



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Evolution des indicateurs de qualité et de sécurité des soins du thème IAS



Le 28 septembre 2018

Dr Meriem BEJAOUI chef de projet IAS, EvOQSS



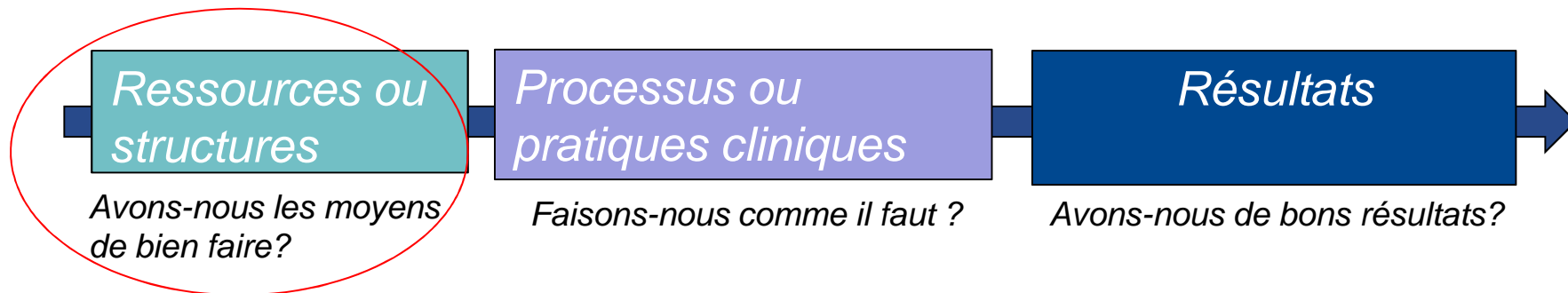


01

**Indicateurs de type « Organisation,
moyens, action » : le bilan**

Indicateurs OMA : le bilan (1)

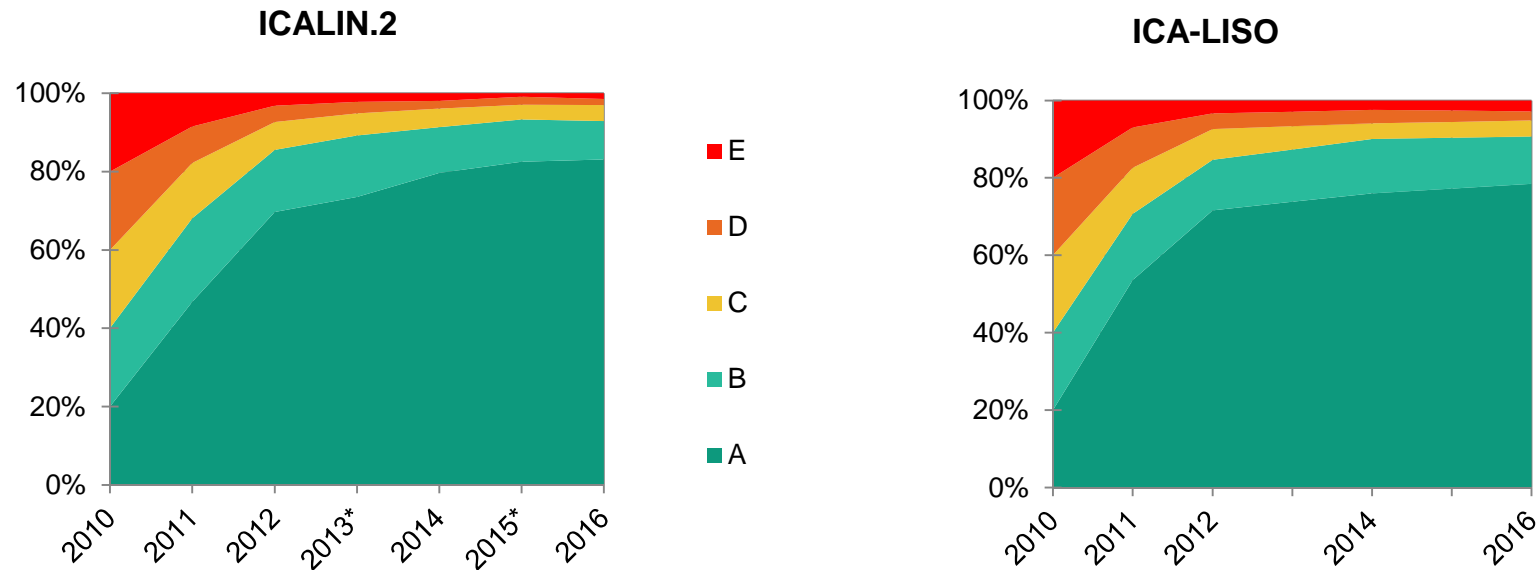
- Une longue histoire : diffusés depuis plus de 10 ans !
- Ont composés l'essentiel du tableau de bord des infections nosocomiales
- Ce sont des indicateurs de « ressources ou structure »



