



Cartographie des risques – Tableau de bord

- Dr Jean-Christophe **SEGUIER**: CH Poissy St Germain en Laye
- Dr Agnès **GAUDICHON** : CPias Ile de France



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Conférencier: Jean-Christophe SEGUIER, Poissy Saint Germain en Laye

Je déclare les liens d'intérêt potentiel suivants :

Honoraires : BD



Objectifs

- Comprendre une cartographie
- Savoir réaliser une cartographie « risques infectieux »
- Savoir l'intégrer dans le CQ HAS



Cartographie des risques

- **Ordonnances de 1996:** Obligation pour un établissement de santé d'identifier ses risques.
- **Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 / décret 2010-1408 du 12 novembre 2010** (la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les ES / Missions des **EOH**
 - impulser et coordonner **la gestion a priori du risque infectieux** nosocomial dans ses différentes dimensions (acte de soin, environnement, état de santé du patient) ;
 - impulser et coordonner la gestion a posteriori du risque infectieux nosocomial par le signalement, l'investigation et les interventions lors d'infections, les surveillances épidémiologiques, **le suivi d'indicateurs**, etc. ;
- **V 2014 : De l'auto-évaluation au Compte Qualité**



Compte qualité / Cartographie des risques

Le compte qualité est un outil pour définir ses priorités d'amélioration. Il propose :

Une méthode d'évaluation :

- fondée sur l'identification et une analyse de ses risques par thématique par l'établissement de santé
- en fonction de méthodes d'identification des risques qui lui sont propres
- en fonction des principaux résultats d'évaluation dont il dispose : indicateurs, EPP...

Une expression de résultats :

- une hiérarchisation des risques (grâce à une matrice de criticité)
- une déclinaison en plans d'action

Afin de mettre en évidence ses propres opportunités d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins.



Petit QUIZZ: oui, non, en partie

- Une cartographie des risques est une carte figée décrivant tous les risques ?
- Les données d'entrée dans une cartographie sont les risques a posteriori
- La méthode AMDEC veut dire: « Analyse Médiale Des Erreurs Critiques »
- On définit les risques en fonction de leurs circonstances de survenue.
- Tous les risques doivent être reportés dans le CQ HAS



Principaux objectifs de la cartographie pour l'établissement / une thématique donnée

- Hiérarchisation des risques identifiés
- Valorisation des dispositifs de maîtrise des risques en place
- Choix et priorisation des actions engagées au regard des risques estimés prioritaires
- A partir d'un processus pour la majorité des thématiques



Données d'entrée

- Données pertinentes à disposition
- Analyse des résultats des indicateurs ILIAS, IQSS, V2010, EPP, CPOM, CBUM, CAQES, audits et évaluations internes...
- Evénements Indésirables
- Et les situations qui pourraient survenir... on se fait peur!! Mais on a une expertise
- Avoir une méthode: Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets de leur Criticité.



Partage d'expérience

- Sur la méthode utilisée pour définir la criticité/maitrise...



Éléments indispensables pour déterminer le niveau de criticité d'un risque / niveau de maîtrise

- Niveau de criticité (ou matrice de criticité) nécessite d'utiliser 2 échelles
 - une échelle de gravité ET une échelle de fréquence
 - dont le produit fournit le niveau de criticité
- Niveau de maîtrise établi selon une grille d'évaluation
- Niveau de détectabilité (éventuellement)



Echelle de gravité

- G1 – mineure : conséquences mineures sans préjudices
- G2 – significative : incident avec préjudices temporaires
- G3 – majeure : incident avec impact
- G4 – critique : conséquences graves
- G5 – catastrophique : conséquences très graves



Echelle de fréquence

- F1 – très improbable (jamais vu)
- F2 – très peu probable (1 fois dans ma carrière)
- F3 – peu probable (dans d'autres établissements)
- F4 – possible / probable (dans l'établissement)
- F5 – très probable à certain (dans mon secteur d'activité)



Outils : la maîtrise du risque

Niveau de Maîtrise (M)

Correspondance des niveaux de maitrise

Niveau 1

On sait faire face, bonne maîtrise: Plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue

Niveau 2

On a tout prévu: plans d'action en place avec indicateurs

Niveau 3

On a organisé: organisation en place sans évaluation

Niveau 4

On est en alerte: quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans action

Niveau 5

On découvre le risque: aucune action en place - études en cours - actions inefficaces



$$C = F \times G \quad f(M) !!$$

Diagramme de Farmer

Criticité en fonction de la Gravité et de la Fréquence

G5	5	10	15	20	25
G4	4	8	12	16	20
G3	3	6	9	12	15
G2	2	4	6	8	10
G1	1	2	3	4	5
	F1	F2	F3	F4	F5

Hiérarchisation en fonction de la criticité et du niveau de maîtrise

Criticité	Maitrise 1	Maitrise 2	Maitrise 3	Maitrise 4	Maitrise 5
1 à 5	faible	faible	à surveiller	à surveiller	à surveiller
6 à 10	faible	faible	à surveiller	à surveiller	à surveiller
11 à 15	à surveiller	à surveiller	à surveiller	à surveiller	prioritaire
16 à 20	à surveiller	à surveiller	à surveiller	prioritaire	prioritaire
21 à 25	à surveiller	à surveiller	à surveiller	prioritaire	prioritaire

