

# Plans Gouvernementaux et Indicateurs de qualité de LIN

(Lutte contre les Infections Nosocomiales)

DU Hygiène Hospitalière 2020-2021

Dr Patrick Barthélémy

# 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
- Plan en vigueur : **le PROPIAS**

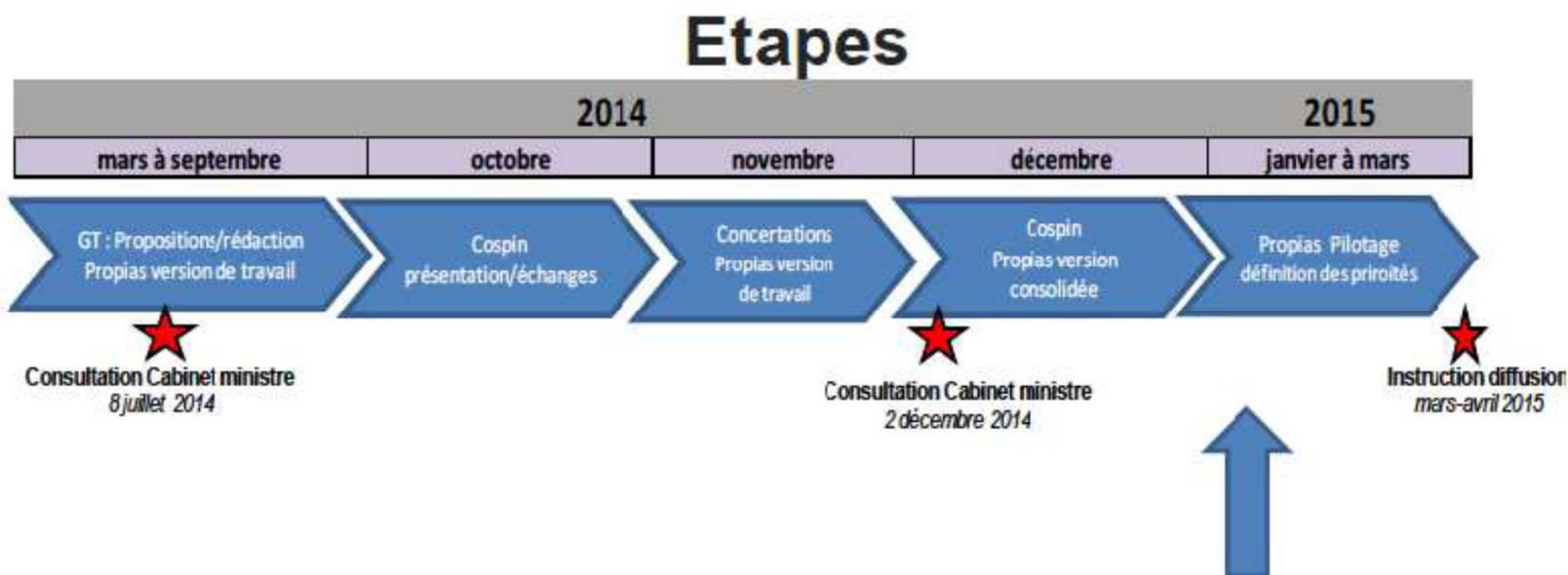
# Plans nationaux 2009-2013





# Plan en vigueur, le PROPIAS (2015)

## Programme National d'actions de prévention des IAS







## 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'appuie sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...).



## Cadre du PROPIAS 2/2

- Ce programme tient compte de plans de santé plus anciens (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

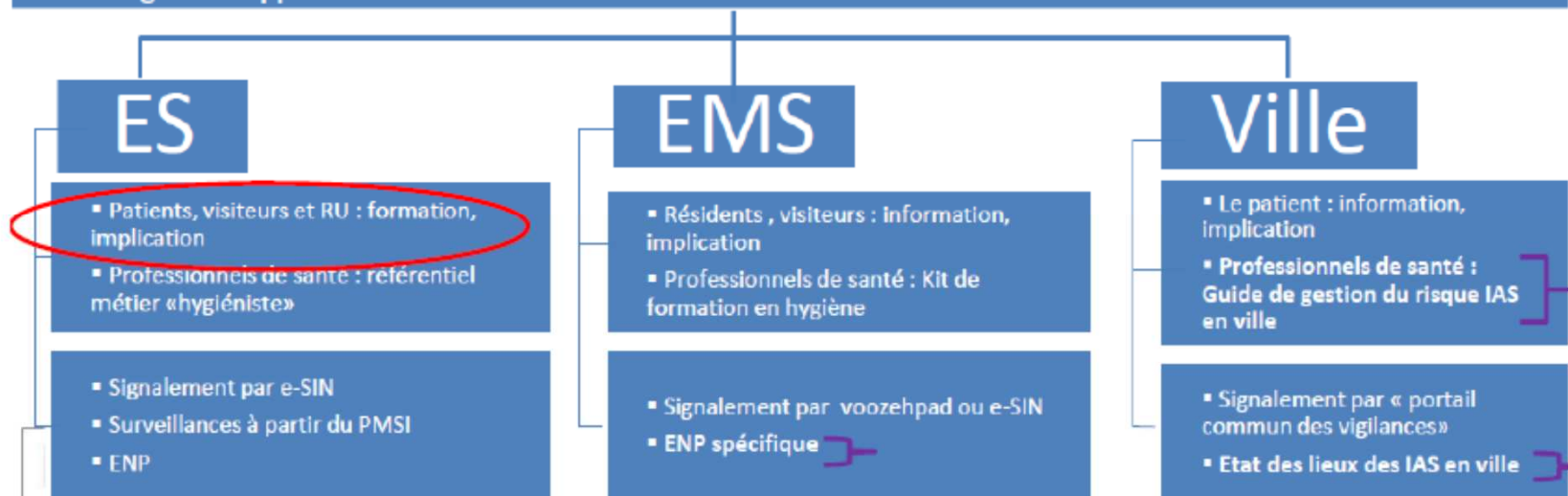
# Axe 1 : Prévention des IAS lors du parcours de soins/usagers : 5 objectifs

