

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.

Résultats – 293 professionnels, 133 patients hospitalisés et 157 sortis de l'hôpital, et 91 visiteurs de patients ont participé ; 86 % des professionnels et 61 % des usagers savaient que l'Icalin n'informe pas sur la fréquence des infections ; l'indice était compris par les professionnels et les patients, mais les classes étaient mal interprétées par les patients ; 39 % des professionnels déclaraient modifier leurs pratiques au vu de l'Icalin, 30 % pensaient que la diffusion de l'Icalin inciterait les patients infectés à porter plainte, et 70 % pensaient que l'Icalin influencerait le choix d'un établissement par les patients ; 78 % des patients jugeaient important de connaître l'Icalin d'un établissement, mais ne le citaient qu'en 6^e position sur 7 comme motifs de choix ; 57 % se référeraient à l'avis de leur médecin devant un Icalin faible.

Conclusion – L'Icalin semble perçu favorablement par les patients, les usagers, et les professionnels. L'impact réel de la diffusion de cet indice sur les attitudes et les pratiques reste à évaluer.

Mots clés / Key words

Indicateur, qualité des soins, infection nosocomiale, perception, professionnel de santé, usager, patient / Indicator, healthcare quality, cross infection, perception, healthcare workers, consumer, inpatient

Contexte

Les patients et usagers du système de soins se sont fortement impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales, exprimant des attentes nouvelles pour la sécurité des soins [1], sollicitant plus de transparence, mettant parfois en cause les professionnels et les établissements de santé (ES), alors que ceux-ci réalisaient, en particulier depuis le décret de 1988, d'importants efforts d'organisation et de formation, et mettaient en place de nombreuses mesures de lutte contre les infections nosocomiales. Dans ce contexte, l'Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin) est la première réponse systématisée visant à informer les usagers de l'organisation et des activités correspondantes pour chaque ES. Cet indice est l'un des cinq indicateurs du tableau de bord de suivi de la lutte contre les infections nosocomiales en France. Conçu par des représentants du ministère chargé de la santé, de l'Institut de veille sanitaire, du Cclin Sud-Ouest, par des médecins inspecteurs de santé publique et des professionnels de l'hygiène hospitalière, il vise à mesurer de façon synthétique l'organisation, le fonctionnement, et les activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les ES. L'évaluation de l'impact, sur les usagers et les professionnels, de cette information nouvelle est donc un enjeu important [2].

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la compréhension, la perception et l'utilisation potentielle de l'Icalin par les professionnels des ES et par les usagers.

Méthodologie

L'Icalin [3] est calculé automatiquement à partir du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales des ES, document réglementaire (article R711-1-2 du code de la santé publique) informatisé depuis 2000. Trente et un items du

bilan ont été choisis, chacun avec une pondération, l'indice maximal valant 100. L'Icalin est constitué de trois sous-groupes d'items représentant l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (maximum 33 points), les moyens mobilisés (maximum 33) et les actions réalisées (maximum 34) ; l'Icalin calculé à partir des données des bilans 2004 a été diffusé pour tous les ES français début 2006.

Les 2 290 ES français ont été stratifiés en 13 catégories : centre hospitalier (CH) de moins de 300 lits, de 300 lits et plus, CHR ou CHU, cliniques de moins de 100 lits, ou de 100 lits et plus, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, établissements de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée, centres de lutte contre le cancer, hôpitaux des armées, hospitalisation à domicile, et autres. Dans chaque catégorie, les ES ont été rangés par Icalin décroissant puis répartis selon les percentiles en cinq classes : A (les 10 % d'ES ayant les indices les plus élevés), B (les 20 % suivants), C (les 40 % suivants), D (les 20 % suivants), et E (les 10 % ayant les indices les plus faibles).

