

SÉANCE PLÉNIÈRE 3

Indicateurs nationaux de l'infection
associée aux soinsPLO5 - LES LECONS DU PROGRAMME 2005-2008
ET DES INDICATEURS NATIONAUX

GRANDBASTIEN B.

SGRIVi, CHRU, Lille

En France, la lutte contre les infections nosocomiales (IN) est organisée selon des axes déterminés dans des programmes quinquennaux. Le programme 2005-2008 vient de s'achever et il est tentant d'en faire le bilan, même si ses résultats définitifs ne seront connus qu'à la fin de cette année.

Ce programme national était articulé autour de cinq axes fondateurs : 1) Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les IN 2) Améliorer l'organisation des soins et les pratiques professionnelles 3) Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des IN 4) Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins et 5) Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN. Pour chacun de ces axes, un ou des objectifs quantifiés étaient fixés et des outils d'évaluation mis en place, dont le plus spectaculaire a été le tableau de bord de l'activité et de la performance des établissements de santé en matière de lutte contre les IN.

Pour partie, ces objectifs relevaient de la politique nationale de lutte contre les IN, de surveillance ou de renforcement de la recherche. Mais ces objectifs étaient en grande partie également déclinables dans chaque établissement de santé et pouvaient alors servir d'outil de pilotage d'une politique locale de prévention et de lutte contre les IN. Cette démarche planifiée s'est également inscrite dans un paysage prenant de plus en plus en compte la dimension « prévention des risques » dont le risque infectieux (certification des établissements de santé, accréditation des praticiens dans les spécialités à risque, ...). De nombreuses actions ont été menées ou initiées ; elles n'ont pas toutes abouti et ce bilan, qui ne sera arrêté que fin 2009, n'est qu'une étape dans le mouvement d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins face aux risques infectieux associés aux soins.

L'organisation des établissements était un des axes fondateurs de programme 2005-2008 ; en appui opérationnel du CLIN (ou son « équivalent »), la consolidation des équipes opérationnelles en hygiène hospitalière (EOHH) en est le pivot, ainsi que la création et l'animation de réseaux de correspondants dans les unités. Les rapports des activités de lutte contre les IN rendus annuellement par les établissements témoignent d'une amélioration nette de la situation, avec un maillage du terrain de plus en plus serré par les professionnels de l'hygiène, médicaux et paramédicaux. Cependant, l'existence de toutes petites EOHH, avec un temps dédié très modeste (en particulier pour le temps médical) ou des réseaux dont la dynamique reste à amplifier, limite l'efficacité de

ce maillage. Au niveau régional et interrégional, les Cclins, avec leurs antennes régionales (ARLINS) se sont très largement développés apportant une aide aux établissements, en particulier lors de situations épidémiques. Au niveau national, le pilotage de la politique de lutte contre les IN (GroupiLIN) ainsi que l'expertise dans ce champ (CTINILS, rattaché comme un groupe de travail auprès Haut Conseil de la santé publique, puis évoluant en une commission spécialisée « Sécurité des patients ») ont complété le dispositif national.

L'organisation des soins et des pratiques professionnelles repose sur les organisations mises en place, mais aussi sur une politique d'évaluation (audit « hygiène des mains » en 2006, « préparation cutanée de l'opéré » en 2007, ...), elle-même basée sur l'élaboration ou l'actualisation et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques sous l'autorité des pouvoirs publics, des sociétés savantes, du CTINILS et de la Haute Autorité de Santé. Un Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) a été créé, rapprochant les cinq Cclins avec une participation de la HAS pour aider les établissements à développer cette culture d'évaluation. Des actions phares ont été menées comme la journée nationale « Hygiène des mains » en mai 2008, ciblant la mesure princeps de prévention des IN, en écho au défi mondial pour la sécurité des soins.

L'optimisation de la surveillance et du signalement a été une priorité des Cclins avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) ; Le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin), associant les cinq Cclins et l'InVS a été le moteur de cette démarche. Il a piloté la plus grande enquête de prévalence au monde (plus de 350 000 patients) et anime des réseaux d'incidence ralliant très largement les établissements (infections de site opératoire, bactéries multi-résistantes aux antibiotiques, ...). Toutes ces enquêtes témoignent d'une baisse objective de la fréquence des IN. Le signalement de certaines IN, réglementaire depuis 2001, mobilise largement les ARLINS pour l'investigation et l'accompagnement des établissements. Cette procédure de signalement a permis d'identifier des risques nouveaux (transmission du VHC au décours de procédures d'anesthésie, ...), de suivre des « crises » régionales (Infections à *Clostridium difficile*, ...).

