

**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**

Rapport de l'Institut de Veille Sanitaire en réponse à la Saisine du 21 mars 2003
de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre en charge de la Santé

Institut de Veille Sanitaire, février 2004

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

Rapport de l'Institut de Veille Sanitaire en réponse à la Saisine du 21 mars 2003 de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre en charge de la Santé, février 2004

Comité de pilotage :

Gilles Brücker, Directeur Général, InVS ; Jean-Claude Desenclos, responsable du département maladies infectieuses, InVS ; Brigitte Haury, Chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé, DHOS ; Valérie Salomon, bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé, cellule infections nosocomiales DHOS ; Béatrice Tran, bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale cellule infections nosocomiales DGS ; Thanh LeLuong, Chef du bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale, DGS ; Jean Carlet, président du Comité Technique national des infections nosocomiales ; Pascal Astagneau, coordonnateur du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) ; et Jean-Christophe Lucet, praticien hospitalier, hygiéniste, Hôpital Bichat, chargé de mission par l'InVS pour animer l'expertise sur les indicateurs à proposer pour le tableau de bord (voir ci-dessous).

Groupe d'experts :

Composition : Ludwig Serge Aho, Hygiène Hospitalière, C.CLIN Est, CHU Dijon ; Serge Alfandari, Hygiène Hospitalière, Maladies Infectieuses, CH Tourcoing, Tourcoing ; Gilles Antoniotti, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, Générale de Santé, Aix les Bains ; Odile Bellon, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, CH Pays d'Aix, Aix-en-Provence ; Philippe Berthelot, Hygiène Hospitalière, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne ; Hervé Blanchard, Hygiène Hospitalière, AP-HP Cochin - Saint Vincent de Paul, Paris ; Bernard Branger, C.CLIN Ouest, Rennes ; Catherine Bussy, Hygiène Hospitalière, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; Véronique Bussy-Malgrange, Microbiologie, Institut Jean Godinot, Reims ; Anne Carbonne, C.CLIN Paris-Nord, Paris ; Annie Chalfine, Hygiène Hospitalière, Hôpital Saint-Joseph, Paris ; Bruno Coignard, InVS, Saint-Maurice ; Sandrine Danet, ANAES, Saint-Denis ; Marie-Françoise Dumay, Gestion des risques, Hôpital Saint-Joseph, Paris ; Alain Durocher, Réanimation, CHRU Lille, ANAES ; Jacques Fabry, C.CLIN Sud-Est, Lyon ; Stéphane Gayet, C.CLIN Est, Strasbourg ; Emmanuelle Girou, Hygiène Hospitalière, AP-HP Henri Mondor, Créteil ; Bruno Grandbastien, C.CLIN Paris-Nord et CHRU Lille ; Joseph Hajjar, Hygiène Hospitalière, CH Valence, Valence ; Benoist Lejeune, C.CLIN Ouest, Brest ; Agnès Lepoutre, InVS, Saint-Maurice ; Jean-Christophe Lucet, Hygiène Hospitalière, AP-HP Bichat, Paris ; Marie-Hélène Nicolas-Chanoine, Microbiologie, AP-HP Ambroise Paré, Boulogne ; Pierre Parneix, C.CLIN Sud-Ouest, Bordeaux ; Bernard Régnier, Réanimation, AP-HP Bichat, Paris et CTIN ; Ludovic Richard, Orthopédie, Clinique de Maussins, Paris ; Jérôme Robert, Hygiène Hospitalière, Microbiologie, AP-HP Pitié-Salpêtrière, Paris ; Dominique Salmon, Maladies Infectieuses, AP-HP Cochin, Paris ; Anne Savey, C.CLIN Sud-Est, Lyon ; Jean-Christophe Séguier, Hygiène Hospitalière, CHI Poissy Saint-Germain, Poissy ; Xavier Verdeil, Hygiène Hospitalière, CHU Toulouse et C.CLIN sud-ouest ; Michel Wiesel, Hygiène Hospitalière, CH La Roche sur Yon, La Roche sur Yon.

Coordination : Jean-Christophe Lucet, Philippe Berthelot.
Secrétariat scientifique : Bruno Coignard.

Citation suggérée : 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. Rapport en réponse à une saisine du Ministre en charge de la Santé, Institut de Veille Sanitaire, février 2004.

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <u>Introduction</u> | 7 |
| <u>Méthode</u> | 8 |
| <u>Les quatre indicateurs proposés par le groupe d'experts</u> | 10 |
| <u>La position des représentants des usagers</u> | 11 |
| <u>La position des représentants des établissements de santé</u> | 13 |
| <u>Synthèse</u> | 14 |
| <u>Recommandations</u> | 16 |
| <u>A. Indicateurs à introduire dans le tableau de bord</u> | 16 |
| <u>B. Modalité de fabrication, de restitution, d'évaluation et de centralisation des indicateurs du tableau de bord</u> | 17 |
| <u>C. Travaux complémentaires nécessaires avant la mise en œuvre des indicateurs</u> | 17 |
| <u>D. Calendrier</u> | 18 |
| <u>E. Monitoring et évaluation du dispositif</u> | 18 |
| <u>Conclusion</u> | 19 |
| <u>Références</u> | 20 |
| <u>Annexes</u> | 23 |
| <u>Annexe 1 : Saisine de Monsieur le Ministre en charge de la Santé – 21 mars 2003</u> | 25 |
| <u>Annexe 2 : Note du Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire – 30 mai 2003</u> | 29 |
| <u>Annexe 3 : Courrier de Monsieur le Ministre en charge de la Santé – 20 juin 2003</u> | 33 |
| <u>Annexe 4 : Courrier du Directeur Général de l'Institut de Veille Sanitaire et rapport d'étape du groupe d'experts – 13 janvier 2004</u> | 37 |
| <u>Annexe 5 : Rapport final du groupe d'experts – 3 février 2004</u> | 49 |
| <u>Annexe 6 : Liste initiale des 162 indicateurs soumis à cotation des experts</u> | 61 |
| <u>Annexe 7 : Compte rendu de la réunion avec les associations d'usagers – 29 janvier 2004</u> | 73 |
| <u>Annexe 8 : Compte rendu de la réunion avec les représentants des Fédérations et de la Conférence des Présidents de CME – 2 février 2004</u> | 81 |

Introduction

Le Ministre en charge de la Santé, Monsieur Jean-François MATTEI, a saisi l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en mars 2003 (annexe 1), afin que soient définis des indicateurs de lutte contre l'infection nosocomiale susceptibles de constituer un tableau de bord pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Après avoir rappelé les efforts importants réalisés en France pour la lutte contre les infections nosocomiales, la saisine indique que celles-ci restent encore trop fréquentes, notamment celles liées aux bactéries multirésistantes. Le développement de ces tableaux de bord de surveillance au niveau de chaque établissement de santé doit permettre de suivre les progrès, adapter les efforts et les moyens, et informer les usagers. Pour cela la saisine indique qu'il est nécessaire de disposer d'outils de surveillance continue réactifs dans les établissements de santé français qui devraient :

- être ciblés sur des infections significatives : reflet de la qualité des soins et des efforts de prévention, engageant le pronostic, repérables par le laboratoire ou par des critères cliniques simples,
- permettre des comparaisons au sein d'un établissement et aider à le situer par rapport aux autres.

Cette surveillance devra être généralisée à tous les établissements de santé, mise en place progressivement et conçue dans le cadre d'un tableau de bord pouvant inclure d'autres indicateurs : moyens engagés, consommation et résistance bactérienne aux antibiotiques.

Cette saisine indique la volonté du Ministre chargé de la santé de compléter le système de surveillance actuel par un échelon de surveillance au niveau de l'établissement. Rappelons que le système actuel est organisé sur une base inter-régionale animée par les C.CLINs et coordonné au niveau national par l'InVS au sein du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). Chaque établissement participe aux réseaux de façon volontaire et dispose de ses résultats propres, en revanche le CCLIN analyse les résultats de façon agrégée. Le système actuel de surveillance des infections nosocomiales repose sur les outils suivants : 1) les enquêtes de prévalence [1,2] ; 2) les réseaux de surveillance volontaire en incidence [3] ; 3) le signalement des infections nosocomiales définies réglementairement [4, 5].

Le système, qu'il s'agit de définir, devra être continu et exhaustif (l'ensemble des établissements et en permanence), avoir un lien fort avec la qualité des soins et la prévention et, outre qu'il doit permettre à un établissement de se situer dans le temps, doit permettre une comparaison entre établissements. Devant prendre la forme d'un tableau de bord, celui-ci a pour nouvelle finalité l'information des usagers au niveau de chaque établissement, sans que la forme de cette information des usagers ne soit précisée (tableau de bord disponible sur demande ou affiché...).

Méthode

Dans sa volonté d'être exhaustive au niveau de chaque établissement, de permettre des comparaisons dans le temps et par établissement, il importait dans un premier temps d'identifier voire de définir les indicateurs de surveillance adaptés à la finalité de la saisine. Ces indicateurs devront à la fois être pertinents, fiables, robustes, faisables et permettre de faire, avec suffisamment de confiance et précision, les comparaisons souhaitées dans le temps et surtout entre établissements.

Devant être communicables aux usagers, ces indicateurs devront pouvoir être compris et interprétés par le plus grand nombre. Ce dernier point nécessite que soit développée une action pédagogique sur les infections nosocomiales.

Par ailleurs le lien que fait explicitement la saisine avec la qualité des soins et la prévention suggère deux orientations possibles et complémentaires : des indicateurs épidémiologiques (dit de résultats, taux d'infection...) et des indicateurs reflétant les pratiques et les moyens de prévention engagés par l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales, information pour le moment synthétisée dans les bilans annuels des CLIN via un rapport standardisé.

L'ensemble des points développés ci-dessus indique que la production d'indicateurs objectifs et équitables sur une réalité aussi complexe que l'infection nosocomiale nécessite une réflexion argumentée sur les évidences scientifiques, sur l'impact en santé publique que l'on est en droit d'attendre, notamment pour les infections dont l'évitabilité demeure importante, sur la faisabilité de ces indicateurs et leur acceptabilité. Au vu de cette complexité et afin de répondre dans un délai raisonnable sur la base d'une analyse scientifique opposable et contradictoire, l'InVS a mis en œuvre une expertise technique encadrée par un comité de pilotage, et consulté les parties concernées. Cette démarche d'expertise jugée indispensable

par l'InVS n'était pas compatible avec le délai initial imposé par la saisine (mai 2003). Un courrier du Directeur Général de l'InVS a donc été adressé au Ministre le 30 mai 2003 afin de préciser la démarche générale et le délai nécessaire (annexe 2) ; cette démarche était validée par le Ministre par courrier en date du 20 juin 2003 (annexe 3). Un rapport provisoire était remis au Ministre, à sa demande, le 13 janvier 2004 (annexe 4). Le rapport final des experts était disponible le 3 février 2004 (annexe 5).

- **Un comité de pilotage** (voir composition ci-dessus) a été constitué afin de valider voire d'amender la méthode générale définie par l'InVS, d'en suivre le déroulement, d'en discuter les résultats et de les mettre en perspective, et enfin de valider les propositions et le rapport définitif.
- **Une expertise technique** a été mise en oeuvre pour identifier et définir les indicateurs les plus adaptés aux objectifs de la saisine. Un groupe d'experts indépendants a été composé (une trentaine d'experts de l'hygiène, de la lutte et de la surveillance des infections nosocomiales, issus en majorité d'établissements de santé publics ou privés). Le groupe s'est réuni à quatre reprises. Après avoir défini des méthodes de travail utilisant une cotation de type DELPHI, les experts ont abouti à proposer 4 types d'indicateurs (deux de résultats et deux de moyens) à partir d'une liste de 162 indicateurs identifiés à partir de la littérature (annexe 6). Les critères évalués dans la cotation des indicateurs concernaient leur pertinence, faisabilité, qualité métrologique, leur possibilité d'utilisation à l'extérieur de l'établissement (lisibilité pour les usagers).
- **Deux réunions de concertation** ont été organisées, l'une avec les usagers (annexe 7), l'autre avec les représentants des établissements de santé (annexe 8). Ces deux réunions ont eu lieu une fois les résultats des experts disponibles. Le rapport des experts dans une version préliminaire avait été transmis aux parties concernées avant chacune des 2 réunions.

Par ailleurs, une concertation a été menée avec le responsable du projet COMPAQH piloté par l'INSERM et l'ANAES, qui a présenté les travaux de ce groupe aux experts le 1^{er} décembre 2003 [6].

A partir des conclusions des experts, de la confrontation de celles-ci avec les représentants des usagers et des représentants des établissements de santé et des discussions du comité de pilotage, les recommandations suivantes sont proposées au Ministre de la Santé pour la mise en oeuvre des tableaux de bord des infections nosocomiales dans l'ensemble des établissements de santé français.

Les quatre indicateurs proposés par le groupe d'experts

Le groupe d'experts a abouti à quatre types d'indicateurs : deux concernent des données de surveillance (indicateurs de résultats) à savoir l'existence d'une surveillance de l'infection du site opératoire et l'existence d'une surveillance du taux de SARM ; deux autres évaluent les pratiques et les moyens mis en œuvre par l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales : un indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN et la consommation de solutions hydro-alcooliques. Les principales conclusions et orientations du groupe d'experts concernant chaque indicateur sont résumées ci-dessous.

- *Indicateur n° 1 : Existence d'une surveillance de l'infection du site opératoire dans chaque service ou spécialité chirurgicale, selon une méthodologie standardisée nationale (type RAISIN, ou pour des gestes opératoires sélectionnés, ou en chirurgie propre).* La surveillance devra être effectuée selon une méthode standardisée nationale, mais le choix de la (ou les) méthode(s) reste à déterminer et le caractère continu ou discontinu (quelques mois par an) de la surveillance n'a pas fait l'objet de consensus par les experts. Enfin, il n'y a pas de consensus sur l'utilisation du taux d'ISO lui-même comme indicateur (calculé selon l'une des méthodes proposées).
- *Indicateur n° 2 : Existence d'une surveillance du taux de SARM pour l'établissement entier, à partir des prélèvements à visée clinique (après dédoublement), rapporté à 1000 jours d'hospitalisation.* L'indicateur proposé est l'existence d'une surveillance des taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour l'établissement entier. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation du taux de SARM lui-même comme indicateur. La surveillance d'autres bactéries multirésistantes n'a pas fait consensus parmi les experts.
- *Indicateur n° 3 : Indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN.* L'indicateur retenu est composite, c'est-à-dire qu'il regroupe sous forme d'une cotation globale des informations extraites des rapports d'activité des CLIN. Chacune de ces informations constitue un item spécifique, coté par une note. Chaque note, éventuellement pondérée, est ensuite sommée à celle des autres items. Le seul item consensuel parmi les experts, et donc proposé à ce stade, est le nombre de personnels équivalents temps plein, médical et infirmier, dans l'équipe opérationnelle en hygiène, dévolue à la lutte contre l'infection nosocomiale et à l'hygiène, pour 1000 lits d'hospitalisation. Les autres items issus du rapport d'activité des CLIN, et discutés par les experts lors du troisième tour de cotation, n'ont pas fait consensus. Il s'agit de : l'existence du rapport d'activité du CLIN

lui-même ; la présentation du programme et du rapport d'activité du CLIN en CME ; l'existence de correspondants médicaux et infirmiers en hygiène dans les services de soins ; la présence dans le livret d'accueil du patient d'informations sur la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre l'infection nosocomiale ; l'existence de protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale ; l'évaluation de l'application des protocoles de prévention des risque infectieux ; l'inscription de la formation continue en hygiène hospitalière dans le plan de formation de l'établissement ; l'existence d'une formation pour les nouveaux professionnels de l'établissement. Un autre indicateur a été proposé parmi les 60 propositions finales, mais n'a pas été retenu : « existence d'un système de signalement interne, type événement indésirable ». Bien que non présent dans le rapport d'activité des CLIN, cet indicateur pourrait être discuté dans l'élaboration de l'indicateur composite. La cotation, par une note, de chaque item de l'indicateur composite devrait permettre d'évaluer précisément les moyens engagés par l'établissement contre l'infection nosocomiale. La méthode de calcul exacte reste à définir et devra faire l'objet d'un travail spécifique de construction, de test et de validation.

- *Indicateur n° 4 : Consommation de solutions hydro-alcooliques (gels ou liquides) en litres par an, rapportée à 1000 jours d'hospitalisation.* L'indicateur retenu est la consommation annuelle de solutions hydro-alcooliques (SHA), exprimée en litres, rapportée à 1000 journées d'hospitalisation. Il n'y a pas de consensus sur la possibilité d'établir cet indicateur par service de soins, plutôt que globalement pour l'établissement.

La position des représentants des usagers

La réunion avec les usagers a permis de confronter les résultats des experts aux attentes des usagers (annexe 7). Il a pu aussi être indiqué aux représentants des usagers qu'au stade actuel de la réflexion, aucune recommandation définitive n'avait été transmise au Ministre, et qu'il était tout à fait possible d'intégrer des propositions des usagers dans le rapport final. La réunion n'a pas permis de constater une unanimité de vue des représentants des usagers sur le sujet. Cependant, il a pu être constaté qu'il est raisonnable de ne pas vouloir dès le départ envisager une généralisation des indicateurs proposés à tous les établissements de santé. La question était de savoir s'il y avait consensus des participants à la réunion pour tester d'emblée les 4 indicateurs proposés : une des conclusions était qu'il importe surtout aujourd'hui de tracer une direction, un chemin de mise en place des indicateurs au niveau de chaque établissement. En fonction de certains critères, dont la faisabilité, certains indicateurs seront plus faciles à mettre en œuvre que d'autres.

