

## **Missions nationales (MN) de surveillance et de prévention des infections associées aux soins (IAS) et de la résistance bactérienne aux antibiotiques (RATB) – Introduction sur les méthodes et le rationnel ayant conduit à leur définition**

Le pilotage des missions nationales des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) a été confié à Santé publique France par le décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins (IAS). Dans ce cadre, un appel à projets doit être lancé par l'agence auprès des CPIas pour mettre en œuvre, par délégation de l'agence, des missions de surveillance et de prévention à vocation nationale dans le champ des IAS et de la résistance aux antibiotiques (RATB).

Pour accompagner Santé publique France dans cet exercice, un comité Missions nationales Infections associées aux soins (CMNIAS) – instance d'élaboration et d'évaluation d'appels à projets – a été mis en place auprès de son Directeur général. Le CMNIAS a pour missions a) de définir les cahiers des charges des futures missions nationales ; b) d'évaluer la qualité des dossiers de candidature reçus suite à appel à projets afin que l'agence puisse les sélectionner et proposer au ministère chargé de la santé les futurs porteurs (pour une durée de 5 ans) de ces missions nationales; c) d'évaluer chaque année les activités des CPIas ainsi désignés, sur la base de leur rapport annuel d'activités.

Le CMNIAS a été mis en place par la décision n°2017-DG-396, après appel à candidatures, analyse des dossiers des candidats et de leur déclaration d'intérêts. Ce comité associe 9 membres experts nommés *intuitu personae* et 9 représentants institutionnels, participants à titre consultatif, de la DGS, de la DGOS, du SGMAS, des ARS, de la HAS, de la CNAMTS et de Santé publique France (leur liste est fournie en annexe de ce document). Ce comité, présidé par le Pr Jean-Christophe LUCET, s'est réuni à 5 reprises depuis le 31/05/2017.

Sa réflexion scientifique a pris en compte les missions des CPIas et de Santé publique France, s'est appuyée sur un état des lieux de l'existant, et sur les résultats d'une consultation préalable des parties prenantes. Il a aussi intégré les objectifs du Programme national d'actions de prévention des IAS (Propias), de la feuille de route interministérielle « Antibiorésistance » et des programmes européens coordonnés par l'ECDC.

### **Etat des lieux de l'existant**

#### *Activités de surveillance et investigation*

La définition du périmètre des missions nationales a d'abord tenu compte de l'existant et en particulier des activités de surveillance développées depuis 2001 dans le cadre du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), partenariat entre l'agence et les anciens CClin.

Ces activités concernent 5 réseaux nationaux de surveillance continue en incidence (infections du site opératoire - ISO, infections en réanimation - REA, bactéries multirésistantes - BMR, consommations antibiotiques - ATB, accidents exposant au sang puis couverture vaccinale des soignants – AES/CV), dont la mise en œuvre était confiée jusqu'en 2017 à 4 CClin (Ouest, Sud-Est, Nord et Sud-Ouest) et 1 Arlin (Bourgogne-Franche-Comté) dans le cadre de conventions. Les réseaux ISO-Raisin et REA-Raisin, en cohérence avec les réseaux de surveillance européens auxquels ils contribuent, ont depuis quelques années intégré des indicateurs sur les pratiques de prévention (exemple : antibioprophylaxie préopératoire). Ces deux réseaux ont également contribué à des projets de recherche appliquée, en particulier le réseau ISO-Raisin via un

travail du CCLin Nord en lien avec la HAS sur l'utilisation des bases PMSI pour la surveillance des ISO. Le réseau ATB-Raisin bénéficie par ailleurs depuis plusieurs années d'un recueil de données auprès des établissements de santé (ES) facilité par l'outil Consores, développé par le CCLin Est.

