

Plans Gouvernementaux de lutte contre les infections nosocomiales et Indicateurs de qualité

DU Hygiène Hospitalière 2021-2022

Dr Patrick Barthélémy

Historique : différents plans nationaux



Plan en vigueur, le PROPIAS (2015)

Programme National d'actions de prévention des IAS

- **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

- 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

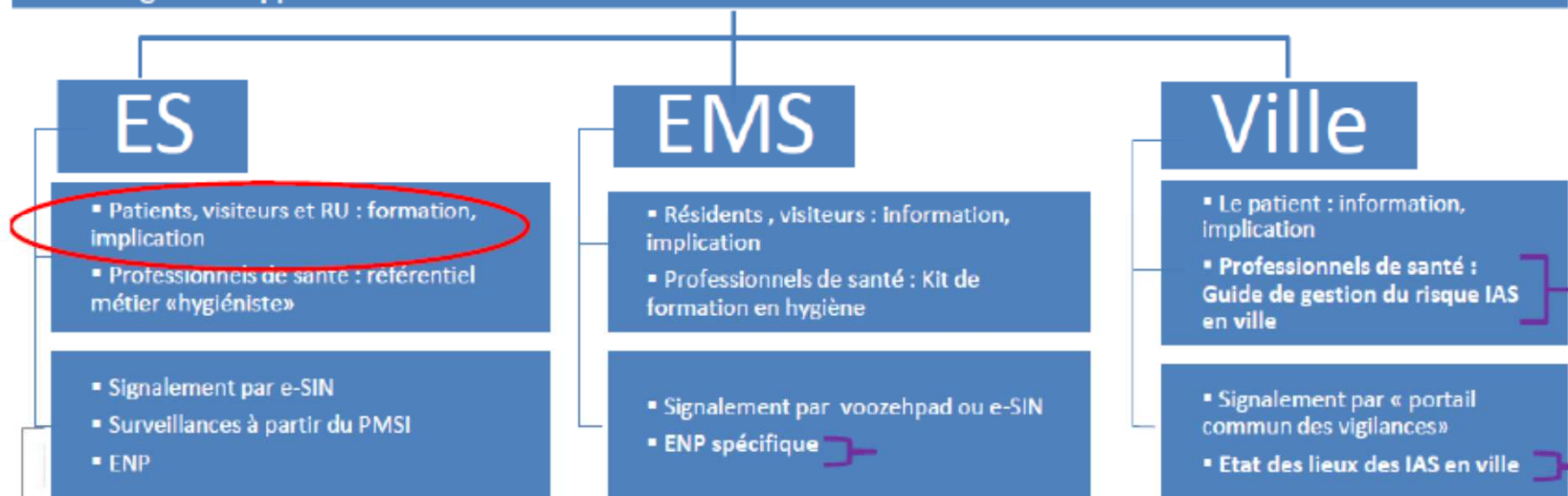
Axe 1 : Prévention des IAS lors du parcours de soins/usagers : 5 objectifs

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
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