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

Indicateurs OMA : le bilan (2)

- En 2017 : atteinte d'un plateau pour ICALIN.2 et ICA-LISO :



NB : même tendance pour ICATB.2 dont le dernier recueil est en cours (2018)

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

Indicateurs OMA : évolution nécessaire

Avis des différents acteurs de la lutte contre les IAS : comité de suivi du Propias, groupe de travail experts : gestion dynamique des indicateurs (DGOS) et « infections associées aux soins » (HAS) :

- **Simplifier les indicateurs**
- **Moderniser, actualiser**
- **Harmoniser les critères (Propias /CIS antibiorésistance)**

Orientation du collège de la HAS → des indicateurs évaluant les pratiques cliniques et mesurant le résultat



Décision avec le groupe IAS de ne plus recueillir les OMA dès 2019 et d'amorcer une refonte totale de la thématique IAS des IQSS en 2018

Contexte politique → la stratégie de transformation du système de santé (STSS)

Lancement STSS → Edouard Philippe et Agnès Buzyn, février 2018 et validation du plan « Ma santé 2022 » par E. Macron le 18 sept

<https://consultation-stss.fr/>



Chantier 1 : qualité et pertinence des soins



Chantier 2 : modes de financement et de régulation



Chantier 3 : numérique



Chantier 4.1 : formation



Chantier 4.2 : transformation des métiers



Chantier 5 : organisation territoriale

- Une orientation forte pour l'organisation de la qualité en fonction des parcours → indicateurs de parcours
- « La qualité pour le patient doit être la boussole de nos organisations » → indicateurs doivent prendre en compte le point de vue du patient
- Les indicateurs de résultats (y compris ceux rapportés par le patient) sont à prioriser



02

Refonte des IQSS IAS

Méthodologie adoptée

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



Extraction des critères des OMA restants à améliorer



Harmonisation avec les objectifs du Propias et ajouts de critères Propias



Critères de « ressources et structures » obtenus → deviennent le « Bilan IAS », questionnaire à renseigner dès 2019 par tous les ES pour répondre à l'obligation réglementaire du CSP



Critères « processus » exploitables sont proposés aux groupes d'experts en tant que pistes d'IQSS

IQSS : Méthodologie de développement HAS

Un IQSS est validé sur tous les points suivants:

- Pertinence clinique (faire sens pour les cliniciens)
- Ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité)

Groupe de travail des experts

- Faisabilité (compréhension de l'IQSS par les acteurs de terrain)
- Reproductibilité/fiabilité
- Pertinence pour l'amélioration de la qualité (marges d'amélioration et caractère discriminant)
- Bonne qualité métrologique (reflet de ce que l'on mesure)
- Comparaison inter-offreurs de soins

Expérimentation
Phase de test avec des offreurs de soins (hôpitaux, groupements EDS...)

