

DGOS

**JOURNÉE RÉGIONALE DE FORMATION
EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**

Lorient – Mercredi 27 mars 2013

Direction générale
de l'offre de soins

**TABLEAU DE BORD
DES INFECTIONS
NOSOCOMIALES**

Actualités & perspectives

Dr Grégory EMERY
Bureau Qualité et sécurité des soins
(PF2/SDPF/DGOS)



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Plan

Contexte

Faits marquants de la campagne 2012

Enjeux de la campagne 2013

Perspectives

Politique de généralisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins: *un contexte exigeant*

Un triple objectifs

- ▶ Outils de **pilotage de la qualité** par les établissements et les professionnels de santé
- ▶ Outils de **reporting** aux échelons régionaux et nationaux
- ▶ Outils de **transparence** à destination des usagers

Un dispositif constitué de 16 indicateurs généralisés

- ▶ **7 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales**, coordonnés par la DGOS, qui présentent l'organisation, les moyens et les actions mis en place dans un établissement pour la maîtrise du risque infectieux
- ▶ **9 indicateurs de qualité et sécurité de la prise en charge du patient**, coordonnés par la HAS, qui mesurent des éléments clés de la prise en charge des patients (tenu du dossier patient, dépistage des troubles nutritionnels, etc.)

Améliorer la qualité des soins & augmenter la transparence du système de santé

Objectif du Tableau de bord des IN

- ▶ Inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales IN (nouveaux moyens de pilotage).

Repères historiques

- 2003** ▶ Mise en place d'un groupe de travail ad hoc pour la construction d'indicateurs
- 2006** ▶ Diffusion publique du premier indicateur ICALIN 2004 (véritable AVANT-APRES pour plus de 2800 établissements)
- 2008** ▶ Le tableau de bord 2006 (ICATB, ICALIN, ICSHA et SURVISO) rend public le score agrégé
- 2011** ▶ Indicateur ICSHA passe en version 2



Réglementation: tableau de bord IN & diffusion publique

Article R. 6111-8 du Code de la santé publique (Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010)

- relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins

Décret no 2009-1763 du 30 décembre 2009

- dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public des résultats des indicateurs

Arrêté du 7 avril 2011 *modifié*

- relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe (questionnaire)

Arrêté du 5 mars 2013

- fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Instruction N°DGOS/PF2/2013/103
du 15 mars 2013

- relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012

Instruction annuelle DGOS/PF2

- relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Plan

Contexte

Faits marquants de la campagne 2012

Enjeux de la campagne 2013

Perspectives

Plusieurs nouveautés ont marqué l'évolution du tableau de bord des infections nosocomiales lors de la campagne de recueil 2012 (TdBIN 2011)

(1/2)

Objectif TdB v2
répondre aux objectifs de
moyens et de processus définis
dans le programme de
prévention des IN 2009-2013

- ▶ **Des indicateurs de 2^{ème} génération** plus exigeants sur les actions et les résultats, et aussi plus spécifiques sur les grands risques graves et évitables:
 - Indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales (1^{ère} année de diffusion publique pour **ICALIN.2**)
 - Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (2^{ème} année de diffusion publique pour **ICSHA.2**)
- ▶ **De nouveaux indicateurs:**
 - Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (1^{ère} année de diffusion publique pour **ICA-LISO**)
 - Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (1^{ère} année de diffusion publique pour **ICA-BMR**)

Plusieurs nouveautés marquent l'évolution du tableau de bord des infections nosocomiales 2011 ^(2/2)

► Évolution dans le calcul des classes

$$E < 20\% \leq D \leq 40\% \leq C \leq 60\% \leq B \leq 80\% \leq A$$

Objectif: permettre aux établissements une progression plus linéaire des nouveaux indicateurs. L'année 2010 est l'année de référence pour le calcul des limites de classe de performance

► Évolution du score agrégé qui tient compte:

- des nouveaux indicateurs,
- des priorités : accent mis sur la maîtrise de la diffusion des BMR (ICATB + ICA-BMR + ICSHA.2 = 50% du score),
- de l'importance de la maîtrise du risque d'infection en chirurgie (ICA-LISO compte pour 15% du score pour les établissements concernés).

