

JOURNÉE DES EOH ET DES PRÉSIDENTS DE CLIN:

BESANÇON – 5 DÉCEMBRE 2019

DR CYRIL GILLES
RÉFÉRENT RÉGIONAL INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE
DÉPARTEMENT VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE
DR MARC DI PALMA RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT
MME NATHALIE HERMAN RESPONSABLE ADJOINTE

CAMPAGNE 2019 DES INDICATEURS DU THÈME IAS ET PERSPECTIVES 2019 - 2020

Recueil des indicateurs du thème IAS en 2019

- Recueil obligatoire du bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales conformément à l'article R.6111-8 du CSP :
 - **Arrêté du 25 mars 2019 modifiant l'arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé**
 - Pas de calcul de scores
 - Pas de classement des résultats
 - Accès au bilan régional et aux résultats individuels par l'ARS
- La thématique hygiène des mains reste prioritaire :
 - **ICSHA.3** en recueil 2019 obligatoire
 - Calcul de scores et diffusion publique des résultats.
 - Recueil du 1^{er} au 30 juin 2019.

BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (1/7)

→ *IAS1a. Ratio médical formé en hygiène hospitalière (ou avec formation prévue) spécifiquement dédié à la lutte contre les infections associées aux soins intervenant dans l'établissement*

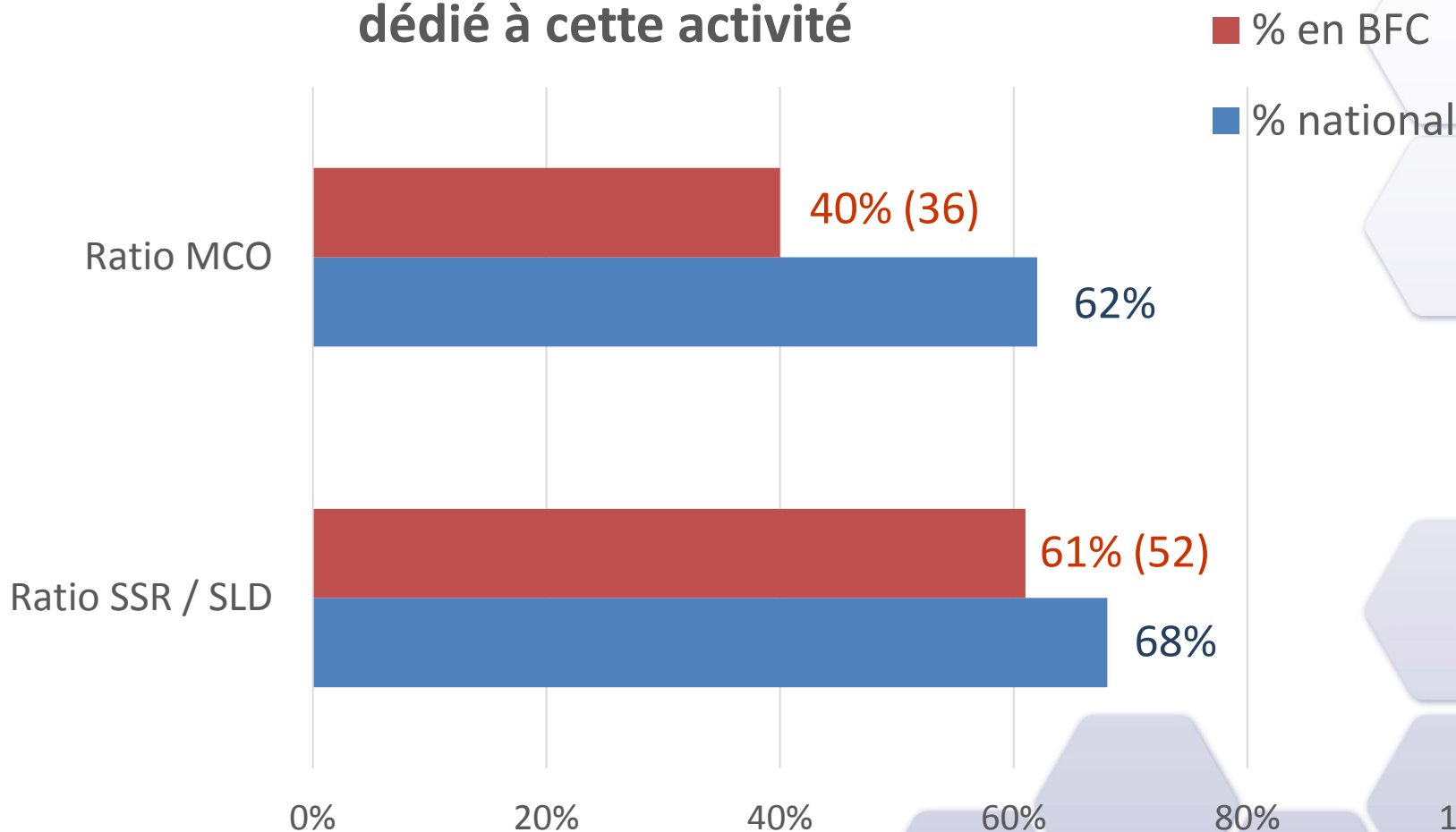
Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES ont au moins 1 ETP de PH hygiéniste pour 800 lits et places	51% (79)	50%

