



Les nouveaux indicateurs



du PROPIN 2009-13

Les tendances évolutives des indicateurs

- Passer d'indicateurs de processus à des indicateurs de résultats
- Utiliser et valoriser les données des surveillances nationales et permettre des analyses régionales
- Réduire les disparités
- Mettre l'accent sur la prévention, notamment lors des gestes à haut risque, et les problèmes émergents
- Généraliser l'utilisation d'outils d'aide à l'observance
- Tendre vers une culture d'anticipation et de gestion des risques

Les Grands thèmes du PROPIN

PROGRAMME D' ACTIONS

- I. **Promouvoir une Culture Partagée de Qualité et Sécurité des Soins**
 - *Pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux*
- II. **Optimiser le Recueil et l'Utilisation des Données de Surveillance**
 - *Pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention*
- III. **Anticiper et Détecter l'Emergence d'Agents Pathogènes à Potentiel Epidémique**
 - *Pour prévenir et maîtriser leur diffusion*
- IV. **Maintenir l'Usager au Centre du Dispositif**
 - *Pour améliorer la transparence et la prise en charge des patients infectés*
- V. **Améliorer l'Organisation du Dispositif de Prévention des Infections Nosocomiales**
 - *Pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux*
- VI. **Promouvoir la Recherche sur les Infections Nosocomiales**
 - *Pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention*

Les Grands thèmes du PROPIN

OBJECTIFS QUANTIFIES

- Améliorer la Prévention des Infections Associées aux **Actes Invasifs**
- Maitriser la Diffusion des **Bactéries Multi-Résistantes** et l'Émergence de Phénomènes Infectieux à Potentiel Epidémique
- Améliorer **l'Organisation du Dispositif** de Prévention des Infections Nosocomiales.

1. Prévention des IA aux Actes Invasifs: *Objectifs Quantifiés (Nationaux) de résultats*

- **En 2012, le taux d'incidence* des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation** pour 1000 jours d'exposition aux CVC a **diminué d'un quart** [données de référence : REA RAISIN 2008]
- **En 2012, le taux d'incidence* des infections du site opératoire** pour 100 actes, **pour des interventions ciblées** à faible risque d'infection, a globalement diminué d'un quart**, y compris pour les infections profondes [données de référence : ISO RAISIN 2008]
- **En 2012, le taux d'incidence* des accidents exposant au sang** pour 100 lits, a **diminué d'un quart** globalement et par catégorie d'établissements [données de référence : AES RAISIN 2008]