La question d'un tableau de bord unique pour tous les établissements de santé, quel que soit leur type, a été posée. Des adaptations seront-elles possibles selon la spécificité des établissements ? Une approche à la carte a été discutée au sein du comité de pilotage et du groupe d'experts mais à ce stade il fallait s'en tenir aux termes de la saisine qui parle d'indicateurs qui seront « généralisés à l'ensemble des établissements de santé ». Ce point devra faire l'objet de travaux complémentaires, notamment via des projets pilotes, mais ne doit pas retarder la mise en oeuvre d'un tableau de bord de base.

Certains points techniques du rapport des experts ont fait l'objet de remarques, voire de désaccord de la part de certains représentants des usagers (antibioprophylaxie, budget des CLIN, moyens des équipes opérationnelle d'hygiène, suivi de la prise en charge des infections nosocomiales, modalité d'information des patients en cas d'infection nosocomiale, formation continue en hygiène hospitalière, consommation des SHA par service plutôt qu'établissement...).

La discussion de la publication des taux par établissement a été longuement débattue, la proposition des experts de s'en tenir à l'existence d'une surveillance des ISO et du SARM étant perçue comme insuffisante par les usagers. Plutôt qu'un taux chiffré dont la validité sera de fait contestable, l'idée d'un indicateur semi quantitatif a été proposée par les usagers. On pourrait, sous réserve que cela soit faisable, rendre les résultats de chaque établissement sous forme de 3 ou 4 catégories, par exemple : inacceptable / critique / admissible / excellent. Les participants ont insisté sur le fait que cet indicateur ne soit pas seulement utilisé en terme d'affichage susceptible d'induire une compétition et/ou une sous-déclaration, mais constitue un véritable outil de suivi et de gestion pour les équipes soignantes et la direction de l'établissement. Un relatif consensus existait aussi sur le fait de s'entendre sur un discours commun autour de ces indicateurs. Les représentants des usagers insistent sur la nécessité de « donner de la transparence » et soulignent que l'opinion publique sait déjà que le risque « zéro » n'existe pas. Selon l'un d'eux, les données des assurances montreraient une baisse de 20% de la sinistralité « infections nosocomiales » entre 2001 et 2003 ; il y aurait donc actuellement plus de plaintes, mais paradoxalement moins de sinistres. Ceci justifie donc un effort de communication entre établissements de santé et usagers. Afin d'éduquer et de responsabiliser les acteurs concernés par ces indicateurs, il a aussi été proposé la rédaction d'une charte éthique à laquelle adhérerait chacune des parties concernées, afin de définir a priori la façon dont la communication autour de ces indicateurs devrait ou ne devrait pas s'organiser.

La position des représentants des établissements de santé

Globalement, les représentants des établissements de santé sont en faveur d'un affichage interne des indicateurs, pour montrer qu'ils sont non seulement générés mais surtout utilisés (annexe 8). Il devient d'autant plus indispensable de produire ces indicateurs au niveau de chaque établissement que ce sera la meilleure réponse à apporter aux mises en cause actuelles de l'hôpital. Le président de la FHF souhaite un engagement de la FHF dans ce sens, sous réserve d'une approbation de la conférence des présidents de CME. Il est toutefois souhaité que la lutte contre les infections nosocomiales soit intégrée dans une gestion globale du risque. Il a aussi été remarqué de manière consensuelle que la production de ces indicateurs nécessitera de mobiliser des moyens au sein de chaque établissement concerné, notamment en terme de systèmes d'information. Il a été demandé si la production de ce tableau de bord remplacerait les rapports d'activité annuels des CLIN. Il faudrait en effet veiller à ne pas multiplier les demandes redondantes auprès des établissements. Quatre conditions préalables, faisant l'unanimité des représentants des établissements de santé, semblent nécessaires à la production de tels indicateurs : 1) vérification de leur faisabilité ; 2) encadrement des méthodes ; 3) définition préalable d'une politique de communication ; 4) évaluation. Les participants, notamment la FHF, ont confirmé l'engagement de la communauté hospitalière publique dans ce projet, et souhaitent être partie prenante des travaux qui suivront. La FHP a aussi insisté pour que soient prises en compte dans ces indicateurs les spécificités du secteur privé. Les représentants du secteur privé ont fait remarquer les limites de l'affichage de moyens dans un contexte de tarification à l'activité, souhaitent une méthodologie forte et une communication appropriée. Enfin, les fédérations ont exprimé le souhait que l'annonce de ce tableau de bord soit faite en association avec les représentants des établissements de santé publics et privés.

Synthèse

La proposition des experts a été considérée par l'InVS et le comité de pilotage comme la base pour une définition du contenu et de la mise en œuvre des tableaux de bord de suivi des infections nosocomiales au niveau de chaque établissement. La consultation des usagers et des fédérations a montré une bonne acceptabilité de ces derniers et permis d'identifier de la part des représentants des usagers une demande forte d'expression des indicateurs sous une forme semi quantitative. Il est aussi important de souligner une certaine convergence d'analyse des représentants des usagers et des établissements de santé sur l'intérêt d'une telle démarche, son caractère innovant et aussi sur les conditions nécessaires à la production des indicateurs. Il est aussi intéressant de noter qu'un groupe de travail du CTIN (groupe TRANSPA-COM) s'était penché sur le sujet de la communication des informations concernant les infections nosocomiales avec des représentants des usagers [7] et avait ébauché l'intérêt d'indicateurs du même type que ceux proposés par les experts du présent travail.

Cependant, il ne faut pas sous estimer les difficultés de l'exercice de la production de ces indicateurs dans chaque établissement. Il est illustré ci-dessous pour l'un des indicateurs proposés, le taux d'infection du site opératoire (ISO). Pour cet indicateur, toute forme de chirurgie confondue, et applicable uniquement dans les établissements de Médecine Chirurgicale et Obstétrique (MCO), il convient de disposer d'un numérateur (nombre d'ISO survenu pendant la période de suivi), d'un dénominateur (patient ayant subi une intervention et devant ainsi être suivi le temps nécessaire y compris une fois sorti de l'hôpital) et des caractéristiques spécifiques de tous les patients opérés permettant d'ajuster ce taux de manière appropriée, et le rendre comparable indépendamment des caractéristiques des patients, de l'intervention, de l'établissement... Si ces conditions ne sont pas remplies, l'indicateur aura une très mauvaise valeur métrologique. Il ne reflétera pas la réalité et perdra son caractère objectif et équitable. De plus, le calcul d'un taux même ajusté au niveau d'un établissement où le nombre d'ISO et de patients opérés resteront limités réduira fortement sa précision et ainsi l'interprétation des comparaisons temporelles et entre établissements. Pour l'ensemble de ces raisons, une méthode de calcul du taux d'ISO au niveau de chaque établissement n'a pu être identifiée par les experts et l'utilisation du taux d'ISO dans le tableau de bord n'a pas été retenue. La proposition de classes semi quantitatives (3 ou 4 catégories, par exemple : excellent, admissible, critique, inacceptable) suggérée lors de la discussion avec les représentants des usagers pourrait permettre de

prendre en compte pour une part le problème de l'incertitude tout en garantissant un niveau de comparaison dans le temps et par établissement. Il sera cependant nécessaire de pouvoir définir ces catégories sur la base d'un référentiel statistique (par exemple la base de donnée nationale ISO du RAISIN) et d'en tester la faisabilité et la validité. La définition de valeurs seuils constituera une démarche difficile et innovante.

Pour le taux de SARM, la question essentielle pour l'interprétation de ce taux dans une approche d'évaluation des programmes de lutte contre la transmission des BMR, est celle de la différenciation des SARM acquis au sein de l'hôpital de ceux importés lors du transfert des malades. Ainsi, des établissements qui ont une politique de prévention très développée seront pénalisés s'ils servent d'hôpitaux de référence avec un nombre important de malades graves transférés d'autres établissements. Une approche par classe de taux comme pour les ISO devrait permettre de limiter cet effet mais ne le corrigera pas. Pour que le taux de SARM devienne un indicateur objectif et équitable, il faudrait mettre en œuvre un dépistage du SARM chez tous les patients entrant dans l'établissement, ce qui constitue une charge de travail extrêmement lourde, peu compatible avec les qualités attendues de ces indicateurs. A ces indicateurs semi quantitatifs pourraient aussi être ajouté un indicateur de tendance à définir (par exemple : stable / baisse / augmentation).

Les représentants des fédérations hospitalières et privées et les représentants des usagers ont accueilli de manière positive les propositions du contenu du tableau de bord. Il sera cependant nécessaire de prendre en compte leurs demandes quant à leur volonté d'être associés à la démarche, et pour les établissements de santé quant à la mobilisation des moyens nécessaires, l'aide qu'il faudra leur apporter et à l'intégration de ceux-ci dans une démarche plus large de maîtrise des risques. Enfin, pour ne pas multiplier les recueils d'informations conformément à leur souhait, il pourrait être envisagé d'intégrer les indicateurs retenus dans le rapport annuel d'activité des établissements de santé. Cette solution aurait l'avantage d'utiliser des circuits pré-existants (DDASS, DRASS, administration centrale) et d'avoir un support réglementaire (arrêté du 17 octobre 2000 à modifier).

Recommandations

Sur la base des propositions du groupe d'experts, des discussions de concertations avec les parties concernées et des débats au sein du comité de pilotage, l'InVS propose les recommandations suivantes sur le contenu et la mise en œuvre du tableau de bord. Une liste de travaux complémentaires et un calendrier indicatif sont par ailleurs proposés.

A. Indicateurs à introduire dans le tableau de bord

1. Surveillance des ISO

- Existence (oui/non) d'une surveillance des ISO.
- Expression du taux d'ISO en 3 ou 4 catégories / classes à définir.
- Surveillance des ISO selon deux techniques au choix : soit périodique et exhaustive de type RAISIN, soit ciblée et simplifiée sur des gestes spécifiques ou représentatifs d'une spécificité chirurgicale, en continu ou non. Un ciblage vers des infections profondes ou graves (médiastinite, reprise chirurgicale) apparaît souhaitable.

2. **Taux de SARM** sur les prélèvements à visée clinique rapporté à 1000 jours exprimé en 3 ou 4 classes, associé à un indicateur de tendance (par exemple : stable, baisse, augmentation). La classification pourrait se faire par rapport à un taux calculé pour la région à laquelle appartient l'établissement et devrait tenir compte du type d'établissement.

3. **Indicateur composite** : le score de l'indicateur composite sera élaboré à partir des réponses au bilan des CLIN et complété par des items actuellement non présents dans le bilan standardisé (organisation du signalement interne par exemple). L'établissement devra pour cela s'engager à ce que son rapport soit accessible. Le choix des items à introduire dans cet indicateur composite devra être finalisé et leur pondération devra faire l'objet d'un travail préalable. L'indicateur serait produit annuellement par l'établissement, grâce à un programme informatique automatisé qui leur serait remis ou un formulaire accessible sur Internet. L'InVS-RAISIN développera les outils pour la production automatique de cet indicateur en lien avec la DGS-DHOS.

4. **Consommation de solutions hydro-alcooliques** (gels ou liquides) en litres par an, rapportée à 1000 jours d'hospitalisation. La définition d'un cahier des charges pour le calcul de cet indicateur sera nécessaire pour prendre en compte des problèmes techniques (achat par différents acteurs des SHA suivant le statut d'AMM ou non...).

B. Modalité de fabrication, de restitution, d'évaluation et de centralisation des indicateurs du tableau de bord

La responsabilité de produire les indicateurs est celle de l'établissement. Il conviendra donc de définir les méthodes et les outils standardisés nécessaires à cette production (voir ci-dessous). Son rythme de production, vu les contraintes de faisabilité et la nature des indicateurs, ne peut être qu'annuel. Plutôt que d'afficher le tableau de bord au niveau de chaque établissement, il est préférable qu'il soit disponible pour chaque usager sur demande. Un contrôle de qualité devra être défini pour que les organismes de l'évaluation (ANAES) et de contrôle (DDASS, ARH...) puissent évaluer la mise en œuvre du tableau de bord selon les règles définies. Il sera aussi nécessaire que les indicateurs soient disponibles au sein de bases de données régionales et nationales, et accessibles aux DDASS, ARH, CCLIN, InVS ...

C. Travaux complémentaires nécessaires avant la mise en œuvre des indicateurs

1. Définition des méthodes standardisées pour chaque indicateur et production de fiches techniques standardisées pour chaque indicateur : InVS-RAISIN.
2. Définition des classes des indicateurs semi-quantitatifs (taux d'ISO et de SARM) : InVS-RAISIN.
3. Evaluation des moyens nécessaires à la surveillance des ISO selon les méthodes employées (coût-bénéfice de chaque méthode, utilisation des supports d'information médicale...).
4. Evaluation de la mise en œuvre des indicateurs : indicateur composite, taux de SHA et taux d'ISO au sein du projet COMPAQH ; taux d'ISO et de SARM au sein des réseaux de surveillance du RAISIN.
5. La mise en place des tableaux de bord nécessitera la rédaction, par la DHOS et la DGS, de textes réglementaires pour leur mise en œuvre.

D. Calendrier

- Remise du rapport de réponse à la Saisine : fin février 2004 (InVS)
- Travaux techniques complémentaires :
 - i. méthodes standardisées pour chaque indicateur : fin 2004 (groupe de travail InVS-RAISIN)
 - ii. définition et validation des classes semi-quantitatives des taux d'ISO et de SARM : mars 2005 (groupe de travail InVS-RAISIN)
 - iii. Evaluation de la mise en œuvre des indicateurs : septembre 2005 (projet COMPAQH pour notamment l'indicateur composite et le RAISIN pour les indicateurs de résultats)
- Concertation avec les établissements, calendrier de mise en œuvre, textes réglementaires : courant 2005 (DHOS-DGS).

E. Monitoring et évaluation du dispositif

S'agissant d'un dispositif à la fois innovant, ambitieux, contraignant et qui devra mobiliser des ressources au niveau de chaque établissement dans un ensemble de ressources contraint, un monitoring et une évaluation seront nécessaires (modalité de mise en œuvre, couverture, efficacité, impacts positifs et négatifs...). Si le monitoring du système relève des attributions de la DHOS-DGS et de l'InVS (comité de pilotage à constituer), son évaluation gagnerait à être programmée et réalisée par un organisme extérieur, l'ANAES par exemple.

Conclusion

La réponse à la saisine a permis de confronter les propositions d'un groupe d'experts, sur le contenu d'un tableau de bord des infections nosocomiales généralisé à terme à l'ensemble des établissements, à celles des représentants des usagers et des établissements de santé. Cette confrontation a permis de conforter les propositions des experts et de les compléter sur certains points, ce qui permet d'aboutir à des recommandations relativement partagées, notamment sur la direction à prendre à défaut de l'être sur l'ensemble des points techniques.

Ces recommandations, issues d'une consultation faite par le comité de pilotage à partir des propositions des experts, des représentants des usagers et ceux des établissements de santé, ne sont cependant que la première phase d'un processus beaucoup plus long. Ce processus nécessitera des travaux de définition, validation, faisabilité et mise en œuvre complémentaires dans le cadre de la politique de meilleure maîtrise des infections nosocomiales, d'éducation sur les risques et d'amélioration de la qualité des soins initiée par le ministère.

Il faudra en particulier veiller à ce que la mise en œuvre de ce système de tableaux de bord, qui représente une innovation forte à la fois sur le plan de la surveillance et de la transparence, reflète réellement les efforts déployés par les établissements et ne soit pas fait aux dépens de la lutte, de la prévention et des autres activités de surveillance des infections nosocomiales qui au plan collectif ont eu globalement à ce jour un impact positif.

Références

1. The French Prevalence Survey Study Group. Prevalence of nosocomial infections in France: results of the nationwide survey in 1996. *J Hosp Infect* 2000;46(3):186-93.
2. Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN). Enquête nationale de prévalence 2001, résultats. Institut de Veille Sanitaire, octobre 2003, 88 p.
3. Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN). Surveillance des infections du site opératoire en France en 1999 et 2000, résultats. Institut de Veille Sanitaire, Février 2003, 40 p.
4. 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'Etat).
5. Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
6. Projet COMPAQH INSERM, rapport d'étape, décembre 2003. ANAES, décembre 2003, 127 p.
7. Groupe de travail TRANSPA-COM - CTIN. Transparence et communication sur les infections nosocomiales. Recommandations du 6 octobre 2001 et bilan d'étape du 3 décembre 2002.