7 indicateurs pour le TdBIN 2011

- ▶ 1 indicateur général sur la lutte contre les infections nosocomiales : ICALIN.2
- ▶ 1 indicateur spécifique pour l'hygiène des mains ICSHA.2
- ▶ 1 indicateur spécifique au risque infectieux opératoire ICA-LISO
- ▶ 3 indicateurs complémentaires pour mieux lutter contre les bactéries multi-résistantes: ICATB, ICA-BMR et indice SARM
- ▶ 1 agrégation des 5 indicateurs composites pour une vision globale: score agrégé activités 2011

ATTENTION
Les résultats d'un indicateur V2 ne sont pas comparables avec ceux de sa V1

Résultats tableau de bord IN 2011

Disponibles depuis le 26 novembre 2012



- ▶ **Données de chaque établissement** sur le site Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr/>
- ▶ **Données régionales** (accessible pour les CCLIN et les ARS) sur le site BILANLIN <http://bilanlin.ayih.sante.fr>
- ▶ **Données nationales** (rapport national 2011) sur le site du ministère chargé de la santé, dossier IAS <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats.html>

EXHAUSTIVITÉ TDBIN 2011 = 99,6%
 11 non répondants / 2801 établissements de santé concernés



Focus

TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Résultats activités 2011

Cette présentation affichant des résultats nationaux soumis à diffusion publique, son utilisation est soumise à la condition que ces dernières ne soient pas altérées, que leur sens ne soit pas dénaturé et que leur source et la date de mise à jour soient mentionnées.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

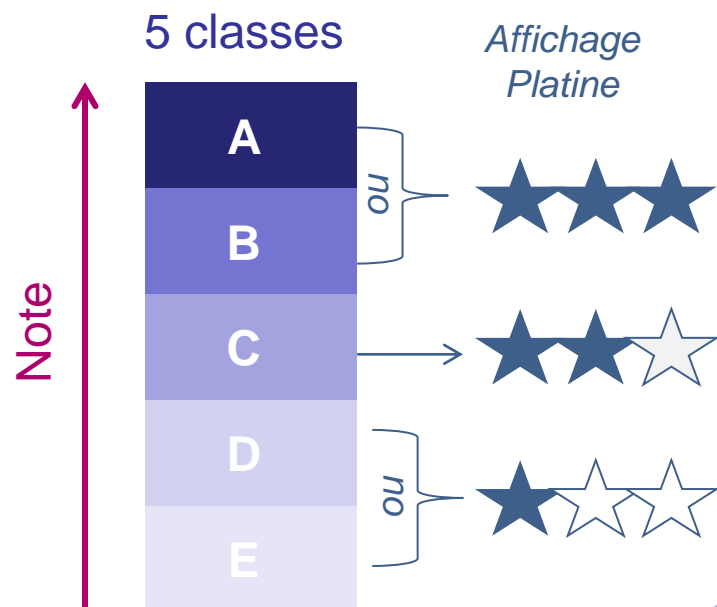
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Résultats des indicateurs

Les indicateurs sont calculés à partir du rapport annuel d'activités de lutte contre les IN rempli annuellement par tous les ES publics et privés

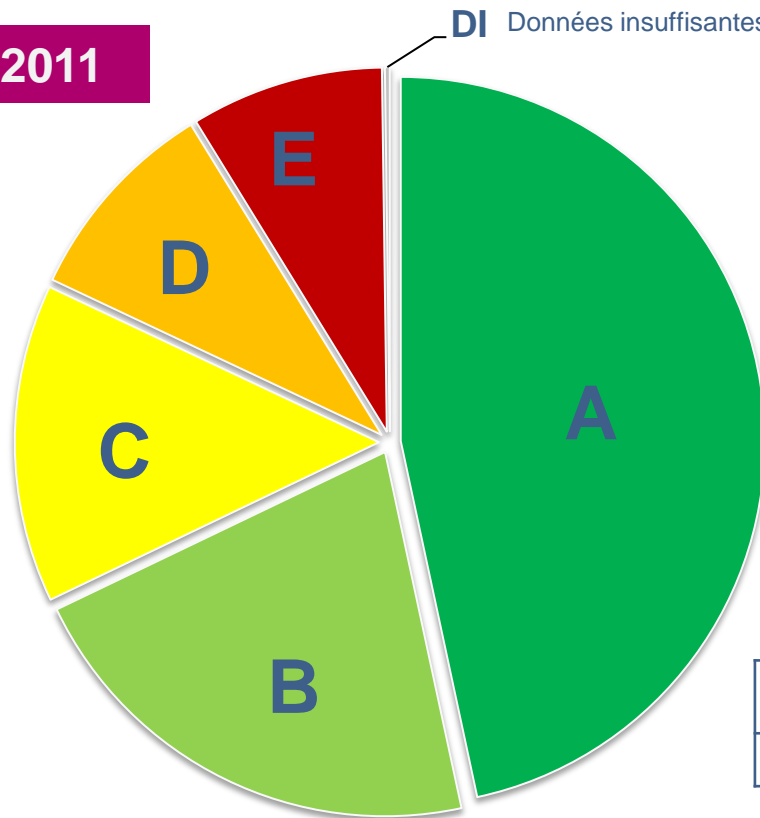
Chaque indicateur est présenté sous la forme d'un score associé à une classe de performance