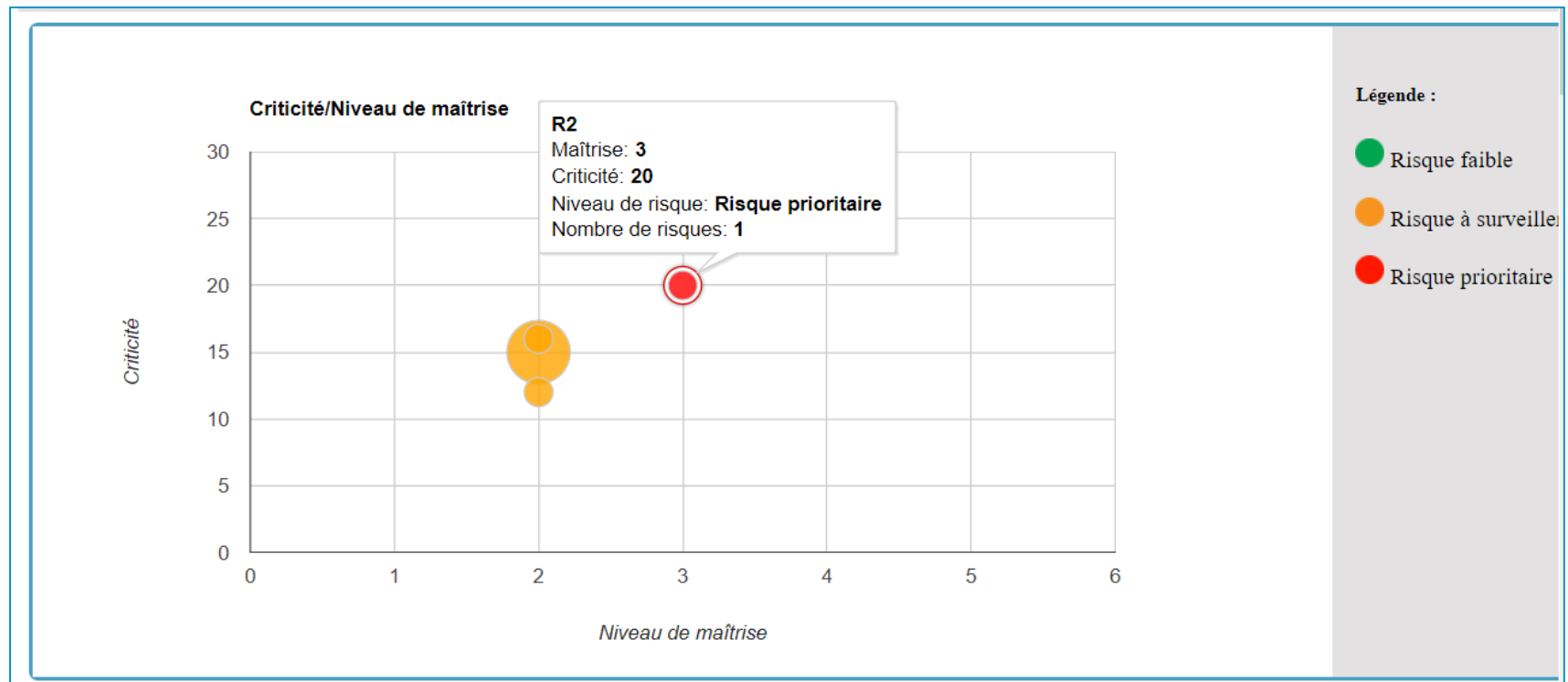


Matrice du compte qualité HAS

R2	Risque lié aux actes invasifs : Bactériémies associées aux infections de cathéters intra-vasculaires	4 ▾	5 ▾	20	- Recommandations de pose et entretien des VVC - Suivi des bactériémies - Audits de connaissances et de pratiques	Niveau 3 ▾
----	---	-----	-----	----	---	------------



Matrice du compte qualité HAS





Partage d'expérience

- Quelles difficultés pour la définition des niveaux de maîtrise/criticité... en hygiène?
- Comment faire une cartographie des risques infectieux alors qu'il ne s'agit pas d'un processus??



Montpellier

Estimation des différents éléments d'une carto

- Pas toujours aisé de faire le plus objectivement possible.
- Brainstorming, retours d'expériences, connaissances professionnelles de l'hygiène hospitalière
- Pour la gravité
 - recourir à l'avis d'expert (ce qui reste subjectif)
 - ou létalité morbidité
 - ou réaliser une mesure quantitative (par exemple les pertes d'une fermeture de service pour épidémie)
 - prendre en compte le niveau de détectabilité
 - limiter la subjectivité en travaillant en équipe

