

Infections associées aux soins :
propositions pour des
indicateurs de résultats
à visée de diffusion
publique
Auditions

Collection
Avis et Rapports

Infections associées aux soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique

Auditions

Afin d'améliorer l'information du public sur la performance des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales, le HCSP avait sélectionné début 2012 dans un rapport précédent cinq indicateurs, ciblés sur les résultats, susceptibles de faire partie d'un tableau de bord annuel des établissements de santé en complément des indicateurs existants.

Ces indicateurs, considérés comme les plus appropriés par les experts, étaient les suivants :

- Chirurgie prothétique de hanche ou de genou pour les patients considérés comme à risque faible (NNIS-0)
- Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation
- Bactériémies liées aux CVC chez les nouveau-nés
- Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM)
- Proportion de soignants vaccinés contre la grippe.

Le travail des experts a été complété par l'audition de différents acteurs et potentiels utilisateurs de ces indicateurs.

Le présent rapport, qui fait suite à une saisine de la Direction générale de l'offre de soins du 26 août 2013, établit une synthèse de ces auditions. Aucun des indicateurs n'a été considéré comme ne pouvant pas faire l'objet d'une diffusion publique, cependant des divergences sont apparues entre les différents indicateurs étudiés.

**Infections associées aux soins : propositions pour des
indicateurs de résultats à visée de diffusion publique**

Rapport d'auditions

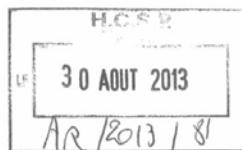
Mai 2014

**Ce rapport a été adopté le 15 mai 2014 par les membres de la Commission spécialisée
Sécurité des patients du HCSP.**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
Saisine.....	4
Groupe de travail et personnes auditionnées.....	6
1. Rappel du contexte et objet de la saisine.....	7
2. Méthode et organisation des auditions.....	7
3. Synthèse des rapports d'audition	8
3- 1- ISO Prothèses	8
3- 2 Bactériémies.....	9
3- 3 Vaccination grippale des soignants	10
4. Conclusion.....	11
Annexes	12
Annexe 1 : Grille d'orientation en vue des auditions	13
Annexe 2 : Courrier du président du HCSP	15
Annexe 3 : Regroupement des auditions par spécialité	16
Annexe 4 : Auditions	21

Saisine



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous directeur du Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Bureau Qualité et sécurité des soins
Affaire suivie par : Sophie Alleaume
Tél. 01 40 56 40 12

sophie.alleaume@sante.gouv.fr

DGOS/bureau/SA/MERC/13/n° 2175

Paris, le 26 AOUT 2013

Sous directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Président du Haut conseil de la santé publique

Objet : Poursuite des travaux du HCSP pour les indicateurs de résultats des infections associées aux soins basés sur un consensus formalisé d'experts, à visée de diffusion publique

PJ : 1^{ère} saisine du HCSP du 21 septembre 2010
2^{ème} saisine du HCSP du 31 janvier 2012

En 2010, une saisine de la Direction générale de l'offre de soins sollicitait le Haut conseil de la santé publique pour expertiser de nouveaux indicateurs de résultats des infections nosocomiales à visée de diffusion publique. Un point d'avancement du travail du groupe d'experts a été présenté à la Cospin du 15 mars 2012 et identifiait qu'un deuxième temps d'auditions des usagers et des sociétés savantes serait programmé. Lors de la présentation du rapport validé par la CsSP (23/05/12) à la Cospin du 5 juillet 2012, les membres de la commission ont souligné la nécessité de demander l'avis des usagers ainsi que la faisabilité du recueil de terrain auprès des professionnels.

Si les résultats produits ont permis d'avancer la réflexion des autorités de santé sur le choix d'indicateurs de résultats en vue de compléter la batterie d'indicateurs existants du tableau de bord des établissements de santé, il reste néanmoins indispensable, comme le souligne le rapport final d'avril 2013, que ces résultats soient soumis à des auditions avec d'autres représentants du système de santé avant de faire l'objet d'une validation par les autorités de santé, en particulier avec les sociétés savantes concernées (notamment de chirurgie et de réanimation) et les associations d'usagers.

