



DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé
Bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction pathologie et santé
Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale

Cellule infections nosocomiales

RAPPORT NATIONAL SUR LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Indicateur composite
des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICALIN 2004

Message du M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités

La demande croissante d'information sur le risque d'infections nosocomiales ne doit pas masquer les progrès réalisés dans la prévention de ce risque. Depuis plus de 15 ans, les professionnels de santé, accompagnés par les pouvoirs publics, ont réalisé des efforts importants pour réduire le risque infectieux dans les établissements de santé. Cela s'est traduit par le développement de structures spécifiques, avec du personnel dédié à l'hygiène, et par des actions volontaires menées aux différents échelons de notre système de santé. Notre pays est aujourd'hui doté de professionnels de santé qualifiés, de structures locales, régionales et interrégionales d'expertise, de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène dans la plupart des activités de soins, d'un réseau national de surveillance très performant et d'un dispositif de signalement des infections nosocomiales sans équivalent au monde.

Certains de ces outils permettent de mesurer notre progression dans la maîtrise du risque infectieux dans les établissements de santé, et nous devons être conscient du chemin accompli.

Toutefois ces résultats restent peu ou mal connus, et les patients ont essentiellement connaissance des cas les plus dramatiques et des lacunes du système de soins, mises en lumière dans des circonstances difficiles. Il ne suffit pas seulement d'accroître nos efforts de lutte contre les infections nosocomiales, mais, comme le programme national 2005-2008 nous y invite, je crois qu'il est temps de faire preuve de transparence dans ce domaine, pour la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le Ministère a donc décidé de mettre en place le « tableau de bord des infections nosocomiales », fondé sur 5 indicateurs. La diffusion du tableau de bord par tous les établissements de santé vise à partager des informations fiables et à permettre à chacun de situer les problèmes et juger les réponses apportées par les établissements de santé.

La lutte contre les infections nosocomiales est en effet une démarche complexe qui nécessite à la fois :

- *de mettre en place une organisation et de mobiliser des moyens spécifiques dans les établissements de santé;*
- *d'élaborer et d'appliquer des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;*
- *de mesurer les résultats obtenus, en particulier la fréquence des infections nosocomiales, chaque fois que possible.*

Des informations sur chacune de ces priorités sont indispensables pour mesurer le niveau de qualité d'un établissement : c'est la vocation du « tableau de bord des infections nosocomiales » d'offrir cette synthèse.

Toutes ces informations ne sont pas encore disponibles à ce jour. Le tableau de bord sera complété à la fin du programme. Cependant, dès aujourd'hui, les données sur la façon dont chaque établissement est organisé, sur les moyens qu'il a mis en place et sur les actions qu'il a entreprises sont disponibles et publiées. C'est l'objectif de l'indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), présenté dans ce rapport, de réunir ces données, en fonction des types d'établissements, et de les faire connaître tant aux patients qu'aux professionnels de santé, en établissant différentes classes de qualité. Pour 13 types d'établissements sont définies 5 classes de qualité, allant de A (l'établissement met en œuvre l'ensemble des dispositions pour lutter contre les infections nosocomiales) à E (l'établissement est en retard dans la prise en compte de la prévention et de la lutte contre ce risque, ce qui ne signifie pas qu'il ne prend aucune mesure).

La mesure de cet indice représente une avancée essentielle dans la connaissance par tous des efforts entrepris dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Il ne s'agit pas de décerner de bons ou de mauvais points : il s'agit avant tout de disposer d'un état des lieux précis concernant la démarche qualité au sein de chaque établissement de santé. En offrant une comparaison fine des situations, il permet de saluer les efforts entrepris par certains établissements, et d'inciter ceux qui ne sont pas encore au niveau des meilleurs à les rejoindre, accompagnés en cela par l'Etat. Ce tableau répondra à l'aspiration légitime à la qualité de nos concitoyens et apportera la preuve aux professionnels de santé que leur mobilisation est reconnue. Je crois aussi que ce nouvel outil de transparence sur la qualité de notre système de santé permettra un dialogue objectif et constructif entre soignants et patients sur le thème des infections nosocomiales.

Je veux enfin souligner que cet indicateur a été composé dans la concertation entre services de l'Etat, professionnels de santé et association de patients, puis construit scientifiquement par de nombreux experts que je tiens à remercier.

M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités



INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (ICALIN)

>> Sommaire

- Vos questions, nos réponses au tableau de bord des infections nosocomiales
- Résultats nationaux
- Pour en savoir plus sur les établissements de santé
- Annexes techniques :
 - 1 - Méthode de calcul des classes de résultats
 - 2 - Cahier des charges et éléments de preuve
 - 3 - Méthode d'élaboration
- Groupe de travail et contacts



INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (ICALIN)

>> Vos questions, nos réponses

Chaque établissement de santé doit établir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini par un texte réglementaire.

Ce document décrit en détail la manière dont la LIN est organisée dans l'établissement.

Ce bilan d'activités est public. Il peut être consulté sur simple demande par tous. Toutefois ce document assez complexe ne permet d'avoir une idée de la situation d'un établissement que pour les spécialistes avertis. Cette consultation est donc peu fréquente.

Chaque année les établissements effectuent une saisie informatique des données de ce bilan, qui sont ensuite analysées à différents niveaux puis regroupées au Ministère de la santé.

Cette démarche s'impose à tous les établissements de santé.

L'addition de tous ces critères permet de construire un Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : l'ICALIN.

L'organisation de la LIN. Elle est surtout reflétée par l'activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), son programme, le bilan des activités de LIN, et la manière dont les différentes instances consultatives de l'établissement sont tenues informées.

Les moyens de la LIN. Ils sont définis par la composition de «l'équipe opérationnelle d'hygiène» (EOH) chargée de la prévention des infections mais aussi l'existence de correspondants en hygiène chargés de relayer l'action de cette équipe au sein des services.

Les actions de LIN menées dans l'établissement constituent le dernier chapitre : mise en place des protocoles de bonnes pratiques, surveillance des infections et évaluation de la qualité des soins.

L'addition des points de ces 31 critères, conduit à un score total qui peut atteindre 100 points au maximum : c'est le score ICALIN.

QU'EST CE QUE LE SCORE ICALIN ?

Un groupe d'experts constitué par le ministère a déterminé 31 critères de ce bilan considérés comme les plus importants pour la LIN.

Un nombre de points a été affecté à chacun des critères selon leur importance (pour en savoir plus, voir l'annexe technique 3 « Méthode d'élaboration de l'ICALIN »). Ils ont été regroupés en 3 chapitres d'importance égale : **organisation, moyens et actions.**

L'ICALIN, c'est un score sur 100 et une classe de performance de A à E. Ce score est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

D'autres pays, comme la Grande-Bretagne utilisent des scores similaires pour de servir d'indicateur de qualité en matière de LIN, qui sont également diffusés aux usagers.