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
<b>Formation des RU</b>	100% des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin	Local	Annuel	BilanLin
<b>Communication</b>	100% des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient	National	2016	BilanLin
<b>EOH</b>	100% des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH	National	2015/Annuel	BilanLin
<b>Signalement</b>	100% des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN	National	2015/Annuel	InVS
<b>Surveillance</b>	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
<b>Signalement Surveillance</b>	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**

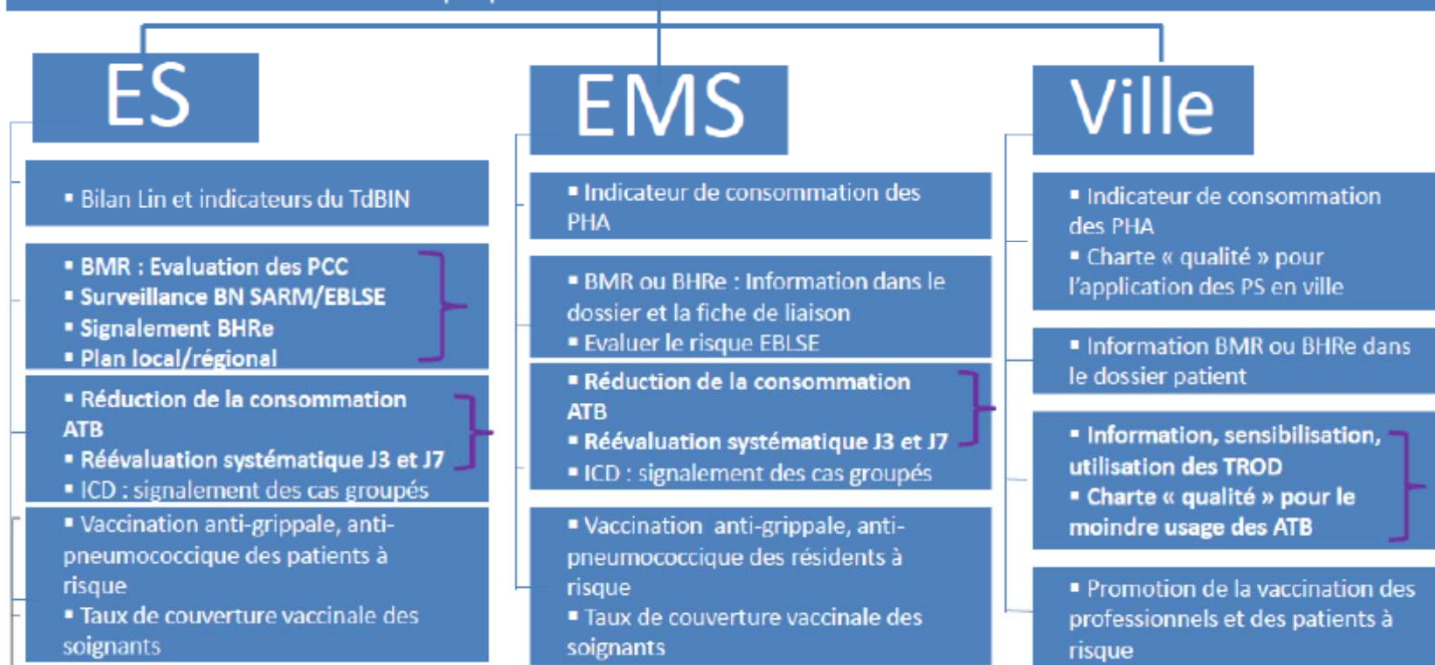
## **4 objectifs**

- 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

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

- ❖ Promotion de l'hygiène des mains et des PS-gestion des *excreta* : Grand public/Patients/Résidents
- ❖ Outils de communication transversale via le patient, son dossier, la **lettre de liaison**, pour BMR-BHRe ←
- ❖ **ATB : Formation, information des professionnels, guide de bon usage , outils facilitateurs** ←
- ❖ Carnet de vaccination électronique pour tous