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
<http://www.social-sante.gouv.fr/>

Aussi, je vous remercie de poursuivre cette démarche qui sera attendue, dès le premier trimestre 2014, dans le cadre des perspectives des indicateurs d'infections nosocomiales de 3^{ème} génération et des orientations du futur PROPIN.

**Pour le Directeur Général de l'Offre de Soins
et par délégation
le sous-directeur du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins**


Yannick LE GUEN

Groupe de travail et personnes auditionnées

Membres du groupe de travail

Pascal ASTAGNEAU, HCSP-CSSP

Bruno GRANDBASTIEN, HCSP-CSSP

Corinne LE GOASTER, secrétariat général du HCSP

Avec la participation de Dominique GRIMAUD, HCSP-CSSP

Avec l'aide de :

Karin LEBASCLE, CClin Paris-Nord

Claudine LE GRAND, secrétariat général du HCSP

Manon GARDE, stagiaire au secrétariat général du HCSP

Personnes auditionnées

René AMALBERTI - MACSF

Yannick AUJARD - Hôpital Robert Debré, Pôle de périnatalogie, Société française de pédiatrie (SFP)

Chantal BOITEUX - Association Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV)

Philippe BRUNET - Société francophone de dialyse (SFD)

Jocelyne CAILLON - Conférence nationale des présidents de CME de CHU

Marie-Paule CHARIOT - Conférence nationale des présidents de CME privés

Muriel FARTOUKH – Société de réanimation de langue française (SRLF)

Christèle GRAS-LEGUEN - Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (Gfrup)

Julie GAUTHIER – Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Bernard GOUGET – Fédération hospitalière de France (FHF)

Sophie LAFOSSAS – Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH)

Catherine PAUGAM – Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar)

Catherine QUANTIN – CHU de Dijon, Département de l'informatique médicale

Erik RANCE et Jean-Michel RACE – Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)

Philippe ROSSET – Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (Sofcot)

Martine SENE BOURGEOIS - Association Le Lien - CISS

Philippe TOURRAND et Thierry BECHU – Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée (BAQIMEPH), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Philippe VOLARD - Conférence nationale des présidents de CME de CH

Déclarations publiques d'intérêt

Les membres du groupe de travail ont remis une déclaration d'intérêt.

Ce rapport a été rédigé par Pascal ASTAGNEAU, Manon GARDE et Karin LEBASCLE.

1. Rappel du contexte et objet de la saisine

Le 31 janvier 2012, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) afin de déterminer si des indicateurs de performance des établissements de santé dans leur lutte contre les infections nosocomiales, ciblés sur les résultats, en complément des indicateurs de processus actuellement publiés, pouvaient être proposés. La Commission spécialisée Sécurité des patients (CSSP), en charge de la saisine, en s'appuyant sur une démarche de consensus, scientifiquement validée, avait alors sélectionné plusieurs indicateurs dont cinq principaux considérés comme prioritaires. Le rapport préconisait dans sa conclusion de compléter le travail d'experts par des auditions des usagers et des professionnels (cf. rapport du HCSP du 10 avril 2013 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=353>).

Dans ce cadre, le HCSP a été de nouveau saisi par la DGOS le 26 août 2013. Il était demandé au HCSP que les résultats du rapport d'avril 2013 soient soumis à des auditions avec d'autres représentants du système de santé, en particulier avec les sociétés savantes concernées, les fédérations, les représentants des instances hospitalières et les associations d'usagers.

2. Méthode et organisation des auditions

Le groupe de travail de la CSSP, en charge de la saisine a organisé une série d'auditions. Les institutions ou organismes auditionnés ont été choisis sur proposition de la CSSP et les auditions ont été conduites par le représentant désigné de la CSSP avec l'aide du secrétariat général du HCSP et la participation de certains membres de la commission dont son président. Les personnes représentant les organismes ont été auditionnées individuellement. Cinq séances d'audition ont été effectuées entre le 5 décembre 2013 et le 19 février 2014, durant lesquelles 18 entretiens individuels d'une heure ont été menés (parfois par voie téléphonique) et enregistrés, ainsi qu'une contribution écrite. Une grille d'orientation (cf. annexe 1) a été envoyée au préalable ainsi qu'un courrier signé du président du HCSP (cf. annexe 2) rappelant le contexte et les termes de la saisine, et une copie du rapport du HCSP.