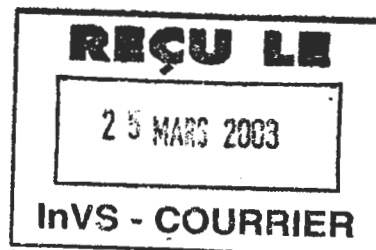
Annexes

- Annexe 1 : Saisine de Monsieur le Ministre en charge de la Santé – 21 mars 2003
- Annexe 2 : Note du Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire – 30 mai 2003
- Annexe 3 : Courrier de Monsieur le Ministre en charge de la Santé – 20 juin 2003
- Annexe 4 : Courrier du Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire & rapport d'étape du groupe d'experts – 13 janvier 2004
- Annexe 5 : Rapport final du groupe d'experts – 3 février 2004
- Annexe 6 : Liste initiale des 162 indicateurs soumis à cotation des experts
- Annexe 7 : Compte-rendu de la réunion avec les associations d'usagers – 29 janvier 2004
- Annexe 8 : Compte-rendu de la réunion avec les représentants des Fédérations et de la Conférence des Présidents de CME – 2 février 2004

Annexe 1 : Saisine de Monsieur le Ministre en charge de la Santé –
21 mars 2003

Paris, le 21 MARS 2003

SP/ACC/SFD0303996



Monsieur le Directeur Général,

Les infections nosocomiales sont responsables de plusieurs milliers de décès par an.

Des efforts importants ont été faits pour lutter contre ces infections grâce à la mobilisation de l'InVS, des administrations et des professionnels regroupés au sein du Comité Technique National des Infections Nosocomiales. Ils ont permis à la France de se situer parmi les pays les plus avancés dans le domaine.

Néanmoins, ces infections liées à des bactéries de plus en plus résistantes aux antibiotiques restent trop fréquentes. Reflet de la qualité de notre système de soins, enjeu important pour la sécurité et la confiance des usagers dans les établissements de santé, la lutte contre les infections nosocomiales est une priorité.

Pour suivre les progrès accomplis, adapter les efforts et les moyens, informer les usagers, nous avons besoin de disposer d'outils de surveillance continus et réactifs de la survenue des infections nosocomiales dans les établissements de santé français.

Cette surveillance devrait être ciblée sur les infections les plus significatives, celles dont la survenue renseigne le mieux sur l'attention portée à la qualité des soins et la prévention, celles qui engagent le pronostic du patient et enfin qui sont repérables à partir du laboratoire de microbiologie ou de critères cliniques simples. Elle devrait permettre des comparaisons dans le temps au sein d'un même établissement et aider un établissement à se situer par rapport aux autres.

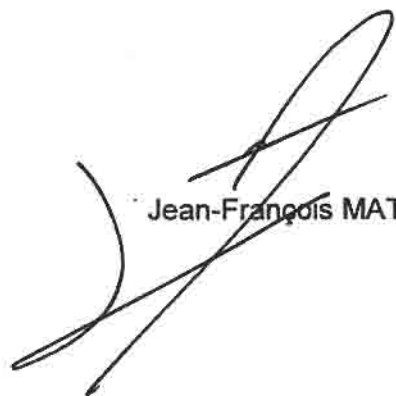
.../...

Monsieur Gilles BRUCKER,
Directeur Général
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex

Je vous demande de concevoir en lien avec la DGS et la DHOS, cette surveillance qui devra être généralisée à l'ensemble des établissements de santé. Je souhaite connaître vos propositions avant la fin du mois de mai 2003..

Les données de cette surveillance dont la mise en place sera progressive devront pouvoir, à terme, selon un calendrier et des modalités que vous me proposerez, prendre place dans un tableau de bord qui pourra comprendre d'autres indicateurs (moyens engagés pour prévenir les infections nosocomiales, suivi de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne dans l'établissement..).

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur Général, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Jean-François MATTEI

Annexe 2 : Note du Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire
- 30 mai 2003

Saint-Maurice, le 30 mai 2003.

DIR/GB-311/RP-JB/60.2003

**Note à l'attention de
Madame Anne-Claude CREMIEUX**

L'Institut de Veille Sanitaire a été saisi en date du 21 mars 2003 pour définir les modalités d'un renforcement de la surveillance des infections nosocomiales.

Vous souhaitez disposer d'outils de surveillance ciblés sur les infections les plus significatives, afin de permettre une appréciation de la qualité des soins et une évaluation des politiques de prévention. Il s'agit par ailleurs de pouvoir mesurer les tendances évolutives de ces infections dans les différents établissements et de permettre une comparaison des établissements entre eux.

Comme il vous a été précisé par courrier en date du 20 février 2003, la mise en place de ces indicateurs, capables d'être étendus à l'ensemble des établissements de soins et adaptés à la diversité de leurs activités, pose des problèmes méthodologiques complexes.

Nous avons tenu une première réunion afin de définir la méthodologie de travail susceptible d'apporter dans les meilleurs délais une réponse à ces questions. Cette réunion qui s'est tenue au sein du Ministère de la Santé le 21 mai 2003, a réuni en particulier la DGS et la DHOS ainsi qu'une représentation des C.CLIN.

J'ai demandé au Dr Jean-Christophe LUCET qui dirige l'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales de l'Hôpital Bichat, et qui est un expert reconnu en la matière, d'assurer la coordination du comité de pilotage de cette saisine.

Deux groupes de travail se mettent aujourd'hui en place :

- **Groupe 1**, animé par J-C. LUCET. Il travaillera sur les indicateurs de résultats prenant en compte la surveillance des infections du site opératoire, les bactériémies et septicémies. Par ailleurs, la réflexion sur la consommation des antibiotiques est conduite par le groupe de travail animé par Didier GUILLEMOT dans le cadre du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques.
- **Groupe 2**, animé par P. BERTHELOT. Il travaillera sur les indicateurs de moyens et de pratiques professionnelles, à partir des rapports d'activité des CLIN et en évaluant également les pratiques d'antibioprophylaxie, la consommation de gants, de savon, etc.

Les deux groupes seront coordonnés par un comité de suivi associant l'InVS, le CTIN, le RAISIN, la DHOS, la DGS et J-C. LUCET.

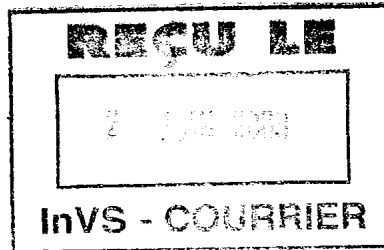
Il est prévu que ce projet fasse l'objet d'un rapport intermédiaire fin 2003 et que des propositions pour la mise en œuvre progressive d'un renforcement de la surveillance des infections nosocomiales soient rendues au Ministre au deuxième trimestre 2004.

P/Le Directeur Général,
Pr. Gilles BRÜCKER,
Renée POMAREDE

**Annexe 3 : Courrier de Monsieur le Ministre en charge de la Santé –
20 juin 2003**

Paris, le 20 JUN 2003

CAB/JFM/ACC/VG/Scop D 03009010



Comité de pilotage de J.C. Lucet B2

Monsieur le Directeur,

Je vous ai saisi le 21 mars 2003 d'une demande concernant le renforcement de la surveillance des infections nosocomiales et la mise en place d'un tableau de bord utile tant pour la gestion de la qualité des soins que l'information de la population.

Vous m'avez informé de la mise en place d'un comité de pilotage coordonné par le Dr J.C LUCET qui s'appuiera sur le travail de deux groupes d'experts.

Cette organisation n'appelle pas d'objection de ma part.

Je saisis cette occasion pour vous rappeler l'importance que j'attache à ce dossier pour lequel je souhaite disposer de votre rapport définitif dès la fin de l'année 2003.

Je suis bien sûr conscient des difficultés méthodologiques à résoudre. Mais je compte sur vous pour que notre pays reste dans le peloton tête en matière de surveillance des infections nosocomiales.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à ma considération distinguée.

Jean-François MATTEI

A large, stylized handwritten signature in black ink, overlapping the typed name 'Jean-François MATTEI'.

Monsieur Gilles BRUCKER
Directeur
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 SAINT MAURICE CEDEX

**Annexe 4 : Courrier du Directeur Général de l'Institut de Veille
Sanitaire et rapport d'étape du groupe d'experts – 13 janvier 2004**

Saint - Maurice, le 13 janvier 2004

Le Directeur général de l'Institut de veille
sanitaire

Dir/GB/SD/2004.14

à

Monsieur Jean-François MATTEI
Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées
8 avenue de Ségur
75350 PARIS 07 SP

Objet : Tableaux de bord infections nosocomiales

En mars 2003, vous avez saisi l'Institut de Veille Sanitaire afin que soient définis des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales susceptibles de constituer des tableaux de bord pour les établissements de santé.

Ces tableaux de bord doivent permettre à chaque établissement d'analyser leur situation vis-à-vis du risque d'infection nosocomiale, en particulier pour évaluer la qualité des soins, et l'impact des mesures engagées pour prévenir les risques infectieux.

La définition d'indicateurs, homogènes pour l'ensemble des établissements de soins pourrait également permettre, sous réserve de prendre en compte les caractéristiques des malades (recrutement, gravité), des éléments de comparaison des établissements entre eux.

Ces tableaux de bord doivent également, dans un souci de transparence et d'information des usagers être aisément accessibles à tous ceux qui pourraient souhaiter bénéficier de cette information.

Afin de répondre à ces objectifs, comme je vous en ai fait part par courrier du 27 mai 2003, nous avons demandé au Dr Jean-Christophe LUCET d'assurer la coordination scientifique et technique de cette démarche. Un comité de pilotage de ce travail a été constitué comportant : le Département des Maladies Infectieuses de l'InVS (Unité de lutte contre les infections nosocomiales), la DHOS, la DGS, une représentation des CCLIN (RAISIN), et le Dr Jean CARLET, ancien Président du CTIN.

Pour répondre à votre saisine et vous proposer des indicateurs susceptibles de répondre aux objectifs précités nous construisons une démarche en trois temps :

- le premier temps est celui de recueillir l'avis des experts sur les indicateurs qu'il conviendrait d'introduire dans un tel tableau de bord ;
- le deuxième temps sera consacré à une discussion avec les usagers et associations représentants d'usagers sur la base des propositions des experts ;

- enfin dans un troisième temps nous prendrons l'avis des responsables des établissements afin d'analyser et d'anticiper sur les modalités de mise en place de ces tableaux de bord.

Compte tenu du colloque qui se tient dans les jours à venir au Ministère de la Santé concernant les infections nosocomiales, le Dr Jean-Christophe LUCET a établi un rapport d'étape concernant la réflexion et les propositions des experts. Une dernière réunion avec les experts se tiendra le 19 janvier, la veille du colloque. Aussi, du fait de votre intervention prévue à ce colloque, et du fait d'une intervention programmée du Dr Jean-Christophe LUCET, il m'a semblé indispensable de vous transmettre non seulement le rapport d'étape que vous trouverez en pièce jointe, mais les premiers éléments de conclusion que nous pouvons en tirer. Il apparaît notamment que si de nombreux indicateurs ont été proposés, un consensus limité de la part des experts a pu être dégagé. On peut ainsi analyser cette réflexion à partir des questions suivantes :

① Quel site d'infection surveiller ?

Les infections nosocomiales sont généralement classées par site d'infection. Les quatre sites les plus fréquents sont les infections urinaires, les infections du site opératoire, les septicémies et les pneumopathies. Seule l'infection du site opératoire a été retenue comme susceptible d'être un indicateur qui puisse être généralisé et suivi de façon régulière.

Il n'y a donc que les services de chirurgie qui peuvent faire l'objet d'une surveillance clinique basée sur la surveillance des infections elles-mêmes. En particulier aucune infection « traçeuse » ou « marqueur des pratiques » n'a été retenue pour les services de soins intensifs ou d'autres spécialités médicales, et notamment ni les septicémies ni les infections sur cathéters.

En ce qui concerne la méthode retenue pour la surveillance des infections du site opératoire, trois points seront à définir :

☒ Quelles interventions surveiller ? Faut-il privilégier le choix d'un type d'intervention par discipline chirurgicale, ou bien toutes les interventions faites dans un service de chirurgie ?

☒ Quel type de chirurgie surveiller ? Surveillance uniquement en « chirurgie propre » pour éviter les difficultés d'analyse des taux chez les patients les plus à risque, ou surveillance toutes classes de chirurgie ?

☒ Surveillance continue ou discontinue ? La durée de la surveillance peut être par période dans l'année : 2 à 3 mois par an (comme c'est le cas actuellement dans le réseau INCISO du RAISIN), ou une surveillance permanente toute l'année ?

Il ne s'est pas dégagé de consensus sur ces points parmi les experts. Le comité de pilotage aura donc à faire des propositions pour éclairer ces alternatives. Une évaluation après une période de mise en œuvre permettra de mieux prendre en compte les questions de faisabilité en fonction des différents services de chirurgie.

☒ Une quatrième question essentielle s'est posée concernant l'utilisation, c'est-à-dire la publication du taux d'ISO (infection du site opératoire) lui-même comme indicateur. Les réticences des experts, car il n'y a pas eu consensus à ce sujet, portent non pas sur des questions de transparence, mais sur les difficultés d'interprétation de ces taux en fonction des facteurs de risques des patients rejoignant ainsi les conclusions de l'expertise de l'ANAES.

✦ La surveillance bactériologique

Très logiquement l'indicateur « bactéries multirésistantes » a été retenu par les experts. Cependant toutes les bactéries multirésistantes (BMR) ne peuvent être incluses dans cet indicateur.

Les experts proposent la surveillance du staphylocoque résistant (SARM) (taux de SARM pour tout l'établissement à partir des prélèvements à visée diagnostique rapporté à 1000 jours d'hospitalisation). Là encore les experts ne font consensus que sur le principe de l'existence de la surveillance et non sur l'utilisation du taux de SARM.

Le principe de retenir le taux lui-même sera discuté en comité de pilotage. En tout état de cause l'utilisation du taux ne devrait prendre en compte que les SARM « acquis » dans l'établissement en éliminant les cas « importés » pour prévenir toute discrimination ou exclusion des patients porteurs. Cet élément posera une question pratique de dépistage des malades lors des transferts.

✦ L'indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN

☒ Il s'agit là d'une proposition qui contribue à valoriser l'importance du rapport d'activité des CLIN, ainsi que le rôle des CLIN eux-mêmes.

☒ Des propositions de cotation de ces rapports ont déjà été utilisées, notamment à l'AP-HP dans les années 1990 sur proposition du service central de l'hygiène hospitalière dont j'assurais la direction. Cette cotation avait permis (avec difficulté mais avec une certaine pertinence) un classement des hôpitaux en fonction de leur activité de lutte contre les infections nosocomiales. Aucun indicateur de résultat n'avait été retenu.

Dans la démarche coordonnée par Jean-Christophe LUCET, les experts n'ont été consensuels que sur un item dans ce rapport : celui des ressources humaines consacré à l'hygiène exprimé en équivalent temps plein. Cet indicateur de moyens est certainement important à prendre en compte. D'autres feront l'objet d'une nouvelle analyse au sein du comité de pilotage après concertation avec les représentants des usagers, et les représentants des directions hospitalières.

! **La consommation des solutions hydro alcooliques** utilisées dans le cadre de la maîtrise de la circulation des bactéries manuportées est retenue par les experts. Il restera à préciser les modalités d'expression de cette consommation.

Il est à noter que ces deux derniers indicateurs qui peuvent figurer dans les tableaux de bord (indicateur composite du rapport d'activité et consommation des SHA) constituent des indicateurs à périodicité a priori annuelle.

Comme le souligne le rapport d'étape présenté par Jean-Christophe LUCET plusieurs points demeurent à discuter :

1. La faisabilité de ces différents indicateurs en fonction de la diversité des établissements concernés : ce point sera revu par le comité de pilotage avec les représentants des administrations hospitalières.
2. La cohérence de ces indicateurs par rapport à la démarche du groupe de travail COMPAQH qui vise à élaborer des indicateurs de qualité pour les établissements parmi lesquels figurent des indicateurs relatifs aux infections nosocomiales. De ce point de vue une concertation a été développée entre les groupes d'experts

coordonnés par Jean-Christophe LUCET et le groupe COMPAQH. L'indicateur composite proposé par le groupe COMPAQH reprend les mêmes items : rapport d'activité des CLIN, ISO, consommation de SHA, et audit d'antibioprophylaxie. Cette cohérence est indispensable.

A ce stade du rapport on peut considérer que le champ du possible en matière d'indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est bien circonscrit. Il reste à préciser comme cela vient d'être développé quelques points de méthode sur la construction de ces indicateurs.

Le point de vue des usagers, celui des professionnels et des administrations hospitalières seront importants pour valider la stratégie et formaliser la faisabilité. Se poseront aussi des questions des ressources et des moyens pour leur mise en œuvre dans l'ensemble des établissements publics et privés.

Il restera encore à préciser les modalités concrètes d'expression de ces résultats et celles de leur accessibilité pour tous ceux qui voudront en prendre connaissance, notamment les usagers. On peut concevoir la définition d'un site internet consacré à ces indicateurs.

Il faudra préciser qui va en assurer la validité et l'actualisation :

- les établissements eux-mêmes par l'intermédiaire du CLIN ?
- les CCLIN dans une présentation régionalisée ?

Dans tous les cas un site devra être prévu permettant la mise « en ligne » de ces données. Un responsable de ce ou ces sites devra être défini.

Pr Gilles BRÜCKER

Groupe d'experts InVS pour la création d'un tableau de bord des infections nosocomiales

RAPPORT D'ETAPE

Le Ministre de la Santé, Monsieur Jean François MATTEI, a saisi l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en mars 2003, afin que soient définis des indicateurs de lutte contre l'infection nosocomiale, susceptibles de constituer un tableau de bord pour les établissements de santé.

