

DESC de Maladies infectieuses et  
tropicales  
Paris - 10 janvier 2006



**Indicateurs et tableaux de bord**

**P. PARNEIX**

**C.CLIN Sud-Ouest - CHU Bordeaux**

# Programme national Objectifs



## Code de la santé publique

**Art. R. 6111-2. :**

**Le comité de lutte contre les infections nosocomiales :**

...

**2° Prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;**

# Programme national Objectifs



## Code de la santé publique

Art. R. 6111-2. :

Dans le cadre de ses missions, le comité est notamment chargé de **définir**, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et **indicateurs adaptés** aux activités de l'établissement de santé permettant **l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux**.

# Programme national Actions



## Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :

 **Le renforcement des structures spécialisées (Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou EOHH) :**

 **100% des établissements** de santé disposent d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière,

# Programme national Actions



## Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :

✉ Le renforcement des structures spécialisées (Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou EOHH) :

📁 Entre 2005 et 2008, **100% des établissements de santé ont fait progresser le score composite** évaluant les moyens engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales. (1<sup>er</sup> indicateur figurant dans le tableau de bord).

📁 L'objectif étant qu'il n'y ait **plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008.**

# Indicateur LIN Exception culturelle



📄 Le « **score CLIN** » :

✉ un petit, petit nom charmant « **ICALIN** »,



Indice **C**omposite des **A**ctivités de **L**utte contre les **I**nfections **N**osocomiales

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur TB

## Méthodologie d'élaboration



<b>Octobre 2002</b>	<b>Demande par le Ministère d'un « baromètre » des IN</b>
<b>Décembre 2002</b>	<b>Débat au CTIN</b>
<b>Mars 2003</b>	<b>Saisine de l'InVS par JF Mattei, Ministre de la santé</b>
<b>Mai 2003</b>	<b>Création d'un groupe d'experts InVS ( JC. Lucet et P. Berthelot)</b>
<b>Janvier 2004</b>	<b>Remise des conclusions du groupe Consultations fédérations d'établissements et usagers Annonce des 5 indicateurs par le Ministre</b>
<b>Juin 2004</b>	<b>Rédaction des cahiers des charges (InVS et DHOS)</b>
<b>Octobre 2004</b>	<b>Début du test de faisabilité COMPAQH</b>
<b>Janvier 2005</b>	<b>Début du groupe CTINILS</b>
<b>Avril 2005</b>	<b>Rapport COMPAQH</b>
<b>Septembre 2005</b>	<b>Lettre du Ministère aux établissements</b>
<b>Décembre 2005</b>	<b>Affichage ICALIN</b>

# Indicateur LIN

## Genèse - Groupe InVS 2003-2004



 **Indicateur n°3** : « *Indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN* » :

 **consensus total des experts.**

 **Items participant à son élaboration :**

 **un item consensuel :**

 **nombre d'ETP**, médical et infirmier, **en hygiène**  
pour 1 000 lits.


 **9 autres items cités mais non consensuels.**

# Indicateur LIN

## Genèse - Groupe DHOS 2004



### Composition du groupe de travail :

 DGS/DHOS, Médecins inspecteurs de santé publique DRASS et DDASS, InVS, CCLIN Sud Ouest, professionnels d'équipe hygiène multi-établissements de santé,

### Objectif :

 **élaborer un score composite** destiné à mesurer le taux d'activité de lutte contre les infections nosocomiales **sur la base du bilan standardisé annuel** (arrêté du 11 juin 2002).

# Programme national TB-ICALIN



## **Constitution du score composite :**

### **31 items utilisés :**

 16 pour le score anglais,

 pas de domaine exclu,

### prise en compte de **critères applicable à toutes les structures :**

 pas d'item concernant l'activité chirurgicale,

### constitution **d'un cahier des charges :**

 éléments de preuve pour chaque item,

 contrôle possible.,

### **items répartis en trois fonctions.**

# Programme national TB-ICALIN



 Les trois fonctions sont pondérées pour obtenir le **score total de 100** :

 le choix a été fait de leur donner la **même importance** :

 **Organisation** = 33 points,

 **Moyens** = 33 points,

 **Actions** = 34 points,

 Chaque fonction est ensuite divisée en :

 **3 sous-fonctions** :

 incluant chacune **1 à 5 items**.

# Indicateur LIN

## Fonction « Organisation »



N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Pts		
O	O1 Intégration de la LIN dans l'ES	O11	O111 – LIN dans Projet d'étab.	33	7	3,0	1		
			O112 – LIN dans COM				2		
		O12	O121 – Avis instances / PA			1,5	1		
			O122 – Avis instances / RA				1		
		O13	O131 – LIN dans Livret d'accueil			2,5	1		
			O132 – COMED membre du CLIN				1		
			O133 – HH dans PFC				1		
		O2 CLIN	O21			O211 – Réunions CLIN	13	10	6
						O212 – Réunions Groupes de Travail			4
	O22		O221 – Adhésion réseau		3	1			
			O222 – Protocoles / outils de réseau			1			
			O223 – CLIN consulté sur PFC			1			
	O3 Gestion de la LIN	O31 – Programme d'action	13		9				
O32 – Rapport d'activités		4							

D'après P. Garnier - DGS

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Fonction « Moyens »



N1	N2	Items	N1	N2	Pts
M	M1 EOH	M11 – ETP médical ou pharma. > 0	33	16	6
		M12 – ETP paramédical > 0			6
		M13 – M11 > 0 + M12 > 0			2
		M14 – ETP secr. ou ETP technic. > 0			2
	M2 Formation	M21 – Form. nouv., intér. et étud.		2	
		M22 – Formation méd-pharm > 0		3	
		M23 – Formation pers. infirmiers > 0		3	
		M24 – Formation autres perm. > 0		1	
	M3 Correspondants	M31 – Correspondants médicaux		4	
		M32 – Correspondants paramédicaux		4	

D'après P. Garnier - DGS

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Fonction « Actions »



N1	N2	Items	N1	N2	Pts
A	A1 Prévention	A11 – 6 protocoles prioritaires * 2	34	17	12
		A12 – 10 autres protocoles * 0,5			5
	A2 Surveillance	A21 – Prévention et signalement AE		12	3
		A22 – Progr. de maîtrise des BMR			4
		A23 – Au moins une enquête			3
		A24 – Surv. à partir données labo.			1
		A25 – Diff. résultats de la surveillance			1
	A3 Evaluation	A31 – Evaluation d'au moins un pro		5	2
		A32 – Réalisation d'un type d'éval.			2
		A33 – dont un audit			1

D'après P. Garnier - DGS

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Méthodologie d'élaboration



## **Atouts de l'indicateur** basé sur le rapport CLIN :

 **recueil déjà organisé** et informatisation depuis 2000,

 **calcul automatique** du score sans travail supplémentaire,

 prise en compte possible de **tous les aspects de la LIN** :

 opposition entre **indicateur statistique** (peu de critères) et **indicateur pédagogique** (nombreux critères).

