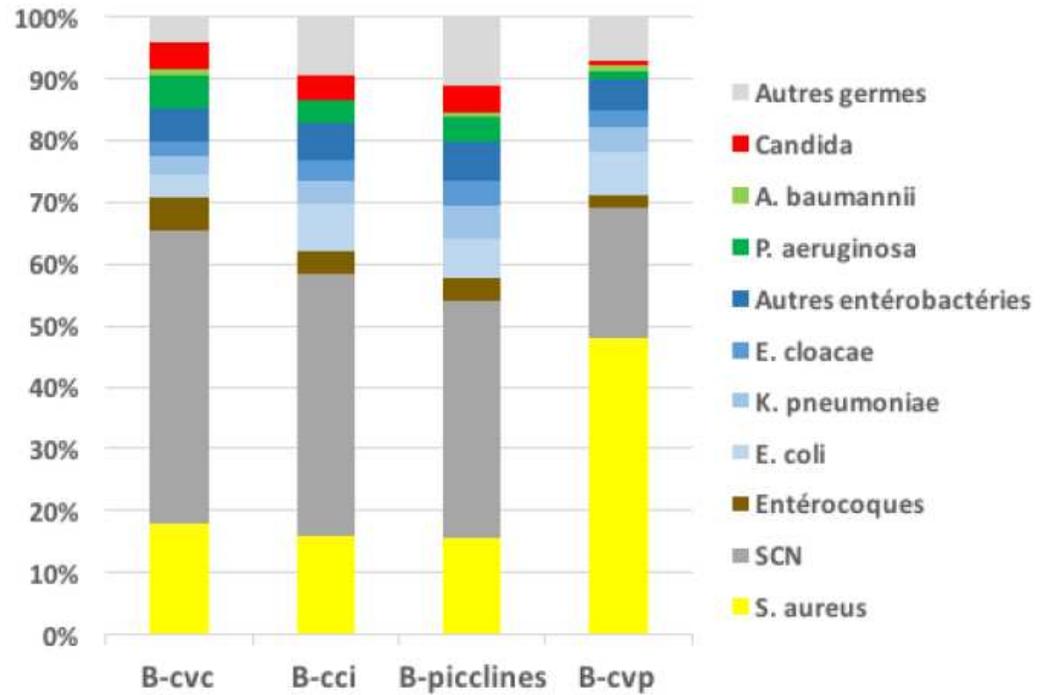
		<i>S. aureus</i>	% <i>S. aureus</i>	autres germes
CVC	2-6 J	43	26,7	118
	7 J et +	85	16,9	419
	toutes B-cvc	128	19,2	537
CCI	2-6 J	33	35,5	60
	7 J et +	137	17,0	670
	toutes B-cci	170	18,9	730
PICC	2-6 J	19	16,2	98
	7 J et +	66	18,3	295
	toutes b-picc	85	17,8	393



Pour les B-cvc et B-cci précoces, la sur-représentation de *S. aureus* suggère une antiseptie insuffisante lors de la pose

► observer la prépa. cutanée lors la pose des CVC et CCI

Distribution des germes en fonction des B-div



CVP	<i>S. aureus</i>		autres germes
	2-6 J	% <i>S. aureus</i>	
	7 J et +	50,6	
	toutes b-cvp	55,3	

Pour les B-cvp, la prévalence élevée de *S. aureus* suggère une antiseptie insuffisante lors de la pose et des manipulations

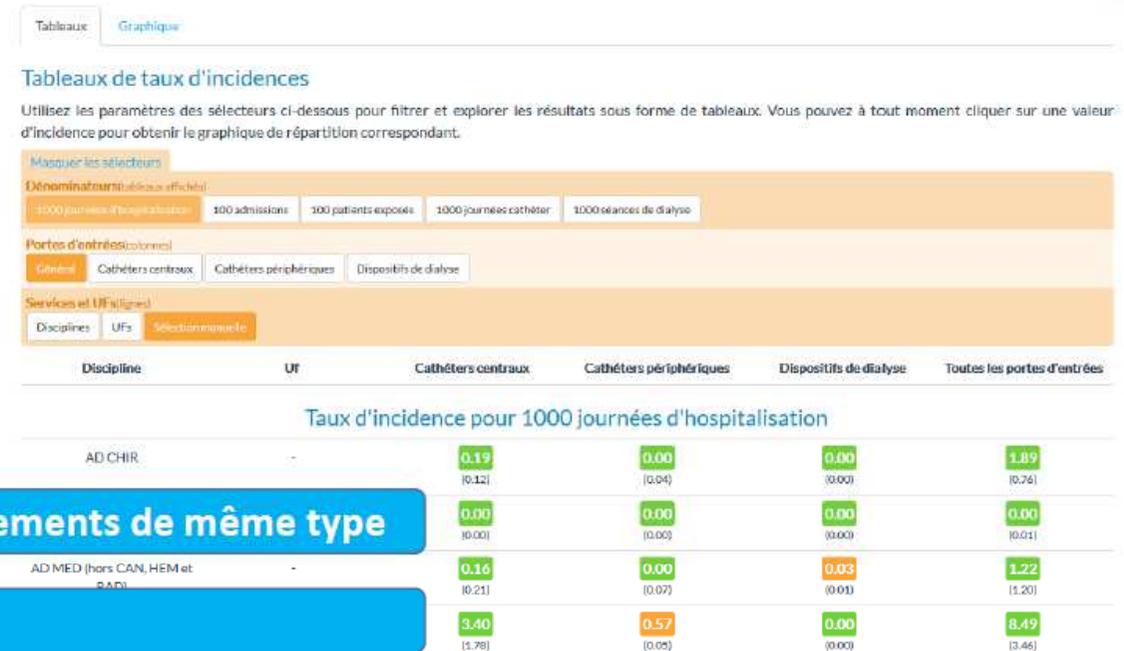
► observer la réalisation de l'antiseptie pour la pose et les manip. des CVP