Termes de la saisine

Cette saisine fait suite à une réflexion engagée fin 2002 par le CTIN, à la demande de la DHOS, pour la constitution d'un baromètre des infections nosocomiales.

La saisine rappelle les efforts importants réalisés en France pour la lutte contre les infections nosocomiales, mais aussi que les infections restent trop fréquentes, notamment celles liées aux BMR. La lutte contre les infections nosocomiales est une priorité et le reflet de la qualité et de la sécurité du système de santé.

Il est donc nécessaire de définir surveillance continue et réactive des infections nosocomiales pour évaluer les progrès, adapter les moyens et informer les usagers. Cette surveillance devrait être :

- ciblée sur des infections significatives : reflet de la qualité des soins et des efforts de prévention, engageant le pronostic, repérables par le laboratoire ou par des critères cliniques simples,
- permettre un « benchmarking ».

Cette surveillance devra progressivement être généralisée à tous les établissements de santé, et conçue dans le cadre d'un tableau de bord pouvant inclure d'autres indicateurs : moyens engagés, consommation et résistance aux antibiotiques.

Organisation du groupe de travail

Une première réunion, associant InVS, DGS, DHOS, RAISIN et le chargé de mission, a défini fin mai 2003 l'organisation en réponse à la saisine.

Un groupe d'experts d'une trentaine de personnes a été constitué, composé pour moitié de personnes en charge de la coordination de réseaux (CTIN, CCLIN, RAISIN, InVS), et pour moitié d'experts extérieurs, de « terrain ». Une attention particulière a été apportée pour la représentation des différentes expertises de l'hygiène hospitalière (cliniciens, hygiénistes, biologistes, épidémiologistes) et des différents types d'établissements (petits et grands établissements, établissements privés).

A côté du groupe d'experts, un comité de pilotage, associant l'InVS, le CTIN, le RAISIN, la DGS, la DHOS et le chargé de mission, a été créé, chargé de valider la méthode de travail, de suivre et orienter les travaux du groupe.

La calendrier prévu comprend :

- la rédaction en janvier 2004 d'un rapport d'étape, présentant les orientations et les grandes lignes des indicateurs proposés, en vue de leur annonce lors de la journée « infections nosocomiales » organisée au Ministère de la Santé,
- la production d'un rapport définitif au premier trimestre 2004.

Le groupe d'experts s'est réuni à trois reprises, les 9 septembre, 24 octobre et 1^{er} décembre 2003. Une dernière réunion est programmée le 19 janvier.

Compte tenu des délais courts de réponse à la saisine, il est apparu que le travail du groupe devait être fortement structuré. Ainsi, une bibliographie a été adressée avant l'été à chaque expert, en vue de la première réunion. La première réunion du groupe de travail (9 septembre) a retenu les points suivants :

- utilisation d'une méthode de consensus pour l'élaboration de recommandations, type DELPHI, pour déterminer des indicateurs consensuels et structurer la démarche de travail,
- délimitation du champ de l'expertise : indicateurs de résultats, moyens et pratiques, à l'exception des indicateurs de consommations et d'utilisation curative des antibiotiques, déjà abordée par un autre groupe de travail.

Le groupe a élaboré le 9 septembre des propositions d'indicateurs (plus de 150), soumises à la cotation de l'ensemble des experts. Lors de la seconde réunion (24 octobre), la première cotation a été présentée, discutée et certaines propositions ont été reformulées. Une seconde cotation a conduit à retenir une soixantaine de propositions, discutées lors de la troisième réunion (1^{er} décembre). Les résultats présentés ici sont ceux du troisième et dernier tour de cotation. Ils seront affinés lors de la dernière réunion, prévue le 19 janvier 2004.

En accord avec les principes de la méthode DELPHI, les propositions finalement retenues sont celles qui recueillent l'accord de la totalité des experts, après élimination de deux notes extrêmes.

Indicateurs retenus

Infections du site opératoire

Surveillance de l'infection du site opératoire dans chaque service ou spécialité chirurgicale

Le principe d'une surveillance des ISO est consensuel, l'indicateur retenu étant l'existence d'une surveillance de l'ISO dans chaque service ou spécialité chirurgicale.

Cependant il n'y a pas de consensus sur la méthode de surveillance :

- surveillance selon la méthode RAISIN, surveillance en chirurgie propre, ou surveillance de gestes opératoires sélectionnés dans chaque spécialité (comprenant au moins les gestes opératoires sélectionnés par le réseau européen HELICS),
- surveillance continue, ou discontinue quelques mois par an.

Il n'y a pas non plus de consensus sur l'utilisation du taux d'ISO lui-même comme indicateur (calculé selon l'une des trois méthodes).

Bactéries multirésistantes

Surveillance du taux de SARM pour l'établissement entier, à partir des prélèvements à visée clinique (après dédoublement), rapporté à 1000 jours d'hospitalisation.

L'indicateur est l'existence de la surveillance. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation du taux de SARM lui-même comme indicateur.

La surveillance d'autres bactéries multirésistantes n'a pas fait consensus parmi les experts.

Indicateur issu des rapports d'activité des CLIN

Indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN

L'indicateur retenu est composite, et est extrait des rapports d'activité des CLIN. Le seul item retenu par les experts est le nombre de personnels équivalents temps plein en hygiène, médical et infirmiers, pour 1000 lits d'hospitalisation.

Les autres items issus du rapport d'activité des CLIN et discutés par les experts n'ont pas fait consensus. Il s'agit de :

- l'existence de rapport lui-même,
- la présentation du programme et du rapport d'activité du CLIN en CME,
- l'existence de correspondants médicaux et infirmiers en hygiène dans les services de soins,
- l'information du patient dans le livret d'accueil sur la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre l'infection nosocomiale,
- l'existence de protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale,
- l'évaluation de l'application des protocoles de prévention des risques infectieux,
- L'inscription de la formation continue en hygiène hospitalière dans le plan de formation de l'établissement,
- L'existence d'une formation pour les nouveaux professionnels de l'établissement.

Une autre indicateur a été proposé parmi les 60 propositions finales, mais n'a pas été retenu : « existence d'un système de signalement interne, type événement indésirable ». Bien que non présent dans le rapport d'activité des CLIN, cet indicateur pourrait être discuté dans l'élaboration de l'indicateur composite.

La cotation par une note de chaque item de l'indicateur composite devrait permettre d'évaluer précisément les moyens engagés par l'établissement contre l'infection nosocomiale.

Consommation des produits hydro-alcooliques pour la friction des mains

Consommation de solutions hydro-alcooliques (gels ou liquides) par an rapportée à 1000 jours d'hospitalisation.

L'indicateur retenu est la consommation annuelle des SHA, rapportée à 1000 journées d'hospitalisation. En revanche, il n'y a pas d'accord des experts sur la possibilité d'établir cet indicateur par service de soins, plutôt que globalement pour l'hôpital.

Au terme de la troisième réunion et après la cotation finale des propositions, il convient de noter plusieurs points, qui émergent de la réflexion des experts.

L'élaboration des indicateurs a été conduite avec la préoccupation de pertinence et de faisabilité. La pertinence concerne des indicateurs qui doivent être lisibles pour les « utilisateurs » de l'hôpital, et en même temps utiles à l'évaluation et au suivi des actions de prévention engagées dans les établissements de santé. Ils ont aussi été sélectionnés pour leur capacité à refléter le risque infectieux dans ses différents composantes : ensemble des unités de soins, et indicateurs de moyens, de pratiques et de résultats.

Il est apparu important d'associer des indicateurs de résultats à des indicateurs de moyens et pratiques. Cette distinction entre indicateurs de résultats et de moyens-pratiques est d'ailleurs artificielle, la consommation des SHA constituant un indicateur de résultat, et l'existence d'une surveillance des infections nosocomiales un indicateur de pratiques.

Il y a aussi un impératif de faisabilité, puisque ces indicateurs doivent pouvoir être élaborés et utilisés dans tous les établissements de santé, y compris de petite taille. Trois des quatre indicateurs retenus semblent pouvoir être obtenus assez facilement : consommations de SHA par la pharmacie, surveillance du SARM au laboratoire de microbiologie, indicateur composite dans le rapport d'activité du CLIN (réglementaire, mais actuellement analysé tardivement et peu valorisé).

Concernant les infections du site opératoire, il semble qu'actuellement moins de 30 ou 40% de services de chirurgie participent à un réseau de surveillance dans le cadre du RAISIN, auxquels s'ajoutent des services qui surveillent les ISO sans participation à un réseau. Le taux de service de chirurgie ayant réalisé une enquête d'incidence des ISO était de 42% en 2000. Contrairement aux trois indicateurs précédents, la mise en place d'une surveillance des ISO nécessite un engagement important de l'établissement (collection des facteurs d'ajustement, recherche de l'ISO). La mise en place d'une surveillance des ISO dans tous les services de chirurgie devrait être une étape vers une surveillance plus élaborée, permettant la production de taux ajustés. A cet égard, il paraît indispensable de développer et interfacier les supports informatiques pour faciliter et automatiser les surveillances.

La qualité métrologique des indicateurs a été longuement discutée, à la lumière, pour l'ISO, du récent rapport de l'ANAES. L'utilisation d'un taux (ISO ou SARM) comme indicateur n'a pas été consensuelle. Pour l'ISO, les réserves concernent notamment les incertitudes sur la fiabilité de l'identification de l'ISO, qu'une approche réglementaire (et non plus volontaire) de la surveillance risque d'amplifier. Pour le SARM, il paraît nécessaire de différencier les cas de SARM importés dans l'établissement de ceux qui y ont été acquis. Il faudrait alors s'appuyer sur des prélèvements de dépistage, encore rarement réalisés.

Compte tenu du délai court de réponse à la saisine, il n'a pas été possible d'avancer dans une réflexion sur des indicateurs « à la carte », selon l'activité de chaque établissement. De plus, la méthode DELPHI de recherche de consensus dans un large groupe de travail permet la convergence vers des indicateurs consensuels, mais ne se prête pas à une identification d'indicateurs détaillés. Ceux ci devraient être élaborés précisément dans des groupes de travail plus restreints.

Le groupe de travail COMPAQH (associant DHOS, INSERM, ANAES, plusieurs fédérations hospitalières publiques et privées, et une trentaine d'hôpitaux volontaires) travaille depuis début 2003 à l'élaboration d'indicateurs de qualité pour les établissements de santé, parmi lesquels des indicateurs relatifs au risque iatrogènes et aux infections nosocomiales. Les indicateurs discutés par le groupe COMPAQH comprennent un indicateur composite issu des rapport d'activité des CLIN, l'infection du site opératoire, la consommation des savons et produits hydro-alcooliques, et la réalisation d'audit d'antibioprophylaxie chirurgicale. Deux ou trois de ces indicateurs seront sélectionnés. Il est souhaitable que les conclusions des deux groupes soient cohérentes.

D'autre part, la phase de validation et d'évaluation de la faisabilité des indicateurs pourrait notamment s'appuyer sur les hôpitaux volontaires participant au groupe COMPAQH. Celle ci est prévue en 2004 et surtout en 2005

Le groupe de travail n'a pas inclus dans le champ de l'expertise le suivi des antibiothérapies. Un groupe restreint "Suivi de l'usage des antibiotiques et sa relation avec la résistance bactérienne", placé sous l'égide de la DGS, et présidé par le Pr. B. SCHLEMMER, a fait des propositions, qui pourraient être incluses dans les indicateurs. L'indicateur actuellement retenu, sous réserve de validation, est le suivant : *« consommation d'antibiotiques systémiques, par classe thérapeutique et par type d'activité clinique, pour 1000 journées d'hospitalisation »*.

Il paraît enfin nécessaire au groupe de travail qu'une concertation et des consultations aient lieu après la définition des ces indicateurs. Elles concernent les instances de coordination contre l'infection nosocomiale, les associations d'usagers, et les directions et fédérations d'établissements de santé, notamment de petite taille.

Jean-Christophe LUCET, chargé de mission InVS, le 9 janvier 2004

Participants au groupe de travail

- Ludwig Serge Aho, Hygiène Hospitalière, C.CLIN Est, CHU Dijon
- Serge Alfandari, Hygiène Hospitalière, Maladies Infectieuses, CH Tourcoing, Tourcoing
- Gilles Antoniotti, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, Générale de Santé, Aix les Bains
- Odile Bellon, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, CH Pays d'Aix, Aix-en-Provence
- Philippe Berthelot, Hygiène Hospitalière, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne
- Hervé Blanchard, Hygiène Hospitalière, AP-HP Cochin - Saint Vincent de Paul, Paris
- Bernard Branger, C.CLIN Ouest, Rennes
- Catherine Bussy, Hygiène Hospitalière, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- Véronique Bussy-Malgrange, Microbiologie, Institut Jean Godinot, Reims
- Anne Carbonne, C.CLIN Paris-Nord, Paris
- Annie Chalfine, Hygiène Hospitalière, Hôpital Saint-Joseph, Paris
- Bruno Coignard, InVS, Saint-Maurice (94)
- Sandrine Danet, ANAES, Saint-Denis
- Marie-Françoise Dumay, Gestion des risques, Hôpital Saint-Joseph, Paris
- Alain Durocher, Réanimation, CHRU Lille, ANAES
- Jacques Fabry, C.CLIN Sud-Est, Lyon
- Stéphane Gayet, C.CLIN Est, Strasbourg
- Emmanuelle Girou, Hygiène Hospitalière, AP-HP Henri Mondor, Créteil
- Bruno Grandbastien, C.CLIN Paris-Nord et CHRU Lille
- Jacques Hajjar, Hygiène Hospitalière, CH Valence, Valence
- Benoist Lejeune, C.CLIN Ouest, Brest
- Agnès Lepoutre, InVS, Saint-Maurice
- Jean-Christophe Lucet, Hygiène Hospitalière, AP-HP Bichat, Paris
- Marie-Hélène Nicolas-Chanoine, Microbiologie, AP-HP Ambroise Paré, Boulogne
- Pierre Parneix, C.CLIN Sud-Ouest, Bordeaux
- Bernard Régnier, Réanimation, AP-HP Bichat, Paris et CTIN,
- Ludovic Richard, Orthopédie, Clinique de Maussins, Paris
- Jérôme Robert, Hygiène Hospitalière, Microbiologie, AP-HP Pitié-Salpêtrière, Paris
- Dominique Salmon, Maladies Infectieuses, AP-HP Cochin, Paris
- Anne Savey, C.CLIN Sud-Est, Lyon
- Jean-Christophe Séguier, Hygiène Hospitalière, CHI Poissy Saint-Germain, Poissy
- Xavier Verdeil, Hygiène Hospitalière, CHU Toulouse et C.CLIN sud-ouest
- Michel Wiesel, Hygiène Hospitalière, CH La Roche sur Yon, La Roche sur Yon

Annexe 5 : Rapport final du groupe d'experts – 3 février 2004

CREATION D'UN TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Rapport final du groupe de travail mis en place par l'InVS, en réponse à la saisine du Ministre de la santé

Le Ministre de la Santé, Monsieur Jean-François MATTEI, a saisi l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en mars 2003, afin que soient définis des indicateurs de lutte contre l'infection nosocomiale susceptibles de constituer un tableau de bord pour les établissements de santé.

Termes de la saisine

Cette saisine fait suite à une réflexion engagée fin 2002 par le CTIN, à la demande de la DHOS, pour la constitution d'un baromètre des infections nosocomiales.

La saisine rappelle les efforts importants réalisés en France pour la lutte contre les infections nosocomiales, mais aussi que les infections restent trop fréquentes, notamment celles liées aux bactéries multi-résistantes. La lutte contre les infections nosocomiales est une priorité et le reflet de la qualité et de la sécurité du système de santé.

Il est donc nécessaire de définir une surveillance continue et réactive des infections nosocomiales pour évaluer les progrès, adapter les moyens et informer les usagers.

Cette surveillance devrait être :

- ciblée sur des infections significatives : reflet de la qualité des soins et des efforts de prévention, engageant le pronostic, repérables par le laboratoire ou par des critères cliniques simples,
- permettant des comparaisons au sein d'un établissement et aider à le situer par rapport aux autres.

Cette surveillance devra être généralisée à tous les établissements de santé, mise en place progressivement et conçue dans le cadre d'un tableau de bord pouvant inclure d'autres indicateurs : moyens engagés, consommation et résistance bactérienne aux antibiotiques.

Organisation du groupe de travail

Une première réunion, associant l'InVS, la DGS, la DHOS, le RAISIN et le chargé de mission, a défini fin mai 2003 l'organisation des travaux en réponse à la saisine.

Un groupe d'experts d'une trentaine de personnes a été constitué, composé pour environ 40 % de personnes en charge de la coordination de réseaux (CTIN, CCLIN, InVS), et pour environ 60 % d'experts extérieurs, de « terrain ». Une attention particulière a été apportée pour la représentation des professionnels, experts de l'hygiène hospitalière (cliniciens, hygiénistes, biologistes, épidémiologistes, gestionnaires de risques) et des différents types d'établissements (petits et grands établissements, établissements publics et privés).

A coté du groupe d'experts, un comité de pilotage, associant l'InVS, le CTIN, le RAISIN, la DGS, la DHOS et le chargé de mission, a été créé, chargé de valider la méthode de travail, de suivre et orienter les travaux du groupe.