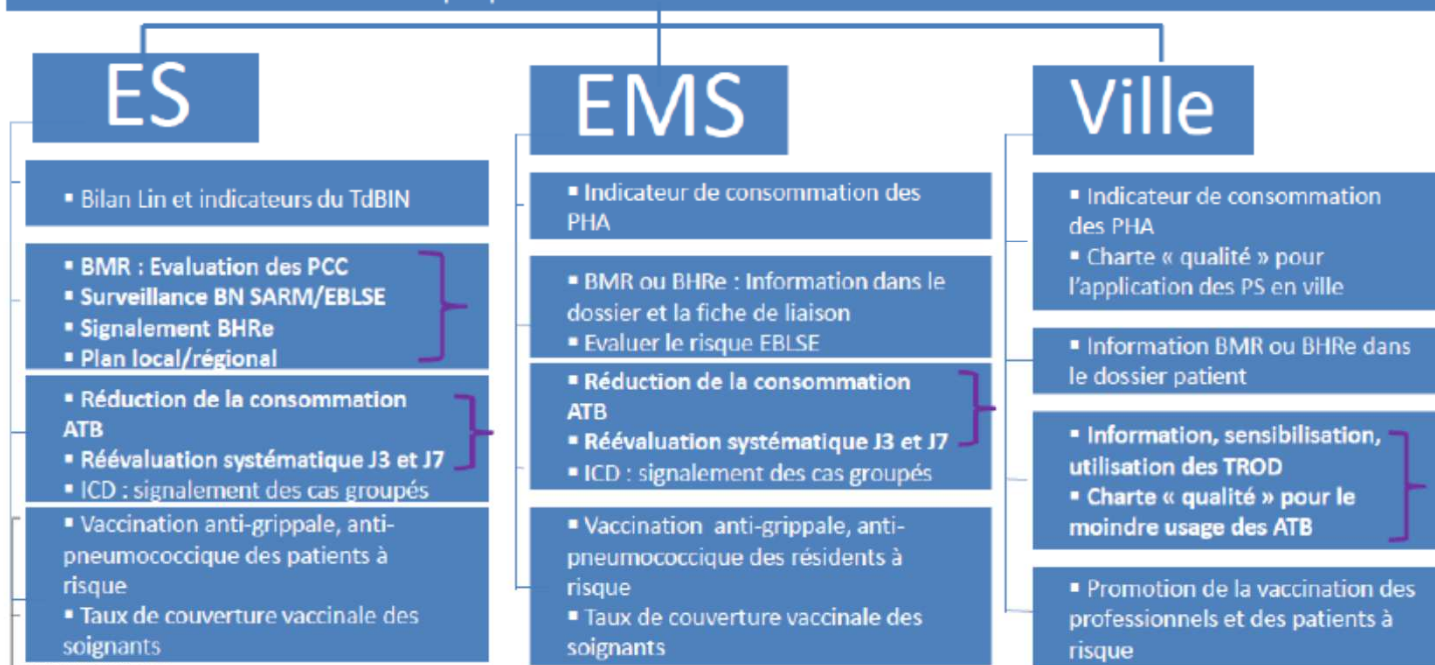
4 objectifs

- 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

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
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
ATBIR	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 100% des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle	Local National	2015 Annuel 2016	BilanLin InVS/INPES
VAG	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

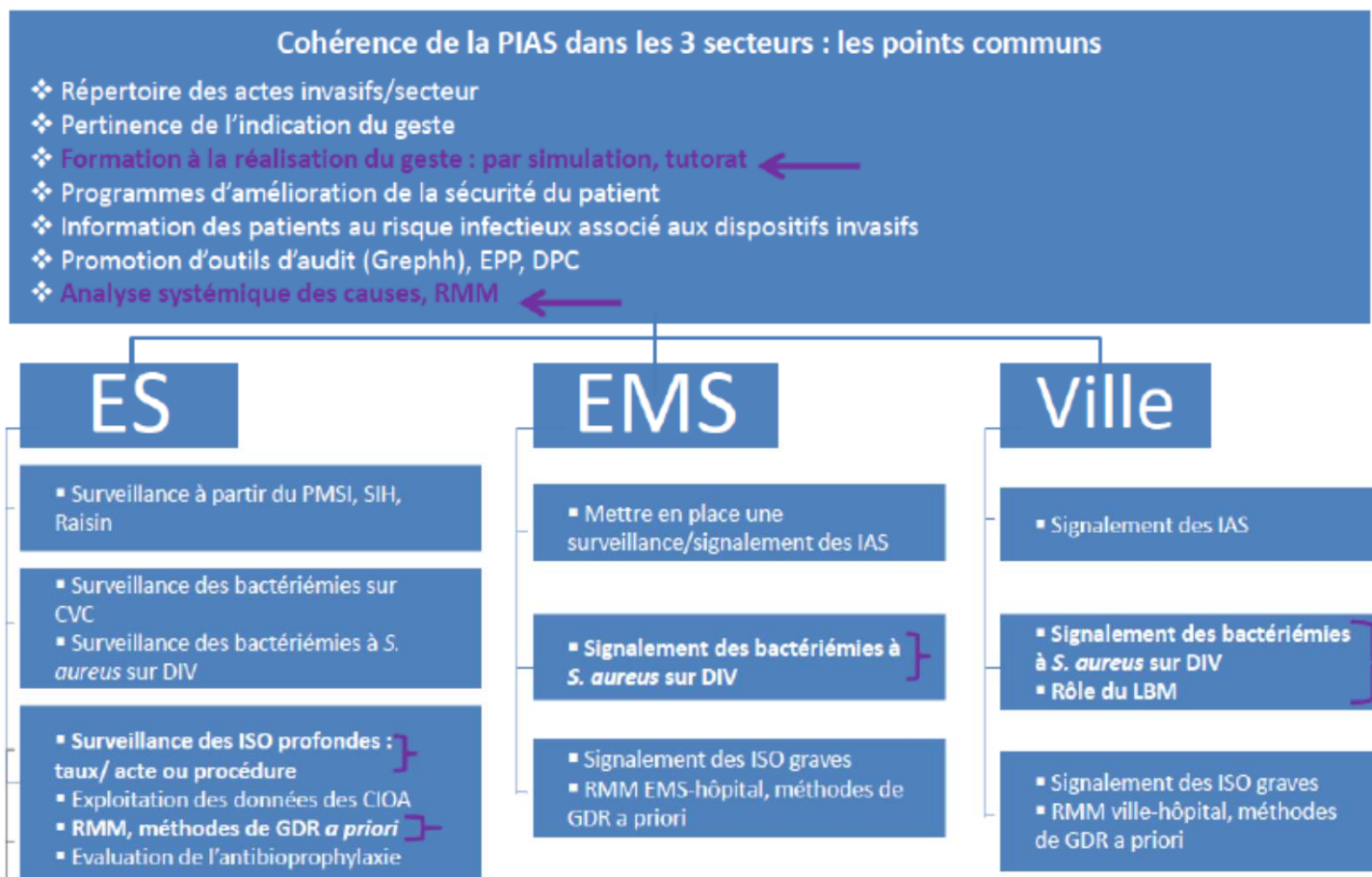
Etablissements médicaux-sociaux Secteur des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
PS	Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard » La consommation de PHA atteint 80% de la cible en fonction du secteur d'activité	Régional National	2016/ Annuel	ARS CClin/Arlin
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**