Pour rappel, la discussion avec les personnes auditionnées a porté sur les 5 indicateurs considérés comme prioritaires par les experts, quels que soient leurs modes d'expression :

- Chirurgie prothétique de hanche ou genou pour les patients en NNIS-0 (National Nosocomial Infection Surveillance, patients à faible risque)
- Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation,
- Bactériémies liées aux CVC chez les nouveau-nés,
- Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM),
- Proportion de soignants vaccinés contre la grippe.

Les items de la grille d'orientation portaient sur la place, la signification, la faisabilité et l'utilité des indicateurs. L'analyse des entretiens a été effectuée à partir des verbatim enregistrés et des notes prises par les auditeurs pendant les auditions. Un premier tri des éléments a été effectué par catégorie, à savoir usagers, sociétés savantes, fédérations, CME, assurances, Oniam. Les résultats ont ensuite été synthétisés par indicateur.

3. Synthèse des rapports d'audition

La majorité des personnes auditionnées se sont exprimées en faveur de la mise en place d'indicateurs de résultats, qui ont été considérés comme complémentaires aux indicateurs de processus. Il a été mentionné par plusieurs personnes cependant que ces indicateurs n'avaient pas pour but de remplacer la communication individuelle médecin-malade.

Pour chaque indicateur, les principaux éléments issus des auditions sont les suivants. Nous renvoyons aux annexes pour le détail du « verbatim » des entretiens de chaque audition et des vignettes de synthèse par catégorie auditionnée.

3- 1 ISO Prothèses

L'ensemble des personnes auditionnées pense qu'il est pertinent d'avoir un indicateur sur la chirurgie prothétique de hanche ou de genou pour les patients en NNIS-0. Cet indicateur semble aisément compréhensible pour les usagers, sous condition d'une expression simplifiée.

L'indicateur sur la chirurgie prothétique de hanche ou de genou pour les patients en NNIS-0 paraît très pertinent, mais son intérêt est soumis à des conditions de construction et d'affichage. En effet, lors de la construction de l'indicateur, la prise en compte du case-mix est indispensable. L'intérêt d'avoir des indicateurs par service ou par spécialité, plutôt que par établissement a également été évoqué, ce qui serait plus parlant pour les patients comme pour le personnel. Par ailleurs, lors de l'affichage public, l'indicateur doit être exprimé par rapport à un seuil (et non pas un taux brut) ou avec une marge de progression, et doit permettre d'observer l'évolution sur plusieurs années.

Erik Rance, Oniam : « La notion d'évolution d'une année sur l'autre est très importante pour chacun des indicateurs »

Cet indicateur semble mesurable sans trop de difficultés grâce à l'utilisation du PMSI, sous réserve d'une validation stricte du codage. Il faut également être attentif à la sous-déclaration des infections, qui risque d'avantager les structures les moins performantes. Par ailleurs, l'utilisation des données de la CNAM (SNIIRAM) semble intéressante pour la traçabilité postopératoire.

Cet indicateur pourrait jouer un rôle primordial pour le management au sein des établissements de santé. Les personnes auditionnées sont cependant assez partagées quant à son utilité pour le choix de l'établissement de santé pour les usagers. Les associations pensent que les usagers ne se basent pas sur des indicateurs de processus ou de résultat pour choisir leur établissement de santé, mais plutôt sur d'autres critères tels que la réputation d'un chirurgien, la notoriété d'un établissement de santé, les recommandations du médecin traitant,...

La société de chirurgie orthopédique et les fédérations de l'hospitalisation privée ont émis un doute sur l'efficacité de la diffusion publique d'un tel indicateur, craignant que l'affichage entraîne une exclusion des patients les plus à risque, et par conséquent une perte de chance pour certains patients (exemple des patients obèses).

