



PLANS NATIONAUX ET INDICATEURS DE LIN/LIAS

**(Lutte contre les Infections Nosocomiales /
Infections Associées aux Soins)**



Historique : différents plans

- Plan d'action national pour la **maîtrise des BMR...**
- programme national de **prévention des infections nosocomiales** 2009-2013 (PROPIN)
- programme national de **prévention des IAS en établissements médico-sociaux**
- Programmes nationaux de promotion de la recherche et pour la prévention (volet qualité sécurité des soins et IAS)
- Plan national pour **préserver l'efficacité des antibiotiques** 2011-2016
- Programme national pour la **sécurité des patients** 2013-2017

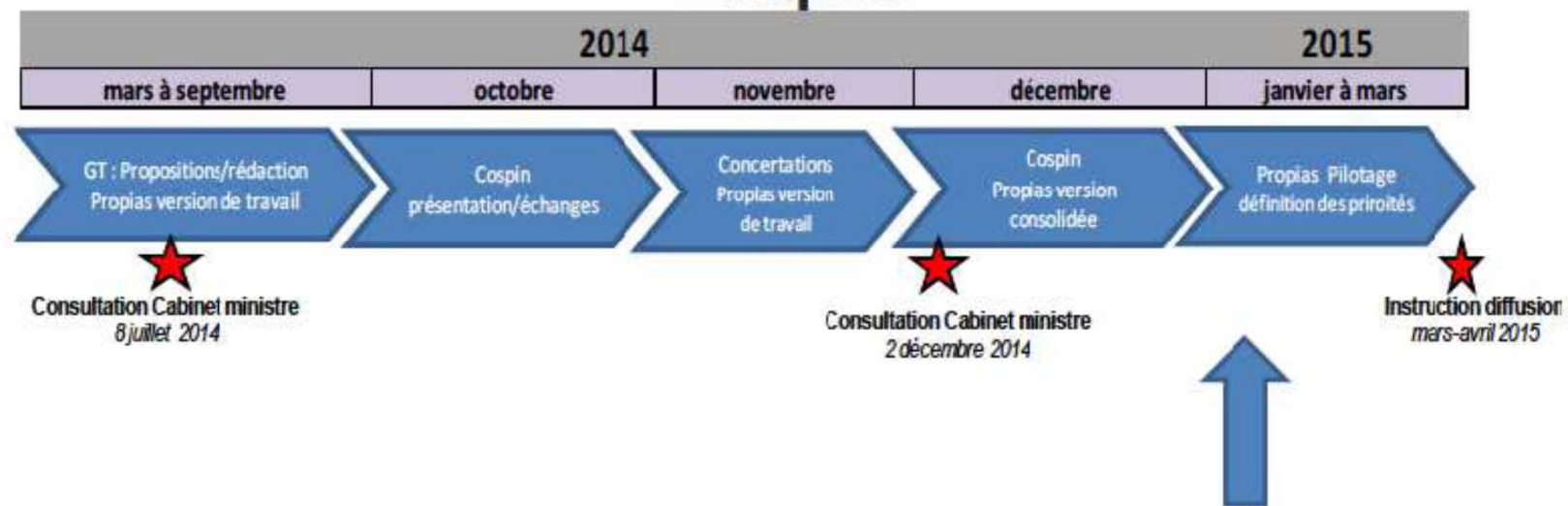
Plans nationaux 2009-2013



Le PROPIAS (2015)

Programme National d'actions de prévention des IAS

Etapes





Texte relatif au PROPIAS

- **INSTRUCTION**
N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du
15 juin 2015 relative au programme national
d'actions de prévention des infections
associées aux soins (Propias) 2015

Cadre du PROPIAS 1/2

- Résultats de l'évaluation du PROPIN 2009-2013
- **Proposer un programme sur les trois secteurs** en impliquant les usagers
- Intégration des problématiques « ville » et EMS; En ES et en EMS, l'implication forte du directeur/responsable est essentielle pour conduire cette politique de prévention des IAS et appuyer les équipes de professionnels en charge de la mettre en œuvre. En ville, la mise en œuvre du PROPIAS s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...).
- Pas de date de fin et évaluation triennale

Cadre du PROPIAS 2/2

- Ce programme tient compte des plans de santé en cours (plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017).
- Le patient et son parcours de santé constituent le fil conducteur du PROPIAS
- Il vise à **favoriser la mutualisation des moyens**, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours de santé en **priorisant les actes les plus à risque**.
- La DGOS, la DGS et la DGCS pilotent conjointement le Propias, un comité de suivi s'assure de sa mise en œuvre.

Présentation du PROPIAS

Fil conducteur: le parcours de santé du patient dans les 3 secteurs de l'offre de soins

Trois axes :

Axe 1 : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.

Axe 2 : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

Axe 3 : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Pour chaque axe :

- Déclinaison en Thèmes-Objectifs et Actions
- Orientations de recherche
- Algorithme des actions par secteur ES-EMS-Ville
- Répartition des actions pour chaque objectif par niveau d'action local/régional/national
- Cibles quantitatives en ES et EMS/Ville