→ *IAS1b. Ratio paramédical IDE formé en hygiène hospitalière (ou avec formation prévue) spécifiquement dédié à la lutte contre les infections associées aux soins intervenant dans l'établissement*

Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES ont au moins 1 ETP d'IDE hygiéniste pour 400 lits et places	65% (102)	69%

BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (2/7)

Ratio référent antibiotique spécifiquement dédié à cette activité



BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (3/7)

→ *IAS3a. Pourcentage d'effectif de personnel médical formé en hygiène hospitalière*

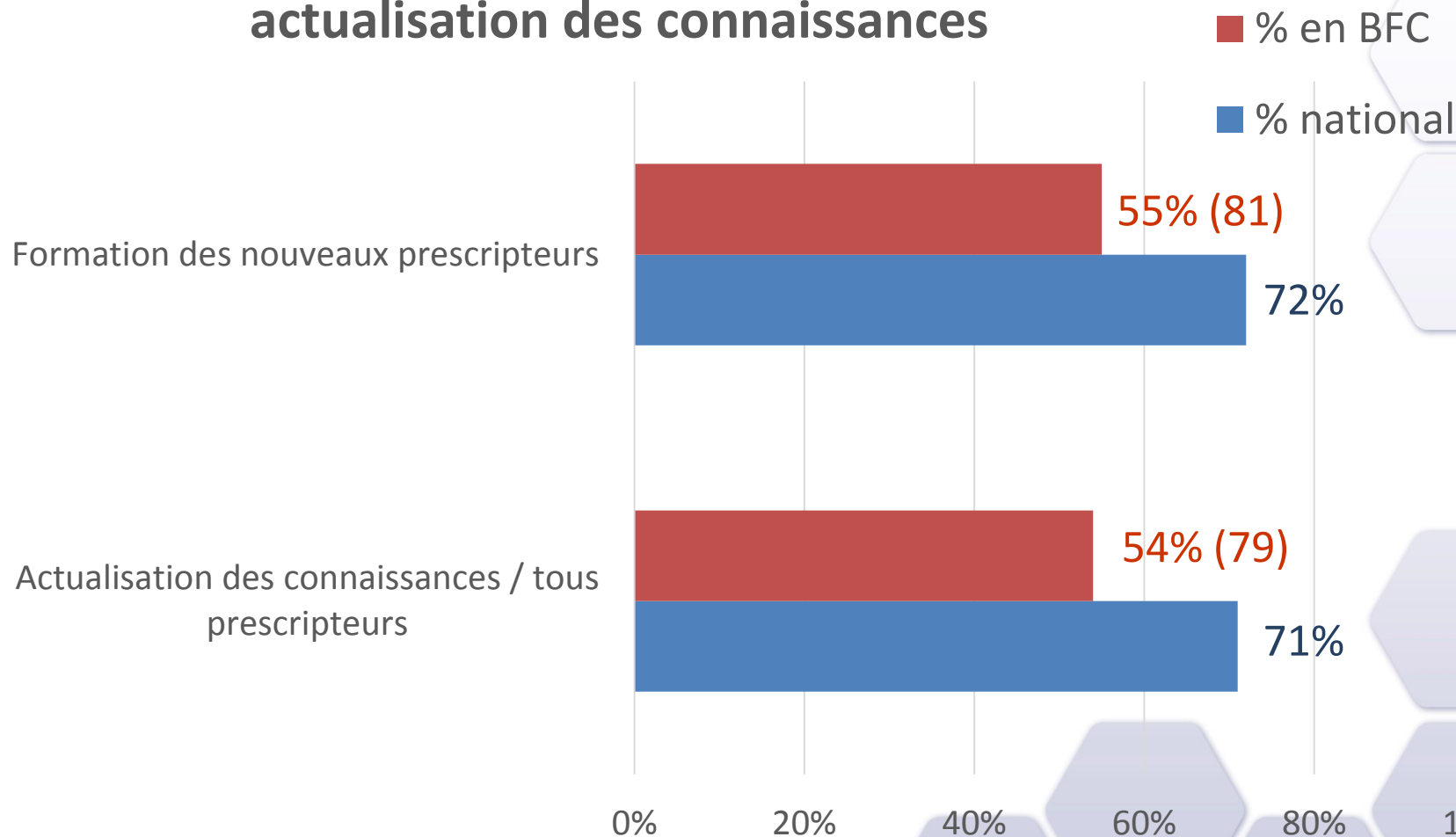
Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES forment au moins 25% du personnel médical par an	26% (41)	28%

