



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ICSHA : évolution d'un indicateur

*26èmes Journées Régionales de
Prévention des infections associées aux soins
du Grand-Est*

Le 21 juin 2018

Dr Meriem BEJAOUI

*Chef de projet indicateurs IAS, service Evaluation et Outils
pour la Qualité et de la Sécurité des Soins (EvOQSS)*

Du bilan standardisé des infections nosocomiales aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Avant 2000 (Depuis 1998) : bilan standardisé des IN envoyé à la tutelle

De 2000 à 2010

2000 : Demande ministérielle « baromètre des IN »

2004-2006 : Construction du tableau de bord de LIN (InVS, COMPAQH)

2005 : 1ere diffusion d'ICALIN

2006 : ICATB, SURVISO, **ICSHA**

2008 : Score agrégé et indice SARM

De 2010 à 2015

2010 : BILAN LIN (DGS) / Développement ATIH - DGOS

2011 : **ICSHA.2**

2012 : ICALIN.2, ICA-LISO (v2 SURVISO) et ICA-BMR

2013 : ICATB.2

A partir de 2016

2016 : Transfert des indicateurs du TbIN à la HAS : IQSS du thème IAS

2018 : **ICSHA.3**



01

ICSHA version 1

ICSHA, introduction au sein du TBIN en 2006

Discours de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, le 18 janvier 2007

« Vous le savez l'hygiène des mains, et en particulier le lavage, la friction des mains avec des produits hydroalcooliques, est un des meilleurs moyens, si simple soit-il, pour prévenir les infections nosocomiales. Dans un hôpital nul ne devrait s'en exonérer : visiteurs, patients et personnels soignants. Le lavage systématique des mains doit devenir un réflexe pour les patients mais aussi les visiteurs qui entrent et sortent d'une chambre d'hôpital. La consommation de produits hydro-alcooliques constitue donc un très bon marqueur de l'investissement d'un hôpital dans cette lutte »

Caractéristiques de la version 1 d'ICSHA

Circulaire N° DHOS/E2/DGS/5C/2006/131 du 13 mars 2006 relative au tableau de bord des infections nosocomiales et portant sur les modalités de calcul et de présentation de l'indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé par les établissements de santé

ICSHA est le rapport entre le volume consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation, exprimé en pourcentage de réalisation de l'objectif.

Objectif personnalisé de consommation de l'établissement : somme des objectifs estimés pour chacune des disciplines représentées dans l'établissement, tenant compte du nombre de **journées d'hospitalisation** réalisées pour chacune.

Exemples : - En médecine, 7 frictions par 24h en moyenne - En réanimation, une friction toutes les demi heures, soit 48 frictions par jour. - En psychiatrie, 2 frictions par jour

Caractéristiques de la version 1 d'ICSHA

Nombre de journées d'hospitalisation :

- Inclusion : hospitalisation complète et de semaine pour l'ensemble des services de soins MCO, SSR, PSY
- Exclusion : séances (y compris **chimiothérapie**), hospitalisation de jour, HAD, consultations, ambulatoires (y compris radiothérapie et hémodialyse en centre).

Pour certaines catégories d'établissements de santé

(HAD, hémodialyse, maisons d'enfants à caractère sanitaire et social), un dénominateur adapté à leur activité est utilisé.

Modalités de restitution des résultats ICSHA

L'objectif quantifié national est le même pour toutes les structures :
20 litres pour 1 000 journées d'hospitalisation.