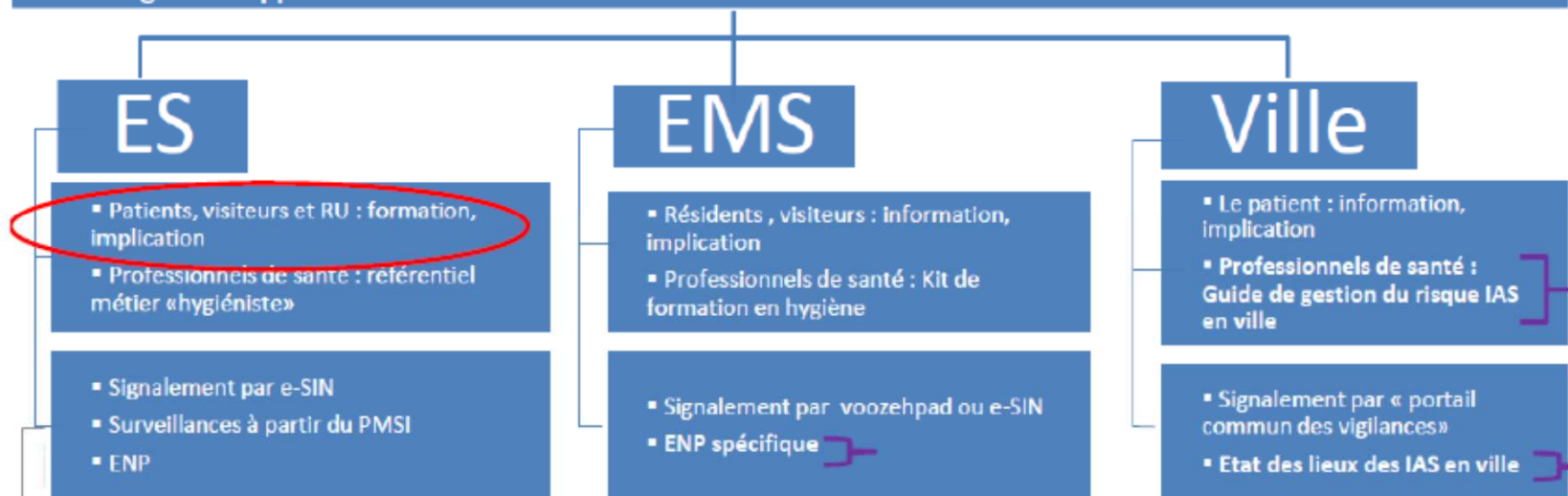
Axe 1 : Prévention des IAS lors du parcours de soins/usagers : 5 objectifs

1. Intégration de la PIAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des 3 secteurs de l'offre de soins
2. Structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de PIAS.
3. Promotion de la formation de tous les intervenants à la PIAS (professionnels, RU) du parcours de soins du patient
4. Renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)
5. Renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de soins

Axe 1: Points communs et spécificités

Cohérence de la PIAS dans les 3 secteurs : les points communs

- ❖ Dossier patient informatisé
- ❖ Dossier pharmaceutique
- ❖ **Lettre de liaison** ←
- ❖ Dossier médical partagé (DMP)
- ❖ Relais par médias sociaux
- ❖ Réseaux de professionnels de santé spécialisés (EOH, EMH, GDR et référents ATB)
- ❖ **Structures régionales : ARS, SRVA (Arlin/CCLin/Omedit/SRA...), Cire, centres de conseil en antibiothérapie** ←
- ❖ Formation des intervenants
- ❖ Partage des supports de formation



Axe 1 : cibles quantitatives

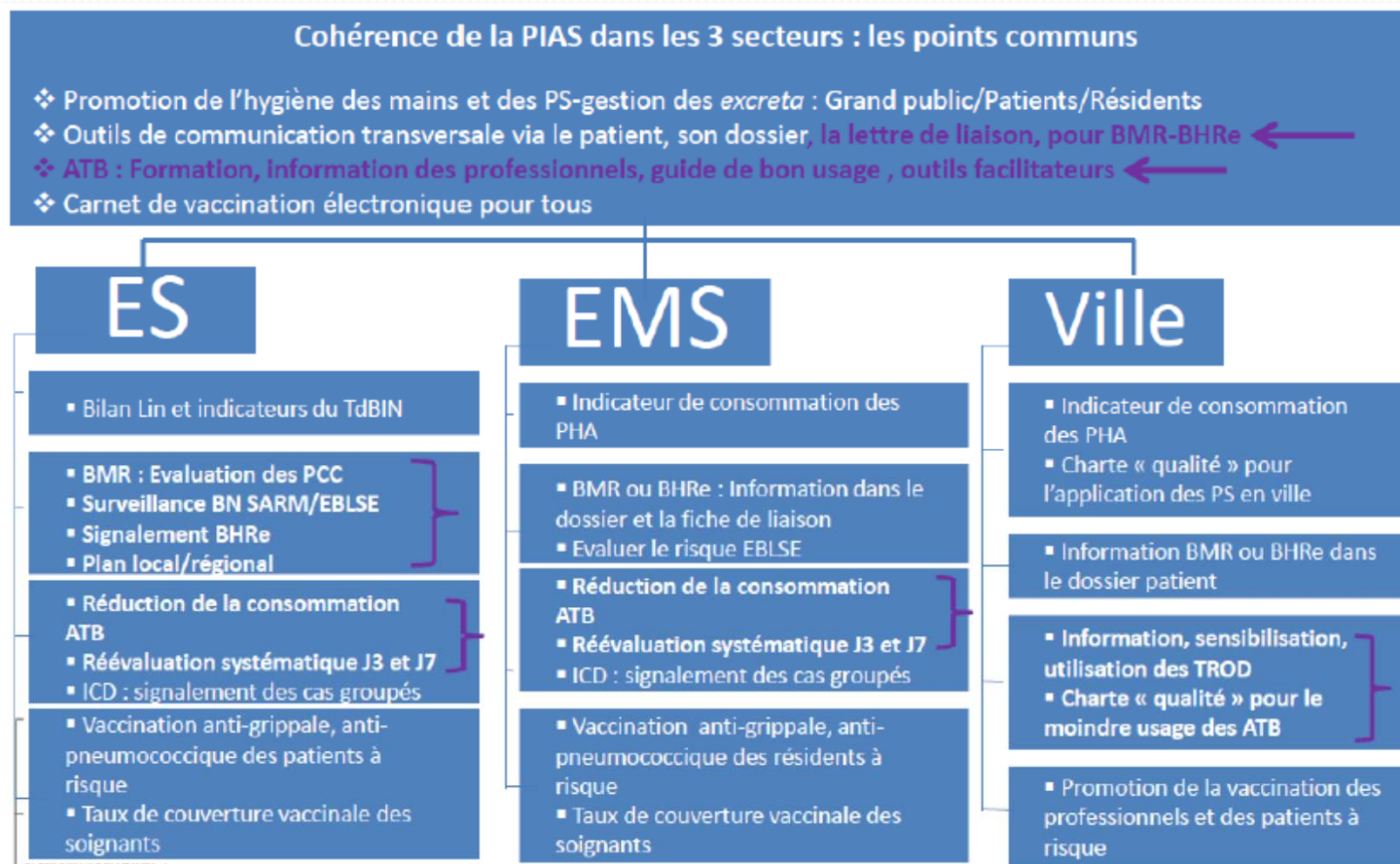
Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Formation des RU	100% des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin	Local	Annuel	BilanLin
Communication	100% des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient	National	2016	BilanLin
EOH	100% des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH	National	2015/Annuel	BilanLin
Signalement	100% des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN	National	2015/Annuel	InVS
Surveillance	Enquête nationale de prévalence des IAS en ES	National	2017/5 ans	InVS
Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Signalement Surveillance	Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS	National	2016/Annuel	SNS vigilances InVS
	Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en soins de ville	National	2016/5 ans	