- ▶ Les établissements situés en classe A ou B sont les établissements de santé les plus en avance. Les établissements situés en classe D ou E sont les établissements les plus en retard. Les établissements situés en classe F sont les établissements non répondants.
- ▶ Ces classes de performance dépendant de la catégorie d'établissement (CHU, CH>300 lits et places, cliniques MCO > 100 lits et places ...)



Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN.2)

2011



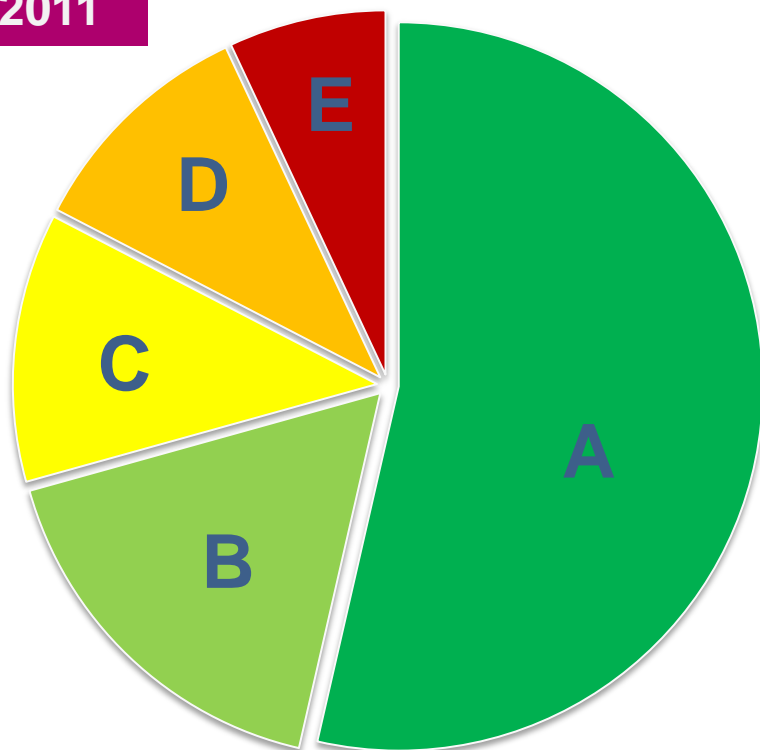
En 2011, **67,9%** des établissements sont en classe **A ou B**.

- Investissement constant des établissements dans la prévention des infections nosocomiales malgré des exigences plus fortes

	A	B	C	D	E	DI	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	1301	593	394	257	239	6	2790
Pourcentage	46,6%	21,3%	14,1%	9,2%	8,6%	0,2%	

Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)

2011



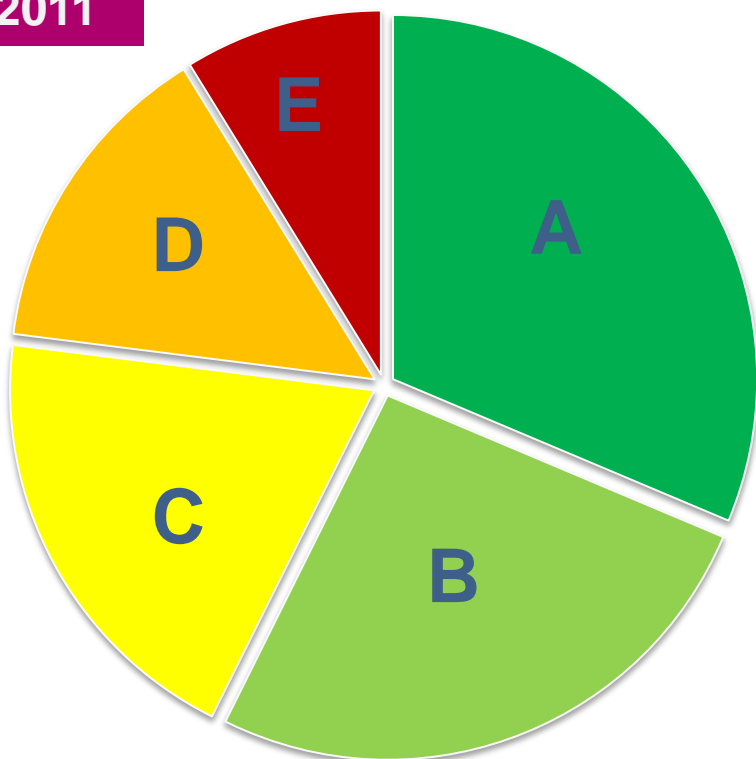
Dès la 1^{ère} année de diffusion publique , **70.7%** des établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique sont en classe **A ou B**