Philippe Rosset, Sofcot : « le risque c'est que les gens vont cibler les malades à risque et vont dire eh bien écoutez, nous sommes désolés mais on ne vous prend pas en charge, sous-entendu ça va être compliqué, il y a un risque d'infection, ça va faire monter notre indicateur, on va être moins bien classé »

3- 2 Bactériémies

La majorité des personnes auditionnées se sont prononcées de manière favorable à la mise en place de l'indicateur « bactériémies liées aux CVC en réanimation adulte ou néonatale ».

Les avis sont plus partagés en ce qui concerne un indicateur sur le taux de bactériémies à SARM, avec une réticence importante à la mise en place de l'indicateur en pédiatrie (non adapté) et de la dialyse (les spécificités des patients en dialyse doivent être distinguées de ceux pris en charge dans les autres structures).

*Yannick Aujard, hôpital Robert Debré, pôle de périnatalogie :
« En pédiatrie, le SARM n'a jamais été un bon indicateur »*

Des réticences ont été exprimées en ce qui concerne la possibilité de l'affichage public d'un objectif « zéro SARM ». Un tel affichage peut renforcer la croyance du risque zéro chez les patients, ce qui rendrait le risque SARM, ou plus généralement BMR, inacceptable pour les usagers. Le ressenti du « zéro SARM » apparaît donc trop radical. La mesure d'une diminution progressive du taux serait probablement plus pertinente.

Catherine Paugam, Sfar : « [...] dire qu'il n'y a un risque zéro, ça risque d'être interprété comme il n'y a pas de risque dans l'hôpital, ce qui n'est pas vrai »

Le terme « bactériémie » est rapporté par les représentants d'usagers auditionnés comme mal compris par le public. Le terme « septicémie » pourrait s'y substituer éventuellement, mais renvoie à un élément de gravité. La reformulation et la définition des termes paraissent donc indispensables. Au-delà du terme de bactériémie, les usagers comprennent très peu les indicateurs, établis dans un « jargon d'experts » qui leur est inaccessible. Afin de résoudre ce problème de compréhension, l'une des solutions serait de former au préalable les associations de patients afin qu'elles puissent diffuser l'information aux usagers.

Martine Séné Bourgeois, association le Lien/CISS : « Cette liste d'indicateurs est illisible pour un citoyen qui n'a rien à voir avec le monde de la santé »

Par ailleurs, lors de l'affichage public, il semble plus pertinent que l'indicateur soit exprimé par rapport à un seuil (et non pas un taux brut) ou une marge de progression, permettant d'observer l'évolution sur plusieurs années. La construction de ces indicateurs doit aussi prendre en compte le case-mix et les signes cliniques, en particulier dans une perspective de comparaison entre les établissements de santé.

Muriel Fartoukh, SRLF : « Il faut pondérer les résultats, en particulier pour les bactériémies à Sarm, en fonction du type d'activités, ça paraît très important, et du recrutement »

L'utilisation du PMSI comme source de données pour cet indicateur pose question. La fiabilité du codage doit particulièrement être discutée pour les cathéters, qui sont des actes non classant, et pour lesquels on ne dispose pas des dates de retrait. Il est suggéré d'introduire de nouvelles variables, ce qui suppose la valorisation de certains actes.

Catherine Quantin, PMSI-DIM : « Il est prévu de pouvoir coder en cas de bactériémie confirmée par hémoculture [...]. En théorie on peut le faire, en pratique je me pose des questions sur la qualité de ce recueil. Par expérience, je sais que les informations donnant lieu à valorisation sont mieux recueillies que celles ne donnant pas lieu à valorisation »

Cet indicateur pourrait jouer un rôle primordial pour le management des établissements de santé, cependant il semble peu utile en ce qui concerne le choix de l'établissement de santé pour les usagers.

Thierry Bechu, BAQIMEHP : « L'utilisateur vient dans notre établissement parce qu'il a choisi son chirurgien. (...) Entre la clinique A, B, ou C, le patient peut choisir, mais c'est à la marge »

3- 3 Vaccination grippale des soignants

Il convient tout d'abord d'indiquer que le principe de promouvoir la vaccination grippale des soignants a recueilli un avis plutôt favorable chez une majorité des représentants des professionnels de santé auditionnés. Nombreux sont ceux qui pensent que la vaccination grippale chez les soignants devrait être obligatoire.