Axe 2 : renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance

4 objectifs

- 1. Associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance**
- 2. Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tous lieux**
- 3. Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes**
- 4. Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé**

Axe 2 : Points communs et spécificités



Axe 2 : cibles quantitatives ES

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PHA	% de conformité de l'hygiène des mains $\geq 80\%$	Local	2015 Annuel	Grephe BilanLin
	La consommation atteint au moins 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National		
BMR	% SARM parmi les BN à <i>S. aureus</i> $\leq 20\%$	National	2017	Raisin
	Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20%		2018	
	100% des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes	Local	2016	BilanLin
	Stabilisation de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE Diminution de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE de 20%.	National Local	2018 2020	Raisin
BHRe	Taux d'EPC parmi les bactériémies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> $\leq 1\%$	National	2015 Annuel	EARS-net
	Taux d'ERV parmi les bactériémies à <i>Enterococcus faecium</i> $\leq 1\%$	National	2015 Annuel	EARS-net
	Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe $\leq 20\%$ Proportion d'épisodes avec cas secondaires $\leq 10\%$	Local Régional National	2015 Annuel	CClin/Arlin ARS InVS
	Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100% des ES Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100% des ES	Local	2015	BilanLin

Axe 2 : cibles quantitatives ES (suite)

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
ATB	Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés $\leq 10\%$	Local Régional National	2020 2016	Raisin BilanLin
	Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h $\leq 10\%$	Local	2015	BilanLin
Vaccins	100% des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé	Local	2015 Annuel 2016	BilanLin InVS/INPES
	100% des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle	National		
	100% des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Local		

Axe 2 : cibles quantitatives EMS/Ville

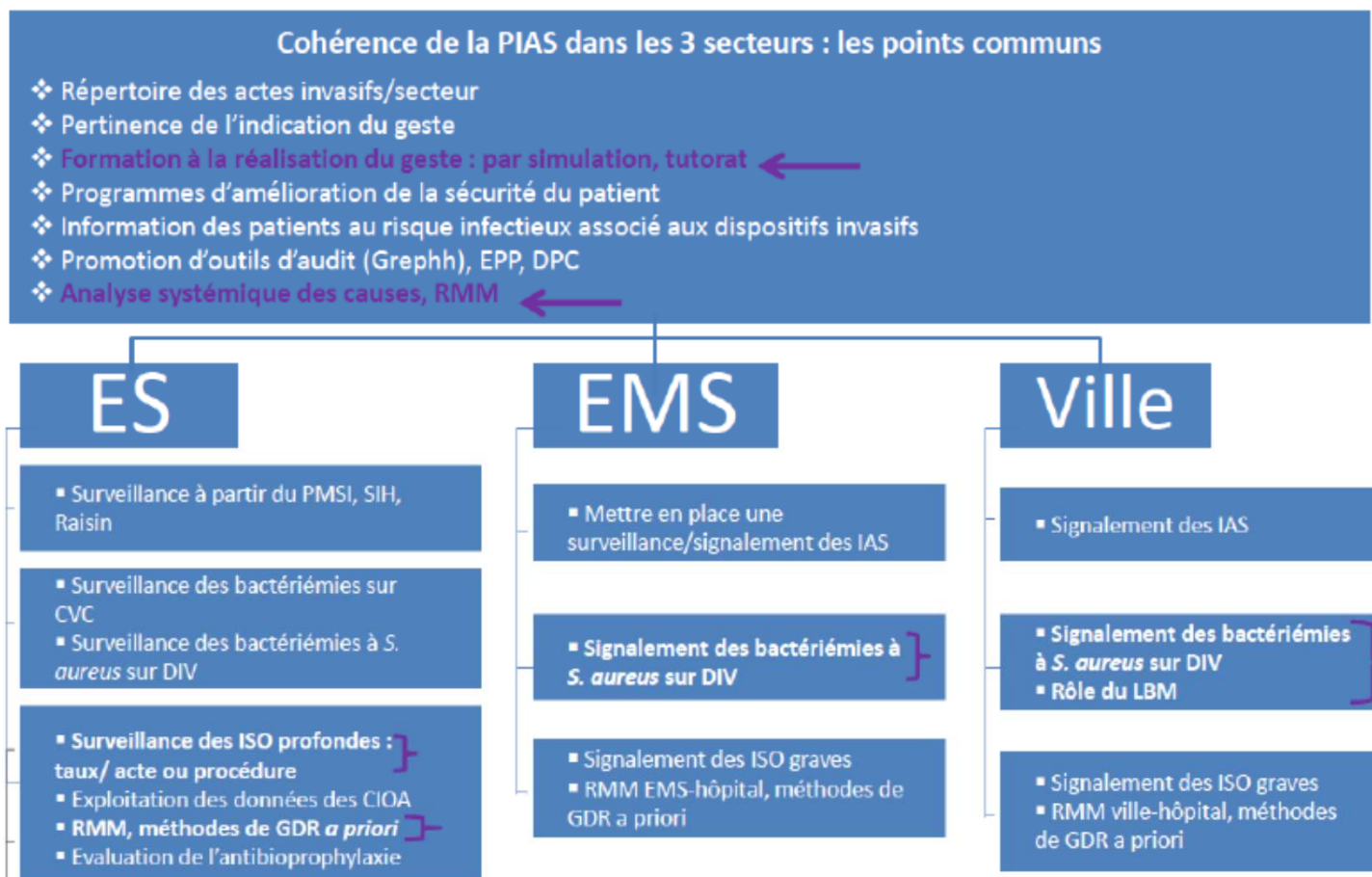
Etablissements médicaux-sociaux Secteur des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PS	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard » La consommation de PHA atteint 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin
BMR	100% des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G	Régional National	2016	ARS CClin/Arlin
BHRe	Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour 100% des patients porteurs	Local Régional	2015	ARS CClin/Arlin
ATB	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans	Régional National	2016 2020	ARS, SRVA CNAMTS, ANSM
Vaccins	100% des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B 100% des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue	Régional	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin

Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs

3 thèmes/objectifs

1. Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs
2. Surveiller les infections associées aux actes invasifs dont les dispositifs médicaux implantables tout au long du parcours de santé
3. Améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)

Axe 3 : Points communs et spécificités



Axe 3 : cibles quantitatives

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
ISO	Taux d'ISO par acte/procédure ciblé en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH : $\leq 1\%$ pour PTH et PTG	Local National	2017 Bisannuel	Raisin
Bactériémies	Bactériémie sur CVC en réanimation : taux $\leq 1/1000$ J-cathéter	Local	2015/Annuel	Raisin
	Bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20% de la prévalence	Local Régional National	2017/5 ans	ENP
	Diminution de 20% de la prévalence des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV en réanimation et hors réanimation	National	2017/5 ans	ENP
Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
Bactériémies	Signalement des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV à partir du LBM*	Régional	2016	ARS CClin/Arlin

* la cible quantitative sera adaptée à l'issue de l'année 2016 en fonction de l'objectif régional



Les Indicateurs nationaux de LIN ...

**...découlent des plans nationaux
successifs**

Indicateurs : historique

- Circulaire du 13/12/2004: **Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008**
 - tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales: 1ers indicateurs (ICALIN, ICSHA, ICATB, SURVISO, SARM, Score agrégé)

Indicateurs : thèmes abordés

- Politique générale en termes de lutte contre les IN
-ICALIN
- Maitrise des ISO (infections de site opératoire) -ICALISO
- Maitrise des BMR (bactéries multi-résistantes) -ICABMR
- Bon usage des antibiotiques -ICATB
- Maitrise de l'hygiène des mains -ICSHA
- Suivi des Bactériémies à SARM
(Staphylococcus aureus résistant méticilline) -BN-SARM

Indicateurs : objectifs

- **informer** les usagers, le grand public
 - **outil de communication**
"vers plus de transparence et responsabilisation"
- **contribuer à l'amélioration** des pratiques
 - outil **pédagogique** et d'émulation,
 - outil **d'aide à la décision**
"inciter les établissements à progresser et ne laisser personne en dehors de la dynamique"
- **évaluer** l'impact de la politique nationale

Indicateurs : objectifs

Pour aider à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par la mesure

- S'appuient sur des textes réglementaires, des recommandations etc - Testés et validés – actualisés après chaque campagne si nécessaire
- Recueil des données nécessaires aux calculs sur des plateformes dédiées « QualHAS », BILANLIN ou e-Satis et gérée par l'ATIH
- Permettent la comparaison inter-établissement
- Destinés
 - aux établissements de santé : en interne pour le pilotage de la qualité, pour communiquer sur sa qualité
 - aux régulateurs : Certification, Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS, Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), CCLIN, ...
 - pour l'utilisateur : Diffusion publique (site Scope Santé)

Spécificité du thème IAS : une obligation réglementaire (Bilan LIN)

Indicateurs : évolution et complexification

- **A l'origine**, un seul questionnaire d'une dizaine de lignes (ICALIN).
- **Rajout progressif d'indicateurs** (2011) et complexification des éléments de preuves à apporter