Une enquête a été réalisée en Haute-Normandie sous l'égide du groupe « indicateurs » du CTINILS (Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins) ; elle a sélectionné 29 ES de Haute-Normandie : les cinq ES de référence (CHU de Rouen, CH de Dieppe, d'Elbeuf, du Havre et d'Evreux-Vernon), le Centre régional de lutte contre le cancer, et un ES tiré au sort par catégorie et par classe d'Icalin (A à E). Parmi eux, 18 ont accepté de participer à l'enquête auprès des professionnels de santé et 14 à celle auprès des usagers.

Pour les professionnels de santé, un auto-questionnaire portant sur la compréhension, la perception et l'impact supposé de la diffusion de l'Icalin a été adressé aux représentants institutionnels (président de Clin et de CME, directeur d'établissement et des soins, équipe opérationnelle d'hygiène) et à des

Methods – A questionnaire survey of hospital officials and randomly selected doctors, nurses and head nurses, and of inpatients and consumers selected according to their age, gender, and hospital ward in 18 facilities located in Haute-Normandie.

Results – 293 health care workers, 133 inpatients, 157 recently discharged inpatients, and 91 patient's visitors agreed to participate in the study; 86% health care workers and 61% patients/visitors knew that ICALIN does not give information about infection rates; ICALIN score was correctly understood by both health care workers, and patients, whereas ranking was poorly understood by patients/visitors; after discovering their hospital's ICALIN, 39% health care workers intended to modify their practice, 30% felt that public reporting of ICALIN would lead patients to sue hospitals, and 70% thought that knowing ICALIN would influence patients' choice of hospital; 78% patients/visitors declared that ICALIN was an important piece of information but ICALIN was ranked in 6th position among 7 reasons for choosing a hospital; 57% would ask their doctor's advice if a hospital had a low ICALIN.

Conclusion – ICALIN seems to be well accepted by patients and health care workers. However, its impact on their attitude and practice will have to be assessed.

professionnels des équipes tirés au sort (stratification en 50 % d'infirmiers, 25 % de cadres et 25 % de médecins). Le nombre de professionnels sollicités était de 40 pour les hôpitaux de référence et de 20 pour les autres hôpitaux. Le questionnaire a été adressé par voie postale directement au professionnel interrogé, qui a retourné de façon anonyme son questionnaire rempli.

Trois groupes de patients et d'usagers adultes ont été inclus pour quatre disciplines d'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, et soins de suite-réadaptation) : 133 patients interrogés en cours d'hospitalisation, 157 après leur sortie de l'ES, 91 visiteurs de patients hospitalisés. Les groupes ont été constitués par quota selon la discipline d'hospitalisation, le genre, et la classe d'âge (18-44 ans, 45-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus). Le questionnaire expliquait d'abord l'Icalin et son calcul, recueillait des données individuelles (âge, genre, niveau d'étude, situation professionnelle), interrogeait sur la connaissance d'au moins une méthode de lutte contre les infections nosocomiales, sur les antécédents éventuels d'infection nosocomiale et sur la discipline d'hospitalisation. Après communication de l'Icalin et de la classe de l'ES à la personne interrogée, les questions suivantes portaient sur sa compréhension de l'Icalin comme un indice d'activité et non de risque nosocomial dans l'ES, son aptitude à juger d'après l'Icalin l'activité de l'ES en matière de lutte contre les infections nosocomiales, et à le comparer aux autres ES de même catégorie d'après sa classe Icalin. La personne était ensuite interrogée sur l'intérêt de l'Icalin et sa place dans le choix d'un ES pour des soins, et sur son attitude dans l'hypothèse d'une hospitalisation prévue dans un ES ayant un Icalin faible. Le questionnaire était administré en face à face pour les patients hospitalisés, par téléphone pour ceux sortis, et auto-administré pour les visiteurs.

Les réponses aux questions qualitatives ont été exprimées en pourcentage avec leur intervalle de confiance à 95 % ; les médianes d'Icalin ont été comparées par le test de Mann-Withney, les pourcentages par test du Chi2 ou chi2 de tendance au seuil de 5 %.