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
- **incitation financière à la qualité** : L'IFAQ est généralisée dès 2016 à l'ensemble des hôpitaux et cliniques pratiquant la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et l'hospitalisation à domicile (HAD) puis étendue en 2017 aux structures de soins de suite et de réadaptation (SSR).
Objectif : introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé,



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

- Maitrise de l'hygiène des mains

-ICSHA

- **Indicateurs de résultats**

- 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							S	DP	DP	F	DP	F	DP	F
ICATB			DP	DP	DP	DP	DP	DP	DP					
ICATB.2									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



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
- **Conservation de l'indicateur ICSHA**
- **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)**

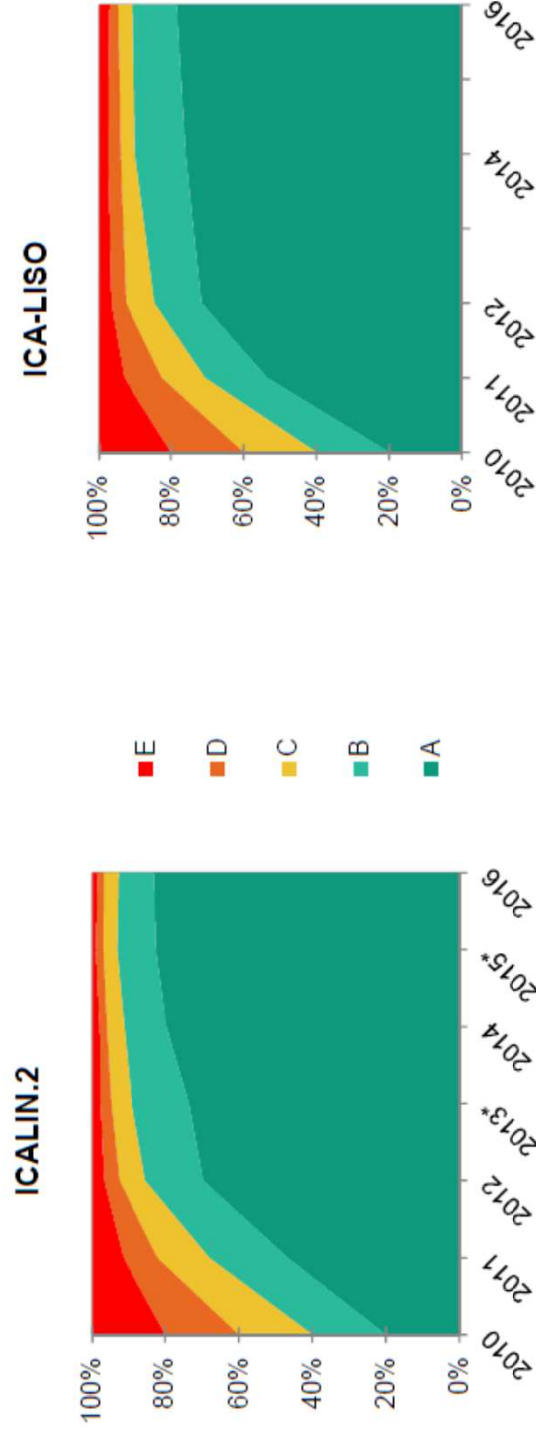
Orientation du collège de la HAS → des indicateurs évaluant les pratiques cliniques et mesurant le résultat