Chantal Boiteux, Association Jusqu'à la mort accompagner la vie : « la vaccination contre la grippe, je trouve ça inadmissible que ça ne soit pas obligatoire... ça devrait être obligatoire pour les soignants... je n'ai jamais compris... »

Cependant, au vu des très faibles taux de vaccination grippale des soignants, les personnes auditionnées ont eu des positions très partagées quant à la pertinence d'afficher publiquement ce taux. La majorité des sujets interrogés pense qu'un tel taux peut être très utile en interne, pour le pilotage d'un programme qualité pour le management de l'établissement. En revanche, certaines personnes auditionnées pensent que l'affichage public n'est pas souhaitable, et pourrait même avoir des conséquences néfastes sur l'établissement de santé et son personnel. D'autres personnes auditionnées sont très

largement en faveur de la diffusion publique d'un tel indicateur, et l'intérêt de l'étendre à d'autres vaccinations comme ROR ou coqueluche a été évoqué.

Muriel Fartoukh, SRLF : « C'est très fort comme indicateur [...] en terme de symbolique »

La médecine du travail a un avis très défavorable à la mise en place de cet indicateur, considérant que l'utilité du vaccin n'est pas démontrée, et que l'affichage public de cet indicateur stigmatiserait le personnel soignant non vacciné, ce qui diminuerait encore l'adhésion des professionnels à la vaccination. Par ailleurs, les médecins du travail s'interrogent sur l'intérêt de l'indicateur étant donné que le seuil d'efficacité de la couverture vaccinale des soignants pour le patient n'est pas défini.

Sophie Lafossas : « En tant que médecins du travail, notre préoccupation première est la santé des professionnels »

Les usagers ont eux du mal à percevoir l'intérêt de cet indicateur. Ils estiment généralement que si la vaccination grippale est efficace et utile pour protéger les patients alors il faut qu'elle soit obligatoire, et si elle ne l'est pas c'est qu'elle n'a pas lieu d'être. La pertinence d'un tel indicateur ne fait donc pas sens pour les usagers.

Chantal Boiteux : « Le taux de vaccination, ce n'est pas quelque chose qui va tellement toucher les personnes... ce n'est pas quelque chose qui les intéresse... ce n'est pas quelque chose qu'elles vont regarder en priorité... »

4. Conclusion

Au vu de ces auditions, aucun des indicateurs n'a été franchement exclu dans un objectif de diffusion publique. Cependant, le ressenti est différent pour chaque indicateur. L'indicateur "ISO" semble le plus consensuel, bien que le point de vue des chirurgiens reste nuancé. L'indicateur "bactériémie" est, lui, plus discuté, en particulier en termes de compréhension et d'utilité pour les usagers. L'indicateur "vaccination des soignants" reste le plus controversé.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'orientation en vue des auditions

RAPPEL

Les indicateurs considérés comme les plus appropriés par les experts, quels que soient leur mode d'expression, sont :

- chirurgie prothétique de hanche ou genou pour les patients en NNIS-0
- bactériémies liées aux CVC en réanimation
- bactériémies liées aux CVC chez les nouveau-nés
- bactériémies à SARM
- proportion de soignants vaccinés contre la grippe

Pour ces différents indicateurs, certains modes d'expression sont considérés comme appropriés par la majorité des experts :

- interventions chirurgicales : mise en perspective du taux d'ISO par rapport à une valeur seuil de référence (P50 ou P75 déterminé par un réseau de surveillance national type RAISIN par exemple)
- bactériémies : taux pour 1 000 journées d'exposition au cathéter ou mise en perspective du taux par rapport à une valeur seuil de référence (P50 ou P75 déterminé par un réseau de surveillance national type RAISIN par exemple)
- BMR : taux pour 1 000 journées d'hospitalisation ou mise en perspective du taux par rapport à une valeur seuil de référence (P50 ou P75 déterminé par un réseau de surveillance national type RAISIN par exemple).

1. Place des indicateurs de résultats pour piloter la qualité dans un établissement de santé (ES) :

- résultats vs process
- IAS vs autres indicateurs de qualité (IPAQS)
- outil de management
- outil d'information
- choix d'un ES

Les 5 ont-ils la même place ?