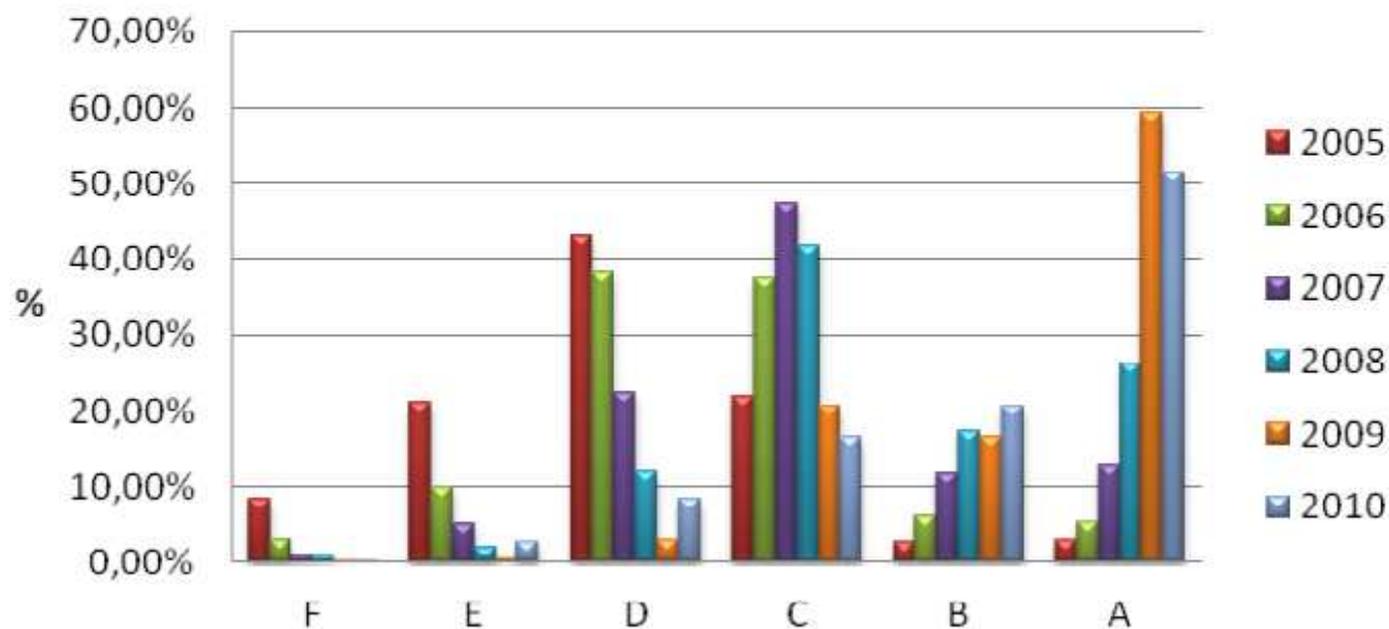
« Une friction est réalisée avec 3 mL de produit environ. Si pour un patient, il y a une friction par jour, cela représente pour 1000 JH une consommation de 3 litres. L'objectif national de 20 litres pour 1000 journées d'hospitalisation, peut se traduire par l'équivalent, en moyenne, de **7 frictions** effectuées par patient et par jour.

Répartition des scores en 5 classes de performance : A à F selon le schéma suivant : $E < 10\% \leq D < 30\% \leq C < 70\% \leq B < 90\% \leq A$ - F = Non répondants

Distribution nationale par classe : ICSHA 2005							
Classe	A	B	C	D	E	F	Total
Total (n) ES	83	76	606	1193	585	234	2777
Pourcentage	3,0%	2,7%	21,8%	43,0%	21,1%	8,4%	100%

Résultats d'ICSHA version 1 : 2005 à 2010

Evolution par classe de performance de l'indicateur ICHSA entre 2005 et 2010



➤ On passe de 6% d'ES en A ou B à 70% d'ES en A ou B



02

ICSHA version 2

ICSHA.1 devient ICSHA.2

Constat : 5 années de diffusion de la première version d'ICSHA
= ralentissement de la progression : on passe de 40% de progression par an
à moins de 10%

Conséquences : décision (DGOS, ATIH, HAS) de faire évoluer ICSHA vers
ICSHA.2 avec comme objectif de relever les objectifs de consommation de
40 % en moyenne

particularité = augmentation progressive sur 4 ans

+ modification des seuils de classes de performance :