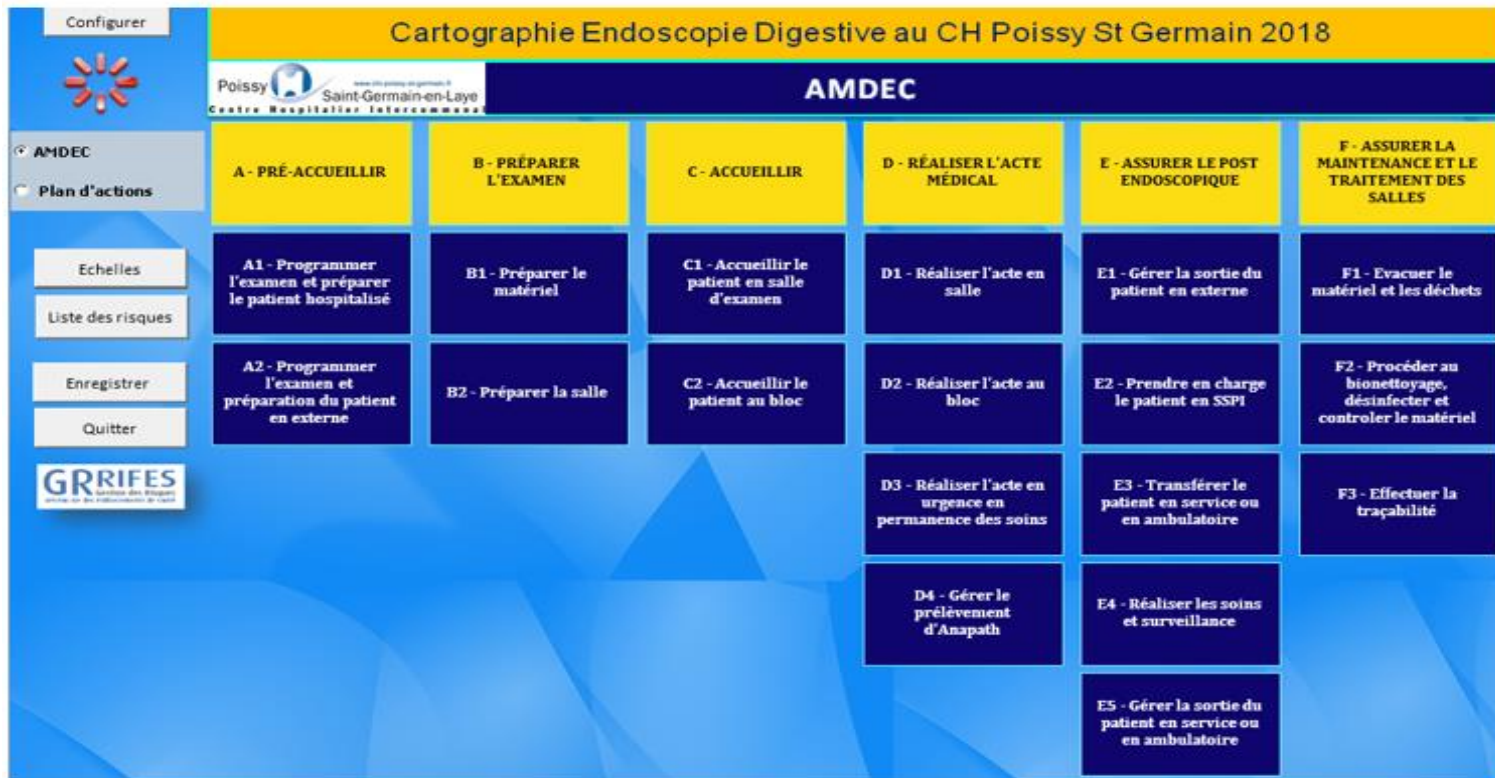


Estimation des différents éléments d'une carto

- Pour la fréquence
 - plus facile si à disposition des taux d'événements indésirables rapportés à un nombre total de mises en œuvre ou probabilité d'exposition au risque calculée par la durée d'exposition
 - plus difficile pour des événements indésirables non encore produits nécessitant de se placer sur des échelles de vraisemblance à partir de jugements d'experts et d'estimation à faire en équipe.
- Important :
 - utiliser toujours la même méthode pour l'ensemble des risques
 - afin de pouvoir les classer le plus objectivement possible



Exemple de carto/processus





Autre exemple





Problème

- Cartographie des risques de la thématique : risques infectieux
- Proposition d'un outil CARTOCLIN IDF



CARTOCLIN IDF

- Un outil souple fait par des experts en risques infectieux
 - **Une approche par « organe et processus de soins »** peut concerner l'ensemble des unités et secteurs de soins d'un établissement de santé,
 - **Une approche thématique** : risques associés à l'environnement et aux travaux et risques professionnels,
 - **Une approche « secteurs d'activités à risques »** : hémodialyse, endoscopie, actes d'imagerie interventionnelle, balnéothérapie.
 - Analyse basée sur: nature du risque, situation dangereuse, effets, causes de la situation dangereuse.
- Modulable suivant les types d'ES et les risques de chacun,
- Gratuit
- En lien avec le CQ HAS