2. Signification des indicateurs : sont-ils compréhensibles ?

- adaptés en termes de : d'évaluation des risques, de qualité des soins, de performance de l'ES (classement vs. positionnement par rapport à une référence)
- adaptés en termes d'expression de la mesure (taux de position par rapport à une référence, ...)
- si non : pourquoi ? Donner si possible des pistes d'amélioration

3. Faisabilité en termes de recueil de l'information, validation des résultats, coût engendré par leur production, ressources allouées, ...

4. Utilité en termes d'action : impact sur la réduction des IAS, ou sur l'amélioration des pratiques de soins. A envisager en fonction de :

- la cible (professionnels, usagers, décideurs ...)
- l'objectif : management, information, choix d'un ES, ...
- le niveau d'intervention : unité de soins / hôpital entier, région (ARS), national, international

Annexe 2 : Courrier du président du HCSP

Madame, Monsieur, Chère(Cher) Collègue,

Suite à une saisine de la Direction générale de l'Offre de soins, la commission spécialisée Sécurité des patients (CSSP) du Haut Conseil de la santé publique a conduit un travail avec un panel d'experts sur les indicateurs de résultats des infections associées aux soins à visée de diffusion publique qui a donné lieu à un rapport édité en avril 2013 que vous trouverez en pièce jointe.

Ce travail, basé sur une méthode de consensus et de hiérarchisation, a permis de sélectionner 5 indicateurs principaux qui pourraient être proposés dans un futur tableau de bord annuel des établissements de santé, en complément des indicateurs existants.

Avant la phase de décision, le rapport recommande d'organiser un temps d'auditions des différents acteurs et potentiels utilisateurs de ces indicateurs. Dans la continuité de la démarche entreprise, le HCSP est chargé d'organiser ces auditions avec des représentants des instances concernées.

Cette étape a été confiée au Pr Pascal Astagneau, membre de la CSSP et au Pr Bruno Grandbastien, président de la commission.

C'est dans ce cadre que la commission souhaite vous auditionner, vous-même où une personne que vous missionneriez à cet effet, en tant que représentante de.... Il vous est proposé de venir à la séance d'auditions prévue le ... dans les locaux du HCSP, 11 place des cinq martyrs du lycée Buffon, Paris 15e.

Dans le cas où vous ne seriez pas disponible à cette date, la commission vous proposera une audition lors d'une séance ultérieure.

En vous remerciant de la suite que vous voudrez bien donner à cette demande, je vous prie de croire à l'assurance de ma considération distinguée.

Pr Roger SALAMON

Président du Haut Conseil de la santé publique

Annexe 3 : Regroupement des auditions par spécialité

Usagers (Le Lien – JALMALV)

Choix des indicateurs

- BMR utile
- Vaccination grippale des soignants : devrait être obligatoire, mais l'affichage public n'est pas informatif pour les patients

Compréhension

- Termes peu compréhensibles pour le public. Jargon d'experts, sigles (ex : bactériémie, NNIS, process/résultats)
- Indicateurs de résultats et indicateurs de process sont complémentaires
- Taux bruts paraissent difficilement interprétables : ajouter notion d'évolution ou de référentiel

Utilité

- Peu d'utilité si résultats globaux (par établissement), plus utile par service / spécialité
- Peu d'utilité pour le choix des établissements de santé par les usagers. Les usagers utilisent d'autres critères (notoriété, recommandation médecin traitant)

Diffusion publique plus utile pour les experts et les professionnels que pour les patients qui privilégient la communication avec leurs médecins.

Réanimation adulte (SFAR, SRLF)

Choix des indicateurs

- Indicateurs de résultats et indicateurs de process sont complémentaires
- Bactériémies : indicateur plus faible qu'ISO (préciser « acquises en réanimation »)
- Pourquoi SARM et pas BLSE (bactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu ?)

