QU'EST CE QUE LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ?

Il s'agit pour chaque établissement de santé de produire 4 indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections nosocomiales (IN). Ces indicateurs sont publics et mis à la disposition des usagers.

La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux.

Par ses effets d'émulation, d'incitation ainsi que d'accompagnement des établissements en démarche de progrès, le tableau de bord vise à l'amélioration globale de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

D'OU VIENNENT LES DONNEES ?

Chaque établissement de santé doit obligatoirement établir tous les ans un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini par un arrêté du Ministre chargé de la santé.

Ce bilan décrit en détail la manière dont la prévention des IN est organisée dans l'établissement ainsi que certains des résultats obtenus.

Les indicateurs sont élaborés à partir des données de ce bilan.

PUIS-JE AVOIR CONFIANCE DANS CES DONNEES ?

Tout établissement est tenu de mettre à la disposition des autorités sanitaires **un dossier regroupant les preuves des données déclarées.**

Le remplissage du bilan s'appuie sur un cahier des charges présentant des consignes de remplissage pour éviter les erreurs d'interprétation et fiabiliser les données. Une validation des données fournies par les établissements est organisée chaque année dans toutes les régions auprès d'au moins 10% des établissements de santé par les services de l'Etat. Ce contrôle est effectué avant publication des données.

QUELS SONT LES 5 INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD 2007 (publié en 2009)

L'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : ICALIN (publié depuis 2004)

L'ICALIN objective l'organisation de la lutte contre les IN dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.
Ce score sur 100 points reflète du niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels, en particulier de sa Direction, de son équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou de la sous-commission de la commission médicale d'établissement en charge des mêmes attributions.

L'indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA (publié depuis 2005)

L'indicateur ICSHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention de nombreuses infections nosocomiales.
Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention.

L'ICSHA, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation vers lequel les établissements doivent tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités.

L'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO) : SURVISO (publié depuis 2005)

L'indicateur SURVISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.

Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale. Il permet de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

SURVISO indique la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une enquête épidémiologique.

Cette année, cet engagement est rendu obligatoire.

L'indice composite de bon usage des antibiotiques : ICATB (publié depuis 2006)

L'ICATB objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
Ce score sur 20 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

Le score agrégé

La prévention des IN est un sujet complexe qui nécessite la mise en œuvre de nombreuses stratégies complémentaires. **Seule l'interprétation de plusieurs indicateurs permet d'avoir une vision plus globale du niveau d'engagement des établissements de santé dans ce domaine.** C'est pourquoi le tableau de bord inclus désormais quatre indicateurs différents selon le type et l'activité des établissements (par exemple SURVISO ne concerne que les structures faisant de la chirurgie).

Le Ministère chargé de la santé a développé un **score agrégé** élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. C'est une façon de lire différemment les 4 indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

Pour les usagers ce score agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100.

Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

COMMENT INTERPRETER CES INDICATEURS ?

Chacun des indicateurs donne lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, correspondant à celle les plus en retard. La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs, malgré l'obligation qui leur en est faite.

L'INDICE TRIENNAL DE SARM

En complément des indicateurs calculés les années antérieures, le tableau de bord relatif aux résultats de 2007 affiche un indice triennal de *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistants à la méticilline (SARM). Cette bactérie multirésistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les IN.

Qu'est ce que l'indice SARM ?

Cet indice dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (SARM dits importés) et d'autre part et de prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Cet indice SARM, permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à la maitriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient et par une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques.

Ce calcul repose sur le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostic (nombre de SARM déclarés), quelque soit le lieu d'acquisition (souches importées et acquises) rapportés à 1000 journées d'hospitalisation.

Un indice SARM à 0,6 par exemple, signifie, qu'en moyenne, au cours des années 2005 à 2007, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation.

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutique. La multirésistance est une étape vers l'impasse thérapeutique. La multirésistance concerne les bactéries des infections communautaires (ex. : pneumocoques, bacilles de la tuberculose) et les bactéries des infections nosocomiales (IN).

La lutte contre les BMR à l'hôpital, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des IN et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière et fait partie des indicateurs d'activité et de qualité, et des référentiels d'accréditation des établissements de santé.

S. aureus résistant à la méticilline (SARM) est la plus fréquente des BMR (environ 13 % de l'ensemble des bactéries des IN).

En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur risque de diffusion au sein de l'hôpital et dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

Pourquoi un indice triennal ?

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation a été calculé à partir de l'ensemble des isolats cliniques identifiés dans un établissement de santé au cours des années 2005, 2006 et 2007.

Il est nécessaire d'utiliser un tel indice car les variations annuelles au sein d'un même établissement sont importantes d'une année à l'autre ; l'indice triennal permet de « lisser » ces variations.

Quels établissements sont concernés ?

Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. Cependant, cette mesure ne peut avoir de sens dans les établissements qui identifient très peu de SARM en raison de la nature et/ou du volume de leur activité.