COMMENT ANALYSER LE SCORE ICALIN ?

Les différents établissements de santé ont des missions, une taille et des activités très différentes, depuis les établissements de référence, réalisant des soins lourds et complexes jusqu'aux établissements de proximité assurant les soins courants.

Il est donc indispensable, pour pouvoir situer la place d'un établissement en particulier, de le comparer aux autres établissements ayant des missions, une taille et des activités similaires. Ainsi, 13 catégories d'établissements ont été définies.

Chaque année, chaque établissement peut donc être caractérisé par un score sur 100 qui résume la manière dont la LIN est organisée. Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 5 classes de performance ICALIN de A à E :

- la classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. **Ce sont les structures les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ;**
- la classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés. **Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux.**

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situation intermédiaire.

Ce système de classes repose sur des méthodes statistiques classant les établissements d'une catégorie selon leur score ICALIN.

Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements.

Par exemple, pour la catégorie des « centres hospitaliers de plus de 300 lits », les établissements de la classe A (scores les plus élevés) ont des scores compris entre 95,5 et 100. Pour la catégorie des « Cliniques MCO de

plus de 100 lits », les établissements de cette même classe A ont des scores compris entre 89 et 100. Ces valeurs correspondent aux 10% de scores les plus élevés en 2003 pour chacune de ces catégories.

Autre exemple : la classe E (scores ICALIN les plus bas) correspond pour les « centres hospitaliers de plus de 300 lits » à un score compris entre 0 et 67,65 et pour les « Cliniques MCO de plus de 100 lits », à un score compris entre 0 et 52,5. Ces valeurs correspondent aux 10% de scores les plus bas en 2003 pour chacune de ces catégories.

Les bornes des classes ainsi définies ont été établies à partir des données des bilans 2003 (avant le lancement du tableau de bord) ; elles ont servi pour le classement 2004 et seront conservées les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul.

COMMENT UTILISER LE RESULTAT DU SCORE ICALIN ?

L'affichage du score ICALIN par l'établissement de santé vise à montrer son état d'avancement de la mise en place de la LIN. **Il valorise les établissements les plus impliqués et incite les autres à progresser.**

Il donne aussi une vue régionale des actions menées ces dernières années dans ce domaine : les ARH pourront ainsi envisager les mesures à prendre pour accompagner les établissements les plus en retard.

L'objectif de ce premier indicateur du tableau de bord est d'inciter tous les établissements à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de lutte contre les infections nosocomiales.

Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.



LE SCORE ICALIN : ET ENSUITE ?

La diffusion du score ICALIN est une première réponse, très importante, à la demande légitime des usagers d'information et de transparence.

Il propose une première vision objective de la façon dont les établissements de santé en France ont pris en compte la prévention et la gestion des infections nosocomiales : moyens spécifiquement alloués, volonté des responsables et implication des professionnels de santé.

L'ICALIN concerne tous les établissements de santé, publics et privés.

Cette première étape résulte des actions fortes menées en France par les associations d'usagers de la santé pour mieux connaître la réalité des infections nosocomiales, mais aussi la volonté des professionnels de santé de disposer d'outils utiles pour eux-mêmes, et pour l'information des patients et des usagers.

L'ICALIN est le premier des 5 indicateurs qui constitueront d'ici 2008 le tableau de bord des infections nosocomiales. Le tableau de bord complet offrira une vision d'ensemble de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé.

COMMENT INTERPRETER LE SCORE ICALIN ?

La survenue d'une IN résulte de nombreux facteurs, en particulier :

- la fragilité du patient, liée à sa maladie ou à son âge ;
- la lourdeur et la complexité des soins dont il a besoin ;
- le respect par les professionnels de santé qui le prennent en charge des règles de bonne pratique.
- l'attention spécifiquement portée à la prévention des infections nosocomiales.

De ce fait, un score ICALIN parfait (100 points) ne signifie pas qu'il n'existe pas de risque infectieux dans l'établissement, mais indique que l'établissement a mis en place un dispositif maximum pour limiter ce risque.

De même l'appartenance à la classe E ne signifie pas qu'aucune mesure de prévention n'est prise mais que la structure est en retard dans l'organisation de la prévention par rapport aux autres établissements de même nature en France.

Une prise en charge de qualité est évidemment possible dans les établissements de classe E. D'ailleurs dans 5 des 7 catégories d'établissements ayant une activité de court séjour, la borne de la classe E correspond à un ICALIN tout de même supérieur à 50 sur 100.

Devant le score ICALIN d'un établissement en particulier, un usager doit se poser 4 questions pour une bonne interprétation :

- Quelle est la valeur de ce score par rapport au maximum de 100 défini par les experts en France ?
- De quelle catégorie cet établissement fait-il partie ?
- Dans quelle classe (de A à E) cet établissement est-il situé au sein de cette catégorie ?
- Comment ce score et cette classe ont-ils évolué d'une année sur l'autre (dynamique de l'établissement qui pourra être prise en compte après deux années d'affichage) ?

Le score ICALIN propose à l'utilisateur un éclairage synthétique d'un problème complexe ; il repose sur des faits concrets. Il peut être l'occasion de mieux échanger avec les professionnels de santé auxquels l'utilisateur s'adresse pour juger du risque infectieux qui le concerne, en commençant par son médecin traitant.



PUIS-JE AVOIR CONFIANCE DANS CES DONNEES ?

Un cahier des charges a été élaboré par des experts (pour en savoir plus, voir l'annexe technique sur le « cahier des charges et les éléments de preuve de l'ICALIN »). Il précise la nécessité et la nature des éléments de preuve que doivent fournir les établissements pour attester de la fiabilité des données qu'ils transmettent dans le bilan d'activité annuel.

La qualité des données et les difficultés pour les recueillir ont été évaluées dans le cadre d'une vaste étude scientifique portant sur la mesure de la performance et soutenue par le ministère de la santé : le projet de COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière COMPAQH.

Ainsi, dans l'étude COMPAQH, qui a comparé en 2003 les données spontanément fournies par un échantillon d'établissements, avec les mêmes données recueillies avec leurs éléments de preuve par des enquêteurs indépendants, le score ICALIN est apparu comme un indicateur **robuste et fiable** (un taux de concordance de 84% ; déviations faibles : 10% de surestimation et 6% de sous estimation).

Par ailleurs, des vérifications et des contrôles de données des bilans des activités sont définis et organisés chaque année par les services déconcentrés de l'Etat.

EN CONCLUSION

L'affichage public des données de l'ICALIN marque une étape importante de l'évolution de la lutte contre les infections nosocomiales en France.