Exemple

Items	Etapes	Exemple de l'infection sur K I VP
Nature du risque	Rechercher la nature du risque toujours sous l'aspect nosocomial et en se référant autant que possible au patient	Infection à point de départ dispositif intravasculaire
Situation dangereuse	<p>Explorer la situation dangereuse sous 3 aspects :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Défaut d'identification du risque 2 - Défaut de mise en œuvre des mesures de prévention du risque 3 - Défaillance dans la prise en charge : atténuation, récupération <p>Les principales sources d'information pour les identifier sont les bases de données des EI / RMM/ CREX / plaintes et contentieux</p>	<p>1 - Méconnaissance du risque d'infections sur DIV</p> <p>2- Défaut de surveillance du point de ponction, de l'étanchéité du pansement...</p> <p>3 - Défaut de prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'infection locale</p>
Effets, dommages	Identifier, pour chaque situation dangereuse les conséquences ou effets indésirables que l'on est susceptible de rencontrer ou ceux qui sont déjà survenus soit pour le patient, le professionnel, l'institution	<p>1- Absence d'alerte devant une anomalie</p> <p>2- Retard à la prise en charge adaptée d'une anomalie : retrait du cathéter....</p> <p>3 - Bactériémie</p>
Causes de la situation dangereuse	Lister les principales causes responsables de l'apparition des défaillances, des dysfonctionnements rencontrés.	<p>1- Défaut de sensibilisation des équipes</p> <p>2- Absence de procédure, méconnaissance des recommandations</p> <p>3 -Défaut de surveillance Méconnaissance du risque et des recommandations</p>



Configurer

Cartographie des Risques Infectieux 2018 CARTOCLIN-IDF



Analyse des risques

- Analyse des risques
- Plan d'actions
- Échelles
- Liste des risques
- Compte Qualité
- Enregistrer
- Quitter
- Référentiel NOSOBASE

A - LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 1/3	B - LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 2/3	C - LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 3/3	D - ENVIRONNEMENT ET TRAVAUX	E - SECTEURS À RISQUES SPÉCIFIQUES	F - RISQUES PROFESSIONNELS
A1 - Infections urinaires	B1 - Infections de la peau et des tissus mous	C1 - ATB et Diffusion des résistances bactériennes	D1 - Eau	E1 - Hémodialyse	F1 - AES
A2 - Infections respiratoires	B2 - Infections digestives	C2 - Epidémies BMR BHR	D2 - Air	E2 - Endoscopie	F2 - Autres risques infectieux professionnels
A3 - ISO	B3 - Méningites	C3 - Autres risques infectieux émergents	D3 - Surface	E3 - Actes Imagerie interventionnelle	
A4 - Infections KT bactériémies	B4 - Infections virales hématogènes		D4 - Déchets Activités de Soins à Risques Infectieux et Assimilés	E4 - Balnéothérapie	
A5 - Dispositifs médicaux	B5 - Alimentation et Nutrition		D5 - Linge		



AMDEC

A3 LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 1/3 >> ISO

C Q		RETOUR	Ajouter	Supprimer	CPias		STARAQS	GRRIFES	Analyse des risques					Échelles				
CQ	Nature du risque	Situation dangereuse	Effet Dommage	Cause(s) de la situation dangereuse	Dispositif(s) de maitrise en place	Fréquence	Gravité	Criticité	Niveau de maîtrise	C avec niveau de maîtrise	Actions suggérées							
1P07	OUI 1- Infection du site opératoire (ISO)	Défaut de maîtrise de la qualité de l'instrumentation chirurgicale	Contaminations du site opératoire	Vetusté du matériel Priorisation autre Défaut de stérilisation Méconnaissance de l'état de stérilité Présence d'eau dans un container	Assurance qualité en stérilisation Disponibilité du matériel Formations Traçabilité Protocole de conduite à tenir suivant le moment de la découverte de la non stérilité d'un matériel	4	4	16	3	48	certification ISO 9001 assurance qualité en sté							
1P08	1- Infection du site opératoire (ISO)	Défaut de PEC diagnostique et thérapeutique	Infection chronique Décès	Défaut de compétence en infectiologie Défaut de connaissance des recommandations / Centre de Référence des Infections Ostéo-Articulaires Complexes (CRIOAC)	Lien avec le laboratoire Organisation de l'avis infectieux, Référent ATB, infectiologue Recommandations diagnostiques et thérapeutiques (COMA-CAII) Organisation d'un avis CRIOAC													
2P01	2- ISO à Staphylococcus aureus dont le SARM (chir cardiaque, ortho prothétique)	Non identification facteurs de risque d'acquisition de SA dont le SARM Méconnaissance du SA dont SARM	Morbidité Mortalité (bactériémie à SA dont SARM, antibiothérapie) Prolongation durée de séjour Majoration du risque Juridique	PEC en urgence Méconnaissance des recommandations Méconnaissance du protocole de dépistage, de décolonisation Indisponibilité du Bactroban Absence de transmission de l'information SARM	Protocoles Formations Audit EPP Disponibilité du matériel PCR SARM ICSHA													