L'information des patients autour des risques, en particulier infectieux, est inscrit dans la Loi (Loi du 4 mars 2002). De nombreux outils ont été développés et largement utilisés (livret d'accueil, dossiers de presse nationaux et parfois régionaux, ...).

L'action la plus visible dans ce domaine a été la mise à disposition du public du tableau de bord de la lutte contre les IN de chaque établissement ; en effet, l'affichage public des scores ICALIN, puis ICSHA, SURVISO, enfin ICATB a permis la médiatisation des actions de lutte contre les IN et une transparence accrue dans un contexte autre que celui d'une crise sanitaire. Sur tous ces indicateurs suivis année après année, une amélioration a été observée. Pour la dernière campagne, un premier indicateur de résultat portant sur les taux d'infection a été rendu public ; il s'agit d'un taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la métilicine (SARM). L'interprétation de ces indicateurs reste cependant encore complexe pour le public comme pour beaucoup de professionnels ; par exemple, aucune méthode consensuelle n'a pu être trouvée pour rendre compte du niveau de risque d'infection de site opératoire, du fait de la complexité, la lourdeur, voire de l'efficacité d'une surveillance généralisée et de la complexité à en analyser les données dans une logique comparative (l'ANAES avait identifié ces difficultés dès 2003).

Le développement de la recherche est un des piliers d'une politique de lutte contre les IN ; les résultats d'une telle politique volontariste restent cependant difficiles à évaluer et sont peu lisibles à aussi court terme. De nombreuses actions ont ainsi été initiées, au travers par exemple du PREQHOS ou du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) qui affiche depuis plusieurs années un axe thématique « infections nosocomiales ». Depuis plus de vingt ans, les établissements se sont largement appropriés le thème de l'hygiène hospitalière en tant que témoin des actions menées pour la qualité des soins. Cette démarche a été amplifiée par l'affichage d'une volonté politique forte des autorités sanitaires. Si beaucoup de chemin a été parcouru, il reste des zones d'ombre (généralisation de la lutte contre les IN, information à la fois la plus intelligible et la plus pertinente possible à destination des usagers, ...). De plus, de nouveaux défis se profilent avec des émergences ou réémergences (bactéries multi-résistantes, coqueluche, ...) et il apparaît indispensable de prolonger cette dynamique.

PLO6 - BILAN DES INDICATEURS NATIONAUX DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

PARNEIX P.

Bordeaux

Avec la publication des résultats 2007 du tableau de bord des infections nosocomiales nous avons vécu le quatrième affichage public de la performance en moins de trois ans avec une volonté politique toujours très affirmée de l'accompagner et d'ancrer cette pratique dans le paysage sanitaire français. Les consultations régionales organisées en 2008 par le Ministère ont montré que si ce sujet suscite toujours de nombreux débats chez les hygiénistes, ces derniers ont intégré le tableau de bord dans leur paysage et cherchent désormais à contribuer à le rendre plus en phase avec leurs besoins et leurs visions de la mesure de la performance.

ADAPTER LES INDICATEURS SELON LES STRUCTURES

Au niveau national le Comité d'Orientation du tableau de bord a continué son travail d'expertise et de conseil auprès du Ministère de la santé, et en lien avec le Groupilin, pour poursuivre l'implantation du Tableau de bord et préparer son évolution. En effet si l'affichage des données 2009 se fera sur la base de la méthodologie actuelle celui de 2010 devrait voir la mise en œuvre de la deuxième génération du tableau de bord. Et qui dit 2010 sous-tend des outils prêts fin 2009 donc dans un avenir qui se construit en ce moment activement. Dans la logique de la prochaine loi Hôpital patient santé territoire il est apparu nécessaire d'adapter encore mieux les indicateurs à la typologie des établissements. Pour ce faire le Ministère a mis en œuvre d'importantes études, dont la réalisation a été confiée à des CCLIN et ARLIN volontaires, pour étudier les spécificités de certaines catégories d'établissements (MECSS, HAD, Psychiatrie, SSR, Dialyse). Il s'agit à chaque fois de mieux décrire l'activité et le niveau de risque infectieux de ces structures, de vérifier si leurs composants sont suffisamment homogènes pour être regroupés et surtout de

