

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2009-2010

4 MEI 2010

Voorstel van resolutie inzake kwaliteitslabels voor ziekenhuizen die nosocomiale infecties onder controle weten te houden

(Ingediend door de heer Louis Ide)

TOELICHTING

De jongste jaren zijn er heel wat inspanningen geleverd op het vlak van ziekenhuishygiëne. Dit werpt zijn vruchten af. Als het goed is mag het ook gezegd worden. Een aantal mensen achter de schermen hebben steevast gehamerd op het belang van ziekenhuishygiëne en het beleid in het algemeen heeft zich daarnaar geschikt.

Helaas, voor het publiek is ziekenhuishygiëne synoniem met de ziekenhuisbacterie.

Dé ziekenhuisbacterie bestaat echter niet. Er zijn wel veel bacteriën met een zekere resistentie tegen antibiotica die verworven worden in het ziekenhuis, maar ziekenhuisbacteriën an sich bestaan niet. Het publiek verwijst nochtans vaak naar de MRSA als zijnde «de ziekenhuisbacterie». Ook *Test-Aankoop* zondigt op die manier tegen de wetenschap. Zij vulgariseren het debat over de nosocomiale infecties terwijl dit echter zeer complex is (1). Ze weten immers dat dit thema gevoelig ligt bij de bevolking, en terecht. Patiënten hebben het recht te weten waar ze aan toe zijn, maar dit alleen op een wetenschappelijke en verantwoorde manier. Maar ook bepaalde academici kiezen ervoor om — tegen elke nuance in — paniek te zaaien bij de bevolking, alsof er jaarlijks een nieuwe superresistente bacterie moet opduiken, toevallig

(1) M. Van Hecke en R. Sas. «Aandacht mag niet verslappen», *Test Gezondheid*, nr. 93, oktober/november 2009.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2009-2010

4 MAI 2010

Proposition de résolution visant à instaurer un label de qualité pour les hôpitaux qui parviennent à maintenir les infections nosocomiales sous contrôle

(Déposée par M. Louis Ide)

DÉVELOPPEMENTS

Au cours des dernières années, des efforts considérables ont été déployés dans le domaine de l'hygiène hospitalière, et nous en recueillons aujourd'hui les fruits. Les progrès réalisés méritent aussi qu'on s'y attarde. D'aucuns n'ont eu de cesse d'insister en coulisses sur l'importance de l'hygiène hospitalière et les hôpitaux ont généralement adapté leur politique en conséquence.

Malheureusement, le grand public assimile souvent l'hygiène hospitalière aux bactéries nosocomiales.

Or, il n'existe pas de bactéries nosocomiales à proprement parler. Si de nombreux patients ont contracté à l'hôpital des bactéries offrant une certaine résistance aux antibiotiques, il n'en demeure pas moins que, dans l'absolu, les bactéries nosocomiales n'existent pas. Pourtant, le public cite souvent le SARM comme étant «la bactérie des hôpitaux». L'association de consommateurs *Test Achats* pêche de la même manière contre la science en vulgarisant le débat sur les infections nosocomiales, alors que celui-ci est d'une très grande complexité (1). Il est vrai qu'elle sait combien ce thème est cher à la population, et à juste titre. Les patients ont le droit de savoir où ils en sont, mais le diagnostic ne doit reposer que sur des bases scientifiques et fondées. Pourtant, certains universitaires choisissent également de semer la panique parmi la

(1) M. Van Hecke et R. Sas «Infections nosocomiales : vigilance de rigueur !», *Test Santé*, n° 93, octobre/novembre 2009.

wanneer het Europees congres inzake microbiologie en infectiologie georganiseerd wordt (1).

Mij gaat het om patiënten. Wat kunnen wij doen zodat patiënten een beter inzicht krijgen in de infecties verworven in het ziekenhuis?

Bekijken we de strijd tegen de MRSA dan wordt deze gevoerd door dekolonisatie van de patiënten, rationeel antibioticagebruik, opsporen (screenen) van patiënten en *last but not least*: handhygiëne (2).