- Investissement important des ES dans la nécessité de s'organiser, de se donner les moyens et de mettre en œuvre des actions de prévention et d'évaluation du risque infectieux en chirurgie.

	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	530	169	118	103	69	989
Pourcentage	53,6%	17,1%	11,9%	10,4%	7,0%	

Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR)

2011

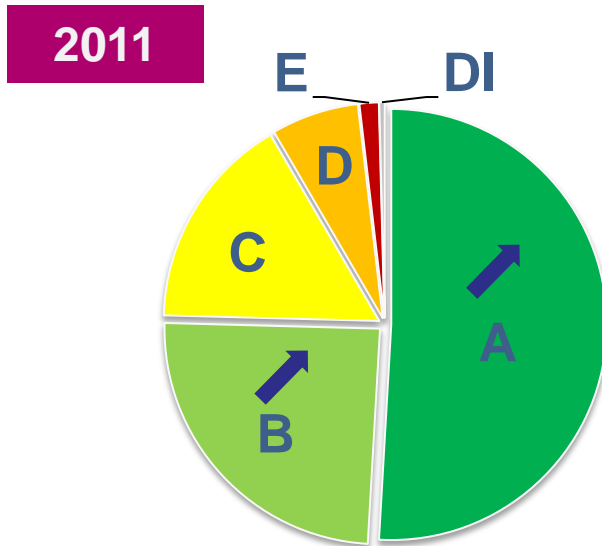
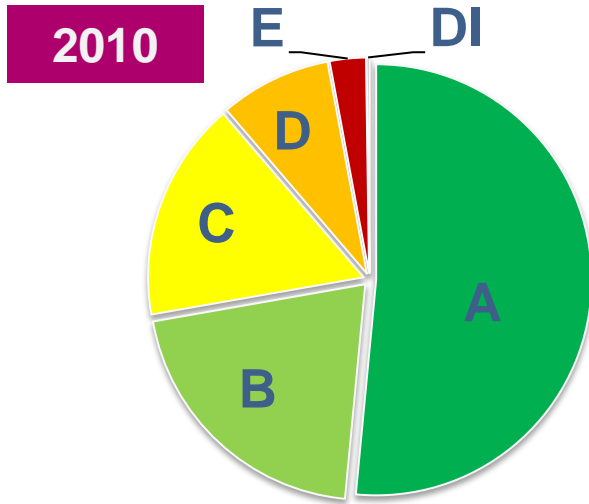


Pour la 1^{ère} année de diffusion publique , **57.4 %** des établissements de santé sont en classe **A ou B**

► Importance de continuer à sensibiliser les professionnels sur le risque de diffusion des BMR et à pousser les établissements à mieux s'organiser et se donner les moyens pour maîtriser les BMR et prévenir les épidémies.

	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	838	695	525	380	235	2673
Pourcentage	31,4%	26,0%	19,6%	14,2%	8,8%	

Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA.2)



En 2010, passage à la version 2 d'ICSHA (augmentation du niveau d'exigences en termes de nombre de frictions par jour, par patient et par activité)

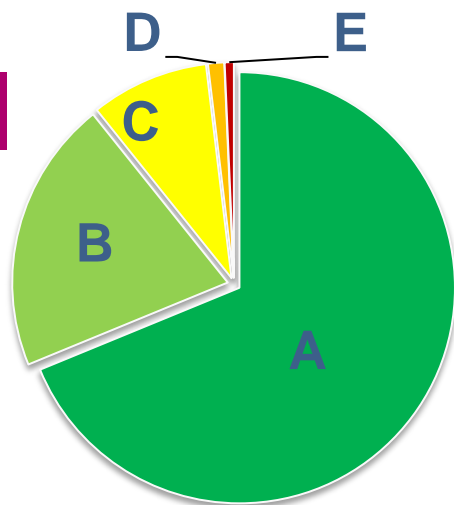
En dépit de tous ces changements, le % ES en **A et B** continue de progresser atteignant plus de **75%** des établissements en 2011.

