



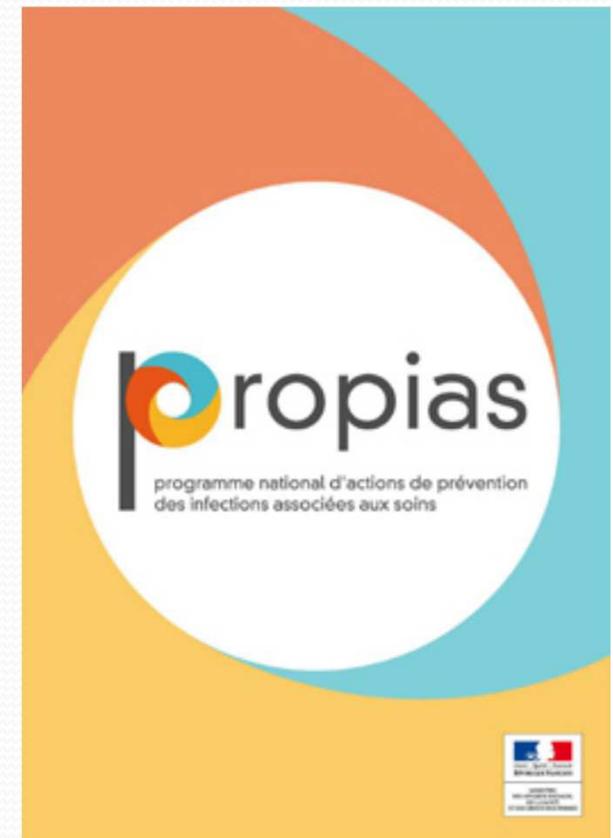
# **Plans Gouvernementaux de lutte contre les infections nosocomiales et principaux indicateurs de qualité**

**DU Hygiène hospitalière 2023-2024**

**Dr Patrick Barthélémy**

**CLIN coordination AP-HM**

# Historique : différents plans nationaux



En 2015

# Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance

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



# Objectifs

- **Cette stratégie nationale porte sur 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**

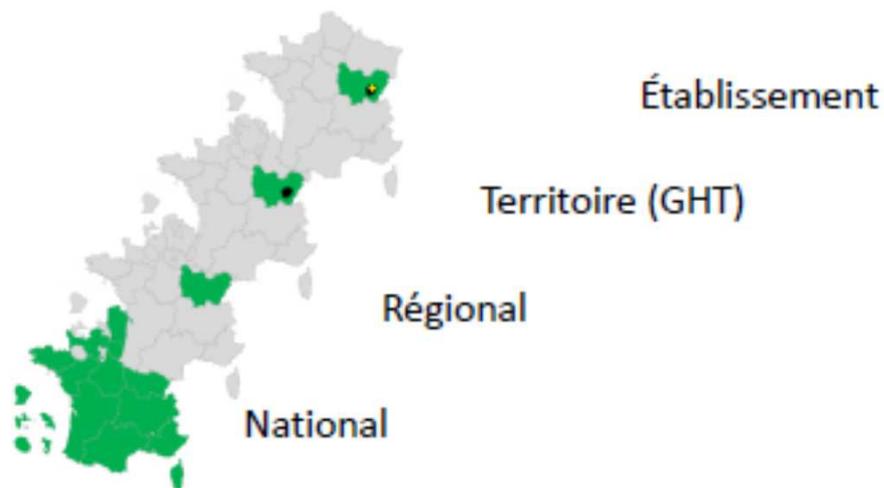
## CIBLER TOUS LES PUBLICS

Grand Public

Usagers du système de soins

Professionnels de santé (en ES, EMS et ville)

# Gouvernance et acteurs principaux



<b>ECHELON NATIONAL</b>	<b>Comité de pilotage</b> (ministère, ARS, CNAM, SPF, HAS, ANSEM) et comité de suivi
<b>ECHELON REGIONAL</b>	Pilotage par les <b>ARS</b> Animation et coordination du <b>volet PCI</b> par les <b>CPIAS</b> Animation et coordination du volet <b>BUA</b> par les <b>CRAtb</b>
<b>ECHELON LOCAL</b>	Pour le <b>Volet PCI</b> : <b>EOH, EMH</b> Pour le <b>Volet BUA</b> : <b>Référents ATB, EMA, Médecins formés aux ATB</b> 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 <a href="#">Données vaccination</a>
*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 <a href="#">Baromètre santé annuel, Données vaccination</a>
*Couverture vaccinale contre la grippe des professionnels en ESMS	ESMS	Annuelle		55 %	Hausse	> 70 % d'ici 2025, au national	SpF <a href="#">Baromètre santé annuel, Données vaccination</a>
Indicateur de suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier	ES	Annuelle		Non disponible	Non disponible	À définir	HAS en lien avec SpF <a href="https://qualhas.atih.sante.fr/">https://qualhas.atih.sante.fr/</a> ou site internet de la HAS : <a href="https://www.has-sante.fr/">https://www.has-sante.fr/</a>
*Nombre de frictions par produit hydro-alcoolique en EHPAD réalisées par les professionnels de santé, par résident et par jour <a href="#">Définition ici</a>	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 <a href="#">Rapport</a>



# **Les Indicateurs nationaux thème IAS**

**1 indicateurs de la HAS**

**2 indicateurs de Spf via CPIAS**

# Objectifs d'un indicateur national

- **Evaluer** l'impact de la politique nationale
- **Informers** 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"*
- **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,



# **1- Les Indicateurs nationaux de la HAS (IQSS)**

**thème IAS**

# Indicateurs IAS nationaux de l'HAS (IQSS)

Ces indicateurs font partie des IQSS (pour le 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

# Historique : thèmes abordés

- Première circulaire ministérielle en 2004
- **Indicateurs de processus** = Organisation, Moyens, Actions, (OMA)
  - Politique générale 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))

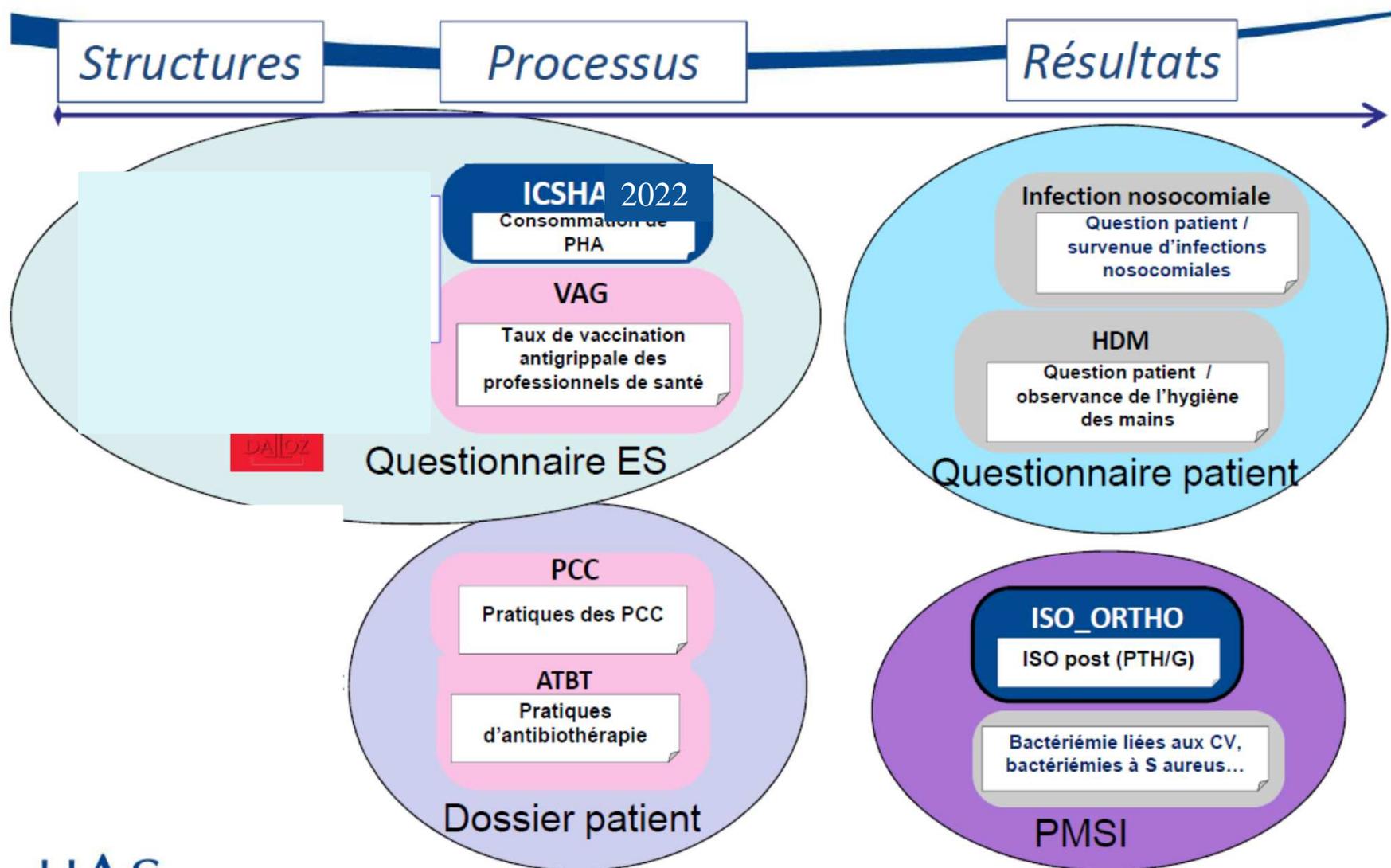
# Historique : évolution 2017-2023

- **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** (sauf 2020 année COVID)
- **Nouveaux indicateurs depuis 2022 : PCC, ATBIR, VAG**

# Indicateurs : sources des données



# Les indicateurs HAS de la campagne 2023

- **Indicateurs à recueil obligatoire en 2023** : à saisir sur plateforme informatique QUALHAS

-**ICSHA version 2023 (données 2022)** Indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques

-**ATBIR** évalue le **taux de séjours de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins** pour une **infection respiratoire basse**

-**VAG** (vaccination antigrippale du personnel de santé)

# ICSHA 2023

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

- L'indicateur **ICSHA 2023** 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 2022.
- L'indicateur **ICSHA 2023** est présenté sous la forme **d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance** (A à C) .
- L'utilisation large des SHA, technique à la fois rapide et efficace, **permet la maîtrise du risque de transmission croisée** de microorganismes manuportés et contribue ainsi à la diminution du taux d'infections associées aux soins **(IAS)** et de la dissémination des bactéries multirésistantes **(BMR)** et hautement résistantes émergentes **(BHRe)**

# ICSHA 2023

## calcul de l'indicateur

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

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

$V_{PHA \text{ délivré}}$  = 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 2023

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 2023 nombre minimum de frictions par jour, par patient et par activité

Pour le calcul du dénominateur, un nombre minimum de frictions par jour et par patient est fixé pour chaque activité : ce nombre minimal a été fixé **par un groupe d'experts**.

**Augmentation de l'exigence du nombre de frictions avec l'évolution des versions de l'indicateur ICSHA : stabilité de ce paramètre depuis ICSHA 2021**

## → 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
<b>HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE</b>	
Médecine	10
Chirurgie	12
Réanimation	43
USI-USC	28
Obstétrique	12
Accouchement sans césarienne	14
Accouchement avec césarienne (accouchement : 12, SSPI : 4)	16
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	8
Soins de longue durée	7
Psychiatrie	4
Hémodialyse (par séance)	11
HAD (par jour)	6
Urgences (par passage)	5
Séance de chimiothérapie (par séance)	6
<b>HOSPITALISATION DE JOUR</b>	
Hôpital de jour de médecine	5
Hôpital de jour de chirurgie	5
Hôpital de jour d'obstétrique	6
Hôpital de jour de psychiatrie	2
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	5
Séance de chimiothérapie (par séance)	6
<b>ACTES MÉDICO-TECHNIQUES</b>	
Actes de radiologie conventionnelle, hors radiologie vasculaire (par acte)	2
Actes de radiologie vasculaire (dont coronarographie) (par acte)	5
Actes de radiothérapie (par acte)	2
Actes d'endoscopie (par acte)	6
Bloc chirurgical (acte interventionnel et/ou exploration : 10 + SSPI : 4)	14

# ICSHA 2023

- **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

# ICSHA 2023 exemple de résultat

Résultats provisoires de l'établissement

Indicateur : ICSHA

## Résultat provisoire de l'indicateur

<b>Score</b>	<b>92 %</b>
<b>Classe</b>	<b>Classe B</b>
<b>Volume déclaré</b>	<b>11272 L</b>
<b>Volume minimal théorique à délivrer</b>	<b>12267.96 L</b>

# ATBIR

## Définition

- Cet indicateur évalue la **conformité de la durée d'antibiothérapie** prescrite aux patients hospitalisés plus de 24h et présentant une **infection respiratoire basse**.
- Il mesure le **taux de patients hospitalisés pour lesquels des antibiotiques ont été prescrits pour une durée de 7 jours maximum, ou plus si justifiée\***, pour une infection respiratoire basse

\*justification par arguments d'échec clinique et/ou microbiologique

# ATBIR

- Il concerne le secteur MCO.
- Indicateur à **recueil obligatoire** sur la plateforme de la HAS (Qualhas)
- **Diffusion publique obligatoire**
- Indicateur faisant partie des IQSS , non concerné par le dispositif IFAQ
- **Critère de certification 2.1-06** : « la pertinence des prescriptions d'ATB est argumentée et réévaluée »

# ATBIR

- 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.
- **2 volets :**
  - un **questionnaire établissement de 4 questions** sur le BUA pour IRB (ne comptant pas pour le calcul du score de l'indicateur)
  - un **questionnaire indicateur** (avec étude de dossiers)

**Taux**

# ATBIR 2023 exemple de résultat

## Résultats de l'établissement

Indicateur : Taux de patients hospitalisés ayant une prescription d'antibiotiques inférieure ou égal à 7 jours, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse (ATBIR)

Dossiers pris en compte pour l'indicateur	
Dossiers évalués (*) :	50
Dossiers exclus :	13

\* Dossiers pour lesquels au moins une prescription d'antibiotique curatif exclusivement indiquée pour l'infection respiratoire basse durant le séjour est retrouvée

Pourcentage de séjours de patients pour lesquels une antibiothérapie de durée  $\leq 7$  jours a été prescrite au cours de leur séjour, ou justifiée pour une durée supérieure, pour infection respiratoire basse.

Résultat de l'indicateur	
Valeur (2023)	96% (n*=48)
Intervalle de confiance à 95% (2023) :	[86% - 99%]

(\*) n = nombre de dossiers conformes

# VAG

- 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 gripes surinfectées.
- Indicateur de processus
- Recueil et diffusion publique obligatoire en 2023.

# VAG

## 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

# VAG

- Cet indicateur exprime le **taux de personnel hospitalier vacciné contre la grippe parmi l'ensemble du personnel hospitalier** sous contrat dans l'établissement de santé au 31 décembre \* de l'année N-1 du recueil.
- \*Effectif au 31 décembre : nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, **qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement géographique à cette date-là** (exemple : congé simple, congés longue durée).

**Exclusion des externes et élèves paramédicaux**

# VAG : exemple de résultats

Résultats de l'établissement

Indicateur : Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier

Résultat provisoire\* de l'indicateur

<b>Score</b>	<b>16.6 %</b>
<b>Effectif total déclaré</b>	<b>3448</b>
<b>Effectif de personnel hospitalier vacciné déclaré</b>	<b>572</b>

# INDICATEURS PTH et PTG

- **Définition**

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 de résultats 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

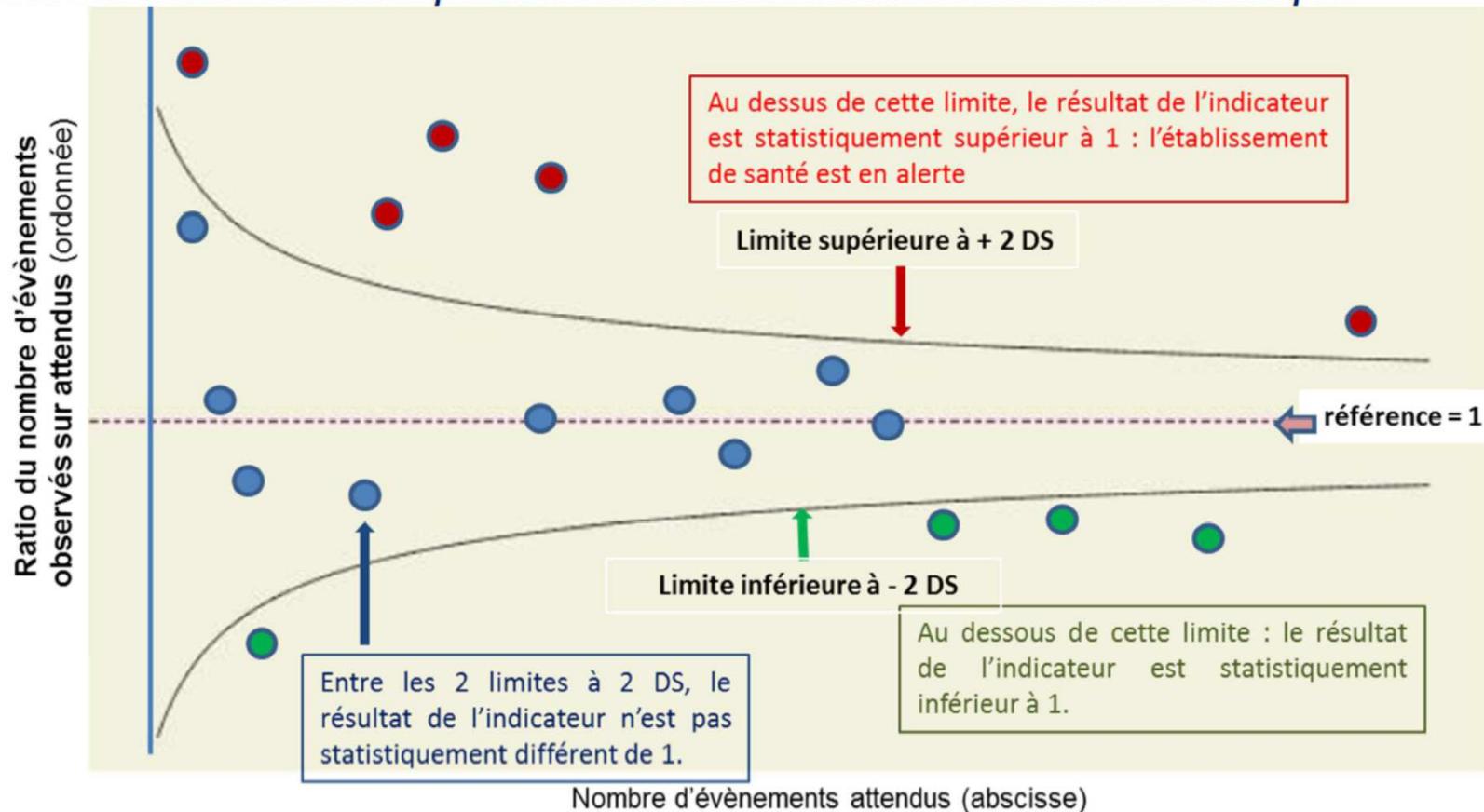
- **Le nombre observé d'ISO** correspond aux ISO codées par les établissements. Elles sont identifiées dans le PMSI (importance du codage)
- **Le nombre attendu d'ISO** prend en compte les facteurs associés au risque d'ISO indépendants de la qualité des soins qui sont identifiables dans le PMSI. Il est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

*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

- 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.
- **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.

# Indicateurs HAS : diffusion publique des résultats

## Obligation pour l'ES :

- Diffusion des résultats au sein de l'ES
- 2 mois après la diffusion publique sur [Site officiel](#)

## 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**

# Indicateurs des missions organisées par Spf (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** (la participation aux missions n'est pas obligatoire) et **ne sont pas concernés par le dispositif IFAQ** à ce jour

# 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

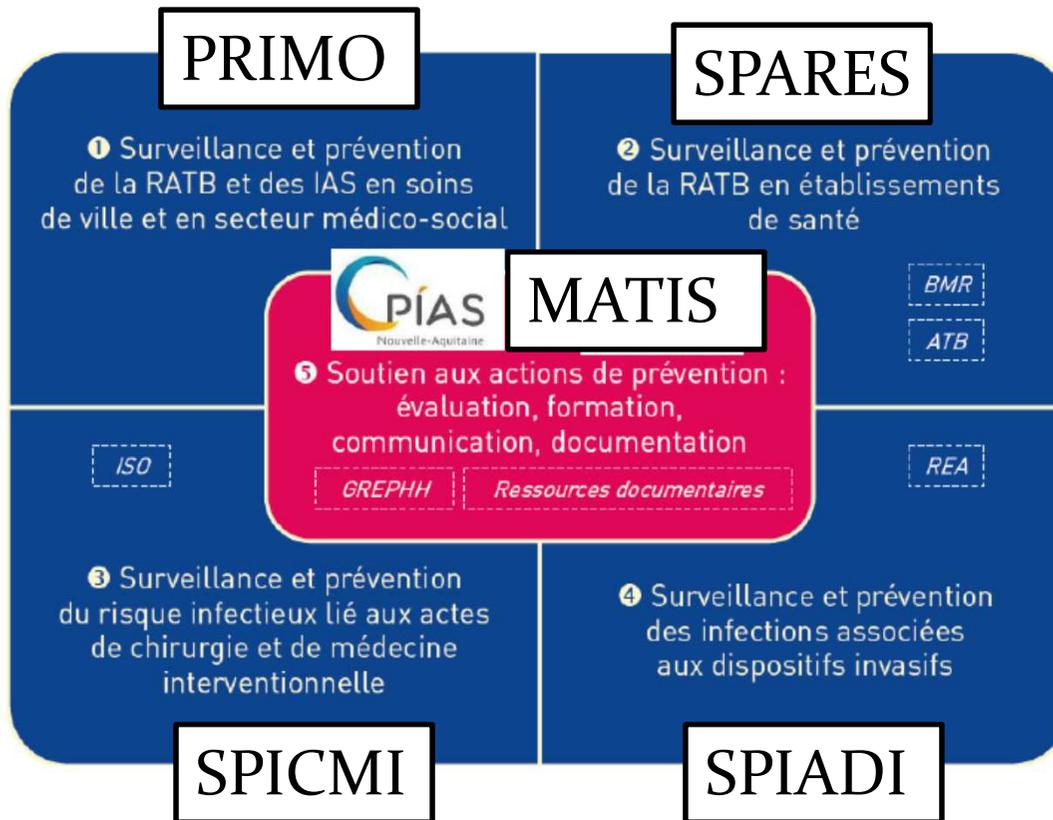
## FOCUS - Missions nationales pilotées par SpFrance **RéPias**

**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



# 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](http://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 utilisation et analyse au niveau 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

# Missions SPARES et SPICMI

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

**Volet surveillance** = CONSOIRES outil de consommation des ATB et résistance aux ATB abandonné en 2023 (en attente d'un nouvel outil national)

## **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 2023

indicateur	intitulé	pilotage	obligatoire
<b>ICSHA</b>	Indicateur de Consommation des SHA	HAS	<b>OUI</b>
<b>ISO PTH ISO PTG</b>	Infections du Site Opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche -hors fracture- ou de genou	HAS	Non demandé en 2023
<b>VAG</b>	Vaccination antigrippale des personnels des établissements de santé	HAS	<b>OUI</b>
<b>ATBIR</b>	Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse	HAS	<b>OUI</b>
<b>PCC</b>	Bonnes pratiques de Précautions Complémentaires Contact	HAS	Non demandé en 2023
<b>SPIADI</b>	Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs	Spf CPIAS	NON
<b>SPICMI</b>	Surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle	CPIAS	NON
<b>SPARES</b>	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
COFIL	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 mécilline
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**