→ *IAS3b. Pourcentage d'effectif de personnel paramédical formé en hygiène hospitalière*

Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES forment au moins 25% du personnel paramédical par an	36% (56)	45%

BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (4/7)

Formation au bon usage des antibiotiques et actualisation des connaissances



BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (5/7)

→ *IAS7. L'établissement participe à la surveillance nationale de la résistance bactérienne aux antibiotiques en établissements de santé.*

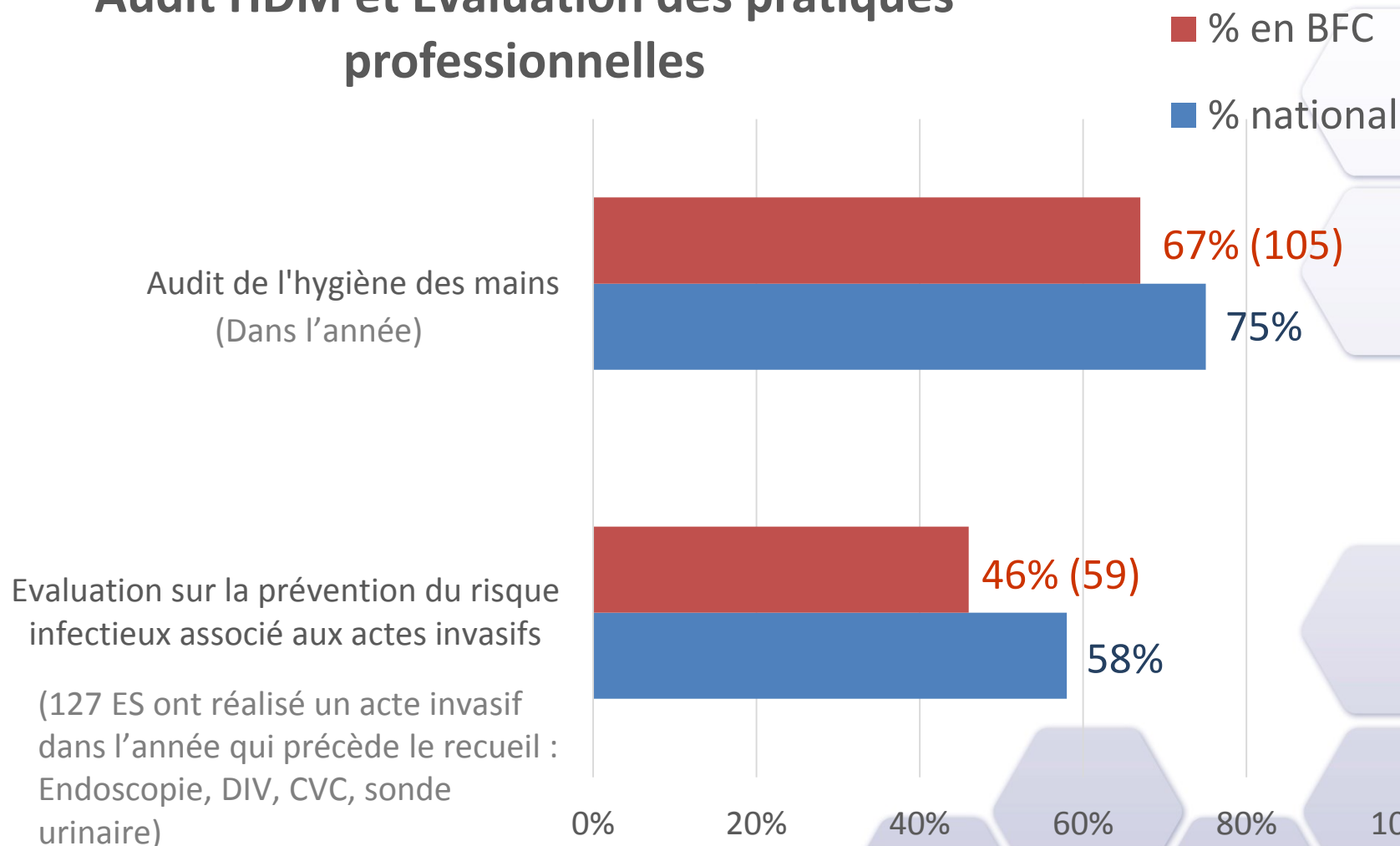
Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES concernés participent	85% (100)	82%

→ *IAS8. L'établissement participe à la surveillance nationale du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle.*

Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES concernés participent	42% (27)	47%

BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (6/7)

