

Plus d'un tiers (38 %) des personnes interrogées pensaient qu'il n'était pas possible de maîtriser complètement le risque d'IN : 48 % pensaient qu'une hygiène parfaite est impossible à l'hôpital, 13 % que les bactéries et virus s'adaptent à tous les environnements, 10 % que les rassemblements de malades favorisent l'échange de maladies, et 3 % que les personnes hospitalisées sont fragiles et plus sensibles aux infections.

Discussion

Dans le contexte des représentations sociales des risques pour la santé en 2006, les IN ne font pas partie des maladies les plus craintes par le grand public. La moitié des personnes interrogées pensent que le risque de contracter une IN est en augmentation. Les situations à risque évoquées sont majoritairement en rapport avec un manque d'hygiène dans les hôpitaux (propreté des locaux) ou avec les pratiques professionnelles (lavage des mains). Seule une minorité des personnes interrogées mettent en avant le lien entre la fragilité des patients et le risque d'IN : cette constatation nécessiterait, si elle est vérifiée, une adaptation des messages à destination du grand public.

Les résultats de cette étude sont cohérents avec ceux de trois enquêtes réalisées à la même période : entre 30 à 48 % des personnes interrogées estimaient alors que la fréquence des IN avait augmenté depuis dix ans [4-6]. Cette perception à la hausse du risque d'IN semble en contradiction avec les données de surveillance françaises. En particulier, la dernière enquête nationale de prévalence des IN rapporte une diminution de la prévalence des IN de 4 % entre 2001 et 2006 [7]. Il serait donc intéressant d'étudier les connaissances à partir desquelles se construit la perception du risque d'IN chez le grand public : existence d'une expérience personnelle, médiation importante, difficulté à appréhender les données épidémiologiques, ou affichage du problème au travers des plans de lutte développés par les autorités sanitaires.

Remerciements

Comité de pilotage de l'enquête : Inpes (Pierre Arwidson, Marta Balinska, Arnaud Gautier, Philippe Guilbert, Christine Jestin) et InVS (Isabelle Capek, Didier Che, Bruno Coignard, Jean-Claude Desenclos, Anne Gallay, Marie Jauffret-Roustide, Dominique Jeannel, Daniel Lévy-Bruhl, Isabelle Poujol).

Institut d'études Atooo pour la réalisation de l'enquête téléphonique : Catherine Vayssières, Stéphane Marder.

Références

- [1] Plan gouvernemental de lutte contre les infections nosocomiales 1995-2000. http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/plan_gvtal/sommaire.htm
- [2] Circulaire n° 599 du 13 décembre 2004, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé. <http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/organisation/ci131204.pdf>
- [3] Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'état). <http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/signalement/de260701.htm>
- [4] Enquête Ipsos « Prévenir les infections nosocomiales : une exigence de qualité des soins hospitaliers » réalisée pour le Sénat les 6 et 7 janvier 2006. Rapport de l'Opeps n° 421 (2005-2006) de M. Alain Vasselle fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 22 juin 2006. <http://www.senat.fr/rap/r05-421/r05-42117.html#toc101>
- [5] TNS Sofres. Les français et l'hôpital, sondage réalisé pour la Fédération hospitalière de France les 12 et 13 avril 2006. http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/110506_hopital.htm
- [6] Manquat G, Vincent L, Ballochi B. Informations de patients et infections nosocomiales : enquête au CH de Chambéry. ARH info – Lettre d'information de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes. Octobre 2005:38-39.
- [7] Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006. Résultats préliminaires. Institut de veille sanitaire, 2007, 45 p. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/enp2006_resultats_preliminaires/index.html

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

Pierre Parneix (pierre.parneix@chu-bordeaux.fr)¹, Valérie Salomon², Philippe Garnier³, Valérie Drouvot^{2,3}, Béatrice Tran³

1 / Cclin Sud-Ouest, CHU de Bordeaux, France 2 / Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris, France 3 / Direction générale de la santé, Paris, France

Résumé / Abstract

En février 2006 a eu lieu la première diffusion publique d'un Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales par le ministère de la santé. Produire et diffuser des indicateurs relève d'une démarche scientifique et pragmatique : il s'agit de transmettre des informations sur la qualité du système de santé, pertinentes et de compréhension simple. Le développement des indicateurs sur les infections nosocomiales repose sur une expertise placée auprès du ministère de la santé et un système d'information pré-existant. Les points forts sont l'inscription des indicateurs dans un programme national, un but affiché dès le début (transparence et amélioration de la qualité des soins), des objectifs quantifiés ainsi qu'une définition basée sur l'expertise associée à un test de faisabilité dans le cadre d'un projet de recherche national. Définir des méthodes consensuelles de mesures et d'affichage de la performance nécessite une importante démarche de concertation.