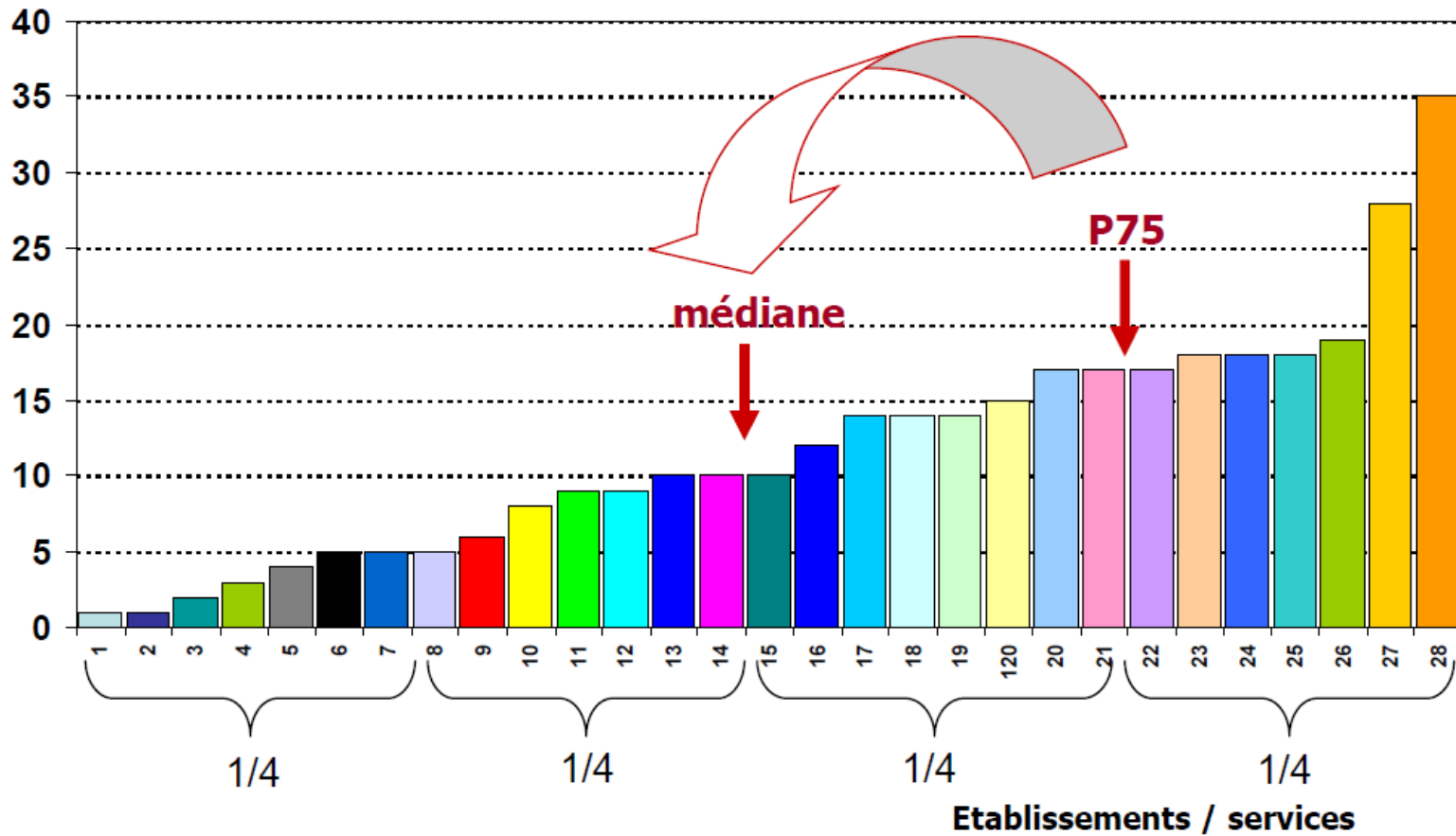
* la *valeur cible* utilisée est le troisième interquartile de la distribution des taux (P75, qui reflète la valeur maximale de 75% de l'ensemble des taux observés dans le réseau), dont on attend qu'elle tende vers le taux médian observés avant la période du programme 2009-13.

** les *interventions ciblées* sont : cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein.

Valeur cible: le p75

Taux d'incidence

Le P75 de l'incidence 2012 doit tendre vers la médiane de 2008



Taux de BLC-CVC en réanimation

Réa-Raisin


2007

Médiane nationale et interquartile

	N serv	Moy.	+/-ds	Min.	P25	Méd.	P75	Max.
Nationale	165	0,97	1,40	0,00	0,00	0,47	1,50	8,23
PN	42	1,21	1,40	0,00	0,00	0,93	2,00	5,45
O	19	1,02	1,02	0,00	0,00	0,88	2,01	2,85
E	25	1,08	1,59	0,00	0,00	0,58	1,70	6,67
S-E	63	0,78	1,48	0,00	0,00	0,00	1,06	8,23
S-O	16	0,90	1,20	0,00	0,00	0,69	1,23	4,26

Evolution 2004 - 2007

Année	N serv.	Moy.	ds	Min.	P25	Méd.	P75	Max.
2007	165	0,97	1,40	0,00	0,00	0,47	1,50	8,23
2006	158	0,89	1,42	0,00	0,00	0,00	1,45	9,07
2005	151	0,68	1,31	0,00	0,00	0,00	1,04	6,27
2004	133	0,84	1,60	0,00	0,00	0,00	1,16	10,53



L'exemple des ISO, 2004-07

Nouveaux Indicateurs LIN

	n	Moy.	sd	p25	p50	p75
2004	118	1,63	0,16	0,52	1,16	2,24
2005	176	1,37	0,13	0,00	0,96	1,91
2006	357	1,31	0,10	0,00	0,78	1,80
2007	393	1,25	0,09	0,00	0,76	<u>1,65</u>

- 26 %

Taux d'infections pour 100 actes

D'après F. L'Hériteau & coll, CCPN: Utilisation des données de surveillance pour évaluer le Propin 2009-13.