# Indicateur LIN Évaluation du score



## Résultats comparés sur les bases nationales 2001 à 2003 :

 2001 - 2 121 établissements de santé,

 2002 - 2 279 établissements de santé,

 2003 - 2 290 établissements de santé.

 **Calcul rétrospectif** des scores possibles.

# Programme national TB-ICALIN



## Évolution annuelle de l'indice et des sous-scores (tout établissements confondus)

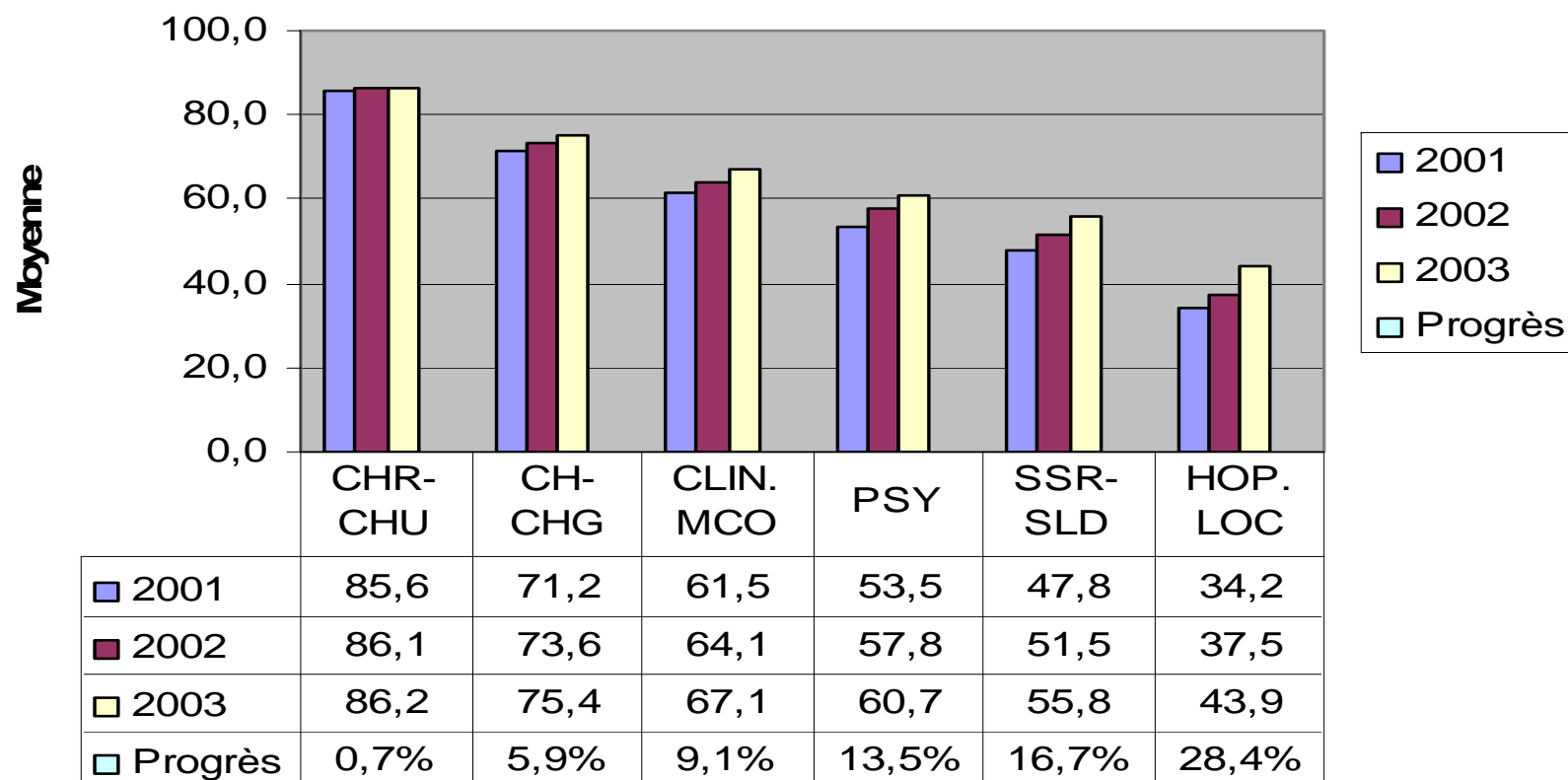
	2001	2002	2003
IC (moyenne) sur 100	57,1	59,5	63,1
IC (médiane)	60,0	63,0	67,0
Sous IC « organisation » (moyenne) sur 33	21,7	22,6	23,6
Sous IC « organisation » (médiane)	25,0	25,5	26,5
Sous IC « moyens » (moyenne) sur 33	14,2	14,8	15,9
Sous IC « moyens » (médiane)	13,0	14,0	16,0
Sous IC « actions » (moyenne) sur 34	21,2	22,2	23,6
Sous IC « actions » (médiane)	22,5	23,5	25,0

D'après P. Garnier - DGS

# Programme national TB-ICALIN



IC (moyenne) par type d'ES



D'après P. Garnier - DGS






[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Missions



## Résultats COMPAQH :

### Étude de concordance :

-  bilan envoyé par les CLIN en 2003 et recueil effectué par un ARC en 2004,
-  concordance stricte par item : 64%,
-  problèmes des ETP d'EOHH et de l'absence de document de preuve (audit),
-  concordance du score : 84%.
-  proposition de ne pas modifier le score mais d'affiner le cahier des charges dans le futur et de **définir une stratégie de contrôle.**

# Indicateur LIN Classement



## **Choix de la méthode de classement à l'aide de simulation sur la base 2003 :**

 **principe de 5 classes proposé :**

 **possibilité de progression,**

 **volonté de pouvoir accompagner les établissements de la dernière classe,**

 **5 méthodes testées :**

 **expériences étrangères,**

 **bibliographie statistiques,**

 **propositions COMPAQH.**

# Indicateur LIN Classement



## Les méthodes testées :


- ☒ La méthode NHS, basée sur les **percentiles de distribution**,
- ☒ La méthode de **l'intervalle de confiance (IC) de la moyenne** en prenant les valeurs à 90 et 99%.
- ☒ La méthode dérivée de la précédente mais **calculant un IC pour chaque établissement et le positionnant par rapport à la moyenne du groupe** (Canada et COMPAQH).
- ☒ La méthode des **écarts inter-quartile** avec les coefficients de 1,5 et 3.
- ☒ une méthode extrapolée de la troisième en utilisant les écarts interquartiles et sans référence statistique connue  
Hôpitaux des armées

# Indicateur LIN Classement



## **Résultats test :**

 beaucoup de méthodes peu discriminantes :

 regroupement de la quasi totalité des établissements dans la même classe (aucun « outlier »),

 problème statistique lié à l'absence de normalité des distributions,

 **choix de la méthode des percentiles :**

 pas de limite statistique,

 taille des strates prédéfinies,

 méthode discriminante.

