

Numéro thématique - Surveillance et perception des infections nosocomiales en France / *Special issue - Surveillance and perception of nosocomial infections in France*

- p.93 **Éditorial - Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication**
Editorial - Surveillance of nosocomial infection in France: from prevention to communication
- p.95 **Infections du site opératoire : limites de la surveillance pour des comparaisons entre services et établissements de santé**
Surgical site infections: the limits of surveillance for comparisons between health care facilities
- p.97 **Surveillance des infections du site opératoire : résultats de la base de données nationale ISO-Raisin 1999-2004**
Surveillance of surgical-site infections: results of the RAISIN 1999-2004 national database
- p.101 **Perception du risque nosocomial dans la population française, 2005-2006**
Perception of nosocomial risk among the French population, 2005-2006
- p.102 **Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales**
French nosocomial infection control indicators for public reporting
- p.104 **Perception de l'Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales par les patients et les professionnels de santé : enquête en Haute-Normandie, 2005, France / Patients and health professionals' perception of a score concerning organization and activities against nosocomial infections (ICALIN): A survey carried out in Haute-Normandie, 2005, France**
- p.108 **Enquêtes de prévalence répétées dans l'inter-région Sud-Ouest, France, 1993-2004**
Annual repeated prevalence studies of nosocomial infections in South-western France, 1993-2004
- p.110 **Signalement de méningites nosocomiales après acte invasif sur le rachis, France, 2001-2005**
Notification of nosocomial meningitis after lumbar puncture, France, 2001-2005

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Bruno Coignard, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et pour le comité de rédaction : Christine Jestin, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis-la-Plaine, France

Éditorial

Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication *Surveillance of nosocomial infections in France: from prevention to communication*

Bernard Régnier, Service de réanimation médicale et infectieuse, hôpital Bichat, Université Paris 7, France

La surveillance des infections nosocomiales (IN) est une composante clé de la prévention des IN [1] qui s'est développée en France à partir de 1988. Près de 20 ans plus tard, la nécessité de disposer d'outils pour piloter les programmes de prévention n'est plus discutable. La surveillance des IN continue cependant de poser des questions et il convient de saluer l'initiative de l'InVS pour ce numéro thématique.

En France, la surveillance des IN combine des enquêtes nationales de prévalence et des surveillances en incidence. Dans ce numéro, A.G. Venier et coll. rapportent les résultats d'enquêtes de prévalence régionales réalisées chaque année depuis 1993. Elles permettent une bonne sensibilisation des établissements de santé (ES) et une estimation globale du risque, mais posent des problèmes méthodologiques pour évaluer les tendances ou comparer les ES. Dans un autre article, P. Astagneau et coll. décrivent l'expérience d'un réseau national qui surveille depuis 1999 l'incidence des infections du site opératoire (ISO) en l'ajustant au score NNIS (*National nosocomial infection surveillance*). Le réseau ISO-Raisin autorise une évaluation précise du risque infectieux pour de nombreux types de chirurgie et permet des comparaisons dans le temps ou avec d'autres pays européens. En revanche, il ne permet pas facilement de comparer les ES entre eux. C'est également la conclusion de S. Danet et coll. qui rappellent les résultats d'une expertise publiée en 2003 par l'Anaes. La subjectivité des définitions des ISO [2], la sensibilité variable des méthodes d'identification des cas [3,4], notamment après sortie de l'hôpital [5], et l'ajustement aux facteurs de risque de la population étudiée doivent rendre très prudent dans l'utilisation des taux d'ISO pour comparer les ES, ce d'autant qu'un nombre limité d'interventions réduit leur précision. La surveillance des ISO fait toujours l'objet de travaux visant à définir des méthodologies fiables [6-8].

Le signalement des IN est un système d'alerte qui complète les surveillances pour des IN rares mais graves. H. Noël et coll. font une revue des signalements de méningites secondaires à un acte invasif sur le rachis. Ces IN sont rares mais leur gravité et caractère évitable justifient une expertise et un retour au déclarant, sur lesquels repose l'efficacité d'un signalement externalisé et réglementaire [9].

Pour les professionnels de santé, la surveillance sert donc à améliorer la qualité des soins en permettant d'ajuster les mesures de prévention. D'autres objectifs se sont ajoutés pour d'autres acteurs : se mettre en conformité avec les règlements ou la certification, ou répondre aux incitations des pouvoirs publics et à un besoin de transparence dans un contexte de crise de confiance des usagers. Cette crise peut sembler paradoxale à un moment où d'incontestables progrès ont été obtenus. *I. Poujol et coll.* rapportent les résultats d'une enquête de perception du risque nosocomial conduite par l'InVS et l'Inpes. Les IN ne figuraient pas parmi les maladies les plus craintes du grand public, mais celui-ci les estimait en augmentation. Ces résultats sont cohérents avec les enquêtes du Sénat ou de la Fédération hospitalière de France en 2006.

La mise en œuvre du tableau de bord des IN par le ministère, dans un but de transparence et de restauration de la confiance des usagers, a clairement validé – de facto – un objectif de classement des ES, encadrant les hit-parades dont les médias avaient pris l'initiative depuis une dizaine d'années. *P. Parmeix et coll.* décrivent les objectifs et le processus d'élaboration des indicateurs que doivent produire tous les ES. Leur définition a été difficile car ils devaient être fiables et pertinents d'une part, faisables et généralisables d'autre part. Sont associés des indicateurs d'organisation, moyens et actions (Icalin, Survivo), de pratiques d'hygiène (Icscha) et bientôt de résultats (Sarm). Le large accès du public à l'information et la démocratie sanitaire (loi du 4 mars 2002) semblent avoir justifié leur diffusion aux usagers. Le travail de *M.P. Tavalacci et coll.* suggère que la diffusion de l'Icalin satisfait les usagers mais que sa compréhension n'est pas bonne. Contrairement à ce que pensent les professionnels de santé, la prise en compte de cet indicateur pour le choix d'un ES semble marginale. L'enquête a néanmoins été réalisée avant la diffusion de l'indicateur et son impact devra être réévalué. Nous ne savons encore que peu de chose de l'impact de la diffusion d'indicateurs au public, en général [10] ou pour les IN en particulier [11].