1. Prévention des IA aux Actes Invasifs: *Objectifs (locaux) de Moyens et Processus (1)*

OUTILS D'AIDE à L'OBSERVANCE (type Check-liste)

- **En 2012**, 100% des établissements pratiquant la *réanimation (décret)* utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections de CVC lors de la pose et de la surveillance
- **En 2012**, 100% des établissements utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques et des sondes urinaires
- **En 2012**, 100% des établissements pratiquant la *chirurgie* utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque infectieux péri-opératoire

1. Prévention des IA aux Actes Invasifs: *Objectifs (locaux) de Moyens et Processus (2)*

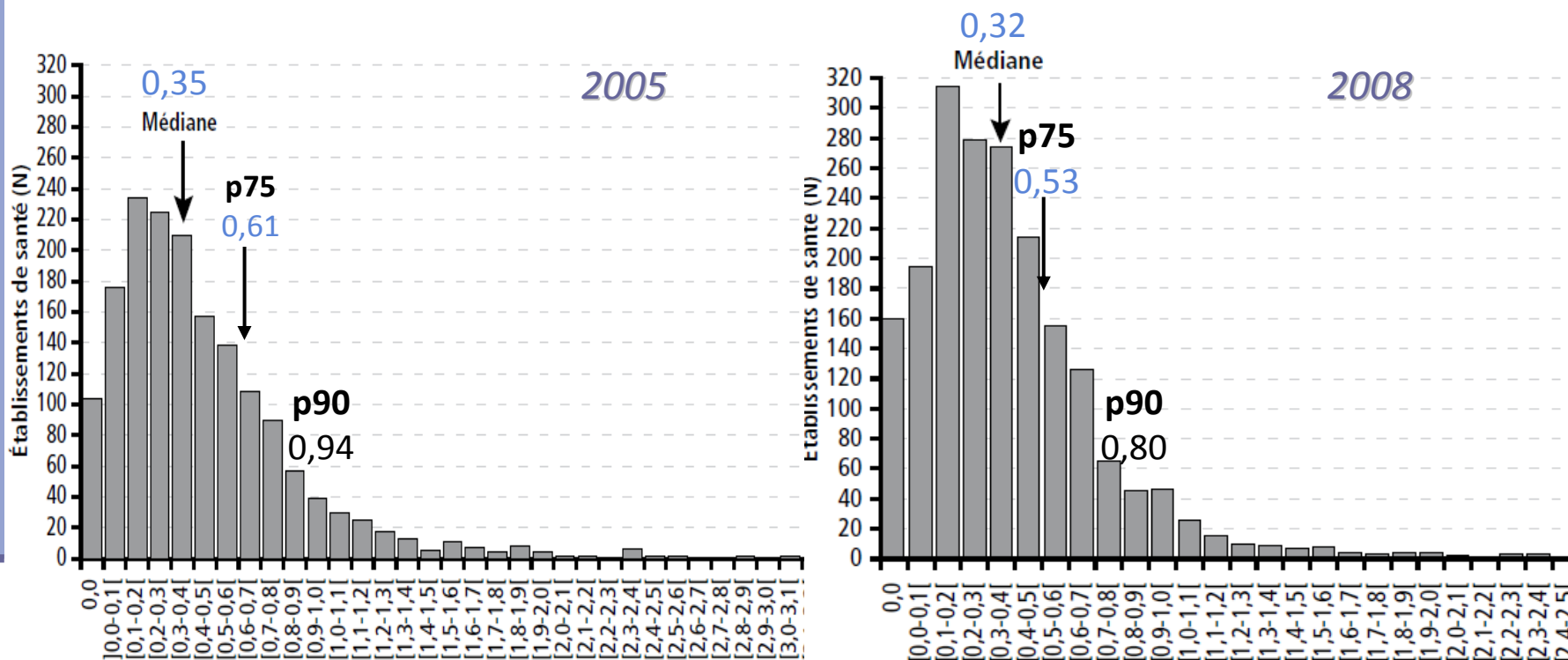
- **En 2012**, 95% des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des ISO dans leur système d'information hospitalier.
- **En 2012**, 100% des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'événements infectieux graves.
- **En 2012**, 100% des établissements assurent, avec la médecine du travail, la surveillance des accidents exposant au sang (AES) survenant dans l'établissement, et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES.