Il s'agit du tout début de cette démarche qui va élaborer, en partenariat avec tous les acteurs de notre système de santé, un système d'information qui aura la confiance de chacun.

Comme tout nouveau système, il rencontrera probablement des écueils qu'il faudra surmonter. Les indicateurs évolueront ainsi dans le temps.

Cette nouvelle étape d'amélioration de la qualité des soins est issue d'une vaste concertation et d'expertises multiples, associant l'Institut de Veille Sanitaire et les nouvelles instances nationales en France : Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) et le Groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, instances dans lesquelles siègent désormais un représentant des usagers.

Cette démarche est conduite dans le cadre du programme national de Lutte contre les Infections Nosocomiales avec pour objectif d'ici 2008, que tous les établissements de santé aient fait progresser leur score ICALIN, et qu'aucun d'eux à ce terme ne fasse plus partie de la dernière classe de résultats telle qu'elle a été définie à partir des données 2003.

Par ailleurs, d'autres actions d'amélioration des pratiques, la promotion de la recherche en matière de LIN, et aussi l'amélioration de la prise en charge des patients infectés pour réduire les conséquences possibles de certaines infections, sont entreprises (voir le dossier de presse en ligne).



LES RESULTATS NATIONAUX

Les résultats individuels des établissements de santé sont mis à disposition sous forme de cartes, en ligne sur www.sante.gouv.fr

Les établissements de santé sont répartis en 5 classes d'ICALIN de A à E. La classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés, la classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés.

En 2004, l'ICALIN a pu être calculé pour 2428 établissements de santé, 11,1% sont en classe A et 22,2% en classe B. 404 établissements de santé sont non répondants (établissements n'ayant pas envoyé de bilan d'activités ou dont les données n'étaient pas utilisables).

2004	NR	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements	404	316	630	945	374	163	2 832
Pourcentage	14,3	11,1	22,2	33,4	13,2	5,8	100,0

ICALIN 2004 distribution par classe de résultats, par catégorie d'établissements

CATEGORIES *	Nb d'ES	NR	E	D	C	B	A
1-CHR-CHU	81	3.7 %	4.9 %	17.3 %	42.0 %	22.2 %	9.9 %
2-CH INF 300 LITS	319	5.6 %	6.0 %	10.7 %	37.6 %	24.8 %	15.4 %
2-CH SUP 300 LITS	242	0.0 %	2.9 %	16.5 %	33.9 %	35.5 %	11.2 %
3-ETABLISSEMENT PSY	294	19.4 %	9.9 %	9.5 %	30.6 %	21.1 %	9.5 %
4-HOPITAL LOCAL	346	19.9 %	4.0 %	11.6 %	32.1 %	22.5 %	9.8 %
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	361	16.6 %	5.3 %	16.9 %	29.6 %	19.4 %	12.2 %
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	318	7.9 %	7.5 %	12.6 %	36.8 %	22.3 %	12.9 %
6-HOPITAL DES ARMEES	9	0.0 %	0.0 %	44.4 %	33.3 %	22.2 %	0.0 %
7-SSR-SLD	735	18.8 %	5.4 %	12.8 %	33.3 %	20.1 %	9.5 %
8-CLCC-CANCER	20	0.0 %	0.0 %	20.0 %	45.0 %	15.0 %	20.0 %
9-HAD	13	38.5 %	15.4 %	0.0 %	0.0 %	7.7 %	38.5 %
10-HEMODIALYSE	37	16.2 %	2.7 %	21.6 %	29.7 %	16.2 %	13.5 %
11-MECSS-POUPONNIERE	41	17.1 %	9.8 %	17.1 %	39.0 %	17.1 %	0.0 %
Non renseignés	16	100,0 %					
TOTAL	2 832	14.3 %	5.8 %	13.2 %	33.4 %	22.2 %	11.1 %

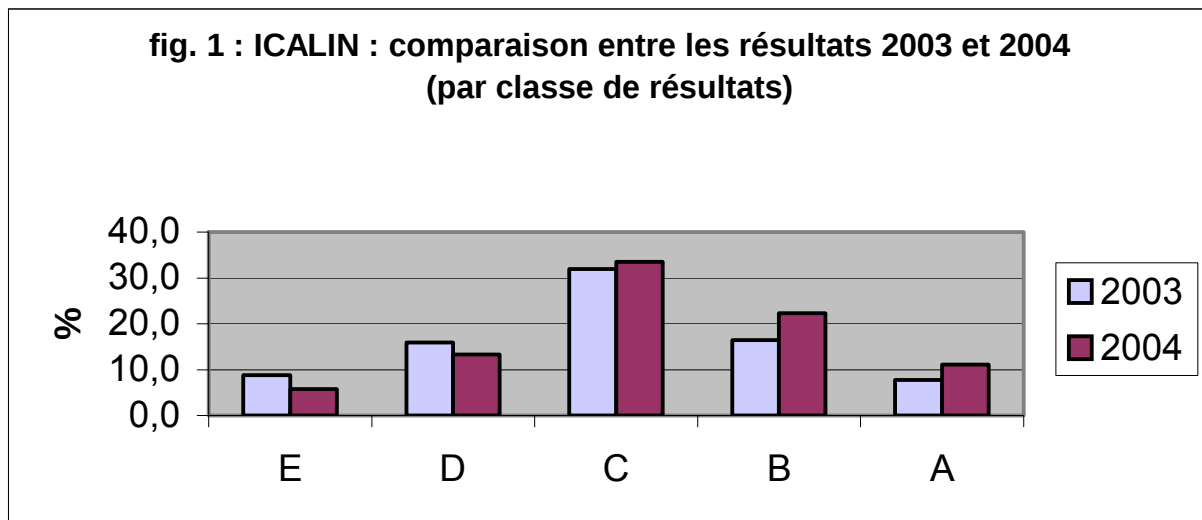
* Pour les catégories d'établissement de santé : voir l'annexe 1.



En 2003, 2 277 établissements de santé ont des données permettant de calculer un ICALIN, 7,7% sont en classe A et 16,3% en classe B. 555 établissements de santé sont non répondants.