## 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
<b>ATB</b>	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
<b>ATBIR</b>	Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h $\leq 10\%$	Local	2015	BilanLin
<b>Vaccins</b>	100% des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé 100% des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle	Local National	2015 Annuel 2016	BilanLin InVS/INPES
<b>VAG</b>	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
<b>PS</b>	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
<b>BMR</b>	100% des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G	Régional National	2016	ARS CClin/Arlin
<b>BHRe</b>	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
<b>ATB</b>	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
<b>Vaccins</b>	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

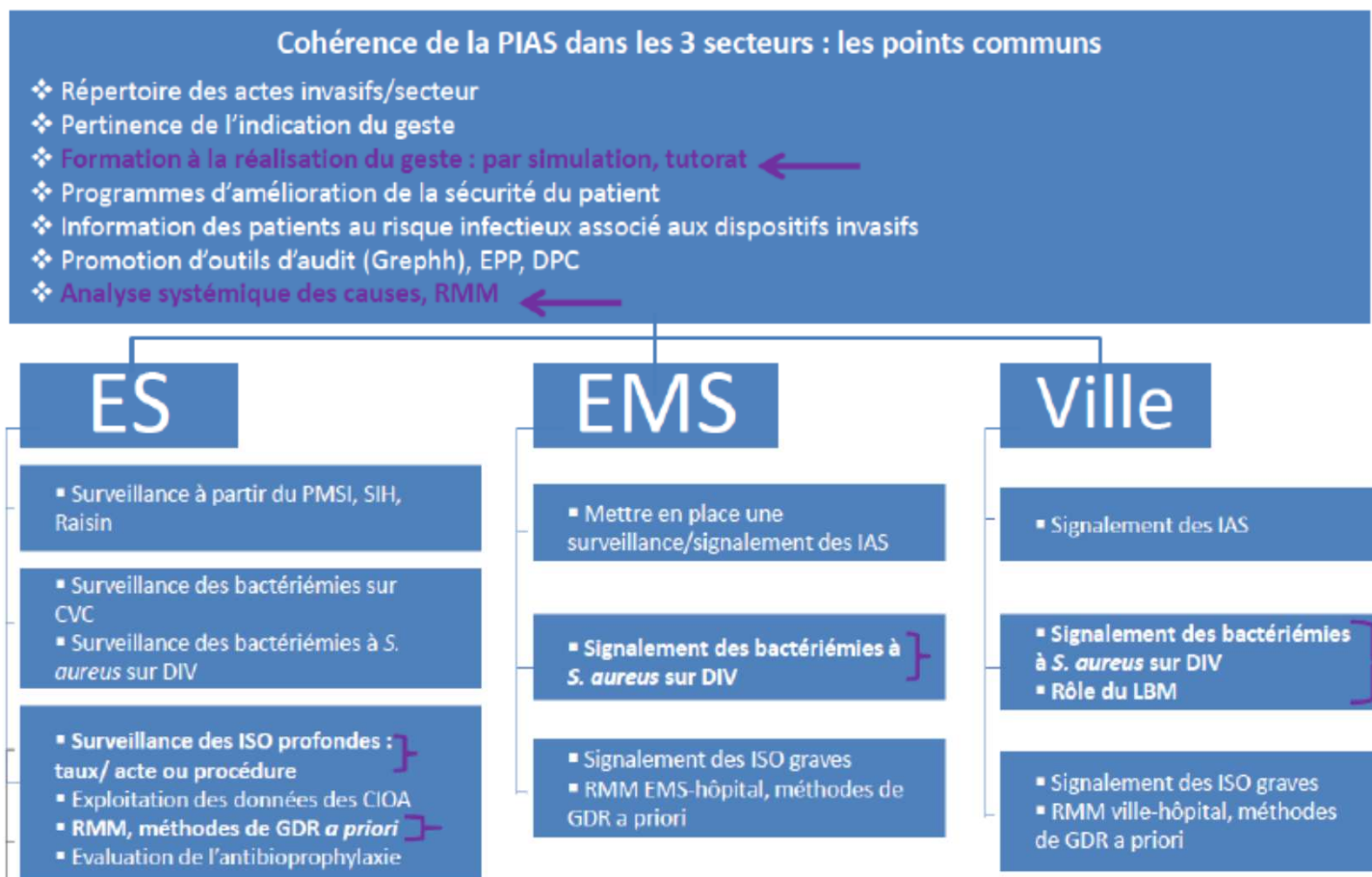


# Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs

## 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**



# Objectifs des 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





# Historique des Indicateurs

# Première Circulaire

- 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)