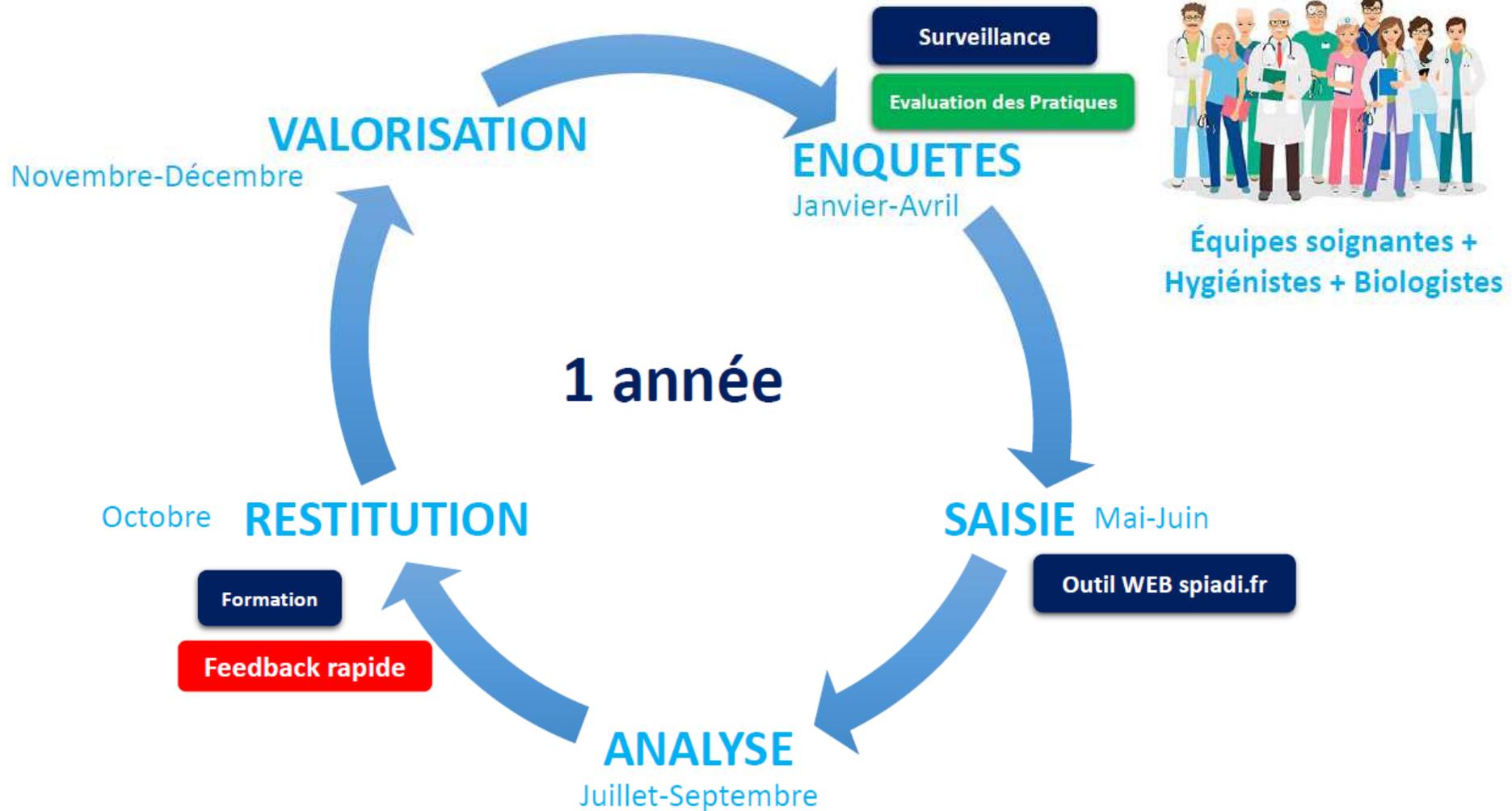
Résultats établissement

Valorisation des résultats du suivi des bactériémies associées aux cathéters

- 1 Comparer vos taux avec ceux des services /établissements de même type
- 2 Identifier vos priorités en terme de dispositifs
- 3 Identifier vos priorités en terme de services
- 4 Identifier vos priorités en terme de messages