Le calendrier prévu comprend :

- la rédaction en janvier 2004 d'un rapport d'étape, présentant les orientations et les grandes lignes des indicateurs proposés, en vue de leur annonce lors de la journée « infections nosocomiales » organisée au Ministère de la Santé,
- la production d'un rapport définitif au premier trimestre 2004.

Le groupe d'experts s'est réuni à quatre reprises, les 9 septembre, 24 octobre, 1^{er} décembre 2003 et 19 janvier 2004.

Compte tenu des délais courts de réponse à la saisine, il est apparu que le travail du groupe devait être fortement structuré. Ainsi, une bibliographie a été adressée avant l'été à chaque expert, afin de préparer la première réunion. La première réunion du groupe de travail (9 septembre) a retenu les points suivants :

- utilisation d'une méthode de consensus pour l'élaboration de recommandations, type DELPHI, pour déterminer des indicateurs consensuels pour l'ensemble des experts et structurer la démarche de travail,

- délimitation du champ de l'expertise : indicateurs de résultats, de moyens et de pratiques. Les indicateurs de consommation et d'utilisation curative des antibiotiques, faisant l'objet d'une évaluation par un autre groupe de travail, n'ont pas été abordés.

Le groupe a élaboré le 9 septembre des propositions d'indicateurs (plus de 150), soumises à la cotation de l'ensemble des experts. Chaque proposition a été cotée, de 1 (pas du tout d'accord avec la proposition) à 9 (tout à fait d'accord). Lors de la seconde réunion (24 octobre), la première cotation a été présentée, discutée et certaines propositions ont été reformulées. Une seconde cotation a conduit à retenir une soixantaine de propositions, discutées lors de la troisième réunion (1^{er} décembre). Les résultats présentés ici sont ceux du troisième et dernier tour de cotation. Ils ont été discutés et précisés lors de la dernière réunion, le 19 janvier 2004.

En accord avec les principes de la méthode DELPHI, les propositions finalement retenues sont celles qui recueillent l'accord (cotation ≥ 7) de la totalité des experts, après élimination de deux notes les plus basses.

Indicateurs proposés par le groupe d'experts

Infections du site opératoire

Indicateur n° 1 : Existence d'une surveillance de l'infection du site opératoire dans chaque service ou spécialité chirurgicale, selon une méthodologie standardisée nationale (type RAISIN, ou pour des gestes opératoires sélectionnés, ou en chirurgie propre).

Le principe d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO), et sa réalisation selon une méthode standardisée sont consensuels. L'indicateur retenu est l'existence (oui/non) d'une surveillance des ISO dans chaque service ou spécialité chirurgicale.

Cependant il n'y a pas de consensus sur la méthode de surveillance :

- la surveillance doit être effectuée selon une méthode standardisée nationale, mais le choix de la (ou les) méthode(s) reste(nt) à déterminer,

- le caractère continu ou discontinu (quelques mois par an) de la surveillance n'a pas fait consensus.

Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation du taux d'ISO lui-même comme indicateur (calculé selon l'une des méthodes proposées).

Bactéries multirésistantes

Indicateur n° 2 : Existence d'une surveillance du taux de SARM pour l'établissement entier, à partir des prélèvements à visée clinique (après dédoublement), rapporté à 1000 jours d'hospitalisation.

L'indicateur proposé est l'existence d'une surveillance des taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour l'établissement entier. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation du taux de SARM lui-même comme indicateur.

La surveillance d'autres bactéries multirésistantes n'a pas fait consensus parmi les experts.

Indicateur issu des rapports d'activité des CLIN

Indicateur n° 3 : Indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN

L'indicateur retenu est composite, c'est-à-dire qu'il regroupe sous forme d'une cotation globale des informations extraites des rapports d'activité des CLIN. Chacune de ces informations constitue un item spécifique, coté par une note. Chaque note, éventuellement pondérée, est ensuite sommée à celle des autres items. La méthode de calcul exacte reste à définir et devra faire l'objet d'un travail spécifique de construction, de test et de validation.

Le seul item consensuel parmi les experts, et donc proposé à ce stade, est le nombre de personnels équivalents temps plein, médical et infirmier, dans l'équipe opérationnelle en hygiène, dévolue à la lutte contre l'infection nosocomiale et à l'hygiène, pour 1000 lits d'hospitalisation.

Les autres items issus du rapport d'activité des CLIN, et discutés par les experts lors du troisième tour de cotation, n'ont pas fait consensus. Il s'agit de :

- l'existence du rapport d'activité du CLIN lui même,
- la présentation du programme et du rapport d'activité du CLIN en CME,
- l'existence de correspondants médicaux et infirmiers en hygiène dans les services de soins,
- la présence dans le livret d'accueil du patient d'informations sur la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre l'infection nosocomiale,
- l'existence de protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale,
- l'évaluation de l'application des protocoles de prévention des risque infectieux,
- l'inscription de la formation continue en hygiène hospitalière dans le plan de formation de l'établissement,
- l'existence d'une formation pour les nouveaux professionnels de l'établissement.

Un autre indicateur a été proposé parmi les 60 propositions finales, mais n'a pas été retenu : « existence d'un système de signalement interne, type événement indésirable ». Bien que non présent dans le rapport d'activité des CLIN, cet indicateur pourrait être discuté dans l'élaboration de l'indicateur composite.

La cotation, par une note, de chaque item de l'indicateur composite devrait permettre d'évaluer précisément les moyens engagés par l'établissement contre l'infection nosocomiale.

Consommation des produits hydro-alcooliques pour la friction des mains

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Indicateur n° 4 : Consommation de solutions hydro-alcooliques (gels ou liquides) en litres par an, rapportée à 1000 jours d'hospitalisation.</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

L'indicateur retenu est la consommation annuelle de solutions hydro-alcooliques (SHA), exprimée en litres, rapportée à 1000 journées d'hospitalisation.

Il n'y a pas de consensus sur la possibilité d'établir cet indicateur par service de soins, plutôt que globalement pour l'établissement.

Au terme de ce travail, les experts souhaitent souligner plusieurs points, qui émergent de leurs réflexions.

La composition du groupe de travail garantit la représentativité des expertises en hygiène. En effet, celui-ci associait des personnes assurant la coordination de réseaux inter-régionaux et nationaux, et des spécialistes, leaders en France dans leur domaine, qui tous assurent au quotidien une activité de surveillance et de prévention des infections nosocomiales dans leur établissement. La forte participation et implication des experts aux travaux du groupe soulignent l'importance qu'ils ont accordée à la définition d'indicateurs en hygiène.

Grâce à cette expertise, l'élaboration de la liste des indicateurs susceptibles d'être intégrés dans un tableau de bord a été conduite avec la préoccupation de leur pertinence et de leur faisabilité. La pertinence concerne des indicateurs qui doivent être « lisibles » pour les utilisateurs des établissements de soins, usagers et professionnels de santé, et en même temps utiles à l'évaluation et au suivi des actions de prévention engagées dans les établissements de santé. Les indicateurs ont aussi été sélectionnés pour leur capacité à refléter le risque infectieux dans ses différents composantes : ensemble des unités de soins, et indicateurs de moyens, de pratiques et de résultats.

La faisabilité est aussi un critère important de choix, ces indicateurs devant pouvoir être élaborés et utilisés dans tous les établissements de santé, y compris ceux de petite taille. Trois des quatre indicateurs retenus semblent pouvoir être recueillis sans trop de difficultés : consommation de SHA par la pharmacie, surveillance du SARM par le laboratoire de microbiologie (ou de biologie), indicateur composite issu du rapport d'activité du CLIN (réglementaire, mais actuellement analysé tardivement par les autorités sanitaires et peu valorisé).

Il est apparu essentiel d'associer des indicateurs de résultats à des indicateurs de moyens et de pratiques. L'utilisation exclusive d'indicateurs de résultats d'infections nosocomiales dans un tableau de bord risquerait de conduire les équipes d'hygiène à se consacrer surtout à la surveillance, aux dépens des actions de prévention. Cette distinction entre indicateurs de résultats et de moyens-pratiques est d'ailleurs artificielle, la consommation des SHA étant assimilée à un indicateur de résultat, et l'existence d'une surveillance des infections nosocomiales un indicateur de pratiques.

La qualité métrologique des indicateurs, c'est à dire la capacité de l'indicateur à mesurer précisément un phénomène, a été longuement discutée, à la lumière, pour l'ISO, du récent rapport de l'ANAES. Ce rapport, tout en indiquant que l'incidence des ISO constitue un indicateur global de la qualité des soins dans les services de chirurgie, lorsqu'elle satisfait à l'ensemble des exigences métrologiques requises, concluait que « l'utilisation des taux (...) à des fins de comparaisons entre établissements ou équipes doit rester extrêmement prudente ». L'utilisation d'un taux d'ISO comme indicateur n'a pas été consensuelle. Les réserves concernent notamment les incertitudes sur la fiabilité de l'identification de l'ISO, qu'une approche réglementaire (et non plus volontaire) de la surveillance risque d'amplifier.

En ce qui concerne les infections du site opératoire, il semble qu'actuellement moins de 30-40% de services de chirurgie participent à un réseau de surveillance dans le cadre du RAISIN, auxquels s'ajoutent des services qui surveillent les ISO en dehors d'un réseau. Le taux de services de chirurgie indiquant avoir réalisé une enquête d'incidence des ISO, quelle soit son type, en 2000 était de 42% (synthèse des rapports d'activité des CLIN). Contrairement aux trois indicateurs précédents, la mise en place d'une surveillance des ISO nécessite un engagement important de l'établissement (recueil des données, en particulier des facteurs d'ajustement pour chaque patient opéré, et recherche de l'ISO jusqu'à 30 jours après l'intervention). La mise en place d'une surveillance des ISO dans tous les services de chirurgie devrait être progressive, débutant avec des méthodes simples pour évoluer éventuellement vers une surveillance plus élaborée, permettant la production de taux ajustés. Pour limiter la charge de travail d'une surveillance élaborée, les experts souhaitent une évaluation préalable des méthodes de surveillance simplifiées, alternatives ou complémentaires de celle actuellement utilisée dans les réseaux de surveillance français (méthode dite « RAISIN »). Enfin, il est indispensable de développer les systèmes d'information hospitaliers et de pouvoir relier les bases de données existantes pour faciliter et automatiser les surveillances.

L'utilisation du taux de SARM comme indicateur de résultat n'a pas non plus fait consensus. Il est en effet nécessaire de différencier les cas de SARM importés dans l'établissement de ceux qui y ont été acquis, si l'on veut utiliser cet indicateur pour évaluer la politique de lutte contre les bactéries multi-résistantes d'un établissement. Il

faudrait pour cela s'appuyer sur des prélèvements de dépistage à l'admission, encore rarement réalisés et dont le coût est non négligeable. De plus, il est probable que la durée de séjour des patients, et la charge en soins qu'ils requièrent, sont aussi des facteurs d'ajustement qu'il faudrait prendre en compte. Il est aussi nécessaire de s'assurer que les règles de dédoublement sont identiques dans tous les établissements. Enfin, il est indispensable de stratifier le taux de SARM par type d'établissement et par type d'activité.

Pour ces raisons de faisabilité (ISO) et de qualité métrologique (ISO et SARM), les experts considèrent qu'il est prématuré de publier des taux d'ISO ou de SARM à des fins de comparaisons entre services ou établissements.

Le groupe des experts n'a pas inclus dans le champ de l'expertise le suivi de l'utilisation des antibiotiques à l'hôpital. Ce thème est actuellement traité par le groupe de travail « Surveillance et suivi des prescriptions » du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, placé sous l'égide de la DGS, et présidé par le Pr. B. SCHLEMMER. Ce groupe de travail a fait des propositions qui pourraient être reprises comme indicateurs. L'indicateur actuellement retenu par ce groupe, sous réserve de validation, est le suivant : « *consommation d'antibiotiques systémiques, par classe thérapeutique et par type d'activité clinique, pour 1000 journées d'hospitalisation.* »

Compte tenu du court délai de réponse à la saisine, il n'a pas été possible d'avancer dans une réflexion sur des indicateurs « à la carte », selon l'activité de chaque établissement. De plus, la méthode DELPHI de recherche de consensus dans un large groupe de travail permet la convergence vers des indicateurs consensuels, mais ne se prête pas à une identification d'indicateurs détaillés. Ceux-ci devraient être élaborés précisément dans des groupes de travail plus restreints ayant des objectifs spécifiques.

Le groupe COMPAQH (associant DHOS, INSERM, ANAES, plusieurs fédérations hospitalières publiques et privées, et une trentaine d'hôpitaux volontaires) travaille depuis début 2003 à l'élaboration d'indicateurs de qualité pour les établissements de santé, parmi lesquels des indicateurs relatifs aux risques iatrogènes et aux infections nosocomiales. Les indicateurs discutés par le groupe COMPAQH comprennent un indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN, l'infection du site opératoire, la consommation des savons et produits hydro-alcooliques, et la réalisation d'audit

d'antibioprophylaxie chirurgicale. Deux ou trois de ces indicateurs seront sélectionnés. Il est souhaitable que les conclusions des deux groupes soient cohérentes.

La phase de validation et d'évaluation de la faisabilité des indicateurs retenus pourrait s'appuyer d'une part sur les réseaux de surveillance existant, coordonnés par les C.CLIN, d'autre part sur le réseau d'hôpitaux volontaires participant au groupe COMPAQH.

La nécessité de moyens, humains et techniques, pour la mise en place de ces indicateurs a été soulignée. Il s'agit des moyens nécessaires à la production de l'indicateur relatif à la surveillance des ISO dans chaque établissement, et de ceux nécessaires aux réseaux pour la coordination et l'exploitation des données de surveillance des ISO et des SARM. Plusieurs expériences françaises ont montré l'intérêt d'utiliser et d'interfacer les bases informatiques existantes pour simplifier la surveillance des infections nosocomiales. Le groupe des experts exprime le souhait d'une incitation forte et d'un soutien des établissements par les autorités sanitaires au développement du système d'information hospitalier et de l'outil informatique dans ce but.

Il paraît enfin nécessaire au groupe de travail qu'une concertation et des consultations aient lieu après la définition des ces indicateurs. Elles concernent les instances de coordination contre l'infection nosocomiale, les associations d'usagers, et les directions et fédérations d'établissements de santé, notamment de petite taille.

Conclusion

Si les quatre indicateurs proposés sont mis en place, la France sera le premier pays à disposer d'un tableau de bord des infections nosocomiales dans l'ensemble des établissements de santé. Cette démarche novatrice serait de nature à assurer une plus grande transparence envers les usagers de l'hôpital. Les experts expriment toutefois le souhait qu'une phase d'évaluation préalable permette d'en apprécier la faisabilité, et les conséquences sur l'organisation de la prévention des infections nosocomiales.

Jean-Christophe LUCET, chargé de mission InVS, le 3 février 2004

Participants au groupe de travail

- Ludwig Serge Aho, Hygiène Hospitalière, C.CLIN Est, CHU Dijon
- Serge Alfandari, Hygiène Hospitalière, Maladies Infectieuses, CH Tourcoing, Tourcoing
- Gilles Antoniotti, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, Générale de Santé, Aix les Bains
- Odile Bellon, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, CH Pays d'Aix, Aix-en-Provence
- Philippe Berthelot, Hygiène Hospitalière, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne
- Hervé Blanchard, Hygiène Hospitalière, AP-HP Cochin - Saint Vincent de Paul, Paris
- Bernard Branger, C.CLIN Ouest, Rennes
- Catherine Bussy, Hygiène Hospitalière, Institut Gustave Roussy, Villejuif
- Véronique Bussy-Malgrange, Microbiologie, Institut Jean Godinot, Reims
- Anne Carbonne, C.CLIN Paris-Nord, Paris
- Annie Chalfine, Hygiène Hospitalière, Hôpital Saint-Joseph, Paris
- Bruno Coignard, InVS, Saint-Maurice
- Sandrine Danet, ANAES, Saint-Denis
- Marie-Françoise Dumay, Gestion des risques, Hôpital Saint-Joseph, Paris
- Alain Durocher, Réanimation, CHRU Lille, ANAES
- Jacques Fabry, C.CLIN Sud-Est, Lyon
- Stéphane Gayet, C.CLIN Est, Strasbourg
- Emmanuelle Girou, Hygiène Hospitalière, AP-HP Henri Mondor, Créteil
- Bruno Grandbastien, C.CLIN Paris-Nord et CHRU Lille
- Joseph Hajjar, Hygiène Hospitalière, CH Valence, Valence
- Benoist Lejeune, C.CLIN Ouest, Brest
- Agnès Lepoutre, InVS, Saint-Maurice
- Jean-Christophe Lucet, Hygiène Hospitalière, AP-HP Bichat, Paris
- Marie-Hélène Nicolas-Chanoine, Microbiologie, AP-HP Ambroise Paré, Boulogne
- Pierre Parneix, C.CLIN Sud-Ouest, Bordeaux
- Bernard Régnier, Réanimation, AP-HP Bichat, Paris et CTIN,
- Ludovic Richard, Orthopédie, Clinique de Maussins, Paris
- Jérôme Robert, Hygiène Hospitalière, Microbiologie, AP-HP Pitié-Salpêtrière, Paris
- Dominique Salmon, Maladies Infectieuses, AP-HP Cochin, Paris
- Anne Savey, C.CLIN Sud-Est, Lyon
- Jean-Christophe Séguier, Hygiène Hospitalière, CHI Poissy Saint-Germain, Poissy
- Xavier Verdeil, Hygiène Hospitalière, CHU Toulouse et C.CLIN sud-ouest
- Michel Wiesel, Hygiène Hospitalière, CH La Roche sur Yon, La Roche sur Yon

