

Infections associées aux soins : quelle évolution des indicateurs en France ?

Meriem Bejaoui, Flavie Rousseau, Linda Banaei-Bouchareb, Axel Renoux, Bruno Bally, Sandrine Morin,
Laetitia May-Michelangeli

Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins –
Haute Autorité de santé (HAS) – Saint-Denis La Plaine – France

✉ **Meriem Bejaoui** – Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité
des soins – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – HAS – 5 avenue du Stade de France –
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – France – E-mail : m.bejaoui@has-sante.fr

Une dynamique évolutive depuis 2006

Après l'institution des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) dans les établissements de santé (ES) [1], le premier bilan standardisé des activités de ces premiers a été formalisé en 1988 [2]. Envoyé à la tutelle, ce bilan a fait l'objet d'une synthèse nationale à partir de

1993. En 2000, il est devenu le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les ES [3]. Dans les années 2000, suite à la demande de transparence des usagers concernant le problème de ces infections, le ministère de la Santé a saisi l'Institut national de veille sanitaire, afin de construire un « baromètre » des infections nosocomiales pour tous les ES. Le groupe d'experts créé

RÉSUMÉ

Parmi les indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), ceux constituant le tableau de bord des infections associées aux soins (IAS) ont été un levier majeur dans l'amélioration de l'organisation, des moyens et des actions mises en œuvre par les établissements de santé français pour prévenir et lutter contre ces infections. Douze ans après la diffusion du premier de ces indicateurs, ces établissements ont progressé dans la maîtrise du risque infectieux. Logiquement, les IQSS doivent donc évoluer. Pour cela, depuis 2018, la Haute Autorité de santé (HAS) s'est fixée comme objectif une refonte totale des indicateurs IAS, en prenant en compte les avis et les conclusions des différents acteurs. Cela a abouti à l'élaboration de nouveaux indicateurs de processus qui restent à expérimenter et à valider. Ils vont compléter le premier indicateur de résultat du thème IAS, qui mesure le ratio standardisé (observé/attendu) des infections du site opératoire trois mois après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou (ISO_Ortho), et l'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques dans sa version 3 (Icsha.3). Par ailleurs, le support du recueil d'informations, initialement assuré par le tableau de bord des infections nosocomiales, évoluera désormais en parallèle et ne sera plus utilisé pour le calcul des IQSS. Cet article présente la démarche adoptée par la HAS et l'état actuel des propositions d'évolution vers de nouveaux indicateurs pour les établissements de santé français.

MOTS-CLÉS

Indicateur qualité – Infection associée aux soins – Antibiothérapie – Solution hydro-alcoolique – Précaution complémentaire contact – Vaccination du personnel – Infection du site opératoire.

ABSTRACT

Healthcare related infections: how have indicators progressed in France?

Among the care quality and safety indicators (CQSI), those reflecting care-related infections (CRI) provided major leverage for the improvement of the organisation, means and measures, implemented by French healthcare facilities to prevent and control infection. Twelve years after the communication of the first of these indicators, facilities have improved their control over infection risks. In all logic, CQSIs should also progress, which is why the French ministry for health, the HAS, has completely redesigned CRI indicators since 2018, taking into account the opinions and conclusions of various partners. This led to the development of new process indicators that remain to be experimented and validated. These will complete the first outcome indicator for CRI which measures the standardised ratio (observed/expected) of surgical site infection three months after insertion of a total knee or hip prosthesis (ISO_Ortho), over the use of alcohol-based handrub (in its third Icsha.3 version). In addition, the support of data collection, initially part of nosocomial infection reporting, will now progress in parallel and not be used to calculate CQSIs. This article presents the approach adopted by the HAS and the current state of suggested advances towards new indicators for French healthcare facilities.

KEYWORDS

Quality indicator – Healthcare-associated infection – Antibiotic therapy – Hydro alcoholic solution – Complementary precaution contact – Staff vaccination – Surgical site infection.

à cette occasion a remis ses conclusions au ministère. Les fédérations ainsi que les usagers ont été consultés. Une liste de cinq indicateurs a alors été retenue pour composer le cahier des charges du projet « coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière » (Compagh), visant à développer ces indicateurs sous le pilotage du ministère. Le premier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales, l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin) a été diffusé en 2006 à plus de 2 800 ES. D'autres indicateurs sont ensuite venus enrichir ce tableau de bord : l'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (Icsha), l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (Surviso), et l'indice triennal des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (Sarm). Le tableau de bord des infections nosocomiales est essentiellement composé d'indicateurs de structure (hormis Icsha qui évalue indirectement une pratique) permettant d'évaluer l'organisation, les moyens et les actions (OMA) mis en œuvre dans la maîtrise du risque infectieux global (Icalin) ou spécifique (Surviso, ICATB).