# Thèmes abordés

- **Indicateurs de processus** = Organisation, Moyens, Actions, **(OMA)**

-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**

- **Indicateurs de résultats**

-Maitrise de l'hygiène des mains

**-ICSHA**

-Suivi des Bactériémies à SARM

**-BN-SARM**

(Staphylococcus aureus résistant méticilline))




# De 2004 à 2017 : évolution et complexification des indicateurs

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

# Evolution des indicateurs 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							<del>S</del>	DP	DP	<del>F</del>	DP	<del>F</del>	DP	<del>F</del>
ICATB			DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP					
ICATB.2									<del>S</del>	DP		DP		DP
ICA-BMR						<del>S</del>	DP	DP	DP	DP		DP		DP
ICSHA		DP	DP	DP	DP	DP	DP							
ICSHA.2								DP	DP	DP	DP	DP	DP	?
ICSHA.3											<del>S</del>	<del>S</del>	<del>S</del>	DP
SURVISO		DP	DP	DP	DP	DP	DP							
ICA-LISO							<del>S</del>	DP	DP		DP		DP	
SCORE AGREGE			DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP					
Ind triennal SARM							DP	DP	DP					
Bact. noso à SARM										<del>S</del>	<del>S</del>	DP		
ISO PTH/G PMSI													<del>S</del>	R



R : Recueil

DP : Diffusion Publique

S : Simulation

F: Facultatif

## Evolution 2017-2018

- **La HAS** a repris, 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.

- **IQSS - IAS (ex-TBIN) :**

Les indicateurs du tableau de bord des IN (TBIN) ont intégrés les autres indicateurs IQSS (Indicateurs de qualité et de sécurité des soins) dans un thème spécifique IAS « Infections Associées aux Soins ».



# Evolution 2019

- **2019 : année charnière**
- **Indicateurs OMA** (Organisation Moyens, Actions) abandonnés :  
ICALIN.2 ; ICABMR ; ICATB.2 ; BN-SARM ; ICALISO
- Expérimentation de **nouveaux indicateurs** :  
**PCC, ATBIR, VAG**

# Indicateurs OMA : évolution nécessaire

Avis des différents acteurs de la lutte contre les IAS : comité de suivi du Propias, groupe de travail experts : gestion dynamique des indicateurs (DGOS) et « infections associées aux soins » (HAS) :

- **Simplifier les indicateurs**
- **Moderniser, actualiser**
- **Harmoniser les critères (Propias /CIS antibiorésistance)**

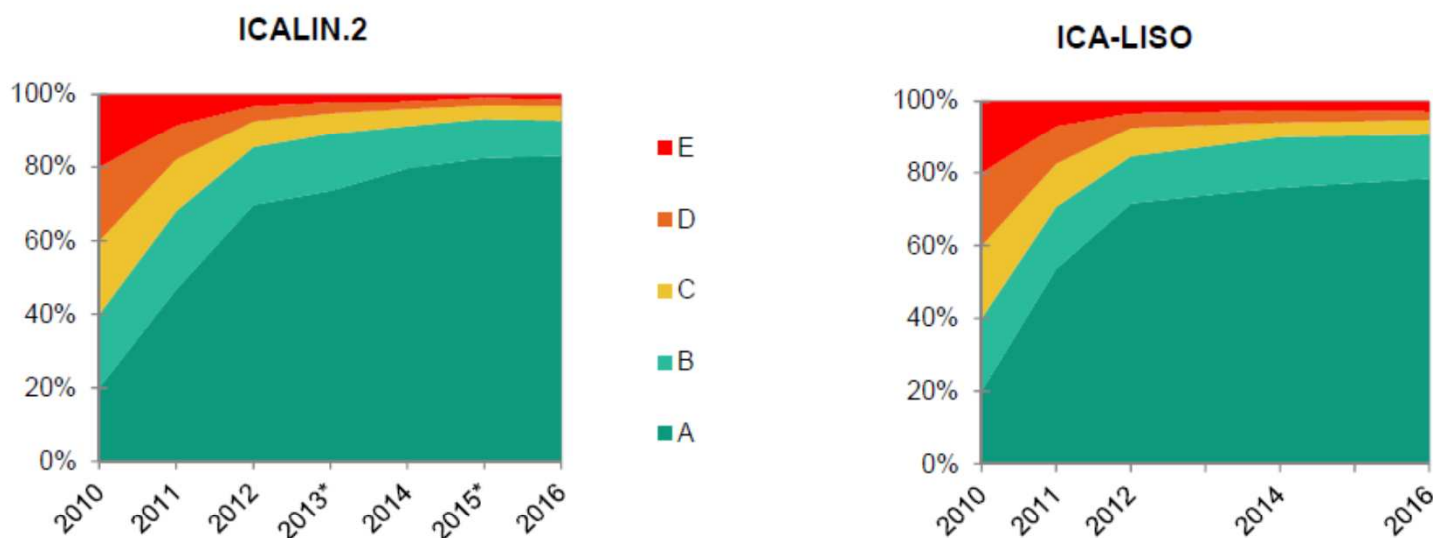
**Orientation du collège de la HAS → des indicateurs évaluant les pratiques cliniques et mesurant le résultat**