Nu wil voornamelijk *Test-Aankoop* de individuele gegevens per ziekenhuis te weten komen inzake de toepassing van de handhygiëne, een campagne die georganiseerd wordt in de schoot van het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid, waarbij elk ziekenhuis, bij middel van een soort interne audit de toepassing van de handhygiëne berekent. Voor *Test-Aankoop* is dit de basis om te kunnen oordelen of een ziekenhuis handhygiëne toepast of niet. Dit is echter niet het geval. Doch *Test-Aankoop* is niet de enige die de bal mislaat. Zelfs collega's artsensenatoren pleiten voor de publicatie van alle gegevens op het internet (3). Ze doen dit uit onwetendheid. De infectiecontrole in instellingen is van dergelijk specialistische aard dat men er goed moet in thuis zijn om de impact in te schatten van bepaalde maatregelen. Men moet ook goed beseffen waarmee men bezig is alvorens men vulgariserend, doch op wetenschappelijk verantwoorde wijze, de bevolking kan inlichten. Het feit dat *Test-Aankoop* en enkele collegae de bal mis slaan, toont toch aan hoe complex de materie is en hoe men dus omzichtig tewerk moet gaan. Het is wel hun verdienste dat ze hiermee een signaal geven.

(1) Ide Louis, Lootens Jo, Thibo Patrick «The nose is not the only relevant screening site», *Clinical Microbiology and Infection*, 2009, 15: 1192-1193.

(2) Beslissing nr. 2009-5 van 15 oktober 2009, federale beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie.

(3) Voorstel van resolutie tot invoering van een jaarlijkse publicatie via internet van scoretabellen betreffende infecties in ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen, ingediend door mevrouw Lieve Van Ermen en de heer Patrik Vankrunkelsven, stuk Senaat nr. 4-1154/1.

population, sans formuler la moindre nuance, en annonçant, précisément au moment où se tient le congrès européen de microbiologie et d'infectiologie, qu'il faut s'attendre à l'apparition d'une nouvelle bactérie multirésistante chaque année (1).

Ce qui m'importe, ce sont les patients. Que pouvons-nous faire pour améliorer leur perception des infections contractées à l'hôpital?

Nous constatons que la lutte contre le SARM se mène sur plusieurs fronts: la décolonisation des patients, l'utilisation rationnelle d'antibiotiques, le dépistage des patients et, *last but not least*, l'hygiène des mains (2).

Actuellement, *Test Achats* monte au créneau pour réclamer les données individualisées par hôpital en ce qui concerne la mise en œuvre de la campagne sur l'hygiène des mains, menée au sein de l'Institut scientifique de la Santé publique, dans le cadre de laquelle chaque hôpital évalue l'application de l'hygiène des mains à l'aide d'une sorte d'audit interne. Pour *Test Achats*, ces données permettraient d'évaluer comment chaque hôpital respecte les recommandations en matière d'hygiène des mains. Or, il n'en est rien. Mais *Test Achats* n'est pas la seule à faire fausse route. Même des confrères médecins-sénateurs plaident pour la publication de toutes les données sur l'Internet (3). Ils le font par ignorance. Dans les établissements hospitaliers, le contrôle infectieux est d'une telle technicité qu'il faut être un véritable expert pour pouvoir évaluer l'impact de certaines mesures. Il faut aussi bien maîtriser le dossier pour pouvoir informer la population dans un langage à la fois accessible et étayé scientifiquement. L'erreur commise par *Test Achats* et certains confrères illustre néanmoins la grande complexité de la matière et la nécessité d'agir avec circonspection. Ils ont en tout cas le mérite de lancer un avertissement.

(1) Ide Louis, Lootens Jo, Thibo Patrick «The nose is not the only relevant screening site», *Clinical Microbiology and Infection*, 2009, 15: 1192-1193.

(2) Décision n° 2009-5 du 15 octobre 2009, Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales.