2003	NR	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements	555	218	463	899	449	248	2 832
Pourcentage	19,6	7,7	16,3	31,7	15,9	8,8	100,0

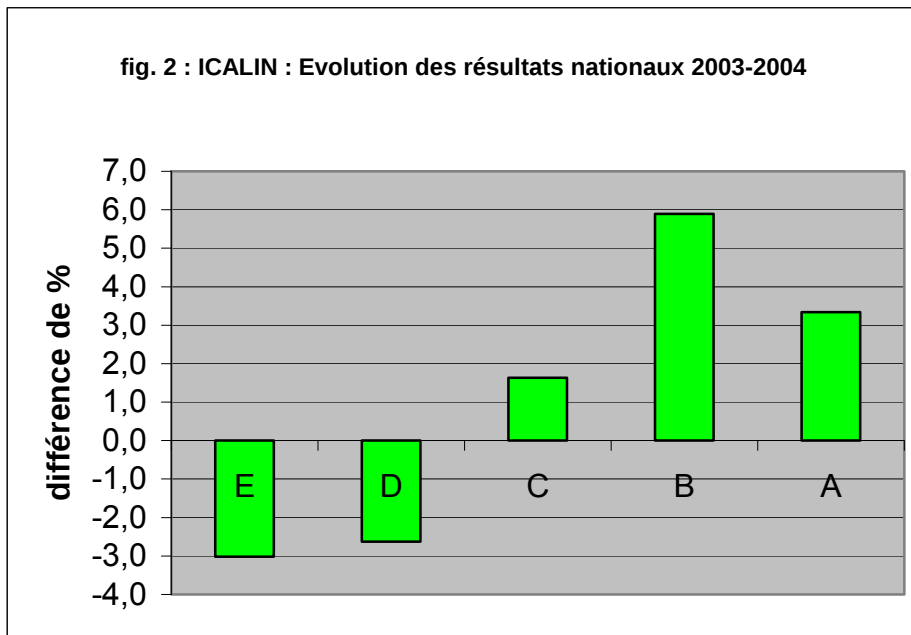
La figure 1 montre que les résultats des établissements s'améliorent, avec une augmentation du pourcentage d'établissements en classe A, passant de 7,7% à 11,2% entre 2003 et 2004.



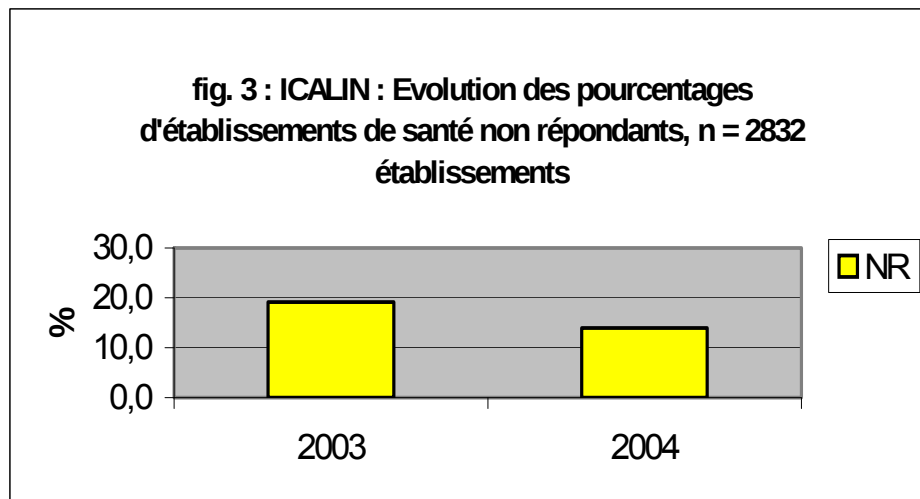
Par ailleurs, sur les 2137 établissements ayant répondu à la fois en 2003 et en 2004, 740 (soit 34,6 %) ont progressé d'au moins une classe.



La figure 2 montre l'évolution positive des résultats vers les classes A, B et C. Par exemple, le pourcentage d'établissement en classe B est passé de 16,3% en 2003 à 22,2% en 2004, soit une progression de 5,9% en faveur de la classe B.



La figure 3 montre l'évolution de la part du nombre d'établissements de santé non répondants, qui passe de 555 (19,6%) en 2003, à 404 (14,3%) en 2004.





Les tableaux ci-dessous présentent le niveau de l'indicateur quantitatif national en 2004 et la cible souhaitée jusqu'en 2007.

Où en sont les établissements en 2004 ?

86% de taux de réponse en 2004 :
404 établissements non-répondant pour l'ICALIN en 2004,
contre 555 en 2003

163 établissements de santé en classe E en 2004, contre
248 en 2003,
soit une diminution de 34 %

Cible	Classe E	Répondant	Calendrier de disponibilité des données
ICALIN 2005	4%	93%	Diffusion décembre 2006
ICALIN 2006	2,5%	98%	Diffusion décembre 2007
ICALIN 2007	0%	100%	Diffusion décembre 2008

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Pour en savoir plus sur les établissements de santé, il est possible de consulter :

La carte d'identité de l'établissement, sur le site du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (Finess)

[URL : <http://finess.sante.gouv.fr/finess/>]

Une description des établissements de santé à partir de cartes régionales détaillées sur le portail des agences régionales de l'hospitalisation (Parhtage)

[URL : <http://www.parhtage.sante.fr>]

La statistique annuelle de l'établissement de santé (SAE)

[URL : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>]

Le rapport d'accréditation de l'établissement, sur le site de la haute autorité de santé (HAS)

[URL : <http://www.anaes.fr/anaes/accreditation.nsf/vOnlyRubriques?openView>]

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

>> Méthode de calcul des classes de résultats

Afin de travailler notamment sur les modes de présentation des données des établissements de santé, un groupe d'experts du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins a été missionné en février 2005. Coordonné par le Dr Pierre Parneix (CCLIN Sud Ouest) et le Dr Valérie Salomon (DHOS E2, cellule infections nosocomiales), ce groupe de travail a également pour mission l'adaptation des cahiers des charges des cinq indicateurs du tableau de bord.

La méthodologie statistique retenue pour définir les classes de résultats devait permettre de répondre aux objectifs fixés par le programme national de lutte contre les infections nosocomiales à savoir pour l'ICALIN : « Entre 2005 et 2008, 100% des établissements de santé devront avoir fait progresser ce score composite. L'objectif étant qu'il n'y ait plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats du tableau de bord ».

Il fallait donc établir un système de classement de lecture simple et permettant de visualiser la progression annuelle des établissements de santé.

Pour étayer sa réflexion, le groupe disposait de la base nationale des bilans des activités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé pour l'année 2003 ainsi que des résultats de l'étude de faisabilité dans le cadre du programme COMPAQH, qui a comporté une comparaison entre le score calculé à partir de données jugées objectives (bilan rempli par un attaché de recherche clinique extérieur à l'établissement avec éléments de preuves à l'appui) à celui issu du déclaratif institutionnel (bilan envoyé à la DDASS par l'établissement sans contrôle des données à la source).

Différentes méthodes statistiques, dont celles utilisées dans d'autres pays pour l'affichage d'indicateurs de santé, ont été testées pour évaluer leur pertinence pour la présentation de l'ICALIN.