Compréhension

- « zéro SARM » : discuté. Plutôt favorable mais risque de renforcer la croyance dans le risque zéro pour les usagers
- Préférer seuil de référence

Utilité

- Pour le benchmarking, tenir compte du case-mix (données cliniques)
- Vaccination grippale pour les soignants : bon indicateur qualité management, mais pas pour une diffusion publique (contre-productif)

Faisabilité

- OK sur le principe, mais sous condition de qualité du codage : CVC non classant, durée d'exposition non codée, ...
- Intérêt coût/bénéfice (données de routine)

Dialyse (Société francophone de dialyse)

Choix des indicateurs

- Favorable pour bactériémies liées à un accès vasculaire pour hémodialyse (fistule ou cathéter) / 1 000 séances
- Non favorable pour bactériémies à SARM
- Peu favorable pour indicateur vaccination grippale des soignants (état des connaissances insuffisant)

Compréhension

- Nécessité de former au préalable les associations de patients

Faisabilité

- Facilement réalisable pour les bactériémies (déjà fait en routine dans la plupart des centres). En revanche le calcul de l'incidence des bactériémies ne peut être qu'approximatif, à partir du nombre de séances d'hémodialyse ou du nombre de semaines de traitement (la majorité des patients ont 3 séances d'hémodialyse par semaine, mais certains en ont davantage).

Chirurgie (SOFCOT)

Choix des indicateurs

- Iso prothèses : oui si prise en compte du case-mix et hors fractures

Compréhension

- Indicateurs exprimés par rapport à un seuil de référence et évolution dans le temps
- Compte tenu des taux faibles, variations difficiles à interpréter

Utilité

- Oui à usage interne pour stimuler les professionnels mais attention aux effets pervers : rejet des malades à haut risque ?
- Doutes sur l'efficacité d'une diffusion publique
- Vaccination grippale pour les soignants : favorable à un affichage public

Faisabilité

- Favorable au PMSI mais attention à la sous-déclaration des infections : risque d'avantager les structures les moins performantes
- Suggestion d'une étude pilote de 2 ans pour tester la fiabilité des données du PMSI au niveau national

Assureurs (MACSF)

Choix de l'indicateur

- Indicateurs de résultats sont des indicateurs de sécurité du patient : nouvelle étape qui intervient après les indicateurs de process, reflétant davantage la qualité des process
- Anticiper des indicateurs qui prennent en compte l'évolution de la prise en charge médicale dans les années à venir (parcours de soin, nouvelles technologies, ...)
- Attention aux indicateurs qui reflètent un risque rare ou exceptionnel : problème d'acceptabilité pour les usagers

Compréhension

- « zéro SARM » : non. Plutôt par rapport à une « borne acceptable » nationale

Utilité

- Affichage pas vraiment utile pour le choix des établissements de santé par les usagers

Faisabilité

Totalement défavorable à l'utilisation du PMSI car problème de codage multi-adressé. Qualité insuffisante de l'information.

CNP CME (CHU – CH – Hospitalisation privée)

Choix des indicateurs

- Indicateurs de résultats et indicateurs de process sont complémentaires
- ISO prothèses : bon marqueur, pertinent
- Bactériémies CVC : intéressant si prise en compte du case-mix et des signes cliniques
- « zéro SARM » : trop radical, diminution progressive plus adaptée
- Vaccination grippale pour les soignants : avis partagés, de réticent (ne cibler que certains services à risque) à très favorable

Compréhension

- Reformulation indispensable par des usagers avant l'affichage
- Indicateurs de résultats plus parlants qu'indicateurs de process, pour les usagers et les professionnels

Utilité

- Bon support pour communiquer aux équipes
- Influence importante sur le management de l'établissement. Niveau régional discuté

Faisabilité

- Favorable au PMSI. Lien avec SIH et laboratoire de microbiologie
- Utilisation des données de la CNAM / SNIARAM pour traçabilité postopératoire
- Difficulté de la prise en compte des signes cliniques

Médecine du travail (ANMTEPH)

Vaccination grippale des soignants uniquement

Choix de l'indicateur

- Peu favorable car utilité discutable, stigmatisation du personnel, risque de diminuer encore l'adhésion du personnel à la vaccination

Compréhension

- Point de vue de la médecine du travail : 1^{er} objectif du vaccin est la protection du soignant et non du patient

Utilité

- Seuil d'efficacité de la couverture vaccinale des soignants pour le patient non défini : intérêt de l'indicateur à interroger

