

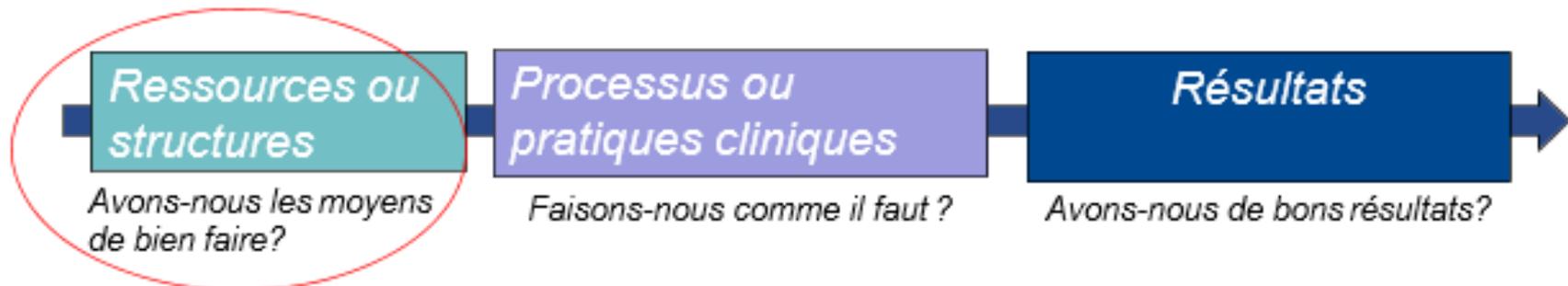


Indicateurs IAS

Cécile Mourlan
CPIAS Occitanie

Indicateurs OMA : le bilan (1)

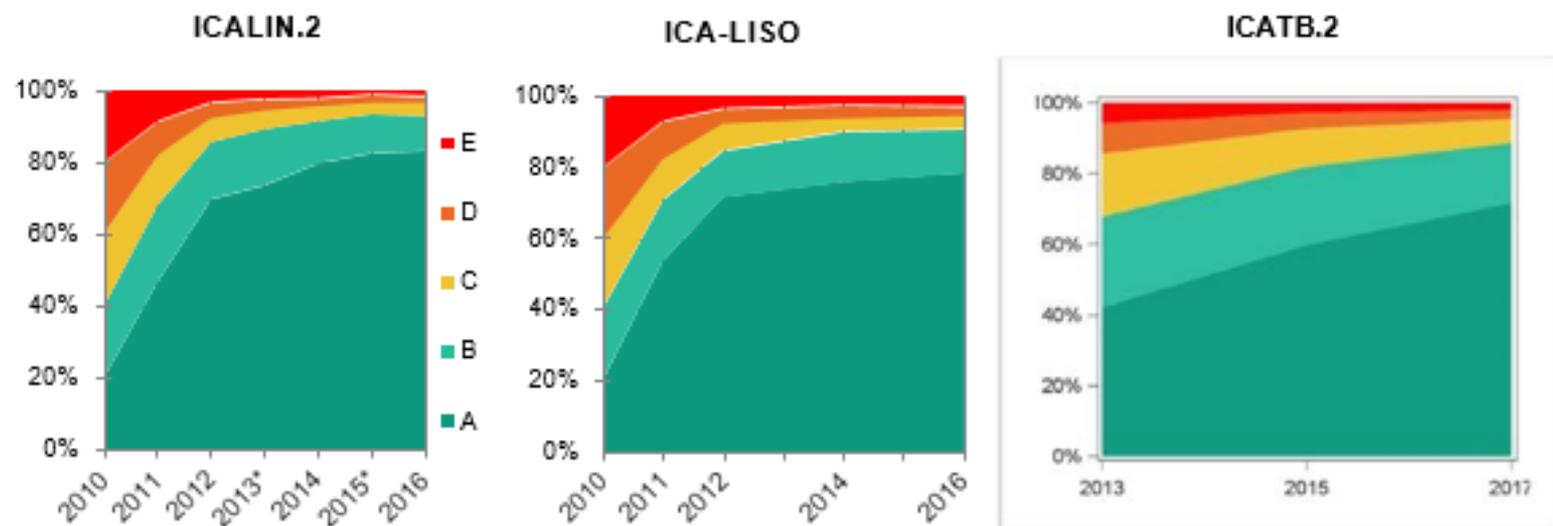
- Des indicateurs diffusés depuis plus de 10 ans !
- Ont composé l'essentiel du tableau de bord des infections nosocomiales
- Ce sont des indicateurs de « ressources ou structure »