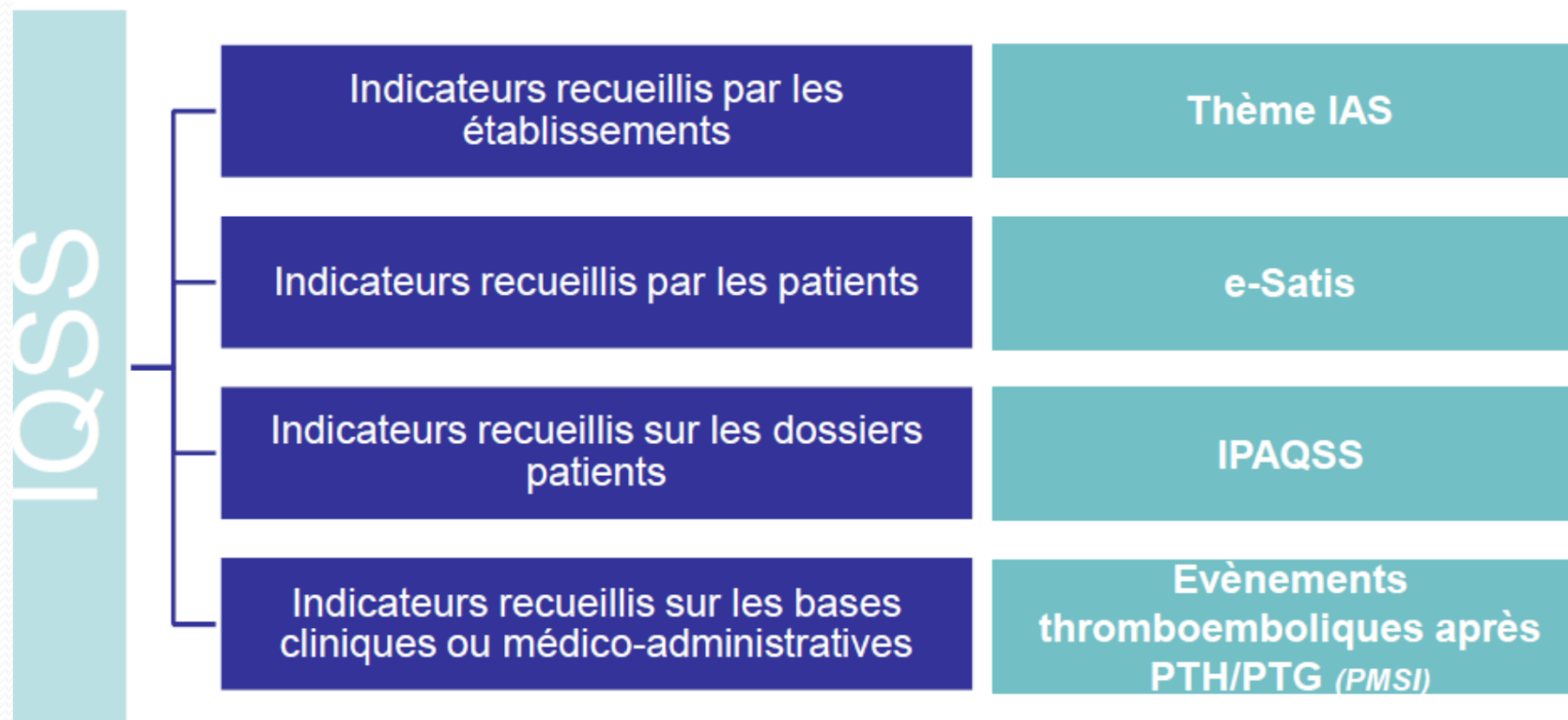
Evolution 2015-2016

- **L'alternance du recueil une année sur deux** pour certains des indicateurs
- Recueil des indicateurs ICALIN.2 et ICALISO en alternance une année sur deux avec le recueil des indicateurs ICA-BMR , ICATB.2, et ICALIN.2(optionnel cette fois))
- Le recueil annuel maintenu pour l'indicateur ICSHA.2
- La **suppression** de l'indicateur Score agrégé
- La **suppression** de l'indice SARM
- **3. Le recueil d'un nouvel indicateur** : « Bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM).

Evolution 2017-2018

- **IQSS 2017 - IAS (ex-TBIN)** : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du thème « Infections Associées aux Soins ». **Le thème IAS regroupe les indicateurs antérieurement appelés indicateurs du Tableau de Bord des Infections Nosocomiales (ex-TBIN)**
- **La HAS** a repris, en 2016, la maîtrise d'ouvrage des campagnes de recueil du thème IAS (ex-TBIN) et est désormais l'interlocuteur de référence pour les professionnels de santé et les autres acteurs pour les campagnes de recueil de ces indicateurs.
- Passage de l'ICSHA2 à **l'ICSHA3**

Différents types d'indicateurs IQSS



Evolution du thème IAS

Recueil biennal

Campagnes	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ICALIN	R	DP	DP	DP	DP	DP	DP							
ICALIN.2							S	DP	DP	F	DP	F	DP	F
ICATB			DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP					
ICATB.2							S		S	DP		DP		DP
ICA-BMR						S	DP	DP	DP	DP		DP		DP
ICSHA		DP	DP	DP	DP	DP	DP							
ICSHA.2								DP	DP	DP	DP	DP	DP	?
ICSHA.3											S	S	S	DP
SURVISO		DP	DP	DP	DP	DP	DP							
ICA-LISO							S	DP	DP		DP		DP	
SCORE AGREGE			DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP					
Ind triennal SARM							DP	DP	DP					
Bact. noso à SARM										S	S	DP		
ISO PTH/G PMSI													S	R

HAS R : Recueil DP : Diffusion Publique S : Simulation F: Facultatif



Evolution : conséquences

- Ces indicateurs évoluent d'année en année :
- **Nouvelles versions** (ICALIN puis ICALIN.2)
- **Transformation** d'indicateurs SURVISO puis ICALISO
- **Nouveaux indicateurs** : BN-SARM
- **Abandon d'indicateurs** : score agrégé, indice SARM
- Ces changements réguliers rendent difficile la comparaison de ces indicateurs dans le temps

Les indicateurs actuels

- ICALIN.2 (annuel DP ou F)
 - ICALISO (biennal années impaires)
 - ICSHA.3 (annuel DP)
 - ICABMR (biennal années paires) abandonné définitivement ?
 - ICATB.2 (biennal années paires)
-
- BN-SARM indicateur actuellement suspendu pour évaluation
 - Phase de transitions : refonte prévue en 2019 néanmoins tous ces indicateurs ont encore leurs scores visibles sur le site officiel Scope santé



Indicateurs : obligation réglementaire

- En application de l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, **les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini** par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Ils doivent **transmettre à la HAS un ensemble de données** qui lui permettent de calculer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Ces indicateurs sont donc **opposables**



Cahier des charges

- Ces indicateurs sont calculés à partir du **bilan standardisé annuel** de la prévention des infections nosocomiales (**bilan LIN**) dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.
- **Grille de recueil** et des consignes de remplissage définissant les attentes pour chacun des critères permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.