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 :



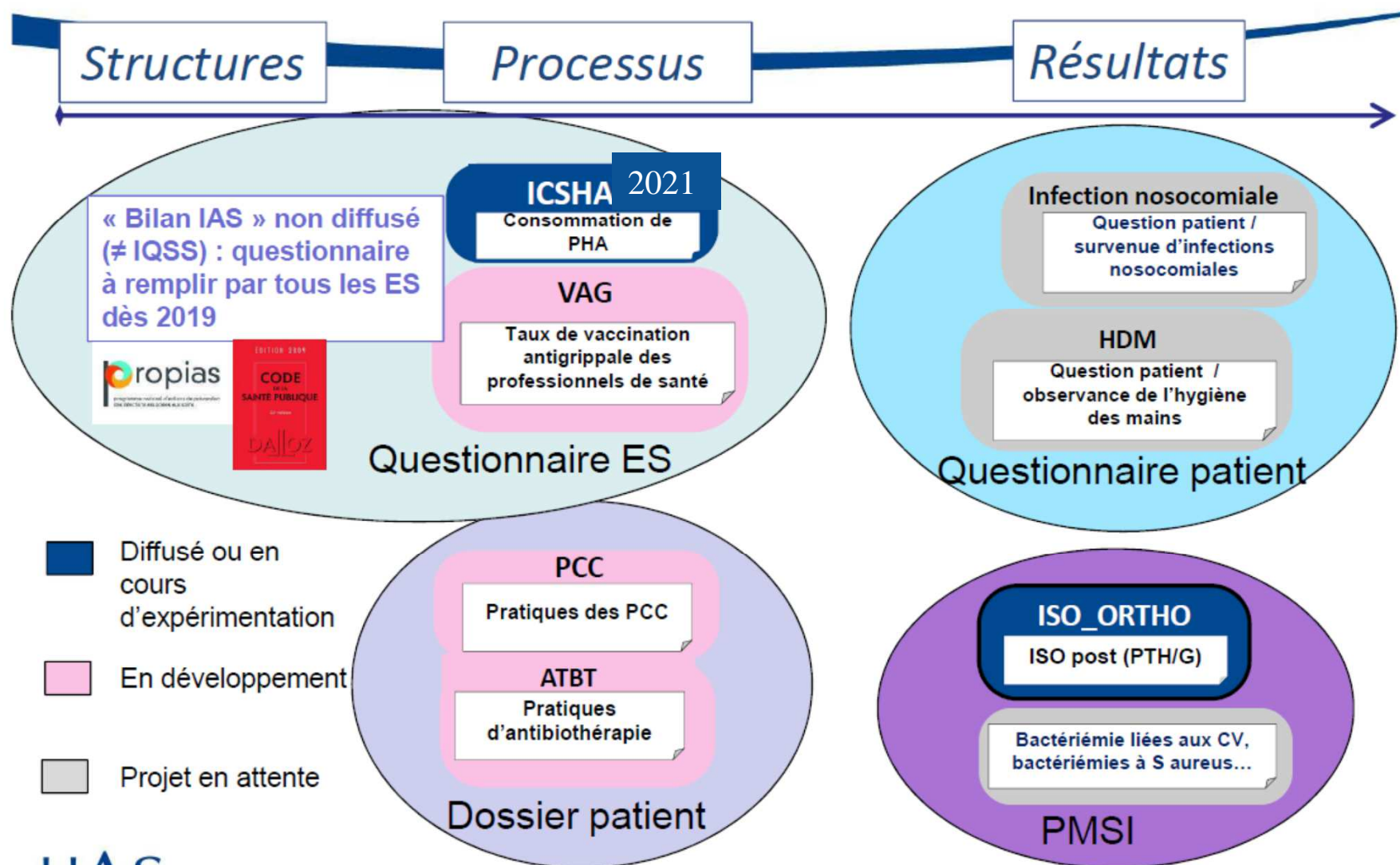
NB : même tendance pour ICATB.2 dont le dernier recueil est en cours (2018)