Résultats

Enquête auprès des professionnels de santé

Le taux de réponse des 594 professionnels de santé interrogés était de 51 % : 207 des 482 professionnels des équipes tirés au sort (43 %) et 86 des 112 représentants institutionnels (77 %). La répartition des établissements et des professionnels de santé suivant la classe de l'établissement est décrite dans le tableau 1. L'âge moyen (\pm écart-type) des professionnels de santé était de 43,7 ans (\pm 9,5) et le sexe ratio hommes/femmes de 0,32.

Tableau 1 Répartition des établissements et des professionnels de santé interrogés selon la classe Icalin de l'établissement, Haute-Normandie, France, 2005 / *Table 1 Distribution of hospitals and health care workers interviewed by the facility's ICALIN rank, (Haute-Normandie, France, 2005*

Classe Icalin	Établissements	Professionnels
A	28 % (n = 5)	31,8 % (n = 93)
B	33 % (n = 6)	39,9 % (n = 117)
C	33 % (n = 6)	24,9 % (n = 73)
D	6 % (n = 1)	3,4 % (n = 10)
Total	100 % (n = 18)	100 % (n = 293)

Compréhension

Les résultats concernant la compréhension et l'interprétation de l'Icalin sont présentés dans les tableaux 2 et 3.

Perception

Pour 182 professionnels (64 %), l'Icalin reflétait la situation réelle de leur ES, alors que pour 21 (7 %)

la situation de leur ES était meilleure, et pour 34 (12 %) elle était moins bonne ; les professionnels jugeant leur ES sous-évalué exerçaient dans un ES dont l'Icalin moyen était inférieur à ceux jugeant l'Icalin valide ($88,5 \pm 8,4$ vs $71,6 \pm 17,6$; $p < 0,001$). Concernant l'impact supposé de la diffusion de l'Icalin, 70 % des professionnels pensaient que cette diffusion pouvait influencer le patient dans son choix d'un ES et 30 % pensaient qu'elle inciterait les patients atteints d'une infection nosocomiale à porter plainte. Enfin 83 % estimaient que l'Icalin pourrait influencer la certification des ES.

Attitude

Parmi les professionnels, 46 % annonçaient leur intention de modifier leurs pratiques, en réaction à l'Icalin de leur ES, plus souvent les institutionnels que les professionnels des équipes, respectivement 63 % vs 39 % ($p = 0,0003$). Ces intentions augmentaient de la classe A à la classe D de l'Icalin (figure 1, $p < 0,003$).

Enquête auprès des patients

Compréhension

Seulement 39 % des patients et usagers (IC 95 % [34-44]) comprenaient que l'Icalin n'est pas un indicateur de résultats et ne renseigne pas sur la fréquence des infections dans un ES, sans différence entre les trois groupes. Interrogés sur le niveau d'activité de l'ES (« très actif », « actif », « peu actif » ou « très peu actif ») dans la lutte contre les infections nosocomiales d'après son Icalin, 89 % (IC 95 % [86-92]) donnaient une réponse. En revanche, au vu d'une classe Icalin donnée, seulement 68 % (IC 95 % [63-72]) pouvaient dire si l'ES était plus ou moins actif ou dans la moyenne des ES de même catégorie.

Perception

Sur 376 répondants, 78 % (IC 95 % [74-82]) jugeaient important de connaître l'Icalin d'un ES avant d'y être hospitalisé. Toutefois, sollicités pour sélectionner trois critères de choix d'un ES parmi sept possibles, les répondants ne classaient l'Icalin qu'en

6^e position, loin derrière « l'avis du médecin traitant », la « réputation des médecins de l'établissement », « le niveau d'équipement », « le confort », « la recommandation de l'entourage ». Seul « un palmarès dans la presse » était moins souvent cité que l'Icalin (figure 2).

