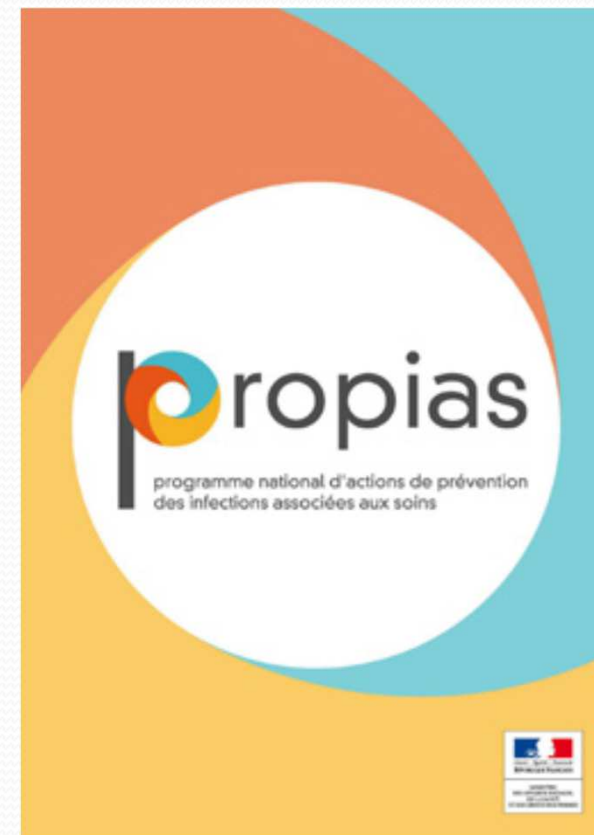


Plans Gouvernementaux de lutte contre les infections nosocomiales et principaux indicateurs de qualité

DU 2022-2023

Dr Patrick Barthélémy

Historique : différents plans nationaux



En 2015

Plan actuellement en vigueur stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance

- Publication de la stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance en février 2022



Objectifs

- Cette stratégie porte trois objectifs principaux :

Prévenir les infections courantes, comme les bronchites, les gastro-entérites, grâce à des gestes du quotidien et à la vaccination

Réduire le risque d'infections associées aux soins, notamment les infections nosocomiales

préserver l'efficacité des antibiotiques

Les 2 piliers de la stratégie 2022-2025

La lutte contre
les infections
→ Volet **PCI**

&

La lutte contre
l'antibiorésistance
→ Volet **BUA**

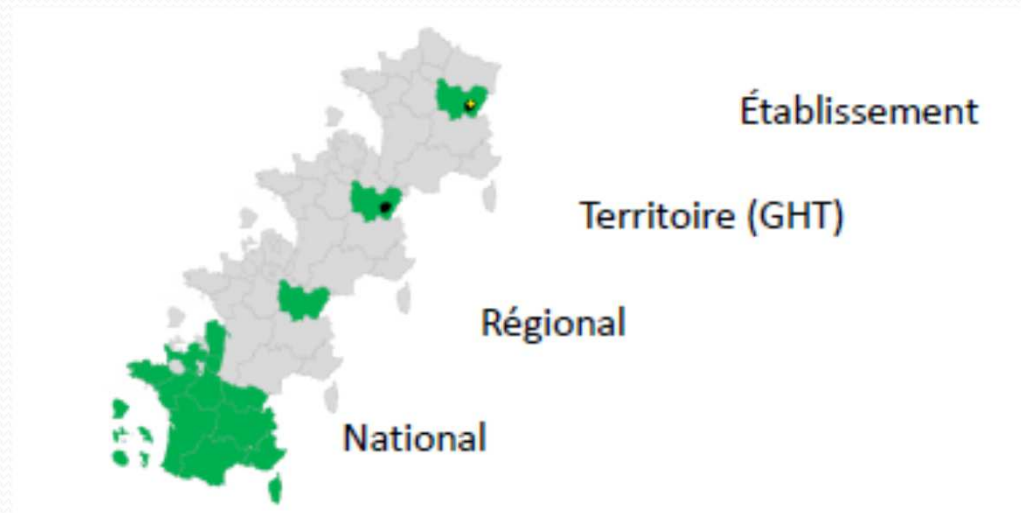
CIBLER TOUS LES PUBLICS

Grand Public

Usagers du système de soins

Professionnels de santé (en ES, EMS et ville)

Gouvernance et acteurs principaux



ECHELON NATIONAL	Comité de pilotage (ministère, ARS, CNAM, SPF, HAS, ANSEM) et comité de suivi
ECHELON REGIONAL	Pilotage par les ARS Animation et coordination du volet PCI par les CPIAS Animation et coordination du volet BUA par les CRAtb
ECHELON LOCAL	Pour le Volet PCI : EOH, EMH Pour le Volet BUA : Référents ATB, EMA, Médecins formés aux ATB pour le secteur ville

Orientations Stratégiques

- 9 Axes déclinés en 42 actions
- 1ère partie : synthèse des actions par axe
- 2ème partie : description des actions par axe
- Annexes dont les indicateurs d'impact 2025

Les 9 axes de la stratégie nationale

Axe 1 : L'appropriation par le grand public des principes de la prévention des infections et de l'antibiorésistance.

Axe 2 : Du citoyen usager du système de santé au professionnel du secteur de la santé : une continuité nécessaire à la prévention des infections et de l'antibiorésistance.

Axe 3 : Renforcement de la prévention des infections et de l'antibiorésistance auprès des professionnels de santé tout au long du parcours de santé du patient.

Axe 4 : Renforcement du maillage territorial de la prévention et du contrôle de l'infection et du bon usage des antibiotiques.

Axe 5 : Utilisation partagée des données de santé et de surveillance au service de l'action.

Axe 6 : Pour une recherche innovante et attractive.

Axe 7 : Développer une dimension « préservation de l'environnement » dans les actions de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

Axe 8 : Valoriser et préserver les produits contribuant à la prévention des infections et à la maîtrise de l'antibiorésistance.

Axe 9 : Participer au rayonnement de la France à l'international.

Evaluation de la stratégie : indicateurs d'impact

ANNEXE 2.

TABLEAU DÉTAILLÉ DES INDICATEURS D'IMPACT DE LA STRATÉGIE NATIONALE 2022-2025 DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ET DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

Tous ces indicateurs ont vocation à être publiés, avec des données disponibles de manière agrégée à une échelle géographique nationale, et parfois régionale. Ces indicateurs ont donc pour objectif principal de guider le pilotage des actions nationales, régionales et locales. Ce tableau de 43 indicateurs explore les différentes dimensions de la prévention des infections et de l'antibiorésistance et inclut les 18 indicateurs présentés précédemment, sélectionnés tout particulièrement pour les actions de communication ; ils sont identifiés par un astérisque*.

Mise à disposition des usagers, intervenants, familles, visiteurs

Evaluation de la stratégie : indicateurs d'impact (extrait)

Indicateur	Secteur	Périodicité de recueil des données	Données disponibles par région	Valeur 2019	Évolution de l'indicateur sur 2015-2019	Cible à l'horizon 2025	Entité en charge du recueil de l'indicateur Lien vers les données
Prévention des infections (17 indicateurs)							
Couverture vaccinale des nourrissons pour les vaccinations obligatoires	Ville	Annuelle	X	Dépend des vaccins 90 % ROR une dose	Hausse	> 98 % d'ici 2025, au national et dans toutes les régions	SpF Données vaccination
*19 Couverture vaccinale contre la grippe des professionnels de santé en ville	Ville	Annuelle		Non disponible	Non disponible	> 80 % d'ici 2025, au national	Cnam
*Couverture vaccinale contre la grippe des professionnels en établissements de santé	ES	Ponctuelle	X	35 %	Non disponible	> 70 % d'ici 2025, au national et dans toutes les régions	SpF Baromètre santé annuel, Données vaccination
*Couverture vaccinale contre la grippe des professionnels en ESMS	ESMS	Annuelle		55 %	Hausse	> 70 % d'ici 2025, au national	SpF Baromètre santé annuel, Données vaccination
Indicateur de suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier	ES	Annuelle		Non disponible	Non disponible	À définir	HAS en lien avec SpF https://qualhas.atih.sante.fr/ ou site internet de la HAS : https://www.has-sante.fr/
*Nombre de frictions par produit hydro-alcoolique en EHPAD réalisées par les professionnels de santé, par résident et par jour Définition ici	EHPAD	Annuelle	X	Médiane : 1,60	Hausse	> 4 frictions/résident/jour d'ici 2025, au national et dans toutes les régions	SpF/mission nationale concernée Rapport

Objectifs d'un indicateur

- **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,



Les Indicateurs nationaux thème IAS

- indicateurs de la HAS
- indicateurs des CPIAS



Indicateurs IAS nationaux de l'HAS (IQSS)

Ces indicateurs font partie des IQSS (thème IAS)

- Il existe **une liste des indicateurs HAS à recueil obligatoire** fixée chaque année par **arrête ministériel**

- Parmi ces indicateurs certains sont concernés par le **dispositif IFAQ** (incitation financière à la qualité)

- certains indicateurs HAS peuvent être en expérimentation ou en recueil basé sur le volontariat

Indicateurs des missions organisées par le REPIAS (via les CPIAS)

- Indicateurs cibles pour répondre aux objectifs de la stratégie nationale 2022-2025
- Pilotage par SpF (santé publique France) via le REPIAS
- Ces indicateurs ne sont pas obligatoires et ne sont pas concernés par le dispositif IFAQ à ce jour



1- Les Indicateurs nationaux de la HAS (IQSS)

thème IAS

Historique : thèmes abordés

- Première circulaire ministérielle en 2004
- **Indicateurs de processus** = Organisation, Moyens, Actions, (OMA)
 - Politique générale de lutte contre les IN **-ICALIN**
 - Maîtrise des ISO (infections de site opératoire) **-ICALISO**
 - Maîtrise des BMR (bactéries multi-résistantes) **-ICABMR**
 - Bon usage des antibiotiques **-ICATB**
 - Maîtrise de l'hygiène des mains **-ICSHA**
- **Indicateurs de résultats**
 - Suivi des Bactériémies à SARM **-BN-SARM**
(Staphylococcus aureus résistant méticilline))

Historique : évolution 2017-2019

- **La HAS** a repris, la maîtrise d'ouvrage des campagnes de recueil du thème IAS (ex TdB des IN)
- **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 ».

- **2019 : année charnière : les indicateurs OMA** (Organisation Moyens, Actions) sont **abandonnés** : ICALIN, ICABMR ; ICATB, 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) :

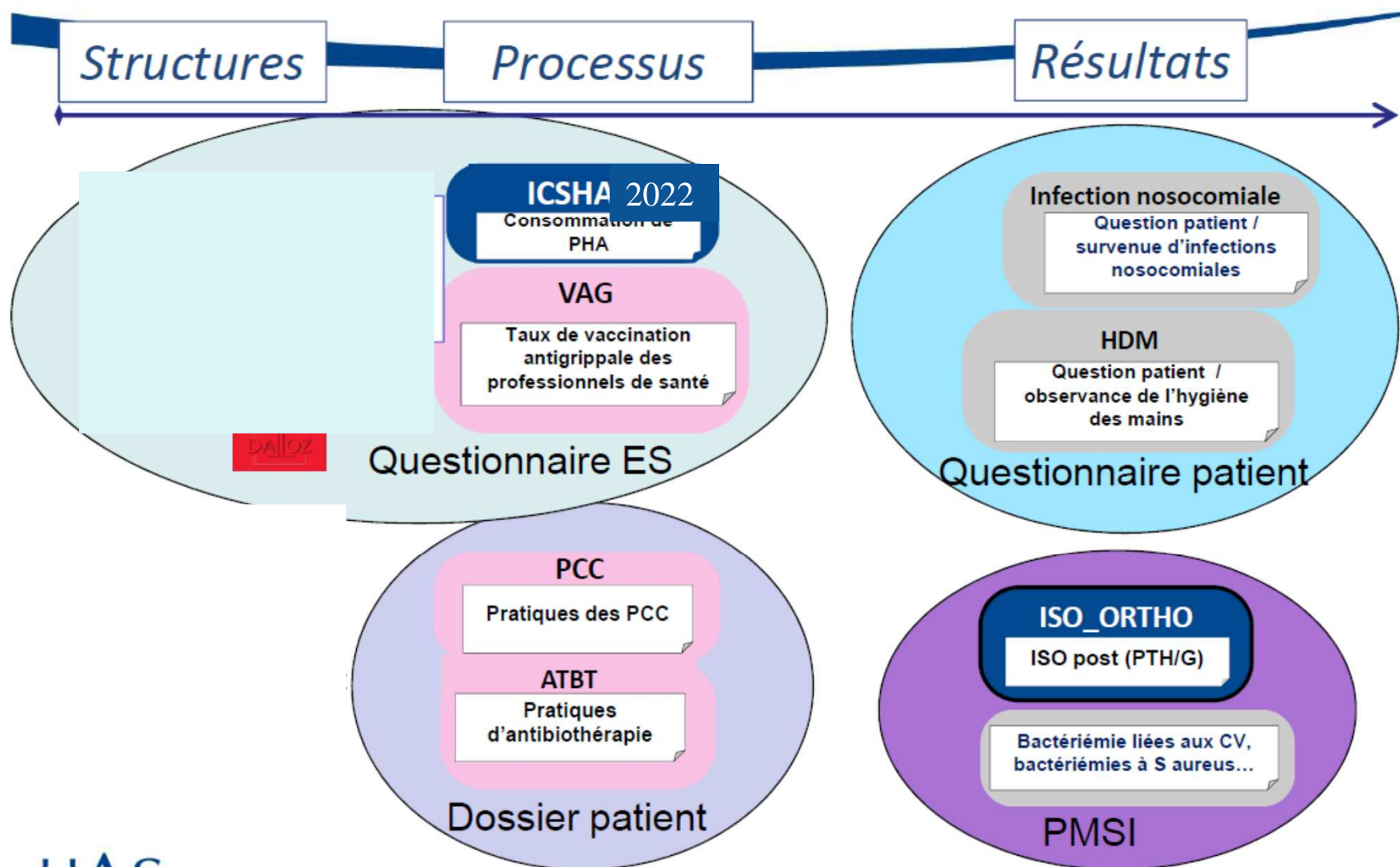
- **Simplifier les indicateurs**
- **Moderniser, actualiser**
- **Harmoniser les critères (Propias /CIS antibiorésistance)**