(3) Proposition de résolution instaurant une publication annuelle sur Internet de tableaux de bord des infections nosocomiales dans les hôpitaux et maisons de repos et de soins, déposée par Lieve Van Ermen et Patrik Vankrunkelsven, doc. Sénat, n° 4-1154/1.

In het geval van de handhygiëncampagne bijvoorbeeld, weet elke ziekenhuishygiënist dat men streng kan beoordelen in de audit en ook soepel. Tegelijk weet elke ziekenhuishygiënist dat de score van secundair belang is, maar dat het belang van deze audit hem in de sensibilisering zit van de zorgverstrekkers.

Het gaat niet om die cijfers, het gaat erom dat de attitude van de zorgverstrekkers verandert door te werken met affiches, bijscholing en audits, De cijfers inzake het respecteren van handhygiëne zijn wetenschappelijk waardeloos, maar ze sensibiliseren de zorgverstrekkers tot een betere attitude.

Straks zal men ook de cijfers van de MRSA per ziekenhuis opvragen. Ik kan dan ook voorspellen wat er gaat gebeuren. De ziekenhuizen die goed werken en jaar na jaar hun aantal MRSA's zien dalen omdat al hun campagnes vruchten afwerpen en daarom nog meer en harder gaan zoeken naar MRSA (en zo weer « slechtere » cijfers halen, want ze zoeken ze echt op) zullen gebrandmerkt worden als « vuil ziekenhuis ». Ziekenhuizen die niet screenen, vinden geen MRSA en zijn dan een « proper ziekenhuis »? Dit is ware struisvogelpolitiek.

Ik kan spreken uit ervaring: 80% van de MRSA's die ik vind in het ziekenhuis zijn import MRSA's en dus niet verworven in het ziekenhuis (1). Wellicht is dit nog onderschat omdat tijdens weekends en feestdagen soms niet onmiddellijk gescreend wordt. En dus bijgevolg wordt een MRSA, gevonden 48 uur na opname, automatisch gecatalogeerd als « verworven in het ziekenhuis ». We screenen, in ons ziekenhuis, zowel neus, keel als perineum om zoveel mogelijk MRSA-dragers te vinden; zijn we dan een slechter ziekenhuis dan een ziekenhuis waar er minder MRSA is omdat er niet naar gezocht wordt?

En wie gaat bepalen of het ziekenhuis dat een bepaalde doelpopulatie screent, maar dan én de neus én de keel én het perineum screent van deze doelpopulatie, slechter bezig is dan het ziekenhuis dat een ieder screent, maar dan enkel de neus. Het is immers geweten dat als je 100 MRSA-patiënten hebt en je screent én neus én keel én perineum je 99 van de 100 patiënten vindt. Tegelijk, zoek je alleen naar MRSA in de neus bij diezelfde 100 patiënten dan vind je slechts 60% van de patiënten. Ook is het goed om weten dat bepaalde ziekenhuizen die te maken hebben met veel zware pathologieën « meer recht hebben op meer ziekenhuisinfecties ». Als bijvoorbeeld een orthopedist veel verwijzingen krijgt van patiënten die een infectie opliepen tijdens het plaatsen van een heupprothese en

Dans le cas de la campagne pour l'hygiène des mains, par exemple, tout spécialiste de l'hygiène hospitalière sait que l'évaluation effectuée dans le cadre de l'audit peut être basée sur des critères plus ou moins sévères. En même temps, il sait que le score n'est pas primordial, et que l'intérêt d'un tel audit réside plutôt dans la sensibilisation des prestataires de soins.

Ces chiffres ne sont pas fondamentaux; l'essentiel est plutôt de faire évoluer l'attitude des prestataires de soins au moyen de campagnes d'affichage, de recyclages, d'audits, etc. D'un point de vue scientifique, les chiffres relatifs au respect de l'hygiène des mains sont sans valeur, mais ils incitent les prestataires de soins à adopter une meilleure attitude.