Extrait d'un cahier des charges (ICALIN2)

A31 Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard.

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif aux précautions standard dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.

Si oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

2015	▼	2014	▼	2013	▼	2012	▼	2011	▼	avant 2011	▼
------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------------	---

❖ ÉLÉMENTS DE PREUVE

Protocole institutionnel, validé et daté.

Éléments de preuves

- Décrits dans un **cahier des charges**. Très précis (spécificité) et pas forcément adaptés aux grosses structures multi-sites comme par exemple l'AP-HM.
- **Types d'éléments de preuves pouvant occasionner suite à visite de contrôle de l'ARS, une baisse des points pour un établissement pour les différents indicateurs.**
 - **absents** au moment de la saisie du bilan **mais existants** (et non produits dans les délais en cas de contrôle)
 - **existants mais un peu différents** de ceux exigés et donc soumis à l'appréciation d'un éventuel visiteur de l'ARS

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un **contrôle qualité de leurs indicateurs** issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par **les ARS**

Rendu des résultats

- Les résultats sont rendus sous forme de **classe de performance de A à E par catégories d'établissement de santé** (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer,) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements.
- - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé.
- - la classe E, les structures les plus en retard.



Calendrier

- **fin mars à début mai** : **saisie** des données (année N-1) par les établissements de santé sur le site bilan LIN.
- **mai à septembre** : **validation administrative** des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS
(+/- **contrôle et validation des éléments de preuve**)
- **Fin novembre** : publication des **résultats définitifs et diffusion** sur le site scope santé

ICALIN.2

(Indicateur Composite de lutte contre les IN)

- Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) objective **l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.**
- **Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales.**
- Il est calculé à partir de trois chapitres organisation (O : 20 points) Moyens (M : 30 points) et Actions (A : 50 points) à partir de **55 critères**



ICALIN.2

- Cet indicateur a été diffusé publiquement pour la première fois en 2012. Son recueil avec diffusion publique est biennal depuis la campagne 2014.
- **Indicateur de processus**
- **Indicateur composite**
- Ajustement sur le type d'activité
- Aucun établissement de santé n'est exclu

ICALIN.2

organisation et moyens

- **1. Organisation :**
 - - La politique et l'implication des instances,
 - - L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène,
 - - L'information des usagers et du patient
 - - Le signalement des infections nosocomiales
- **2. Moyens :**
 - - Humains :
 - - Matériel :
 - - Formation du personnel :

ICALIN.2

actions

- **3. Actions de prévention et d'évaluation relatives à :**
- - Protection du personnel,
- - Hygiène des mains,
- - Précautions standard et complémentaires,
- - Infections associées aux gestes invasifs,
- - Environnement (eau et air)
- - Surveillance des IN (incidence ou prévalence)
- - Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.

ICALISO

(Indicateur Composite de lutte contre les ISO)

- **ICALISO** indicateur composite composé de trois sous-chapitres et présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) :
- organisation (16 points)
- moyens (10 points)
- actions (74 points)
- à partir de **15 critères**, il objective l'organisation pour la **prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique**, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement

ICALISO

organisation et moyens

- **Organisation**
- L'EOH est destinataire des données de la surveillance des infections du site opératoire (ISO)
- Les chirurgiens sont systématiquement impliqués dans la validation clinique des ISO
- Les résultats de la surveillance sont restitués à la commission ou la conférence médicale au moins une fois par an
- **Moyens**
- Le suivi des infections du site opératoire se fait en utilisant le système d'information hospitalier

ICALISO

actions 1/2

- **Prévention (20 pts)**
 - Outils d'aide à l'observance (check-list présente dans les blocs) pour risque préopératoire (préparation cutanée, bon usage de l'ABP, surveillance clinique (possible sur autre document))
 - Protocole spécifique (<5 ans) à hygiène au bloc opératoire et obstétrical
 - Maintenance préventive et curative de l'air (surveillance microbiologique avec seuil d'alerte) carnet sanitaire « air »
 - Protocoles (<5 ans) de préparation Cutanée Opéré (dans **toutes** les disciplines chir. y compris chirurgie ambulatoire)
 - Protocoles institutionnels d'antibioprophylaxie (<5 ans) dans **chaque** discipline chirurgicales.

ICALISO

actions 2/2

- **Surveillance** (30 pts) = taux d'ISO pour 100 interventions ; **notion de discipline chirurgicale**
 - Toutes les disciplines (nb points fonction du taux de participation) (de 0 à 16 pts)
 - _ Participation à un réseau pour au moins une discipline : ISO-RAISIN ou autre
 - _ Rendu des résultats aux services de **toutes** les disciplines chir. surveillées, (réunion, rapport)
 - _ Rendu des résultats **toutes** les disciplines chir. surveillées au bloc opératoire
- **Évaluation des pratiques** (24 pts) -
 - Evaluation de l'antibioprophylaxie (<5 ans) , (rapport) 12 pts
 - Evaluation du protocole de préparation cutanée (<5 ans) (rapport) 12 pts

ICSHA.3

(Indicateur de consommation des solutions (produits)
hydro alcooliques)

- L'indicateur **ICSHA 3** est un marqueur **indirect** (consommation de SHA) de **la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains** (selon une technique de référence).
- L'indicateur **ICSHA 3** présenté sous la forme **d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance** (A à C) .