# Programme national TB-ICALIN



## Méthode retenue :

 5 classes **selon les percentiles** de distribution :


 E – en dessous du percentile 10,

 D – entre les percentiles 10 et 30,

 C – entre les percentiles 30 et 70,

 B – entre les percentiles 70 et 90,

 A – au dessus du percentile 90,

 Bornes des classes calculées la première année puis figées ensuite :

 pour permettre d'objectiver une diminution de l'effectif des E et une augmentation des A

# Programme national TB-ICALIN



## **Les 13 strates retenues :**

- ✉ CH de moins de 300 lits ou de plus de 300 lits,
- ✉ CHR – CHU,
- ✉ Établissements psychiatriques,
- ✉ Hôpitaux locaux,
- ✉ Cliniques MCO de moins de 100 lits ou de plus de 100 lits,
- ✉ SSR – SLD,
- ✉ CLCC,
- ✉ Hôpitaux des armées,
- ✉ HAD,
- ✉ Hémodialyse,
- ✉ MECSS.

# Indicateur LIN Classement



## **Les 13 strates retenues :**      **limites bornes de la classe A**

☒ CH de moins de 300 lits,	88,5	
☒ CH de plus de 300 lits,	95,5	
☒ CHR – CHU,	97,75	←
☒ Établissements psychiatriques,	84,45	
☒ Hôpitaux locaux,	74,1	←
☒ Cliniques MCO de moins de 100 lits	85,1	
☒ Cliniques MCO de plus de 100 lits,		89
☒ SSR – SLD,	82	
☒ CLCC,	94,3	
☒ Hôpitaux des armées,	97,1	
☒ HAD,	64;5	
☒ Hémodialyse,	80,35	
☒ MECSS.	84,5	

# Indicateur LIN Classement



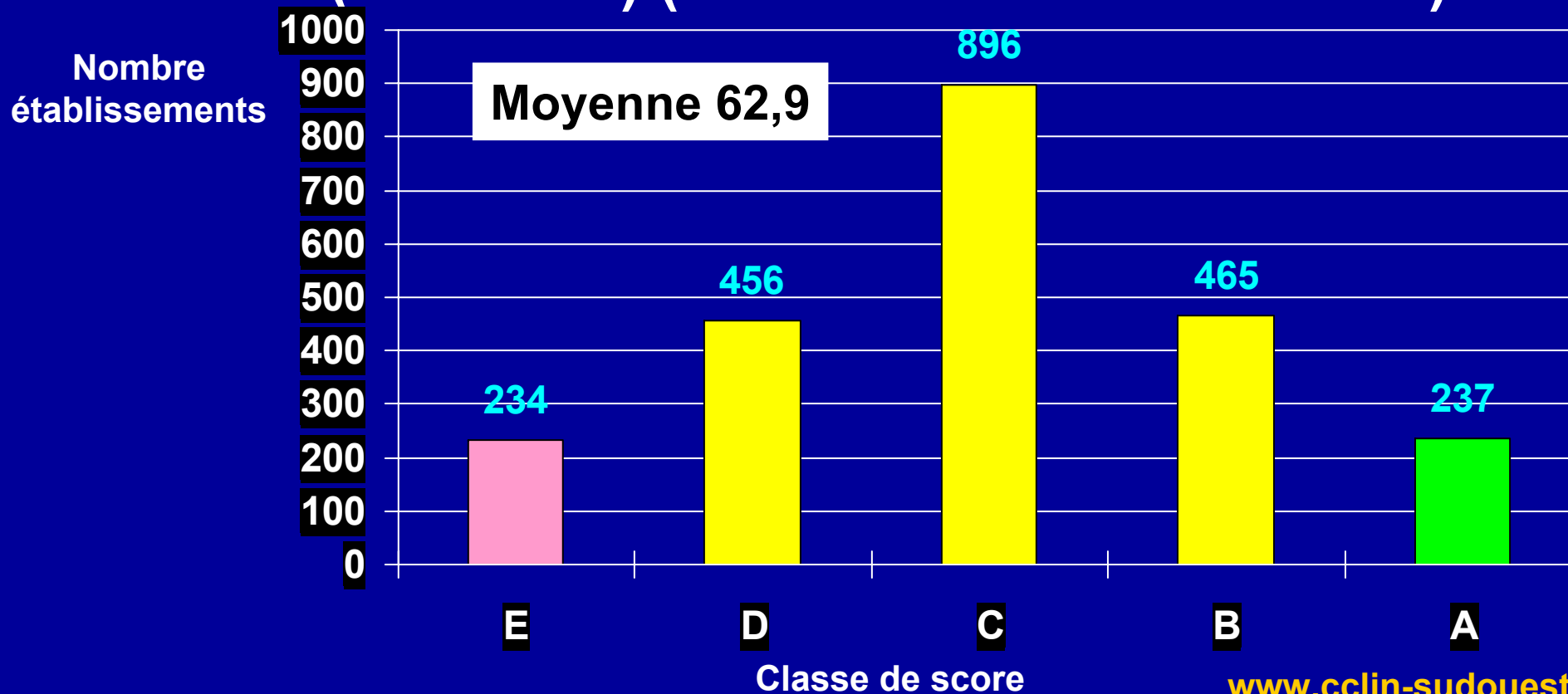
## **Les 13 strates retenues :** **limites bornes de la classe E**

☒ CH de moins de 300 lits,	44,5	
☒ CH de plus de 300 lits,	67,5	
☒ CHR – CHU,	65,75	←
☒ Établissements psychiatriques,	36	
☒ Hôpitaux locaux,	16,4	←
☒ Cliniques MCO de moins de 100 lits	36	
☒ Cliniques MCO de plus de 100 lits,		52
☒ SSR – SLD,	23	
☒ CLCC,	63,7	
☒ Hôpitaux des armées,	66	
☒ HAD,	19	
☒ Hémodialyse,	29,6	
☒ MECSS.	26,5	