Bientôt, l'on demandera également de publier les chiffres du SARM pour chaque hôpital. On sait d'ores et déjà où cela nous mènera. Les hôpitaux qui respecteront les recommandations à la lettre et verront leur nombre de SARM diminuer d'année en année parce que toutes leurs campagnes auront été bénéfiques, continueront à les rechercher avec plus de zèle encore (mais obtiendront à nouveau de « mauvais chiffres » à force de les traquer) et seront en fin de compte catégorisés parmi les « hôpitaux sales ». Cela signifie-t-il que les hôpitaux qui n'effectueront pas de dépistages, et ne trouveront donc pas de SARM, pourront être qualifiés d'hôpitaux propres? C'est ce qu'on appelle une véritable politique de l'autruche.

Je parle par expérience: 80% des SARM que j'identifie à l'hôpital sont importés: ils n'ont donc pas été contractés à l'hôpital (1). Ce pourcentage est même peut-être sous-estimé étant donné qu'il n'y a parfois pas de dépistage immédiat pendant les week-ends et les jours fériés. Autrement dit, un SARM dépisté 48 heures après l'admission est automatiquement considéré comme « contracté à l'hôpital ». Dans notre hôpital, nous testons à la fois le nez, la gorge et le périnée afin d'identifier un maximum de porteurs du SARM. Sommes-nous alors un moins bon hôpital que celui qui recense moins de SARM à défaut de les dépister?

Et pourra-t-on dire qu'un hôpital qui effectue un dépistage sur une population cible déterminée en testant à la fois le nez, la gorge et le périnée, obtient de moins bons résultats qu'un hôpital qui dépiste tous ses patients, mais uniquement au niveau du nez? L'on sait en effet que lorsque le dépistage porte simultanément sur le nez, la gorge et le périnée, on identifie 99% des patients SARM. En revanche, un dépistage effectué sur ce même échantillon de 100 patients et basé exclusivement sur le nez ne permet d'identifier que 60% des patients SARM. Il faut savoir également que certains hôpitaux qui sont confrontés à de nombreuses pathologies lourdes paient un plus lourd tribut en infections nosocomiales. Ainsi, si l'on renvoie vers un orthopédiste de nombreux patients ayant contracté une

(1) *Clinical Microbiology & Infection*: 2006; 12, 1154-1162.

(1) *Clinical Microbiology & Infection*: 2006; 12, 1154-1162.

hij dit verhelpt, dan kan deze infectie toch niet op het conto van deze orthopedist komen, ook al werd dit gedetecteerd in zijn ziekenhuis?

Infectiecontrole en het zoeken naar bepaalde bacteriën verworven in het ziekenhuis (en alles dat daarbij komt kijken) is namelijk een soort van risicomanagement. Zeker in onze contreien waar nog zeer veel MRSA voorkomt. In Nederland is dat anders, daar komt haast geen MRSA voor en hanteert men een heel andere strategie: «*search & destroy*» (1). Of cynisch gesteld «*search and send to Belgium*» zoals mocht blijken na de vuurwerkramp in Enschede.

Test-Aankoop en een aantal collega's artsen-senatoren willen alle gegevens publiek maken. *Public disclosure* heet dat in het jargon. Welnu eigenlijk doen wij dat al, ik publiceer onze screeningscijfers in een internationaal medisch tijdschrift met dus de nodige wetenschappelijke nuance. Maar waar *Test-Aankoop* op aanstuurt is het vergelijk van ziekenhuizen zoals ze verschillende soorten salami vergelijken. Ik ben op de hoogte dat de Federale Beroepscommissie voor toegang tot milieu-informatie mijn redenering volgt en niet deze van *Test-Aankoop*. Daarom dat *Test-Aankoop* zijn gram tracht te halen voor de rechtbank? (2)

Toch wil ik *Test-Aankoop* en de collega-senatoren niet met pek en veren beladen. Ze geven zoals ik al stelde een signaal. Ze stellen een diagnose, maar hun therapie klopt niet. Met deze resolutie wil ik een adequate therapie aanreiken, want de patiënt heeft vanzelfsprekend recht op goede kwalitatieve zorg. Een goed uitgebouwde ziekenhuishygiëne maakt daar deel van uit.