Audit HDM et Evaluation des pratiques professionnelles



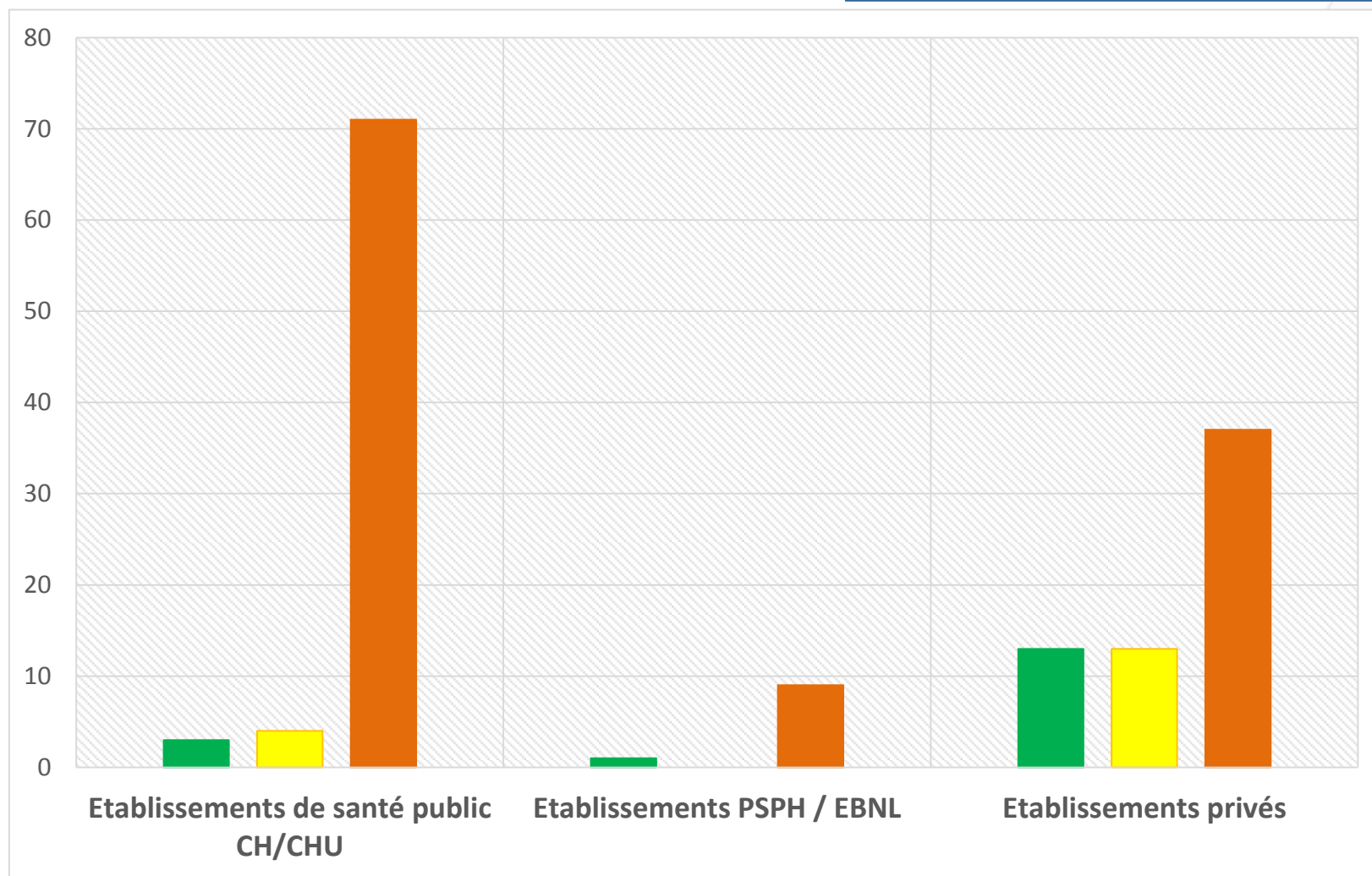
BILANLIN 2019 : Recueil obligatoire (7/7)

→ *IAS13. Un système de repérage informatique des patients porteurs BHRe (+ ou - des contacts) est effectif au sein de l'établissement.*

Cible à atteindre	% régional d'ES ayant atteint cet objectif (Nb)	% national d'ES ayant atteint la cible
100% des ES concernés utilisent un système de repérage informatique des patients porteurs BHRe lors de leurs réadmissions (+/- contacts)	52% (81)	66%

Résultats ICSHA.3 en région BFC – 2019

Classe A si score > ou = 100 %
Classe B si score entre 80 et 99%
Classe C si < 80 %





Évaluation des ESSMS ▾

Certification des établissements de santé ▾

Indicateurs ▾

Contexte

Déroulement de l'expérimentation

Indicateur relatif à la vaccination du personnel hospitalier :

Indicateurs issus du dossier patient :

Voir aussi

Con

Les indi
santé, d
contre l
depuis
2018 po
recueilli
seul ind

Trois inc

Indicat

● Indica
il me

Indicat

● Indica

il mesure le respect des protocoles de prise en charge des patients hospitalisés traités par antibiotiques 7 jours maximum pour une infection respiratoire basse.

● Indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact :
il mesure, à partir de l'audit de dossiers patients, le taux de patients adultes ou enfants porteurs ou infectés par une BLSE, BHRE, SARM, Clostridium difficile ou gale pour lesquels la mise en place des précautions complémentaires contact a été réalisée selon les recommandations nationales.

- **Indicateurs de type « Organisation, Moyen, Structure »** en progression continue depuis leur première diffusion jusqu'à atteindre un plateau :
- En 2017, pour ICALIN.2 et ICA-LISO
- En 2018 pour ICATB.2
- La HAS a pris la décision de ne plus recueillir ces indicateurs à partir de 2019
- ICSHA.3 reste le seul indicateur recueilli en 2019 et ne sera plus recueilli en 2020 selon une décision annoncée par l'HAS.



Indicateur de processus expérimenté issu d'un questionnaire établissement

Contexte

Déroulement de
l'expérimentation

Indicateur relatif à la
vaccination du personnel
hospitalier :

Indicateurs issus du dossier
patient :

Voir aussi

Dérou

Indicate

• L'expéri

Indicate

- Indicateur d'évaluation de la vaccination
antigrippale du personnel hospitalier :

Mesure le pourcentage de personnels hospitaliers
vaccinés contre la grippe saisonnière.

- Recueil en mars – avril 2019

« Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse » (ATBIR) et « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact » (PCC)

- Une première phase d'expérimentations permettant d'aborder la pertinence et la faisabilité des indicateurs envisagés s'est déroulée au dernier trimestre 2018 sur un panel restreint d'établissements de santé.
- Une seconde phase d'expérimentations, ayant pour objectif de valider les qualités métrologiques des indicateurs envisagés, est ouverte sur la plateforme QualHAS depuis le **1er octobre** à tout établissement ayant une activité de médecine chirurgie obstétrique. Elle se déroulera jusqu'au **15 décembre 2019**.

En cas de difficulté, pendant l'expérimentation, les établissements participants peuvent poser leurs questions sur la boîte de dialogue [Agora](#).

En secteur de soins de suite et de réadaptation, une phase expérimentale est prévue **début 2020**.



Indicateurs de processus expérimentés issus du dossier patient

Contexte

Déroulement de l'expérimentation

Indicateur relatif à la vaccination du personnel hospitalier :

Indicateurs issus du dossier patient :

Voir aussi

- Première phase d'expérimentations au cours du dernier trimestre 2018 sur un panel restreint d'établissements de santé.
- Seconde phase d'expérimentations menée en 2019 avec pour objectif de valider les qualités métrologiques des indicateurs ouverte sur la plateforme QualHAS :
 - Depuis le **1er octobre 2019** à tout établissement ayant une activité de médecine chirurgie obstétrique;
 - Jusqu'au **15 décembre 2019**.
- Concerne deux indicateurs : ATBIR et PCC

deroulera jusqu'au **15 décembre 2019**.

En cas de difficulté, pendant l'expérimentation, les établissements participants peuvent poser leurs questions sur la boîte de dialogue [Agora](#).

En secteur de soins de suite et de réadaptation, une phase expérimentale est prévue **début 2020**.



Indicateurs de processus expérimentés issus du dossier patient

Contexte

Déroulement de
l'expérimentation

Indicateur relatif à la
vaccination du personnel
hospitalier :

Indicateurs issus du dossier
patient :

Voir aussi

- Indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie (ATBIR) :

Mesure, après audit de dossiers patients, le taux de patients hospitalisés traités par antibiotiques 7 jours maximum pour une infection respiratoire basse.

- Indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC) :

Mesure, à partir de l'audit de dossiers patients, le taux de patients adultes ou enfants porteurs ou infectés par une BLSE, BHRE, SARM, Clostridium difficile ou gale pour lesquels la mise en place des précautions complémentaires contact a été réalisée selon les recommandations nationales.