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

Sources des données



Les indicateurs HAS de la campagne 2022

- **Indicateurs à recueil obligatoire :**

- **ICSHA version 2022 (données 2021)** Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques à saisir sur plateforme informatique QUALHAS

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

- **PCC** (précautions contacts) à saisir sur plateforme informatique QUALHAS

Indicateur en expérimentation nationale :

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

ICSHA 2022

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

- L'indicateur **ICSHA.2022** 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 2021.
- L'indicateur **ICSHA.2022** présenté sous la forme **d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance** (A à C) .



ICSHA 2022

- **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.2022

- 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 2022

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 2022

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 2022 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'Alcoologie 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 2022

- **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

INDICATEURS PTH et PTG

- **Définition**

Ces 2 indicateurs dérivent de l'indicateur ISO ORTHO.

Ce sont des **indicateurs de résultats**

Ils mesurent 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 hors fracture (PTH)** ou du genou **(PTG)**.

INDICATEURS PTH et PTG

- **Type d'indicateurs**

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

INDICATEURS PTH et PTG

- **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)

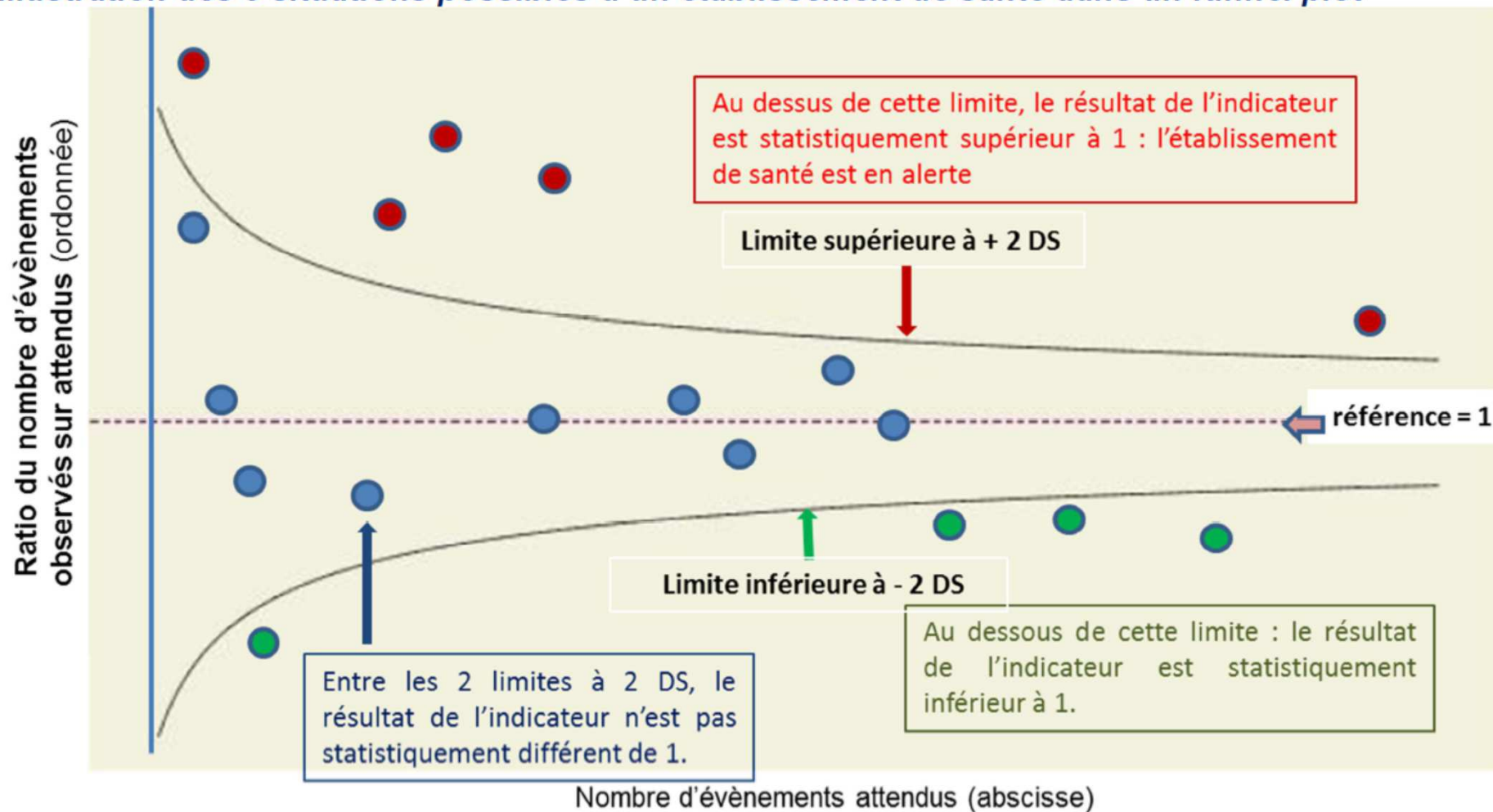
INDICATEURS PTH et PTG

- **Modalités de restitution des résultats**

Les résultats sont restitués 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)

INDICATEURS PTH et PTG

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



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

PCC : INDICATEUR DE PROCESSUS