- 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 2021

Indicateurs du thème IAS prévus ou en développement



Les indicateurs en 2021

Contexte particulier dû à la pandémie de COVID-19

- **Indicateurs à recueil obligatoire :**

- **ICSHA version 2021 (données 2019)** Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques à saisir sur plateforme informatique QUALHAS

- **ISO ORTHO** (automatiquement via PMSI)

- Indicateur en expérimentation nationale :**

- VAG** (vaccination antigrippale du personnel de santé) à saisir sur plateforme informatique QUALHAS

- **Indicateurs ouverts aux établissements volontaires:**

- ATBIR** (antibiothérapie), **PCC** (précautions contacts)

ICSHA.2021

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

- L'indicateur **ICSHA.2021** est un marqueur **indirect** (consommation de SHA) de **la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains** (selon une technique de référence).
Recueil des données de l'année 2019 car données non recueillies en 2020 (pandémie COVID-19) et absence d'effet de la COVID-19 sur les consommations de SHA contrairement à 2020.
- L'indicateur **ICSHA.2021** présenté sous la forme **d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance** (A à C) .



ICSHA.2021

- 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.2021

- L'indicateur **ICSHA.2021**, qui fait suite à l'ICSHA3 a été recueilli pour la première fois début 2021. 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.2021

calcul de l'indicateur

ICSHA.2021 : Délivrance de Produits Hydro-Alcooliques dans l'ensemble des services cliniques, des blocs opératoires, de la SSPI et de la radiologie conventionnelle

$$ICSHA.2021_{\text{Etablissement Délivrance PHA}} = \frac{V_{\text{PHA délivré}}}{V_{\text{MTD}}} \times 100$$

$V_{\text{PHA délivré}}$ = 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.2021

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)	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 (tableau n°1)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

ICSHA.2021 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

→ Cas particulier de l'addictologie

Il est fortement déconseillé de mettre à disposition des patients et des usagers des secteurs d'Alcoolologie et plus largement d'addictologie les produits hydroalcooliques. Cette particularité justifie l'exclusion des Centres de postcure alcoolique exclusifs de l'indicateur ICSHA.2021, mais également de l'activité d'addictologie de manière plus générale.

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
Actes de radiothérapie (par acte)	2
Actes d'endoscopie (par acte)	6
Bloc chirurgical (acte interventionnel et/ou exploration : 10 + SSPI : 4)	14