# Indicateur LIN Classement



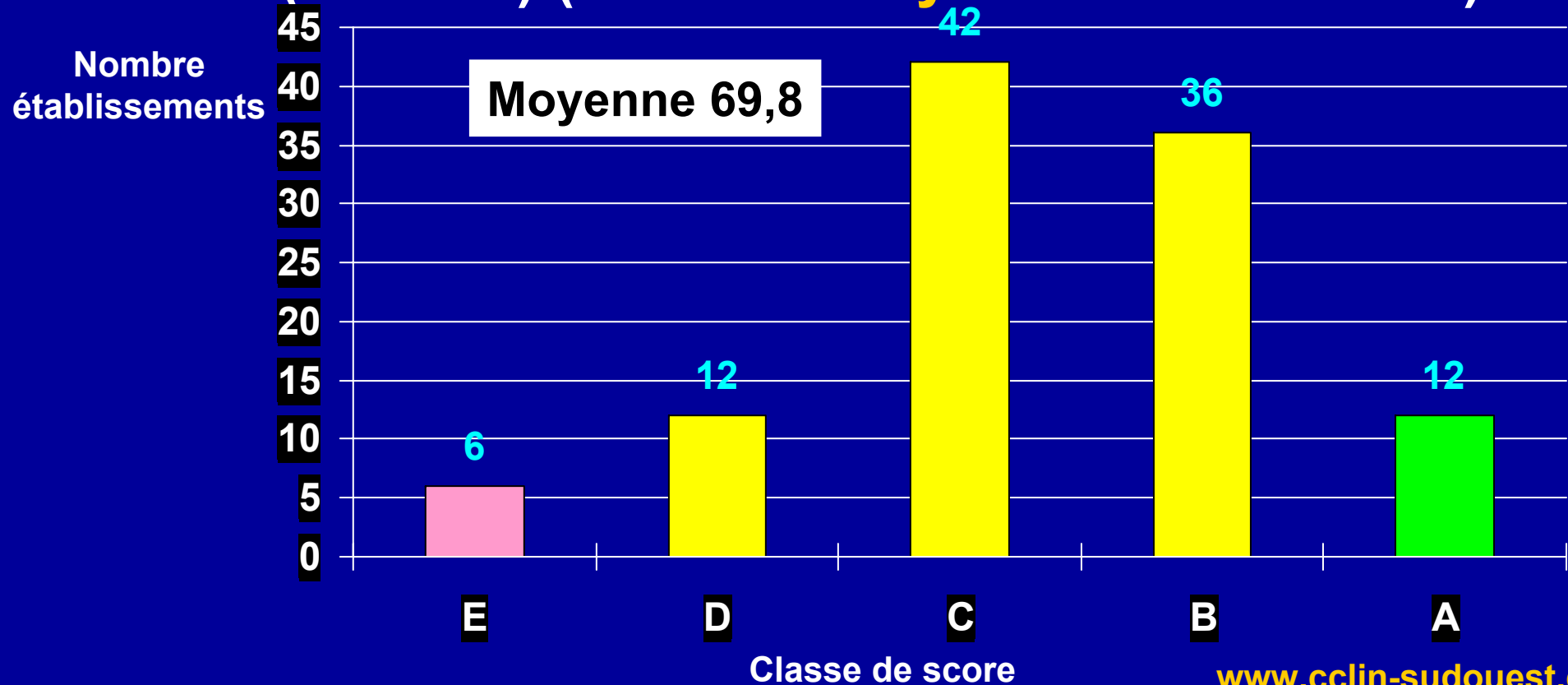
## Classement national des établissements de santé (N = 2 288) (base nationale CLIN 2003)



# Indicateur LIN Classement



## Classement régional des établissements de santé (N = 108) (base Midi-Pyrénées CLIN 2003)



# Programme national TB-ICALIN



## « Palmarès » des régions 2003

Régions	% d'établissements de moins de 100 lits	Indice composite Moyen (/100)
① PACA	56,0%	70,7
② Midi-Pyrénées	47,3%	69,8
③ Île de France	36,3%	67,3
④ Aquitaine	55,0%	66,5
⑤ Nord Pas de Calais	44,4%	64,7

Classement décroissant des 22 régions « participantes »

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Calendrier



## **Validation CTINILS :**

 **19 avril 2005** : sous-groupe TB,

 **17 mai 2005** : comité plénier,

## **Diffusion :**

 **Juin 2005 - DGS - DHOS :**

 envoi aux DRASS des ICALIN 2001 à 2003 par établissement avec la classe pour 2003,

 envoi de l'outil de calcul de l'ICALIN 2004 et de la classe par strate,

 **Décembre 2005 - DGS - DHOS :**

 envoi des scores 2004 aux établissements.

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Calendrier



## Publication :

 **Janvier 2006 - Ministère :**

 conférence de presse,

 mise en ligne des résultats sur le site du Ministère de la santé.



## Santé - Solidarités


[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur LIN Commentaires



## L'ICALIN :

- ✉ un **outil de lecture directe pour les décideurs** (Directeurs d'établissements, tutelles) **et tous les autres** (professionnels, usagers, journalistes,...),
- ✉ un **facteur évident d'émulation**
  -  **à l'échelon local mais aussi régional,**
- ✉ un **outil pédagogique** visant à l'amélioration de tous les aspects de la LIN,
- ✉ un **outil évolutif** et « **positif** »,



# Indicateur LIN Commentaires




## L'ICALIN :


- ✉ le reflet d'une organisation à compléter par d'autres indicateurs à venir,
- ✉ un premier pas vers une transparence acceptable par tous,
- ✉ une nécessité pour chaque établissement d'organiser sa communication,
- ✉ l'objectif de restaurer le dialogue et la confiance entre usagers et professionnels sur la base d'éléments objectifs.

# Programme national TB-SHA



## Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :

 Une meilleure observance des recommandations princeps (en particulier l'hygiène des mains) :


 entre 2005 et 2008, **75% des établissements de santé ont doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques** (utilisée pour l'hygiène des mains). (2<sup>ème</sup> indicateur figurant dans le tableau de bord).

 100% des établissements de santé ont une **consommation minimale de 20 litres** de solutions hydro-alcooliques pour 1000 jours d'hospitalisation.

# Indicateur SHA

## Genèse - Groupe InVS 2003-2004



 **Indicateur n°4** : « *Consommation des solutions hydro-alcooliques par an, rapportée à 1000 jours d'hospitalisation* » :

 **consensus total des experts.**

 **Mais :**

 **expérience limitée de l'utilisation de cet indicateur,**

 **pas de consensus sur son utilisation par service de soins, ou globalement pour l'établissement.**

# Indicateur SHA

## Genèse - Groupe DHOS 2004



### Composition du groupe de travail :

 pilotage InVS : 9 experts dont 6 encore présents dans le groupe CTINILS,

### Objectif :

 **définir un indicateur de consommation** des SHA dans les établissements de santé.

# Indicateur SHA


## Méthodologie d'élaboration



### **Numérateur :**

 **Volume de solutions ou gels hydro-alcooliques,** commandés par la pharmacie et/ou les services communs de l'établissement pendant l'année calendaire (N-1), convertis en millilitres :

 liste (indicative) des produits à comptabiliser issue de la liste E3 de la « **Liste Positive Désinfectants** » SFHH / Prodhabase®

 **pas de répartition par services** en l'absence de traçabilité des circuits de distribution dans les établissements de santé = quantités totales commandées.

# Indicateur SHA

## Méthodologie d'élaboration



### **Dénominateur :**

 **Nombre annuel de journées d'hospitalisations (journées-patient) pour l'année (N-1) :**

 source = administration de l'hôpital (pas le PMSI)

 chez les malades en **hospitalisation complète ou de semaine**

 en **court séjour** (médecine, chirurgie, obstétrique), **SSR, SLD, psychiatrie**

 quels que soient le mode d'admission et le mode de sortie.