Fédérations (FHF, FHP/BAQIMEHP, FEHAP)

Choix des indicateurs

- Indicateurs de résultats et indicateurs de process sont complémentaires, indicateurs de résultats plus lisibles qu'indicateurs de process
- ISO prothèses : oui si prise en compte du case-mix
- Bactériémies à SARM : comparer avec bactériémies à SASM
- Vaccination grippale pour les soignants : non pertinent ou sans avis

Compréhension

- Très peu lisible pour le grand public
- Indicateurs à exprimer par rapport à un seuil ou avec marge de progression
- Différence d'appréciation notable entre le public et le privé

Utilité

- Impact discutable sur le choix de l'établissement de santé par l'utilisateur : peu probable pour le privé (choix du chirurgien prédominant)
- Outil de management pour professionnels et décideurs

Faisabilité

- Difficulté de récupérer les données de microbiologie dans hospitalisation privée car labo sont des prestataires externes

ONIAM

Choix de l'indicateur

- Vaccination grippale pour les soignants : difficulté pour les directions d'être davantage incitatif

Compréhension

- Indicateurs à exprimer avec une marge de progression plutôt que taux brut
- Risque de refus d'une opération par le patient si indicateur de résultat mal compris (mais très marginal)

Utilité

- Indicateurs de résultats influencent le recours en indemnisation (indicateurs de process n'ont aucune influence)
- Notion d'évolution d'une année sur l'autre

Faisabilité

- Des ressources doivent être dédiées au recueil
- Utilisation possible de la base de données de l'Oniam

DIM - PMSI

Compréhension

- Terme "bactériémie" incompréhensible pour le public
- Taux brut non compris : chiffres doivent être comparés ou relatifs

Faisabilité

- Indispensable de passer par le PMSI pour construire ces indicateurs car le recueil est valorisé par l'établissement
- SARM et chirurgie prothétique bien codés car le codage entraîne valorisation
- Bactériémies sur CVC, codage existe mais non valorisé donc non rigoureux
- PMSI permet de connaître l'hospitalisation, l'acte, la date de l'acte, mais pas la date de l'infection ni la date de retrait du dispositif
- Proposition : compléter le PMSI avec une validation grâce à un contrôle avec les données de bactériologie.

Annexe 4 : Auditions

Nom	Date de l'audition	Organisme
René AMALBERTI	10 janvier 2014 – 14h	MACSF
Yannick AUJARD	19 février 2014 – 12h	Hôpital Robert Debré – Pôle de périnatalogie – Société française de pédiatrie
Chantal BOITEUX	19 février 2014 – 14h	Association Jusqu'à la mort accompagner la vie
Philippe BRUNET	29 janvier 2014 – 15h	Société francophone de dialyse
Jocelyne CAILLON	5 décembre 2013 – 11h	Conférence nationale des présidents de CME de CHU
Marie-Paule CHARLOT	19 février 2014 – 16h (téléphone)	Conférence nationale des présidents de CME privés
Muriel FARTOUKH	21 janvier 2014 – 11h30	Société de réanimation de langue française
Christèle GRAS-LE GUEN	19 février 2014 – 11h (téléphone)	Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques
Julie GAUTHIER	Réponse écrite	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
Bernard GOUGET	10 janvier 2014 – 15h30	Fédération hospitalière de France
Sophie LAFOSSAS	29 janvier 2014 – 14h	Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux
Catherine PAUGAM	21 janvier 2014 – 15h	Société française d'anesthésie et de réanimation
Catherine QUANTIN	29 janvier 2014 – 16h30 (téléphone)	CHU de Dijon - PMSI – DIM
Erik RANCE et Jean-Michel RACE	21 janvier 2014 – 16h	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
Philippe ROSSET	19 février 2014 – 15h (téléphone)	Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
Martine SENE BOURGEOIS	5 décembre 2013 – 9h30	Association Le Lien/ CISS
Philippe TOURRAND et Thierry BECHU	19 février 2014 – 10h	Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée
Philippe VOLARD	21 janvier 2014 – 13h30	Conférence nationale des présidents de CME de CH