On distingue habituellement : des indicateurs de structure, des indicateurs de processus qui évaluent directement les pratiques de soins, et des indicateurs de résultats (Figure 1).

Dès la diffusion des premiers résultats, l'évolution individuelle et le positionnement des ES concernés par rapport à ceux de mêmes catégories ont contribué à évaluer la qualité et la sécurité des soins dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins (IAS). L'atteinte des objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 a conduit à faire évoluer les indicateurs initiaux, pour les rendre à même d'accompagner les objectifs de performance plus ambitieux du programme national 2009-2013. C'est ainsi que de nouvelles versions d'Icalin, d'Icsha, d'ICATB et de Surviso (devenu Icaliso pour indicateur composite des activités de lutte contre les infections du site opératoire) ont vu le jour entre 2011 et 2013 et que de nouveaux indicateurs sont apparus : l'indicateur composite de lutte contre les bactéries multirésistantes (ICA-BMR) et l'indicateur des bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (BN Sarm) (Figure 2).

Sur le plan réglementaire, l'article R.6111-8 du Code de la santé publique spécifie qu'« un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par l'équipe opérationnelle d'hygiène selon un modèle défini

par arrêté du ministre chargé de la santé ». Le contenu de ce modèle est défini par l'arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les ES [4]. Un arrêté modifié paraît tous les ans depuis 2011 [5], fixant ainsi les modalités de recueil des données relatives à la prévention des IAS dans ces établissements.

La responsabilité du recueil des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, auparavant confiée à la direction générale de l'Offre de soins (DGOS), a été transférée à la Haute Autorité de santé (HAS) en 2016. À cette occasion, ces indicateurs sont devenus les indicateurs du thème « IAS » et visent depuis à rejoindre les objectifs, les prérequis et les exigences méthodologiques des autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de la HAS [6]. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) assure la maîtrise d'œuvre de la plateforme de recueil (Bilanlin en 2018 et QualHAS en 2019¹). Les agences régionales de santé (ARS) accompagnent les ES dans le recueil de ces indicateurs et réalisent le contrôle qualité des données depuis 2006 pour 10% de ces établissements, ceux-ci étant pour une partie tirés au sort et pour l'autre partie choisis par les ARS.

Où en est-on aujourd'hui ?

Après plus de dix ans de diffusion, les indicateurs OMA nous amènent aujourd'hui à un constat scientifique partagé par tous, devant être confronté au contexte politique et réglementaire.

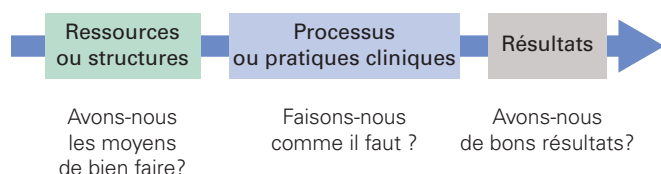
1- Pour en savoir plus : <https://www.atih.sante.fr/plateforme/qualite> (Consulté le 03-05-2019).

Figure 2 – Évolution des indicateurs du thème IAS recueillis de 2006 à 2018.

Campagne	2006	2007-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Icalin											
Icalin.2											
ICATB											
ICATB.2											
Icsha											
Icsha.2											
Icsha.3											
ICA-BMR											
Surviso											
ICA-Liso											
BN Sarm											
ISO_Ortho											

BN Sarm : indicateur des bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline ; ICA-BMR : indicateur composite de lutte contre les bactéries multirésistantes ; Icalin : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ; Icaliso : indicateur composite des activités de lutte contre les infections du site opératoire ; ICATB : indicateur composite de bon usage des antibiotiques ; Icsha : indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques ; ISO_Ortho : indicateur du ratio standardisé (observé/attendu) des infections du site opératoire trois mois après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou ; Surviso : indicateur de surveillance des infections du site opératoire.

Figure 1 – Types d'indicateurs.



Des résultats qui n'évoluent plus

Les scores obtenus aux différents indicateurs de type OMA ont augmenté au fur et à mesure des campagnes annuelles, tant et si bien que le pourcentage d'ES en classe A ou B a atteint en 2017 93% pour Icalin.2, 91% pour Icaliso; et en 2018, 89% pour ICATB.2 (Figures 3, 4 et 5).