réfléchir à la pertinence des indicateurs qui leur sont appliqués. Des groupes de travail puis un questionnaire national, adressé à chaque établissement de la catégorie concernée, devraient permettre d'adapter la structure d'ICALIN en la déclinant de façon spécifique voire de faire émerger de nouveaux indicateurs non envisagés jusque là. Les groupes de travail doivent rendre leur rapport avant l'été 2009. Bien entendu pour les autres établissements la génération 2 de l'ICALIN devra aussi évoluer et prendre en compte ce qui n'avait pu l'être au départ comme par exemple les ratios effectifs des EOHH réclamés fortement par nos collègues.

Le Ministère venant de publier un ambitieux programme 2009-2012 de prévention des infections associées aux soins et nosocomiales, le prochain tableau de bord aura évidemment vocation à s'adapter à son contenu pour y intégrer les indicateurs locaux définis à cette occasion.

FAIRE UNE PLACE AUX INDICATEURS DE RESULTATS

Tout le monde a en tête, je pense, le discours sur la santé de notre Président de la République le 18 septembre 2008 à Bletterans dont je ne citerai qu'un court extrait : « A l'hôpital je souhaite que chaque établissement analyse avec attention les causes des accidents liés aux soins prodigués en son sein. Pour accélérer le mouvement, il faut que soient rendus publics, pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infections. Je veux des résultats concrets. ». Le résultat direct de cette implication politique au plus haut niveau de l'état a été la publication en 2008 du premier indicateur de résultat sous la forme d'un taux de SARM triennal pour les catégories d'établissement pour lesquels les experts ont jugé qu'il avait un sens. Il s'agit là d'un premier état

des lieux mesuré sur une période longue mais nécessaire pour atténuer le phénomène de fluctuation annuel du taux de SARM. Dans le futur sa tendance évolutive pourra et devra être appréhendée en complément sous des modalités et une périodicité qui font encore débat.

La maîtrise des SARM et delà des BMR étant un des grands axes du futur programme national, il est évident que cet indicateur de résultat devra aussi être complété au travers d'un indicateur de moyen mesurant la mise en œuvre des recommandations nationales dans ce domaine pour lequel la contribution des recommandations d'experts de la SFHH est évidemment très attendue. Le groupe SARM, animé par Vincent Jarlier, a déjà commencé à tracer les contours de ce futur indicateur, qu'il soit au final individualisé ou intégré dans un indicateur plus global et multidimensionnel.

Au-delà du taux de SARM la problématique des indicateurs de résultats, que certains craignent et que d'autres réclament au sein des établissements, reste posée (taux d'ISO, de bactériémies...) et sera à nouveau soumise prochainement n'en doutons pas à la sagacité des experts nationaux dont ceux du Haut Conseil de Santé Publique. Le programme national de LIN 2009-2012 s'est doté lui-même d'indicateurs de résultats non plus individuels mais collectifs qui ont pour vocation d'être un moteur pour les années à venir et peuvent constituer une étape vers des indicateurs plus individuels de résultats. Quoi qu'il en soit faire baisser de 25% les bactériémies sur CVC en réanimation, les ISO dans certaines chirurgies, l'incidence des AES et l'incidence des SARM et limiter la résistance des ERG à 1% sont des objectifs qui vont nécessiter de nouvelles approches de la prévention pour atteindre ce gain additionnel significatif. Certains pourront les juger déraisonnables, d'autres y verront un challenge passionnant mais force est de constater que beaucoup de pays dont les USA orientent leur philosophie dans ce sens autour des projets de sécurité des soins et des patients.