La méthode retenue est celle de la distribution par percentiles utilisée dans le système anglais du National health service (NHS) pour l'indicateur de lutte contre les infections nosocomiales, dont le concept est assez proche de l'ICALIN français en utilisant un nombre plus réduit d'items. Elle a notamment le mérite de ne pas présenter de limite d'utilisation statistique liée à la nature de la distribution des résultats.

Il s'agit d'un système à 5 classes de performance qui permet de bien visualiser la dynamique d'évolution annuelle des établissements au travers de leur changement de classe.

La méthode consiste à utiliser les percentiles 10, 30, 70 et 90 de la distribution des résultats des établissements pour définir les classes.

Cinq classes sont ainsi définies :

- Classe E – en dessous du percentile 10,
- Classe D – entre les percentiles 10 et 30,
- Classe C – entre les percentiles 30 et 70,
- Classe B – entre les percentiles 70 et 90,
- Classe A – au dessus du percentile 90.

La logique d'affichage de classe de performance ne se concevant que pour des catégories homogènes d'établissements, 13 catégories d'établissements ont été définies sur la base des classifications usuelles et à l'aide d'analyses statistiques. Elles correspondent à 11 types de structures et pour deux

Méthode de calcul des classes de résultats de l'ICALIN

d'entre elles, deux sous catégories ont été définies en fonction de la taille des établissements (nombre de lits).

L'objectif était de pouvoir affecter chaque établissement dans une catégorie la plus homogène possible tout en limitant autant que possible le nombre de catégories pour rendre l'affichage compréhensible. Les catégories retenues sont les suivantes :

INTITULES DES CATÉGORIES	DEFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 – CH-CHG de moins de 300 lits ou de plus de 300 lits	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale
3 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
4 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
5 – Cliniques MCO de moins de 100 lits ou de plus de 100 lits	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) - Etablissements MCO PSPH par concession
6 – Hôpitaux des armées	- Hôpitaux des armées
7 – SSR-SLD	- Etablissements n'ayant que des soins de suite et de réadaptation et/ou des soins de longue durée (sans court séjour)
8 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
9 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
10 – Hémodialyse	- Centre de dialyse : exclusif ou très prédominant
11 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)

Les établissements de santé non répondant sont indiqués par l'acronyme **NR**. Il s'agit d'établissements de santé n'ayant pas envoyé de bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales ou dont les données n'étaient pas utilisables.

Méthode de calcul des classes de résultats de l'ICALIN

Afin de visualiser l'évolution annuelle des performances, les bornes de chaque classe ont été définies à l'aide des données de la base nationale des bilans des activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année 2003. Il a ainsi été défini un score ICALIN seuil pour chaque classe de performance dont les valeurs ont été appliquées ensuite aux résultats de la base nationale 2004 pour faire l'objet du premier affichage public. Ce choix a ainsi permis d'automatiser le calcul des résultats et de rendre possible dans un délai court les nécessaires contrôles de qualité à l'échelon de chaque région.

Les modalités de calcul et valeurs seuils de l'ICALIN de chaque classe de performance pour une catégorie d'établissements donnée sont présentées ci dessous.

Calcul des bornes des classes par catégorie d'établissements – Données nationales 2003

L'analyse des bilans des activités de lutte contre les IN 2003 des établissements de santé (n=2290), a permis de définir les bornes des classes présentées.

Ces bornes de classes sont utilisées pour le classement 2004 et elles ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

Exemple : les Centres Hospitaliers de moins de 300 lits, (n=279 établissements en 2003)

- CH de moins de 300 lits (n=279)**

On définit les percentiles 10, 30, 70 et 90 de la base nationale 2003:

P10	44,5
P30	62,5
P70	79,5
P90	88,5

On définit ainsi 5 classes d'établissements. Soit ICALIN le score sur 100 de l'établissement :

- E si ICALIN < 44,5
- D si $44,5 \leq \text{ICALIN} < 62,5$
- C si $62,5 \leq \text{ICALIN} < 79,5$
- B si $79,5 \leq \text{ICALIN} < 88,5$
- A si ICALIN $\geq 88,5$

Ainsi, la classe de performance d'un centre hospitalier de moins de 300 lits sera A si son score ICALIN est supérieur ou égal à 88,5 et E si son ICALIN est inférieur à 44,5.

Tableau présentant les limites de classes des établissements de santé

Catégories d'établissements de santé		Échantillon national 2003 (nombre d'établissements de santé)	Borne supérieure de la classe E	Borne supérieure de la classe D	Borne supérieure de la classe C	Borne supérieure de la classe B	Borne supérieure de la classe A
1 – CHR-CHU		56	65,75	86	94,25	97,75	100
2 – CH-CHG	moins de 300 lits	279	44.5	62.5	79.5	88.5	100
	plus de 300 lits	241	67.5	79	89	95.5	100
3 – Etablissements Psy		212	36	50.65	73	84.45	100
4 – Hôpitaux locaux		289	16.4	31.5	59	74.1	100
5 – Cliniques MCO	moins de 100 lits	305	36	55	73	85.1	100
	plus de 100 lits	270	52	63.5	79.5	89	100
6 – Hôpitaux des armées		9	66	86.9	95.3	97.1	100
7 – SSR-SLD		561	23	45	69.5	82	100
8 – CLCC-CANCER		19	63.7	72.7	85.1	94.3	100
9 – HAD		6	19	28.75	49.75	64.5	100
10 – Hémodialyse		25	29.6	51.4	69.7	80.35	100
11 – MECSS		16	26.5	38.25	78	84.5	100

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux.

Groupe d'experts du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :

Antoine Andreumont (CTINILS, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris)
Alain Michel Ceretti (CTINILS, représentant des associations d'usagers, Le Lien, Paris)
Patrick Choutet (CTINILS, comité de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques, CHRU Tours)
Bruno Coignard (CTINILS, InVS, Saint Maurice)
Pierre Czernichow (CTINILS, CHU Rouen)
Michel Dupon (CTINILS, CHU Bordeaux)
Alain Durocher (CTINILS, HAS)
Emmanuelle Girou (CTINILS, CHU Henri Mondor Créteil)
Bruno Grandbastien (coordination ISO-RAISIN, CHU Lille)
Vincent Jarlier (RAISIN, CHU Pitié – Salpêtrière Paris)
Alain Lepape (CTINILS, CH Lyon Sud)
Alain Lortat-Jakob (CTINILS, CHU Ambroise Paré, Boulogne)
Nicole Marty (RAISIN, CHU Toulouse)
Philippe Michel (COMPAQH – INSERM, CCEQA, Bordeaux)
Etienne Minvielle (Responsable scientifique COMPAQH - INSERM)
Pierre Parneix (CTINILS, C.CLIN Sud Ouest Bordeaux, pilote du groupe de travail,)
Valérie Salomon (DHOS E2 cellule infections nosocomiales, coordination du groupe de travail)
Anne Savey (CTINILS, coordination RAISIN, C.CLIN Sud Est Lyon)
Daniel Talon (CTINILS, CHU Besançon)
Béatrice Tran (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)



CAHIER DES CHARGES DE L'INDICATEUR

Ce cahier des charges présente la description de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales tel qu'il a été testé. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH), par un groupe de travail spécifique, coordonné par les Dr Philippe Garnier(DGS-5C) et Valérie Salomon (DHOS-E2), dans le cadre de la mise en place du tableau de bord sur les infections nosocomiales demandée par le Ministre de la Santé en mars 2003.