Étant donné que les ES sont majoritairement classés A ou B pour ces indicateurs, les marges de progression ainsi que la proportion d'ES qui progressent entre deux campagnes ont peu à peu diminué, jusqu'à atteindre 13% pour Icalin.2 et 15% pour Icaliso en 2017, et 25% pour ICATB.2 en 2018 (Tableau I).

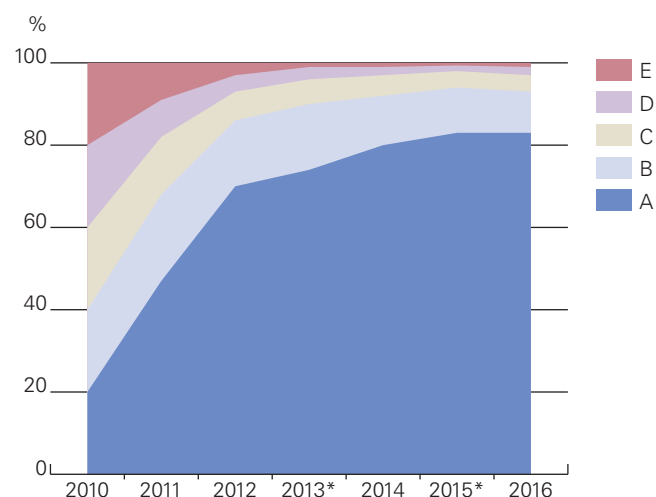
La plupart des critères des indicateurs OMA sont entièrement satisfaits par une grande majorité d'ES. Ainsi, en 2017, plus de 90% d'entre eux ont satisfait 27 critères sur 55 d'Icalin.2 et 12 critères sur 15 d'Icaliso [7]. En 2018, 21 critères sur 27 d'ICATB.2 étaient atteints par plus de 80% des ES. ICA-BMR, dont le dernier recueil remonte à 2016, affichait déjà alors une marge de progression de 19%, avec 92% d'ES en A ou B et 7 critères sur 11 satisfaits par plus de 90% des ES.

Ce qu'en pensent les experts et les acteurs de la lutte contre les IAS

Dans le cadre de la démarche d'évaluation des indicateurs en ES, la DGOS a missionné, en 2015, un groupe de travail pour « proposer des évolutions de la politique nationale des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, en prenant en compte les enjeux de leur pertinence et de

leur faisabilité ainsi que la nécessité de disposer d'indicateurs en nombre maîtrisé et adossés à des objectifs nationaux de santé ». Les avis émis par ce groupe sur les indicateurs OMA convergent vers les principaux constats suivants :

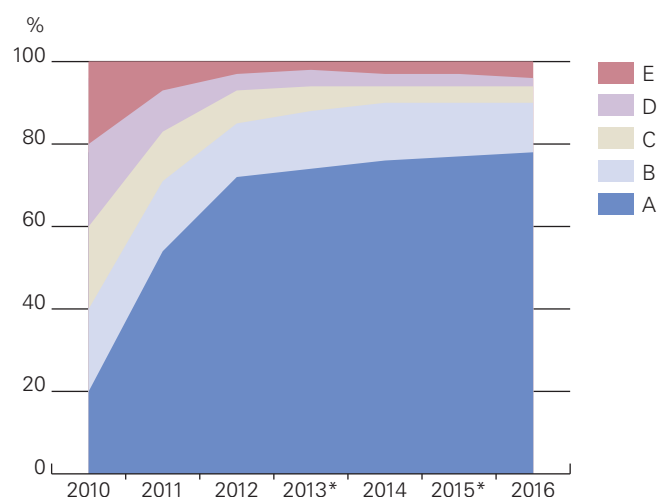
Figure 3 – Évolution d'Icalin.2 entre 2010 et 2016.



Icalin : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

*Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les quintiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé à partir des données recueillies lors de la première campagne de l'indicateur concerné. Les établissements classés en A sont ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats à l'indicateur, les établissements classés en E, ceux qui ont obtenu les moins bons résultats.

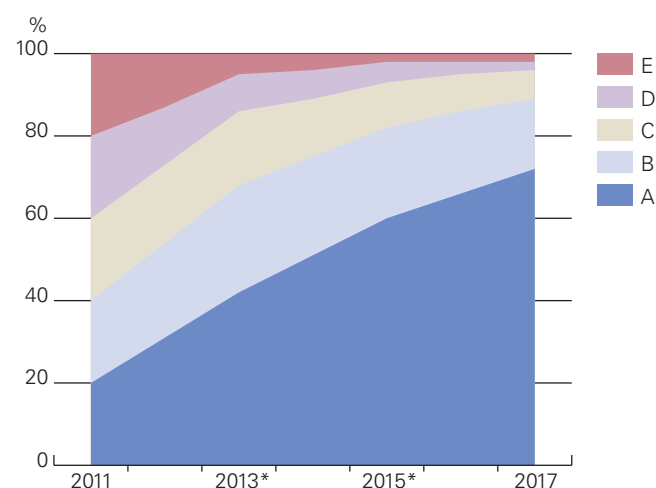
Figure 4 – Évolution d'Icaliso entre 2010 et 2016.



