



## Evolution de l'indicateur ICSHA : vers ICSHA 3 pourquoi ?

Pierre Parneix , Cclin Sud-Ouest

[pierre.parneix@chu-bordeaux.fr](mailto:pierre.parneix@chu-bordeaux.fr)

Suite à une décision de la COSPIN (Commission de suivi de la prévention des infections associées aux soins) lors de sa réunion de décembre 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins a confié au Cclin Sud-ouest en janvier 2014 la mission d'animer un groupe de travail visant à réviser les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA 2.

Le groupe de travail s'est réuni pour la première fois le 12 février 2014. Les experts sont partis de l'analyse des données ICSHA 2 2010-2012 qui montraient qu'à la fois la très grande majorité des établissements avait atteint les classes A ou B mais aussi que la progression annuelle de la consommation s'était ralentie. Là où 5 ans auparavant on observait des progressions annuelles de près de 40% de la consommation des SHA, on était désormais sur des valeurs de 10% qui équilibraient juste l'augmentation annuelle des objectifs. Toutefois les expériences locales démontraient qu'il existait des marges de progression associées à la disparité de performance des différents secteurs d'activité au sein d'un même établissement. Le groupe s'est accordé à penser qu'aller vers un indicateur de niveau plus fin impliquant les secteurs d'activité était important et correspondait de plus à l'attente des usagers. Par ailleurs, le groupe a fait le constat que peu de connaissances scientifiques sur le sujet étaient disponibles depuis 2009. Les experts ont considéré que l'ICSHA restait un indicateur à visée d'amélioration de la performance et que sa métrologie actuelle équilibrant volume moyen et objectif en opportunité demeurait per-

tinente. Le groupe a d'emblée arrêté le principe d'une enquête auprès des référents bilan LIN pour recueillir leur avis sur les évolutions possibles. Dans l'intervalle plusieurs actions ont été menées pour éclairer les choix du groupe et le contenu de l'enquête :

1. faire la liste des secteurs dont la consommation en SHA est prise en compte dans l'indicateur sans pour autant être associée à un objectif quantifié (consultation, écoles...). L'option de les exclure du calcul ou de leur adjoindre un objectif sera discutée au déroulement.
2. évaluer les possibilités de mesurer la consommation au niveau des secteurs d'activité et le cas échéant décliner une typologie de ces secteurs applicable à l'ensemble des établissements de santé.
3. explorer avec la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) la possibilité d'obtenir les données d'activité nécessaires au calcul de l'indicateur au niveau non plus de l'établissement dans son entier mais des secteurs type pôles ou disciplines.
4. faire le bilan des retours d'expérience tendant à montrer pour certains secteurs (exemple : bloc, HAD...) le caractère peu adapté de l'objectif actuel en termes d'opportunité en particulier.

Cette enquête menée en avril 2014 a permis de recueillir 687 réponses d'établissements dont la typologie était représentative de la base nationale. Sur la base des résultats de cette enquête remis en juillet 2014 le groupe a acté en septembre 2014 cinq grands principes d'évolution de l'indicateur :

1. passer aux volumes délivrés et non commandés en laissant de côté l'effet stock qui se lisse sur un an.
2. proposer un indicateur global et par grand secteur d'activité (Médecine, Chirurgie, SLD, SSR, PSY).
3. intégrer la consommation des seuls secteurs pris en compte en termes d'activité dans l'indicateur (ex : exclure les consultations pour lesquels les données SAE ne sont pas assez fiables).
4. intégrer des nouvelles activités comme SSPI et endoscopie, radiologie interventionnelle, PTI en prenant un objectif pragmatique associé.

Comptabiliser pour le bloc opératoire les procédures (actes correspondant à ceux décrits par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) réalisées et non les passages des patients admis en chirurgie.

5. conserver 3 mL en dose moyenne.

De nombreuses concertations ont été menées avec la DGOS, la DREES, l'ATIH et la HAS, nouvel acteur en charge du tableau de bord des IAS, pour voir ce qu'il était réellement possible de faire avec le nouveau bordereau SAE.

Toutefois, le groupe partageait la vision que l'indicateur ICSHA dans son modèle actuel ne jouait plus un rôle moteur pour une amélioration de l'hygiène des mains et que l'augmentation des objectifs couplée aux actions de promotions habituelles ne suffisait pas à les atteindre. Le constat de terrain pour les EOH était aussi que les équipes de soins ne voulaient souvent plus entendre parler d'hygiène des mains via cette approche (usure de la méthode).

## Place de l'audit

Afficher en complément de l'indicateur de consommation un indicateur d'observance est apparu intéressant au groupe à l'instar de ce qui est fait au Canada et en Australie avec un objectif d'observance de 80% pour des situations choisies. Il s'agit d'une évaluation interne réalisée par l'établissement mais à affichage public.

Le groupe a vu l'opportunité d'un audit qui serait ciblé sur deux situations portées par le futur Propias (multiré-

sistance et actes invasifs) avec par exemple l'observance juste avant le contact avec le patient et en quittant la chambre. L'audit présente aussi l'intérêt de prendre en compte la dimension lavage ; point qui restait encore l'objet de remarques fréquentes dans l'enquête.