2. Maitriser l'émergence et la diffusion des BMR: *Objectifs Quantifiés (Nationaux) de Résultats*

- **En 2012**, le taux d'incidence* des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a **diminué d'un quart**, y compris pour les bactériémies à SARM [données de référence : BMR RAISIN 2008]
- **En 2012**, la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1% au niveau national [référence : réseau EARSS-France]

* la valeur cible utilisée est le troisième interquartile de la distribution des taux (P75), dont on attend qu'elle tende vers le taux médian (valeur maximale observée pour 50% des taux) observés avant la période du programme 2009-2013.

L'exemple des SARM, 2005-08



Incidence de SARM p.1000 JH

D'après B. Coignard & coll, Infections à SARM dans les ES, 2005-2008. Rapport InVS 2010

Taux d'incidence Infections à SARM, par CClin

C-Clin	Nb ES	Incidence SARM p.1000 JH en 2007				
		Min	P25	Med.	P75	Max.
Ouest	204	0	0	0,18	0,44	5,81
Sud-Est	178	0	0,14	0,35	0,55	2,28
Est	120	0	0,15	0,40	0,67	3,06
PN (dt APHP)	150	0	0,28	0,47	0,70	1,73
Sud-Ouest	100	0	0,32	0,57	0,84	9,5
National	752	0	0,14	0,37	0,62	9,5

Bactériémies à SARM

Incidence pour 10 000 JH, 2007

Nouveaux Indicateurs LIN

	Nb EtS	Nb B-SARM	Nb JH	Incidence B-SARM / 10 000 JH
Cclin PNord	117	187	3 645 495	0,51
dt AP-HP	36	75	1 571 853	0,48
Cclin Est	119	118	2 435 881	0,48
Cclin Ouest	207	124	3 596 990	0,35
Cclin S-Est	178	101	2 830 587	0,36
Cclin S-Ouest	98	90	2 189 883	0,41
Total	755	695	16 270 689	0,43

2. Maitriser l'émergence et la diffusion des BMR: *Objectifs (locaux) de Moyens et Processus*

- **En 2012**, 100% des établissements de santé ont atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques
- **En 2012**, 100% des établissements de santé ont défini un plan d'actions de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, adapté à leur activité
- **En 2012**, 100% des établissements de santé concernés ont inscrit la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e et la 72^e heure dans la politique de bon usage des antibiotiques et évaluent son application dans le dossier patient
- **En 2012**, 100% des établissements de santé disposent d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène infectieux émergent à haut risque épidémique

Objectifs Nationaux 2009-2013

	Mesure	Source	Objectif 2012
1. BL-CVC	Incidence p.1000 j-cath posés en réanimation	Rea-RAISIN	Réduction de 25% du P75 national
2. ISO	Incidence globale p. 100 interventions cibles de classes NNIS 0-1 ⁽¹⁾	ISO-RAISIN	Réduction de 25% du P75 national, pour l'ensemble ISO, y compris pour les infections profondes
3. AES	Incidence des AES p.100 lits, stratifié par catégorie d'ES	AES-RAISIN	Réduction de 25% du P75 national pour chaque catégorie d'ES
4. SARM	Incidence des infections à SARM (isolats cliniques) p.1000 JH, stratifié par catégorie d'ES	BMR-RAISIN	Réduction de 25% du P75 national pour chaque catégorie d'ES, y compris pour les bactériémies nosocomiales
5. ERG	Taux d'ERG dans l'espèce <i>E.faecium</i>	EARSS-Fr	Inférieur à 1%

¹ cure de hernie inguinale ou de paroi, cholécystectomie, chirurgie orthopédique prothétique, césarienne, chirurgie du sein, hernie discale?