ICSHA.3

- La consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) reflète le niveau d'application de l'hygiène des mains par la technique de friction hydro-alcoolique qui remplace dans plusieurs circonstances le lavage des mains à l'eau et au savon.
- L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux BMR.

ICSHA.3

- L'indicateur **ICSHA 3**, remplace l'ICSHA2 et l'ICSHA2 V2 et sera diffusé publiquement pour la première fois fin 2018. Son recueil est annuel
- **Indicateur de processus**
- Tous les établissements de santé à l'exception des :
 - Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS)
 - Etablissements de postcure alcoolique exclusive
 - Centres d'auto-dialyse exclusifs

ICSHA.3

calcul de l'indicateur

ICSHA.3 : Délivrance de Produits Hydro-Alcooliques dans l'ensemble des services cliniques, des blocs opératoires, de la SSPI et de la radiologie conventionnelle

$$ICSHA.3_{\text{Etablissement Délivrance PHA}} = \frac{V_{\text{PHA délivré}}}{V_{\text{MTD}}}$$

$V_{\text{PHA délivré}}$ = Volume en litres de PHA délivré pour l'année dans les services cliniques, des blocs opératoires, de la SSPI et de la radiologie conventionnelle.

V_{MTD} = Volume minimal théorique de PHA à délivrer en litre pour l'année correspondant à la somme des volumes minimaux théoriques de PHA à délivrer de chaque service clinique, des blocs opératoires, de la SSPI et de la radiologie conventionnelle (Cf. ci-dessous).

ICSHA.3 nombre minimum de frictions par jour, par patient et par activité

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

ICSHA.3

Tableau n°2 : L'objectif personnalisé de consommation est calculé pour chaque spécialité

CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2013)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (<i>tableau n°1</i>)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

ICSHA.3

- **L'objectif personnalisé** est défini en fonction du type d'activité de l'établissement de santé et du nombre de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jour et par patient.

Le ratio entre volume réel délivré et le volume minimal théorique de PHA est exprimé sous la forme d'un pourcentage du volume minimal théorique de PHA à délivrer. Ce pourcentage peut dépasser 100%, dès lors que le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés par l'établissement dépasse son volume minimal théorique de PHA à délivrer.

Les résultats du ratio de délivrance dans les services cliniques et l'imagerie sont rendus sous forme de classe de performance de A à C :

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

ICABMR

(Indicateur Composite de maitrise des BMR)

- Cet indicateur a été diffusé publiquement pour la première fois en 2012. Son recueil était biennal depuis 2014. Il a été abandonné en 2018 (définitivement ?)
- **Indicateur de processus**
- **Indicateur composite**
- **Ajustement sur le type d'activité ; établissements non concernés**
 - - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS);
 - - Etablissements exclusivement ambulatoires ;
 - - Etablissements de psychiatrie.
 - - Centres de postcure psychiatrique (CPP)
 - - Centres de postcure alcoolique (CPA)
 - - Centres de Basse Vision (CBV)

ICABMR

- Cet indicateur objective l'organisation pour la **maitrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes**, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement
- **ICA-BMR** est composé de trois sous chapitres Organisation (32 points) ; Moyens (28 points) et Actions (40 points) à partir de **11 critères**

ICABMR

- **Organisation** avec la définition d'une politique de maîtrise des BMR qui définit la liste des BMR prioritaires, d'une politique de dépistage des BMR en fonction de l'activité et enfin d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux.
- **Moyens** d'information :
- • entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH ;

ICABMR

- du patient
- lors d'un transfert inter, intra établissement et en cas de réadmission
- **Actions** en termes de :
 - prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées lors d'une colonisation ou infection d'un patient par une BMR
 - la surveillance des taux de BMR

ICATB.2

(Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques)

- **ICATB 2** est composé de trois chapitres Organisation (O : 16 points), moyens (M : 38 points) actions (A : 46 points) à partir de **27 critères**.
- Cet indicateur vise à améliorer la **prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques** et a été développé en lien avec les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016

ICATB.2

- Cet indicateur est calculé sous la forme **d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E)**. **Il vise à améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques**
- Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.
- Il a été diffusé publiquement pour la première fois, dans sa version 2 en novembre 2014. Son recueil est biennal.



ICATB.2

- **Indicateur de processus**
- **Indicateur composite**
- Ajustement sur le type d'activité
- Etablissement concernés : ceux ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.

ICATB.2

- **Organisation :**
- - politique et programme d'actions sur les antibiotiques
- - accès à un conseil en antibiothérapie
- - collaboration entre le référent antibiotique et les autres acteurs
- **Moyens :**
- - informatiques (connexion des différents secteurs d'activité, prescription informatisée)
- - humains (référent antibiotique)
- - de formation des nouveaux prescripteurs



ICATB.2

- **Actions :**
- - de prévention (liste d'antibiotiques ciblés, protocoles antibiothérapie...)
- - de surveillance de la consommation d'antibiotiques
- - d'évaluation de la prescription des antibiotiques

BN-SARM

- **Bactériémies nosocomiales à SARM** (staphylococcus aureus résistant à la méticilline)
- **Dernier indicateur** ayant intégré le tableau de bord ministériel des IN:
- Chaque épisode de bactériémie nosocomiale doit faire l'objet d'une **analyse systémique/approfondie des causes par une méthode appropriée** (RMM, REX,...).

BN-SARM

- L'indicateur principal « bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM) est un **indicateur de moyens**. Il présente la proportion d'épisodes acquis dans l'établissement considérés comme potentiellement évitables ET ayant fait l'objet d'une analyse des causes.