Icaliso : indicateur composite des activités de lutte contre les infections du site opératoire.

*Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les quintiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé à partir des données recueillies lors de la première campagne de l'indicateur concerné. Les établissements classés en A sont ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats à l'indicateur, les établissements classés en E, ceux qui ont obtenu les moins bons résultats.

Figure 5 – Évolution d'ICATB.2 entre 2011 et 2017.



ICATB : indicateur composite de bon usage des antibiotiques.

*Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les quintiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé à partir des données recueillies lors de la première campagne de l'indicateur concerné. Les établissements classés en A sont ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats à l'indicateur, les établissements classés en E, ceux qui ont obtenu les moins bons résultats.

Tableau I – Pourcentage d'établissements qui progressent d'une année sur l'autre pour Icalin.2, Icaliso et ICATB.2.

Indicateur	Campagnes successives obligatoires diffusées publiquement	Nombre d'ES concernés	% qui augmentent de classe parmi les ES concernés répondant aux deux recueils
Icalin.2	Entre les données 2014 et 2016	2 628	13
	Entre les données 2012 et 2014	2 673	22
	Entre les données 2011 et 2012	2 711	41
ICA-Liso	Entre les données 2014 et 2016	905	15
	Entre les données 2012 et 2014	924	19
	Entre les données 2011 et 2012	964	32
ICATB.2	Entre les données 2015 et 2017	2 016	25
	Entre les données 2013 et 2015	2 051	39

ES : établissements de santé ; Icalin : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ; Icaliso : indicateur composite des activités de lutte contre les infections du site opératoire ; ICATB : indicateur composite de bon usage des antibiotiques.

- une simplification des indicateurs en réduisant le nombre des critères pour en améliorer la lisibilité (Icalin.2 totalise 55 critères par exemple) ;
- une actualisation de ces critères et une harmonisation avec les objectifs des plans nationaux de santé publique ;
- et une orientation vers des indicateurs évaluant les pratiques professionnelles (et donc les processus) et les résultats.

Ces constats ont également été partagés par les membres du comité de suivi du programme national d'actions de prévention des IAS (Propias) et par les experts du groupe de travail HAS chargé de définir les pistes de développement des indicateurs IAS. Une évolution des IQSS du thème IAS a donc été entreprise par la HAS à partir de 2018.

Quelles évolutions envisager ?

La stratégie de transformation du système de santé (STSS), lancée en février 2018 par la ministre de la Santé et le Premier ministre [8], replace la qualité et la pertinence des soins au cœur de la politique nationale de santé, et en particulier la qualité pour le patient qui doit désormais être « la boussole de l'organisation en santé ». Les IQSS doivent donc prendre en compte le point de vue du patient et ils doivent mesurer en priorité les résultats, y compris ceux rapportés par le patient. Prenant en compte cette nouvelle dynamique ainsi que le contexte historique et réglementaire, une proposition de refonte des IQSS du thème IAS a été faite par la HAS, en février 2018, au groupe de travail composé de professionnels de santé et de représentants des patients et d'usagers en charge de définir les orientations de ces indicateurs.

D'un point de vue réglementaire, le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales n'étant pas obligatoirement diffusé publiquement, et son recueil par les ES n'étant pas obligatoirement en lien avec le calcul d'IQSS, la HAS a pris l'initiative d'isoler le dispositif de recueil de ces derniers de celui du bilan réglementaire, afin de mieux faire apparaître leurs objectifs respectifs

distincts. De ce fait, la proposition de refonte inclut le recueil de deux types d'informations :

- les informations servant au calcul des IQSS ;
- et les informations visant à répondre uniquement à l'obligation réglementaire et aux cibles du Propias.

La HAS a aussi entrepris le développement de nouveaux indicateurs ayant comme objectifs [9] : de fournir aux ES des outils ainsi que des méthodes de pilotage et de gestion de la qualité et de la sécurité des soins ; de répondre aux exigences de transparence des usagers ; et d'aider au reporting et à la régulation par la qualité. Pour pouvoir répondre, un IQSS doit satisfaire à un certain nombre de prérequis à ces objectifs [10]. En premier lieu il doit être pertinent sur le plan clinique et apporter un bénéfice pour le patient tout en faisant sens pour les cliniciens.

