

LE COUT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

PLAN

I- INTRODUCTION

II- CARACTERISTIQUES DES COUTS

III- COMMENT MESURER LES COUTS

- Coût de la lutte
- Coût des conséquences
- Méthodologie
- Coût Global des IN

IV- CONCLUSION

I- INTRODUCTION :

Fréquentes, graves, indicateur mauvaise qualité des soins, cause morbidité, mortalité évitables. Préoccupations prioritaires
Contexte de maîtrise des dépenses de santé liées aux contraintes pesants sur le système de santé (disponibilités des ressources limitées).Coûtent très cher à la collectivité et sont un problème d'acuité

Des raisons économiques s'ajoutent aux raisons médicales, humaines quant à la nécessité de lutter efficacement, ampleur charges financières représentent pour la collectivité La prévention est une source d'économie potentielle face à un problème qu'on peut en partie maîtriser en faisant évoluer les comportements. Les gestionnaires espérant dégager des sommes non négligeables, pouvant être affectées à d'autres poste dans le budget global.

L'aspect socio-économique intéresse donc à la fois gestionnaires et corps médical.

II- CARACTERISTIQUES DU COUT DES IN :

- Variabilité selon :
 - la gravité des IN,
 - la spécialisation : des services, des hopitaux .
 - la nature : directs, indirects, coût individuel, coût social, financier, humain.
 - L'objet : la lutte, conséquences.

- Difficulté de mesure :

III- COMMENT MESURER LES COUTS :

⇒ **L'Objet de la mesure :**

□ Coûts de la lutte contre les IN :

Contrôle optimal des coûts humains et économiques biais de mesures adaptées et définies : études coût-efficacité, étude coût-bénéfice,

Efficacité attendue des mesures de prévention détermine choix stratégique

- Nombre d'IN potentiellement évitées,
- Coût estimé de ces mesures .

- *coûts de la Prévention des soins :*
- *coûts de la surveillance des IN : (de l'identification)*
- *coûts de l'action sur les éléments structurels :*
 - formation,
 - protection professionnelle,
 - réaménagements architecturaux, etc.

□ **Coûts des conséquences des IN :** (Directs, Indirects)

- ***Patients :***
 - Décès prématurés,
 - Séquelles,
 - Qualité de la vie,
 - Perte de productivité,
- ***Les familles :***
- ***L' établissement de santé :***
 - Coût des soins majoration,
 - Manque à gagner,
 - Crédibilité perte de confiance,
 - Indemnisations judiciaires.
- ***La collectivité :***
 - Coût par activité ou coût des moyens.

⇒ ⇒ **METHODOLOGIE :**

La mesure estimative des coûts est complexe :

Il faut reconnaître que le calcul des coûts est des plus ardues, nombreux biais nuisent à la crédibilité des chiffres habituellement avancés et s'il est assez simple de déterminer le coût d'une IN, il n'en est pas de même du coût des infections nosocomiales en général :

Problème 1 :

- de base =
- Définition des IN.
 - Normalisation s'impose : variation sensible entre pays,
 - Proposée, acceptée et respectée.

Problème 2 :

Le recueil des données :

- Qualité des dossiers
- Méthode utilisée, compétence des enquêteurs, choix des logiciels, etc.

3 types de situations évolutives :

- **Si elle évolue favorablement :**

- Des Examens para-cliniques supplémentaires,
- Des Soins plus nombreux et plus prolongés,
- Des Médicaments spécifiques et généralement plus chers,
- Du Retard dans la reprise du travail du concerné,
Nuit donc à l'effort de Production de la collectivité.

- **Si des Séquelles font suite à cette infection nosocomiale :**

- Augmentation des coûts des Soins Hospitaliers et Post Hospitaliers,
- Réduction de la Qualité de vie quotidienne et sociale,
- Perte partielle et prolongée de Productivité,
- Nécessité parfois Prise en Charge Spécifique et coûteuse de ces individus.

- **Si évolution plus dramatique : le Décès Présumé de l'intéressé :**

- Difficultés : Familiales majeures,
Son entourage,
- Perte importante pour la Société, eu égard à l'âge du sujet.

Méthodes d'évaluation :

En pratique intérêt pour le surcoût médical (uniquement hospitalier, à tort)

Ne pas oublier :

- Les Surcoûts Post hospitaliers sociaux,
- De la mortalité,
- Du *pretium doloris*,
- De la Prévention (hospitalière, collectivité urbaine),
- Autres éléments...