ÉCOUTER

AJOUTER À MA SÉLECTION

Contexte

Indicateur sélectionné pour la mesure nationale des infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche ou de genou

Informations et outils mis à disposition des établissements pour faciliter l'utilisation de l'indicateur :

A venir en 2019 :

Voir aussi

Indicateur de résultat expérimenté en 2019 : ISO-ORTHO :

- Infections du site opératoire après :

- Pose de prothèse totale de hanche (hors fracture)
- Pose de prothèse totale de genou

- Ratio standardisé observé sur attendu

- Calculé automatiquement à partir du PMSI MCO chaîné sur l'année n-1.

- Restitué, chaque année, aux établissements de santé dans un funnel plot (diagramme en entonnoir)

travail regroupant les expertises cliniques, en hygiène hospitalière, de l'information médicale, du patient et de l'utilisateur.

Ces travaux répondent au rapport du Haut conseil de santé publique qui, en avril 2013, priorisait cet indicateur de résultats et à l'axe 3 du Programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) lancé en 2015 dont une des actions est de « généraliser la surveillance des ISO graves. La méthode utilisée pour la validation de la détection des ISO dans le PMSI fait l'objet d'un rapport d'expérimentation (CPIAS IDF, 2018), avec notamment l'utilisation d'un algorithme dont la valeur prédictive positive est de 87% (Grammatico-Guillon et al. 2014).

ÉCOUTER

AJOUTER À MA SÉLECTION

Contexte

Indicateur sélectionné pour la mesure nationale des infections du site opératoire après pose de prothèse totale de hanche ou de genou

Informations et outils mis à disposition des établissements pour faciliter l'utilisation de l'indicateur :

A venir en 2019 :

Voir aussi

ISO-ORTHO (suite)

- 1^{er} restitution en octobre 2018.
- **A venir en 2019 :**
 - Consolidation de l'indicateur,
 - et mesure de la valeur prédictive positive.
- **Mise à disposition des outils suivants :**
 - . Grille d'analyse des dossiers de patients avec événements ;
 - . Logiciel de détection des séjours avec événements dans le PMSI.

tuteles et des usagers. Leur mesure à partir des bases médico-administratives représente actuellement la seule alternative possible en l'absence de registres cliniques nationaux. La HAS

- Phase expérimentale prévue **début 2020** en secteur de soins de suite et de réadaptation

Le développement de la mesure de la mesure nationale des infections du site opératoire (ISO) PTH ou PTG est réalisée en partenariat avec le CPIAS Ile de France, et en lien avec un groupe de travail regroupant les expertises cliniques, en hygiène hospitalière, de l'information médicale, du patient et de l'utilisateur.

Ces travaux répondent au rapport du Haut conseil de santé publique qui, en avril 2013, priorisait cet indicateur de résultats et à l'axe 3 du Programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) lancé en 2015 dont une des actions est de « généraliser la surveillance des ISO graves. La méthode utilisée pour la validation de la détection des ISO dans le PMSI fait l'objet d'un rapport d'expérimentation (CPIAS IDF, 2018), avec notamment l'utilisation d'un algorithme dont la valeur prédictive positive est de 87% (Grammatico-Guillon et al. 2014).

CONCLUSIONS



- Evolution importante des indicateurs HAS du thème IAS au cours des dernières années.
 - Identification au niveau de l'ARS BFC d'un « risque infectieux établissement » dans le cadre de l'élaboration du Programme régional annuel d'inspection contrôle (PRICA) à partir :
 - Des indicateurs disponibles opposables et à diffusion publique de l'HAS : ICSHA.3 en 2019
(Indicateurs en expérimentation non disponibles pour l'ARS)
 - Du bilanlin (recueil annuel obligatoire en application de l'article R.6111-8 du CSP)
 - De l'absence de signalement externe d'infection associée aux soins
 - De la connaissance d'une problématique particulière en hygiène au sein de la structure
- = Réalisation d'une inspection sur site au cours de l'année 2020

JE VOUS REMERCIE

CYRIL.GILLES@ARS.SANTE.FR

Dr Cyril GILLES – DÉPARTEMENT VEILLE ET
SÉCURITÉ SANITAIRE
DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE