



# La certification et les Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins -IQSS : rôle de l'hygiéniste

Meriem Bejaoui

Service EvOQSS (*Evaluation et Outils pour l'amélioration de la qualité et de la Sécurité des Soins*)

.....

**Journée**  
**Hygiène & Prévention**  
**du risque infectieux**  
**en Etablissement de santé**  
**23 mars 2021**



# 1. Certification V2020 : grandes lignes et risque infectieux

# Certification : finalité

APPORTER UNE RÉPONSE PERTINENTE ET ÉQUILIBRÉE AUX ATTENTES



## DES USAGERS

connaissance du niveau de qualité  
et de sécurité des soins d'un  
établissement de santé



## DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

outil de management interne  
et amélioration des pratiques



## DES AUTORITÉS DE TUTELLE

rôle dans la régulation  
par la qualité

PATIENTS, SOIGNANTS, UN ENGAGEMENT PARTAGÉ

# Les orientations de la nouvelle certification

## RECENTRER SUR LE SOIN

- .....○ Passer d'une culture de moyen à la culture du résultat
- .....○ Développer la pertinence pour le patient
- .....○ Des experts-visiteurs médecins plus nombreux
- .....○ Des méthodes d'évaluation en lien direct avec le cœur de métier des soignants, et donc de l'établissement

## SIMPLIFIER

- .....○ Simplifier le dispositif de la visite à la décision
- .....○ Outils et sémantique plus clairs

## S'ADAPTER

- .....○ Des critères adaptés aux spécificités de chaque établissement
- .....○ Valoriser la capacité d'adaptation des équipes

# Les 4 enjeux de la certification



---

ENGAGEMENT  
DU PATIENT



---

CULTURE  
DE L'ÉVALUATION  
DE LA PERTINENCE  
ET DU RÉSULTAT



---

TRAVAIL  
EN ÉQUIPE



---

ADAPTATION  
AUX ÉVOLUTIONS  
DU SYSTÈME DE SANTÉ

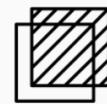
# Le référentiel : une rupture



Un seul document



Un nouveau système d'information  
(CALISTA)



Une transparence des méthodes traceurs  
Une simplification de la préparation



Une cotation ciblée sur le résultat et basée  
sur la moyenne et non plus sur les seuls  
écart



Un rapport plus synthétique

# 3 chapitres



## LE PATIENT



## LES ÉQUIPES DE SOINS



## L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Journée ARA, 23 Mars 2021

Certification des établissements de santé pour  
**la qualité des soins :**

**15 objectifs**

- 1.** Le patient est informé et son implication est recherchée
- 2.** Le patient est respecté
- 3.** Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
- 4.** Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
- 5.** La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
- 6.** Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
- 7.** Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
- 8.** Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
- 9.** L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
- 10.** L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
- 11.** La gouvernance fait preuve de leadership
- 12.** L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
- 13.** Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
- 14.** L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
- 15.** L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

**Patients, soignants, un engagement partagé**

# Chapitre 1 : Le patient



## Un chapitre consacré au résultat pour le patient

- .....○ Promouvoir le recueil & l'exploitation de l'expression du patient
- .....○ Initiatives pour rendre le patient acteur de sa prise en charge

## Personnalisation du service rendu en fonction de ses vulnérabilités, patient en situation de handicap, âgé, mineur,...

# Chapitre 2 : Les équipes de soin



## Le développement de la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat :

L'objet n'est pas d'évaluer la pertinence et les résultats mais l'appropriation de cette culture d'analyse et d'évaluation par les équipes

## Le développement du travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques :

- .....○ L'équipe protège le patient mais aussi ses membres
- .....○ L'équipe est la clé de voute de la sécurité

# Chapitre 3 : L'établissement de santé



**Un 3<sup>ème</sup> chapitre clé de voute de la qualité et de la sécurité des soins par un management global et fédérateur de la qualité**

# Des critères adaptés

Un référentiel adapté au profil de chaque établissement de santé

(90)

## GÉNÉRIQUE

s'appliquant à l'ensemble  
des établissements de santé

(41)

## SPÉCIFIQUE

Population, activité, mode de prise en charge

## TYPES DE CRITÈRES

Une évaluation de certification priorisée

(15)

## IMPÉRATIF

"ce qu'on ne veut plus voir"

(111)

## STANDARD

Les attendus

(5)

## AVANCÉ

Les standards de demain

# Les évaluations

- Des méthodes en lien direct avec le cœur de métier des soignants
- Une transparence des méthodes d'évaluations
  - Une évaluation interne laissée à la main des établissements
- Des profils d'experts-visiteurs médicalisés et un dimensionnement des traceurs adapté au profil



Audit système



Traceur ciblé



Patient traceur



Parcours traceur



Observations

# Les fiches critères : exemple

Objectif 2.3  
Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

## Critère 2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Une maîtrise de la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables permet de prévenir le risque infectieux.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	
Patient	
Professionnels	
Tracéur cible	

**Patient**

- Le pansement sur le dispositif est transparent pour la surveillance du site d'insertion (abord vasculaire).
- Le système de sondage urinaire est un système clos et la tubulure est correctement placée (drainage urinaire).
- Le patient est placé en position demi-assise (ventilation assistée, hors contexte spécifique).

**Professionnels**

- L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs.
- L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît.
- La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient.
- La pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s) est réévaluée quotidiennement.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels.

- IQSS**
- Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact (PCC)
- Références HAS**
- Prévention des infections liées aux cathétérismes périphériques, 2005.
  - Poser et entretien des cathétérismes périphériques. Critères qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, 2007.
- Références légales et réglementaires**
- Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la métropolitain exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'arrêté L. 501-2 du CIP.
  - Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la métropolitain exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'arrêté L. 501-2 du CIP.
  - Circulaire n° DGIS/CH/58/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
- Autres références**
- Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PCC – BF2H, 2013.
  - Prévention des infections associées aux dispositifs à cathétérismes implantables avec accès centralisé, BF2H, 2012.
  - Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, BF2H, 2010.
  - Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact BF2H, 2009.
  - Actualisation des précautions standard BF2H, Juin 2017.
  - Bonne pratique pour la prise en charge – et la prévention des IUAB de l'adulte – BF2H, AFU, BFILF, 2015

Intitulé critère et descriptif

Champ d'application & niveau d'exigence

IQSS lié

Références de bonnes pratiques

Méthode(s) d'évaluation à employer

# Les critères liés aux risques infectieux

**2.1-06** La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

**2.3-10** Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

**2.3-11** Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

**2.3-12** Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs (Chirurgie et Interventionnel) (Impératif)

**2.3-13** Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

**2.3-14** Les équipes maîtrisent les risques infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

**2.3-15** Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires (Chirurgie et Interventionnel)

# La décision





# S'approprier la nouvelle certification

CALISTA (Nouveau Système d'information)

Outils d'information

Fiches pratiques

Retours d'expériences



Webinaires

Évènements d'information

Site HAS repensé

Foire aux questions



# Fiche pratique : exemple

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



## Évaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification

- Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au déroulement d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative, et si elle n'est pas présente, ni en incubation au début de la prise en charge. On parle d'infection nosocomiale lorsque l'IAS a été contractée à l'hôpital.
- Le malade peut s'infecter avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière.
- Les micro-organismes peuvent aussi avoir pour origine les autres malades (transmission croisée), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier.

### Enjeux nationaux

- Surveiller les infections associées aux soins.
- Développer leur prévention en ciblant les infections les plus fréquentes et les plus graves.
- Réduire les risques infectieux associés aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle.
- Réduire les infections associées aux dispositifs invasifs.
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance.
- Assurer la promotion de la vaccination des professionnels de santé.

### Principales données actuelles

- Les IAS concernent 5 % des patients hospitalisés soit 470 000 cas/an.
- Les IAS les plus courantes sont :
  - Infections urinaires ;
  - Infections du site opératoire ;
    - pneumonies ;
    - bactériémies ;
- C'est la troisième cause d'événement indésirable grave.
- 20 à 30 % des IAS sont évitables.
- Elles entraînent :
  - des durées d'hospitalisation prolongées ;
  - des réinterventions chirurgicales ;
  - 3000 à 4000 décès/an.
- Les risques augmentent avec l'âge du patient, son terrain, et la nature des actes pratiqués ; un patient porteur d'un dispositif invasif a un risque d'être infecté multiplié par 4,6.
- 25 millions de cathétères veineux /an sont posés aux patients en France.
- Faible taux de couverture des personnels de santé pour les vaccins recommandés (grippe < 40 %).

\*\*\*



# Rôle de l'hygiéniste dans la nouvelle certification

- S'assurer que les recommandations de bonnes pratiques sont correctement comprises et appliquées +++
- Accompagner les équipes ++
- S'approprier les fiches liés au risque infectieux , et réaliser des auto-évaluations si possible en utilisant les grilles issues de l'application CALISTA

# Calendrier adapté



1. LE TEMPS DU PARTAGE ET DE L'APPROPRIATION
2. LE TEMPS DE LA MISE EN ŒUVRE



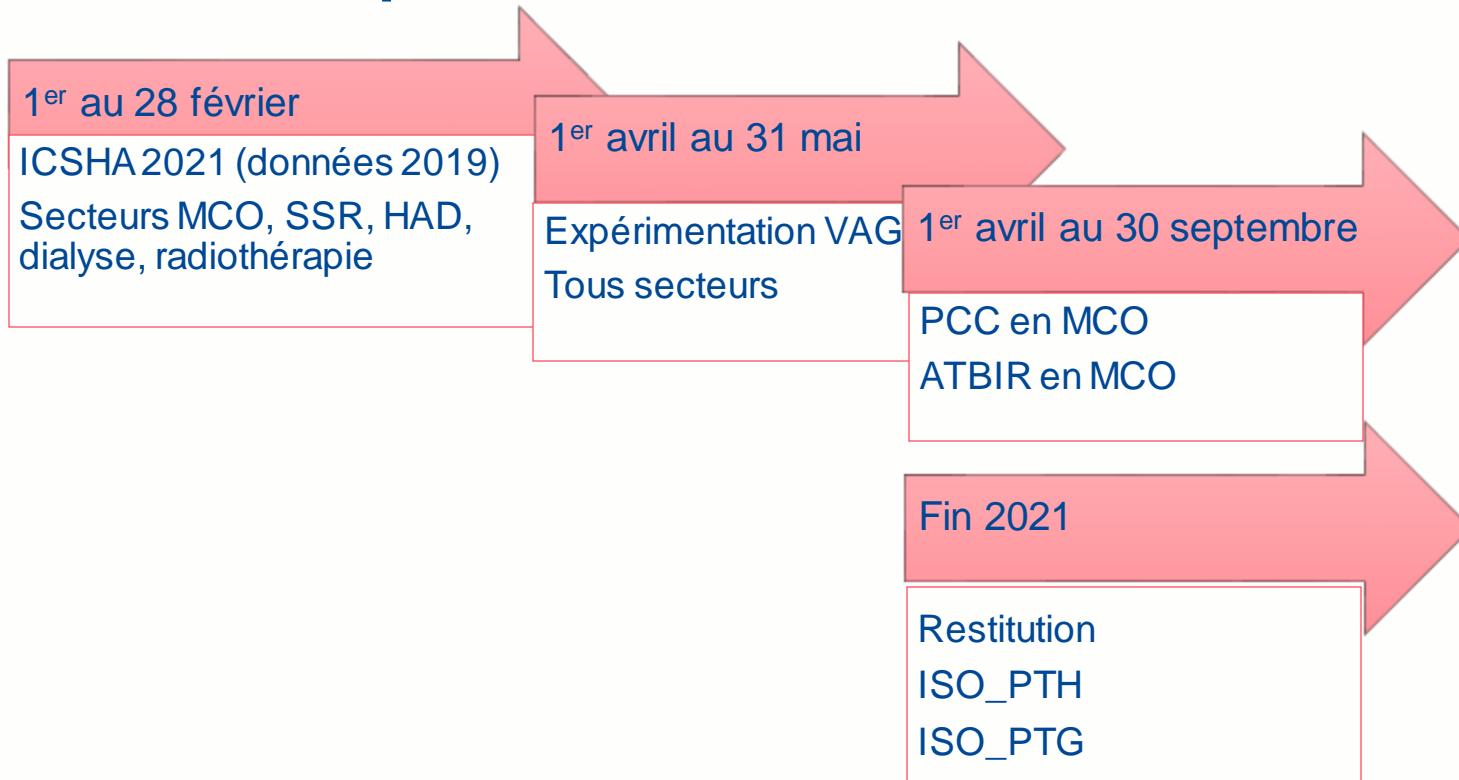
## 2. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins du thème IAS → programme 2021 et implication de l'hygiéniste

# IQSS : indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Thème des infections associées aux soins : 6 indicateurs en 2021

- Calculé à partir d'un questionnaire établissement
  - **ICSHA** : indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques
  - **VAG** : indicateur de suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier, en expérimentation
- Calculé à partir de données issues des dossiers patients
  - **PCC** : « bonnes pratiques de précautions complémentaires contact »
  - **ATBIR** « Taux de prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse
- Calculé automatiquement par le PMSI : **ISO ORTHO** : ratio standardisé d'ISO observé sur attendu sur prothèse
  - **ISO ORTHO PTH** : prothèse de hanche
  - **ISO ORTHO PTG** : prothèse de genou

# Indicateurs de qualité et de sécurité des soins IAS 2021



# Indicateur de consommation des SHA : ICSHA

## Révision d'ICSHA et modifications apportées par le GT

- Ajout de l'activité de radiothérapie et fixation d'un coefficient de 2 frictions par acte (les centres de radiothérapie sont donc désormais concernés)
- Fixation d'un coefficient de frictions pour les actes d'endoscopie (6 frictions)
- Corrections liées à la sélection des cases utilisées dans la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE)
- Fixation d'un seuil d'activité : pour des raisons statistiques, un seuil d'activité minimal, correspondant à un volume théorique minimal à atteindre est fixé : 15 L
- Ajout de questions destinées à évaluer les types de conditionnements de produits hydroalcooliques utilisées

## Rôle de l'hygiéniste

- Doivent être le référent prioritaire pour cet indicateur +++
- Doivent s'approprier les résultats ++

# Suivi de la vaccination antigrippale : VAG

## Seconde expérimentation en 2021

- Sur données de la campagne de vaccination 2020/2021
- 3 questionnaires à remplir
  - Questionnaire établissement : permet d'évaluer l'organisation et la politique autour de l'organisation de la vaccination antigrippale
  - Questionnaire indicateur : saisie des données de vaccination (données globales et données par catégories professionnelles pour 8 catégories)
  - Questionnaire de faisabilité : questions sur l'indicateur, les outils qui l'accompagnent, la difficulté d'accès aux données, les tensions d'approvisionnement etc : très important pour permettre de valider l'indicateur et de bien prendre en compte toutes les spécificités des ES

## Rôle de l'hygiéniste

- Se coordonner avec la gouvernance de l'ES et le service de santé au travail +++

# Bonnes pratiques de PCC : PCC

1er recueil national en 2021

- Sur données 2019
- 2 questionnaires à remplir
  - Questionnaire établissement : permet d'évaluer l'organisation et la politique autour des PCC
  - Questionnaire indicateur : à remplir pour chaque dossier patient audité
- 3 indicateurs calculés
  - ✓ PCC : conformité de la mise en place des PCC et de l'information au patient
  - ✓ PCC\_MEP : conformité de la mise en place des PCC
  - ✓ PCC\_INF : conformité de l'information au patient

## Rôle de l'hygiéniste

- Responsable du recueil ++, doit travailler avec les équipes de soins pour recueillir les données, comprendre et s'approprier les résultats et mettre en place un plan d'action pour améliorer les pratiques

# Taux de prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infections respiratoires basses : ATBIR

## 1er recueil national en 2021

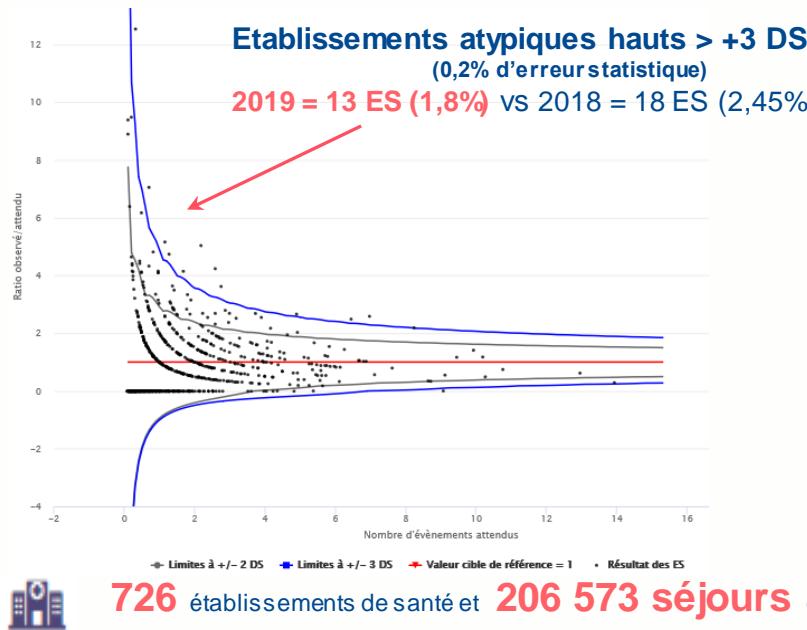
- Sur données 2019
- 2 questionnaires à remplir
  - Questionnaire établissement : permet d'évaluer l'organisation et la politique autour des pratiques d'antibiothérapie pour infections courantes et en particulier infections respiratoires basses
  - Questionnaire indicateur : à remplir pour chaque dossier patient audité
- 1 indicateur calculé
  - ATBIR : Taux de prescription ayant une durée totale cumulée prescrite d'antibiotiques pour infection respiratoire basse inférieure ou égale à 7 jours

## Rôle de l'hygiéniste

- Travail en collaboration ++ avec l'infectiologue et le référent antibiothérapie

# Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou

Résultats restitués en septembre 2020 (Données 2018-2019)



726 établissements de santé et 206 573 séjours cibles de PTH ou PTG évalués en 2019

En 2019, ces 13 établissements :

- sont atypiques hauts
- totalisent 9,4% des infections du site opératoire détectées.
- ont un taux observé d'ISO 3 fois supérieur au taux national (de 0,9%) et à celui des établissements situés dans la norme.

➤ [Résultats détaillés 2018-2019](#)

Indicateur validé en 2020 par retour aux dossiers : VPP = 90%

(250 établissements participants, 655/725 ISO confirmées dans le dossier)

➤ [Rapport d'analyse du retour aux dossiers](#)

# Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse totale de hanche ou de genou

## Perspectives fin 2021

- Complément de développement réalisé par la HAS en 2020
  - [Rapport de développement ISO-PTH-PTG](#)
  - 2 indicateurs seront restitués aux établissements au plus près des pratiques des professionnels de santé : ISO-PTH et ISO-PTG.

## Rôle de l'hygiéniste :

- Surveillance et analyse des ISO (prospectif++ ou rétrospectif si évènement détecté) en lien avec les équipes chirurgiens-anesthésistes
- Mise en place d'actions d'amélioration, suivi dans le temps....

Pour en savoir plus sur les indicateurs de résultats en chirurgie orthopédique

- Mesure des [ISO](#) 3 mois après PTH ou PTG ; Mesure des évènements thrombo-emboliques ([ETE](#)) après PTH ou PTG

Pour nous contacter : [contact.iqss@has-sante.fr](mailto:contact.iqss@has-sante.fr)

Retrouvez  
tous nos travaux sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