On passe de : $E < 10\% \leq D < 30\% \leq C < 70\% \leq B < 90\% \leq A$

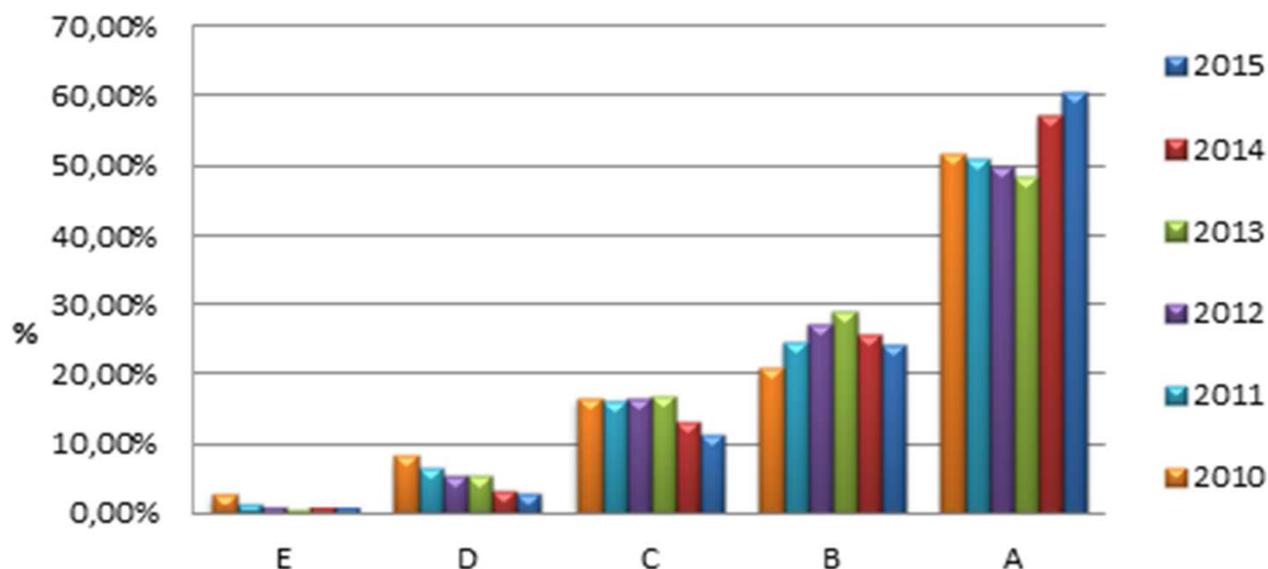
À $E < 20\% \leq D < 40\% \leq C < 60\% \leq B < 80\% \leq A$

De ICSHA.1 à ICSHA.2 : augmentation des seuils de FHA

Spécialités	Nombre minimal de frictions par acte		
	ICSHA.1 (2006)	ICSHA.2 (2010)	ICSHA.2 (2015)
HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE			
Médecine	7	7	8
Chirurgie	9	9	9
Réanimation	40	40	40
USI-USC	7 à 9	7	28
Obstétrique	8	9	12
Accouchement sans césarienne	-	3	14
Accouchement avec césarienne	-	2	8
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	5	6	7
Soins de longue durée	4	4	4
Psychiatrie	2	2	2
Hémodialyse (par séance)	6	7	10
HAD (par jour)	2	2,5	4
Urgences (par passage)	2	2	2
HOSPITALISATION DE JOUR			
Hôpital de jour de médecine		1	3
Hôpital de jour de chirurgie		1	3
Hôpital de jour d'obstétrique		1	5
Hôpital de jour de psychiatrie		0,5	1
Hôpital de jour SSR et RF		0,5	3
Bloc chirurgical		2	8
Séance de chimiothérapie		1	5

Résultats d'ICSHA.2 : 2010 à 2015

Evolution par classe de performance de l'indicateur ICSHA.2 entre 2010 et 2015



Note : les classes ne sont pas comparables d'une année sur l'autre de 2010 à 2013, en raison du relèvement progressif des objectifs minimaux de frictions par acte

- Si on compare quand même on passe de 70% d'ES en A ou B à 85% d'ES en A ou B



03

ICSHA version 3

De ICSHA.2 à ICSHA.3

Constats

Après 4 années de diffusion d'ICSHA.2 : très grande majorité des ES ont atteint les classes A ou B (82% en 2014) + progression annuelle ralentie.