Sur cette base, le test de la faisabilité de l'indicateur a été mené par les établissements de santé du panel COMPAQH en 2004. Ce cahier des charges est donc donné à titre indicatif.



CARACTERISTIQUES GENERALES

LIBELLE COMPLET

Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (LIN).

INDICATEURS ASSOCIES

- Volume annuel de produits hydro-alcooliques (gels et solutions) par journée-patient ;
- Taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) pour 1000 journées-patient ;
- Taux d'infections du site opératoire ;
- Consommation d'antibiotiques rapportée à 1000 journées-patient.

NATURE

Indicateur synthétique multi-items.

L'Indice Composite (IC) est destiné à mesurer le taux d'activités de LIN sur la base du Bilan annuel d'activités.

Indicateur de processus permettant de mesurer les actions de prévention et de contrôle des infections nosocomiales au sein des établissements.

JUSTIFICATION

De nombreuses actions de prévention et de contrôle des infections nosocomiales ont été engagées ces dernières années, la plupart du temps par voie réglementaire. Deux documents nous servent de référence .

- Un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales a été créé au ministère de la santé (DGS-DHOS) afin d'évaluer l'état de ces actions au sein des établissements. En 2000, 1789 établissements y avaient répondu.
- Un travail mené par le CREGAS (INSERM/CNRS) a permis d'identifier une série de 15 items couvrant les mêmes actions de LIN.

Classiquement, l'évaluation en santé publique est composée de trois éléments :

- l'évaluation des procédures,
- l'évaluation des moyens,
- l'évaluation des résultats.

Appliquées à la LIN et à son évaluation sur la base des bilans annuels, cette nomenclature doit cependant subir quelques adaptations.

L'évaluation des résultats n'est pas possible à partir des bilans annuels. Par ailleurs, les trois autres indicateurs du tableau de bord répondent en grande partie à cet item.

L'évaluation des procédures peut être décomposée en deux types :

- les procédures d'action : activités menées pour améliorer la prévention des IN,
- les procédures d'organisation : dispositif mis en place pour rendre la LIN efficace.

L'évaluation des moyens ne pose pas de problème particulier : moyens mis en œuvre pour la mise en place de la LIN (organisation et action).

Nous avons ainsi trois têtes de chapitre avec leur définition ci-dessus :

- organisation de la LIN,
- moyens mis en œuvre,
- activités mises en place.

CONSTRUCTION

Le score est construit à partir du "Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales".

Afin de faciliter le recueil de données les items proposés pour l'indicateur "Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales" sont dans le même ordre de présentation que ceux du "Bilan standardisé".

Pour le détail de la méthodologie de construction de l'indice composite se référer à l'annexe méthodologique.

ITEMS PRELIMINAIRES : LITS ET PLACES DE L'ETABLISSEMENT, NOMBRE DE SERVICES

Catégories de lits et places de l'établissement (correspondant aux différentes cartes sanitaires)	Nombre de lits	Nombre de places (ambulatoire)
Médecine (et réanimation médicale), court séjour dont réanimation médicale		
Chirurgie (et réanimation chirurgicale), court séjour dont réanimation chirurgicale		
Obstétrique		
Néonatalogie (y compris réanimation néonatale)		
Soins de suite et de réadaptation		
Soins de longue durée		
Psychiatrie		
Urgences (HTCD)		
Hémodialyse		
Hospitalisation à domicile		
Autre type de services sanitaires :		
Nature du service		

• Nombre total de services ou de secteurs d'activités	I _ I _ I _ I
---	---------------

On entend par service les services cliniques.

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation.

ITEM 1 : REUNIONS CLIN (O211)

Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant l'année 2003 ?	 réunions
---	--

Consignes de remplissage

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même.

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

La valorisation 6 sera accordée aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

Éléments de preuve

Les comptes-rendus de chaque réunions du CLIN dans l'année 2003.

Source de données

Président du CLIN.

ITEM 2 : REUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL (O212)

Combien y a-t-il eu de réunions de groupes de travail durant l'année (2003) ?	 réunions
---	---

Consignes de remplissage

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de soumettre des propositions adoptées en séance plénière, en dehors des réunions plénières.

Valorisation:

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année 2003.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant eu moins de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

La valorisation 4 sera accordée aux établissements ayant eu plus de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

Eléments de preuve

Les comptes-rendus des réunions, les relevés de conclusions des groupes de travail ou les comptes-rendus des réunions du CLIN faisant état des réunions des groupes de travail.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN

ITEM 3 : ADHESION A UN RESEAU (O221)

L'établissement adhère-t-il à un ou des réseaux formalisés ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'adhérant à aucun réseau formalisé.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements adhérant à un ou plusieurs réseaux formalisés.

Éléments de preuve

Liste des membres du réseau, Compte-rendu de réunion, Courrier ou fiche d'adhésion.

Nota :

Les réponses faites à des requêtes ponctuelles (du type RAISIN, CCLIN) ne peuvent pas être considérées comme la participation à un réseau. On cherchera plutôt une participation à un réseau régional d'hygiène par exemple.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène, président du CLIN, Direction ou responsable du réseau.

ITEM 4 : EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE (EOH) (M1, M12, M13, M14)

Indiquer le nombre d'équivalents temps plein (ETP) spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales **et intervenant au sein de l'établissement** :

Catégories de personnel dans l'équipe d'hygiène	Nombre d'ETP spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Tech. biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Autre personnel permanent, préciser	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

Consignes de remplissage

NE COMPTER QUE LE PERSONNEL DEDIE A LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES, à l'exclusion de tout autre personnel.

Si ce personnel partage son temps, au sein de l'établissement, avec d'autres activités, ne compter que la part consacrée à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si ce personnel est partagé avec d'autres établissements associés, ne compter que la part consacrée au sein de votre établissement.

Valorisation

La valorisation 6 sera accordée aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

La valorisation 6 sera accordée aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

Deux points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements dont les ETP technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

Eléments de preuve

Organigramme ou composition avec ETP ou fiches de postes avec mention de l'EOH validé(e)(s) par la Direction et le Président du CLIN.