Tableau 4 Attitudes déclarées des patients et usagers avant une hospitalisation dans l'hypothèse où l'établissement de santé pressenti aurait un mauvais indice Icalin, Haute-Normandie, France, 2005 / *Table 4 Reported responses of patients and consumers before hospitalisation when the planned facility had a poor Icalin score, Haute-Normandie, France, 2005*

	%	[IC95 %]
Je n'y ferais pas attention	6,3	[4,2-9,4]
Je serais préoccupé, mais je me ferais hospitaliser dans l'établissement sans autre démarche	12,1	[9,1-15,9]
Je demanderais à mon médecin ce qu'il pense de ce résultat	54,9	[49,7-59,9]
Je ne me ferais pas hospitaliser dans cet établissement	24,1	[20,0-28,2]
Autre ou sans réponse	2,6	[1,3-4,9]

Attitude

Les réponses des patients et usagers interrogés sur leur attitude dans l'hypothèse où ils apprendraient que l'établissement où ils devaient être hospitalisés avait un mauvais indice Icalin sont décrites dans le tableau 4.

Discussion

Cette enquête représente la première tentative, à notre connaissance, d'analyser l'impact sur les professionnels, ainsi que sur les patients et usagers, de la diffusion de l'indice Icalin. Elle présente plusieurs limites. Elle n'a inclus que les ES volontaires : ceux ayant un Icalin faible étaient mal représentés (pas d'ES classé E, un seul classé D). Notre analyse est donc limitée en pratique à la perception d'un Icalin plutôt élevé. Par ailleurs, le taux de

Tableau 2 : Interprétation du score Icalin de leur établissement par les professionnels de santé, Haute-Normandie, France, 2005

Table 2 Interpretation of their facility's Icalin score by health care workers, Haute-Normandie, France, 2005

D'après le score, l'établissement est actif dans la lutte contre les infections nosocomiales	%	IC95 %	Icalin moyen
Très actif	51,7	[45,8-57,6]	92
Assez actif	45,2	[39,4-51,1]	82
Peu actif	1,7	[0,6-3,9]	85
Très peu actif	1,4	[0,4-3,5]	68

Tableau 3 : Interprétation du classement Icalin de leur établissement par les professionnels de santé, Haute-Normandie, France, 2005

Table 3 Interpretation of their facility's Icalin rank by the health care workers, Haute-Normandie, France, 2005

D'après la classe Icalin de votre établissement, comment se situe-t-il dans la LIN par rapport aux autres établissements de la même catégorie	Classe A (n=90) % [IC95 %]	Classe B (n=113) % [IC95 %]	Classe C (n=73) % [IC95 %]	Classe D (n=9) % [IC95 %]
Beaucoup moins actif	0	0	0	0
Moins actif	0	2 [0-6]	8 [3-17]	0
Dans la moyenne	10 [5-18]	33 [24-42]	78 [67-87]	11 [0-48]
Plus actif	41 [31-51]	42 [32-51]	1 [1-9]	11 [0-48]
Beaucoup plus actif	19 [11-29]	4 [1-5]	0	0
Ne sait pas	30 [21-41]	20 [13-29]	12 [6-22]	78 [40-97]

LIN, lutte contre les infections nosocomiales

Figure 1 Pourcentage des professionnels de santé ayant l'intention de changer leurs pratiques selon la classe Icalin de leur établissement, Haute-Normandie, France, 2005 | **Figure 1** Percentage of health care workers who intend to change their practice by their facility's Icalin rank, Haute-Normandie, France, 2005