ICSHA.2021

- **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

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



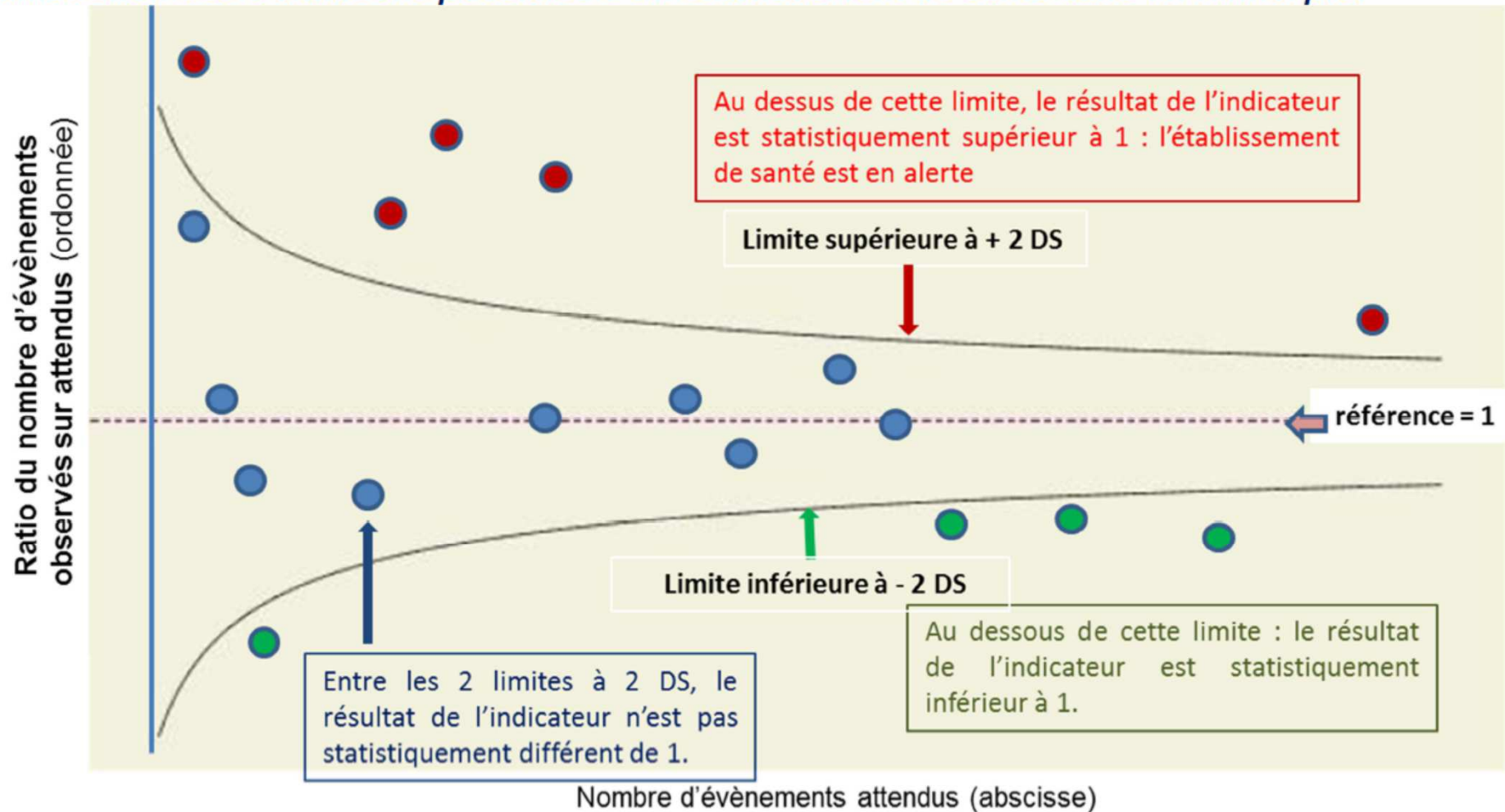
INDICATEUR ISO-ORTHO

- **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





Indicateur en expérimentation nationale

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



Indicateurs ouverts aux établissements volontaires

ATBIR : INDICATEUR DE PROCESSUS

Taux de patient avec durée antibiothérapie prescrite ≤ 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 ≤ 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

Pas de campagne en 2020 (pandémie), les résultats de l'ICSHA.2021 (données 2019) ne sont pas encore publiés à ce jour