Mots clés / Key words

Indicateur, infection nosocomiale, diffusion publique, France / Indicator, cross infection, public reporting, France

French nosocomial infection control indicators for public reporting

In February 2006, the French Health Ministry reported publicly for the first time a score and a rating system about nosocomial infection control organisation for each public or private hospital. The purposes of the project, combining scientific and pragmatic approaches, are to provide public information, both accurate and accessible, about the health system quality. The development of nosocomial infection control indicators is based on the Ministry of Health expertise and a pre-existent computerised mandatory data collection network. The winning cards of the approach are a national program including the indicators and the related quantified objectives to reach, an announced search by health authorities for transparency and quality improvement and a national research program to support the project. Defining consensual indicators to assess and report publicly about hospital performance required a huge amount of consultation.

Suite à la saisine de l'InVS en mars 2003 par le ministre de la Santé, un groupe d'une trentaine d'experts s'est mis en place pour identifier rapidement des indicateurs permettant une comparaison des établissements. A partir d'une méthode organisée de consultation (type Delphi), les experts ont proposé quatre indicateurs à partir de 162 retrou-

vés dans la littérature [1]. Une concertation des fédérations des établissements de santé et de représentants des usagers a été ensuite réalisée.

En janvier 2004, le ministre de la Santé a annoncé le choix de ces quatre indicateurs, associés à un cinquième portant sur la consommation des antibiotiques. Il a formulé le souhait que les indica-

teurs de surveillance des infections du site opératoire (ISO) et des *staphylococcus aureus* résistants à la métilicine (Sarm) ne se limitent pas, comme le recommandaient les experts, à des indicateurs de moyens mais aillent jusqu'à l'affichage de résultats. Sur ces bases, l'InVS et le ministère ont nommé des groupes d'experts pour élaborer les cahiers des

charges définissant les cinq indicateurs. La faisabilité du recueil de ces indicateurs a été testée par les établissements de santé participant au projet de recherche « coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière » (CompaqH) [2] mais aussi via le Raisin pour ISO et Sarm. En parallèle, le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a constitué un groupe de travail en novembre 2004 ayant pour missions de finaliser les cahiers des charges des indicateurs et de définir les modalités de classement et de présentation des résultats, en référence aux objectifs quantifiés du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 (tableau 1). Cette démarche a permis le 6 février 2006 l'affichage public d'un premier indicateur composite puis, le 18 janvier 2007, de deux indicateurs complémentaires qui feront l'objet de cet article.

L'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin)

Ce score a été bâti afin d'être calculé automatiquement sur la base du bilan standardisé annuel réglementaire des activités de lutte contre les IN (LIN). Il rassemble 31 items, organisés en trois fonctions d'importance égale : organisation, moyens et actions. Sa valeur globale est de 100 points. Différentes méthodes ont été testées pour présenter les résultats d'Icalin. La méthode retenue, parce que la plus discriminante et ne présentant pas de limite statistique liée à la nature de la distribution des résultats, est celle des percentiles utilisée dans le système anglais du NHS [3]. Elle consiste à utiliser les valeurs des percentiles 10, 30, 70 et 90 de la distribution des résultats pour définir les bornes de cinq classes de performance croissante de E à A. Les niveaux de performance n'ayant de sens qu'au sein d'établissements de santé de caractéristiques comparables, 13 catégories (CHU, CH de plus ou moins de 300 lits, hôpitaux locaux...) ont été définies sur la base des classifications usuelles et

d'analyses statistiques. Les bornes de chaque classe ont été définies pour chaque catégorie d'établissement à l'aide des données de la base nationale des bilans des activités de LIN de l'année 2003. Ces bornes ont été appliquées aux résultats de la base nationale 2004, publiées en février 2006 et seront conservées les années suivantes permettant ainsi de visualiser la dynamique d'évolution de classe des établissements.