- Ont connu plusieurs évolutions (versions 2 pour ICALIN, ICATB, ICALISO)
- Les scores ont progressé de manière continue depuis la première diffusion de ces indicateurs

Indicateurs OMA : le bilan (2)

- Atteinte d'un plateau en 2017/ ICALIN.2 et ICA-LISO et 2018/ICATB.2



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

Méthodologie refonte IAS

Prise en compte des avis et constats partagés sur les indicateurs OMA

- ✓ Source 1 : critères des OMA restants à améliorer
- ✓ Source 2 : actions Propias
- ✓ Source 3 : recommandations SF2H

« Bilan IAS »,
questionnaire
réglementaire :
Items de ressources et de
structures



Pistes pour de nouveaux indicateurs



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

IQSS IAS en 2019

Campagne et expérimentations

Campagne IAS 2019 : BILANLIN →QualHAS

➤ **ICSHA.3** 2nde année de diffusion publique

Pour info résultats 2018 : 14 % ES en A, 20 % en B et 65 % en C

➤ **ISO ORTHO : 1^{ère} campagne**

- Indicateur de résultat qui mesure les « ISO 3 mois après pose de prothèse totale de hanche –hors fracture- ou de genou dans la population cible ».
- Calcul automatique via le PMSI.
- Consolidation de l'indicateur en cours
- Mesure de la VPP à grande échelle en 2019 par retours au dossiers →
Si VPP \geq 85 % : utilisation autre que pilotage interne

➤ **Questionnaire réglementaire**

- en lien avec l'article R.6111-8 du CSP
- ne fera pas l'objet de calcul de scores ni de classement des résultats ;
- Sera rendu aux niveaux local, puis régional et national (rés. agrégés)

Critères questionnaire réglementaire validés par la DGOS (14 critères)

Volet	Rubrique	Propias ou autre source	Items
Prévention IAS	Effectif de la PIAS	Axe 1 thème 3 action 1	Ratio médical et 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 (poste pourvu)
		source : ICATB.2	Ratio référent antibiotique spécifiquement dédié à cette activité et intervenant dans l'établissement de santé
	Compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la PIAS	Axe 1 thème 3 action 1	Personnel médical et paramédical formé en hygiène hospitalière (formation validée par l'EOH)
		Thème 3 action 4	Formation adaptée ou sensibilisation des représentants des usagers proposée par l'EOH ou réalisée en réunion du CLIN
		Axe 2 thème 4 action 2	Une formation au bon usage des antibiotiques incluant la distribution de supports pratiques (guide, fiche mémo, applications mobile...) est donnée par l'établissement aux nouveaux prescripteurs ou les internes
		Axe 2 thème 4 action 2	Une actualisation des connaissances pour le bon usage des antibiotiques est proposée à tous les prescripteurs de l'établissement
	Modalités de surveillance	Sources ICALIN.2, ICALISJO et ICATB.2	Participation à la surveillance nationale de la résistance bactérienne aux antibiotiques en établissements de santé
			Participation à la surveillance nationale du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle
Participation à la surveillance nationale des infections associées aux dispositifs invasifs			
Prévention et maîtrise de l'antibiorésistance	Protection du personnel	Recommandations protection respiratoire SF2H	Mise à disposition du personnel de plusieurs modèles de masques de protection respiratoire individuelle de type FFP2
	Hygiène des mains	Axe 2 thème 2 action 1	Réalisation du quick audit HDM
	Bionettoyage	SF2H recommandations "précautions standard, 2017"	Participation de l'EOH à la rédaction du cahier des charges du prestataire bionettoyage ou participation à l'élaboration de la formation bionettoyage en interne
	BHRe	Axe 2 thème 3 action 5	Existence et utilisation d'un système de repérage informatique des patients porteurs BHRe (+ ou - des contacts) lors de leurs réadmissions.
Réduire le risque infectieux lié aux actes invasifs	Axe 3 thème 1 et 3		Evaluation des pratiques professionnelles au moins une fois par an sur la prévention du risque infectieux : <ul style="list-style-type: none"> - liés aux actes invasifs : endoscopie, DIV, CVC, sonde urinaire - ET/OU prévention des ISO - ET/OU pratiques d'antibioprophylaxie

RECUEIL du 1^{er} au 30 juin 2019

IQSS recueillis à partir d'un questionnaire établissement

Infections Associés aux Soins tous secteurs

1 indicateur :

- ⊗ Indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques

1 questionnaire bilan :

- ⊗ Bilan IAS : à renseigner obligatoirement par tous les établissements de santé (article R.6111-8 du CSP) , mais ne sera pas utilisé pour le calcul d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Le recueil se déroulera du 1^{er} au 30 juin 2019.