Coordination : Jean-Christophe Lucet, Philippe Berthelot

Secrétariat : Bruno Coignard

Annexe 6 : Liste initiale des 162 indicateurs soumis à cotation des experts

INDICATEURS DE RESULTATS

| Infections du site opératoire | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Pourcentage de services dans lesquels existe une surveillance des ISO |
| 2. | Pourcentage de services participant à une surveillance dans le cadre d'un réseau |
| 3. | La surveillance des ISO est continue (toute l'année) |
| 4. | La surveillance des ISO est discontinuée (quelques mois par an), répétée tous les ans |
| 5. | La surveillance des ISO peut être continue ou discontinuée selon le type de chirurgie |
| 6. | L'incidence des ISO est exprimé en taux brut pour 100 opérés |
| 7. | L'incidence des ISO est surveillé en chirurgie NNIS=0 |
| 8. | L'incidence des ISO est surveillé en chirurgie propre |
| 9. | L'incidence des ISO est surveillé pour tout ou partie des 8 gestes opératoires proposés par HELICS (laminectomie, césarienne, chirurgie sous CEC, cholécystectomie, prothèse de hanche ou de genou, hernie, appendicectomie, mastectomie) |
| 10. | L'incidence des ISO est surveillé pour des gestes opératoires sélectionnés dans chaque spécialité |
| 11. | L'incidence des ISO est surveillée par chirurgien |
| 12. | L'identification des ISO est basée sur une surveillance jusqu'à J30 après l'intervention chirurgicale |
| 13. | L'identification des ISO est basée sur une surveillance limitée à la période d'hospitalisation du patient |
| 14. | L'identification des ISO est basée sur la reprise opératoire pour infection |
| 15. | L'incidence des ISO est stratifié sur la classe de contamination |
| 16. | L'incidence des ISO est stratifié sur le type de chirurgie |
| 17. | L'incidence des ISO est stratifié sur des facteurs supplémentaires à 16 et 17 (score NNIS, ...) |
| 18. | Le recueil du dénominateur s'appuie sur des données spécifiquement recueillies pour cette surveillance |
| 19. | Le recueil du dénominateur s'appuie sur des bases de données existantes (PMSI, base informatisée au bloc opératoire ou équivalent) |
| 20. | La fiabilité des taux recueillis est validée par des informations croisées (bactériologie, reprise au bloc opératoire ...) |
| 21. | L'interprétation du taux d'ISO doit être assurée par les réseaux |

| Surveillance à partir du laboratoire | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. | La surveillance des BMR est ciblée sur certains types de service (réanimation, ...) |
| 23. | La surveillance des BMR est généralisée à tout l'établissement |
| 24. | La surveillance des BMR suit les recommandations nationales |
| 25. | La surveillance des BMR s'effectue dans le cadre d'un réseau |
| 26. | La surveillance des BMR comprend celle des <i>S. aureus</i> résistant à la méticilline (SARM) |
| 27. | Le pourcentage de SARM est exprimé en pourcentage de résistance dans l'espèce (après dédoublement) |
| 28. | Le taux de SARM est exprimé en nombre de nouveaux cas pour 100 admis (après dédoublement) |
| 29. | Le taux de SARM est exprimé en nombre de nouveaux cas pour 1000 jours d'hospitalisation (après dédoublement) |
| 30. | La surveillance des SARM est limitée aux prélèvements à visée clinique (après dédoublement) |
| 31. | La surveillance des SARM est limitée aux bactériémies (après dédoublement) |
| 32. | La surveillance des SARM est limitée aux SARM acquis dans l'établissement |
| 33. | Un contrôle de qualité pour l'identification des SARM est requis |
| 34. | La surveillance des BMR comprend d'autres bactéries à dissémination manuportée que le SARM (EBLSE) |
| 35. | La surveillance des BMR comprend une bactérie sous la dépendance prédominante de la pression de sélection antibiotique (<i>P. aeruginosa</i> , <i>Enterobacter sp.</i> , ..) |
| 36. | Une surveillance de la proportion de flacons d'hémocultures contaminés est mise en oeuvre |
| 37. | Une surveillance des bactériémies nosocomiales post-opératoires est mise en oeuvre (cf. indicateur AHRQ issu du PMSI) |
| 38. | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter central est mise en oeuvre |
| 39. | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter périphérique est mise en oeuvre |
| 40. | Une surveillance de la colonisation des cathéters centraux (compte semi-quantitatif) est mise en oeuvre |
| 41. | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter en néonatalogie est mise en oeuvre |
| 41 bis : | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter en réanimation est mise en oeuvre |
| 41 ter : | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter en onco-hématologie est mise en oeuvre |
| 41 variante : | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter par grande spécialité (néonatalogie, hématologie, ...) est mise en oeuvre |
| 42. | Une surveillance des bactériémies liées au cathéter de longue durée (chambre implantable, cathéter à émergence cutanée) est mise en oeuvre |
| 43. | Le dénominateur des surveillances ciblées sur les cathéters est la durée d'utilisation des cathéters |
| 44. | Le dénominateur des surveillances ciblées sur les cathéters est le nombre de cathéters posés |
| 45. | La surveillance des bactériémies sur cathéter comprend une phase de validation clinique au lit du patient |

| Surveillance en réanimation | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46. | La surveillance des IN en réanimation s'effectue dans le cadre d'un réseau |
| 46 bis : | La surveillance des IN dans les services les plus à risque d'infection nosocomiale est réalisée selon les recommandations des sociétés savantes |
| 47. | La surveillance des IN en réanimation est continue |
| 48. | La surveillance des IN en réanimation peut être discontinuée |
| 49. | La surveillance des IN en réanimation suit les recommandations nationales (REA-RAISIN, type CCLIN Sud Est, REACAT) |
| 50. | Taux de bactériémies nosocomiales primaires en incidence (nombre d'admis) |
| 51. | La surveillance des IN en réanimation est exprimée en incidence pour 100 patients admis |
| 52. | La surveillance des IN en réanimation est exprimée en incidence pour 1000 journées d'hospitalisation |
| 53. | Taux d'incidence de colonisation bactérienne des cathéters veineux centraux |
| 54. | Taux d'incidence des pneumopathies |
| 55. | Taux d'incidence des bactériuries |
| 56. | Densité d'incidence spécifique des bactériémies nosocomiales primaires (durée de voies veineuses centrales) |
| 57. | Densité d'incidence spécifique des colonisations de cathéters veineux centraux (durée de voies veineuses centrales) |
| 58. | Densité d'incidence spécifique des pneumopathies (durée de ventilation mécanique) |
| 59. | Densité d'incidence spécifique des bactériuries (durée de sondage urinaire) |

| Evènements sentinelles/signalements | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 60. | Les endophtalmies après chirurgie ophtalmologiques doivent être signalées |
| 61. | Les méningites iatrogènes (après acte invasif ou chirurgie sur le rachis) doivent être signalées |
| 62. | Les aspergilloses nosocomiales doivent être signalées (déjà prévu par le décret sur le signalement) |
| 63. | Les légionelloses nosocomiales doivent être signalées (DO existante) (<u>indicateur de processus</u>) |
| 64. | Les séroconversions nosocomiales VHB, VHC ou VIH doivent être signalées |
| 65. | L'établissement a procédé à au moins un signalement (<u>indicateur de processus</u>) |
| 66. | Le nombre de signalements doit être rapporté à l'activité (nombre de lits, d'admis, type d'activité ...) |
| 67. | Le nombre de signalements externes effectués par l'établissement de santé est rapporté au nombre de signalements internes que reçoit l'EOH. |

| Autres surveillances | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 68. | Le nombre d'AES est surveillé |
| 69. | Le nombre d'AES est surveillé par catégorie professionnelle |
| 70. | La surveillance des AES s'effectue dans le cadre d'un réseau |
| 71. | La surveillance des AES suit les recommandations nationales (AES-RAISIN) |

INDICATEURS DE STRUCTURES

| | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 72. | Existence d'un bilan annuel écrit du CLIN (O/ N) |
| 73. | Le programme d'action du CLIN a été élaboré avec les professionnels et discuté lors d'une réunion du CLIN (O/N) |
| 74. | Nombre de réunions annuelles du CLIN (numérique) |
| 75. | Le CLIN collabore avec les autres comités institutionnels (CHSCT, Comité des anti-infectieux ...) pour une meilleure prévention et lutte contre les IN (A : totalement à D : non) |
| 76. | Le bilan annuel du CLIN est présenté à la CME (O/N) |
| 77. | Nombre de réunions du CLIN avec présence du directeur ou d'un représentant de l'équipe de direction aux réunions du CLIN /nombre de réunions du CLIN par an (numérique) |
| 78. | Participation d'un usager à au moins une réunion du CLIN (O/N) |
| 79. | Nombre de réunions du CLIN avec présence d'un usager / nombre de réunions du CLIN par an : numérique |
| 80. | Présence d'une information au patient sur l'infection nosocomiale dans le livret d'accueil (O/N) |
| 81. | L'établissement a mis en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels (de A : très satisfaisant à D : à mettre en place) |
| 82. | Nombre d'ETP médical EOH effectif en hygiène / 1000 lits |
| 83. | Nombre d'ETP infirmier EOH effectif en hygiène / 1000 lits |
| 84. | Nombre d'ETP autres personnels EOH effectif en hygiène (secrétariat exclu) / 1000 lits |
| 85. | L'organigramme et les coordonnées de l'EOH sont connus des professionnels (de A : oui parfaitement à D : non) |
| 85 bis : | Les coordonnées de l'EOH sont accessibles aux usagers |
| 86. | Correspondants paramédicaux en hygiène : % des services ayant un correspondant identifié |
| 87. | Correspondants médicaux en hygiène : % des services ayant un correspondant identifié |
| 88. | L'EOH dispose des données microbiologiques nécessaires à son activité (de A : totalement à D : non) |
| 89. | Nombre de médecins ETP / 1000 lits |
| 90. | Nombre d'infirmières ETP / 1000 lits |
| 91. | Nombre d'AS ETP / 1000 lits |
| 92. | Nombre d'ASH ETP / 1000 lits |

| | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 93. | Nombre d'IDE ETP de jour / nombre d'IDE ETP de nuit |
| 94. | Nombre d'AS ETP de jour / nombre d'AS ETP de nuit |
| 95. | IDE intérimaires / IDE titulaires |
| 96. | AS intérimaires / AS titulaires |
| 97. | Taux d'absentéisme par catégorie professionnelle |
| 98. | Taux d'occupation des lits (hopitaux de jour exclus) par grande spécialité : réanimation, médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, pédiatrie, gériatrie et psychiatrie |
| 99. | Nombre de cadres infirmiers / 1000 lits |
| 100. | Inscription de l'hygiène dans le plan de formation transversal de l'établissement (O/N) |
| 101. | Pourcentage de nouveaux personnels bénéficiant d'une formation structurée à l'intégration, incluant une formation hygiène (O/N) hors intérimaires |
| 102. | Nombre de chambres individuelles / nombre total de lits (hop de jour exclus) |
| 103. | Pourcentage de chambres avec poste de lavage des mains équipé (savons, essuie-mains, poubelle) |
| 104. | La maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement associe les professionnels compétents (de A : oui parfaitement à D : non) |
| 105. | Existence d'un système de signalement interne type événement indésirable (de A : parfaitement fonctionnel, à D : absent) (idem 150) |
| 106. | Présence de protocoles d'antibiothérapie curative aux urgences de l'hôpital (O/N) |
| 107. | Présence de protocoles d'antibiothérapie curative à l'échelle de l'hôpital (O/N) |
| 108. | L'établissement de soins bénéficie d'un référent antibiothérapie (O/N) |
| 109. | Présence de protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale (O/N) |
| 110. | Existence d'un outil de diffusion interne des résultats et des actions menées pour la lutte contre l'IN (O/N) |
| 111. | Existence d'un dispositif de prise en charge immédiate des AES (O/N) |

* indicateur présent dans le rapport d'activité standardisé des CLIN

INDICATEURS DE PROCESS

| | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 112. | Au moins une pratique de maîtrise du risque infectieux (ciblée(s) selon les priorités institutionnelles de l'établissement) est audité par an (O/N) |
| 113. | Nombre de protocoles d'hygiène validés par le CLIN par an (numérique) |
| 114. | Nombre de protocoles d'hygiène validés par le CLIN audités par an (numérique) |
| 115. | Réalisation d'un audit de l'hygiène des mains dans l'année (O/N) |
| 116. | Nombre de personnels de soins ou médico-techniques inclus dans l'audit de l'hygiène des mains dans l'année / nb de personnels de soins (numérique) |
| 117. | Nombre d'opportunités d'hygiène des mains auditées dans les services de soins dans l'année / 100 lits (numérique) |
| 118. | Nombre de services (soins et médico-techniques) dans lesquels un audit de l'hygiène des mains a été réalisé dans l'année / nombre de services hospitaliers (numérique) |
| 119. | Réalisation d'un audit du port de gants à usage unique dans l'année (O/N) |
| 120. | Nombre de personnels de soins ou médico-techniques inclus dans l'audit du port de gants dans l'année (numérique) |
| 121. | Nombre de port de gants audités dans les services de soins /100 lits dans l'année (numérique) |
| 122. | Nombre de services hospitaliers (soins et médico-techniques) dans lesquels un audit du port de gants à UU a été réalisé dans l'année (numérique) |
| 123. | Réalisation d'un audit sur les mesures de prévention des infections du site opératoire dans l'année (O/N) |
| 124. | Nombre de préparations de l'opéré audités / 100 interventions chirurgicales dans l'année (numérique) |
| 125. | Nombre de spécialités chirurgicales auditées dans l'année sur la préparation de l'opéré / nombre de spécialités chirurgicales (numérique) |
| 126. | Réalisation d'un audit des précautions standard (mains, gants, masque, surblouse) dans l'année (O/N) |
| 127. | Réalisation d'autres audits dans l'année (numérique) |
| 128. | Nombre d'audits en hygiène terminés / nombre d'audit en hygiène prévus dans l'année (numérique) |
| 129. | Des actions correctives significatives (prévention IN effective probable) ont été réalisés après l'exposé des résultats des audits (de A : oui totalement à D : non) |
| 130. | Pourcentage de services dans lesquels des actions significatives en hygiène ont été réalisées dans l'année (réunion de concertation, formation, protocoles spécifiques) (numérique) |
| 131. | Pourcentage de temps passé dans les services de soins par le personnel hygiéniste (EOH) sur leur temps effectif de travail (numérique) |
| 132. | Pourcentage de patients porteurs de BMR mis en isolement septique (numérique) |

| | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 133. | Nombre de journées d'isolement septique / 1000 patients jours (numérique) |
| 134. | Signalisation du caractère BMR (tel que défini par le CLIN local) par le laboratoire de bactériologie sur le bon de rendu des résultats aux services (O/N) |
| 135. | Consommation de SHA (gel ou liquide) par an (numérique) |
| 136. | Consommation de SHA (gel ou liquide), en excluant la consommation du bloc opératoire (numérique) |
| 137. | Consommation de SHA (gel ou liquide) par service de soins (numérique) |
| 138. | Consommation des savon antiseptique par an |
| 139. | Consommation de savon doux par an |
| 140. | Consommation de gants à UU dans les services de soins |
| 141. | Consommation d'essuie-mains |
| 142. | La consommation est rapportée à 1000 jours patients (dénominateur) |
| 143. | La consommation est rapportée à 100 soignants (personnel médical et non médical) (dénominateur) |
| 144. | La consommation est rapportée à 100 soignants ETP (personnel médical et non médical) (dénominateur) |
| 145. | En cas d'AES, un traitement antirétroviral est immédiatement disponible si nécessaire (O/N) |
| 146. | Les sérologies HIV du patient source, avec son accord, sont réalisées en urgence permettant une éventuelle prescription antirétrovirale dans les 4 heures suivant l'accident (O/N) |
| 147. | Pourcentage de matériel de sécurité pour prélèvement sanguin / totalité matériel de prélèvement (numérique) |
| 148. | Pourcentage de matériel de sécurité pour l'injection / totalité matériel d'injection (numérique) |
| 149. | Information du patient dans les services de soins des actions de prévention et de lutte contre l'infection nosocomiale (de A : systématiquement à D : jamais) |
| 150. | Existence d'un système de signalement interne type événement indésirable (de A : parfaitement fonctionnel, à D : absent) (idem 105) |
| 151. | Nombre de signalements internes de problèmes d'hygiène graves (dysfonctionnements pouvant entraîner un risque d'IN pour le patient, épidémies, infections nosocomiales sévères) notifiés à l'EOH pour 100 lits par an (numérique) à supprimer |
| 152. | Existence d'une politique d'évaluation croisée en hygiène au sein de l'établissement (O/N) (exemple : évaluation d'un service d'endoscopie par un autre service d'endoscopie du même établissement) |
| 153. | Nombre d'heures de formation en hygiène par agent par an et par catégorie professionnelle (numérique) |
| 154. | Nombre de personnels de soins ayant reçu une formation en hygiène dans l'année / nombre de personnels de soins (numérique) |

| | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 155. | Nombre de personnels de soins ayant reçu une formation dans le domaine de l'infection nosocomiale (prévention et prise en charge) dans l'année / nombre de personnels de soins (numérique) |
| 156. | Pourcentage de professionnels de santé vaccinés contre la grippe (numérique) |
| 156 bis : | Proportion de professionnels de santé immunisés contre l'hépatite B (numérique) |
| 157. | Pourcentage de patients vaccinés contre la grippe en soins de longue durée (numérique) |
| 158. | Pourcentage de patients recevant une antibioprophylaxie chirurgicale conforme par grande spécialité |
| 159. | Pourcentage de patients ne recevant pas d'antibioprophylaxie chirurgicale conformément aux recommandations en vigueur par grande spécialité ? |
| 160. | Pourcentage de patients recevant une antibioprophylaxie chirurgicale dans les 2 heures précédant l'incision |
| 161. | Pourcentage de patients recevant une antibioprophylaxie chirurgicale pendant moins de 24 heures |
| 162. | Pourcentage de patients recevant une antibioprophylaxie chirurgicale pendant moins de 48 heures |