Source de données

Direction.

ITEM 5 : CORRESPONDANTS EN HYGIENES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX (M31, M32)

• Nombre total de services ou de secteurs d'activités	I _ I _ I _ I
---	---------------

Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
au moins un correspondant médical	I _ I _ I services
au moins un correspondant paramédical	I _ I _ I services

Consignes de remplissage

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans 0 service.

La valorisation 0 sera accordée aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans 0 service.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

Un point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

Un point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

Eléments de preuve

Liste des membres validée par la direction, ou la direction des soins ou le président de CME.

Source de données

Direction , Direction des Soins ou Président de CME.

ITEM 6 : PROJET D'ETABLISSEMENT (O111)

L'établissement a-t-il adopté un <i>projet d'établissement</i>		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont-ils définis dans le projet d'établissement ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou en ayant adopté un, n'y ont pas défini les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant adopté un projet d'établissement, en y définissant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Éléments de preuve

Extrait du projet d'établissement.

Source de données

Direction.

ITEM 7 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (O112)

L'établissement a-t-il signé un <i>Contrat d'Objectifs et de Moyens</i> (COM) avec l'ARH ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Le COM signé avec l'ARH définit-il des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH, ou ayant signé un COM avec l'ARH n'y définissant pas des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

La valorisation 2 sera accordée aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH, en y définissant des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Éléments de preuve

Extrait du contrat d'objectif et de moyens.

Source de données

Direction.

ITEM 8 : LIVRET D'ACCUEIL (O131)

L'établissement a-t-il publié un <i>livret d'accueil</i> ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Ce livret d'accueil comporte-t-il une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas publié de livret d'accueil, ou ayant publié un livret d'accueil qui ne comporte pas d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant publié un livret d'accueil comportant une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales.

Éléments de preuve

Extrait du livret d'accueil.

Source de données

Accueil, Direction ou Service de communication.

ITEM 9 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTION (O31)

En 2003, un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOH ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH. La valorisation 9 sera accordée à l'établissement ayant un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

Eléments de preuve

Compte-rendu du CLIN où est présenté et validé le programme annuel du CLIN.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 10 : AVIS SUR LE PROGRAMME D'ACTION (O121)

En 2003, un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOH ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, ce programme d'action a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME) ?	☐ Oui ☐ Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) (secteur public uniquement) ?	☐ Oui ☐ Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) (ou équivalent dans le secteur privé) ?	☐ Oui ☐ Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, ou ayant un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles) pour les établissements publics ou assimilés ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) dans les établissements privés ou assimilés.

La valorisation 0,5 sera accordée à l'établissement ayant un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles) pour les établissements publics ou assimilés ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) dans les établissements privés ou assimilés.

La valorisation 1 sera accordée à l'établissement ayant un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles) pour les établissements publics ou assimilés ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) dans les établissements privés ou assimilés.

Eléments de preuve

Comptes-rendus des instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles) où est notifié l'avis, ou éventuellement le Procès-verbal des séances au cours desquelles les programmes ont été examinés si aucune instance n'a émis un avis.

Source de données

Direction.

ITEM 11 : RAPPORT D'ACTIVITE (O32)

Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente (2002), a-t-il été élaboré par le CLIN ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN.

La valorisation 4 sera accordée à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN.

Eléments de preuve

Existence du bilan standardisé de la LIN pour 2002.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 12 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITE (O122)

Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente (2002), a-t-il été élaboré par le CLIN ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI, ce rapport d'activité a-t-il été :		
☐	• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
☐	• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ?	☐ Oui ☐ Non
☐	• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (ou équivalent dans le secteur privé) ?	☐ Oui ☐ Non
☐	• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN, ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles).

La valorisation 0,5 sera accordée à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN, lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles).

Éléments de preuve

Comptes-rendus des instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles) où est notifié l'avis.

Source de données

Direction.

ITEM 13 : PROGRAMME DE MAITRISE DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (BMR) (A22)

Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

La valorisation 4 sera accordée aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

Eléments de preuve

Compte rendu du CLIN ou document validé par le CLIN (ou le président du CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

- La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- L'organisation de la surveillance et de la notification aux services par le laboratoire de l'année précédente (2002).

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 14 : COMITE DU MEDICAMENT (O132)

L'établissement a-t-il un comité du médicament ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Un représentant du comité du médicament est-il membre du CLIN ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de comité du médicament, ou ayant un comité du médicament mais sans représentant de celui-ci dans le CLIN.

La valorisation 0,5 sera accordée à l'établissement qui a un comité du médicament dont un représentant au moins est membre du CLIN.

Éléments de preuve

Liste des membres du CLIN et du comité du médicament validée par la direction.

Source de données

Direction.

**ITEM 15 : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHERAPIE DE PREMIERE INTENTION
(A11)**

Existe-t-il des protocoles ⁽¹⁾ sur l'antibiothérapie de première intention ⁽²⁾ dans les principales infections ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, ont-ils été évalués en 2003 ?	☐ Oui ☐ Non

Consignes de remplissage

⁽¹⁾ Réalisés ou validés par le CLIN, l'EOH ou le comité du médicament, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

⁽²⁾ Il s'agit de la prescription d'antibiotiques à usage curatif avant ou en absence d'antibiogramme ou de documentation bactériologique.

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements où il n'existe pas de protocoles sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements où il existe des protocoles sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

Eléments de preuve

Protocole d'antibiothérapie daté et validé par le CLIN ou compte-rendu du CLIN dans lequel le protocole a été validé.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

**ITEM 16 : SIGNALEMENT DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)
(A21)**

Existe-t-il un système de signalement des AES en collaboration avec la médecine du travail ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements où il n'existe pas de système de signalement des AES en collaboration avec la médecine du travail.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements où il existe un système de signalement des AES en collaboration avec la médecine du travail.

Éléments de preuve

Procédure de signalement des AES diffusée et datée ou rapport AES de l'année précédente (2002).

Source de données

Médecin du travail.

ITEM 17 : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES (A11)

Existe-t-il un protocole de prise en charge en urgence des AES ?	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

Éléments de preuve

Protocole "Conduite à tenir en cas d'AES" daté et validé par la médecine du travail, le CLIN ou le président du CLIN.

Source de données

Médecin du travail, Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 18 : ACTIONS DE PREVENTION DES AES (A21)

L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES en 2003 ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES en 2003.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES en 2003.

Éléments de preuve

Actions de prévention AES (formation et/ou évaluation et/ou mise en place de matériel de sécurité), ou résultats cités dans compte rendu du CLIN ou le rapport spécifique de l'action émis par l'EOH ou la médecine du travail ou le président du CLIN ou le service formation.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et médecin du travail ou à défaut le président du CLIN ou le Service formation.