Déterminer vos priorités d'action





1. **BACT-ADI : ajout de la documentation des B-porte d'entrée urinaire chez le patient sondé**
2. **REA BACT-ADI**
 - Ajout des PAVM
 - Mise en place de la méthode KISS-like
 - Etude de l'exposition aux gestes invasifs à l'échelle du service
 - Documentation des infections (B-DIV et PAVM)
3. **REA INF-ADI : pas de changement**
4. **NEO INF-ADI et DIA INF-ADI : simplification**
5. **Amélioration de l'outil de saisie**



Des évolutions pour 2020

Outil d'observation des pratiques pour 2020

Surveillance

Evaluation des Pratiques

Formation

- ✗ Analyse des 524 réponses (87 % EOH) au questionnaire /identification des besoins
- ✗ Résultats de la surveillance

Quels dispositifs ?

pas les MIDLines

Quelles pratiques ?

prépa. cutanée / pose des CVC et CVP
manipulations de la ligne de perfusion

Par qui ?

EOH, référents « hygiène »

Entretien dirigé ?

3 questions

Quel outil ?

non chronophage, simple et ciblé

FIN DE L'ETABLISSEMENT		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
NUMERO DE FICHE		_ _ _ _ _				
LIEU DE POSE	AGE	_ _ _	DISC	_ _ _	SPE	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
DISPOSITIF	7. CVP	8. CVP AVEC PROLONGATEUR INTEGRE			_	
	9. MIDLINE SANS PROLONGATEUR INTEGRE					
L'AUDITE						
CATEGORIE PROF.	1. MEDECIN	2. IDE /INFIRMIER SPE			_	
	3. SAGE-FEMME		4. MANIPULATEUR RADIO			
PORT D'UNE TENUE PROPRE				1. OUI	2. NON	_
LE PATIENT						
ADULTE				1. OUI	2. NON	_
SI NON	1. < 1 MOIS	2. 1 à 30 MOIS	3. > 30 MOIS		_	
TENUE	PORT D'UNE TENUE PROPRE			1. OUI	2. NON	_
PREPARATION DU SITE D'INSERTION						
HDM IMMEDIATEMENT AVANT LA PREPARATION DU SITE				1. OUI	2. NON	_
SI OUI	PRECISER LA TECHNIQUE UTILISEE			1. THF	2. LS	_
	LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME ?			1. OUI	2. NON	_
PEAU NECESSITANT UN NETTOYAGE				1. OUI	2. NON	_
NETTOYAGE DE LA ZONE D'INSERTION				1. OUI	2. NON	_
APPLICATION D'UN ANTISEPTIQUE				1. OUI	2. NON	_
SI OUI	1. POVIDONE IODEE DERMIQUE	2. POVIDONE IODEE ALCOOLIQUE		_ _		
(*Q1)	3. ALCOOL 70°	4. SOLUTE CHLORE 0,5%				
	5. CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 0,5%		6. CHLORHEXIDINE AQUEUSE			
	7. CHLORHEX ALC 2% AVEC APPLICATEUR		8. CHLORHEX ALC 2% SANS APPLIC.			
	9. CHLORHEX ALC 0,25% type BIASEPTINE		10. AUTRE => PRECISER			
COMPRESSES STERILES				1. OUI	2. NON	_
NOMBRE DE PASSAGES DE L'ANTISEPTIQUE						_
SECHAGE SPONTANE SANS ESSUYAGE DE L'ASQ AVANT INSERTION				1. OUI	2. NON	_
INSERTION DU CATHETER						
HDM IMMEDIATEMENT AVANT L'INSERTION (*Q2)				1. OUI	2. NON	_
SI OUI	PRECISER LA TECHNIQUE UTILISEE			1. THF	2. LS	_
	LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME ?			1. OUI	2. NON	_
PORT DE GANTS (*Q3)				1. OUI	2. NON	_
SI OUI	1. NON STERILES		2. STERILES		_	
PALPATION DU SITE D'INSERTION APRES L'ANTISEPSIE				1. OUI	2. NON	_
ENTRETIEN AVEC L'AUDITE						
*Q1	Pour un patient adulte, l'ASQ utilisé n'est pas alcoolique. POURQUOI ?					_
	1. HABITUDE	2. PRATIQUE DANS LE SERVICE				
	3. RECO. MECONNUES		4. AUTRE MOTIF => PRECISER			
*Q2	L'opérateur n'a pas réalisé l'HDM avant l'insertion du cath. POURQUOI ?					_
	1. HABITUDE		2. PORT DES GANTS DEPUIS LE DEBUT DU SOIN			
	3. OUBLI		4. AUTRE MOTIF			
*Q3	L'opérateur n'a pas porté de gants pour la pose du cathéter. POURQUOI ?					_
	1. MANQUE DE TEMPS		2. MANQUE DE DEXTERITE AVEC LES GANTS			
	3. PEU DE RISQUE		4. AUTRE MOTIF			