Cet indice triennal n'est pas donc pas calculé pour les établissements de moins de 100 lits et ceux ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an et pour les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse ».

Compte tenu des fermetures, créations et fusions d'établissements de santé ne permettant pas à tous les établissements d'avoir déclaré leur nombre de SARM sur les trois années, cet indice a pu être calculé pour 940 établissements sur les 2 807 concernés par le tableau de bord des IN en 2007.

Interprétation de l'indice SARM publié avec les résultats 2007

Cet indice ne peut avoir **qu'une valeur indicative**. Il dépend en effet d'une part, du nombre d'hospitalisation des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) et d'autre part de la politique mise en œuvre dans l'établissement de santé en matière de bon

usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM.

Il **n'est donc pas pertinent de procéder à un classement** des établissements sur la base de cette information, qui n'a donc pas été intégrée dans le score agrégé, avec les autres indicateurs_et ce d'autant qu'il s'agit d'un indicateur de résultat alors que les autres indicateurs du tableau de bord sont des indicateurs de moyens.

Des progrès significatifs depuis 2001, mais qui restent insuffisants

Selon les données du réseau Bactéries multirésistantes (BMR)-Raisin, dans les services de court séjour des établissements de santé français, l'incidence des SARM a baissé de 28% entre 2003 et 2007, passant de 0,89 à 0,64 cas pour 1000 journées d'hospitalisation.
D'après les données du réseau EARSS[1], la France se situe parmi les pays européens ayant les plus fortes proportions de SARM au sein de l'espèce staphylocoque doré. La France, fait cependant partie des rares pays pour lesquels la situation s'améliore (avec la Slovénie depuis 2006, la Lituanie, la Bulgarie, et la Turquie depuis 2007). Ainsi la proportion de SARM au sein de l'espèce est passée de 33% en 2001 à 26% en 2006.

Comment aider les établissements à améliorer leur résultat ?

La situation nationale est donc en amélioration et en faveur de l'impact des actions (indicateurs, campagne sur l'hygiène des mains, surveillance….) tout en restant à un niveau n'autorisant aucun relâchement. C'est pourquoi, dans le cadre du « Plan stratégique national pour la prévention des infections associées aux soins », il est prévu de renforcer les actions mise en œuvre pour la maîtrise des BMR dans un nouveau programme qui se déclinera sur l'ensemble des secteurs de soins (établissements de santé, établissements médicosociaux et soins de ville).

VOUS ETES USAGER

Vous êtes usager, que pouvez-vous faire ?

En tant qu'usager, l'attention à son hygiène personnelle, en particulier lors d'une hospitalisation est très importante. Il faut ainsi se laver les mains après être allé aux toilettes, avant les repas ou après s'être mouché. Vous pouvez aussi utiliser des produits hydro-alcooliques (PHA) à conditions de respecter les précautions d'emploi. Enfin, il faut veiller à ne pas toucher les dispositifs qui servent aux soins tels qu'un cathéter, une sonde urinaire, ou tout autre matériel de soins, pour ne pas risquer de les contaminer.

En tant que patient ou visiteur, n'hésitez pas à poser des questions. Par exemple, vous pouvez faire préciser la signification des indicateurs et demander les résultats de l'établissement. Toute question est bienvenue, comme de savoir qui peut et/ou doit utiliser les PHA quand ils sont mis à disposition dans la chambre.

Pour atteindre les objectifs fixés dans le programme national, il faut aussi agir sur le comportement des soignants. Des études montrent le rôle incitatif des responsables des services mais aussi la place de l'usager dans cette approche pédagogique.

L'hygiène, et en particulier celle des mains, est une démarche qui doit être encouragée et enseignée à tous dans la vie courante en vue d'améliorer la santé de chacun.

[1] European Antimicrobial Resistance Surveillance System (http://www.rivm.nl/earss/)

Vos représentants au sein des établissements de santé

Il existe, au sein des établissements, des représentants des usagers qui siègent à la Commission de Relation avec les Usagers et au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ils sont en mesure d'interroger les spécialistes de l'établissement, sur la politique de prévention des IN en général, et d'hygiène des mains en particulier et les actions d'améliorations prévues. Vous pouvez demander leurs coordonnées et leur faire part de vos remarques.

REMERCIEMENTS

Le ministère en charge de la santé remercie les établissements de santé pour leur participation à la collecte des données et les groupes d'experts ayant contribué au développement de ces indicateurs.

Il tient aussi à remercier les référents régionaux des DRASS et DSDS, les personnels des DDASS pour leur travail notamment de validation des données, ainsi que les CCLIN et les ARLIN pour les actions conduites pour accompagner les établissements.

Pour en savoir plus sur les infections nosocomiales et le tableau de bord : http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_i.htm

Pour en savoir plus sur vos droits : http://www.securitesoins.fr/

Pour en savoir plus sur les établissements de santé : http://www.platines.sante.gouv.fr/

Pour en savoir plus sur les données épidémiologiques : http://www.invs.sante.fr/raisin