# Indicateur SHA

## Missions





### Résultats COMPAQH :


 **Peu de problèmes pour cet indicateur :**

 **8,6% de difficultés.**

 **Quelques questions posées :**

 Un produit (Stérilium) est présent dans la liste émise par la SFHH et non sur la liste Prodhybase ;


 Pour certains établissements il semble plus facile de relever la distribution que la commande ;

 Des laboratoires pharmaceutiques proposent **gratuitement des produits** pendant des périodes d'évaluation ce qui perturbe le comptage du numérateur ;

# Indicateur SHA Missions



 **Le groupe de travail s'attachera à :**

 **Proposer des bornes permettant de classer les établissements en catégories :**

 **contexte d'un objectif quantifié national défini,**

 **pas de donnée nationales mais test possible sur les bases du CCLIN Ouest :**

 **2003 : 125 établissements,**


 **2004 : 152 établissements.**

# Indicateur SHA Classement



## **Choix de la méthode de classement à l'aide de simulation sur les bases CCLIN O 2003 et 2004 :**

### **3 méthodes testées :**

 la méthode ICALIN, basée sur les **percentiles de distribution (5 classes)**,

 la méthode du « key target » du NHS **basée sur des avis d'experts avec** deux bornes et **avec 3 classes :**

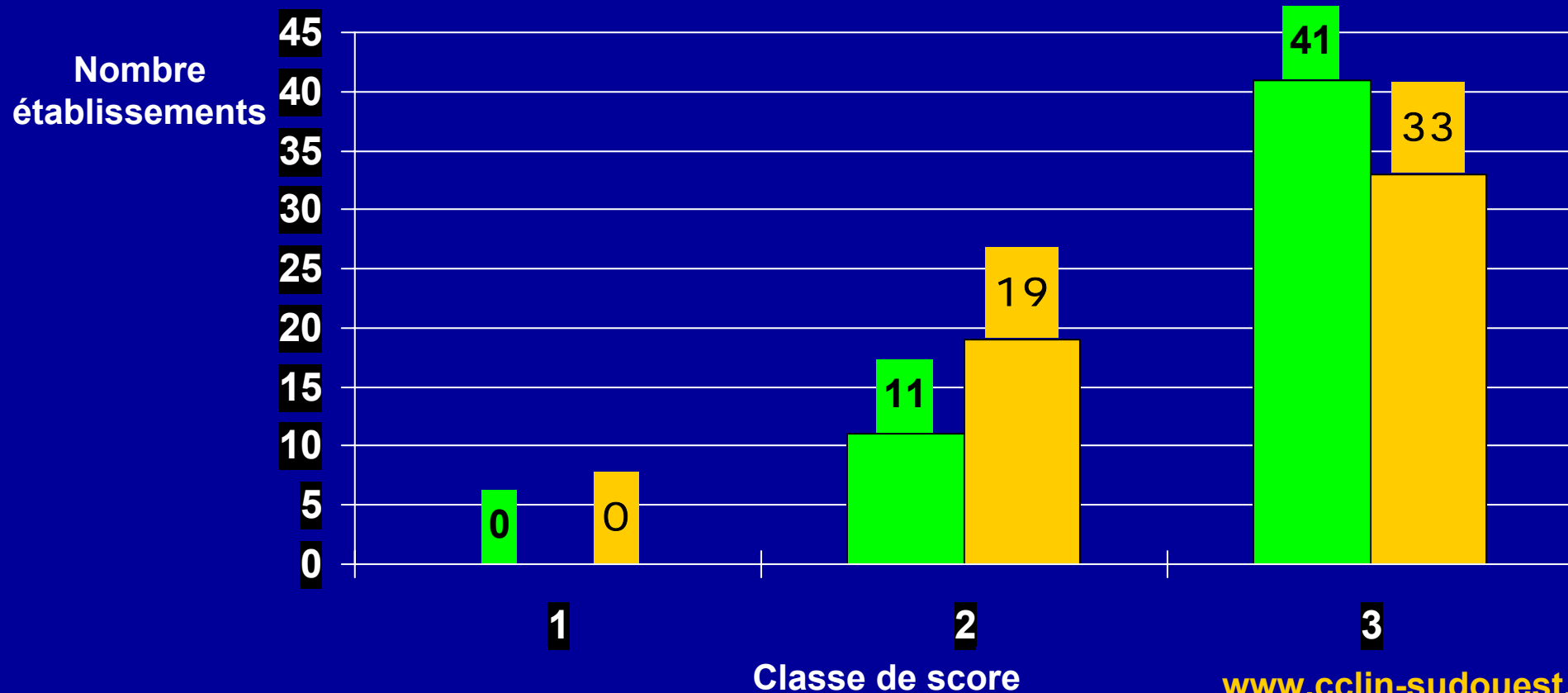
 première variante : bornes à 20 et 5 litres,

 deuxième variante : bornes à 20 et 3 litres.

# Indicateur SHA Classement



Classement des CH (base CCLIN Ouest 2004 - N = 52)  
Méthode « key target » (bornes 20 et 5 litres et bornes 20 et 3 litres)



# Indicateur SHA Classement



## **Choix du groupe :**

- ✉ **un consensus sur l'utilisation de l'objectif national quantifié de 20 litres pour 1 000 jh :**
  - 📁 défini sur la base d'un avis des experts ayant participé à l'élaboration du programme national 2005-2008,
  - 📁 **objectif paraissant atteignable** même si les données actuelles sont « défavorables »,
- ✉ **un souhait de retenir une présentation en 5 classes** plutôt que 3 :
  - 📁 pour **permettre de visualiser les progressions** et avoir un effet pédagogique incitatif.




# Indicateur SHA Classement



## **Choix du groupe :**

 **définition de la borne inférieure** pour la classe la plus faible :

 **choix unanime de 5 litres :**


-  nombre élevé d'établissements attendus dans la strate la plus défavorable,
-  pas de nécessité d'accompagnement au cas par cas comme pour l'ICALIN,
-  pour la communication possibilité de parler de “ plus d'une friction par patient et par jour ”.