Indicateur principal : Trois couleurs de classe indépendantes de la catégorie d'établissement

Vert $\geq 75\%$ à 100%

Jaune compris entre $\geq 50\%$ et $< 75\%$

Orange si $< 50\%$

Diffusion publique des résultats

Obligation pour l'ES :

- Diffusion des résultats au sein de l'ES
- 2 mois après la diffusion publique sur Scope Santé

Soutenue par des textes officiels :

- liste des IQSS à diffuser fixée par arrêté annuel (10 février 2017)
- Sanction financière si non respect de l'obligation de diffusion de leur résultat (Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009)

Site web officiel des résultats



<http://www.scopesante.fr/>

- Site d'information sur la qualité et la sécurité de l'ensemble des hôpitaux et des cliniques en France (information fiable et actualisée, établissement par établissement et région par région, sur le niveau de qualité et de sécurité de la prise en charge des patients et des soins qui leur sont apportés).

Exemple de diffusion de résultats officiels sur Scope santé

Lutte contre les infections nosocomiales

Source : BilanLin

Mots clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat
Année 2014				
Prévention des infections nosocomiales	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2)	Cet indicateur évalue l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre		94/100 A
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro alcooliques (ICSHA.2)	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains		129/100 A
Risque infectieux opératoire	Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)	Cet indicateur évalue l'organisation pour la prévention des infections du site opératoire en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement		98/100 A
Année 2013				
Maîtrise des bactéries multi-résistantes	Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR)	Cet indicateur évalue l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement		94/100 B
Bon usage des antibiotiques	Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)	Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques		85/100 A

A
B
C
D
E
NR
DI
NC
 NR : Non répondant - DI : Données insuffisantes - NC : Non concerné

La lettre indique la classe de performance de l'établissement. Les meilleurs résultats sont en vert et les moins bons en orange.

Les indicateurs du TdBIN dépendent d'une logique d'activité «établissement» (source: BilanLIN).

Indicateurs : les limites de la diffusion publique

- **Utilité réelle pour les usagers ?**
 - compréhension, lisibilité, surtout depuis disparition score agrégé
 - réelle possibilité de choix de l'établissement pour le patient ?
- **effet pervers ?**
 - risque de perte de confiance de l'usager
 - usage détourné par certaines institutions ou médias (classements)
- **réserves méthodologiques des experts**
 - équilibre entre faisabilité du recueil (charge de travail), fiabilité des données et pertinence des classements (défauts de standardisation et d'ajustement, peu de contrôle)
 - efforts portant sur les seuls critères mesurés au détriment des autres

Orientations de l'HAS pour 2019

Explorer de nouvelles manières de recueillir l'information pour redonner du temps aux professionnels de santé pour améliorer leurs pratiques
→ Bases de données

Orientation vers les indicateurs de résultat
— PMSI /SNIIRAM/Registres

Révision et simplification des indicateurs existants :

ISO ORTHO


Développement d'un indicateur de résultat relatif aux infections ostéo articulaires après prothèse de hanche et de genou à partir des bases médico-administratives, intégrés dans une démarche qualité pour améliorer le service rendu au patient ;

Développement d'un indicateur relatif à la **pertinence de l'antibiothérapie** ;


Abréviations

AES	Accident exposant au sang
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARLIN	Antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
ATB	Antibiotiques
BHRe	Bactérie hautement résistante émergente
BMR	Bactérie multi-résistante
BN	Bactériémie nosocomiale
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCI	Chambre à cathéter implantable
CCA	Centre de conseil en antibiothérapie
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
C3G	Céphalosporine de 3ème génération
COSPIN	Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville
CNAMTS	Caisse nationale assurance maladie des travailleurs salariés
CREX	Comité de retour d'expérience
CIOA	Centre de référence des infections ostéo-articulaires
CVC	Cathéter veineux central

DARI	Document d'analyse du risque infectieux
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIV	Dispositif intra-vasculaire
DMI	Dispositif médical implantable
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
EARS-Net	European antimicrobial resistance surveillance network
EBLSE	Entérobactérie productrice de betalactamase à spectre étendu
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evenement indésirable grave
EMH	Equipe mobile d'hygiène
EMS	Etablissement médico-social
ENEIS	Enquête nationale des événements indésirables liés aux soins
ENP	Enquête nationale de prévalence
EOH	Equipe opérationnelle en hygiène
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénèmase
EPI	Equipement de protection individuelle
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ERG	Entérocoque résistant aux glycopeptides
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ES	Etablissement de santé
e-SIN	Signalement électronique des infections nosocomiales
GDR	Gestion des risques
GDRAS	Gestion des risques associés aux soins
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
HDM	Hygiène des mains
HCSP	Haut conseil de la santé publique



IAS	Infection associée aux soins
ICD	Infection à <i>Clostridium difficile</i>
ICSHA	Indicateur de consommation des SHA
IN	Infection nosocomiale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
ISO	Infection du site opératoire
LBM	Laboratoire de biologie médicale
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PCC	Précautions complémentaires contact
PEC	Prise en charge
PHA	Produit hydro-alcoolique
PIAS	Prévention des infections associées aux soins
PICC-line	Cathéter central inséré par voie périphérique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNSP	Programme national de sécurité des patients
PS	Précautions « standard »
PTG	Prothèse totale de genou
PTH	Prothèse totale de hanche



RAISIN	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
REX	Retour d'expérience
RI	Risque infectieux
RMM	Revue de morbi-mortalité
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
RREVA	Réseaux régionaux de vigilance et d'appui
RU	Représentant des usagers
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SHS	Sciences humaines et sociales
SIH	Système d'information hospitalier
SLD	Soins de longue durée
SNS	Stratégie nationale de santé
SRA	Structure régionale d'appui (Qualité)
SRVA	Structure régionale de vigilance et d'appui
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TdBIN	Tableau de bord des infections nosocomiales
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
URPS	Union régionale des professionnels de santé



Merci

de votre attention