Daarom moet men ernaar streven een kwaliteitslabel toe te kennen aan ziekenhuizen die voldoen aan de bepaalde te halen normen. Via een externe audit of doorlichting zouden auditoren, met kennis ter zake en ervaring in het veld, in de schoot van het platform ziekenhuishygiëne kunnen oordelen of er een goed antibioticabeleid is in een ziekenhuis, dat de handhygiëne zeer goed wordt toegepast, dat men veel in het werk stelt om patiënten te decontamineren, dat men voldoende opleiding geeft, dat men de epidemiologie van de MRSA, ESBL, CD, ... bijhoudt, dat men voldoende sensibiliseringscampagnes heeft, dat men goede cijfers haalt, Op dat moment zou naar analogie van het «babyvriendelijk ziekenhuis» een ziekenhuis een label kunnen krijgen voor een bepaalde periode. Op dat moment weet de patiënt ook dat hij of

infectie lors de la pose d'une prothèse de la hanche et que celui-ci accepte de les prendre en charge, on ne peut quand même pas lui imputer ces infections, quand bien même auraient-elles été détectées dans son hôpital.

Il est vrai que l'on peut assimiler à une gestion de risque le contrôle des infections et la recherche de certaines bactéries contractées à l'hôpital (et tout ce qui s'en rapproche). C'est d'autant plus vrai dans nos contrées où l'on rencontre encore un très grand nombre de SARM. Les choses sont différentes aux Pays-Bas, où le SARM est pratiquement inexistant et où l'on applique une toute autre stratégie dénommée «*search & destroy*» (1), que certains requalifient, non sans cynisme, de «*search and send to Belgium*», comme on a pu le constater après la catastrophe pyrotechnique d'Enschede.

Test Achats et plusieurs confrères médecins-sénateurs veulent rendre toutes les données publiques. Ils prônent ce que les spécialistes appellent le *Public disclosure*. Or, nous le faisons en fait déjà puisque je publie les résultats de nos dépistages dans une revue médicale internationale, mais avec les nuances scientifiques qui s'imposent. *Test Achats* insiste cependant pour que l'on compare les hôpitaux entre eux, comme on le ferait par exemple avec différentes sortes de salami. Je sais que la Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales suit mon raisonnement et pas celui de *Test Achats*. Est-ce la raison pour laquelle *Test Achats* tente d'assouvir son ressentiment en justice? (2)

Je ne cherche toutefois pas à accabler *Test Achats* ni mes confrères sénateurs. Comme je l'ai déjà dit, ils lancent un avertissement. Ils posent un diagnostic mais la thérapie qu'ils proposent n'est pas la bonne. Par la présente proposition de résolution, j'entends promouvoir une thérapie appropriée, le patient ayant naturellement droit à des soins de qualité. Une hygiène hospitalière mûrement réfléchie en fait partie.

Voilà pourquoi il faut tout mettre en œuvre pour attribuer un label de qualité aux hôpitaux qui satisfont aux normes qui ont été définies. En procédant à un audit externe, des auditores qualifiés et expérimentés dans le domaine pourraient évaluer au sein de la plateforme hygiène hospitalière si un hôpital applique une bonne politique en matière d'antibiotiques, si l'hygiène des mains y est correctement mise en œuvre, s'il s'efforce de décontaminer les patients, s'il dispense des formations suffisantes, s'il tient des statistiques épidémiologiques sur les SARM, BLSE, CD, etc., s'il mène des campagnes de sensibilisation en suffisance, si l'on obtient de bons résultats, etc. Aujourd'hui, l'on pourrait attribuer à un hôpital un label pour une période donnée, par analogie avec le label «hôpital ami des bébés». À partir de ce moment-là, le patient saurait

(1) http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202008_fi-nal_tcm61-65020.pdf.

(2) *De Standaard* van 14 april 2010.

(1) http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202008_fi-nal_tcm61-65020.pdf.