- Cet indicateur, présenté sous la forme d'un **taux de conformité** évalue la **traçabilité des pratiques de précautions complémentaires contact**, mesure de prévention essentielle dans la maîtrise de la transmission croisée de certains microorganismes.
- Il concerne le secteur MCO.
- Le recueil consiste en une **enquête rétrospective** portant sur un échantillon de séjours tirés au sort. Ce type d'enquête suppose d'accéder aux **dossiers des patients** et d'analyser l'information qu'ils contiennent.

PCC : INDICATEUR DE PROCESSUS

- L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.
- Trois indicateurs sont calculés : **VALEUR CIBLE 80%**
- **L'indicateur PCC** : évalue la traçabilité de la mise en place effective des précautions complémentaires contact par l'équipe soignante **ET** la traçabilité de l'information au patient du statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de précautions complémentaires contact.

PCC : INDICATEUR DE PROCESSUS

- Au coté de l'indicateur PCC :
- L'indicateur PCC_MEP : évalue la traçabilité de la mise en place effective des précautions complémentaires contact par l'équipe soignante.
- L'indicateur PCC_INF : évalue la traçabilité de l'information au patient du statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de précautions complémentaires contact.

ATBIR : INDICATEUR DE PROCESSUS

- Cet indicateur, présenté sous la forme d'un **taux** de conformité, évalue le **taux de séjours de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins** pour une **infection respiratoire basse**.
- Il concerne le secteur MCO.
- **Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon de séjours tirés au sort.** Ce type d'enquête suppose d'accéder aux **dossiers des patients** et d'analyser l'information qu'ils contiennent.

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

VAG : INDICATEUR DE PROCESSUS

- Son objectif est d'améliorer la **maitrise de la transmission nosocomiale de la grippe et de réduire l'exposition potentielle aux antibiotiques**. En effet, prévenir la grippe c'est aussi prévenir l'utilisation d'antibiotiques pour soigner les grippes surinfectées.
- Indicateur de processus
- En expérimentation en 2022 sera obligatoire en 2023.