Proposition d'évolution 2021

Enquête de prévalence autour des DIV

- Plus facile pour les services avec densité de pose plus faible
- En cours de Réflexion
 - Traçabilité
 - Surveillance
 - Etat du pansement et du point de ponction
 - Questions au personnel
 - Questions au patient ?
- Phase de test en 2020
- Proposition au groupe technique en octobre 2020

Spicmi – État d'avancement

Surveillance



Surveillance semi-automatisée (1)

- Modalités générales -

- **Inclusion** : au moins 100 interventions consécutives de la même spécialité (les 100 premières interventions éligibles de l'année)
- Seuls les actes CCAM de la **liste d'interventions prioritaires** à inclure
 - **Algorithmes de classification de suspicions des ISO** proposés selon la capacité d'extraction des données SIH local (*PMSI, logiciel de bloc, logiciel de microbiologie, DPI*)
- Seuls les dossiers patients avec une suspicion d'ISO devront être consultés pour une **validation par l'équipe médicale locale** afin de confirmer l'ISO par le chirurgien
- Pour appliquer les algorithmes de classification, des **extractions de données du SIH par périodes de minimum 2 à 4 mois**, selon le périmètre de suivi post-opératoire (1 mois ou 3 mois si pose d'implant) sera nécessaire :
 - Ex: Pour un service d'ORTHO, une extraction des données du SIH de 4 mois minimum est nécessaire afin de vérifier les suspicions d'ISO sur le périmètre de 3 mois de suivi post-opératoire

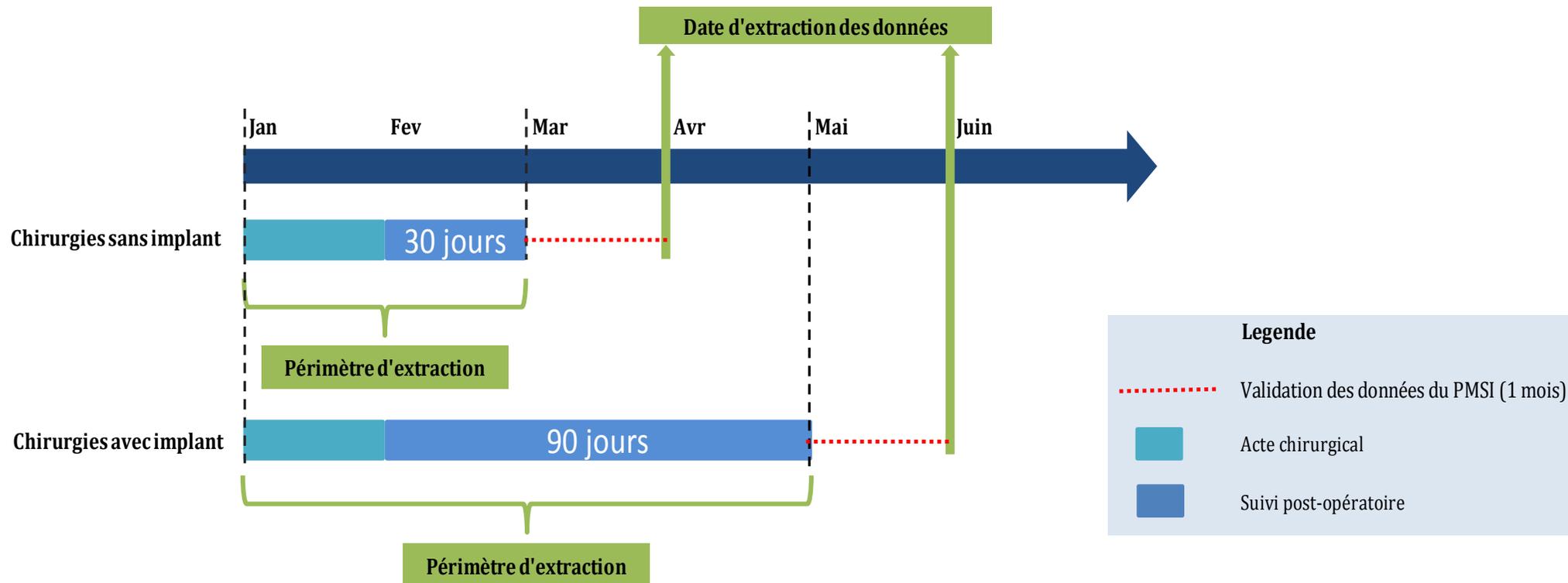
Surveillance semi-automatisée (3)