Conséquences

Evolution nécessaire → constitution d'un groupe de travail *ad hoc* en 2014 (DGOS, HAS, ATIH, DREES)

Objectifs

- ✓ Réévaluer le seuil des FHA/jour/patient/activité
- ✓ Evaluer les possibilités de mesurer la consommation /secteur
- ✓ Intégrer des nouvelles activités comme SSPI et endoscopie, radiologie interventionnelle
- ✓ Passer aux volumes délivrés et non commandés en laissant de côté l'effet stock qui se lisse sur un an

De ICSHA.2 à ICSHA.3 : augmentation des seuils de FHA

Spécialités	Nombre minimal de frictions par acte	
	ICSHA.2 (2015)	ICSHA.3
HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE		
Médecine	8	10
Chirurgie	9	12
Réanimation	40	43
USI-USC	28	28
Obstétrique	12	12
Accouchement sans césarienne	14	14
Accouchement avec césarienne	8	16
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	7	8
Soins de longue durée	4	7
Psychiatrie	2	4
Hémodialyse (par séance)	10	11
HAD (par jour)	4	6
Urgences (par passage)	2	5
HOSPITALISATION DE JOUR		
Hôpital de jour de médecine	3	5
Hôpital de jour de chirurgie	3	5
Hôpital de jour d'obstétrique	5	5
Hôpital de jour de psychiatrie	1	2
Hôpital de jour de SSR et RF	3	5
Bloc chirurgical	8	14
Séance de chimiothérapie	5	6

+30 à 40% en moyenne

ICSHA.3 : résultats de la 1^{ère} expérimentation 2016

Expérimentation avec participation obligatoire sans diffusion publique

Nombreuses réactions de la part des ES (plus de 900)

- ✓ problème de faisabilité pour individualiser les consommations de PHA par secteur d'activité
- ✓ Augmentation importante des seuils de FHA par rapport à ICSHA.2

Conséquences

- ✓ Abandon de l'ICSHA/secteur
- ✓ Nouvel objectif à expérimenter : évaluer le poids de la consommation du seul secteur bloc/SSPI sur le score global d'ICSHA.3
- ✓ Recueil des quantités commandées + délivrées pour voir la ≠
- ✓ Nécessité de préparer les établissements à la hausse des seuils de FHA : ICSHA.2 V2

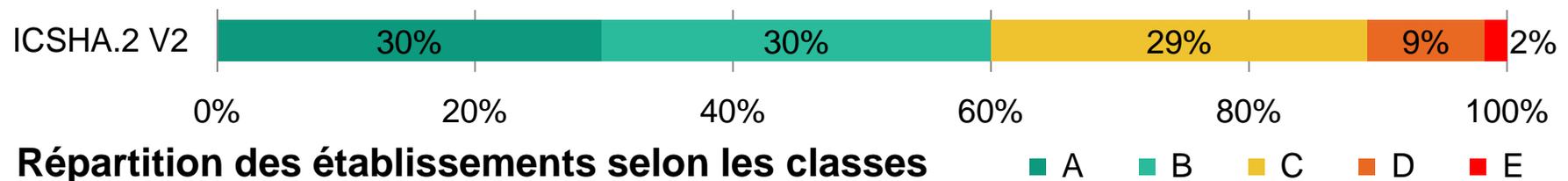
ICSHA.2 v2

- Même seuils de FHA que ceux retenus pour ICSHA.3
- Mais pas le même dénominateur qu'ICSHA.3 (endoscopie, radio interventionnelle, bloc par passage.....)
- Mais c'est toujours la version 2 d'ICSHA car ont recueilli les volumes **commandés**

Conséquences

- Rupture de comparaison : non calcul de l'évolution entre ICSHA.2 et ICSHA.2 v2 (IFAQ, Scope) car méthodologiquement incorrect
- modification du nom pour précision: **ICSHA.2 V2**