# Programme national TB-SHA



## **Méthode retenue :**

 **5 classes selon les objectifs** de consommation :

 **A –  $\geq 20$  litres pour 1 000 journées  
d'hospitalisation,**

 **B – entre 15 et 20 litres,**

 **C – entre 10 et 15,**

 **D – entre 5 et 10,**

 **E –  $<$  à 5 litres.**

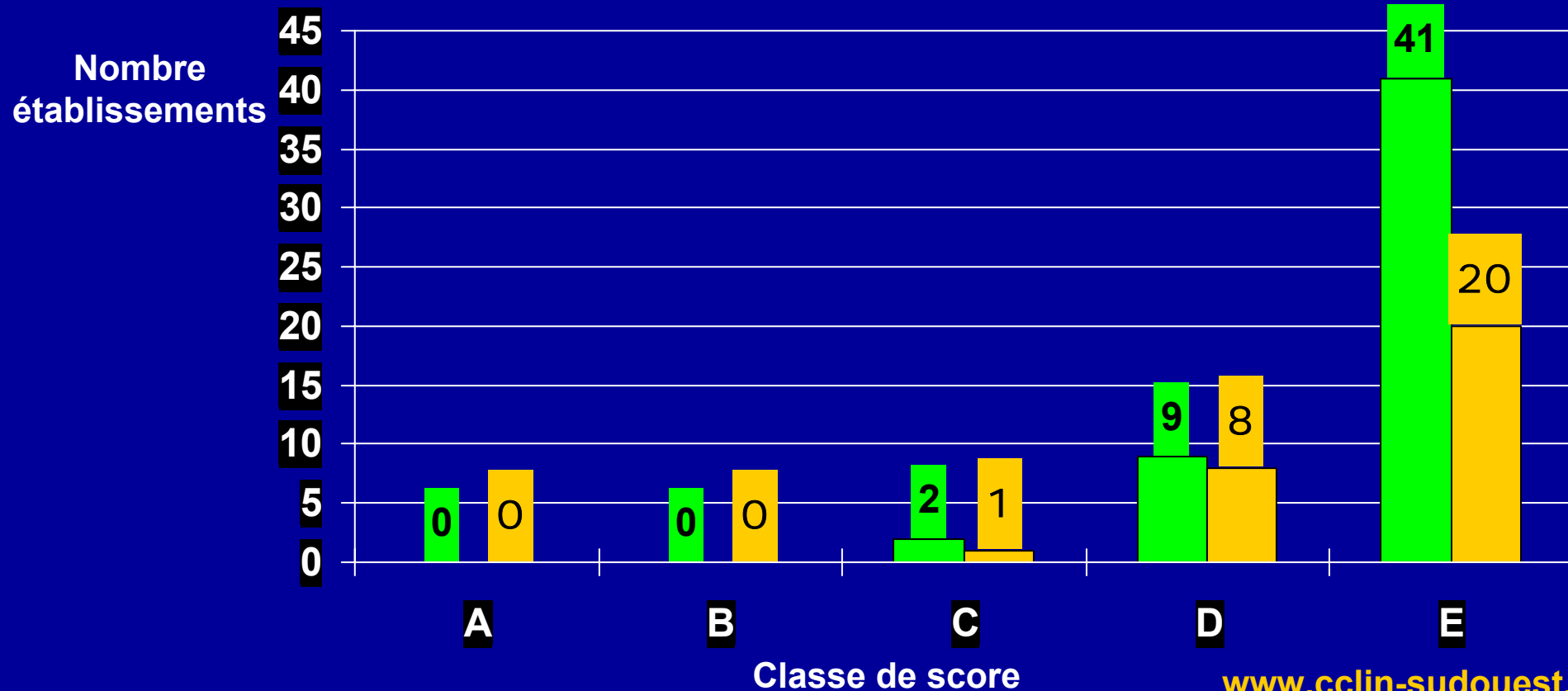
**20 litres = 6 à 7 frictions  
par patient et par jour,**

**5 litres = plus d'une  
friction par patient et par  
jour.**

# Programme national TB-SHA



Classement des **CH** (N = 52) et **MCO** (N = 29) (CCLIN Ouest 2004)  
Méthode « key target » modifiée (bornes 20, 15, 10 et 5 litres)



# Programme national TB-SARM




- 📄 **Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :**
  - ✉ **Une meilleure observance des recommandations princeps (en particulier l'hygiène des mains) :**

- 📁 **75% au moins** des établissements de santé réalisent des **audits de bonnes pratiques**.
- 📁 entre 2005 et 2008, **le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a baissé de 25% dans au moins 75% des établissements** (3eme indicateur figurant dans le tableau de bord).

# Indicateur SARM


## Genèse - Groupe InVS 2003-2004



 **Indicateur n°4 : « *Surveillance du taux de SARM pour l'établissement entier, à partir de prélèvements à visée clinique (après dédoublonnage), rapporté à 1000 jours d'hospitalisation* » :**

 **consensus total des experts.**

 **Mais pas de consensus sur :**

 **l'utilisation du taux de SARM lui-même comme indicateur,**

 **la surveillance d'autres bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.**

# Indicateur SARM

## Genèse - Groupe DHOS 2004



### Composition du groupe de travail :

 pilotage InVS : 9 experts dont 6 encore présents dans le groupe CTINILS,

### Objectif :

 **définir un indicateur de fréquence** des SARM dans les établissements de santé.






# Indicateur SARM

## Méthodologie d'élaboration



### **Numérateur :**

 **nombre annuel de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) isolés dans l'établissement pour l'année (N-1) :**


-  issus de **prélèvements à visée diagnostique** seulement,
-  excluant les prélèvements à visée écologique et environnementaux,
-  chez les malades en **hospitalisation complète ou de semaine**,
-  en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), SSR, SLD, psychiatrie,
-  définition CA-SFM du SARM.

# Indicateur SARM

## Méthodologie d'élaboration



### **Numérateur :**

 **excluant les doublons** = « toute souche de SARM isolée chez un patient pour lequel une souche de SARM a déjà été prise en compte dans l'année, quel que soit l'antibiotype et le site de prélèvement » ≠ ONERBA, ≠ BMR-RAISIN.

### **Dénominateur :**

 **Nombre annuel de journées d'hospitalisations (journées-patient) pour l'année (N-1) :**

 **source = administration de l'hôpital (pas le PMSI).**

# Indicateur SARM Méthodologie d'élaboration



1 <sup>er</sup> février	Réunion 1 du groupe CTINILS
25 mai	Réunion 2 du groupe CTINILS
5 juillet	Avis RAISIN
8 juillet	Diffusion document 1 BMR RAISIN
5 septembre	Réunion 3 du groupe CTINILS
8 septembre	CTINILS I
22 septembre	Enquête par questionnaire
10 octobre	Diffusion résultats questionnaire
12 octobre	Réunion 4 du groupe CTINILS
9 novembre	Diffusion document 2 BMR RAISIN
14 novembre	Réunion 5 du groupe CTINILS
21 novembre	Diffusion étapes de la démarche
29 novembre	CTINILS II



# Indicateur SARM Numérateur



- 📄 **La problématique des souches importées et acquises**
  - ✉ **un concept jugé important par les experts :**
    - 📁 crainte de pénaliser les services accueillant des patients infectés,
    - 📁 pas de crainte de refus de patients induit par l’affichage de l’indicateur,
  - ✉ **un seul moyen pour les différencier :**
    - 📁 faire un dépistage systématique du portage,
    - 📁 problème de coût, de pertinence,
    - 📁 risque d’induire une « discrimination » selon les moyens économiques des structures.

# Indicateur SARM Numérateur



## **La problématique des souches importées et acquises**

### **une possibilité d'approche :**

 la prise en compte d'un délai supérieur à 48 heures entre entrée et prélèvement,

 la nécessité de sélection de certaines souches de SARM peut-il constituer un aléa de mesure de l'indicateur ?

### **un concept ambiguë :**

 mélange l'origine de la souche (endogène ou non) et le lieux d'acquisition de l'infection,

 jugement impossible via la laboratoire sur la notion d'infection en dehors des bactériémies.