RENFORCER LA PERTINENCE DES INDICATEURS

Tout indicateur à des limites dont certaines doivent être acceptées même s'il faut chercher à les minimiser. L'indicateur SURVISO, pour le moins rustique dans sa première version, a permis pourtant de faire progresser nettement la couverture de la surveillance des ISO en France. Toutefois il apparaît logique maintenant de l'affiner et de permettre de reconnaître de façon différentielle le niveau d'investissement de chaque structure dans la surveillance et de les guider mieux dans la pertinence des méthodes à mettre en œuvre. Il doit aussi intégrer d'autres composante de la gestion du risque infectieux comme les analyses approfondies des causes que l'on doit réaliser à l'occasion de certaines infections graves ayant un potentiel d'évitabilité. Les contours de ce futur indicateur ont déjà bien été brossés par le groupe de travail animé par Pascal Astagneau.

Un autre challenge du tableau de bord de deuxième génération réside dans l'évolution d'ICSHA. Si son principe était consensuel parmi les experts, et ses résultats très attendus par les usagers, le transformer en indicateur dynamique et aboutir à un objectif personnalisé ont été plus complexe. Le travail s'est basée sur une démarche raisonnée et pragmatique et force est de constater que l'arrivée d'ICSHA a permis de lancer vraiment l'usage prioritaire

des SHA de façon généralisée ouvrant même la voie à une journée nationale en 2008, puis mondiale en 2009, sur la désinfection des mains portée par le Ministre de la Santé en personne. Toutefois tout le monde s'accorde sur le fait que les objectifs fixés ne pouvaient constituer qu'une première étape de la démarche. Pour y voir plus clair encore sur le sujet le Ministère de la Santé a commandé deux grandes études sur les opportunités d'hygiène des mains afin de contribuer à redéfinir les standards de notre indicateur. La première est une analyse bibliographique qui a été menée par Guillaume Kac et la seconde une étude d'observation déclinée dans les grandes disciplines et confiée à la société U44. A l'évidence ces deux études vont apporter une contribution forte à la réflexion sur le sujet. Elles vont nous aider non seulement à redéfinir les standards, qui devront être revus à la hausse comme on s'y attendait mais aussi repenser le concept d'opportunités dont on mesure la variabilité au niveau national et international et qui est pourtant au cœur de la stratégie d'hygiène des mains. Bien entendu l'avancée vers l'idéal devra se faire par étapes pour garder un rôle moteur et incitatif à l'indicateur. C'est le rôle du groupe de travail animé par Daniel Zaro-Goni de proposer la nouvelle stratégie. En parallèle se groupe a initié aussi une réflexion et une étude sur le volume moyen standard d'une friction défini à 3 ml pour le moment. Les concepts de la désinfection des mains et la normalisation évoluent rapidement et la dose moyenne utilisée est souvent inférieur à ce volume. Entre un idéal qui serait de décliner la dose par produit et la nécessaire standardisation requise par un indicateur le groupe devra proposer sa vision de cette évolution qui peut impacter au-delà de l'indicateur le choix des produits au sein d'un établissement de santé.

ICATB est l'indicateur le plus jeune mais pour autant le groupe animé par Michel Dupon ne perd pas de vue la nécessité de le faire évoluer. Fort de deux années de résultats ce groupe va pouvoir réfléchir avec des données plus dynamiques. Intégrer les évolutions du référentiel HAS paraît nécessaire mais au-delà il reste de nombreuses questions comme celle de la pertinence de l'utilisation de l'indicateur de résultat que serait la consommation en DDJ. Pour le moment l'indicateur reste le porteur de la généralisation de cette surveillance standardisée qui est une première étape nécessaire et un moteur pour la promotion du bon usage des antibiotiques en relation avec les autres instances nationales concernées par le sujet.

D'autres réflexions ont démarré notamment sur les systèmes de classement de la performance avec au moins à résoudre le syndrome de « la classe C sans fin » à juste titre souligné par nombre d'entres vous. Le chantier est donc immense mais passionnant et le temps impartis comme toujours trop court. Ce projet reste avant tout un projet collectif qui doit accompagner le programme national mais aussi être porté par les professionnels et les usagers. Par ailleurs dans le cadre du nouveau plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins une nouvelle organisation de la production et du suivi des indicateurs nationaux sera mise en place tenant compte de la nouvelle donne issue de ce document.

Pierre Parneix
pierre.parneix@chu-bordeaux.fr