**Annexe 7 : Compte rendu de la réunion avec les associations
d'usagers – 29 janvier 2004**

**Réponse à la saisine « Tableau de bord Infections Nosocomiales »
Compte-rendu de la réunion avec les associations d'usagers.
InVS, Saint-Maurice (94), 29 janvier 2004, 15h00 – 18h30**

Rédaction : B. Coignard, InVS/DMI/NOA

Etaient présents :

- œ A. BIOSSE-DUPLAN, UFC-Que Choisir
- œ Aude CARIA, Maison des Usagers, CH Sainte-Anne
- œ Alain-Michel CERETTI, Association Le Lien
- œ Jacques MOPIN, UFC-Que Choisir
- œ Michel NAIDITCH, DIES/Fondation de l'Avenir
- œ Jacques PAULUS, AFM
- œ Claude RAMBAUD, Association Le Lien

- œ G. BRUCKER, directeur général de l'InVS, Saint-Maurice (94)
- œ JC. DESENCLOS, Département Maladies Infectieuses (DMI), InVS, Saint-Maurice (94)
- œ JC. LUCET, AP-HP Bichat Claude Bernard, Paris (75) – chargé de mission InVS
- œ B. COIGNARD, InVS, DMI, Unité Infections nosocomiales, Saint-Maurice (94)
- œ Valérie SALOMON, DHOS/E2, Ministère de la Santé, Paris (75)
- œ Béatrice TRAN, DGS/SD5C, Ministère de la Santé, Paris (75)
- œ Jean CARLET, Hôpital Saint Joseph, Paris (75)

Excusés :

- œ Henri Barbier, représentant des usagers, CLIN du CH de Saint-Quentin (02)
[remarques transmises par e-mail et intégrées à ce compte-rendu]

Introduction

Gilles Brücker remercie l'ensemble des participants pour leur présence à cette réunion. Il rappelle brièvement les termes de la saisine du 21 mars 2003, demandant la mise en place d'un « tableau de bord » sur les infections nosocomiales dans tous les établissements de santé et regroupant plusieurs indicateurs reflet de la qualité des soins.

Cette demande vient en complément des indicateurs déjà produits sur la base du volontariat depuis plus de 10 ans par les établissements de santé (enquêtes nationales de prévalence en 1996 et 2001 ; 5 réseaux de surveillance en incidence coordonnés par le RAISIN). A ce dispositif de surveillance des infections nosocomiales s'est ajouté en 2001 un système d'alerte, le signalement obligatoire de certaines infections nosocomiales « rares et particulières », seul dispositif réglementaire à ce jour (décret du 26/07/2001). La saisine du 21 mars 2003 est l'occasion d'aller plus loin.

Pour répondre à cette demande, l'InVS a confié au Dr Jean-Christophe Lucet, médecin hygiéniste à l'hôpital Bichat – Claude Bernard (Paris), la mission de coordonner un groupe d'experts ; ce groupe rendra son rapport final en février 2004, et une version préliminaire a été transmise aux participants à la réunion. Cette première phase du travail doit être complétée par une réunion avec les représentants d'associations d'usagers (ce jour), puis par une discussion avec les représentants des fédérations d'hospitalisation et des conférences de président de CME (le 2 février).

Résumé du rapport

JC Lucet précise que le rapport transmis aux personnes présentes n'est pas définitif et est en cours de relecture par les membres du groupe. Le groupe d'experts a réfléchi à la mise en place d'indicateurs simples, ciblés sur des infections significatives, reflet de la qualité des soins, et permettant aux établissements de se comparer (dans le temps et éventuellement par rapport aux autres) ; les indicateurs discutés étaient des indicateurs de résultats, de moyens ou de pratiques.

Le groupe d'experts s'est réuni à 4 reprises, et a utilisé une méthode de type DELPHI permettant d'aboutir à un consensus sur un nombre réduit d'indicateurs ; chaque proposition initiale a été évaluée selon 4 axes (pertinence, faisabilité, qualité métrologique, lisibilité pour le public).

Les 4 indicateurs ayant fait l'objet d'un consensus sont les suivants :

1. *existence d'une surveillance de l'infection du site opératoire dans chaque service ou spécialité chirurgicale, selon une méthodologie standardisée nationale.*
2. *existence d'une surveillance du taux de SARM pour l'établissement entier, à partir des prélèvements à visée clinique (après dédoublement), rapporté à 1000 jours d'hospitalisation.*
3. *indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN*
4. *consommation de solutions hydro-alcooliques (gels ou liquides) en litres par an, rapportée à 1000 jours d'hospitalisation.*

La méthode de calcul exacte de l'indicateur n°3 reste à définir et devra faire l'objet d'un travail spécifique de construction, de test et de validation.

Il n'y a pas eu de consensus des experts sur la fourniture au public des taux de SARM (notamment en raison de la difficulté à distinguer les cas importés ou acquis en l'absence de dépistage systématique à l'entrée) ou sur celle des taux d'ISO (en raison d'interrogations sur la fiabilité des taux générés, et en l'absence de consensus sur la méthode de surveillance exacte à employer).

Discussion avec les représentants d'associations d'usagers

La discussion commence avec les représentants d'associations d'usagers.

Sélection des indicateurs retenus par les experts

Il est précisé que le rapport final en réponse à la saisine du 21 mars 2003 ne sera remis au Ministre qu'au mois de février, et que le temps alloué aux experts n'a pas permis de discuter d'indicateurs plus ciblés liés à certaines activités (néonatalogie par exemple).

Certains représentants souhaiteraient connaître les indicateurs proposés au début et qui n'ont pas été retenus lors de la démarche de recherche de consensus ; une liste des indicateurs les plus consensuels (ceux encore retenus avant le dernier tour de cotation) pourrait figurer en annexe du rapport du groupe. Le nombre d'indicateurs retenus finalement (n=4) n'était pas défini par la lettre de saisine (la mettre en annexe du rapport) mais correspond aux seuls ayant fait l'objet d'un consensus des experts.

Il est suggéré de voir dans ce tableau de bord des indicateurs plus spécifiques de certains types de service, suivant en cela le découpage utilisé dans la version 2 du manuel d'accréditation de l'ANAES (médecine, chirurgie, psychiatrie, etc.). JC Lucet fait remarquer que le travail du groupe InVS s'est fait en relation avec celui du groupe COMPAQH (associant l'ANAES), dont les indicateurs couvrent 8 axes, dont celui des infections nosocomiales. Pour ce

dernier, consommation de SHA, surveillance des ISO et création d'un indicateur composite figurent également parmi leurs propositions.

Surveillance des infections du site opératoire (ISO)

A ce jour, une surveillance des ISO généralisée à tous les établissements de santé reste un travail au-dessus des capacités des services de chirurgie. Il faudra du temps pour mettre en oeuvre un tel recueil, difficile car il concerne l'ensemble des patients opérés, pas seulement ceux infectés, afin d'obtenir un dénominateur ; l'ensemble des patients opérés doit par ailleurs bénéficier d'un suivi ad hoc (jusqu'à 30 jours pour les infections sans pose de prothèse, 1 an si prothèse). Le temps ETP qui sera consacré par les équipes chirurgicales et d'hygiène hospitalière à ce travail ne le sera pas pour d'autres missions. La question reste posée de cibler éventuellement la surveillance des ISO sur certains actes "traceurs" (prothèse de hanche par exemple). L'indicateur ISO limite enfin le champ d'un futur tableau de bord aux seuls services de chirurgie, excluant les établissements de santé sans activité chirurgicale. A la question de savoir si cet indicateur concerne aussi les services de radiologie interventionnelle, il est précisé que non, mais que les infections survenant dans ce type de service peuvent faire l'objet d'un signalement.

Le Lien propose de réaliser des "campagnes annuelles" ciblées sur certains gestes opératoires : on pourrait envisager une "année de la prothèse totale hanche (PTH)", suivi d'une année ciblant un autre geste... Ces gestes seraient à choisir en fonction de la sinistralité liée à ces actes (à apprécier par les informations remontant aux associations) ; le critère de choix serait donc le ressenti en terme de gravité par les patients, et non pas la fréquence des infections pour ces actes. Une autre approche pourrait être de s'intéresser spécifiquement aux ISO les plus graves, plus facilement identifiables, plus mobilisatrices pour le chirurgien, et avec des conséquences parfois graves (morbidity, voire mortalité) pour le patient. Il est précisé que si l'orthopédie représente 60% des dossiers traités par le lien, l'incidence des ISO dans cette spécialité est parmi les plus basses (*NdR : 1,75% pour la PTH en 1999-2000 ; 1,16% pour les PTH en NNIS 0 ; données ISO-RAISIN 1999-2000*). Ces campagnes constitueraient d'après Le Lien un coup de projecteur apportant un éclairage facilement compréhensible pour les usagers. L'InVS précise toutefois que cette idée est en décalage par rapport aux termes de la saisine ; de plus, ces "campagnes annuelles" imposées à tous les établissements pourraient être contre-productives car elles pourraient empêcher les établissements, à moyens constants, de continuer des actions spécifiques qui souvent portent sur plusieurs années (exemple de la stratégie adoptée au CHI Poissy / Saint-Germain en Laye).

Si l'indicateur n°1 proposé (surveillance des ISO Oui/Non) est bien binaire, considérant que 25-30% des services de chirurgie mettent en oeuvre actuellement une surveillance des ISO, verra-t-on demain ce chiffre atteindre 100% ? Le Lien considère que trop peu de services font actuellement de surveillance. On précise alors que a) surveillance et prise en charge des infections (au niveau individuel) sont deux processus distincts ; b) le type de surveillance mentionné par les experts obéit à des critères de qualité qui sont vérifiables ; il faudra donc envisager des audits externes (x% des services à auditer) pour ne pas fonder ce critères sur des données uniquement déclaratives. L'InVS précise que, d'après le rapport d'activité des CLIN de l'année 2000, ce sont près de 40% des services (établissements de santé) qui déclarent effectuer une surveillance des ISO (quelle qu'elle soit). Ces chiffres sont à relativiser, et la production d'un indicateur de ce type devra tenir compte des dénominateurs disponibles (combien d'établissements de santé en France ? combien de services de chirurgie ?).

Cohérence avec d'autres sources de données

En application de l'article L. 1142-22-1 du code de la santé publique, un rapport semestriel de l'ONIAM publie la liste des infections nosocomiales portées à sa connaissance, ayant fait l'objet d'un avis et indemnisées (décès ou IPP>25%) ; cette liste précise les lieux (nom de l'établissement) et circonstances de survenue des infections. En 2003, 2 avis concernant des infections survenues à partir du 01/01/03 ont été rendus et n'ont pas donné lieu à indemnisation par l'ONIAM ; il s'agissait de la première année de fonctionnement de l'office, et

35% des dossiers traités à ce jour concernent des infections nosocomiales (*NdR : la première édition 2003 de ce rapport est disponible à l'adresse <http://www.oniam.fr/>*). Le Lien précise que les vrais, gros sinistres, seront donc rendus publics et que ces données seront confrontées aux données de surveillance disponible : quelle cohérence y verra-t-on ?

L'InVS précise que si la notion de gravité est importante, les notions de préventabilité / évitabilité des infections nosocomiales ne doivent pas être perdues de vue : les indicateurs à produire doivent pouvoir permettre d'évaluer les pratiques, et si nécessaire les corriger. L'hépatite C est un exemple d'infection évitable (pas toujours grave compte tenu des thérapeutiques actuelles) pour laquelle de nombreuses actions restent à entreprendre afin d'en limiter la transmission (en anesthésie par exemple). Il faut donc choisir des indicateurs mesurant des phénomènes où il existe une part d'évitabilité. La gravité des infections (en terme de mortalité, de morbidité, et pas seulement en terme de ressenti) reste à étudier et doit faire l'objet d'axes de recherche pour développer des outils permettant de la mesurer.

Le Lien précise que la plupart des dossiers traités par l'ONIAM concerne des infections cumulant certains critères de gravité et surtout une mauvaise prise en charge. Il n'existe toutefois pas d'outil "épidémiologique" permettant de mesurer la qualité de cette prise en charge ; celle-ci doit faire l'objet d'analyses spécifiques, au cas par cas, de type "analyse des causes". On se situe ici en amont de l'infection nosocomiale « objet » d'une surveillance : la communication autour de l'infection quand elle est survenue pourrait par contre peut-être s'envisager comme item de l'indicateur composite ?

Doit-on publier les taux ?

L'expérience de la Belgique est citée ce pays aurait décidé d'imposer la participation à son réseau de surveillance national il y a quelques années. Cette obligation de surveiller aurait conduit à une diminution des taux d'ISO, sans qu'il soit possible à ce jour de déterminer si cette diminution est le reflet d'une diminution du risque ou d'une baisse des infections déclarées par les établissements. Dans le reste du monde, les seuls pays ayant mis en place une surveillance des infections nosocomiales obligatoire sont les pays de l'ex Union Soviétique ; certains de ces systèmes de surveillance nationaux ont fait l'objet d'évaluations ou de visites d'experts (Russie, Roumanie) qui ont montré que les taux d'infections officiellement déclarées étaient minimes et non exploitables. Des adaptations de ces systèmes de surveillance, sur le modèle de ce qui fait aux Etats-Unis (NNIS) ou en France (RAISIN), ont été recommandées à l'époque aux autorités nationales.

Le Lien cite l'exemple de la "cotation Banque de France" utilisée pour les entreprises, dont le principe pourrait être repris dans le tableau de bord. Cette cotation sous forme de lettres résume la qualité financière de l'entreprise à partir de ses incidents de paiement et de la façon dont ils ont été résolus.

L'UFC Que Choisir demande si l'aspect incitatif de certains indicateurs (indicateur n°4 notamment, portant sur la consommation de solutions hydro-alcooliques, SHA) ne poussera pas à la dépense, sans pour autant améliorer la qualité des soins. Tous les indicateurs peuvent certes avoir des effets pervers, mais il paraît peu probable que des établissements consomment des SHA sans les utiliser effectivement. L'UFC Que Choisir précise par ailleurs qu'il faut faire attention à une certaine forme de compétition que pourrait induire ces indicateurs : qui dit compétition dit triche, fraude, éventuellement exclusion de certains établissements sur des critères contestables. Stimuler les établissements pour une meilleure qualité des soins est l'objectif. Il serait préférable de privilégier l'accès aux données pour le patient.

Pourquoi publier des taux nationaux et pas par établissement ? La publication d'un taux d'ISO NNIS 0 pour un établissement de santé a-t-elle un sens ? Les experts présents ne sont pas tous d'accord sur le principe d'afficher ces taux en raison des difficultés d'interprétation, notamment quand le nombre d'actes en catégorie NNIS 0 d'un établissement est peu élevé. Que représentent 2 infections sur 100 patients (2%), lorsque d'une année sur l'autre, ou d'un établissement à l'autre, le recrutement peut faire varier ce taux du simple au double ? La notion

d'intervalle de confiance peut être difficile à expliquer au patient.

Pour Le Lien, la surveillance des ISO doit prendre en compte certaines mesures de prévention (antibioprophylaxie), le suivi des patients (combien à J30?), et la gestion de l'annonce de l'infection au patient (information sur l'infection et les droits du patient, orientation adéquate pour sa prise en charge, tenue d'un registre, etc.). Les participants s'interrogent toutefois sur la façon de mesurer ces derniers éléments : comment mesurer l'application de la loi du 4 mars 2002 ? Ceci apparaît sortir du champ de la saisine, mais pourrait faire l'objet d'études ponctuelles de type audit (au cas par cas). Les procédures en place en terme d'information du patient pourrait aussi être intégrées dans l'indicateur composite n°3.

L'UFC Que Choisir note que le fait d'appartenir à un réseau de surveillance est déjà en soi un critère de qualité ; le fait de publier ou non les taux d'infections résultant de cette participation devrait être laissé au choix de l'établissement. Certains précisent toutefois qu'il existe une volonté politique d'affichage de ces taux dans un tableau de bord (cf. Discours du Ministre le 20 janvier) ; la question est de savoir ce qui est faisable en la matière.

Publication chiffrée ou qualitative ?