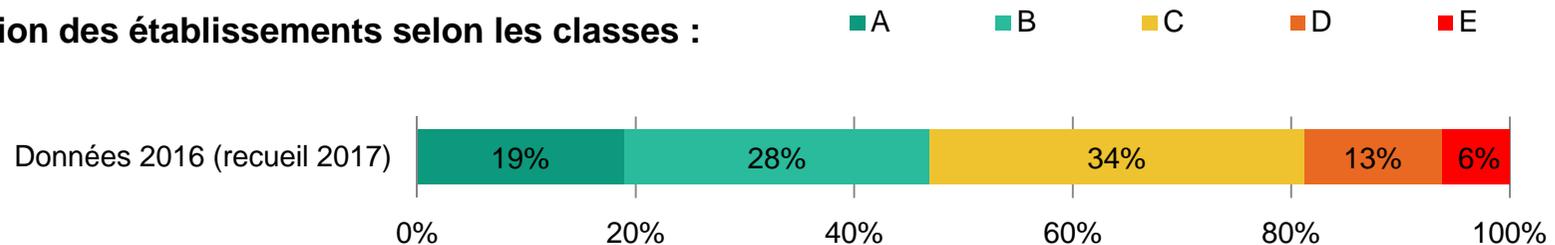
Résultats 2017



ICSHA.3 : résultats de la 2nde expérimentation 2017

- La moitié des établissements a délivré une quantité de PHA inférieure à 60 % de leur volume minimal théorique à délivrer
- Pour 80 % des établissements doté d'un bloc, la prise en compte de la consommation de PHA au bloc fait peu varier les résultats d'ICSHA.3 (aucun changement de classe).
- Discordance détectée entre les quantités de PHA commandés théoriquement équivalentes pour ICSHA.2V2 et ICSHA.3 : confusion?
- Classement des ES avec les seuils de performance d'ICSHA.2 : 47% des ES en A ou B

Répartition des établissements selon les classes :



ICSHA.3 : version 2018

Suite aux résultats des 2 expérimentations d'ICSHA.3, il a été décidé avec le groupe de travail IAS que pour 2018 :

- Seuls les volumes **délivrés** seront recueillis (évite les confusions)
- Le volume spécifique au bloc/SPPI sera recueilli en tant qu'information complémentaire (non diffusée)
- **Seuils de performance et classement** modifiés par rapport à ICSHA.2

ICSHA.3 : nouveau classement

ICSHA.2

Classe de performance	% de l'objectif minimum personnalisé	Couleur
A	> 80%	Vert
B	De 60% à 80%	Vert clair
C	De 40% à 60%	Jaune
D	De 20% à 40%	Orange
E	<20%	Rouge



ICSHA.3

Classe de performance	% du volume minimal théorique de PHA à délivrer	Couleur
A	≥ 100%	Vert
B	De 80% à 99%	Jaune
C	<80%	Rouge

Classement simplifié

- ✓ amélioration de la lecture des résultats : plus que 3 classes
- ✓ harmonisation avec les autres IQSS (issus du dossier patient)
- ✓ Seuils de performance augmentés : pour être en classe A il faut atteindre **son objectif minimum**

Avec ce nouveau classement : 6 % des établissements classés en A, 13% en B et 81 % en C (simulation avec résultats 2017 d'ICSHA.3) → attention à l'interprétation des résultats car **biais important** (confusion entre vol délivrés et commandés)

ICSHA.3 : beaucoup de changements

Pourquoi augmenter les seuils de FHA et les seuils de performance des classes la même année ?

- Pour conserver le suivi de l'évolution (IFAQ, scope...) : si on change tous les ans on ne peut plus comparer les résultats d'une année sur l'autre ;
- Pour redonner une dynamique importante à cet indicateur (rappel, ralentissement important de la progression avec une majorité des ES classés en A ou B ces dernières années) ;
- Pour garder la pression sur la friction hydroalcoolique et les PHA (bad buzz...)



04

ICSHA version 4?

Perspectives d'évolution/développement d'un indicateur sur l'HDM

Rappel : ICSHA est un indicateur **indirect** de la mise en œuvre effective de l'HDM par la technique de FHA : reflète-t-il réellement cette pratique?

Très peu d'arguments scientifiques montrant une corrélation entre ICSHA et le taux d'infections nosocomiales

Contexte politique : stratégie de transformation du système de santé, Edouard Philippe et Agnès Buzyn, février 2018

- ✓ 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

Et si on interrogeait le patient sur l'HDM des professionnels de santé ?

Patient Reported Incident Measures

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 en Norvège

Inclusions de questions « PRIMS » au sein du questionnaire national / expérience patient

En tout 13 questions , 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'EIG 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

A quoi pourrait ressembler le thème IAS en 2019 ?