Effectif EOH et référent ATB

Effectif de la prévention des infections associées aux soins

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

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

- ▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Fiches de poste des membres déclarés comme ayant du temps dédié à l'EOH et attestation de l'administration de l'ouverture de ces postes ou facture d'honoraires d'un intervenant libéral précisant le temps d'intervention pour la lutte contre les infections nosocomiales ET Tableau de service de l'année avec présence effective du personnel sur l'année ET

IAS2.a Ratio référent antibiotique MCO spécifiquement dédié à cette activité et intervenant dans l'établissement de santé

IAS2.b Ratio référent antibiotique SSR/SLD spécifiquement dédié à cette activité et intervenant dans l'établissement de santé

- ▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Fiches de poste des membres déclarés comme ayant du temps dédié à l'activité de référent antibiotique ou facture d'honoraires d'un intervenant libéral précisant le temps d'intervention pour l'activité de référent antibiotique ET Diplômes (DESC ou DU) d'antibiothérapie ou attestation de formation en maladie infectieuse.

Formation PRIAS et RATB

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

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

▶ **ELEMENTS DE PREUVE**

Validation par l'EOH du contenu des différentes formations si cette dernière ne les a pas dispensées.

Et

a) Convocations aux formations en hygiène hospitalière ou feuilles de présence aux sessions de formation permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées

Ou

b) Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées

Ou

c) Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées

IAS4. Formation adaptée ou sensibilisation des représentants des usagers proposée ou réalisée par l'EOH

▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Fiche explicative du contenu de la formation adaptée aux représentants des usagers destinée à la commission des usagers et aux représentants des usagers ou feuille de présence aux CLIN ou équivalent du CLIN avec participation de représentants des usagers.

IAS5. Formation au bon usage des antibiotiques incluant la distribution de supports pratiques (guide, fiche mémo, applications mobile...) donnée par l'établissement aux nouveaux prescripteurs ou aux internes.

▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Feuille de présence aux sessions de formation ET support pratique fourni à l'issue des formations ET Présentation du socle de formation validé par la CME.

IAS6. Actualisation des connaissances pour le bon usage des antibiotiques proposée à tous les prescripteurs de l'établissement.

▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Feuille de présence aux sessions d'actualisation des connaissances sur le bon usage des antibiotiques ET extrait relatif à la formation au bon usage des antibiotiques du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année ou socle de formation validé par la CME.

Surveillances- protection personnel

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

- ▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Preuve de l'inscription à la surveillance nationale

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

- ▶ **ELEMENTSDEPREUVE** Preuve de l'inscription à la surveillance nationale

IAS9. L'établissement participe à la surveillance nationale des infections associées aux dispositifs invasifs.

- ▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Preuve de l'inscription à la surveillance nationale

Protection du personnel

IAS10.L'établissement met à disposition du personnel plusieurs modèles de masques de protection respiratoires de type FFP2.

- ▶ **ELEMENTS DE PREUVE** Preuve d'achat des différents modèles de masques FFP2.

HDM-bionettoyage-repérage BHRé

IAS11. Un audit HDM a été réalisé dans l'année

Si oui: *IAS11b. Noter le type d'audit réalisé*

► **ELEMENTS DE PREUVE**

Preuve de la réalisation de l'audit datée de l'année précédant le recueil

IAS12. L'EOH a participé à la rédaction du cahier des charges du prestataire bionettoyage ou a participé à l'élaboration de la formation bionettoyage en interne.

► **ELEMENTS DE PREUVE**

Visa de l'EOH sur le cahier des charges prestataire bionettoyage ou sur le contenu de la formation bionettoyage interne.

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

ELEMENTS DE PREUVE Copie d'écran d'un exemple de repérage.