- Spécialités surveillées -

SPECIALITES CHIRURGICALES	
1 - Chirurgie digestive <ul style="list-style-type: none"> • Cholécystectomie • Chirurgie colo-rectale • Cure de hernie de l'aine ou de la paroi abdominale antérieure • Appendicectomie 	4 - Chirurgie coronaire <ul style="list-style-type: none"> • Pontage aorto-coronarien avec greffon local • Pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site (saphène par exemple)
2 - Chirurgie gynéco-obstétrique <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie mammaire (abcès, plastie, reconstruction, ablation de nodule, mastectomie totale) • Césarienne • Hystérectomie par laparotomie • Hystérectomie par voie vaginale 	5 - Chirurgie orthopédique <ul style="list-style-type: none"> • Prothèse de hanche (primaire ou de première intention) • Reprises de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrolyse) • Prothèse de genou (primaire ou de première intention) • Reprise de prothèse de genou
3 - Neurochirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Laminectomie et intervention sur le rachis • Chirurgie de hernie discale 	6 - Chirurgie urologique <ul style="list-style-type: none"> • Résection transurétrale de prostate • Vésiculoprostectomie

Surveillance semi-automatisée (4)

- Extraction des données du SIH -

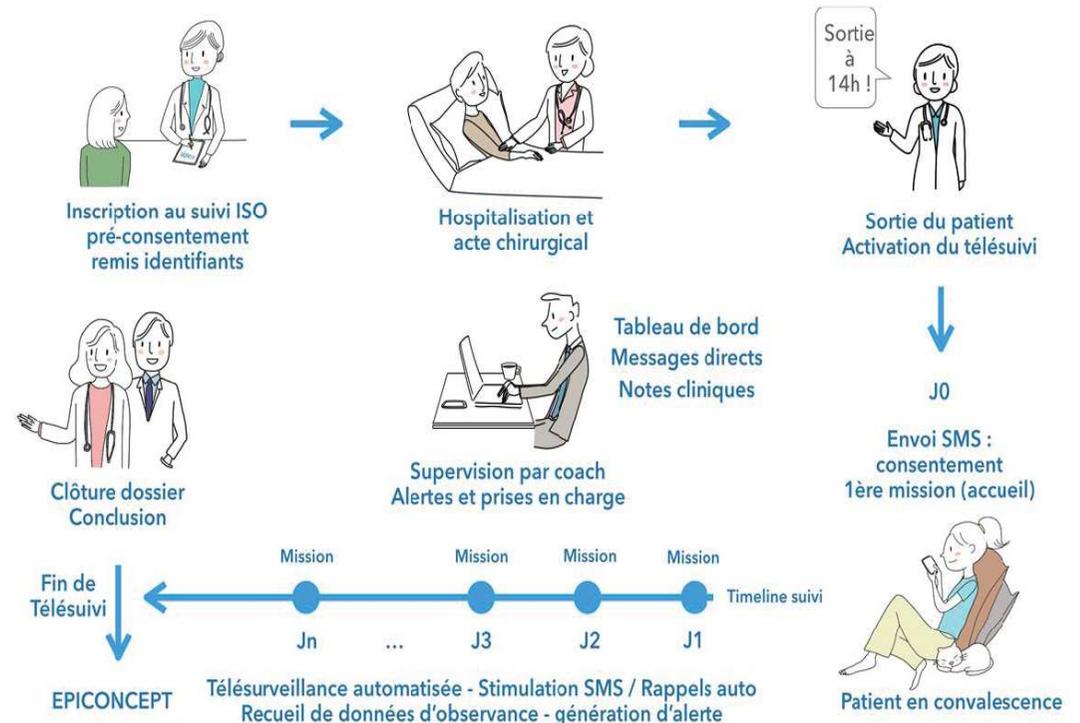


Périmètre d'extraction des données = Actes de chirurgies surveillées + données de suivi post-opératoire nécessaire à la surveillance des ISO



Surveillance connectée

- Sélection de la société prestataire pour le développement de l'application patient connecté = Epiconcept / IRIADE
- Cahier des spécif rédaction
- Cinétique proposée