Les activités du Raisin concernent aussi la promotion auprès des déclarants et la réponse aux signalements des IAS (décret du 26/07/2001 puis décret du 3/02/2017), en lien avec les autorités sanitaires régionales (ARS) et nationales (DGS). Ces activités incluent l'investigation d'épidémies, la détection des alertes et la contribution à leur gestion, la réalisation de bilans réguliers (bilans globaux ou ciblés sur certaines infections : bactéries hautement résistantes émergentes (BHRé) par exemple) et le partage d'expériences entre ES et entre CCLin/Arlin (aujourd'hui CPias), sous la coordination nationale de Santé publique France. Ces activités se sont appuyées sur la dématérialisation du signalement pour les ES depuis 2011 (outil e-SIN) et l'ouverture aux établissements médico-sociaux (EMS) et la ville en articulation avec le portail des signalements. Elles ont contribué à un meilleur contrôle du risque infectieux et à la détection précoce de certaines émergences (*C. difficile*, BHRé ...) qui ont conduit à des recommandations du HCSP ou à la mise en œuvre de certaines missions nationales d'appui.

Les activités du Raisin concernent enfin la réalisation d'enquêtes nationales de prévalence dans les ES (2001, 2006, 2012, 2017) ou les EMS (2010, 2016), qui permettent de disposer à intervalles réguliers d'un état des lieux du risque infectieux dans ces structures, ou la réalisation d'études plus ciblées parfois motivées par l'actualité (*Enterobacter sakazakii*, *Clostridium difficile*, *M. chimaera*, ...).

L'ensemble de ces activités ont été déclinées depuis 2005 en cohérence avec les priorités de l'ECDC en termes de surveillance, qui sont : résistance aux antibiotiques (*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network - EARS-Net*), consommation des antibiotiques (*European Antimicrobial Consumption Surveillance Network - ESAC-Net*), infections du site opératoire et infections en réanimation (*Healthcare-associated infections Surveillance Network - HAI-Net SSI et ICU*), infections à *C. difficile*, enquêtes européennes de prévalence (PPS) des IAS en ES et en Ehpad. Ces priorités de surveillance européennes impliquent que chaque état membre (dont la France) y contribue.

En termes de surveillance et au-delà des études nationales coordonnées par le Raisin, le CMNIAS a intégré dans sa réflexion l'existence d'autres systèmes : réseaux régionaux de surveillance de l'antibiorésistance en ville (Pays-de-la-Loire, Franche-Comté, Hauts-de-France, ...); surveillance de la consommation d'antibiotiques en ville, basée au niveau national sur l'exploitation annuelle des données de vente de médicaments par l'ANSM et dans certaines régions sur l'exploitation des données de la CNAMTS; surveillance des bactériémies nosocomiales, mise en œuvre par le Raisin de 2001 à 2006; réseaux Néocat (bactériémies sur cathéter en néonatalogie), Mater (infections nosocomiales en maternité) et Dialin (infections nosocomiales en hémodialyse), labellisés par le Raisin mais sans représentativité nationale; surveillance des infections à *C. difficile*, qui a bénéficié d'une étude spécifique en 2009, d'exploitations ponctuelles des données du PMSI par Santé publique France, d'études conduites sous l'égide du CNR ou ponctuellement intégrées via le réseau BMR- Raisin.

### *Activités hors surveillance et investigation*

Au-delà des activités du Raisin (consacrées exclusivement à la surveillance et à l'investigation des signalements et alertes, en cohérence avec les missions de l'Institut de veille sanitaire), les CClin/Arlin ont développé depuis leur création d'autres activités autour de la prévention des IAS et de la RATB : audits et évaluation des pratiques ; information, formation, documentation et communication vers les professionnels et usagers du système de santé. La création de Santé publique France en 2016, aux missions élargies à la prévention, permet aujourd'hui d'aligner les missions de l'agence sur celles des CPias et d'intégrer l'ensemble de ces activités dans les futures missions nationales, dans le cadre d'un continuum allant de la surveillance à la prévention.