	A	B	C	D	E	DI	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	1373	661	436	177	39	11	2697
Pourcentage	50,9%	24,5%	16,2%	6,6%	1,4%	0,4%	

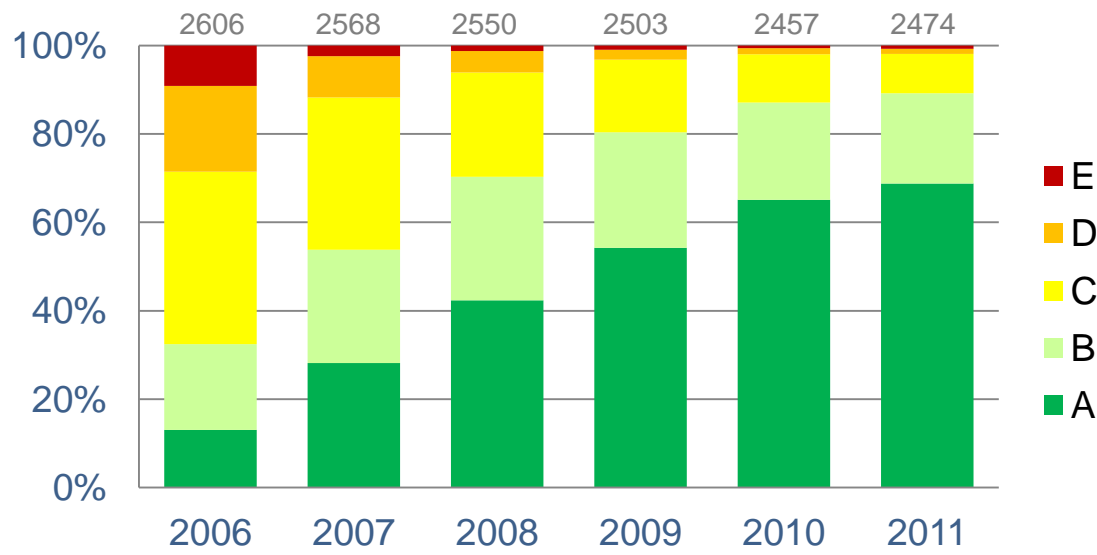
Données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)

2011



Evolution depuis 2006



89,2 % des établissements de santé sont classés en **A ou en B** en **2011** pour ICATB.

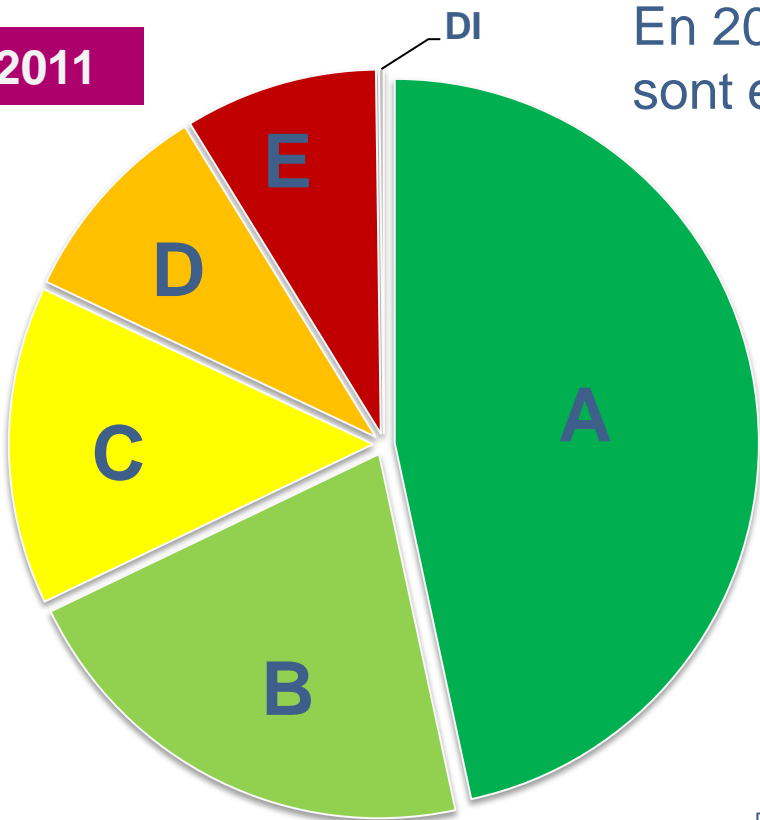
	A	B	C	D	E	Total ES
Nombre d'établissements	1702	506	219	30	17	2474
Pourcentage	68,8%	20,5%	8,9%	1,2%	0,7%	

► Les gains d'une année sur l'autre sont désormais faible entre 2010 et 2011 (87,1% vs 89.2 %°), y compris pour la répartition entre la classe A et B.