Simulations sur les données 2007

Indic.	Taux global 2007	Med	P25 – P75	(max)	Objectif 2012
1. BLC	0.97 (moy. CClins)	0,47	0,0 – 1,50	(8,2)	P75 ≤ 1,12 (=P75 de 2004)
2. ISO	1,30 (moy. CClins)	0,80	0,0 – 1,74		P75 ≤ 1,3 (=P50 de 2004)
3. AES	7,5 (brut)	4,4	1,8 – 8,0		- 25% par catégorie d'ES
4. SARM	? 0,40	0,37	0,14 – 0,62	(9,5)	- 25 % par catégorie d'ES

Evolution des Indicateurs

1. Indicateurs de Processus
 - ICALIN 2: Ajout d'items au bilan d'activité, basés sur les objectifs du Propin
 - ICSHA 2 (2010 – 2013)
2. Indicateurs de Résultats
 - Bactériémies liées aux CVC (réa, hors-réa ?)
 - ICABMR (+infections à SARM)
 - Taux d'ISO
 - Taux de bactériémies post-opératoires ?

NB: 2011, année de transition:

- Transfert du pilotage des indicateurs de la DGS à la DGOS
- + transfert de la gestion des indicateurs de la DGS à l'ATIH
- Simulation nouveaux indicateurs de processus sur les données 2010.