Calendrier prévisionnel Surveillance

	2019	2020	2021...
Surv semi-automatisée	<p>Enquête « État des lieux »</p> <p>Visites de terrain « ES »</p> <p>Rédaction du protocole</p>	<p>Lancement sur les actes prioritaires dans 6 spécialités</p> <p>Mise à jour protocole 2021</p>	<p>Analyse des résultats 2020</p> <p>Communication indicateurs de suivi</p> <p>Lancement surveillance 2021</p> <p>Mise à jour protocole 2022</p>
Surv connectée	<p>Sélection de la société prestataire (Epiconcept)</p> <p>Identification d'ES volontaires pour phase pilote</p>	<p>Lancement de la phase pilote</p> <p>Analyse des résultats de la phase pilote</p> <p>Déploiement de l'application</p>	<p>Lancement surveillance 2021</p> <p>Analyse des résultats</p>
Surv automatisée		<p>Création d'algorithmes à partir du PMSI national pour les ISO graves et rares, et pour la médecine interventionnelle</p>	<p>Analyses des données 2020</p> <p>Création de nouveaux algorithmes</p>

Prévention



Prévention

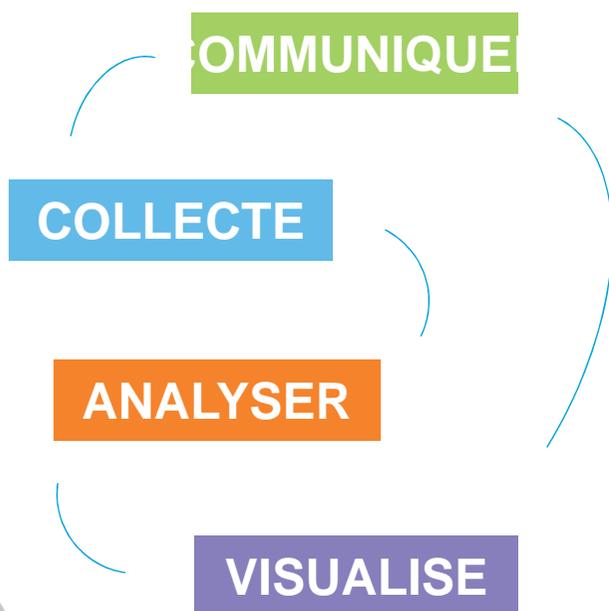
	2019	2020	2021
Action spécifique	Enquête PCO/DCF	Diagnostic-visite de risque 2 Enquête écoles spécialisées	Guide formation spécialisée
Promotion des bonnes pratiques	Identification des besoins	PCO – ATBP DCF Tenue professionnelle Gestion des pansements Fiches par spécialités chirurgicales	Normothermie
Evaluation des pratiques et de l'organisation Indicateur de suivi	Audit pratiques préop (PCO/ATBP)	Audit pratiques préop (PCO/ATBP)	Audit pratiques préop (PCO/ATBP)
Groupe de travail	-	Elargissement à médecine interventionnelle	-

Web & e-Plateforme



E-plateforme SPICMI

- Développement en cours



Un **ESPACE COMMUN**, accessible à tous les inscrits avec informations, outils de promotion et d'évaluation disponibles

Résultats multicentriques anonymisés de surveillance, d'évaluation, TDB

Revue de la littérature thématique

Partage de REX anonymisés

COMPTE « ES »

PREVENTION et SURVEILLANCE

(Accès sécurisé )

PRÉVENTI

SURVEILLANCE

Importation des données
Edition rapports, posters

Diagnostic
Suivi des actions
Suivi des évaluations
(saisie/résultats)
Indicateurs de progression (TDB)

Web

- Création de la page web Spicmi

Surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle (Spicmi)

Mise à jour le 2 mai 2019 Accueil > Surveillance > Iso



Le CPias Ile-de-France a été nommé par Santé Publique France pour le pilotage de la mission nationale «Surveillance et prévention du risque infectieux liés aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle». Cette mission a pour vocation le remplacement du réseau actuel ISO-Raisin. Cette page sera actualisée au fur et à mesure des informations disponibles.

Objectifs

- Regrouper les actions de surveillance et de prévention des ISO en une même mission gérée au niveau national en vue d'une meilleure maîtrise du risque infectieux au bloc opératoire et en chirurgie (traditionnelle et ambulatoire)
- Améliorer et harmoniser les pratiques et l'organisation dans ces secteurs et suivre l'impact des actions à l'aide d'indicateurs de process et de résultats
- Faire évoluer la surveillance des ISO vers un système moins chronophage pour les équipes (automatisation totale ou partielle) permettant de consacrer du temps à leur prévention
- Améliorer le niveau de maîtrise du risque infectieux en médecine interventionnelle, dans les secteurs identifiés comme les plus à risque.

Pour en savoir plus, consulter le [cahier des charges](#) de la mission, élaboré par Santé Publique France.