Propositions soumises au groupe IAS et retenues

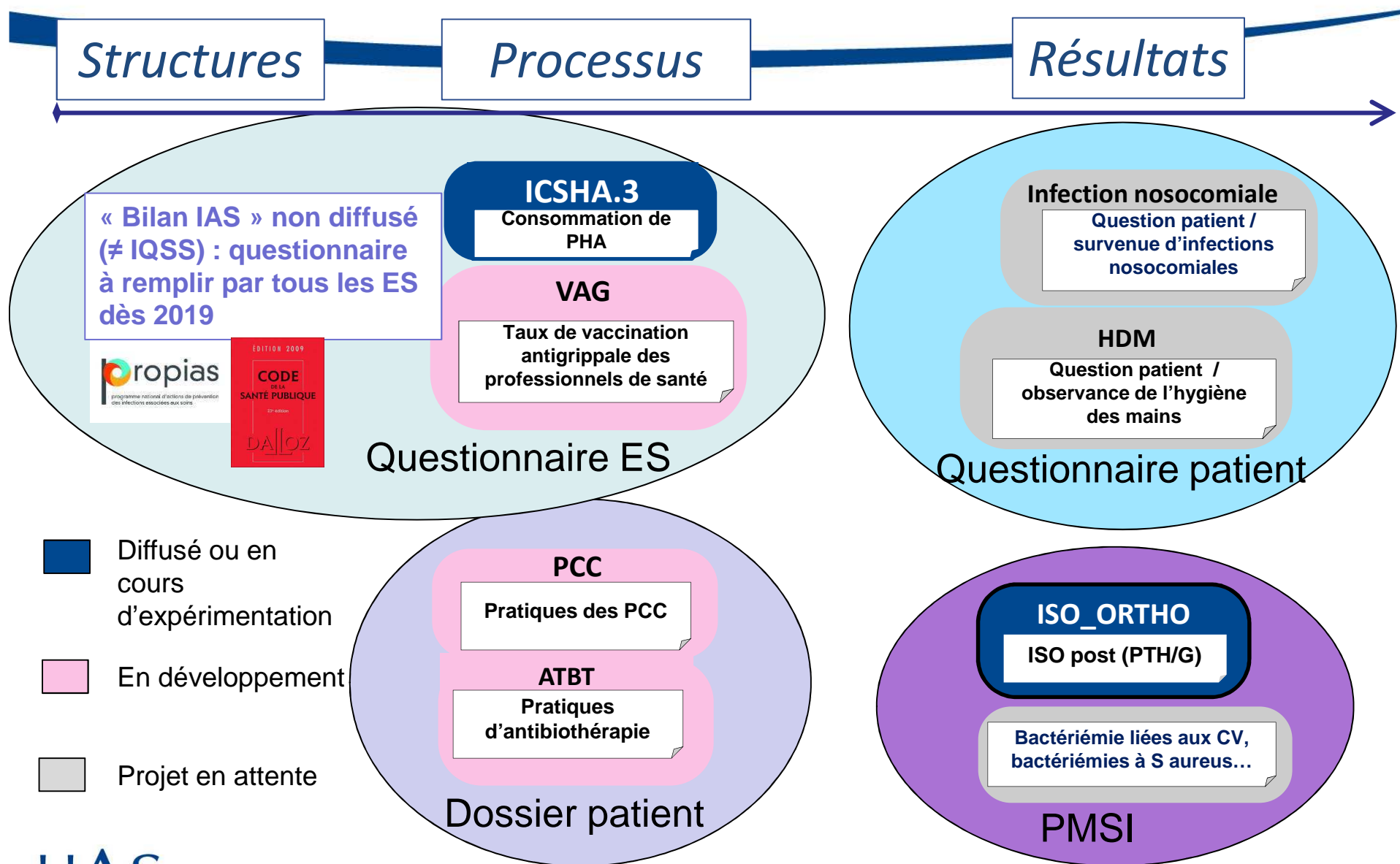
Thème	Proposition	Décision du groupe
PC	<p>Taux de conformité PCC</p> $\frac{\text{Nombre de patients avec PCC conformes}}{\text{Nombre de patients avec indications de PCC}}$	<p>✓ Retenu</p> <p>Développement de la méthode en cours (audit dossier patient)</p>
	<p>Taux de conformité PC air (BK)</p> $\frac{\text{Nombre de patients avec PC air BK conformes}}{\text{Nombre de patients avec indications de PC air BK}}$	<p>X Non retenu , à la place proposition : ✓ Taux de vaccination antigrippal des professionnels de santé</p>
BHRe	<p>Taux de conformité des PCC BHRe</p> $\frac{\text{Nombre de patients avec PCC BHRe conformes}}{\text{Nombre de patients avec indications de PCC BHRe}}$	<p>X Non retenu : problème de fiabilité du dénominateur</p>
	<p>Taux de dépistage des patients</p> $\frac{\text{Nombre de patients à risque BHRe dépistés}}{\text{Nombre de patients à risque BHRe}}$	<p>X Non retenu : problème de fiabilité du dénominateur</p>
ISO	<p>Taux de RMM pour les ISO graves</p> $\frac{\text{Nombre RMM réalisées pour ISO graves}}{\text{Nombre ISO graves}}$	<p>✓ Retenu mais doutes sur la faisabilité du numérateur et sur la fiabilité du dénominateur : → Au final abandonné</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modification du dénominateur : analyse systémique • Fiabilisation du numérateur en cours (ISO ORTHO)



Propositions retenues par le groupe antibiothérapie et faisabilité méthodologique