Réduction du risque infectieux lié aux actes invasifs

LAS14a: actes invasifs (endoscopie-DIV-CVC-sonde urinaire)

LAS14b: interventions chirurgicales ou médecine intervention ne/le

LAS15. Evaluation des pratiques professionnelles sur la prévention du risque infectieux associé aux actes invasifs réalisée dans l'année qui précède le recueil

► ELEMENTS DE PREUVE

Présentation du plan d'action suite à l'évaluation des pratiques professionnelles ET feuilles de présence aux réunions de rétro-information ou affichage dans le service du support de rétro-information ou autre mode de communication des résultats à préciser|

ISO-ORTHO

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

- ④ [Brochure d'information 2018](#) : « Mesure des infections du site opératoire 3 mois après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou (ISO ORTHO) » ;
- ④ [Fiche descriptive 2018](#) ;
- ④ [Guide de lecture du funnel plot](#) ;
- ④ [Consignes de codage des infections du site opératoire 2018](#).

A venir en 2019 :

Consolidation de l'indicateur et mesure de la valeur prédictive positive, avec mise à disposition des outils suivants :

- ④ Grille d'analyse des dossiers de patients avec événements ;
- ④ Logiciel de détection des séjours avec événements dans le PMSI.

ISO-ORTHO : définition

- **Ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'ISO 3 mois après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture- ou de genou**
- **Algorithme de détection des ISO validé* : VPP 87%**
- **ISO est détectée**
 - ✓ au cours du séjour de pose
 - ✓ OU lors d'un séjour de réhospitalisation pour ISO dans les 3 mois de suivi
- **Ajustement sur 13 facteurs de risque** publiés dans la littérature et identifiables PMSI
- **Population cible homogène** représentant plus de 80% des séjours pris en charge dans la totalité des ES concernés
- **1ère restitution des résultats strictement interne** aux établissements en octobre 2018, accompagnée de : consignes de codage des ISO (ATIH 2018) ; brochure d'information, fiche descriptive ; informations complémentaires issues du PMSI (population cible, exclusions, résultats PTH hors fracture, résultats PTG..)