Depuis le 6 février 2006, les données individuelles de chaque établissement sont accessibles via le site Internet du ministère chargé de la Santé, accompagnées d'outils de communication développés pour les usagers, et seront actualisées chaque année. L'ensemble des documents réglementaires ou techniques afférents au tableau de bord sont aussi accessibles [4]. La figure 1 montre la progression observée entre 2003 et 2004 avec un pourcentage d'établissements en classe A passé de 7,7 % à 14,3 %. Le taux de non répondants a diminué de 19,6 % à 14,3 %. Des objectifs de progression en termes de résultats et d'exhaustivité ont été déterminés pour 2005.

La consommation des solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains

Cet indicateur a été retenu par les experts français pour refléter l'évolution de la performance de la politique d'hygiène des mains des établissements [5]. Si l'hygiène des mains ne se réduit pas à cette seule technique, la friction désinfectante à l'aide de SHA, technique efficace et bien tolérée [6] est la pratique de référence en France depuis 2001 [7]. Par ailleurs, l'amélioration de l'observance des règles d'hygiène des mains nécessite le recours large à cette technique plus rapide.

Pour concilier l'existence d'un objectif national, par nature unique, et la prise en compte des différences d'activités des établissements, une réflexion s'est amorcée pour fixer des objectifs théoriques de consommation par grande discipline, de type médecine, chirurgie, obstétrique ou réanimation, permettant

de définir un objectif de consommation personnalisé pour chaque établissement en fonction de son activité réelle. Cette méthode doit permettre à chaque établissement de se comparer à un seuil adapté.

Le taux d'infections du site opératoire (ISO)

Le système mis en place dans le cadre du Raisin, sur la base du volontariat des établissements, a permis de donner une large assise à la surveillance des ISO en France. Cependant, le passage à l'affichage public d'un indicateur de résultat est une étape délicate qui doit composer entre les contraintes méthodologiques, la faisabilité d'un recueil national et les conséquences possibles de la diffusion des résultats.

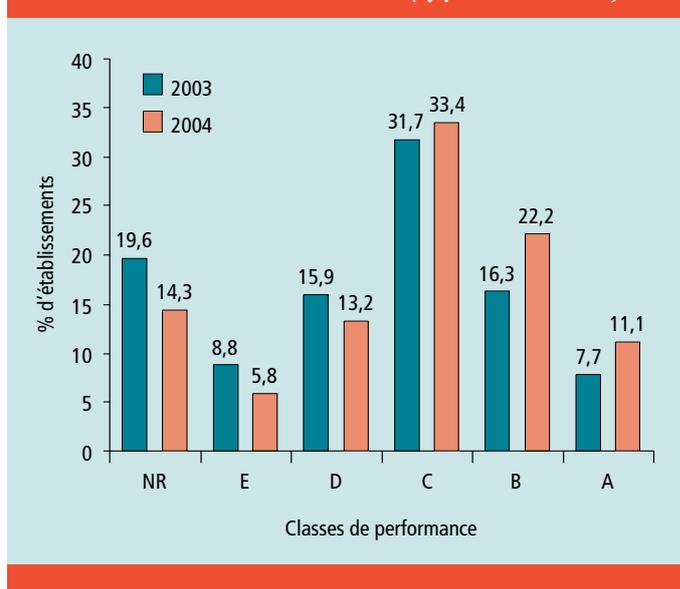
Initialement, il était prévu de suivre un acte traceur par discipline chirurgicale. L'étude CompaqH a montré que beaucoup d'établissements ne pourraient réunir suffisamment d'actes au cours d'une année pour permettre un calcul de taux pertinent. La réflexion s'est orientée vers la production d'un taux par discipline issu du regroupement de plusieurs actes traceurs. Le ministère de la santé a ainsi interrogé l'ensemble des sociétés savantes de chirurgie, pour valider avec elles une liste pertinente d'actes, et demandé au Raisin de proposer sur ces bases, un système de mesure de la performance. Le Raisin a proposé de tester un indicateur limité à deux disciplines (chirurgie digestive et orthopédique), avec une méthodologie faisant appel à un ratio standardisé d'infections (nombre d'infections observées / nombre d'infections attendues). Cependant, tant la faisabilité au plan national que la fiabilité des données [8] et la lisibilité d'un indicateur de résultats de ce type paraissent encore source d'obstacles pour les experts.