# Indicateur SARM Numérateur




- ☰ **La problématique des souches importées et acquises**
- ✉ **des données épidémiologiques peu parlantes :**
  - 📁 variabilité importante du pourcentage importé (nombre de souches faible dans les données RAISIN),
  - 📁 corrélation entre cas importés et cas acquis,
  - 📁 l'amalgame a-t-il un caractère pénalisant pour les structures ?
- ✉ **nécessité de connaître l'ensemble du phénomène :**
  - 📁 utilisation régionale et nationale de l'indicateur,

# Indicateur SARM Numérateur




## **La problématique des souches importées et acquises**

### **choix du groupe :**

 **maintien d'un indicateur englobant les souches acquises et importées (avis unanime de tous les présents aux réunions des 14 octobre et 12 novembre),**

### **argumentaire :**




 **la faisabilité d'un indicateur généralisé à tous les établissements (doit rester simple : tous les laboratoires n'ont pas accès à la date d'hospitalisation qui permettrait d'appliquer une règle des 48h) ;**

# Indicateur SARM Numérateur



## **La problématique des souches importées et acquises**

### **argumentaire :**

-  l'absence de dépistage systématique des patients à l'admission (seule méthode fiable pour faire cette distinction) ;
-  le fait que ne pas compter une infection (ISO par ex) à SARM sous prétexte que le patient est porteur (et seulement porteur) à l'admission n'est pas défendable,
-  la stratification par catégorie d'établissement atténue l'impact (cas des structures SSR).

# Indicateur SARM Dénominateur



## Quels indicateurs possibles

### Pourcentage dans l'espèce :

 indicateur européen;

 recueil plus lourd mais lié au seul laboratoire,

### Taux d'attaque :

 plus parlant pour l'utilisateur,

 difficultés possibles de recueil des admissions directes,

### Taux d'incidence :

 prévu dans le cahier des charges initial,

 cohérent avec les autres indicateurs (PHA, ATB),


[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Indicateur SARM Dénominateur



## **Quels indicateurs possibles**

### **Proposition du groupe :**

 **taux d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation (hospitalisation complète ou de semaine),**

# Indicateur SARM Classement




## **Quelles stratégies possibles**

### **Distribution relative :**

 **méthode de l'écart inter-quartile :**

 **trop sélective (2% maximum d'outliers),**

 **méthode des percentiles :**

 **proposition de 3 classes jugée inadaptée  
par le CTINILS,**





 **méthode des 5 classes (type ICALIN) ayant  
la faveur du RAISIN et des experts,**

# Indicateur SARM Classement



## **Quelles stratégies possibles**

### **Tendance individuelle :**

-  jugée importante par les experts,
-  nécessité d'être automatisable (choix d'un pourcentage de variation),
-  difficultés liées à la fluctuation annuelle importante des taux,
-  outliers RAISIN tous en baisse entre 2003 et 2004,

### **Stratégie mixte :**





-  peu satisfaisant et méthodologiquement critiquable.

# Indicateur SARM Classement



## **Quelles stratégies possibles**

### **Proposition du groupe :**





-  **méthode des percentiles à 5 classes,**
-  **stratification selon les 13 types d'établissements de l'ICALIN,**
-  **calcul des valeurs des bornes des classes par strate à partir de la première année de recueil,**
-  **valeurs conservées ensuite pour apprécier les tendances évolutives.**

# Indicateur SARM Affichage



## **Quelle stratégie possible**

### **Proposition du groupe :**

-  **recueil en 2006 des données 2005,**
-  **calcul des bornes sur les données 2005,**
-  **affichage public sur la base des résultats  
2006 en 2007,**
-  **affichage conjoint de la classe et du taux.**

# Programme national TB-ISO



- 📄 **Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :**
  - ✉ **Généraliser la surveillance des infections du site opératoire :**

- 📁 **Tous les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé un suivi d'un acte " traceur " par principale discipline.**  
L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord en 2008 (4eme indicateur figurant dans le tableau de bord).

# Surveillance ISO Cadre réglementaire



## Résolution du CTIN sur la surveillance des infections nosocomiales du 2 juillet 2003

" Dans le cadre du projet national de surveillance des infections nosocomiales mis en place par le RAISIN, la surveillance des ISO est de nature à produire des indicateurs de choix pour mesurer le risque infectieux en chirurgie, dans le cadre de la démarche qualité mise en œuvre par l'établissement de santé. »

# Surveillance ISO Objectifs



## Tableau de bord des infections nosocomiales :

**Je veux que tous les hôpitaux  
mettent en œuvre de façon réglementaire  
la surveillance des infections du site opératoire,  
et qu'ils soient en mesure de produire  
les taux de certaines infections post opératoires cibles,  
si possible une par secteur d'activité chirurgicale.**



Paris, 20 janvier 2004

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

# Surveillance ISO Cadre réglementaire



## Résolution du CTIN du 2 juillet 2003

«

« Cette action s'inscrit dans la politique institutionnelle d'amélioration continue de la **qualité et de transparence** qui intègre la démarche d'accréditation. Sa mise en œuvre est prise en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. »

# Surveillance ISO Objectifs



# Surveillance ISO

## Données nationales RAISIN 2003



... pour les patients « à très faible risque » : 0,62 %  
[0,55 – 0,70]

« On peut donc estimer  
qu'environ 1 patient sur 150 développera  
une infection post-opératoire alors  
qu'il n'avait aucune raison  
à priori d'en développer une »\*

# Surveillance ISO Avenir



- 📄 **Tableau de bord des infections nosocomiales :**
  - ✉ **taux d'attaque pour 100 actes,**
  - ✉ **pas de stratification selon le NNIS,**
  - ✉ **expression du taux d'ISO en classes de performance à définir,**
  - ✉ **incidence des ISO pour des actes « traceurs » :**
    - 📄 **15 catégories d'intervention retenues.**

# Surveillance ISO Avenir



## Exemples d'actes ciblés :

- ✉ la **cholécystectomie programmée**, quelque soit la voie d'abord, pour cholécystite chronique ou lithiase vésiculaire, sans geste sur la voie biliaire principale,
- ✉ la **cure de hernie inguinale ou crurale**, uni ou bilatérale avec ou sans prothèse, à l'exception des cures de hernie étranglée,
- ✉ la **prothèse totale de hanche** de 1<sup>ère</sup> intention pour coxarthrose,
- ✉ la **prothèse totale de genou** - hors reprise –,
- ✉ la **chirurgie de hernie discale** à l'étage lombaire par abord postérieur sans laminectomie, sans ostéosynthèse et sans arthrolyse,

# Surveillance ISO

## Données nationales RAISIN 2001-2002



Principales disciplines	nb interventions (%)	taux d'ISO NNIS 0 2001-2002
orthopédie	46 956 (35,1%)	0,5
chirurgie digestive	25 145 (18,8%)	1,3
gynécologie-obstétrique	15 882 (11,9%)	1,3
chirurgie vasculaire	8 652 (6,5%)	0,5
ORL - stomatologie	7 867 (5,9%)	0,7
neurochirurgie	5 639 (4,2%)	0,7
urologie	6 858 (5,1%)	2,3
<b>Globalement</b>	<b>133 653 (100%)</b>	<b>0,8</b>

# Surveillance ISO Commentaires



## Le tableau de bord :

- ✉ un affichage de taux par discipline envisagé,
- ✉ des classes de résultats à définir,
- ✉ une consultation des sociétés de chirurgie en cours :
  - ✉ taux de réponses élevé,
  - ✉ contributions très positives.