Plusieurs méthodes d'approche sont disponibles :

- ❶ **Estimation directe :**

- cas par cas : comptabiliser les surcoûts estimés imputables directement à l'IN
- examens complémentaires,

- médicaments,
- durée de séjour.

· plus simple.

② Etude cas-témoin :

Calculer l'ensemble des coûts liés à la prise en charge d'une série de patients infectés à identifier.

- Comparer ces coûts à ceux d'une série de patients non infectés pris comme témoins (appariement sur le Dgc, le traitement, l'âge, le sexe, la gravité de la pathologie sous-jacente.)

- la Différence de coût entre les cas et les témoins = le surcoût lié à l'IN.

· plus adaptée à la gestion hospitalière.

Les 2 méthodes :

- Pas forcément la même estimation
- Etude cas-témoin 2fois > Analyse cas par cas.
 - Surestimation : comparabilité des témoins impossible car plus souvent de FR dans le groupe IN,
 - Sous estimation : prise en compte que les éléments de Dgc et de traitement réellement identifiés en rapport avec l'IN .

③ Etude coût-efficacité :

-Evaluation socio-économique,
Au moins 2 alternatives coût économique mesuré, rapporté à des résultats quantifiables.

④ Etude coût-utilité :

-Evaluation socio-économique,
Coûts net de l' action médicale plan financier corrélé à ses conséquences (qualité ou utilité).

⑤ Etude coût-bénéfice :

-Evaluation socio-économique
une action médicale au cours da laquelle tous les coûts réels et conséquences (bénéfices) chiffrés (financier).

Toute les méthodes ont des limites et présentent des biais

Les coûts directs :

->>> consommations de soins / IN.

-2 approches :

- **Coût Global des IN : « socio-économique »**

- **Surcoût financier :**

Lié à l'accroissement de la consommation de soins :

Etudes USA et Europe = 4jours / IN en Moyenne, 10.000 ff.(1785 E)
en Néonatalogie :

- le Surcoût chez les infectés évalué à : 32% des dépenses (1200 dollars par cas)
- la Prolongation de séjour = 75 à 80% du SF.

France : IN = 500.000 / An

- Coûts moyen = 10.000 ff – 1785 E / IN
- Surcoût total financier (direct) = 5 milliards de ff – 893 millions E / An (soit = 2% Budget hospitalier).

Ainsi, Si 30% des IN étaient évitées par l'application des mesures d'hygiène, 1,5 milliards de ff – (280 millions E) seraient économisés / Année.

- Le coût de mise en œuvre de programmes de lutte contre les IN était largement compensé par l'économie liée à la réduction des IN obtenues grâce au programme.

Corrélation avec : les 3 facteurs essentiels du surcoût financier

- ↗↗↗ durée de séjour, 75 à 80% du SF.
- ↗↗↗ prélèvements à visée Dgc (moyens en clinique et au labo),
- ↗↗↗ consommation des anti-infectieux : 15 à 20% du SF.

- **La mortalité :**

-Etude **SENIC Project** /USA:

80.000 décès / An (Directe : responsabilité ou indirecte : contribution)

Taux de léthalité : 2 à 4%

Taux de mortalité infectés / non infectés (8% Vs 0,6%).

- France : l'extrapolation données épidémiologiques les décès : 10 000 à 20 000/ An.

La responsabilité directe est difficile à établir.

CONCLUSION :

La tentation est grande pour les administrateurs de n'envisager la lutte contre les IN qu' à travers la vision économique.

Le problème se pose de savoir si cela est vraiment acceptable, la dimension sociale et humaine de la maladie et de la souffrance, en partie subjective, doit elle de ce fait être laissée de côté.

Ces aspects sont approchées par les études coût-utilité (échelle des QUALYs).

Le personnel médical et infirmier se préoccupent des aspects cliniques et épidémiologiques des IN, mais doit être pleinement plus conscient et plus attentif aux aspects économiques qui en découlent.

La dimension humaine reste un élément déterminant dans les actions menées en Santé Publique

Montaigne : « Toute voie qui mènerait à la Santé ne se peut dire pour moi, ni âpre, ni chère. »

Le surcoût financier et humain engendré par les IN est l'un des éléments majeurs de décision pour la mise en oeuvre d'une **politique de prévention** celle ci doit s'intégrer dans une stratégie globale de réduction des risques iatrogènes à l'hôpital ; élément incontournable de la sécurité sanitaire et de l'amélioration de la qualité des soins.