À LA UNE

État des lieux

Contenu de la page

- 🎯 Objectifs
- 📄 Présentation
- 📷 Enquête "état des lieux"
- 🗨️ FAQ
- ✍️ Inscription ?
- 👤 Surveillance
- 🛡️ Prévention
- ✉️ Contacts
- 📁 Pour en savoir plus

Point de situation **MATIS** et perspectives 2020



Répias
Réseau
de Prévention
des Infections
Associées aux Soins
SPARES

Point de situation



- **Données globales : visibilité du RéPias**
- **Outils de prévention : zoom sur la boîte à outils Hygiène des Mains**
- **ROR : des avancées!**



Visibilité du RéPias : Internet

1 128 abonnés à la newsletter mensuelle



40% Clics
(moyenne)

60% Ouverture
(moyenne)



900 inscrits au forum



40 messages

350 visiteurs/ jour sur le site

RéPias (moyenne)

160 000

Pages vues en 6
mois

Newsletter #5 RéPias – Septembre 2019

Zoom sur : Genève ICPIC 2019

Actualités :

- **SPIADI** : 1^{ère} journée nationale
- **Jeu I.Control** : bilan de données
- **PRIMO** : où en est on sur la ville et en EMS ?
- **HAS** : expérimentation de nouveaux indicateurs qualité et sécurité IAS
- **MATIS** : bilan vidéo outils en chiffres

Documentation : sélection période du 10 août au 20 septembre réglementation/ hors réglementation

Agenda :

- Hopitech
- Journées Europharmat
- International Conference for Simulation
- Séminaire bon usage des ATB
- Journées de l'architecture en santé

Informations

- **Vidéo de promotion** : outil RéPias de partage de projets EOH et CPias

Visibilité RéPias: réseaux sociaux



639 j'aime

675
abonnés

154 publications

6% de taux
d'engagement sur
les publications



444 abonnés

329 tweets

3050 visites du profil

1,9% taux
d'engagement moyen sur
les tweets



60 abonnés

22 vidéos

5 playlists

11 000 vues des
vidéos

Visibilité RéPias : base documentaire

Plus de 3980 utilisateurs

Incrémentation en temps réel depuis l'ouverture du site en avril

- de la réglementation (40 documents)
- des recommandations et outils (85 documents)

Une cinquantaine de documents avec les utilisateurs



ements avec

Visibilité RéPias : Stand SF2H

Visibilité des différentes missions

Présence de tous les acteurs du Rép



Affluence non mesurée mais conséquente

- Plus de 200 flyers des différentes missions distribués
- 91 équipes d'hygiène ayant répondu au questionnaire Péril fécal
- 20 hygiénistes ayant participé au « Causy'psy »

Animations

- Interviews
- 3 gagnants du tirage au sort « solution hydro-miel »

des DOM

Zoom sur la boîte à outils Hygiène des



CONSEIL NATIONAL DES INFECTIONNISTES
RéPIAS

Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins

Bonjour, Anne-Gabrie VÉNELIN

QUI SOMMES NOUS ? DOCUMENTATION BOÎTES À OUTILS CAMPAGNES HYGIÈNE DES MAINS E-FORMATION PARTAGEONS ▾

BOÎTE À OUTILS HYGIÈNE DES MAINS

Cette page regroupe les outils nationaux d'évaluation, de formation et de communication élaborés par la mission de soutien aux actions de prévention des IAS sur le thème de l'hygiène des mains (boîte à outils 2019-2023).

Ces outils, basés sur la littérature et données probantes, et testés en conditions réelles, sont des compléments aux outils existant déjà.

COMMENT UTILISER LA BOÎTE À OUTILS HYGIÈNES DES MAINS MATIS DANS SON ENSEMBLE ?

Il est possible d'utiliser chaque élément de la boîte MATIS séparément, selon ses besoins. L'association de tous les éléments en potentialisera les effets

 **Méthodologie
d'utilisation des outils**

Zoom sur la boîte à outils Hygiène des

Outil d'Evaluation - **Audit PULPE' FRICTION**

Etablissements de santé et médico-sociaux

Peut être valorisé comme EPP

Principe d'échange et de partenariat avec l'équipe

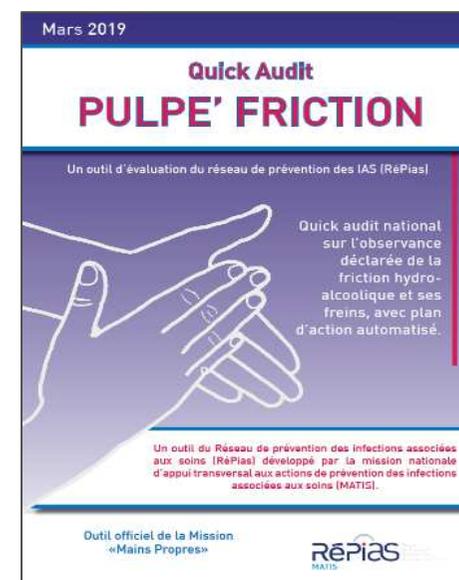
Evaluation des professionnels

- **Observance** déclarée de la friction
- **Importance** donnée à l'hygiène des mains
- **Freins** à la friction hydroalcoolique