Le consensus est devenu moins fort lorsque le groupe s'est attelé à envisager les aspects de méthode : Quels services ? Quelle fréquence ? Affichage public ? Quelle charge de travail ? Il faut noter que pour la saisie les australiens utilisent en temps réel une application numérique. Il a été décidé de demander au Grepsh de réaliser une telle méthodologie. Ce travail est en voie de finalisation actuellement.

Toutefois, la HAS a estimé que dans le système français un indicateur se basant sur une auto-évaluation ne pouvait avoir un statut de diffusion publique si le taux d'observance était la donnée affichée. En Australie, un système de contrôle externe indépendant annuel est mis en place mais nécessite une organisation dédiée à cela. La visite de validation se fait sous forme d'audit associant un représentant externe du système de mesure de l'indicateur et un hygiéniste et un Directeur de l'établissement contrôlé.

## Le Graal de l'objectif

Quels que soient les axes ou les orientations possibles pour un indicateur mains rénové, les débats techniques finissent toujours par revenir au concept d'objectifs à atteindre et de sa définition. Dans l'enquête menée auprès des établissements, nombre des structures répondantes se sont montrées favorables à une nouvelle étude permettant de définir les opportunités. Le groupe a beaucoup débattu de l'expérience lilloise consistant à faire évaluer par chaque service le nombre d'opportunités réelles pour fixer des objectifs plus ambitieux mais plus connectés à la réalité pour les équipes. Le croisement de l'auto-évaluation des équipes avec les actes de soins évalués via le dossier patient montre une très bonne concordance avec une approche non vécue comme un contrôle.

Le groupe était favorable à ce que l'année 2015 soit l'occasion de lancer à l'échelon national une démarche engageante du type « Compte tes opportunités ». Par ailleurs, ce travail pourrait aussi aboutir à un nouveau standard, ou idéal, moins critiqué du nombre d'opportunités. Ce projet a été confié au Grhym (Groupe Hygiène des mains) qui a mené un vaste travail méthodologique

puis un projet expérimental 2015/2016 dont les résultats sont en cours de publication. Les résultats initiaux de cette méthode allaient plutôt dans le sens d'objectifs multipliés par trois par rapport à l'ICSHA 2 ce qui permettrait de se rapprocher de la réalité mais qui n'était pas le souhait remonté par les établissements lors de l'enquête de 2014. La méthode semble toutefois à même de créer une dynamique très positive pour ceux qui l'adoptent avec évidemment un engagement nécessaire important des EOH et des équipes de soins.

La vaste démarche de l'ICSHA 3 avait donc ouvert de nombreuses pistes mais pris aussi du retard quand le calendrier du Tableau de bord des infections nosocomiales 2016 rappela tout le monde à ses obligations.

Sur la base des nombreuses données et éléments de réflexion disponibles une version test expérimentale de l'ICSHA 3 a donc été proposée aux établissements avec des objectifs à la hausse se basant sur la médiane des propositions faites par les établissements en 2014 ; les données Grhym n'étant pas à ce stade disponibles à une large échelle. L'expérimentation a donné lieu à de nombreux commentaires de la part des hygiénistes confrontés à ce changement assez radical et à des systèmes d'information pas toujours à la hauteur de l'enjeu. Par ailleurs, les modalités variées d'organisation des établissements ne permettent pas toujours de scinder les activités aussi finement que proposé par l'indicateur. Sur la base du test, on peut penser que certaines disciplines jugées non essentielles pourront être supprimées du décompte individualisé, et pour certaines dont il sera jugé que le recueil est indispensable, il sera localement peut être nécessaire de faire évoluer les systèmes de recueil.

L'indicateur ICSHA en version 3 a pris en compte la majorité des éléments issus de l'enquête menée en 2014 auprès des utilisateurs de Bilan LIN à savoir : quantités délivrés, objectifs en hausse modérée, inclusion de secteurs jusque-là sans objectif associé, analyse des résultats par grandes disciplines. Au vu des résultats de l'expérimentation la généralisation avec un caractère public de la diffusion, pourront être proposée en 2017 sur la base des données de consommation de 2016, voire en 2018 sur celles de 2017, si l'expérimentation nécessite une année supplémentaire.

L'outil de calcul mensuel de l'ICSHA expérimental est disponible sur le site du Cclin Sud-Ouest.

<http://www.cclin-sudouest.com/outils/epp/#tabs-1>

Maintenir la dynamique autour de l'hygiène des mains nécessite une approche multimodale et le soutien par un indicateur public de performance a montré son utilité dans l'expérience française. Toutefois la rénovation et le changement réguliers des outils restent un impératif dans toute stratégie. Il appartiendra au particulier au nouveau groupe IAS de la HAS de faire des propositions d'évolution sur la base de la phase expérimentale. L'enjeu est fort il ne faut pas s'y tromper et tout indicateur qui n'évolue pas est voué à disparaître.