Plan d'actions

A3 LIÉS AU PROCESSUS DE SOINS 1/3 >> ISO

RETOUR Ajouter Supprimer CPias STARAQS GRRIFES Échelles

				Plan d'actions									
				Échelles									
CQ	Nature du risque	Situation dangereuse	Criticité	Actions d'amélioration	Responsable(s)	Début prévu	Échéance prévue	Modalités d'évaluation / indicateurs de suivi	Etat d'avancement	Fréquence résiduelle	Gravité résiduelle	Criticité résiduelle	Gestion du risque résiduel
R01P07	OUI 1- Infection du site opératoire (ISO)	Défaut de maîtrise de la qualité de l'instrumentation chirurgicale	16	formation iso 9001	duchmol	21/05/2018	30/11/2018	attestation de présence et diplôme	Finalisé	2	4	8	certification annuelle
R01P08	1- Infection du site opératoire (ISO)	Défaut de PEC diagnostique et thérapeutique											
R02P01	2- ISO à Staphylococcus aureus dont le SARM (chir cardiaque, ortho prothétique)	Non identification facteurs de risque d'acquisition de SA dont le SARM Méconnaissance du SA dont SARM											



CQ HAS

OM DE LA THEMATIQUE : Liés au processus de soins 1/3 - ISO

TRANSMIS LE : / /

Exporter

- Identification des principaux risques et des dispositifs de maîtrise en place

Libellé du risque	Fréquence	Gravité	Criticité	Dispositif de maîtrise en place	Niveau de maîtrise	Commentaire
1- Infection du site opératoire (ISO) - Défaut de maîtrise de la qualité de l'instrumentation chirurgicale	4	4	16	Assurance qualité en stérilisation Disponibilité du matériel Formations Traçabilité Protocole de conduite à tenir suivant le moment de la découverte de la non stérilité d'un matériel	3	

- Plans d'action

Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Responsable	Début prévu	Début réel	Échéance prévue	Échéance réelle	Modalités suivies	État d'avancement
	formation iso 9001	duchmol	21/05/2018		30/11/2018		attestation de présence et diplôme	Finalisé



Pour obtenir CARTOCLIN

<http://www.cpias-ile-de-france.fr>



Petit QUIZZ: oui, non, en partie

- Une cartographie des risques est une carte figée décrivant tous les risques ?
- Les données d'entrée dans une cartographie sont les risques a posteriori
- La méthode AMDEC veut dire: « Analyse Médiale Des Erreurs Critiques »
- On définit les risques en fonction de leurs circonstances de survenue.
- Tous les risques doivent être reportés dans le CQ HAS



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Conférencier: Agnès, GAUDICHON, Paris

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer



Naissance du tableau de bord

Saisine de l'InVS par le Ministre de la santé en date du 21 mars 2003

- « ... nous avons besoin de disposer d'outils de **surveillance des IN**...dont la survenue renseigne le mieux sur la qualité des soins et la prévention... »
- « pour **suivre les progrès accomplis, adapter les efforts et les moyens, informer les usagers** »
- « ...permettre des comparaisons au sein d'un même établissement et...**se situer par rapport aux autres**... »
- « ...les données devront prendre place dans un **tableau de bord avec d'autres indicateurs**... »



Les acteurs

- Le tableau de bord des IN est devenu le thème IAS faisant partie des IQSS (indicateurs de qualité et de sécurité des soins) de la **HAS**
- Les **ARS** accompagnent les établissements de santé : gestion des déclarations, contrôle qualité des données pour 10% des établissements et validation des données
- L'**ATIH** assure la maîtrise d'œuvre de la plateforme de recueil du thème IAS



Définition d'un indicateur

- Outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients.



Principaux objectifs

- Inciter tous les établissements à **mesurer leurs actions et leurs résultats** dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales
- Permettre un suivi dans le temps et des **comparaisons** entre établissements, facteur d'amélioration de la qualité
- Répondre à une demande légitime d'information et de **transparence** des usagers



Critères qualité d'un indicateur ?

- Pertinence : importance du thème et possibilités d'amélioration et d'actions correctives
- Faisabilité : accessibilité des données et capacité à être produit à moindre coût en termes de charge de travail
- Utilité :
 - Professionnels : réduction des IAS, amélioration des pratiques, benchmarking possible
 - Usagers : transparence et compréhensibilité



Critères qualité d'un indicateur ?

- Qualités métrologiques (capacité à mesurer le phénomène de façon non biaisée)
 - Validité (Se, Sp, VPP, VPN)
 - Fiabilité
 - Reproductibilité
 - Standardisation



Types d'indicateurs ?

- De structures ou de ressources : mesure de la qualité de gestion des ressources à la mise en place des processus de soin = avons-nous les moyens de bien faire?
 - Exemple : ICALIN.2, ICA-LISO...
- De processus ou pratiques : mesure la qualité de la mise en œuvre du processus de soin = faisons-nous correctement?
 - Exemple : ICSHA.3
- De résultats : mesure directe de l'événement = quel est le résultat?
 - Exemple : ISO-ORTHO



Exemple ISO-ORTHO?