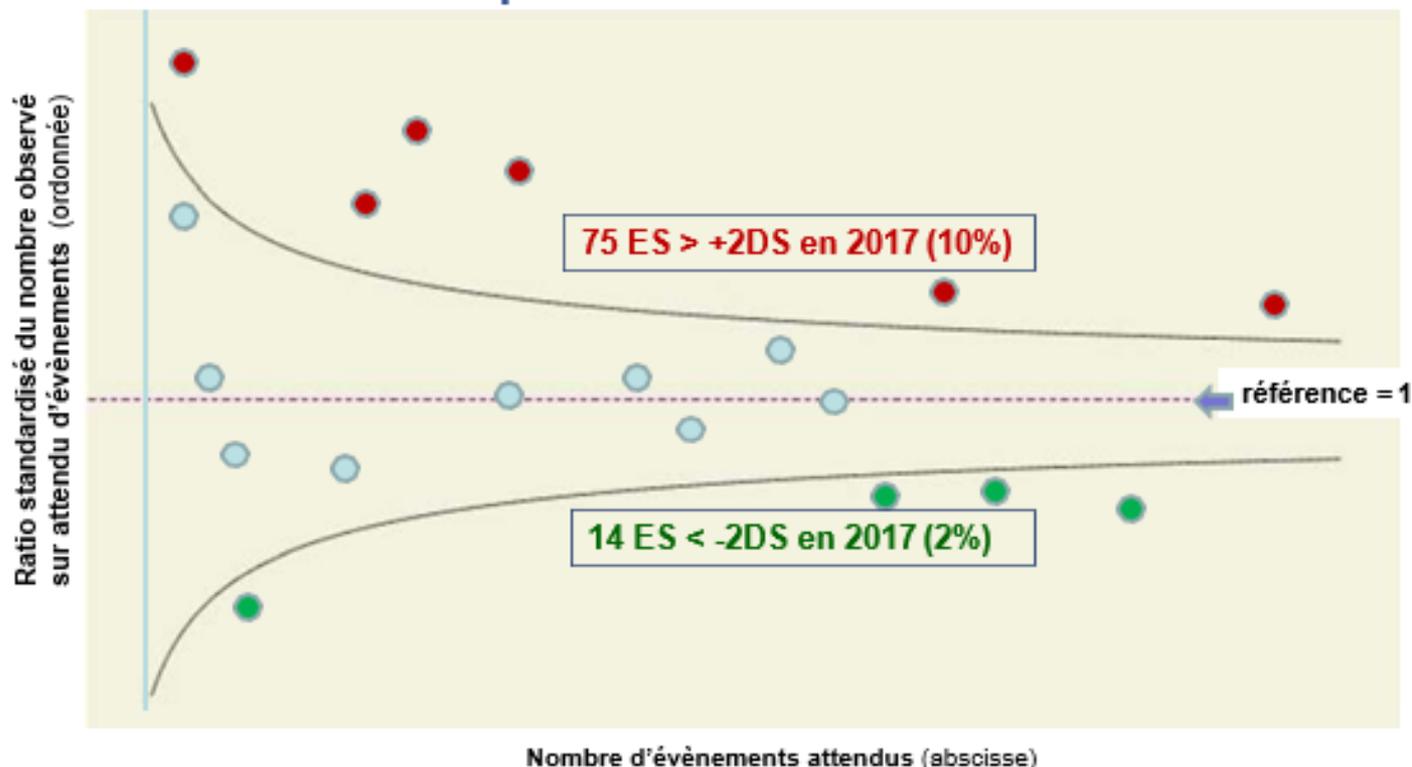


*Grammatico-Guillon L, Baron S, Gaborit C, Rusch E, Astagneau P. Quality assessment of hospital discharge database for routine surveillance of hip and knee arthroplasty-related infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2014 Jun;35(6):646-51

ISO-ORTHO : résultats préliminaires 2018

Données PMSI MCO 2017

Indicateur national : ratio standardisé du nombre observé sur attendu d'ISO 3 mois après PTH –hors fracture- ou PTG



Données PMSI 1^{er} janvier – 31 septembre 2017

N = 731 ES, 140 847 séjours cibles, 75 739 PTH, 65 104 PTG

Expérimentations 2019

Trois indicateurs de processus sont expérimentés en 2018/2019 :

- « **ATBIR** » : indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie, mesure à partir de l'audit de dossiers patients, le taux de patients hospitalisés traités par antibiotiques 7 jours maximum pour une infection respiratoire basse ;
- « **PCC** » : indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC) ; mesure à partir de l'audit de dossiers : 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 PCC a été réalisée selon les recommandations nationales ;
- « **VAG** » : indicateur d'évaluation de la vaccination antigrippale des professionnels de santé /personnel hospitalier ; mesure le pourcentage de personnels hospitaliers vaccinés contre la grippe saisonnière.

PCC « Bonnes pratiques de PCC »

Définition : « Taux de patients adultes et enfants porteurs ou infectés par une EBLSE, BHRe, SARM, Clostridium difficile ou gale pour lesquels la mise en place des PCC a été réalisée selon les reco nationales »

- Questionnaire indicateur = contient les questions qui vont entrer dans le calcul de l'indicateur et qui permettent d'évaluer chaque dossier patient de **manière individuelle**

- ✓ Questions sur la mise en place des PCC chez un patient,
- ✓ Nécessite l'audit du dossier patient
- ✓ Autant de questionnaires à remplir que de dossiers patient audités

- Questionnaire ES = informations complémentaires non diffusées , permet à l'ES d'avoir des pistes d'amélioration **spécifique** de la problématique en cas de mauvais résultats à l'indicateur

- ✓ Questions sur l'organisation des PCC dans l'ES,
- ✓ Issus de l'audit PCC Grephh et recommandations nationales
- ✓ Un seul questionnaire à remplir par ES

ATBIR « Bonnes pratiques de prescription d'ATBT pour les infections respiratoires basses »

Définition : « Taux de patients présentant une infection respiratoire basse et ayant une prescription d'ATB curatif de 7 jours ou moins »

➤ Questionnaire indicateur

Calcul de l'indicateur à partir de la dernière question « durée cumulée prescrite d'antibiothérapie pour les patient présentant une infection respiratoire basse »

➤ Questionnaire ES

- ✓ Reprise de ICATB A11c
- ✓ + questions sur l'organisation et les moyens mise en œuvre dans le bon usage des ATB focus sur durée

VAG : Vaccination antigrippale professionnels de santé

- Définition : « **Effectif hospitalier** vaccinés contre la grippe parmi l'ensemble des effectifs exerçant au sein de l'établissement de santé à un temps t »
- Dénominateur : on prendrait la source SAE pour le calcul de tous les effectifs présents à l'hôpital (tout confondus)
- Numérateur : tous les personnels vaccinés peu importe le corps de métier
- Élément de preuve : bon d'administration avec numéro de lot vaccin pour le personnel vacciné dans l'ES, et pour le personnel vacciné à l'ext → voir avec l'expé (mars)
- Responsabilité du recueil : direction ES en lien avec médecine du travail?