Concernant les activités d'audit et d'évaluation des pratiques de prévention des IAS, elles sont, de plus en plus souvent, associées aux réseaux de surveillance précédemment cités, qui ont peu à peu intégré certains indicateurs de processus pour les documenter. Elles sont aussi portées par le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GrepHh), créé à l'initiative des CClin et dont les travaux ont permis de développer au niveau national des outils d'audit ou d'évaluation des pratiques (hygiène des mains, précautions standard ou complémentaires, risque infectieux en Ehpad, ...) mis à disposition des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et des équipes de soins en EMS.

Concernant les activités d'information, de formation, de documentation et communication en matière de prévention, elles ont jusqu'à présent reposé d'une part sur les initiatives propres à chaque CClin ou Arlin (organisation de journées régionales ; investissements des réseaux sociaux pour certains ; développement d'outils de formation à la prévention ou à la gestion des risques), et d'autre part sur certaines activités mutualisées (Nosobase® pour la documentation, site et bulletin CClin/Arlin, annuaire commun).

Renforcer l'audience et la visibilité de ces activités autour de la prévention des IAS et de la RATB est un des enjeux majeurs de l'organisation future à mettre en place. Leurs cibles sont communes et bien identifiées (professionnels de santé, administrations des ES et EMS, usagers du système de santé ...) et les moyens à mettre en œuvre sont multiples (site internet, e-mailing, bulletins, réseaux sociaux, supports divers : plaquettes, affiches, films ...). Ces activités sont aujourd'hui principalement portées séparément par 3 ex-CClin (Sud-Est pour Nosobase®, Sud-Ouest pour la communication web et les réseaux sociaux, Est pour le bulletin), avec une tendance à la raréfaction des outils régionaux pour disposer d'une communication plus cohérente. Toutefois, en dehors du site Nosobase® et probablement du fait d'un manque de moyens et de coordination, l'audience et la visibilité de ces activités, dont certaines sont prometteuses, reste perfectible. Enfin, malgré plusieurs tentatives, la mise en place d'un annuaire commun des différents correspondants (EOH, participants aux réseaux de surveillance, responsables signalement, EMH...) des CClin et Arlin n'a pas abouti à ce jour, alors qu'elle est un des supports indispensables au développement de leurs activités.

Le tout milite en faveur de la création d'une mission nationale dédiée à l'ensemble des activités en lien avec la prévention, fonctionnant en transversal des autres missions et en charge d'apporter l'expertise nécessaire à l'élaboration des messages de prévention. Cette mission pourrait alors bénéficier du savoir-faire, des outils et des ressources de Santé publique France. Son périmètre, potentiellement large, devra être développé de manière progressive, en tenant compte des autres acteurs intervenant dans ce champ : Santé publique France et sa Direction Prévention et Promotion de la Santé (DPPS), Haute autorité de santé (HAS), ministère en charge de la santé, sociétés savantes (SF2H en particulier).

### **Consultation des parties prenantes**

Afin d'alimenter les travaux du CMNIAS, Santé publique France a consulté en mai 2017 l'ensemble des parties prenantes (professionnelles, institutionnelles, scientifiques et usagers du système de santé) concernées par l'évolution de ces missions nationales, notamment en termes de priorités, de capacité à être déléguées par appel à projet, ou d'organisation.

Ont répondu à cette consultation préparatoire au lancement d'appel à projet : la Direction générale de la santé, la Direction générale de l'offre de soins, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, le Délégué ministériel à l'antibiorésistance, la Haute autorité de santé, le Haut conseil de la santé publique, l'Ordre national des médecins, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), la Société de réanimation de langue française (SRLF), les représentants des CClin et du Raisin.

Les commentaires les plus fréquents issus de cette consultation ont porté sur l'évolution des différentes missions actuelles, la nécessité d'alléger les modalités de la surveillance pour privilégier la prévention, et la nécessité de poursuivre les actions menées dans les secteurs ville et médico-social.

### **Rationnel ayant conduit à la définition des missions nationales**

Le périmètre et le contenu des missions nationales a été défini en tenant compte de l'état des lieux précédemment résumé et des éléments suivants :

- La nécessité d'intégrer dans une même mission les activités de surveillance et de prévention dans un objectif de continuum et d'information pour l'action ;
- L'ouverture via le Propias du champ des IAS vers la ville, enjeu majeur pour le contrôle de l'antibiothérapie et le respect des précautions standard. Par ailleurs, la médecine de ville devient aujourd'hui plus invasive et plus intégrée à la médecine pratiquée dans les ES ;
- Un défaut de couverture par les réseaux actuels de surveillance de certains champs du risque infectieux associé aux soins et certains types ou secteurs de soins (Ehpad, dispositifs intravasculaires hors réanimation, ...) ce qui a pu conduire à un retard dans la mise en œuvre de certaines actions de prévention. Ces besoins ont été identifiés dans l'axe 3 du Propias, ou ont fait l'objet d'alertes récurrentes ces dernières années (exemple des IAS en néonatalogie) ;
- L'élargissement du champ du risque infectieux interventionnel avec le développement de la chirurgie ambulatoire (que la Ministre de la santé souhaite aujourd'hui accélérer) et de la médecine ou radiologie interventionnelles ;
- L'évolution des concepts de prévention des IAS, qui ne reposent plus aujourd'hui seulement sur les données de surveillance des IAS mais aussi sur des indicateurs de processus reflétant les pratiques de soins. Dans cette perspective, l'utilisation des bases de données médico-administratives doit être encouragée pour simplifier la surveillance de certaines IAS, en particulier les infections du site opératoire, permettant ainsi de libérer du temps pour le développement d'actions de prévention ;
- L'entrée progressive des méthodes de gestion des risques dans le champ de la prévention des IAS, avec une approche individualisée du risque infectieux : analyse des causes, Retex, RMM ... ;
- La disponibilité d'outils de formation utilisant les nouvelles technologies de l'information (réseaux sociaux, webinars, ...) ;
- La très grande accessibilité, via Internet et les moteurs de recherche, des outils de documentation et de bibliographie, qui permet de recentrer aujourd'hui l'activité de Nosobase® sur sa réelle plus-value, à savoir la mise à disposition d'un inventaire régulièrement actualisé et facilement accessible de la réglementation en matière de lutte contre les IAS et la RATB. Ce recentrage est par ailleurs motivé par le fait que plusieurs acteurs (HCSP et sa commission CS-3P, sociétés savantes telles que la SF2H, HAS, ...) sont aujourd'hui plus légitimes et plus visibles en termes d'élaboration de recommandations sur la base de synthèses de la littérature scientifique ;

- Enfin, le fait que certaines activités nationales ont vocation à rester portées directement par Santé publique France ; elles ne seront donc pas déléguées par les appels à projet. Il s'agit notamment :
  - de la coordination nationale du signalement des IAS, en lien direct avec les missions d'alerte de l'agence ;
  - des enquêtes nationales de prévalence (ES, EMS et ville) ;
  - de la surveillance des consommations d'antibiotiques en ville, l'agence ayant un accès permanent au système national des données de santé (SNDS) lui permettant à l'avenir de mettre à disposition de tous les acteurs concernés des indicateurs de consommation directement issus de ces données ;
  - de la promotion de la vaccination et de la surveillance de la couverture vaccinale des professionnels de santé qui, compte tenu des orientations politiques et réglementaires actuelles et pour rester cohérentes avec les actions en cours de mises en œuvre, nécessitent de rester portées par l'agence en lien étroit avec le ministère chargé de la santé. En ce qui concerne les professionnels de santé, ces actions pourront être relayées dans chaque région par les CPias sous l'égide des ARS.