Pour répondre à cette première étape de développement et identifier les axes les plus porteurs de bénéfice pour le patient, la HAS a d'abord établi un bilan de l'existant à partir des indicateurs historiques IAS, du Propias et de la feuille de route interministérielle pour l'antibiorésistance. Tout en prenant en compte les contraintes méthodologiques, la HAS a constitué une liste de pistes d'indicateurs de processus et de résultats pertinents sur le plan clinique et permettant d'explorer la plupart des dimensions de la prévention des IAS. Ces pistes ont ensuite été étudiées par les experts des groupes de travail constitués à cet effet : un groupe chargé de définir les orientations générales des indicateurs du thème IAS et composé de praticiens et d'infirmiers hygiénistes, de pharmaciens, de microbiologistes, d'infectiologues, de médecins des départements d'information médicale, et de représentants des patients et d'usagers ; et un groupe chargé de développer un indicateur sur les bonnes pratiques d'antibiothérapie. À noter qu'un troisième groupe d'experts, chargé de développer l'indicateur qui mesure le ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu d'infections du site opératoire trois mois après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou (ISO_Ortho) – premier indicateur de résultat sur le thème des IAS en France – avait déjà été constitué avant la refonte des indicateurs IAS.

Les indicateurs retenus par les experts doivent ensuite continuer leur cycle de développement, en passant par des phases d'expérimentation avant validation finale. Les expérimentations permettent de définir les éléments suivants pour chaque indicateur :

- la faisabilité : l'ES doit pouvoir collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur de manière autonome, et avec une charge de travail acceptable pour les professionnels de santé ;
- les qualités métrologiques, c'est-à-dire la capacité à refléter ce qui est mesuré ;
- la capacité à discriminer les ES ;
- et l'identification des actions correctives ou la capacité de l'ES à identifier des actions d'amélioration réalisables.

Au final, quatre indicateurs en plus d'Icsha dans sa troisième version (Icsha.3) ont été retenus début 2018 par ces groupes de travail, pour un développement complet :

Taux de patients avec durée d'antibiothérapie ≤ 7 jours pour infection respiratoire basse

La progression de la résistance aux antibiotiques est un problème de santé publique. Chaque année, en France (ES et ville, données 2012), 158 000 patients sont infectés par des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR). Ces infections sont responsables de 12 500 décès par an dans le pays [11]. La consommation nationale d'antibiotiques a progressé de 2,7% de 2009 à 2015, avec une augmentation de 12,2% pour les centres hospitaliers ayant moins de 33% de lits de court séjour. La France est le neuvième pays le plus consommateur d'antibiotiques en ES, parmi 23 États européens, avec une consommation importante de la classe des pénicillines [12]. L'objectif de cet indicateur de processus est de limiter la diffusion de la résistance bactérienne aux antibiotiques, en diminuant le volume de la consommation de ces derniers en ES grâce à une réduction de la durée des antibiothérapies pour les infections courantes. Il exprime le taux de patients avec infection respiratoire basse pour lesquels une antibiothérapie ≤ 7 jours a été prescrite. Il sera recueilli après audit de dossiers patients sélectionnés par tirage au sort, à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il se base sur les recommandations de la Société de pathologies infectieuses de langue française (Spilf) [13]. Cet indicateur est également l'une des mesures de la feuille de route interministérielle dédiée à l'antibiorésistance [14]². Après une première expérimentation sur un petit échantillon d'établissements de MCO en novembre 2018, cet indicateur sera testé à plus grande

échelle en septembre 2019. Son adaptation au secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR) est en cours d'étude.

Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact

Dans le contexte de l'émergence de souches de micro-organismes résistantes aux antibiotiques ou particulièrement virulentes, l'application des mesures de précautions complémentaires en complément des précautions standard est fortement recommandée pour garantir la maîtrise du risque de diffusion des micro-organismes émergents à haut potentiel de transmission croisée, dont les modèles sont les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), *Clostridium difficile*, les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E-BLSE), et Sarm [15]. Cet indicateur de processus a pour objectif d'améliorer la maîtrise de la transmission croisée des micro-organismes hautement transmissibles et de contenir la diffusion des BMR et des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe), en évaluant les bonnes pratiques de précautions complémentaires contact. Il sera recueilli après audit de dossiers patients porteurs de Sarm, de BLSE, de BHRe, de *Clostridium difficile* ou de gale et hospitalisés en MCO. Les critères audités sont issus des recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), du Haut Conseil de la santé publique, et des critères de l'audit « précautions complémentaires contact » du Groupe d'évaluation des pratiques d'hygiène hospitalière (GrepHh). Cet indicateur a également été testé pour la première fois sur un petit échantillon d'établissements de MCO en novembre 2018, et une seconde expérimentation est prévue en septembre 2019. Son adaptation au secteur de SSR est en cours d'étude.