Décision avec le groupe IAS de ne plus recueillir les OMA dès 2019 et d'amorcer une refonte totale de la thématique IAS des IQSS en 2018

# Indicateurs OMA : le bilan

- En 2017 : atteinte d'un plateau pour ICALIN.2 et ICA-LISO :



*NB : même tendance pour ICATB.2 dont le dernier recueil est en cours (2018)*

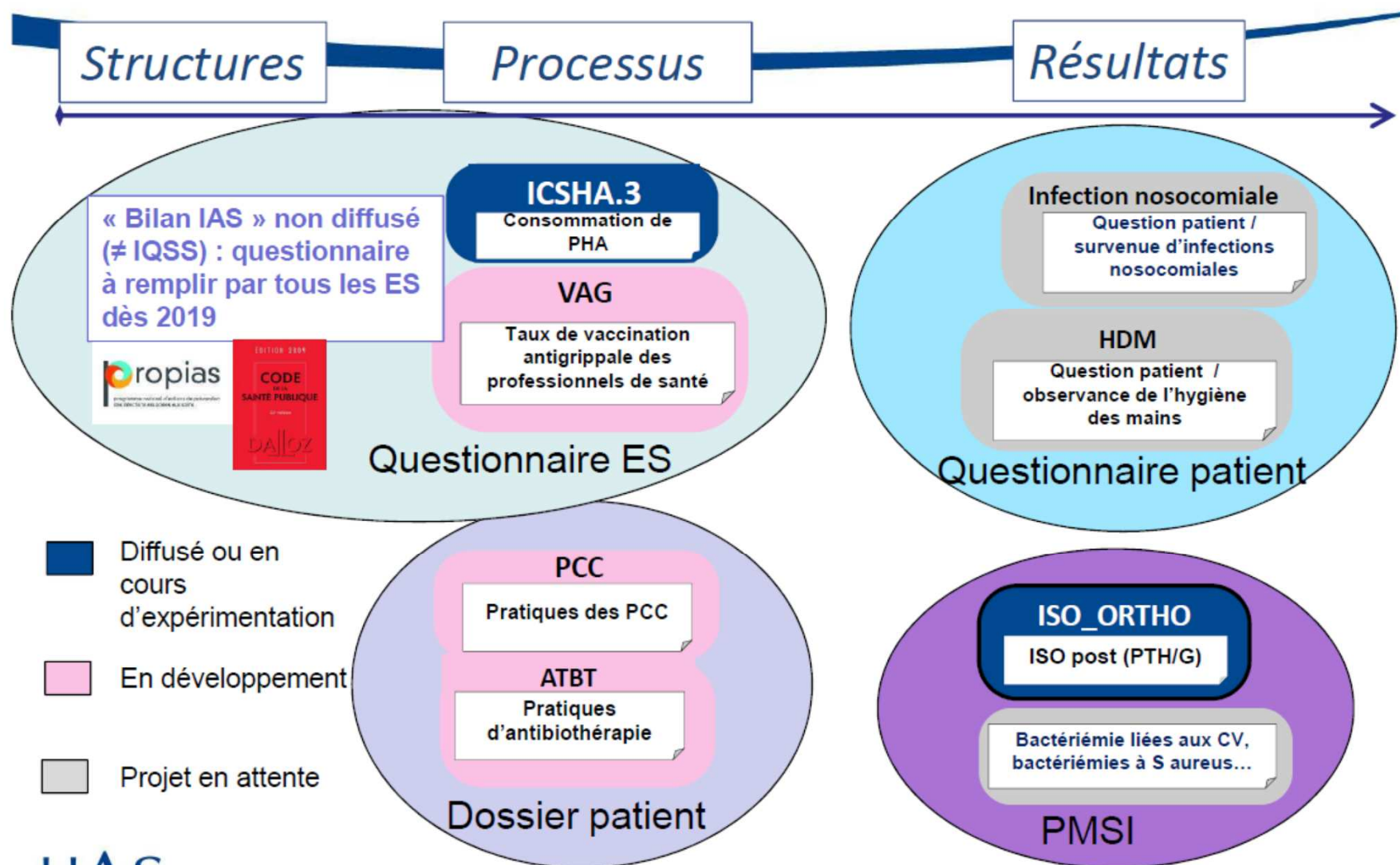
- Ont permis d'améliorer ce qui était mesuré : les ressources de la lutte contre les IAS, les moyens et les actions mises en œuvre





# **Indicateurs nationaux en 2020**

# Indicateurs du thème IAS prévus ou en développement



# Les indicateurs en 2020

Contexte particulier dû à la pandémie de COVID-19

- Indicateurs maintenus mais repoussé fin 2020
  - **ICSHA.3 et VAG** (vaccination antigrippale) à saisir sur plateforme informatique QUALHAS
  - **ISO ORTHO** (automatiquement via PMSI)
- En parallèle à ces indicateurs : **questionnaire bilan IAS** à renseigner sur la plateforme informatique QUALHAS (obligation réglementaire)
- Indicateurs en cours d'expérimentation ou suspendu suite à la pandémie de COVID-19  
**ATBIR, PCC**