Le CMNIAS s'est ainsi prononcé sur 5 grandes missions auxquelles les CPias pourront répondre :

1. Surveillance et prévention de la RATB et des IAS en soins de ville et en secteur médico-social ;
2. Surveillance et prévention de la RATB en établissements de santé ;
3. Surveillance et prévention du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle ;
4. Surveillance et prévention des infections associées aux dispositifs invasifs ;
5. Soutien aux actions de prévention : évaluation, formation, communication, documentation.

L'équilibre entre chacune de ces grandes missions, leurs interactions potentielles et les modalités de transition avec l'existant ont été prises en compte. Le rationnel pour chacune des missions a été le suivant :

1. Surveillance et prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des infections associées aux soins en soins de ville et en secteur médico-social

La maîtrise de l'antibiorésistance en secteurs de ville et médico-social est prioritaire. En effet, la consommation d'antibiotiques en France est essentiellement (93%) le fait des prescriptions hors ES. Comme l'a souligné la feuille de route interministérielle, les données de résistance et de consommation antibiotique en soins de ville et pour les EMS sont aujourd'hui parcellaires et peu exploitées. Le rôle des laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM) de ville et des bases de données de l'Assurance Maladies (CNAMTS) est au premier plan. La mission doit avoir pour priorité la mobilisation des LABM pour disposer des données sur la résistance en ville et pourra bénéficier, pour les consommations d'antibiotiques, des indicateurs produits par l'agence à partir du SNDS ou ceux produits par la CNAMTS dans le cadre de la ROSP. Pour la prévention des IAS et de la RATB, en ville et en EMS, les prescripteurs ont en effet besoin d'outils de formation sur les mesures recommandées et d'informations concernant le risque infectieux lié aux soins, les résistances et les consommations d'antibiotiques aux niveaux national et régional. L'interface avec les ordres, fédérations, unions de professionnels de santé sera à privilégier. Ces besoins ont été identifiés par l'enquête réalisée en 2013 par le groupe « Ville » de la COSPIN ([http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_enquete\\_ias\\_ville.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enquete_ias_ville.pdf)).

2. Surveillance et prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques en établissements de santé

La résistance bactérienne aux antibiotiques évolue constamment dans les ES, alors que la consommation des antibiotiques y reste stable mais élevée. Deux réseaux nationaux distincts assurent aujourd'hui la surveillance de la résistance et des

consommations d'antibiotiques en France, avec une déclinaison territoriale encore hétérogène et certaines activités parfois redondantes. Il est donc nécessaire d'homogénéiser le recueil des données et d'intégrer, par la réunion des deux réseaux actuels en un seul, les données de surveillance de la résistance et des consommations antibiotiques aux échelons locaux, régionaux et nationaux, comme l'a recommandé la feuille de route interministérielle « Antibiorésistance ». Par ailleurs, le volet de la prévention et de son évaluation doit continuer son développement, notamment pour la prévention de la transmission croisée. Si les actions visant au bon usage des antibiotiques n'entrent pas directement dans le champ de cette mission, il est cependant attendu que cette mission vienne en appui de celles-ci en fournissant aux acteurs du bon usage (infectiologues, pharmaciens, ...) les indicateurs permettant d'orienter leurs actions. Enfin, la résistance bactérienne n'étant pas limitée aux ES, il est nécessaire de documenter et de prévenir la résistance tout au long du parcours de santé du patient, et cette mission devra travailler en articulation avec la mission précédente.