Taux de vaccination antigrippale du personnel hospitalier

Très contagieuse, la grippe peut entraîner des épidémies nosocomiales tant parmi les soignants que chez les patients. La vaccination du personnel peut limiter la dissémination de ce type de virus : des études ont montré la réduction de la mortalité chez les personnes âgées, en période d'épidémie, dans les collectivités où les membres du personnel étaient activement vaccinés [16]. En milieu de soins, la prévention repose en priorité sur la vaccination antigrippale des patients fragiles et du personnel en contact avec eux. La couverture vaccinale antigrippale, même si elle progresse, reste insuffisante (27,6% des soignants en ES en 2010-2011 [17]). Bien que prévue par l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique comme une obligation pour les professionnels de santé [18], l'obligation vaccinale contre la grippe a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 [19]. Elle demeure toutefois fortement recommandée pour les professionnels concernés, en particulier pour les protéger

2- Mesure 4 « Inciter les professionnels de santé à la juste prescription en renforçant son encadrement » et action n° 8 : « En médecine humaine, limiter par voie réglementaire la durée de primo-prescription à 7 jours maximum pour les infections courantes. »

des gripes saisonnières. La grippe fait l'objet d'un objectif particulier, qui est d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes cibles, dont les professionnels de santé [20]. L'objectif fixé par la loi de santé publique de 2004 visait lui aussi à atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD), professionnels de santé, personnes âgées de 65 ans et plus.

Cet indicateur de processus, qui a été proposé par les experts du groupe de travail IAS, a pour objectif d'améliorer la maîtrise de la transmission nosocomiale de la grippe et de réduire l'exposition potentielle aux antibiotiques. Il exprime le taux de membres du personnel hospitalier vacciné contre la grippe parmi l'ensemble de celui exerçant au sein de l'ES concerné.

Il se base sur les recommandations de vaccination pour les professionnels de santé ; sur le Code du travail, qui prévoit qu'un employeur, sur proposition du médecin du travail, peut recommander une vaccination visant à prévenir un risque professionnel [21] ; et sur les recommandations de la SF2H, réalisées en lien avec le Haut Conseil de la santé publique et le ministère de la Santé « *R169 : dans l'ensemble des ES, la vaccination contre la grippe doit être proposée annuellement aux soignants.* » [22]. Cet indicateur a été testé dans environ 200 ES de tous secteurs et de toutes catégories, après la fin de la campagne de vaccination antigrippale 2019, en mars dernier.

Ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu d'infections du site opératoire 3 mois après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou (ISO-Ortho)

C'est le premier indicateur de résultat du thème IAS issu des bases médico-administratives. Il a été validé en partenariat avec le centre d'appui pour la prévention des IAS (CPias) Île-de-France et en lien avec un groupe de travail multidisciplinaire composé de chirurgiens orthopédistes, d'anesthésistes-réanimateurs, de praticiens et d'infirmiers hygiénistes, de médecins des départements d'information médicale, de représentants de patients et d'usagers du système de santé. Son calcul et sa restitution sont automatisés à partir du PMSI des établissements de MCO. La première restitution des résultats aux ES a eu lieu en octobre 2018, accompagnée de consignes de codage des ISO et d'informations complémentaires pour cibler la prise en charge à investiguer par retour aux dossiers patients [23]. Les résultats sont restitués dans un *funnel plot* (diagramme en entonnoir) permettant aux ES de se situer dans ou en dehors des limites à deux déviations standard, leur conférant respectivement un statut dans la norme ou atypique. Les faux positifs remontés par les ES contribuent à la consolidation en cours de cet indicateur. Sa nouvelle version sera restituée aux ES

cette année (à partir des données 2018) avec les outils pour réaliser le retour aux dossiers. Ce dernier permettra de mesurer la valeur prédictive positive (VPP) et d'identifier, le cas échéant, les éventuels faux positifs résiduels. Une VPP de 75% permettra de valider son utilisation pour le pilotage interne de la qualité et de la gestion des risques, et une VPP d'au moins 85% permettra de valider son utilisation pour la diffusion publique ou le financement à la qualité.

Le point de vue du patient dans l'évaluation de la sécurité des soins

La prise en compte du point de vue du patient dans l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins suscite un intérêt grandissant dans le domaine de la santé publique. Cette nouvelle perspective peut effectivement permettre d'obtenir des résultats à fort potentiel discriminant, susceptibles de faire levier sur l'amélioration de la qualité des soins [24, 25]. Les questions posées aux patients peuvent permettre de recueillir leur expérience lors de leur prise en charge, afin d'évaluer les processus de soins (par exemple les processus de prévention des événements indésirables) : ce sont les *Patient Reported Experience Measures* (Prems). D'autres types de questions permettent, quant à elles, de recueillir le point de vue du patient concernant son état de santé ou ses résultats de soins (par exemple la survenue des événements indésirables, dont une IAS) : ce sont les *Patient Reported Outcome Measures* (Proms). Les Prems et les Proms font l'objet de plus en plus d'expérimentations à travers le monde, y compris dans le cadre de l'évaluation de la sécurité des soins. Ce type d'utilisation a d'ailleurs fait l'objet d'une étude par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en lien avec le projet *Patient-Reported Indicators Survey* (Paris) [26], qui vise à recenser l'ensemble des questionnaires existants sur le sujet. Plusieurs pays ont également déjà testé ce type de questionnaire au niveau national (notamment la Norvège [27]). En France, la HAS a comme objectif de renforcer le dispositif national de mesure de la sécurité du patient, en développant un questionnaire visant à recueillir son point de vue sur sa propre sécurité de prise en charge dans les ES.

Conclusion

Depuis plus d'une décennie les indicateurs des IAS évoluent ; aujourd'hui de nouveaux d'entre eux font leur apparition, développés avec les professionnels et selon la méthodologie de la HAS. Ces nouveaux indicateurs, une fois validés, permettront d'évaluer la prévention des IAS dans les ES selon de nouvelles méthodes : par l'audit de dossiers patients (indicateurs de processus), via un recueil automatisé à partir des bases médico-administratives (indicateur de résultat), ou encore selon une nouvelle perspective, celle des patients. ■