Compte tenu de cette évolution très sensible des objectifs de la surveillance, il convient de se demander si leur diversification peut être de nature à influencer les méthodes et le dimensionnement des programmes existants. Le dispositif français est devenu impressionnant : en juin 2006, 2 337 ES ont participé à l'enquête de prévalence et en 2004 le réseau ISO-Raisin colligeait les données de 503 ES. Ce réseau ne résume pas l'ensemble du périmètre de cette activité, puisque la même année 1 454 ES déclaraient au ministère réaliser une surveillance des ISO. Aux États-Unis, il est intéressant de suivre l'évolution du NNIS System. Ce programme de surveillance a d'abord concerné tout l'hôpital puis a ciblé certains secteurs ou populations à risque ; 300 ES y participaient en 2004. Récemment, les Centers for Disease Control (CDC) ont défini un nouveau programme, le National Healthcare Safety Network (NHSN), visant à réduire la lourdeur du recueil de données et à fiabiliser les taux d'IN. L'actualisation des définitions d'IN, vers plus d'objectivité, l'estimation de taux à partir d'échantillonnages et le recours à des bases de données informatisées sont prévus. Des indicateurs de pratiques, dont l'efficacité est démontrée pour la prévention, seront associés aux taux d'IN. Les experts des CDC considèrent que le volontariat, la confidentialité, la standardisation des définitions et des méthodes, et la crédibilité scientifique constituent les facteurs de succès et d'efficacité d'un tel programme [12].

La réorientation d'une surveillance intégrée à la prévention vers la production d'indicateurs universels, opposables, à diffusion publique et visant à classer les ES peut sensiblement modifier les performances métrologiques, la pertinence et l'efficacité de la surveillance des IN, voire l'implication des soignants. Aux États-Unis, les experts de l'HICPAC (équivalent du CTINILS en France), préoccupés par la possibilité d'une méthodologie inadéquate de comparaison des ES, mais aussi par une mobilisation disproportionnée des moyens aux dépens de la prévention ou d'une incitation à ne prendre en charge que les patients les moins graves, ont émis des recommandations visant à encadrer ces indicateurs publics [13].

Deux réflexions se dégagent de l'histoire de la surveillance des IN. La première est qu'il n'existe pas de méthode de référence. De nombreuses publications témoignent de la recherche de méthodologies plus fiables et plus simples [14]. La seconde est que le passage d'un objectif initial de qualité des soins à un outil mesurant la performance hospitalière et destiné aux pouvoirs publics et aux usagers impacte la méthodologie, la charge de travail de recueil et de traitement de l'information, et peut modifier certains facteurs considérés comme déterminants pour l'efficacité de la surveillance en termes de qualités des soins [13].

L'activité de surveillance développée depuis près de 20 ans en France a sans doute contribué aux progrès accomplis dans la maîtrise du risque infectieux, et il faut saluer le rôle des CCLin et de l'InVS. Néanmoins, au regard du développement de cette activité, il convient de rechercher un compromis pour satisfaire à la fois les objectifs de qualité des soins et de communication [13]. L'impact de la surveillance sur la charge de travail des ES (hygiénistes et soignants) doit être sérieusement pris en compte, en particulier dans un contexte budgétaire restreint. Il faut veiller à ce que l'obligation sociétale de résultats affichés n'ait pas d'effets délétères. Le malade ne doit pas perdre en sécurité ce qu'il aura gagné en communication, parce que les professionnels de santé, fortement mobilisés pour la production d'indicateurs, ne pourraient plus privilégier l'observance des bonnes pratiques de prévention.

Bibliographie

- [1] Haley RW, Culver DH, White J et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121:182-205.
- [2] Wilson AP, Gibbons C, Reeves BC et al. Surgical wound infection as a performance indicator: agreement of common definitions of wound infection in 4773 patients. *Brit Med J* 2004; 329:720-4.
- [3] Glenister HM, Taylor LJ, Bartlett CL et al. An evaluation of surveillance methods for determining infections in hospital in patients. *J Hosp Infect* 1993; 23:229-42.
- [4] Emori TC, Edwards JR, Culver DH et al. Accuracy of reporting nosocomial infections in ICU patients to the NNIS system: a pilot study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19:308-16.
- [5] Gastmeir P. Postdischarge surveillance for surgical site infection: the continuing challenge. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27:1287-90.
- [6] Woeltje KE. Theory and practice. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27:791-3.
- [7] Babcock HM. Surveillance for surgical site infections: it's getting better all the time. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24:722-3.
- [8] Rioux C, Grandbastien B, Astagneau P. The standardized incidence ratio as reliable tool for surgical site infection surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27:817-24.
- [9] Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002; 347:1633-8.
- [10] Lindenauer PK, Remus D, Roman S et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007; 356:486-96.
- [11] Weinstein RA, Siegel JD, Brennan PJ. Infection-control reports cards. Security patients safety. *N Engl J Med* 2005; 353:225-7.
- [12] Tokars JI, Richards C, Andras M et al. The changing face of surveillance for healthcare-associated infections. *Clin Infect Dis* 2004; 39:1347-52.
- [13] Mc Kibben L, Horan TC, Tokars JI et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the HICPAC. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005; 26:580-97.
- [14] Burke JP. Infection control. A problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003; 348:651-656.