### 3. Surveillance et prévention du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle

Les infections de site opératoire (ISO) ont toujours, compte tenu de leur fréquence et de leur gravité, constitué une des priorités des programmes nationaux de prévention des infections nosocomiales. Depuis 2015, le Propias poursuit cette priorité dans le cadre de son axe 3, a proposé des objectifs innovants et une cible quantitative, proche d'un indicateur de résultat. Aujourd'hui, le réseau ISO-Raisin permet de mesurer des taux d'ISO par spécialité : 1,15 % en chirurgie orthopédique, 1,74 % en chirurgie digestive, 1,63 % en gynécologie-obstétrique (données 2015). Au-delà de leur fréquence et de leur gravité, les ISO sont citées par les usagers comme l'exemple emblématique des infections nosocomiales et de leurs conséquences. Leur prévention fait aujourd'hui l'objet de corpus de recommandations solides et leur prise en charge bénéficie de dispositifs adaptés à l'instar des Centres de Références pour les Infections Ostéo-Articulaires Complexes (CRIOAC). Ces efforts doivent être poursuivis. En complément, la médecine interventionnelle connaît un développement majeur depuis plusieurs années : chaque année en France, plus de 400 000 actes invasifs à visée diagnostique sont réalisés, plus de 100 000 stents et 70 000 stimulateurs cardiaques sont implantés et près de 20 000 embolisations vasculaires sont pratiquées. Le risque infectieux lié à ces pratiques reste aujourd'hui très mal connu et cette mission devra investir ce champ.

Par ailleurs, les méthodes de surveillance des ISO ont considérablement évolué ces dernières années, en lien avec l'informatisation des dossiers médicaux et des travaux analysant les bases de données médico-administratives (BDMA), avec l'objectif d'estimer des taux d'incidence d'ISO pour certains actes chirurgicaux. En parallèle, les réseaux de surveillance ont développé des outils d'évaluation des pratiques couplés à la surveillance (antibioprophylaxie chirurgicale ou préparation cutanée préopératoire). Ces outils ont trouvé une place importante pour les EOH dans la promotion des bonnes pratiques auprès des équipes chirurgicales, autour des infections identifiées dans les procédures de surveillance. Enfin, le virage ambulatoire qui se renforce actuellement, avec une part attendue d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire pouvant atteindre 75%, rendra rapidement les stratégies actuelles de surveillance (essentiellement basées sur un diagnostic des ISO lors du séjour hospitalier) très peu opérantes. Les protocoles nationaux ou européens de surveillance intègrent encore peu ces évolutions et la mission nationale ainsi définie en fait un enjeu majeur qui devra être pris en compte.

### 4. Surveillance et prévention des infections associées aux dispositifs invasifs

La réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs est un des 3 axes du Propias. On estime que 25 millions de cathéters veineux périphériques (CVP) et un million de cathéters veineux centraux (CVC) sont mis en place chaque année en France. Les dispositifs intravasculaires (DIV) sont très utilisés dans les ES, représentant 28,7 % des patients (ENP 2012) avec des complications infectieuses notables. Les bactériémies nosocomiales sont majoritairement liées aux infections sur cathéters veineux (33 % aux CVC; 8 % aux CVP). Les réseaux de surveillance des complications infectieuses liées aux

cathéters vasculaires dans les populations les plus fragiles (REA-Raisin, Néocat, Dialin) ont permis de mieux documenter et prévenir ces risques, avec une baisse des taux en réanimation adulte. Avec l'évolution de la prise en charge des patients (durées d'hospitalisation raccourcies, soins à domicile...), l'utilisation et l'entretien des DIV (cathéters à chambre implantable, cathéters centraux insérés par voie périphérique) sont partagés par différents professionnels de santé (ES, EMS et ville). Des travaux sur la pertinence du cathétérisme vasculaire, notamment hors des services spécialisés et sur l'évitabilité des infections associées à ces dispositifs ont montré qu'il est nécessaire de mieux documenter et prévenir ces risques tout au long du parcours de santé du patient. Cette mission aura pour objectif de prendre en compte cette problématique et s'intéressera également, dans les suites du réseau REA-Raisin, aux pneumonies liées à la ventilation.