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

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)

Résultats : Qualiscope

- Le nouveau service en ligne **QualiScope** sur le site **internet de la HAS** permet à tous de s'informer sur le niveau de qualité des hôpitaux & cliniques de France. Ce nouveau service **remplace Scope Santé**, fermé fin 2021.
- niveau de certification pour la qualité des soins attribué tous les quatre ans ;
- résultats annuels des indicateurs pour la qualité et la sécurité des soins.

Résultats : Qualiscope

- un moteur de recherche et un **panorama interactif** permettent d'accéder aux données de plus de 4 000 sites hospitaliers en effectuant une **recherche** par nom d'établissement, zone géographique, activité, résultat de certification, résultat d'indicateur, etc.
- des outils de cartographie, de comparaison, de datavisualisation ou encore d'exports de données pour rendre les informations accessibles et compréhensibles par tous.



2-Les indicateurs des CPIAS

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 ont tous abandonnés et remplacés par des missions nationales (5) aux niveaux des CPIAS →

REPIAS = Réseau de Prévention des IAS

Missions nationales pilotées par SpF

FOCUS - Missions nationales pilotées par SpFrance **RéPias**

RéPias : Réseau de prévention des infections associées aux soins et de l'antibiorésistance

- **5 missions nationales** portées par des CPias (sur candidature) – renouvellement 2023 (étendu au BUA)
- Objectifs : **surveillance** et **proposition d'outils** de prévention, de formation et de communication à destination des professionnels



PRIMO



SPARES



SPICMI

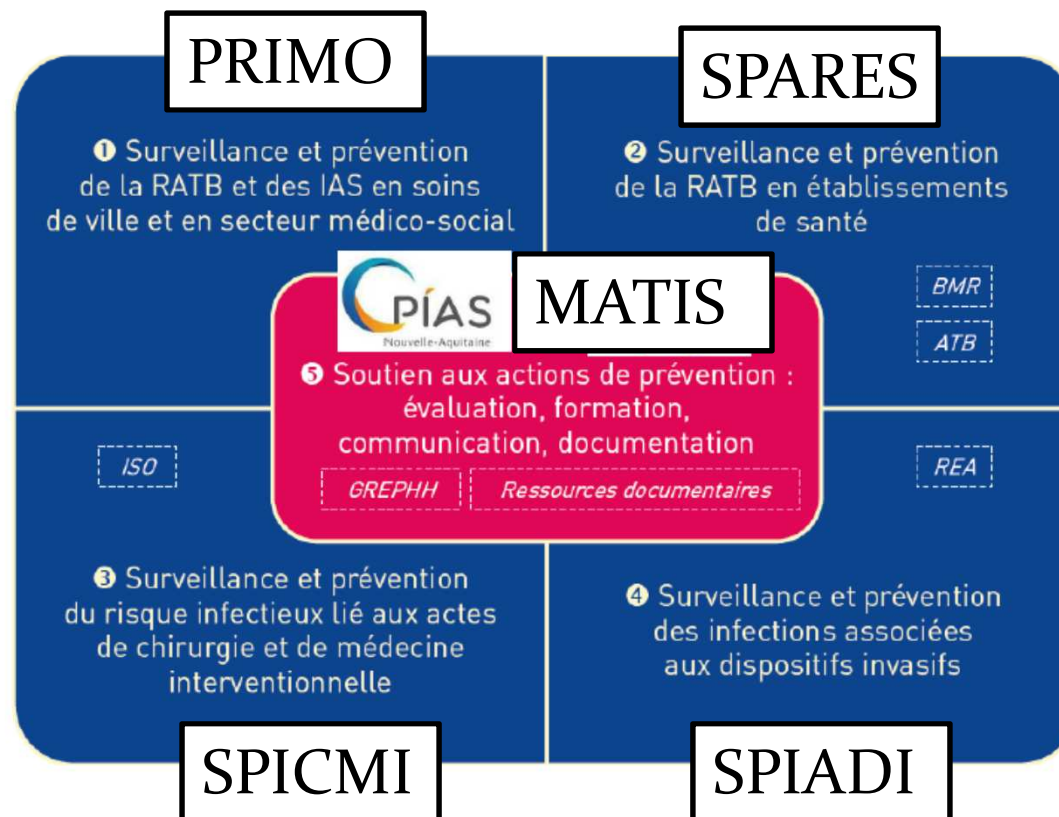


SPIADI



MATIS

LES NOUVELLES SURVEILLANCES



Mission SPIADI

- **SPIADI** Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs.
- Inscription et accès aux document sur le site spiadi.fr