Rapport automatisé

- Répartitions des professionnels dans **3 stades de changement**
- Diagnostic d'équipe avec **orientations d'actions**

Approche sciences humaines et sociales des résultats, profitable à l'équipe et au patient

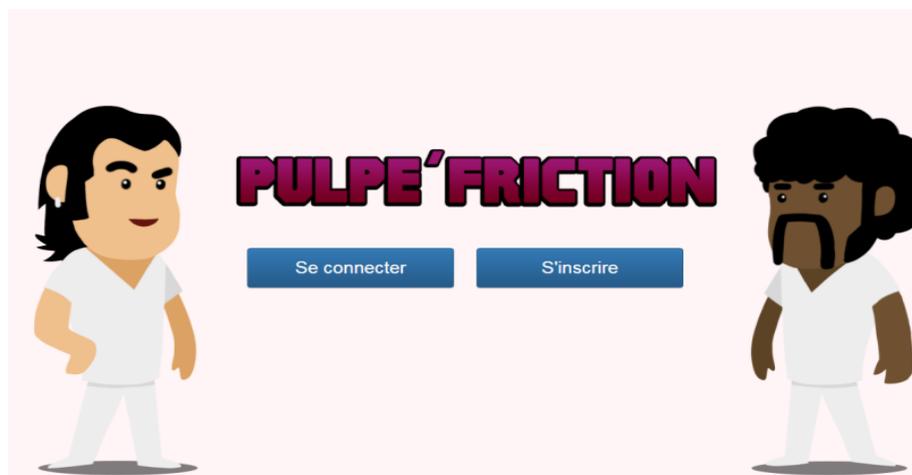


Boite à outil Hygiène des mains - Evaluation

Audit PULPE'FRICTION

Innovation : résultats Patient/ Résident

- Visibilité de la friction hydroalcoolique faite par les soignants
- Visibilité de l'information sur l'hygiène des mains personnelle
- Importance donnée à ces deux éléments (= sensibilisation)
- Opinion sur action possible du patient dans l'évaluation



Pulpe'friction - Premiers résultats au 20 septembre 2019

302 établissements

- **282 établissements de santé**
- **20 établissements médico-sociaux**

7 754 professionnels de santé dont **814** médicaux

2283 patients/résidents

Rapport synthétique à venir courant octobre 2019



Zoom sur la boîte à outils Hygiène des Mains

Jeu Sérieux I.Control



Téléchargements (3 derniers mois)

160 Jeu I.Control

78 Kit Complet I.C

4 partages SCORM ou LTI avec des espaces numériques de formation (CHU, universités, IFSI)

3 233 Joueurs

928 Médicaux

1 626 Paramédicaux

549 Autres (directeurs, étudiants)

58 Patients ou usagers

72 Représentants d'usagers

I.CONTROL

Le jeu sérieux national sur les précautions standard

3 233 joueurs

Septembre 2019

Qui joue à I.Control ?



Dans quelle région ?



Quel lieu d'exercice ?



Nombre de maîtres des Précautions Standard (3 passeports)



Joueurs avec 1 trophée patient ou médecin



Patients et représentants d'usagers avec au moins 1 passeport patient



Médicaux et paramédicaux avec au moins 1 passeport médecin



Joueurs avec au moins 1 passeport



Retrouvez le RéPias sur



I.Control est disponible en ligne, et en téléchargement gratuit sur

www.preventioninfection.fr

Perspectives 2020



- **Augmenter la visibilité du Répias** (linkedin, partenariats, publicité, articles)
- **ROR (Répertoire opérationnelle des ressources)**
 - Automne 2019 : campagne d'information ROR, CPIas, EOH
 - 2020-2023 : EMS

Perspectives 2020



- **Boîte à outils hygiène des mains**
 - **Rapports synthétiques automne 2019, rapport complet 1^{er} trimestre 2020**
 - **Boite complétée par des outils guidés par les résultats mai 2020**
 - **Outil phare du 5 mai 2020: incitation des ES et EMS**
 - **Recherche en 2020 : Impact sur pratiques et représentations en ES**

Perspectives 2020



Boîte à outils Péril fécal

Basée sur

- revue des outils existants (avril 2019), revue de la littérature (avril-août 2019)
- brainstorming CPias (mai-juin 2019), questionnaires EOH (juin 2019)
- entretiens semi-dirigés et focus groupes (juin-août 2019)

Réflexion en partenariat avec PRIMO et SPARES (juin – septembre 2019)

Outils pressentis (1^{er} trimestre 2020)

- **Evaluation** : stratégie directeur + connaissances/représentations soignants)
- **Formation** : 4 modules moodle
- **Communication** : plaquettes soignants et usagers + vidéo + campagne fluo (oct)

Le maître mot : **SENSIBILISER les professionnels et usagers**