Score agrégé – activités 2011

ATTENTION
Il n'y a pas lieu de comparer les résultats 2011 avec les résultats antérieurs car le score agrégé a évolué

2011



En 2011, **81.2%** des établissements sont en classe **A ou B**.

► Ces résultats reflètent les efforts fournis par les établissements pour prévenir les infections nosocomiales.

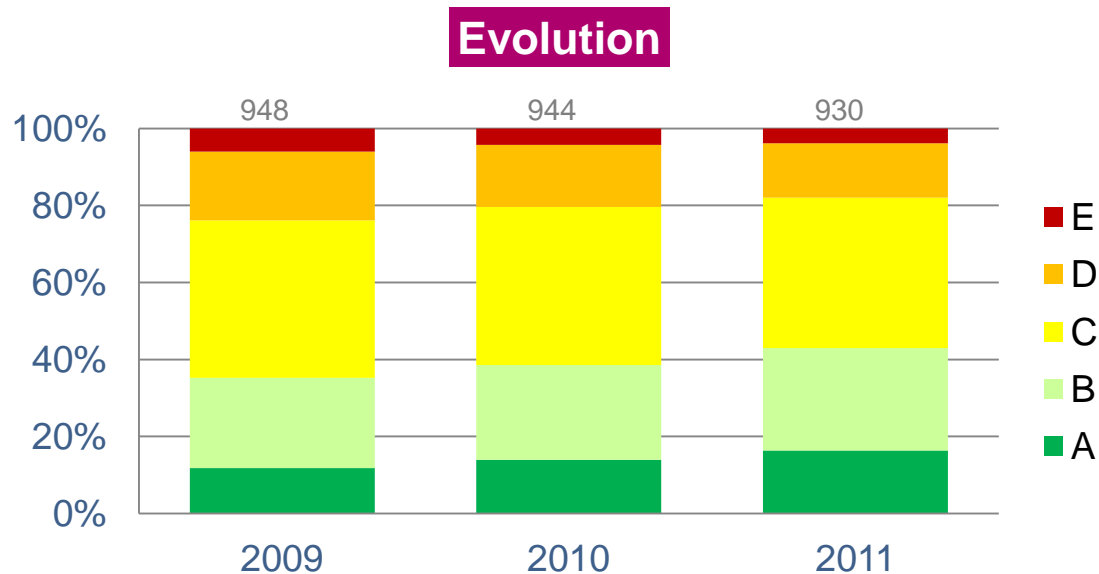
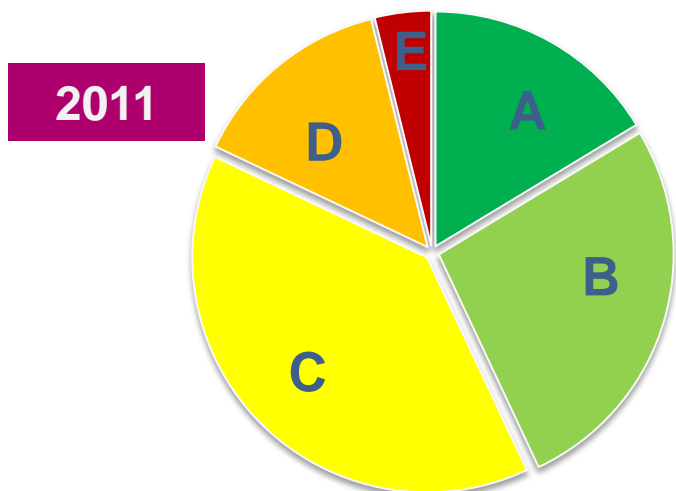
Pour les 93 ES ayant comme seul indicateur ICALIN.2, le score agrégé n'est pas applicable

	A	B	C	D	E	DI	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	1218	971	424	65	18	1	2697
Pourcentage	45,2%	36,0%	15,7%	2,4%	0,7%	0,0%	

Données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

Indice SARM

Taux triennal de SARM = nombre de prélèvement à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2009-2011



43 % des établissements de santé sont classés en **A** ou en **B** en **2011** pour l'indice SARM