Volet surveillance 3 modalités :

- BACT-ADI
- EXP-ADI
- REA ou NEO INF-ADI

Volet observation des pratiques :

OBSERV A4 (pose et manipulation des KT)([audit niveau services](#))

REA ExplAUR Prévention des bactériémies a S.Aureus liées aux DI ([état des lieux des pratiques niveau réanimation](#))

- SPIADI fourni les indicateurs nationaux demandé dans le stratégie nationale 2022-2025)
- Ces indicateurs sont des indicateurs de pilotage destinés à être utilisé et analysé au réseau national et régional.
- Non obligatoires, non IFAQ

Indicateur	spécialité	cible
Incidence B.A.S. sur KT centraux et assimilés	Médecine (hors oncologie et hématologie)	< 0,1 / 1000 JH
Incidence B.A.S. sur KT centraux et assimilés	Oncologie et hématologie	< 1 / 1000 JH
Incidence B.A.S. sur KT centraux et assimilés / 1000 journées cathéter	Réanimation	< 1 / 1000 Journées cathéter

Mission SPARES et SPICMI

- **SPARES** Surveillance et Prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques

Volet surveillance = CONSORES (outil de consommation des ATB et résistance aux ATB)

Volet prévention:

Evaluation de la transmission croisée des BHRe

- **SPICMI** Surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle

Volet surveillance = surveillance semi-automatisée des ISO

Volet prévention:

Audit prévention du risque infectieux en préop chez l'adulte

Mission MATIS

- **Objectif principal** : mettre à disposition des outils pour soutenir les actions de prévention et assurer la veille scientifique et documentaire.

En collaboration et en partage avec l'ensemble des CPIAS, au service des EOH

- En complémentarité avec les autres outils existant
- **Public cible** des actions : professionnels de santé travaillant en établissements de santé (ES), en établissements médico-sociaux (EMS) et en ville.

Indicateurs : cadre réglementaire 2022

indicateur	intitulé	pilotage	obligatoire	
ICSHA	Indicateur de Consommation des SHA	HAS	OUI	
ISO PTH ISO PTG	Infections du Site Opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche –hors fracture- ou de genou	HAS	OUI	
VAG	Vaccination antigrippale des personnels des établissements de santé	HAS	En expérimentation nationale	
ATBIR	Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse	HAS	Recueil basé sur le volontariat	
PCC	Bonnes pratiques de Précautions Complémentaires Contact	HAS	OUI	
SPIADI	Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs	CPIAS	NON	
SPICMI	Surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle	CPIAS	NON	
SPARES	Surveillance et Prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques	CPIAS	NON	

Glossaire

ABREVIATIONS	DEFINITION
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BHRe	Bactérie hautement résistante émergente
BMR	Bactérie multirésistante
BUA	Bon usage des antibiotiques
C3G	Céphalosporine de troisième génération
CME	Commission médicale d'établissement
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
COPIL	Comité de pilotage
CPias	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CRAtb	Centre régional en antibiothérapie
DCI	Dénomination commune internationale
DDj	Dose définie journalière
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPC	Entérobactérie productrice de carbopénémase
GHT	Groupement hospitalier de territoire

Glossaire

HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IAS	Infection associée aux soins
ICSHA	Indicateur de consommation de solution hydroalcoolique
ISO	Infection du site opératoire
MATIS	Mission nationale d'appui transversal à la prévention des infections associées aux soins
PCI	Prévention et contrôle de l'infection
PRIMO	Mission nationale de surveillance et Prévention de la Résistance aux antibiotiques et des Infections associées aux soins en soins de ville et secteur médico-social
Propias	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
RéPias	Réseau de Prévention des infections associées aux soins
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SF2H	Société Française d'hygiène hospitalière
SFAR	Société Française d'anesthésie et de réanimation
SFM	Société Française de microbiologie
SNS	Stratégie nationale de santé
SPARES	Mission nationale de surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé
SpF	Santé publique France
URPS	Union régionale de professionnels de santé libéraux



Merci

de votre attention