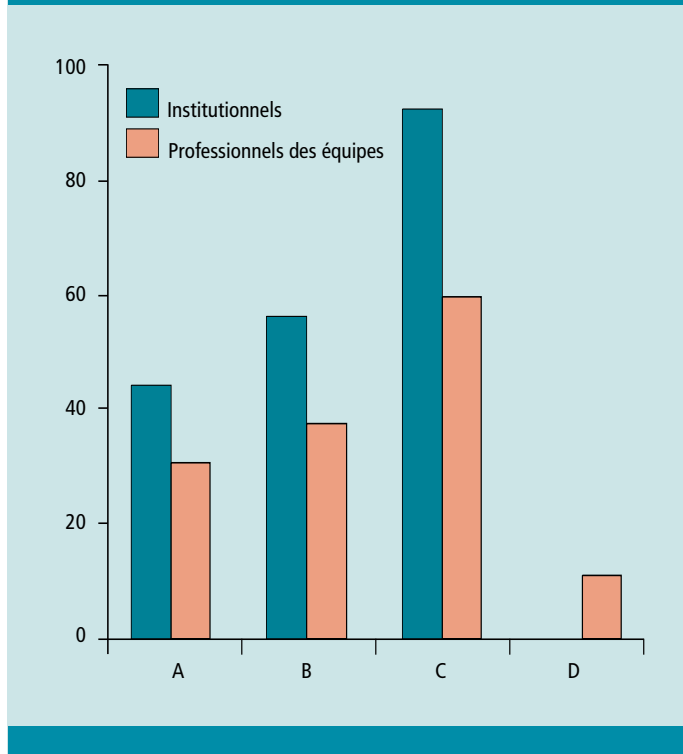
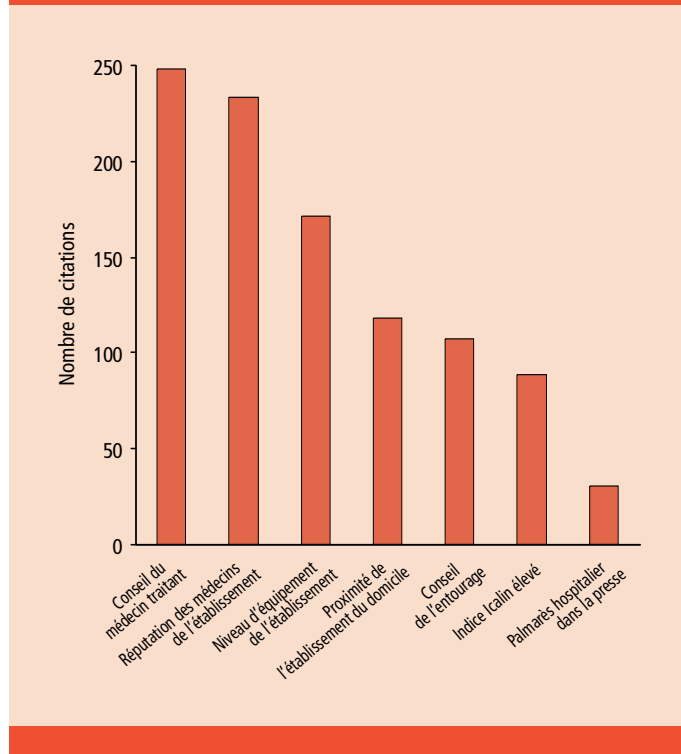


Figure 2 Principaux motifs déclarés de choix d'un établissement de santé par 376 patients en Haute-Normandie, France, 2005 | **Figure 2** Main reasons declared by 376 inpatients for the choice of a health care facility, Haute-Normandie, France, 2005



réponse de 50 % chez les professionnels, habituel pour une enquête postale, rend probable un biais de sélection. Chez les patients et usagers éligibles, seuls ceux paraissant susceptibles de répondre ont été interrogés.

Toutefois, malgré ces limites, notre enquête fournit un certain nombre d'informations sur la compréhension et l'impact de l'Icalin.

Chez les professionnels, les soignants attribuent à l'Icalin une forte influence sur l'attitude des patients, à la fois pour le choix d'un ES (70 % des répondants) et pour l'incitation à porter plainte (30 % des répondants). Cette perception n'a, à notre connaissance, jamais été étudiée dans la littérature, y compris pour d'autres indicateurs de la qualité des soins. Il est intéressant de la confronter à l'attitude déclarée des patients et usagers dans notre enquête qui suggère que l'Icalin influence le choix d'un ES, mais reste subordonnée à l'avis du médecin traitant.