Afin de mobiliser les établissements, un indicateur de moyens caractérisant l'existence d'une surveillance des ISO et la couverture en proportion de services participant au sein des établissements a été proposé et sera affiché sur la base des données 2005 du bilan standardisé des activités de la LIN.

Tableau 1 Objectifs quantifiés du programme national 2005-2008 pour les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales
Table 1 Objectives of the French nosocomial infection programme (2005-2008) for public reported indicators

Indicateur	Objectifs quantifiés
Icalin	Entre 2005 et 2008, 100 % des établissements de santé devront avoir fait progresser ce score composite. L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord.
SHA	Entre 2005 et 2008, 75 % des établissements de santé devront avoir doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques pour 1 000 jours d'hospitalisation. Et en 2008, 100 % des établissements de santé devront atteindre une consommation minimale de 20 litres de solutions hydro-alcooliques pour 1 000 jours d'hospitalisation.
Sarm	Entre 2005 et 2008, le taux de staphylocoques dorés résistant à la méticilline devra baisser de 25 % dans au moins 75 % des établissements.
ISO	En 2008, tous les établissements ayant une activité chirurgicale devront avoir organisé un suivi d'un acte « traceur » par principale discipline. L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord.
ATB	L'objectif est que tous les hôpitaux aient une commission des anti infectieux, des protocoles de bon usage des antibiotiques en 2008 et disposent d'un suivi de la consommation des antibiotiques qui figurera dans le tableau de bord.

Figure 1 Icalin : comparaison entre les résultats 2003 et 2004 (par classe de résultats) / Figure 1 Evolution of the French nosocomial infection control policy indicator « Icalin » between 2003 and 2004 (by performance bands)



Commentaires

L'objectif de l'affichage d'un indicateur de type Icalin est de montrer l'état d'avancement de la mise en place de la LIN en France en valorisant les établissements les plus impliqués et en incitant à progresser ceux qui sont en retard par rapport à la dynamique nationale. Icalin est également un outil de pilotage à différents échelons, inscrit dans le programme de qualité et d'efficacité de l'Assurance maladie, c'est aussi un outil de pilotage pour les ARH afin qu'elles puissent élaborer les stratégies d'accompagnement des établissements les plus en retard. Les régions ont accompagné les établissements pour améliorer leurs activités, par différentes actions, collectives (courriers d'incitation, réunions, organisation de formations en lien avec les antennes régionales des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) et individuelles (visites, entretiens téléphoniques, aide à la définition de programmes opérationnels...). Elles ont mené des incitations à la mise en place de conventions inter-établissements (création d'équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, d'antennes régionales) et des projets d'inscription dans les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Un cahier des charges présente les consignes de remplissage et fixe les éléments de preuve des réponses apportées à chaque item coté dans Icalin. Sur cette base, une politique de validation des données est en place par les services déconcentrés de l'État (10 % des établissements ont été validées sur leurs données 2005).

Le deuxième indicateur publié concerne l'hygiène de mains avec la consommation des SHA, sujet explicite pour l'utilisateur. S'inscrivant dans la continuité de l'audit national 2005-2006, cet indicateur permet de débattre de l'observance et des raisons de son niveau parfois faible. L'implantation des SHA reste récente en France et le danger existe de renvoyer une image inexacte de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé.

La diffusion nationale publique est aussi une occasion d'associer les patients à la démarche de prévention et au-delà, de sensibiliser la population à des règles d'hygiène élémentaires capitales.

Les taux d'ISO mesurés en France en chirurgie programmée sont bas, et ont diminué ces dernières années, mais le grand public n'a pas cette perception. Si les sociétés savantes de chirurgie ont répondu de façon positive à la consultation relative à l'affichage du taux d'ISO, les experts nationaux du risque infectieux ne s'accordent pas sur la pertinence d'une diffusion publique de ces données. La littérature avance le problème potentiel de sélection des patients en fonction de leur risque infectieux que pourrait induire un affichage public de la performance [9]. Il est important de maintenir la dynamique de surveillance des ISO et le recours initial à un indicateur de moyen constitue une étape dans cette démarche.