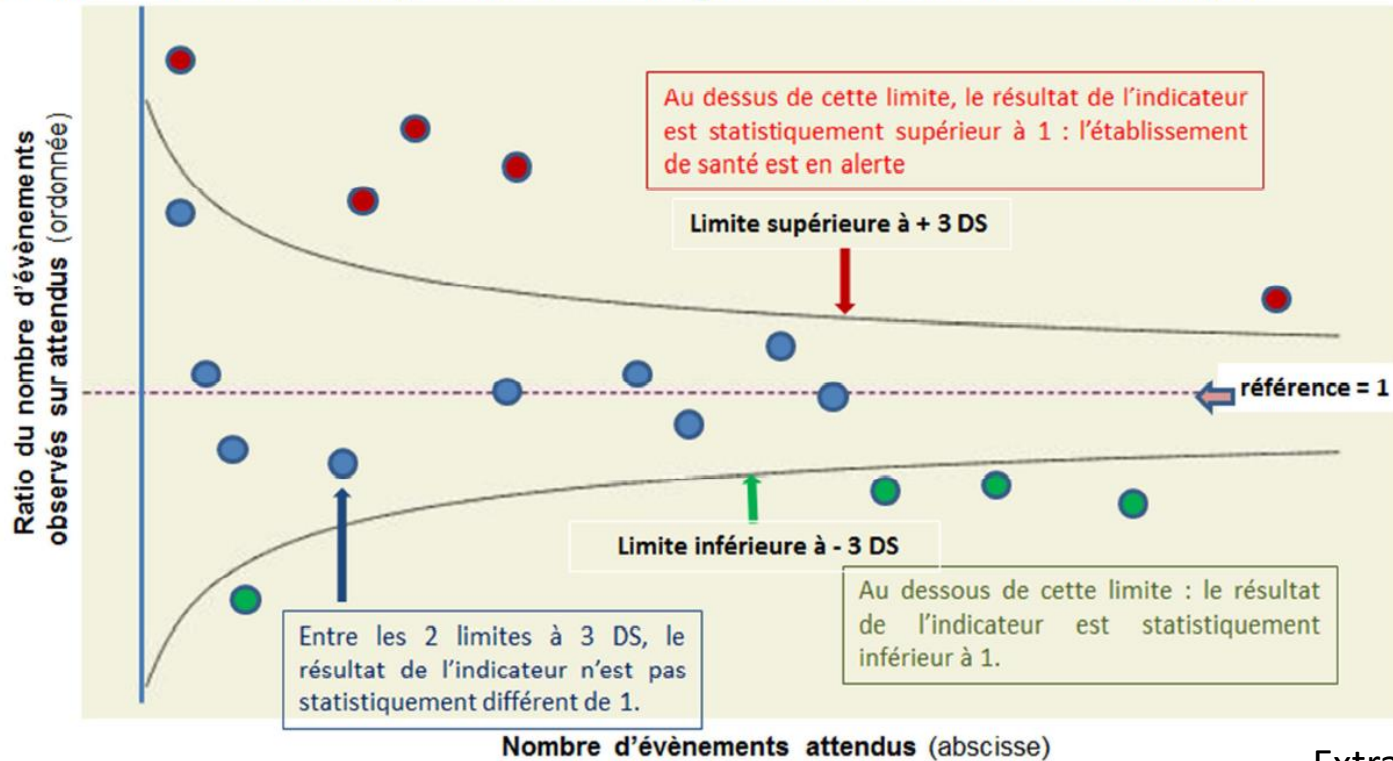
- Construit sur le même modèle que ETE-ORTHO (mesure des événements thromboemboliques après PTH ou PTG)
- Extraction du PMSI MCO chaîné sur l'année n-1 des ISO 3 mois après la pose de PTH (hors fracture) ou PTG à l'aide d'un algorithme validé.
- Résultats rendus sous forme d'un funnel plot avec des informations complémentaires, consignes de codages... Prévu pour le 2nd semestre 2018



Montpellier

Exemple ISO-ORTHO?

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





Avantages et inconvénients?

- De structure et processus :
 - (+) facile à obtenir, objectif clair = 100%, parlant pour les soignants, réactivité possible
 - (-) difficile à comprendre pour les usagers et à communiquer
- De résultats :
 - (+) facile à comprendre pour les usagers, responsabilise les acteurs
 - (-) fiabilité, charge de travail pour le recueil, objectif? (part évitable des ISO), mesures préventives?



Thème des IAS

- Recueil du bilan d'activité de lutte contre les infection nosocomiales est réglementaire, article R.6111-8 du CSP
- Chaque année, un arrêté fixe la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public certains résultats
 - **Seuls les indicateurs réglementaires sont utiles?**