#### 5. Soutien aux actions de prévention : évaluation, formation, communication, documentation

Les réseaux de surveillance des IAS et de la RATB ont permis de structurer les actions de prévention ces 30 dernières années, en utilisant leurs résultats pour décliner les actions de prévention et vérifier leur efficacité. Progressivement, des indicateurs de bonnes pratiques ont été associés puis autonomisés. Par ailleurs, les outils de formation et de communication ont évolué. Ces deux éléments, indicateurs de bonnes pratiques et nouveaux outils changent le paradigme de la prévention des IAS et de la RATB et nécessitent un soutien technique et méthodologique.

La mission « Soutien à la prévention : évaluation, communication, formation, documentation » viendra donc en appui des autres missions nationales et de tous les CPias pour leur fournir des outils dans leurs champs de compétences. Elle assurera aussi une veille scientifique sur les interventions probantes en prévention et sera force de proposition dans ces domaines. Elle aura enfin pour vocation de couvrir plus globalement le champ de la prévention sur des thématiques transversales (telles que les précautions standard ou complémentaires) ou non couvertes par les missions précédentes.

### Conclusion

Le travail du CMNIAS a abouti aux cahiers des charges de 5 futures missions nationales qui seront confiées par appel à projets à certains CPias. Après plus de 20 ans d'activité en matière de surveillance et de prévention des IAS et de la RATB, ce travail permet d'identifier certaines tendances fortes :

- la nécessité d'aborder des risques nouveaux (médecine interventionnelle, ...), des risques non encore couverts (infections liées aux cathéters hors réanimation) ou des lieux de soins non encore parfaitement pris en compte par les réseaux actuels (médecine de ville, EMS, ...) ;
- la nécessité de relier consommation des antibiotiques et résistance bactérienne aux antibiotiques, pour une utilisation en prévention au niveau local, régional et national, que ce soit au niveau des ES, où les réseaux existent mais ne sont pas bien coordonnés, ou au niveau de la ville (soins de ville et EMS), où il faut généraliser l'accès aux données ;
- l'importance de faire entrer dans les outils de prévention des méthodes nouvelles de formation et de communication, avec les méthodes venant de la gestion des risques et des outils utilisant les nouvelles technologies de l'information, avec l'aide des sciences humaines et sociales et des techniques de l'implémentation ;
- un rééquilibrage des méthodes de prévention, passant d'une prévention essentiellement basée sur l'utilisation des taux d'infection comme support des actions vers l'utilisation d'indicateurs de bonnes pratiques ou des indicateurs de résultats d'obtention plus facile (s'appuyant notamment sur les BDMA).

Les 5 missions nationales ainsi proposées, avec leur cahier des charges en annexe, ont l'ambition de répondre à ces enjeux, dans le cadre d'un Réseau national de prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux antibiotiques associant chaque CPias et coordonné par Santé publique France.

**Annexe – Membres du comité « Missions nationales Infections associées aux soins »**

Membres experts nommés *intuitu personae* :

- Gilles ANTONIOTTI, Aix-les-Bains
- Philippe BERTHELOT, CHU Saint Etienne
- Claude BOSI, CH Aubagne
- Laurence CAUCHY, CHRU Lille
- Jean-Winoc DECOUSSER, AP-HP
- Bruno GRANDBASTIEN, CHU Vaudois Lausanne
- Jean-Christophe LUCET, AP-HP – Président du comité
- Laurence MARTY, Grand Hôpital de l'Est francilien
- Céline PULCINI, CHRU Nancy

Représentants institutionnels :

- Bernadette WORMS, Ministère des solidarités et de la santé, DGS
- Sylvie RENARD-DUBOIS, Ministère des solidarités et de la santé, DGOS
- Béatrice TRAN, Ministère des solidarités et de la santé, Secrétariat général
- Laetitia MAY-MICHELANGELI, Haute autorité de santé
- Geneviève MOTYKA, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- Eveline JEAN, Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Isabelle POUJOL, Santé publique France, CIRE Auvergne-Rhône-Alpes
- Anne BERGER-CARBONNE, Santé publique France
- Thierry DEBORD, Santé publique France