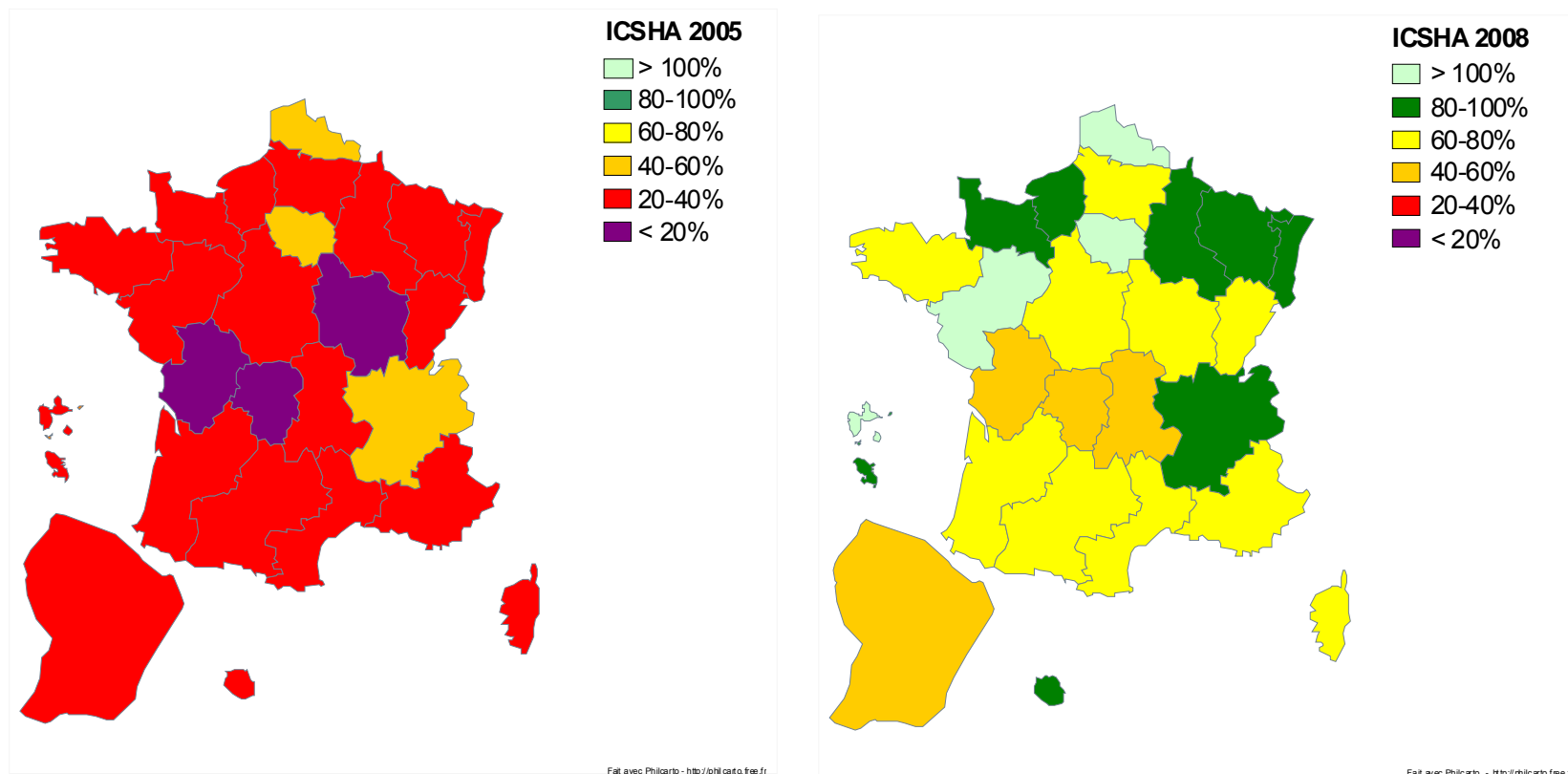
Calendrier d'évolution des Indicateurs

Nouveaux Indicateurs LIN

	2010	2011	2012	2013
ICALIN*	1	2?	2	2
ICSHA	2a	2b	2c	2d
SARM	1	1	?	2
SURVISO	1	1	1	2
ICABMR	-	-	+?	+?
ICATB	1	1	2?	2?
Sc Agrégé	1	1	?	?

* ICALIN 2 intègre les indicateurs de processus et moyens

Evolution ICSHA 2005-08



http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evolution_d_ICSHA_vers_ICSHA2.pdf

Principes d'évolution de l'ICSHA2

- Ajout (individualisation) de certaines activités:
 - blocs, USI-USC
 - HDJ et séances (chimiothérapie, ..)
- Augmentation du nb de frictions pour certaines activités :
 - Médecine, obstétrique, hémodialyse, soins de suite, HAD)
- Etalement sur 4 ans l'augmentation des objectifs
- Adoption d'un classement en 5 classes d'amplitude équivalente

Evolution ICSHA2: nb de frictions/activité

Nouveaux Indicateurs LIN

HOSPI COMPLETE	Année n0	n1	n2	n3	n4
Médecine	7	7	7	7,5	8
Chirurgie	9	9	9	9	9
→ Bloc chir (/ entrée)	0	2	4	6	8
Réanimation	40	40	40	40	40
→ USI-USC	0	7	14	21	28
Obstétrique	8	9	10	11	12
→ Accouchement ss césarienne	0	3	7	10	14
Accouchement avec césarienne	0	2	4	6	8
Soins de suite	5	6	7	8	9
Rééduc. fonctionnelle	5	5,5	6	6,5	7
SLD	4	4	4	4	4
Psychiatrie	2	2	2	2	2
Hémodialyse (séance)	6	7	8	9	10
HAD (jour)	2	2,5	3	3,5	4
Urgences (passage)	2	2	2	2	2

Evolution ICSHA2 selon la catégorie d'ES

Tableau 5 : Evolution moyenne du % d'évolution de l'objectif personnalisé entre n0et n4 selon le type de l'établissement (N=2 680 ES).

	N	Evolution moyenne			
		n0-n1	n1-n2	n2-n3	n3-n4
CHR-CHU	71	+12,5	+7,5	+8,4	+8,0
CH-CHG	544	+7,1	+6,9	+8,4	+7,9
PSY	281	+1,3	+0,4	+0,4	+0,4
H. LOCAL	337	+7,1	+6,4	+7,6	+6,9
MCO	584	+22,5	+15,9	+13,5	+13,1
SSR-SLD	699	+15,7	+14,1	+12,2	+10,2
CLCC	20	+20,7	+22,2	+16,2	+17,7
HAD	72	+32,9	+19,4	+16,3	+14,0
HEMO	72	+19,5	+16,5	+12,9	+11,4
Total	2 680	+13,4	+10,7	+10,0	+9,1

Et modification du classement, en 5 classes d'amplitude équivalentes, avec les bornes suivantes/OP : 0 - 20 – 40 – 60 – 80 – 100 %

[E D C B A]

3. Améliorer l'Organisation du Dispositif de Prévention des IN: *Objectifs de Processus et Moyens*

- *En 2012, 100% des établissements de santé ont une **procédure de signalement** interne et externe opérationnelle*
- *En 2012, 100 % des établissements sont en conformité avec les spécifications de l'encadrement en **personnel** des équipes opérationnelles d'hygiène*
- *En 2012, 100% des établissements de santé mettent en oeuvre des **outils d'évaluation des pratiques professionnelles** portant sur la gestion du risque infectieux*
- *En 2012, 100% des établissements ont mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la **couverture vaccinale** pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B*
- *En 2012, 100% des centres participants au dispositif de **prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes** évaluent la **satisfaction des patients** pris en charge par le dispositif*

Les indicateurs: Pour qui? Pour quoi?