# 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**, qui fait suite à l'ICSHA2 et l'ICSHA2 V2 a été diffusé publiquement pour la première fois fin 2018. Son recueil est annuel
- 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**

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

$V_{PHA\ délivré}$  = 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

Augmentation  
de l'exigence du  
nombre de  
frictions avec  
l'évolution des  
versions de  
l'indicateur  
ICSHA

Activités	Nb
<b>HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE</b>	
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
<b>HOSPITALISATION DE JOUR</b>	
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
<b>ACTES MÉDICO-TECHNIQUES</b>	
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 : **Au lieu de 5 classes auparavant et changement des bornes de la classe A (100% contre 80% avant)**

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

## VAG : INDICATEUR DE PROCESSUS

### Taux de vaccination antigrippale des professionnels de santé / personnel hospitalier

- Objectif : augmenter la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé: cible = 75% de vaccination par les professionnels de santé (OMS)
- Exprime le taux de professionnels de santé (ou personnel hospitalier) vaccinés contre la grippe parmi l'ensemble des professionnels de santé (ou personnel hospitalier) exerçant au sein de l'établissement de santé

Effectif de professionnels de santé présent en fin de campagne vaccinale de l'année en cours et vaccinés contre la grippe

Effectif de professionnels de santé présent en fin de campagne vaccinale de l'année en cours

- Source de données : questionnaire établissement
- Population cible = professionnels de santé définis dans le CSP ou personnel hospitalier

# INDICATEUR ISO-ORTHO

- **Définition**

Cet indicateur mesure le ratio standardisé du nombre observé sur attendu **d'infections du site opératoire (ISO)**, **codées dans le PMSI** dans les 3 mois suivant la pose d'une **prothèse totale de la hanche (PTH)** hors **fracture ou du genou (PTG)**.



# INDICATEUR ISO-ORTHO

- **Type d'indicateur**

Indicateur national de résultat en chirurgie orthopédique

- **Sources des données**

PMSI en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

- **Mode de calcul**

$$\text{Ratio standardisé}_{ES} = \frac{\text{nombre d'ISO observés}_{ES}}{\text{nombre d'ISO attendus}_{ES}}$$

*ES : établissement de santé*

## INDICATEUR ISO-ORTHO

- **Le nombre observé d'ISO** correspond aux ISO codées par les établissements. Elles sont identifiées dans le PMSI (importance du codage)
- **Le nombre attendu d'ISO** prend en compte les facteurs associés au risque d'ISO indépendants de la qualité des soins qui sont identifiables dans le PMSI. Il est calculé en utilisant un modèle de régression logistique.

Ces facteurs sont : sexe (masculin), malnutrition, obésité morbide, diabète, tumeur maligne active, antécédents de polyarthrite inflammatoire, antécédent d'infection des os et des articulations, maladie avec déficit immunitaire et/ ou cirrhose, antécédents de chirurgie/arthroplastie sur la hanche ou le genou, insuffisance rénale (chronique), antécédent de séjour de durée prolongée, facteurs socio-économiques et localisation de la prothèse (hanche ou genou)