Il faut trouver une alternative à la publication (ou la non publication) de taux chiffrés : l'idée d'une publication "qualitative" de ces taux émerge des discussions des participants. La notion d'intervalle de confiance peut être expliquée aux patients. On pourrait rendre les résultats de chaque établissement sous forme de 3 (ou 4?) catégories : niveau inacceptable / critique / admissible / (excellent ?). Les participants insiste sur le fait que cet indicateur ne soit pas seulement utilisé en terme d'affichage (attention à la compétition), mais constitue un véritable outil de suivi et de gestion pour les équipes soignantes.

Les 4 critères proposés conviennent-ils ?

L'UFC Que Choisir, citant les conclusions du rapport d'experts, constate qu'il est raisonnable de ne pas vouloir dès le départ envisager une généralisation des indicateurs proposés à tous les établissements de santé. La question est aujourd'hui de savoir s'il y a consensus des participants à la réunion de ce jour pour tester d'emblée les 4 indicateurs proposés. L'InVS précise par ailleurs que ce qui importe aujourd'hui est de tracer une direction, un chemin à mettre en place, et qu'en fonction de certains critères, dont la faisabilité, certains indicateurs seront plus faciles à mettre en œuvre que d'autres.

Le DIES s'interroge sur la nécessité de disposer du même tableau de bord pour tous les établissements de santé, ou si des adaptations seront possibles selon les établissements. Il cite l'exemple des « systèmes de mesure de la performance » aux Etats-Unis, dont plusieurs modèles existent et que les hôpitaux peuvent choisir. Cela pourrait constituer une piste, mais on rappelle toutefois les termes de la saisine qui parle d'indicateurs qui seront « généralisés à l'ensemble des établissements de santé ».

Le Lien regrette de ne pas voir l'antibioprophylaxie apparaître dans les indicateurs retenus ; JC Lucet précise que cet élément sera pris en compte dans le calcul de l'indicateur composite n°3. Une remarque similaire du Lien concerne le budget du CLIN et les moyens de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ; plusieurs des participants font remarquer que le CLIN ne dispose pas de budget spécifique mais s'appuie sur celui de l'établissement. Le plus important pour une EOH est d'avoir du personnel dédié, et cet aspect sera aussi pris en compte dans l'indicateur composite.

H. Barbier souligne, concernant l'indicateur composite n°3, l'importance d'inclure dans le livret d'accueil du patient des informations sur la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales. L'inscription de la formation continue en hygiène hospitalière dans le plan de formation de l'établissement et l'existence d'une formation pour les nouveaux professionnels de l'établissement lui paraissent également importantes. Concernant l'indicateur n°4 (consommation des SHA), il demande si chaque établissement ne serait pas en

mesure d'établir un indicateur par service.

Est-on d'accord sur une façon de communiquer autour de ces indicateurs ?

Le DIES propose que les établissements de santé, l'InVS et les associations d'usagers constituent un groupe de travail pour élaborer une politique d'information et de communication autour de ces indicateurs ; il cite en exemple une expérience nord-américaine à New York où, faisant suite à une élaboration commune, les taux de décès après chirurgie cardiaque avaient fait l'objet d'une publication régulière pendant 2 ans. L'exemple de l'éducation nationale en matière d'évaluation des établissements scolaires et notamment des lycées est également cité comme exemple de politique de communication ayant permis d'éliminer en grande partie les palmarès des journaux.

L'UFC Que Choisir souhaite qu'on intègre le mode de diffusion de ces indicateurs dès l'étape de leur conception : ces données sortiront d'une manière ou d'une autre (dans Le Monde, Voici ou le Canard Enchaîné). Il faut donc en amont définir "le tuyau" et savoir où, quand et comment ils seront publiés. Par ailleurs, les indicateurs proposés sont sans doute de bons instruments, mais ils ne sont pas les seuls.

Afin d'éduquer et de responsabiliser les acteurs concernés par ces indicateurs, J. Carlet propose la rédaction d'une charte éthique à laquelle adhérerait chacun, afin de régir la façon dont la communication autour de ces indicateurs s'organiserait.

Le Lien est d'accord sur le fait de s'entendre sur un discours commun autour de ces indicateurs. L'association insiste sur la nécessité de « donner de la transparence » et souligne que l'opinion publique sait déjà que le risque « zéro » n'existe pas. Les données des assurances (Eole Médical) montreraient une baisse de 20% de la sinistralité « infections nosocomiales » entre 2001 et 2003 ; il y aurait donc actuellement plus de plaintes, mais paradoxalement moins de sinistres. Ceci justifie donc un effort de communication entre établissements de santé et usagers.

Conclusion

G. Brückner remercie l'ensemble des participants pour cet échange fructueux, et confirme que le rapport sera remis au Ministre en février. Il s'engage à poursuivre la réflexion pour arrêter une stratégie concernant l'expression de ces indicateurs (aspect qualitatif) et leur diffusion (centralisée ou à partir de l'établissement). Une réunion avec les fédérations d'hospitalisation et les conférences de présidents de CME aura lieu le 2 février prochain et permettra de compléter la concertation autour de ce thème.

PS – 23/02/2004

Après relecture de ce compte-rendu, Le Lien suggère un point non discuté lors de la réunion concernant la qualité de la stérilisation et des blocs opératoires (conformité des installations et des procédures) ; ces notions pourraient selon Le Lien être intégrées ou associées à l'indicateur ISO.

Ces éléments peuvent avoir un impact sur l'incidence des IN, mais ils sont toutefois difficilement mesurables en routine et ne font pas partie des données recueillies de manière systématique dans les protocoles de surveillance des ISO existants en France ou à l'étranger.

**Annexe 8 : Compte rendu de la réunion avec les représentants des
Fédérations et de la Conférence des Présidents de CME – 2 février
2004**

Réponse à la saisine « Tableau de bord Infections Nosocomiales » - Compte-rendu de la réunion avec les représentants des Fédérations et de la Conférence des Présidents de CME.

Ministère de la Santé, Paris (75), 2 février 2004, 11h00 – 12h30

Rédaction : B. Coignard, InVS/DMI/NOA

Etaient présents :

- œ Dr Jean CARLET, Chef de Service de Réanimation Polyvalente, Hôpital Saint Joseph, Paris (75) – pour la FHF
- œ Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, CH La Roche sur Yon (85) / Secrétaire de la Conférence nationale des Présidents de CME de CH
- œ M. Loic GEFFROY, délégué général de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), Paris (75)
- œ Mme Maryse LEMAIRE, Directeur Qualité / Accréditation, CHR Orléans (45) & Conférence des DG de CHU
- œ Dr B. MARTI, CH de Bayonne (64), Conférence nationale des Présidents de CME de CH
- œ Mme Marie-Paule MORIN, Directrice, CH Sud-Francilien, Evry (91), Conférence nationale des directeurs de CH
- œ Pr Yves DE PROST, Président de la CME AP-HP, Paris (75), Conférence des Présidents de CME de CHU
- œ Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Paris (75)
- œ Pr Gilles BRUCKER, directeur général de l'InVS, Saint-Maurice (94)
- œ Dr Jean-Claude DESENCLOS, responsable du Département Maladies Infectieuses (DMI), InVS, Saint-Maurice (94)
- œ Dr Jean-Christophe LUCET, AP-HP Bichat Claude Bernard, Paris (75) – chargé de mission InVS
- œ Dr Bruno COIGNARD, InVS, DMI, Unité Infections nosocomiales, Saint-Maurice (94)
- œ Dr Valérie SALOMON, DHOS/E2, Ministère de la Santé, Paris (75)
- œ Dr Brigitte HAURY, DHOS/E2, Ministère de la Santé, Paris (75)

Excusés :

- œ M. Georges RIFFARD, Directeur, FEHAP, Paris (75)

Introduction

Gilles Brucker remercie l'ensemble des participants pour leur présence à cette réunion. Il rappelle brièvement les termes de la saisine du 21 mars 2003, demandant la mise en place d'un « tableau de bord » sur les infections nosocomiales dans tous les établissements de santé et regroupant plusieurs indicateurs reflet de la qualité des soins.

Il rappelle l'engagement fort des établissements de santé sur ce thème depuis leur participation aux enquêtes nationales de prévalence de 1996 (800 établissements inclus) et 2001 (plus de 1500 établissements inclus). La demande du Ministre vient en complément des indicateurs déjà produits sur la base du volontariat depuis plus de 10 ans (5 réseaux nationaux de surveillance en incidence sont aujourd'hui actifs et coordonnés par le RAISIN). A ce dispositif de surveillance des infections nosocomiales s'est ajouté en 2001 un système d'alerte, le signalement obligatoire de certaines infections nosocomiales « rares et particulières », seul dispositif réglementaire à ce jour (décret du 26/07/2001). La saisine du 21 mars 2003 est l'occasion d'aller plus loin.

Pour répondre à cette demande, l'InVS a confié au Dr Jean-Christophe Lucet, médecin hygiéniste à l'hôpital Bichat – Claude Bernard (Paris), la mission de coordonner un groupe d'experts ; ce groupe rendra son rapport au ministre en février 2004, et une version provisoire de ce rapport a été transmise aux participants à cette réunion.

Cette première phase du travail a été complétée par une réunion avec les représentants d'associations d'usagers le 29 janvier 2004. L'objet de la réunion de ce jour est de présenter les indicateurs retenus par ce groupe d'experts aux représentants des fédérations hospitalières et des conférences de président de CME, afin de recueillir leur avis notamment en terme de faisabilité ; la mise en œuvre de ces indicateurs nécessitera en effet des moyens (humains, informatiques).

Résumé du rapport

JC Lucet précise que le rapport transmis aux personnes présentes n'est pas définitif et est en cours de relecture par les membres du groupe. Le groupe d'experts a réfléchi à la mise en place d'indicateurs simples, ciblés sur des infections significatives, reflet de la qualité des soins, et permettant aux établissements de se comparer (dans le temps et éventuellement par rapport aux autres) ; les indicateurs discutés étaient des indicateurs de résultats, de moyens ou de pratiques.

Le groupe d'experts s'est réuni à 4 reprises, et a utilisé une méthode de type DELPHI permettant d'aboutir à un consensus sur un nombre réduit d'indicateurs ; chaque proposition initiale a été évaluée selon 4 axes (pertinence, faisabilité, qualité métrologique, lisibilité pour le public).

Les 4 indicateurs ayant fait l'objet d'un consensus sont les suivants :

1. *existence d'une surveillance de l'infection du site opératoire dans chaque service ou spécialité chirurgicale, selon une méthodologie standardisée nationale.*
2. *existence d'une surveillance du taux de SARM pour l'établissement entier, à partir des prélèvements à visée clinique (après dédoublement), rapporté à 1000 jours d'hospitalisation.*
3. *indicateur composite issu des rapports d'activité des CLIN*
4. *consommation de solutions hydro-alcooliques (gels ou liquides) en litres par an, rapportée à 1000 jours d'hospitalisation.*

La méthode de calcul exacte de l'indicateur n°3 reste à définir et devra faire l'objet d'un travail spécifique de construction, de test et de validation. Il n'y a pas eu de consensus des experts sur la communication au public des taux de SARM (difficulté à distinguer les cas importés ou acquis en l'absence de dépistage systématique à l'entrée) ou sur celle des taux d'ISO (absence de consensus sur la méthode de surveillance exacte à employer et difficultés d'interprétation des taux).

Le tableau de bord, tel qu'il est proposé ce jour, se caractérise par un aspect fortement novateur puisqu'à ce jour seule la Grande-Bretagne a mis en place des indicateurs de manière réglementaire (dans les hôpitaux du NHS : surveillance des bactériémies à staphylocoque doré résistant à la méticilline depuis 2003, et surveillance des infections du site opératoire en orthopédie à partir d'avril 2004).

Discussion

Remarques préalables

La FHF note que deux des indicateurs proposés sont proches de ceux définis dans le cadre de la démarche de l'ANAES (groupe COMPAQH). Les objectifs de la réunion sont de présenter les résultats de l'expertise InVS en vue de la mise en œuvre des indicateurs. Ils sont aussi de discuter les choix à opérer en prenant en compte les questions de faisabilité, le Ministre ayant déjà communiqué publiquement ses demandes, notamment pour inclure des taux d'infection

dans le futur tableau de bord.

La FHP est en faveur d'un affichage interne des taux d'ISO, pour montrer qu'ils sont non seulement générés, mais surtout utilisés. Elle souhaite que la lutte contre les infections nosocomiales soit intégrée dans une gestion globale du risque. Elle note que la production de ces indicateurs nécessitera des moyens, notamment en terme de systèmes d'information. Enfin, elle souligne les limites éventuelles d'indicateurs n'affichant que la dépense (consommation des SHA par exemple) dans un contexte de tarification à l'activité.

MP Morin (Conférence nationale des directeurs de CH) considère ces indicateurs pertinents, mais souligne l'importance des moyens qui seront nécessaires pour les générer. La production de ce tableau de bord remplacera-t-elle les rapports d'activité annuels des CLIN ? Attention à ne pas multiplier les demandes auprès des établissements, notamment les petits aux ressources limitées.

Qui gèrera l'information, la traitera, la validera et la diffusera ?

Il est envisagé que l'information fournie par les établissements de santé fasse l'objet d'un contrôle de qualité (tirage au sort de certains établissements et audits externes) ; les structures qui gèreront le recueil et la validation de ces indicateurs restent à définir (DDASS, C.CLIN, ... ?). Une gestion à l'échelon régional apparaît souhaitable.

Concernant l'affichage des indicateurs, la question a été abordée le 29 janvier avec les associations d'usagers et celles-ci ne sont pas unanimes. Certaines souhaitent une diffusion large et centralisée de ces indicateurs, d'autres réclament éventuellement un affichage local mais surtout un accès à l'information pour l'utilisateur auprès de chaque établissement de santé.

Expérimentation

Le rapport rendu par le groupe d'experts suggère une généralisation progressive, après une phase d'expérimentation. Cette phase fera-t-elle l'objet d'une communication publique ? L'InVS répond que la volonté du ministère est sans doute de rendre aussi public les résultats de cette phase d'expérimentation.

Remarques spécifiques sur les indicateurs proposés : sont-ils corrects et faisables ?

La FHF rappelle que ce travail d'expert fait suite à une commande du ministre : la question posée aux fédérations aujourd'hui est de savoir si ces propositions sont correctes et si elles sont raisonnables en terme de faisabilité.

La FHP émet des réserves sur l'indicateur composite n°3 : la mention de l'existence de correspondants en hygiène dans les services n'est pas adaptée au fonctionnement du privé. Concernant l'indicateur n°4 (consommation de solutions hydro-alcooliques), il faut là aussi le produire, pour les mêmes raisons, par établissement et non par services, et éventuellement envisager de le rapporter à une norme. Il est répondu à cette dernière remarque que ces consommations sont ajustées car rapportées à un dénominateur (journées d'hospitalisation) et qu'il est difficile de définir une norme pour celles-ci (les consommations actuelles de ces produits semblent de toute façon très minimales d'après les données de vente disponibles).

MA Desailly-Chanson (Conférence nationale des Présidents de CME de CH) suggère de ne pas découper les risques car les équipes ne pourront plus suivre et répondre à des demandes croissantes. Le développement de ressources informatiques hospitalières adéquates lui apparaît être un préalable nécessaire.

Y. de Prost (Conférence des Présidents de CME de CHU) demande à quel rythme seront produits ces indicateurs : une fois par an, une fois par mois ? La saisine du ministre ne le précise pas et les experts suggèrent un rythme annuel, d'autant que l'indicateur composite, basé sur les rapports d'activité des CLIN, ne peut être qu'annuel et que l'affichage mensuel des autres indicateurs génèrerait des variations non interprétables.

Vers la production d'indicateurs de résultats ?

La question est posée aux fédérations de savoir si les hôpitaux sont prêts à se lancer dans la production d'indicateurs de résultats, exprimés de manière non pas chiffrée (pas de taux bruts) mais qualitative comme cela a été suggéré lors de la réunion du 29 janvier avec les usagers (notion de taux admissible, critique, inacceptable...).

Y. de Prost (Conférence des Présidents de CME de CHU) estime qu'il devient nécessaire de le faire, et que ce sera la meilleure réponse à apporter aux mises en cause actuelles de l'hôpital. G. Vincent suggère un engagement de la FHF en ce sens, sous réserve d'une approbation de la conférence des présidents de CME. MA Desailly-Chanson (Conférence nationale des Présidents de CME de CH) insiste sur 4 conditions préalables à la production de tels indicateurs : 1) vérification de leur faisabilité ; 2) encadrement des méthodes ; 3) définition préalable d'une politique de communication ; 4) évaluation. M. Lemaire (Conférence des DG de CHU) complète cette remarque en soulignant la nécessité que cette démarche s'accompagne d'une politique *ad hoc* en terme de mise à niveau des moyens sur l'ensemble des établissements concernés.

Conclusion

La FHF confirme l'engagement de la communauté hospitalière publique dans ce projet, et souhaite être partie prenante des travaux qui suivront. Elle souhaite également que l'annonce de ce tableau de bord soit faite en partenariat avec les représentants des hôpitaux.

La FHP insiste pour que soient prises en compte dans ces indicateurs les spécificités du privé, réitère sa remarque quant aux limites de l'affichage de moyens dans un contexte de tarification à l'activité, souhaite une méthodologie forte et une communication appropriée.

G. Brücker remercie l'ensemble des participants pour cet échange fructueux, confirme que le rapport sera remis au Ministre en février, et souligne l'importance d'un travail en phase avec la communauté hospitalière.