Indicateurs locaux

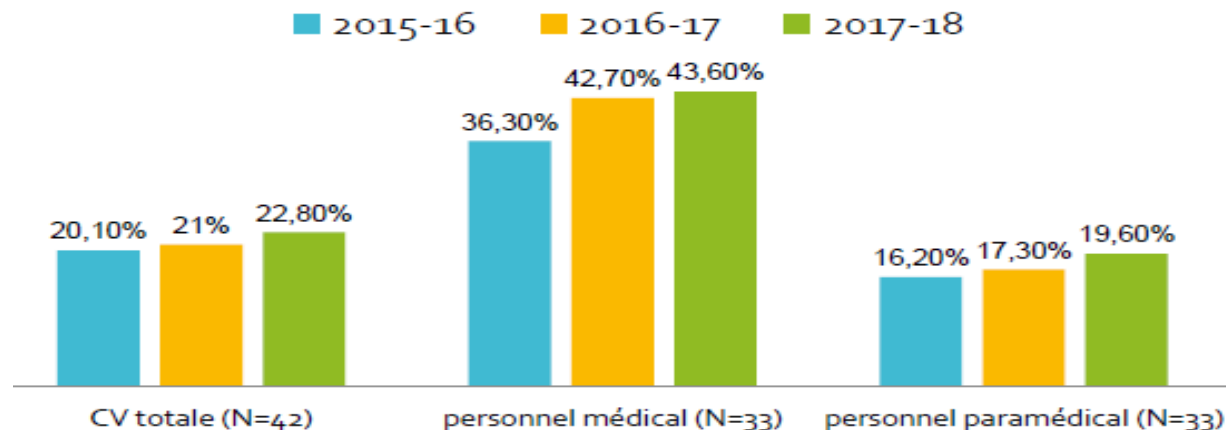
- A définir en fonction des priorités locales identifiées suite à :
 - Un EIG / épidémie
 - Un audit / EPP
 - Une analyse des risques (cartographie, CREX, Alarm...)



Exemple : indicateurs locaux IDF

- Suivi de la couverture vaccinale anti-grippale des professionnels de santé

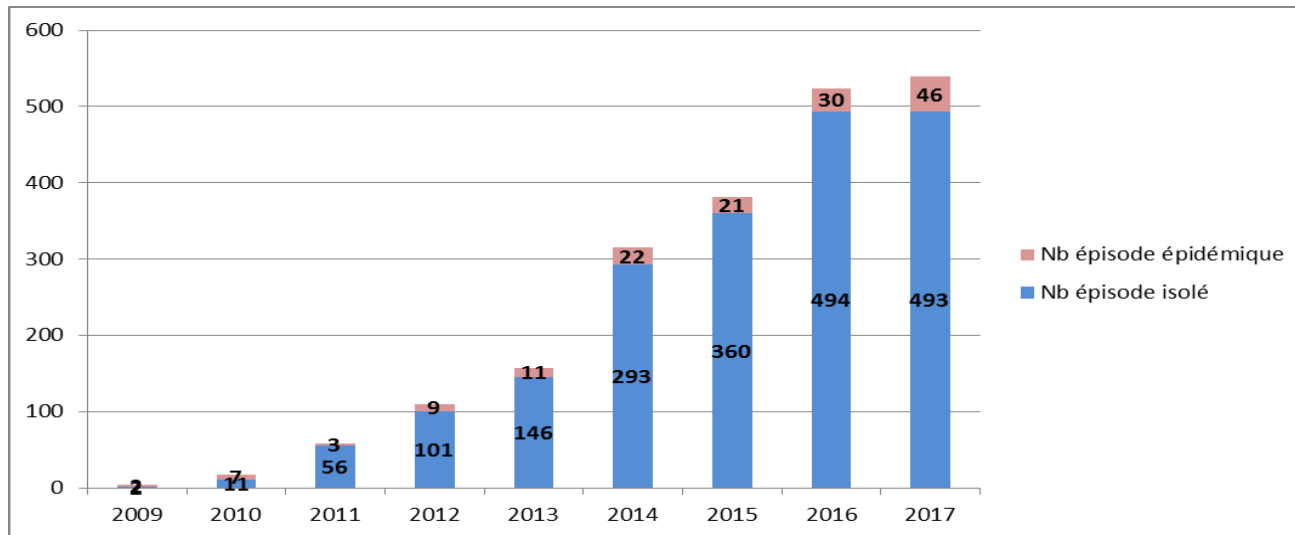
Cohorte de 42 établissements
ayant participé à l'enquête 3 saisons de suite





Exemple : indicateurs locaux IDF

- Part des épisodes épidémiques à EPC



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% épisodes épidémiques à EPC	50	38,9	5,1	8,2	7,0	7,0	5,5	5,7	8,5



Intérêt local?

- Orienter les actions / pilotage de la politique de prévention des IAS
 - Retour en commission CLIN, COMAI, CME...
- Benchmarking inter-service, inter-hospitalier?
 - Possible uniquement si les indicateurs sont stables (ICSHA → ICSHA.2 → ICSHA.2v2 → ICSHA.3)



Enjeux?

- Réglementaire, contractuel et financier
 - Thème IAS HAS : recueil du bilan d'activité de lutte contre les infection nosocomiales, article R.6111-8 du CSP
 - Pour 2018 : ICATB.2 et ICSHA.3
 - Pour 2019 : ICSHA.3 et nouveautés...



Enjeux?

- Réglementaire, contractuel et financier
 - Thème IAS HAS
 - CAQES (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins)
 - Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins
 - Contrat tripartite entre l'ARS, la CNAM et l'établissement qui regroupe les anciens contrats (bon usage des médicaments, PHEV, transports...)



Art. 10-2: développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau

Obligations	Indicateurs
Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse	Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques : Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés
Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB)	Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiée : Nombre de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours.

