

INDICATEURS DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DÉFINITION, CONSTRUCTION, CHOIX ET UTILISATION

Dr BERTHELOT P., Dr KEITA-PERSE O.

Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. Dans le domaine de la santé, 4 types d'indicateurs peuvent être utilisés : d'activité, de ressources, de processus et de résultats. Les qualités nécessaires d'un indicateur sont les suivantes : être simple (facile à définir, recueillir), acceptable (crédible, compréhensible), pertinent (priorité pour les utilisateurs, permettre de mesurer un impact), et satisfaisant à des qualités métrologiques (reproductible, robuste, valide, sensible et spécifique). Un indicateur n'a de sens qu'accompagné de ses éléments d'interprétation, notamment les critères précis de sa définition et le contexte de sa mise en œuvre¹.

La surveillance épidémiologique associe le recueil, l'analyse et l'interprétation en continu et de façon systématique de données spécifiques à propos d'un événement de santé. Ces données sont essentielles à la planification, la mise en place et l'évaluation d'une action de santé publique (contrôle et prévention)^{2,3}. La surveillance est l'un des critères figurant dans les référentiels de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) pour la démarche d'accréditation (Manuel d'Accréditation février 1999). L'Organisation Mondiale de la Santé a proposé de sélectionner les maladies infectieuses à surveiller à un niveau national selon les réponses aux questions suivantes⁴ :

- 1 - Est-ce que cette maladie entraîne une morbidité et une mortalité importantes ?
- 2 - Est-ce que cette maladie a un potentiel épidémique ?
- 3 - Est-ce que cette maladie fait l'objet d'un programme spécifique de contrôle (niveau régional, national, international) ?
- 4 - Est-ce que l'information collectée est utile à la réalisation d'actions de santé publique ?

A ce titre, la surveillance des infections nosocomiales (IN) peut produire des données utilisables pour constituer un indicateur. Elle permet notamment d'évaluer la mise en place, depuis plusieurs années en France, de moyens et d'actions de prévention au niveau des établissements de santé. La démarche de constitution d'un tableau de bord des IN a débuté en mars 2003 par une saisine du Pr. Mattei, alors ministre de la santé, qui a commandité le choix d'indicateurs de surveillance des IN. Après constitution d'un groupe d'experts, coordonné par le Dr JC Lucet, les indicateurs ont été discutés et choisis selon une méthode type Delphi similaire à celle utilisée lors de la réalisation de conférence de consensus. Les indicateurs retenus après 3 tours de cotation ont été les suivants : surveillance des infections du site opératoire (ISO), taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) sur des prélèvements à visée clinique après dédoublement rapporté à 1000 jours d'hospitalisation, un indicateur composite issu des rapports d'activité annuels des CLIN et la consommation de solutions hydro-alcooliques (SHA) en litres par an rapporté à 1000 jours d'hospitalisation⁵ ; auxquels a été ajouté un indicateur sur la surveillance de la consommation des antibiotiques (D. Guillemot). Ces choix sont différents de ceux réalisés par des pays voisins comme l'Angleterre et différents également de ceux proposés très récem-

ment⁶ par un consensus de l'Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).

Une fois les indicateurs choisis, un débat s'est instauré sur leur utilisation, leur caractère obligatoire et réglementaire et non plus volontaire dans le cas particulier de la surveillance des ISO et surtout sur leur éventuel « affichage » pour l'information des professionnels mais aussi des usagers.

L'utilisation de ces indicateurs à visée décisionnelle suppose de tenir compte de leurs limites et de leurs insuffisances. De plus, il n'existe actuellement pas de recul ni de preuve scientifiques suffisants sur l'utilisation de ces indicateurs⁷. Il faut également valider la métrologie et la fiabilité de la méthodologie de recueil de ces indicateurs. Dans ce but, une étude de faisabilité de la mise en place des indicateurs est réalisée dans 36 établissements de santé français volontaires dans le cadre du projet COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière).

Les éléments constituant le tableau de bord des IN sont des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats. Ces 2 types d'indicateurs ne répondent pas aux mêmes objectifs et ne posent pas les mêmes problèmes d'interprétation. A titre d'exemple, le suivi de la dispensation des SHA est un indicateur de processus qui a pour objectif indirect (mesure intermédiaire) d'apprécier la fréquence des désinfections des mains des professionnels de santé. Une augmentation de cette consommation conduit à penser que la prévention de la transmission croisée des micro-organismes transmis par voie manuportée est optimisée. Cet indicateur de processus permet d'estimer indirectement l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations d'hygiène des mains. C'est pourquoi ces indicateurs de processus sont largement utilisés aux États-Unis, notamment dans des programmes de développement de la qualité.

En revanche, les indicateurs de résultats sont beaucoup plus difficiles à manier. A titre d'exemple, la surveillance des ISO est un indicateur de résultat posant le double problème de sa capacité à refléter la réalité des actions en hygiène entreprises et celui de son utilisation sans facteurs explicatifs. Inversement, pour une institution, évaluer son taux d'ISO sur des interventions ciblées à faible risque de complication infectieuse et s'assurer que ce taux se situe dans les standards établis relève d'un souci d'auto-évaluation, d'information et de transparence vis à vis des usagers.

Bien que les Centers for Diseases d'Atlanta ont démontré la difficulté des comparaisons inter-hôpitaux et leurs limites y compris avec des techniques d'ajustement⁸ la tentation de comparer les établissements entre eux est et sera forte, que ce soit par les autorités sanitaires, les usagers ou les médias. Il existe également un risque que certains établissements dans l'optique de maintenir de « bons résultats » de leurs indicateurs refusent de prendre en charge des patients à haut risque d'infections nosocomiales. Ces différents points seront discutés lors de la présentation orale.

REFÉRENCES

- 1 - Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. *ANAES; Mai 2002*
- 2 - Center for Diseases Control. Guidelines for evaluating surveillance systems. *MMWR 1988; 37(S-5): 1-18*
- 3 - Center for Diseases Control: Case definitions for public health surveillance. *MMWR 1990: 39 (RR-13): 1-43*
- 4 - WHO recommended surveillance standard 1997 : 6-7.
- 5 - Recommandations pour la mise en oeuvre d'un tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de chaque établissement de santé français. *Institut de Veille Sanitaire Février 2004.*
- 6 - Guidance on Public Reporting of healthcare-associated infections. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Feb. 2005
- 7 - Wong ES, Rupp ME, Mermel L, Perl TM, Bradley S, Ramsey KM, Ostrowsky B, Valenti AJ, Jernigan AJ, Voss A, Trapper ML. Public disclosure of health-care associated infections: the role of the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol 2005; 26: 210-2.*
- 8 - Keita-Perse O, Gaynes R.P. Surveillance and its impact in Nosocomial Pneumonia 2000, William R Jarvis editor, *Lung Biology in Health and Disease, Volume 150 : 39-52*