Notre enquête suggère que les professionnels travaillant dans les ES ayant l'Icalin le plus faible sont également ceux qui estiment que leur ES est sous-évalué : ce résultat justifierait une analyse plus détaillée de la validité du calcul de l'Icalin dans ces ES, afin de vérifier si la perception des professionnels traduit une réaction de défense vis-à-vis d'un mauvais indice ou leur connaissance de leur ES et de ses performances réelles, qui seraient effectivement sous-évaluées par l'Icalin.

Enfin, il est intéressant de noter que 40 % des soignants déclarent leur intention de modifier leurs pratiques suite à la diffusion de l'Icalin de leur ES, alors que l'impact de la diffusion d'indicateurs de

performance sur l'attitude des professionnels est discuté dans la littérature².

La partie de l'enquête visant les patients et usagers met en évidence la médiocre interprétation de l'Icalin, et tout particulièrement du classement. Le calendrier de l'étude, réalisée juste avant la première diffusion officielle de l'indice et la campagne d'information qui l'a accompagnée, a pu conduire à surévaluer cette mauvaise compréhension. Toutefois, il est probable que cette information complexe nécessite, pour être comprise des usagers, d'être associée à des explications de la part des ES et des professionnels de santé. La proportion importante de patients déclarant qu'ils se réfèrent à l'avis de leur médecin traitant s'ils étaient confrontés à un Icalin faible suggère que les médecins généralistes doivent être les cibles privilégiées d'informations et d'explications spécifiques.

La place marginale de l'Icalin parmi différents motifs de choix d'un ES contraste avec l'intérêt des usagers et des médias pour les infections nosocomiales. Là encore, le calendrier de l'étude a pu conduire à sous-estimer l'impact de l'Icalin sur le choix d'un ES : il est possible qu'avec le temps les usagers se familiarisent avec cette information et l'utilisent plus que déclaré dans notre étude. Toutefois, la place limitée des indicateurs de performance dans le choix des usagers d'un ES a déjà été rapportée, et la lutte contre les infections nosocomiales ne semble pas faire exception. Dans l'étude de Schneider et al. [4], un quart des patients déclaraient qu'un taux de mortalité anormalement élevé ne les conduirait pas à changer de chirurgien. Dans l'étude

de Marshall et al. [5], publiée en 2006, les patients étaient réticents à l'idée d'utiliser les indicateurs de qualité pour choisir un professionnel, mais manifestaient leur souhait de trouver un bon niveau de qualité dans tous les ES. Comme dans notre enquête, les patients déclaraient se reposer sur leur médecin traitant pour comprendre et utiliser les informations comparatives sur les ES, et pour choisir en leur nom.

Conclusion

Dans la limite de ce travail, reposant sur une communication personnelle de l'Icalin avant sa diffusion médiatique, cet indice semble perçu favorablement par les patients, les usagers, et les professionnels. L'avenir permettra de dire si cette diffusion, associée à une explication de texte appropriée, peut avoir un impact sur les pratiques, aussi bien des usagers que des professionnels.

Références

- [1] Les Français et l'hôpital. Sondage TNS-Sofres effectué pour la Fédération hospitalière de France, France 5, et Le Monde. Avril 2004.
- [2] Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283:1866-74.
- [3] Accessible sur : www.sante.gouv.fr. Thème : Qualité des soins, Dossier Infections nosocomiales, Icalin.
- [4] Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports. A survey of patients undergoing cardiac surgery. *JAMA* 1998; 279:1638-42.
- [5] Marshall M, Noble J, Davies H, Waterman H, Walshe K, Sheaff R, Elwyn G. Development of an information source for patients and the public about general practice services: an action research study. *Health Expect* 2006; 9:265-74.