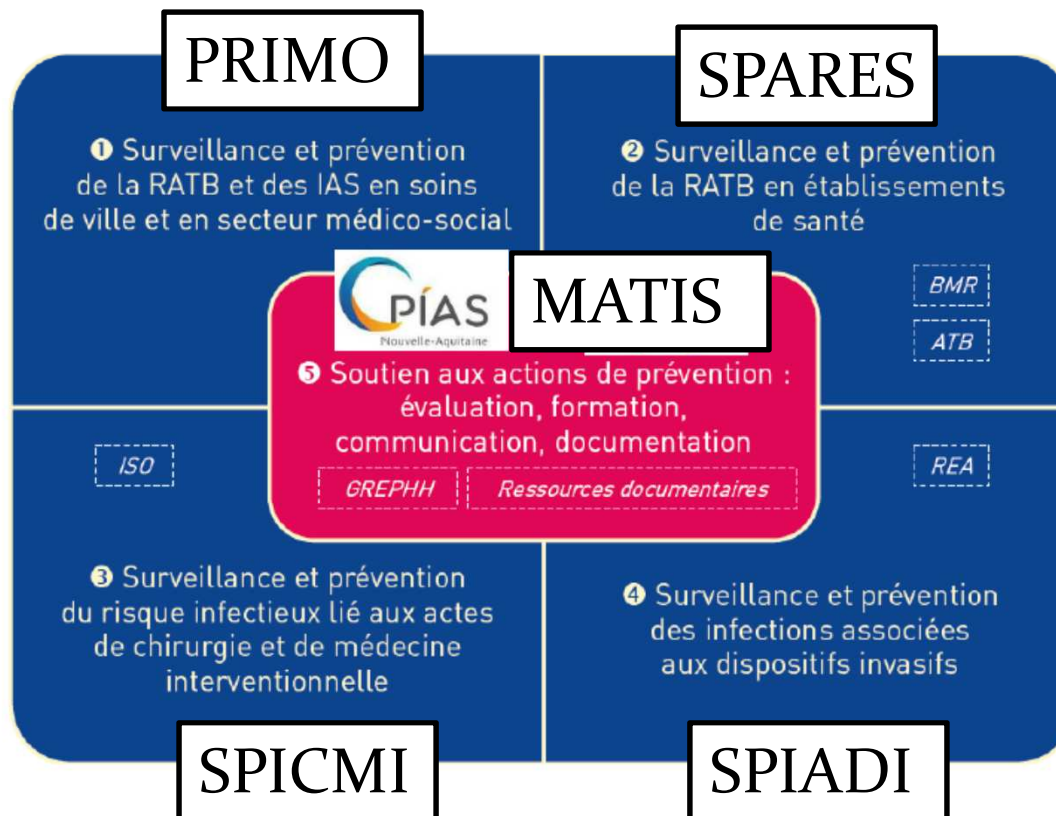
Nouvelles missions de surveillances

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





PRIMO

La mission PRIMO s'articule en 3 axes : la surveillance de la résistance aux ATB en partenariat avec des laboratoires de biologie médicale, la prévention de la diffusion et l'émergence de résistance aux ATB, et enfin la promotion de la prévention des IAS.
Pour en savoir + : www.cpias-pdl.com



SPARES

La mission « Surveillance et Prévention de l'Antibiorésistance en Établissement de Santé » mesure la consommation d'antibiotiques et les résistances bactériennes, et propose des outils d'évaluation des pratiques de prévention de la transmission croisée. Par ses actions d'animation et de communication, elle soutient les acteurs locaux, régionaux et nationaux dans leur lutte contre l'antibio-résistance. **Pour en savoir + :** www.cpias-grand-est.fr



SPIADI

La mission « Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs » concerne tous les services (MCO, RÉA, SSR, Dialyse, HAD...) de tous les établissements de santé. La 1ère journée nationale SPIADI se tiendra le 15 octobre prochain à Tours.
Pour en savoir + : www.spiadi.fr



SPICMI

Le programme SPICMI a pour objectif de diminuer le risque infectieux dans le domaine de la chirurgie et de la médecine interventionnelle. Il repose sur la mise à disposition des équipes d'hygiène de nouvelles approches de la surveillance et de la prévention (promotion/évaluation). Des données locales, régionales et nationales seront disponibles sur une e-plateforme dédiée.
En savoir + : www.cpias-ile-de-france.fr



MATIS

La mission MATIS est une mission de soutien aux actions de prévention des infections associées aux soins (IAS). Elle développe des outils d'évaluation, de formation, de communication et de documentation à destination des professionnels et du grand public. **Pour en savoir + :** www.preventioninfection.fr

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 de 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 cathéters), les bactériémies à *S. aureus* sensibles/résistants à la méthicilline, à *E. faecalis* et *E. faecium* sensibles/résistants aux β -lactames, et la production de BLSE et/ou de carbapénémase. Après la phase de mise en route du programme initial, et


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
GREPHE	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