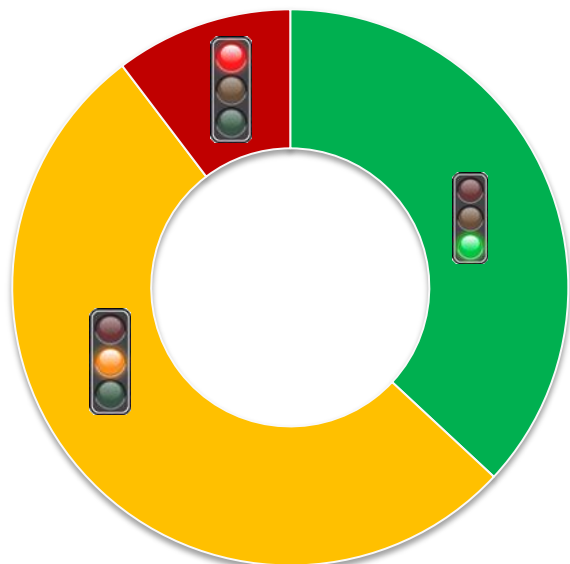
► Le nombre d'établissement situés en classe A ou B augmente de 38.6% en 2010 à 43% en 2011.

	A	B	C	D	E	Total ES
Nombre d'établissements	152	248	363	131	36	930
Pourcentage	16,3%	26,7%	39,0%	14,1%	3,9%	

Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 (2005 était la première année de recueil de cette information) complète l'indice triennal. Cf. Diapo suivante

Évolution de tendance des taux annuels de SARM

De 2006 à 2011



329 établissements sur 891 (soit **36,92%** des établissements) ont une **baisse significative** des taux annuels de SARM de 2006 à 2011.

- Ces diapos (répartition par classes de performance et évolution de tendance) mettent en évidence que **le taux de SARM diminue au cours du temps.**

	Baisse Significative des taux annuels de SARM	Pas de différence Significative des taux annuels de SARM	Augmentation Significative des taux annuels de SARM	Total général
Total général	329	470	92	891
%	36,92%	52,75%	10,33%	

Le taux triennal de SARM et sa classe de performance reflètent le risque d'acquisition d'une souche de SARM qui dépend du type d'activités réalisées, du type de patients pris en charge (notamment de patients porteurs de SARM importés). Ils permettent à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie.

La tendance évolutive des taux annuels est le reflet des efforts menés par l'établissement pour maîtriser sa diffusion de SARM.

Plan

Contexte

Faits marquants de la campagne 2012

Enjeux de la campagne de recueil 2013

Perspectives

Campagne de recueil 2013: une action continue

- ▶ **Année « stable » pour le recueil des données IN**

- permettre aux établissements de mettre en œuvre des actions d'amélioration

- ▶ **Année de mobilisation accrue de la mission inspection-contrôle en région pour les indicateurs généralisés (ONC DGOS/HAS)**

- améliorer la fiabilité des données déclarées

- ▶ **Année de simulation pour un nouvel indicateur ICATB V2 qui vient clore le tableau de bord v2**

- stabiliser le TdBIN dans cette configuration jusqu'en 2014 pour évaluer l'organisation, les moyens et les actions mis en place dans les ES pour faire face aux nouveaux enjeux en matière de lutte contre les IN

Calendrier de la campagne de recueil 2013

Dates	Actions	Dates	Actions
Janvier – février 2013	Actualisation et mise en ligne par l'ATIH sur le site bilan LIN (http://bilanlin.atih.sante.fr) de la base nationale des établissements de santé concernés par le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R 6111-8 du code de la santé publique	01 au 12 octobre 2013	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2012 par l'ATIH
Mars 2013	Publication de l'arrêté et de l'instruction relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2012 (campagne de recueil 2013)	15 octobre 2013	Envoi par l'ATIH d'un courriel informant de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé
25 mars au 05 mai 2013	Saisie des données par les établissements de santé sur le site bilan LIN	15 octobre au 02 novembre 2013	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS
25, 30 avril et 03 mai 2013	Envoi des courriels par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2012	Semaine 46	Calcul définitif des indicateurs par l'ATIH et clôture de la campagne de recueil 2013
06 mai au 21 septembre 2013	Validation administrative des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS (+/- contrôle et validation des éléments de preuve) Validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans	Semaine 47 (18 au 24 novembre 2013)	Envoi par l'ATIH d'un courriel aux établissements de santé informant de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2012

Obligation de diffusion publique en 2013 (*données 2012*)

Arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Pas de changement pour les IN

7 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :

- ▶ ICALIN.2 (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2) ;
- ▶ ICSHA.2 (indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2) ;
- ▶ ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes) ;
- ▶ ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire)
- ▶ ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques) ;
- ▶ Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ci-dessus ;
- ▶ Indice SARM (taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline et tendance annuelle)

Contrôle qualité du recueil par les ARS

Une **orientation nationale de contrôle** coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à partir de 2013 à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins dits « généralisés ».