## INDICATEUR ISO-ORTHO

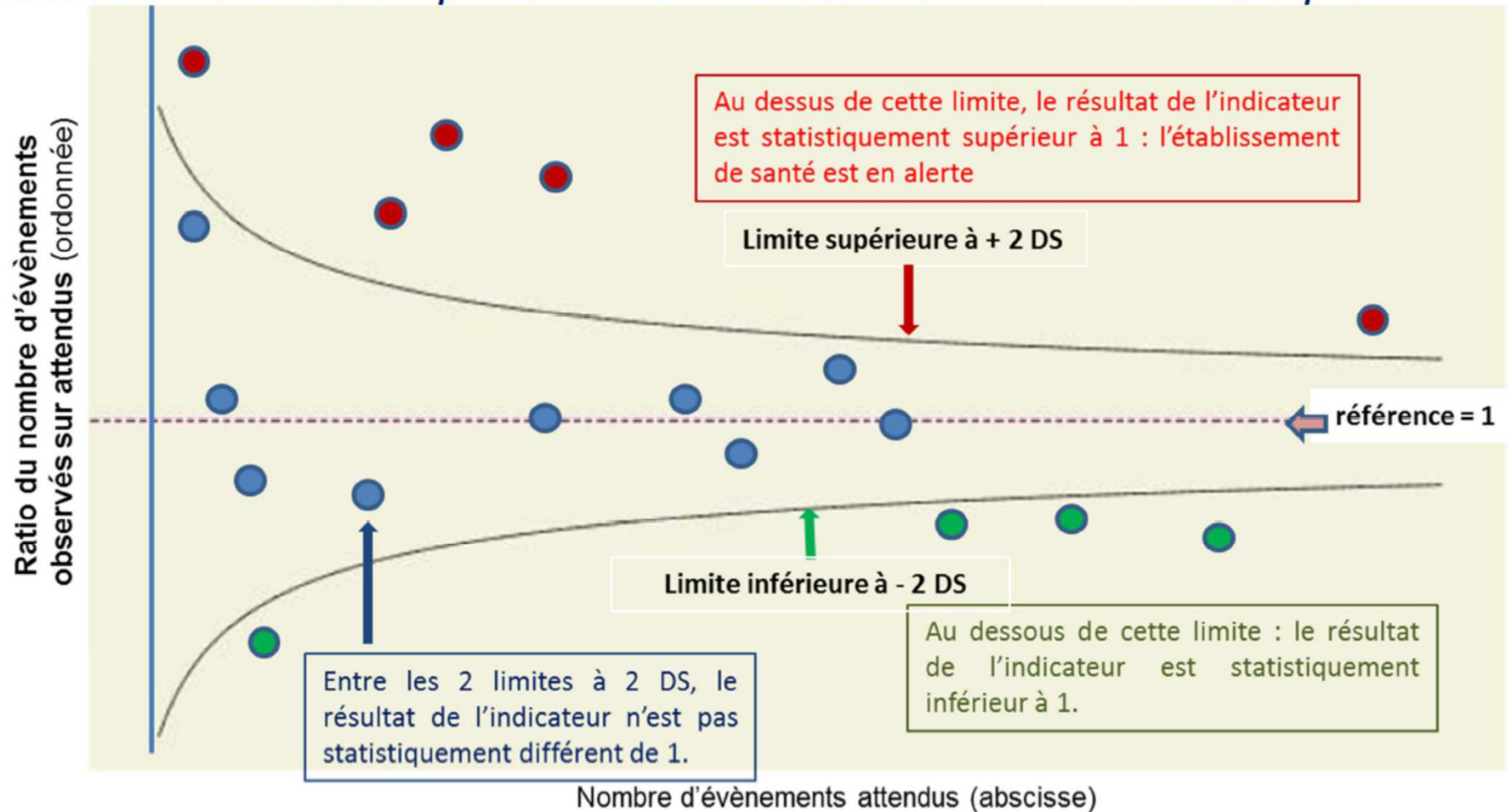
- **Modalités de restitution des résultats**

L'indicateur est mesuré et son résultat restitué automatiquement aux établissements dans un **graphique de type funnel plot (diagramme en entonnoir)**, leur permettant de comparer leur nombre observé d'ISO à leur nombre attendu, et de se situer dans ou en dehors des limites à 2 déviations standards (DS)



# INDICATEUR ISO-ORTHO

*Illustration des 3 situations possibles d'un établissement de santé dans un funnel plot*





# Indicateurs en cours d'expérimentation ou suspendu suite à la pandémie de COVID-19

# ATBIR : INDICATEUR DE PROCESSUS

## Taux de patient avec durée antibiothérapie prescrite $\leq 7$ jours pour infection respiratoire basse ATBIR

- Objectif : diminuer la durée de prescription antibiotiques pour des infections communes
- 1er indicateur de pertinence sur la durée de l'antibiothérapie
- Audit de dossiers patients sélectionnés par tirage au sort à partir des données du PMSI **MCO** : séjour > 24 h en MCO avec DP infections respiratoire basse

Nbre de patients ayant une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie de durée  $\leq 7$  jours a été prescrite au cours de leur séjour

Nbre de patients ayant une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie a été prescrite au cours de leur séjour



## PCC : INDICATEUR DE PROCESSUS

### PCC : Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact

- Objectif : améliorer la maîtrise de la transmission croisée des microorganismes hautement transmissibles et contenir la diffusion des bactéries multi résistante et hautement résistante émergente.
- Audit de dossiers patients sélectionnés par tirage au sort à partir des données du PMSI **MCO** : séjour >48h en MCO avec DP, un DAS ou DR parmi les codes de SARM, BLSE, BHRe, *Clostridium difficile* et gale

Nbre de patients porteurs ou infectés par une BLSE, BHRE, SARM, *Clostridium difficile* ou gale pour lesquels la mise en place des PCC a été réalisée selon les recommandations nationales

Nbre de patients porteurs ou infectés par une BLSE, BHRe, SARM, *Clostridium difficile* ou gale



# Indicateurs nationaux abandonnés

# ICALIN.2

(Indicateur Composite de lutte contre les IN)

- Cet indicateur était 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 était calculé à partir de trois chapitres organisation (O : 20 points) Moyens (M : 30 points) et Actions (A : 50 points) à partir de **55 critères**



# ICATB.2

(Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques)

- **ICATB 2** était composé de trois chapitres Organisation (O : 16 points), moyens (M : 38 points) actions (A : 46 points) à partir de **27 critères**.
- Cet indicateur visait 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
- **Indicateur de processus**