Volet additionnel
relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)

Article 1^{er} : objet du volet

Le présent volet a pour objectif d'accompagner les établissements ciblés par rapport aux référentiels nationaux dans des actions d'amélioration de ses pratiques sur certains risques (risque infectieux, risque médicamenteux et risque de rupture de parcours).



Article 6 : intéressement et sanctions

Chaque volet du contrat fait l'objet d'une évaluation.

Pour le volet obligatoire, l'évaluation porte sur l'ensemble des obligations fixées au contrat et en particulier, sur la réalisation du plan d'action et de l'atteinte des cibles qui y sont fixées. Cette évaluation peut conduire à l'application des sanctions dans les conditions définies à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale.

Pour chacun des volets additionnels, il est prévu une obligation de résultat qui, si elle est respectée peut conduire à la notification d'un intéressement lorsqu'il est prévu par le volet. Si cette obligation n'est pas respectée, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, dans les conditions définies à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, prononcer une sanction financière, la réduction du taux de prise en charge des produits de la liste en sus ou engager une procédure de mise sous accord préalable, selon les modalités fixées dans chaque volet. Ces sanctions ou le cas échéant, intéressements sont pondérés par le niveau de réalisation des obligations complémentaires éventuellement fixées.

A l'issue de cette évaluation, il est procédé à la somme des sanctions et intéressements. Ce montant est ensuite notifié à l'établissement dans les conditions fixées au même article.



Enjeux?

- Qualité :
 - Compte qualité : renseigné automatiquement par la HAS avec l'ensemble des résultats des IQSS disponibles dont ceux relatifs aux IAS -> plan d'action pour tout résultat d'indicateur national en-deçà des exigences définies
 - Dispositif de suivi pour la certification
 - IFAQ (incitation financière à l'amélioration de la qualité) : le recueil de tous les indicateurs du thème IAS fait partie des critères donnant lieu à une allocation financière




Enjeux?

- Image :
 - Diffusion publique sur scope santé
 - Affichage en établissement, sur site internet
 - Présentation en commission des usagers




Perspectives

- Révision et simplification des indicateurs existants
 - Critères les plus porteurs d'amélioration
 - Orienter vers les pratiques cliniques et résultats
- Harmonisation des indicateurs IAS avec le Propias et le CIS antibioresistance

LUTHERAN HOSPITAL
1730 WEST 25TH STREET
CLEVELAND, OH 44113
(216) 696-4300



Overall rating ⓘ:
★★★★●
[Learn more](#)

Distance ⓘ: 1.2 miles
[Add to My Favorites](#)
[Maps and directions](#)

PARMA COMMUNITY GENERAL HOSPITAL
7007 POWERS BOULEVARD
PARMA, OH 44129
(440) 743-3000


Overall rating ⓘ:
★★★★★
[Learn more](#)

Distance ⓘ: 10.5 miles
[Add to My Favorites](#)
[Maps and directions](#)

HILLCREST HOSPITAL
6780 MAYFIELD ROAD
MAYFIELD HEIGHTS, OH 44124
(440) 312-4500


Overall rating ⓘ:
★★★★★
[Learn more](#)

Distance ⓘ: 15.4 miles
[Add to My Favorites](#)
[Maps and directions](#)

Central line-associated bloodstream infections (CLABSI) in ICUs and select wards	No Different than National Benchmark	No Different than National Benchmark	Better than the National Benchmark
Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) in ICUs and select wards	No Different than National Benchmark	No Different than National Benchmark	Better than the National Benchmark
Surgical site infections (SSI) from colon surgery	Not Available ¹²	No Different than National Benchmark	No Different than National Benchmark
Surgical site infections (SSI) from abdominal hysterectomy	Not Available ¹²	Not Available ¹³	No Different than National Benchmark
Methicillin-resistant <i>Staphylococcus Aureus</i> (MRSA) blood infections	Not Available ¹³	No Different than National Benchmark	No Different than National Benchmark
<i>Clostridium difficile</i> (C.diff.) intestinal infections	No Different than National Benchmark	No Different than National Benchmark	No Different than National Benchmark



Plus d'infos sur les nouveaux indicateurs...

VENDREDI 8 JUIN 2018

11:30-13:00

■ **SP13 - Actualités en hygiène hospitalière.**

Modérateurs : Pierre PARNEIX, Bordeaux ; Anne BERGER-CARBONNE, Paris

Avis masques et avis air au bloc opératoire

Olivia KEITA-PERSE, Monaco

Evolution des indicateurs qualité et sécurité de soins du thème IAS

Laetitia MAY-MICHELANGELI, Saint Denis La Plaine

Enquête de prévalence

Côme DANIAU, Saint-Maurice

Le portail des vigilances ; expérience d'une ARS

Laurent CASTRA, Paris

Guide HdM

Chantal LEGER, Poitiers

Actualités Santé Publique France : missions nationales de surveillance et prévention des IAS.

Jean-Christophe LUCET, Paris



Quizz : oui/non

- Les indicateurs servent uniquement à remplir le thème IAS de la HAS?
- Le suivi des indicateurs est utile à la politique locale de lutte contre les IAS?
- Les indicateurs de processus vont disparaître?
- La diffusion publique peut-elle être un levier d'amélioration des pratiques?