Indicateurs retenus	ciblés sur la durée de traitement		ciblé sur une molécule critique	ciblé sur une infection
<i>Définition</i>	Taux de prescription ATB de durée ≤ 7 j	Taux de prescription ATB de durée > 7 j justifiée	Taux de prescription molécule critique de durée ≤ 7 j (ou 5 j)	Taux de patients avec prescription d'ATB ≤ 7 j (ou 5 j) pour infections respiratoires basses ou urinaires de la femme
<i>Source de données hospitalières et limites</i>	Sélection des dossiers par requête du logiciel de DPI → Non exploitable : DPI dans seulement 30% des ES		Sélection des dossiers par requête du logiciel PUI → Non exploitable car logiciels hétérogènes	Sélection des dossiers par requête du PMSI → Exploitable
<i>Autre source de données</i>	Exploitation du SNDS pour le développement de ces indicateurs destinés au secteur ville → méthode d'exploitation du SNDS en cours de développement par la HAS.			
<i>Décision</i>	✓ Report du développement d'indicateurs destinés au secteur ville : Taux d'antibiothérapie de durée ≤ 7 jours ou > 7 jours justifiée et taux d'antibiothérapie par molécule critique ≤ 7 jours			✓ Développement de l'indicateur à partir du PMSI MCO puis SSR et HAD

A quoi pourrait ressembler le thème IAS en 2019 ?





02

Indicateurs de processus

Taux de patient avec durée antibiothérapie ≤ 7 jours pour infection respiratoire basse ATBIR

- Objectif : diminuer la durée de prescription antibiotiques pour des infections communes
- 1er indicateur de pertinence sur la durée de l'antibiothérapie
- Audit de dossiers patients sélectionnés par tirage au sort à partir des données du PMSI **MCO** : séjour > 24 h en MCO avec DP infections respiratoire basse

Nbre de patients ayant une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie de durée ≤ 7 jours a été prescrite au cours de leur séjour

Nbre de patients ayant une infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie a été prescrite au cours de leur séjour

- 1ère phase expérimentale sur une vingtaines d'ES volontaires (test la faisabilité et l'acceptabilité) prévue pour mi novembre 2018

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

- 1ère phase expérimentale sur une vingtaine d'ES volontaire (test la faisabilité et l'acceptabilité) prévue pour mi novembre 2018

Taux de vaccination antigrippale des professionnels de santé

- 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 vaccinés contre la grippe parmi l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein de l'établissement de santé à un temps t.

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 :
- 1ère phase expérimentale sur une vingtaine d'ES volontaire (test la faisabilité et l'acceptabilité) prévue juste après la fin de la campagne de vaccination antigrippale 2018/2019 (31 janvier 2019)