(2) *De Standaard* du 14 avril 2010.

zij zich geen zorgen hoeft te maken. Kortom : dat alles in het werk gesteld wordt opdat hij geen nosocomiale infectie oploopt, ook al is het risico nooit nul.

Louis IDE.

*
* *

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

Gelet op het feit dat :

1. De druk voor het publiek maken van gegevens inzake handhygiëne, MRSA, nosocomiale infecties, ... vergroot.

2. Er zeer veel misverstanden bestaan bij de bevolking, organisaties, zorgverstrekkers, ... over infectiecontrole.

3. Er zeer veel verschillende strategieën bestaan in ziekenhuizen, welke veelal allemaal wetenschappelijk verantwoord zijn, maar wat vergelijken moeilijk maakt.

4. Er verschillende types ziekenhuizen zijn, soms met verwijspathologie waardoor men «meer recht heeft op MRSA».

5. De patiënt recht heeft te weten of een ziekenhuis alles binnen zijn mogelijkheden doet om het aantal nosocomiale infecties terug te dringen.

6. De bevoegdheden inzake gezondheidszorg versnipperd zijn tussen het federale niveau en de gemeenschappen.

7. We er best alles aan doen om het aantal nosocomiale infecties binnen de perken te houden.

Vraagt de regering :

1. Naar analogie van het «babyvriendelijk ziekenhuis», werk te maken van de uitreiking van een analoog kwaliteitslabel dat door middel van een professionele doorlichting door experts uit het veld met praktische ervaring én dit in samenwerking met de gemeenschappen.

2. Niet toe te geven aan de eis van verschillende instanties om zomaar gegevens blind publiek kenbaar te maken en dus ook rekening te houden met de beslissingen van de federale beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie.

qu'il n'a pas à s'inquiéter. Que tout est mis en œuvre pour qu'il ne contracte aucune infection nosocomiale, bien que le risque zéro n'existe pas.

*
* *

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Le Sénat,

Considérant :

1. Que des pressions de plus en plus fortes sont exercées pour que les données en matière d'hygiène des mains, de SARM, d'infections nosocomiales, etc., soient rendues publiques.

2. Qu'il existe, au sein de la population, des organisations, des dispensateurs de soins, etc., de nombreux malentendus en ce qui concerne le contrôle des infections.

3. Que les hôpitaux appliquent une multitude de stratégies différentes, qui sont presque toutes justifiées sur le plan scientifique, mais qui ne facilitent pas les comparaisons.

4. Qu'il y a différents types d'hôpitaux, auxquels des pathologies sont parfois renvoyées, de sorte qu'ils sont davantage susceptibles d'être confrontés à des patients SARM.

5. Que le patient a le droit de savoir si un hôpital fait réellement tout ce qu'il peut pour faire reculer le nombre d'infections nosocomiales.

6. Que les compétences en matière de soins de santé sont dispersées entre le pouvoir fédéral et les Communautés.

7. Qu'il faut tout mettre en œuvre pour contenir le nombre d'infections nosocomiales.

Demande au gouvernement :

1. Par analogie avec le label «hôpital ami des bébés», d'œuvrer à l'instauration d'un label de qualité similaire, attribué à l'issue d'un audit professionnel réalisé par des experts de terrain bénéficiant d'une expérience pratique, et ce en collaboration avec les Communautés.

2. De ne pas céder à la demande formulée par certaines instances de publier aveuglément les données, et donc de tenir compte également des décisions de la Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales.

3. Te zorgen voor een honorering voor elk ziekenhuis die het kwaliteitslabel haalt.

4. Spoedig werk te maken van dit voorstel ten einde de vraag naar de publieke onthulling van cijfers te doen verstommen.

5. Op die manier te streven naar een nog meer kwalitatieve gezondheidszorg.

15 april 2010.

Louis IDE.

3. De veiller à mettre à l'honneur tous les hôpitaux qui obtiendront le label de qualité.

4. De mettre rapidement en œuvre la présente proposition de résolution afin de réduire au silence les partisans d'une divulgation publique des données chiffrées.

5. De contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins de santé.

15 avril 2010.