- **Mise à disposition du public** par les ES, des indicateurs de qualité et sécurité des soins (*décret dec. 2009, instruction 9 juin 2010*)
- Communication nationale : site PLATINES (<http://www.platines.sante.gouv.fr>) pour les MCO et pour les autres (SSR, HAD, Psy,), sur le site du ministère (<http://www.icalin.sante.gouv.fr/>)
- **Communication locale:**
 - les cinq indicateurs du **tableau de bord des IN** :
 - (ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, Score Agrégé)
 - les cinq **indicateurs de qualité** issus du dossier du patient:
 - (Tenue du dossier, délai d'envoi des CRH, évaluation douleur, troubles nutritionnels, dossier anesthésique)
- Utilisation **régionale... et locale**
- ... incitant les équipes à mesurer leur performance et progresser!

Et ailleurs?

- US (AHRQ)
 - Postoperative sepsis (chir programmée)
 - CVC-related BSI (niveau ES, et régional)
 - MRSA infection rate
- UK (HPA)
 - MRSA bacteraemia (2001)
 - CDAD (2004)
 - SSI orthopaedic surgery (2004)

Les objectifs US (1)

	Mesure	Données source	Cible nationale à 5 ans
1. CLABSI 1	CLABSIs per 1000 device days by ICU and other locations	CDC NHSN; Administrative discharge data ¹	below present NHSN 25th percentile by location type (75% reduction in Stratified Infection Ratio)
2. CLABSI 4	Central line bundle compliance (non-emergent insertion)	NHSN CLIP module	100% compliance with central line bundle (non-emergent insertions)
5. MRSA 1	Incidence rate per 100,000 persons) of invasive MRSA infections	CDC EIP/ABCs	50% reduction in incidence rate of all healthcare-associated invasive MRSA infections

¹ Any source that would provide **nationally representative hospital discharge coding** (i.e., ICD9 or, in the future, ICD10) data, including such sources as the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Healthcare Cost and Utilization Project, the CDC National Center for Health Statistics or National Hospital Discharge Survey, and those in the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

Les objectifs US (2)

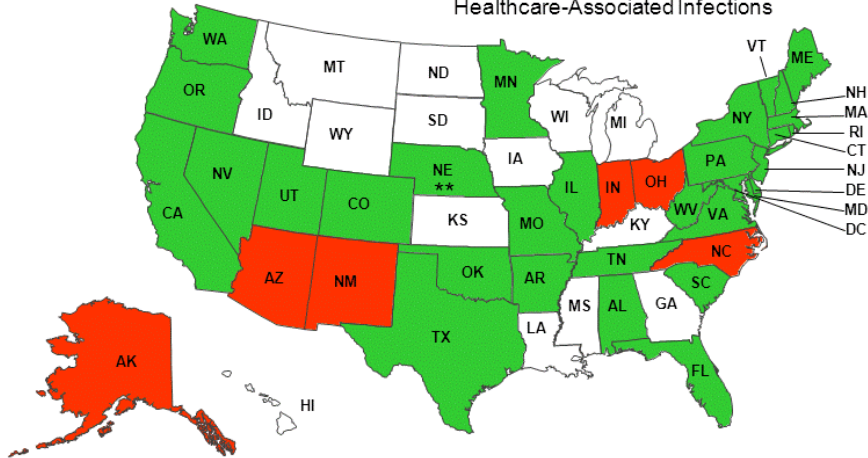
	Mesure	données source	Cible nationale à 5 ans
6. SSI 1	Deep incision and organ space infection rates p.100 procedures (NHSN definitions)	CDC NHSN	Median deep incision and organ space infection rate for each procedure/risk group at or below the current NHSN 25th percentile
7. SSI 2	Adherence to SCIP/NQF infection process measures ¹	CMS SCIP	95% adherence rate to each SCIP infection process measure
4. CAUTI 2	Incidence rate per 1,000 catheter-days of symptomatic UTI	CDC NHSN; (major surgery+ UrCath)	25% reduction
3. CDI 1	Incidence rate p.1000 pt-d		30% reduction in incidence rate (to be revisited in 2 years)