# ICALISO

(Indicateur Composite de lutte contre les ISO)

- **ICALISO** indicateur composite était 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 objectivait 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



# **Diffusion des résultats**

## **Des indicateurs nationaux**



# 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 Scope santé

## Prévention des infections associées aux soins

### Campagne 2019 - Données 2018

Source : QUALHAS

Mots clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat	
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains par la technique de frictions hydro-alcoolique.	MCO HAD	81/100	B
Hygiène des mains	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques en santé mentale	Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains par la technique de frictions hydro-alcoolique en santé mentale.	PSY	56/100	C

**A** **B** **C** **NR** **NC** NR : Non répondant - NC : Non concerné





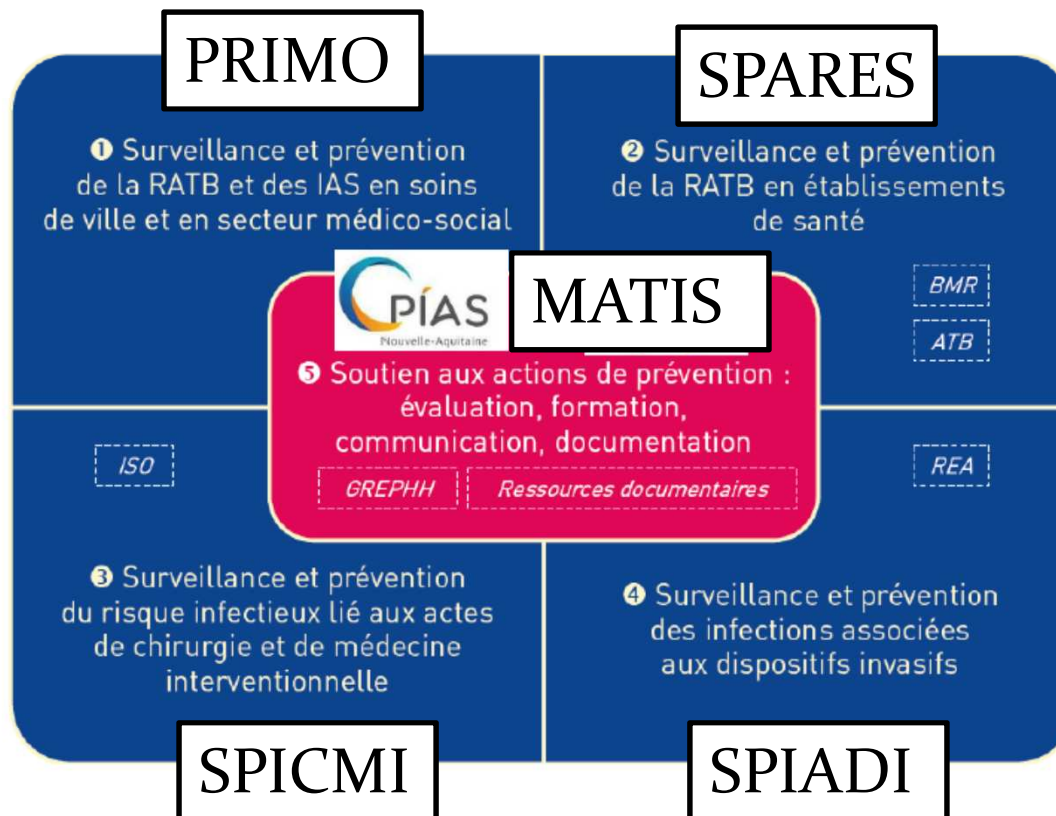
# **Nouvelles missions de surveillances**

# Contexte : réorganisation

- En 2017, du fait de la réforme territoriale et de la réorganisation des vigilances, les 31 structures CClin et Arlin se réorganisent pour devenir 17 centres régionaux de prévention des infections associées aux soins, les CPIAS.
- Les réseaux de surveillances organisés par les C-CLIN sont tous abandonnés et remplacés par des missions nationales (5) aux niveaux des CPIAS →

REPIAS = Réseau de Prévention des IAS

# LES NOUVELLES SURVEILLANCES





## But recherché

- Permet d'avoir les indicateurs exigés par le PROPIAS

indicateurs PROPIAS, et des incidences (pour 1000 JH, pour 1000 Journées Cathéter pour les services de réanimation et ne néonatalogie, et pour 1000 séances pour les services d'hémodialyse) pour : les bactériémies, les bactériémies associées aux soins, les bactériémies associées aux DIV (CVC, CCI, PICC, CDIAL, CVP, autres cathétères), les bactériémies à *S. aureus* sensibles/résistants à la méthicilline, à *E. faecalis* et *E. faecium* sensibles/résistants aux  $\beta$ -lactames, production de BLSE et/ou de carbapénémase. Après la phase de mise en route du programme initial, et


# Abréviations

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




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





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



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



**Merci**

**de votre attention**