03

Indicateurs de résultats

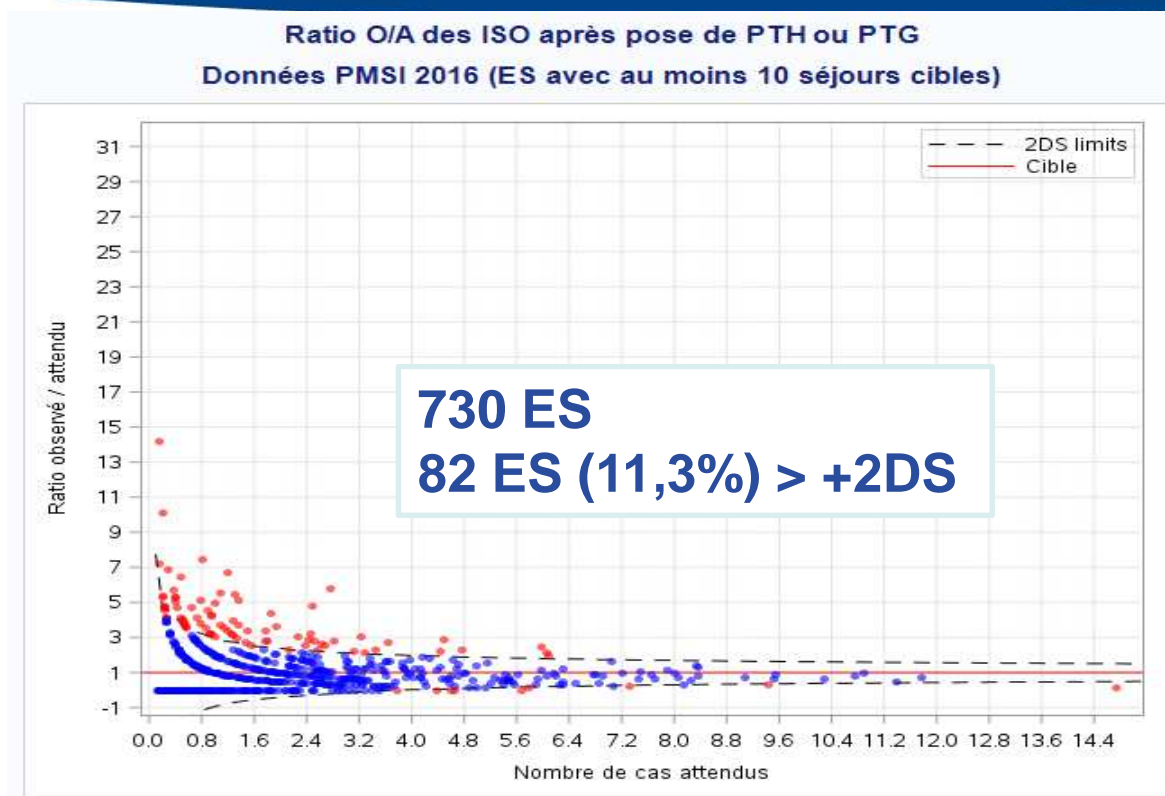
ISO-ORTHO

- Ratio standardisé du nombre d'ISO observé sur attendu 3 mois après pose de prothèse totale de hanche ou de genou
- 730 ES concernés en 2016
- Algorithme de détection des ISO validé* : VPP 87%, 7 combinaisons de codes d'infection et/ou actes

Niveau de preuve	DP (codes CIM-10)	DAS (codes CIM-10)	Acte CCAM (codes CCAM)
A	Sepsis/IOA	Code T précis d'infection sur matériel	-
	Sepsis/IOA	-	Procédure chirurgicale spécifique d'IPOA
	-	Code T précis d'infection sur matériel + Sepsis/IOA	-
	-	Code T précis d'infection sur matériel	Procédure chirurgicale spécifique d'IPOA
	-	Sepsis/IOA	Procédure chirurgicale spécifique d'IPOA
	Code T précis d'infection sur matériel	Sepsis/IOA	-
	Code T précis d'infection sur matériel	-	Procédure chirurgicale spécifique d'IPOA

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

ISO-ORTHO : funnel plot



Les causes menant à un résultat situé « en dehors des limites à + 2 DS » sont à investiguer par chaque ES concerné par retour au dossier

Documents pour accompagner la restitution de l'indicateur à 3 mois : brochure d'information; fiche descriptive; guide de lecture du funnel plot ; +/- rappel des consignes de codage des ISO

Informations complémentaires à partir du PMSI par localisation de la prothèse: Taux brut d'ISO dans l'ES, taux national d'ISO, volume de séjours cibles dans l'ES

Autre piste : le point de vue du patient

« patient related incident measures » PRIMS

➤ Enjeux : L'évaluation de l'expérience patient

- résultats avec un haut potentiel discriminant
- des indicateurs de résultats sur les pratiques d'hygiène des mains (perçues par le patient) et sur les infections nosocomiales (relevées par le patient)
- replace le patient au cœur de la démarche d'amélioration de la prévention des IAS

➤ Contexte international :

- PROMS, PREMS promus par l'OCDE « Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS)
- Adopté par l'OMS (WHO Guidelines, on Hand Hygiene in Health Care, 2009)

Les PRIMS IAS déjà testés en Norvège

Inclusion de questions « PRIMS » au sein du questionnaire national / expérience patient , en tout 13 questions dont une sur l'HDM et une sur IN :

- Did you experience insufficient hand hygiene « hand washing » among the staff? 5 niveaux de réponses : « not at all » à « to a very large extend »
 - Did you get an infection in connection with your hospital stay? Yes, No.
- **Corrélation significative à l'échelle de l'établissement entre les taux d'ELG estimés par l'enquête Global Trigger Tool dans l'ES et ceux renseignés par le patient**

«The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument : assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability », Bjertnaes et al, 2013



04

**Changements pour la campagne
2019 et calendrier expérimentation**

Campagnes 2019

- Le recueil ne se fera plus sur la plateforme BILANLIN mais sur QUALHAS → un mail d'information adressé aux directions et aux EOH vous sera prochainement transmis
- Le seul indicateurs de qualité et de sécurité qui sera recueilli en 2019 est ICSHA.3
- Le questionnaire réglementaire sera également recueilli pendant la campagne (attention ce n'est pas un IQSS mais le recueil est obligatoire pour tous les ES)
- La période de campagne n'est pas encore fixée

Calendrier prévisionnel des expérimentations IAS