Il n'existe pas à ce jour un consensus sur le fait que la diffusion publique d'indicateurs permette une plus grande amélioration des pratiques que les systèmes qualité à usage des seuls professionnels, en particulier en raison des problèmes méthodologiques que pose une telle comparaison [11]. Toutefois, cette information destinée aux usagers est nécessaire et se réalise au bénéfice d'une collaboration avec eux autour du sujet des infections nosocomiales [11].

L'affichage de la performance doit trouver un équilibre entre faisabilité du recueil à un échelon national par plus de 2000 établissements de santé, fiabilité des données et pertinence des classements. Elle ambitionne une information des usagers objective et de qualité, une acceptabilité par les professionnels de santé et une amélioration des pratiques par des changements de comportements.

Restaurer la confiance des usagers en leur montrant l'engagement des établissements et des professionnels, et maintenir la mobilisation de ces derniers, sont les objectifs poursuivis. Deux indicateurs viendront compléter le tableau de bord d'ici 2008 : le taux de Sarm pour 1 000 journées d'hospitalisation

et le volume d'antibiotiques consommés, intégré probablement dans un indicateur plus global de bon usage de ces médicaments. Seule la mise en place complète du processus permettra d'obtenir un système fiable et performant d'indicateurs accepté par la majorité et d'en mesurer l'impact.

Références

- [1] Institut de veille sanitaire. Recommandations pour la mise en œuvre d'un tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de chaque établissement de santé français. Février 2004, pp 23. [URL : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/tdb_infections_nosocomiales/tdb_inf_noso_part1.pdf]
- [2] CompaqH – Inserm. Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales : résultat du test de faisabilité. Juin 2005, pp 41. [URL : http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/docs/Faisabilite_IN.pdf]
- [3] UK Healthcare commission : 2004 performance ratings [URL : <http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/home.asp>]
- [4] Ministère de la Santé et des Solidarités. Tableau de bord des infections nosocomiales dans les établissements de santé [URL : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nosoco/tab_bord_accueil.htm]
- [5] Eckmanns T, Schwab F, Bessert J, Wettstein R, Behnke M, Grundmann H, Ruden H, Gastmeir P. Hand rud consumption and hand hygiene compliance are not indicators of pathogen transmission in intensive care unit. J Hosp Infect 2006; 63:406-11.
- [6] Girou E, Oppein F. Handwashing compliance in a French university hospital: new perspective with the introduction of handrubbing with a waterless alcohol-based solution. J Hosp Infect 2001; 48:555-557.
- [7] Avis du comité technique national des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins. BO Santé n° 2001-52 [URL : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-52/a0523484.htm>]
- [8] Anaes. Infections nosocomiales : comment interpréter les taux ? L'exemple des infections du site opératoire. Mars 2003, pp 118 [URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Infections_noso_Rap.pdf]
- [9] Burack JH, Impellizzeri P, Homel P, Cunningham JH. Public reporting of surgical mortality: a survey of New York state cardiothoracic surgeons. Am Thorac Surg 1999; 68:1195-202.
- [10] McKibben L, Fowler G, Horan T, Brennan PJ. Ensuring rational public reporting systems for healthcare-associated infections: Systematic literature review and evaluation recommendations. Am J Infect Control 2006; 34:142-9.
- [11] McKibben L, Horan T, Tokars J et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practises Advisory Committee. Am J Infect Control 2005; 33:217-26.

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

Marie-Pierre Tavalacci (marie-pierre.tavalacci@chu-rouen.fr)¹, Véronique Merle¹, Jeanne-Marie Germain², Pierre Czernichow¹

1 / Centre Hospitalier universitaire-Hôpitaux de Rouen, France 2 / Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Paris Nord - antenne de Haute-Normandie, France

Résumé / Abstract

Objectif – Évaluer la compréhension, la perception et l'impact de l'Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin) auprès de professionnels, de patients et d'usagers des établissements de santé.

Méthodes – Enquête par questionnaire auprès d'institutionnels, de médecins, infirmiers et cadres de santé tirés au sort, et de patients et usagers sélectionnés par discipline d'hospitalisation, genre, et classe d'âge dans 18 établissements de Haute-Normandie.

Patients and health professionals' perception of a score concerning organization and activities against nosocomial infections (ICALIN): A survey carried out in Haute-Normandie

Objective – To assess understanding, opinion, and potential impact of a score concerning organization and activities against nosocomial infections (ICALIN) in health care workers, inpatients and consumers.