¹ perioperative antibiotics, hair removal, postoperative glucose control, normothermia

Aux USA

HAI Reporting Laws and Regulations

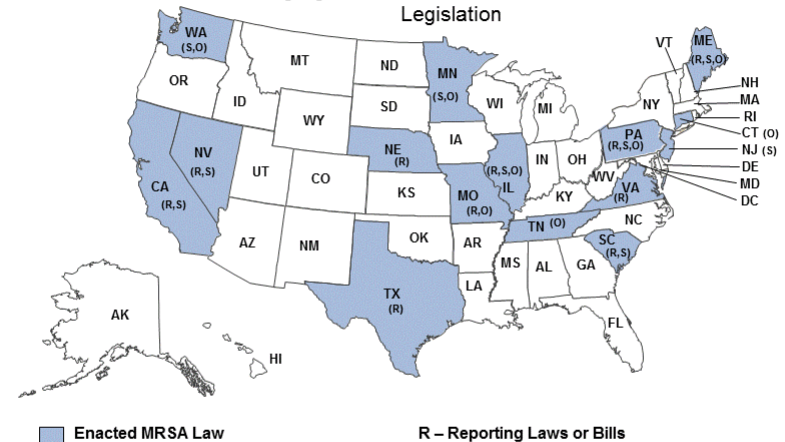
States That Have Enacted Laws Relating to Reporting of Healthcare-Associated Infections



- States with study laws
- Mandates public reporting of infection rates
- ** Voluntary

MRSA Laws

Highlighted States have Enacted MRSA Legislation



- Enacted MRSA Law
- R** – Reporting Laws or Bills
- S** – Screening Laws or Bills
- O** – Other Laws or Bills (e.g., studies, pilots, other infection control requirements)

Copyright 2008 – Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Please contact legislation@apic.org for preprint permission and update requests. updated 4/21/11.

Copyright 2008 – Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Please contact legislation@apic.org for preprint permission and update requests. Last updated 3/24/11.

Au Canada



Patient Safety Indicator Reporting: Search Results

Hotel Dieu Grace Hospital [View Hospital Website](#)
[Download Historical Data](#) [View Provincial Summary](#)

Hospital Corporation Name	HOTEL-DIEU GRACE HOSPITAL		
LHIN	Erie St. Clair		
Hospital Group Type	Large Community		

Indicator	Reporting Period	Data	
Clostridium Difficile Infection (CDI)	Feb 01 - Feb 28, 2011	Rate per 1,000 patient days: 0.33 Case Count: <5	Compare with similar hospitals
Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA)	Oct 01 - Dec 31, 2010	Rate per 1,000 patient days: 0.07 Case Count: <5	Compare with similar hospitals
Vancomycin Resistant Enterococci (VRE)	Oct 01 - Dec 31, 2010	Rate per 1,000 patient days: 0.00 Case Count: 0	Compare with similar hospitals
Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)	Apr 01, 2007 - Mar 31, 2008	Canadian Institute for Health Information (CIHI) HSMR reports	CIHI reports HSMR data for eligible acute care hospitals only
Central-Line Primary Blood Stream Infection (CLI)	Oct 01 - Dec 31, 2010	Rate per 1,000 central line days: 1.46 Case Count: <5	Compare with similar hospitals

% hip/knee joint replacement surgical patients who received antibiotics within the appropriate time period before the surgery



Surgical Site Infection Prevention	Oct 01 - Dec 31, 2010	Percent (%): 95.15 Case Count: -
Hand Hygiene Compliance	Apr 01, 2009 - Mar 31, 2010	Compliance before patient contact (%): 80.32 Compliance after patient contact (%): 86.97
Surgical Safety Checklist Compliance (SSCC)	Jul 01, 2010 - Dec 31, 2010	Percent (%): 99.83 Case Count: -

D'après P. Astagneau (Colloque 10 ans du RAISIN, Paris 27 avril 2011)

Remerciements

- Pascal Astagneau
- Anne Carbonne
- Bruno Coignard
- François l'Hériteau
- Pierre Parneix
- Anne Savey