Depuis 2006, 10 % des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par les ARS à partir de l'analyse des éléments de preuve des données déclarées par l'établissement (contrôle sur pièce et/ou sur site).

Au total, entre 2005 et 2011, **1529 établissements** de santé ont fait l'objet d'une validation. Pour les données 2011, **281 établissements** ont fait l'objet d'une validation des données.

En 2013, dans le cadre de l'ONC, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10% au niveau de chaque région.

Indicateur composite de bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB2)

Objectifs: améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques

- ▶ Modalités d'évolution de l'indicateur ICATB 2 → instruction n°DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012
- ▶ Préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre à ces objectifs → Mise à disposition dès juillet 2012 des informations
- ▶ 1^{er} recueil (items présents dans l'instruction 2013 relative au bilan LIN) → campagne 2013 (données 2012)
- ▶ Résultats de simulation d'ICATB 2 sur les données 2012 → novembre 2013 (pas de diffusion publique) et Publication d'ICATB (version 1) sur Platines.
- ▶ Diffusion publique d'ICATB 2 → prévue en 2014 (données 2013)



Focus

TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

ICATB2: items & pondération



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

ICATB2 – les items O-M /la pondération

Fonctions	Items		ICATB.2	Total	N 1	N 2	N 3
ORGANISATION	Politique	ATB01	Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques	100	16	4	4
	Accès à conseil	ATB02	Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie			4	
		ATB03	Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies			8	4
	Alerte	ATB04	Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie			4	4
MOYENS	Informatique	ATBM1	Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités des prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie		38	1	6
		ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée			2	6
	Humains	ATBM3	Il existe un (des) référent(s) en antibiothérapie			4	
		ATBM4a	Le(s) référent(s) a (ont) une compétence adaptée à ses (leurs) missions			1	2
		ATBM4b	Ses (leurs) compétences sont actualisées régulièrement			6	2
		ATBM5	Atteinte de l'objectif cible en termes de nombre d'ETP spécifiquement affectés au(x) référent(s) antibiotique intervenant dans l'établissement			8	
Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	1	1	0		

Le temps de travail se comprend comme le temps dédié à son activité de référent.

1 vacation = 0,1 ETP

Objectif cible :

- ▶ 1 vacation pour 400 lits de SSR/SLD ou psychiatrie.
- ▶ 3 vacations pour 400 lits de MCO.

ICATB2 – les items A /la pondération

ACTIONS	Prévention	ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement	46	18	4
		ATBA2	Il existe un protocole sur l'antibiothérapie de 1 ^{ère} intention des principaux sites d'infection actualisé			4
		ATBA3	Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient			5
		ATBA4	Les modalités de contrôle/réévaluation sont déterminées par l'établissement			3
		ATBA5	Des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence			2
	Surveillance	ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières DDJ rapportée à l'activité			2
		ATBA7	Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau			2
		ATBA8	Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques			2
		ATBA9	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes			2
		ATBA 10	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME			2
	Evaluation-audit	ATBA11a	Evaluation du respect de la molécule recommandée			2
		ATBA11b	Evaluation de la posologie de l'antibiotique			2
		ATBA11c	Evaluation de la durée de l'antibiothérapie			2
ATBA11d		Evaluation de la réévaluation, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste etc)	3			
ATBA12		Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes	5			
ATBA13		Les résultats des évaluations sont restitués à la CME	4			



Plan

Contexte

Faits marquants de la campagne 2012

Enjeux de la campagne de recueil 2013

Perspectives

Tableau de bord des IN: des enjeux forts

Perspectives 2013

► Année de simulation pour des 1^{ers} indicateurs de résultats

► Tableau de bord v3



- Pertinence de la fréquence de recueil des indicateurs de process
- Pertinence de la pondération des indicateurs de process
- Pertinence de la révision des critères des indicateurs de process
- Pertinence et étude de faisabilité des indicateurs de résultats

**JOURNÉE RÉGIONALE DE FORMATION
EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**

Lorient – *Mercredi 27 mars 2013*

MERCI
DE VOTRE
ATTENTION

Dr Grégory EMERY

gregory.emery@sante.gouv.fr

DGOS/Bureau Qualité et sécurité des soins (PF2)



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