# Surveillance ISO Commentaire



## Le tableau de bord :

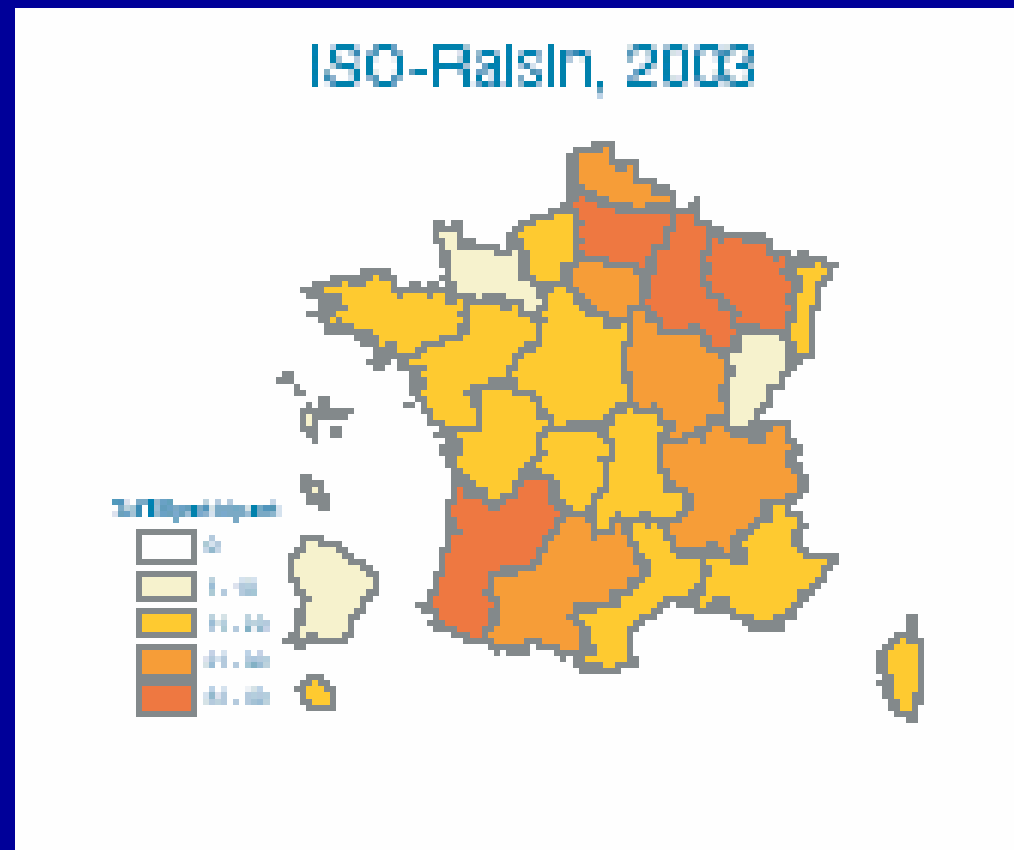
- ✉ **une approche culturellement très nouvelle :**
  - ✉ les surveillances obligatoires des autres pays ne donnent pas lieu à un affichage public individuel,
- ✉ **une mise en place en 2007 pour un affichage en 2008 ?**
- ✉ **un indicateur de moyen possible dans l'intervalle (dès 2006) ?**

# Surveillance ISO Commentaires



## Couverture des réseaux Raisin selon la région, 2003 (E Poirié - Bègues et col - Poster journées InVS 2005)

Couverture nationale  
ISO RAISIN 2003  
20,5% (270 / 1 301)



# Programme national Actions



- 📄 **Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :**
  - ✉ **Renforcer le signalement des infections nosocomiales groupées ou particulièrement sévères :**
    - 📁 **100% des établissements de santé ont organisé le signalement** (procédure de signalement affichée, professionnel chargé du signalement nommé selon le R 711-1-14 CSP) **d'ici 2006**. Les contrôles par les DDASS seront renforcés.

# Programme national TB-ATB (VAC)



- 📄 **Objectifs quantifiés à atteindre en 2008 :**
  - ✉ **Promouvoir le bon usage des antibiotiques et lutter contre la résistance bactérienne :**
    - 📁 **100%** des établissements de santé ont une **commission des anti-infectieux**.
    - 📁 **100 %** des hôpitaux ont des **protocoles de bon usage** des antibiotiques et disposent d'un **suivi de la consommation** des antibiotiques (**5eme indicateur figurant dans le tableau de bord**).
    - 📁 accord cadre national pour envisager une **politique d'intéressement** permettant de financer du temps de praticien en antibiothérapie. [www.lin-sudouest.com](http://www.lin-sudouest.com)

# Indicateur VAC Question



## **Une problématique spécifique**

### **Interface de différents groupes et projets nationaux :**

 **Comité de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques,**

 **“ Guide pour le suivi de l'usage des antibiotiques en ville et à l'hôpital ”**

 **Contrats de bon usage,**

 **Tableau de bord des IN.**


# Indicateur VAC Question



## **Une problématique spécifique**

 **Quel place et signification pour cet indicateur :**

 **Lien entre consommation et bon usage pas absolu,**

 **nécessité d'encourager la maîtrise de la consommation qui passe par une mesure effective,**


 **nécessité d'une cohérence entre toutes les démarches.**

# Indicateur VAC Avancement



## **Une problématique spécifique**

### **Consensus sur la méthode :**

-  **indicateur global en journées de traitement antibiotique pour 1 000 journées d'hospitalisation,**
-  **nécessité d'une saisie au niveau ATC 5 où sont définies les DDJ,**
-  **stratification par service souhaitable pour une exploitation locale.**

# Indicateur VAC Avancement



## Une problématique spécifique

### Calendrier possible :

 publication du guide national en 2006 et mise à disposition d'un outil national de recueil,


 indicateur du tableau de bord recueilli à partir de 2007 pour la consommation 2006,

 quel usage dans le cadre du tableau de bord  
?

# Indicateur VAC Avancement



## Une problématique spécifique

 **Peut-on proposer un système de classes de performance :**

 **nécessite d'aborder le concept de « pression, de sélection »,**

 **quelle stratification utiliser :**

 **faut-il tenir compte de la proportion de lits de réanimation ?**

 **quelle lisibilité et quels intérêt pour l'utilisateur ?**

# Indicateur LIN Épilogue



A

« Formidable ce nouvel  
indicateur, non ? »



D

« Bof, pas mal de limites  
méthodologiques  
tout de même »