Références

- 1- Décret n° 88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504841&dateTexte=19991210> (Consulté le 13-05-2019).
- 2- Circulaire n° 88-263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales. Accessible à : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-263-du-13-octobre-1988-relative-a-l-organisation-de-la-surveillance-et-de-la-prevention-des-infections-nosocomiales/> (Consulté le 13-05-2019).
- 3- Circulaire DGS/VS/VS2-DH/EO/EO1 n° 2000-400 du 13 juillet 2000 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Accessible à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-30/a0302192.htm> (Consulté le 13-05-2019).
- 4- Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. JORF n°0090 du 16 avril 2011, p. 6692, texte n° 15. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865918&dateTexte=&categorieLien=id> (Consulté le 13-05-2019).
- 5- Arrêté du 28 février 2018 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. JORF n° 0050 du 1er mars 2018, texte n° 33. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00036658906&categorieLien=id> (Consulté le 13-05-2019).
- 6- Haute Autorité de santé (HAS). Validation des indicateurs de qualité et sécurité des soins [internet]. HAS ; 26 mai 2015. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins (Consulté le 13-05-2019).
- 7- Haute Autorité de santé (HAS). Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – Infections associées aux soins – Campagne nationale 2017 – Données 2016. HAS ; décembre 2017. 63 p. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_ias_2017.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 8- Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé – Dossier de presse. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 13 février 2018. 16 p. Accessible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_stratransformationsystemesante_13022018.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 9- Haute Autorité de santé (HAS). Objectifs et utilisations du dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) [internet]. HAS ; 22 mars 2018. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456729/fr/objectifs-et-utilisations-du-dispositif-national-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss (Consulté le 13-05-2019).
- 10- Haute Autorité de santé (HAS). Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins. HAS ; septembre 2012. 77 p. Accessible à : https://webzine.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 11- Colomb-Cotin M, Lacoste J, Coignard B, et al. Morbidité et mortalité des infections à bactéries multirésistantes aux antibiotiques en France en 2012 – Étude burden BMR, rapport – Juin 2015. Institut de veille sanitaire (INVS), «Maladies infectieuses» ; 2015. 24 p. Accessible à : invs.santepubliquefrance.fr/content/download/116892/409658/version/1/file/Rapport_DMI_RATB_Burden_BAT.PDF (Consulté le 13-05-2019).
- 12- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Rapport – L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015. ANSM ; janvier 2017. 44 p. Accessible à : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/188a6b5cf9cde90848ae9e3419bc3d3f.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 13- Médecine et Maladies infectieuses (MMI), Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf). Propositions de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes. MMI, Spilf, Infos-antibios n°73 ; mars 2017. 1 p. Accessible à : <http://www.infectiologie.com/User-Files/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2017-mars.pdf> (Consulté le 13-05-2019).
- 14- Comité interministériel pour la santé «maîtriser l'antibiorésistance». 1ère réunion du comité interministériel pour la santé maîtriser la résistance bactérienne aux antibiotiques – 13 grandes mesures interministérielles – 40 actions. Comité interministériel pour la santé «maîtriser l'antibiorésistance», 17 novembre 2016. 100 p. Accessible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_antibioresistance_nov_2016.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 15- Société française d'hygiène hospitalière (SF2H). Recommandations nationales – Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – Consensus formalisé d'experts. Hygiènes 2009;17(2):81-138. Accessible à : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfh/2009_BMR_SFHH.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 16- Direction générale de la santé, comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 4e édition ; janvier 2012. 450 p. Accessible à : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1133.pdf> (Consulté le 13-05-2019).
- 17- Guthmann JP, Fonteneau L, Bonmarin I, et al. Influenza vaccination coverage one year after the A(H1N1) influenza pandemic, France, 2010–2011. Vaccine 2012;30(6): 995-997.
- 18- Code de la santé publique, article L3111-4. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021709132> (Consulté le 13-05-2019).
- 19- Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique et relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000457937> (Consulté le 13-05-2019).
- 20- Santé publique France. Couverture vaccinale [internet]. Santé publique France ; 24 avril 2017. Accessible à : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Role-de-Sante-publique-France-dans-l-evaluation-de-la-couverture-vaccinale> (Consulté le 13-05-2019).
- 21- Code du travail, article R. 231-65. Accessible à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006806570> (Consulté le 13-05-2019).
- 22- Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), ministère de la Santé et des Sports, Haut Conseil de la santé publique (HSCP). Recommandations – Surveiller et prévenir les infections associées aux soins du ministère de la Santé. Hygiènes 2010;18(4):1-175. Accessible à : https://sf2h.net/wp-content/uploads/2010/09/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf (Consulté le 13-05-2019).
- 23- Haute Autorité de santé (HAS). IQSS 2019 - ISO-ORTHO : Infections du site opératoire après pose de prothèse de hanche ou de genou [internet]. HAS ; 21 décembre 2018. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2806593/fr/iqss-2018-iso-ortho-infections-du-site-operatoire-apres-pose-de-prothese-de-hanche-ou-de-genou (Consulté le 13-05-2019).
- 24- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS) [internet]. OCDE ; 19 mars 2019. Accessible à : <http://www.oecd.org/health/paris.htm> (Consulté le 13-05-2019).

25- Gurría A, Porter M. Putting People at the Centre of Health Care [internet]. The Huffington Post ; January 19, 2018. Accessible à : https://www.huffpost.com/entry/putting-people-at-the-cen_b_14247824?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cDovL3d3dy5vZW5kLm9yZy9oZW50ZGFyYXMuHRt&guce_referrer_sig=AQAAAJ8T1b9gBMchaOObiyoNnFZHiAVxE1tGZ0Pmws4hk_kXvFBA-ayhgWz0EiGRqvCHt76yugtyrgeW1NRALT-k4OAhS013Xe76GbHLSp1_GVs-pbyJD_i_8mLuahNmVAh-b4WuHC_Bc1whFTqITeP7_GiK9KALbMFMFpZpHkLDyomSW (Consulté le 13-05-2019).

Citation

Bejaoui M, Rousseau F, Banaei-Bouchareb L, Renoux A, Bally B, Morin S, May-Michelangeli L. Infections associées aux soins : quelle évolution des indicateurs en France ? Hygiènes 2019;27(3):97-104.

26- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). PaRIS – Patient – Reported Indicators Survey – The next generation of OECD health statistics. OCDE ; 16 janvier 2017. 4 p. Accessible à : <https://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-Booklet.pdf> (Consulté le 13-05-2019).

27- Bjertnaes O, Eeg Skudal K, Hestad Iversen H, et al. The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I): assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability. BMJ Qual Saf 2013;22(9):743-751. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756465/> (Consulté le 13-05-2019).

Historique

Reçu 30 janvier 2019 – Accepté 24 avril 2019 – Publié 27 mai 2019

Financement : aucun.

Conflit potentiel d'intérêts : aucun.