ITEM 19 : PROTOCOLE POUR LE RESEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS) (A11)

L'eau a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique en 2003 en ce qui concerne :		
	Le réseau d'eau chaude sanitaire ?	☐ Oui, avec un seuil d'alerte défini ☐ Oui, sans seuil d'alerte défini ☐ Non

Valorisation:

La valorisation 0 sera accordée aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas été surveillé microbiologiquement en 2003, ou a été surveillé microbiologiquement en 2003 sans seuil d'alerte défini.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été surveillé microbiologiquement en 2003 avec un seuil d'alerte défini.

Éléments de preuve :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" avec seuil d'alerte définis de façon explicite. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur). De plus, un destinataire identifié des résultats de surveillance microbiologique de l'eau doit être nommé et celui-ci doit bien avoir reçu les résultats des prélèvements de l'année 2003.

Source de données :

Services techniques et Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut président du CLIN ou le Directeur.

ITEM 20 : PROTOCOLES PRIORITAIRES (A11)

THEMES DES PROTOCOLES	Protocoles existants	Application évaluée en 2003
Hygiène des mains		
Précautions "standard"		
Sondage urinaire		

Valorisation

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 0 sera accordée aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 2 sera accordée aux établissements si le protocole existe.

Éléments de preuve

Protocoles datés et validés par l'EOH, le CLIN ou le président du CLIN.

Source de données

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 21 : AUTRES PROTOCOLES (A12)

THEMES DES PROTOCOLES	Protocoles existants	Application évaluée en 2003
Dispositifs intra-vasculaires		
Techniques d'isolement		
Escarres		
Pansements		
Antiseptiques		
Désinfectants		
Traitement des dispositifs médicaux (endoscopes, matériel médico-chir., ..)		
Entretien des locaux		
Elimination des déchets		
Circuit du linge		

Valorisation

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 0 sera accordée aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 0,5 sera accordée aux établissements si le protocole existe.

Eléments de preuve

Protocoles datés et validés par l'EOH, le CLIN ou le président du CLIN.

Source de données

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 22 : PROTOCOLE DE RESEAU (O222)

Un ou plusieurs de ces protocoles ont-ils été réalisés ou évalués à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau (CCLIN, réseau régional d'hygiène ...) ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas réalisé ou évalué un de ces protocoles à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant réalisé ou évalué un de ces protocoles à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau.

Éléments de preuve

Un des protocoles comprend des référentiels au réseau ou une évaluation utilisant les outils mis à disposition par le réseau.

Source de données

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 23 : ENQUETE D'INCIDENCE OU DE PREVALENCE (A23)

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée en 2003 ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée en 2003 ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant réalisé une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence.

Eléments de preuve

Résultats de l'enquête de prévalence et/ou Résultats de l'enquête d'incidence dans un document validé par le CLIN ou l'EOH.

Source de données

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 24 : SURVEILLANCE A PARTIR DES DONNEES DU LABORATOIRE (A24)

L'établissement dispose-t-il d'un laboratoire de microbiologie ?		☐ Interne ☐ Externe avec convention ☐ Non
Si le laboratoire est interne ou externe avec convention,	en 2003, y a-t-il eu une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urologie, hémoculture...)?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait en 2003 de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont eu une surveillance des infections nosocomiales en 2003 à partir des données du laboratoire de microbiologie.

Eléments de preuve

Rapport formalisé des résultats de la surveillance, et/ou Mode de diffusion de l'information à partir du laboratoire – intranet, fiche papier – à l'EOH ou au(x) services.

Si le laboratoire de microbiologie a signé une convention avec l'établissement, la convention peut comporter une clause ou un paragraphe mentionnant la surveillance des infections nosocomiales.

Source de données

Responsable du laboratoire, convention que le laboratoire a signé avec l'établissement.

ITEM 25 : DIFFUSION DES RESULTATS DE LA SURVEILLANCE (A25)

Les résultats de la surveillance (enquêtes et données du laboratoire) ont-ils été diffusés aux services participants ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie), ou ayant organisé de la surveillance mais n'en n'ayant pas diffusés les résultats aux services participants.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé les résultats aux services participants.

Eléments de preuve

Note de diffusion comprenant les résultats de la surveillance.

Source de données

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN et le responsable du laboratoire de microbiologie.

ITEM 26 : PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE EN HYGIENE HOSPITALIERE (O133)

Un programme de formation continue en hygiène hospitalière a-t-il été inscrit en 2003 dans le plan de formation de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation de l'établissement.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation de l'établissement.

Eléments de preuve

Rapport de fin d'année de la formation continue ou Plan de formation continue de l'établissement.

Source de données

Directeur, Service formation.

**ITEM 27 : CONSULTATION DU CLIN POUR LE PROGRAMME DE FORMATION
CONTINUE (O223)**

Un programme de formation continue en hygiène hospitalière a-t-il été inscrit en 2003 dans le plan de formation de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, le CLIN a-t-il été consulté ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation de l'établissement, ou ayant inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation continue en hygiène hospitalière sans avoir consulté le CLIN.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation de l'établissement en ayant consulté le CLIN.

Éléments de preuve

Compte-rendu du CLIN où est présenté le plan de formation continue en hygiène hospitalière.

Source de données

Directeur ou Président de CLIN.

ITEM 28 : FORMATION EN HYGIENE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS (M21)

Une formation en hygiène a-t-elle été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement (formations inscrites au plan de formation de l'établissement ou programmées) ?		
	nouveaux personnels recrutés	☐ Oui ☐ Non
	intérimaires	☐ Oui ☐ Non
	étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements où une formation en hygiène a été prévue pour au moins une des catégories des nouveaux professionnels de l'établissement suivante : recrutés, intérimaires ou étudiants.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements où une formation en hygiène a été prévue pour au moins 2 des catégories des nouveaux professionnels de l'établissement suivante : recrutés, intérimaires ou étudiants.

Eléments de preuve :

Programme de chacune des catégories avec mis en évidence du contenu en hygiène avec au choix :

- Mention explicite des précautions standards ou
- Présence d'un membre de l'EOH ou du CLIN parmi les formateurs.

Source de données :

Directeur, Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 29 : FORMATION EN HYGIENE POUR LE PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT (M22, M23, M24)

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année 2003 par le personnel de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I
Personnels infirmiers	I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I
Autres personnels permanents	I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements ayant formé 0 médecins ou pharmaciens, 0 personnels infirmiers, 0 autres personnels permanents au cours de l'année 2003.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de l'année 2003.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de l'année 2003.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant formé au moins 1 personne autre personnel permanent.

Eléments de preuve

Programme de formation ou rapport de la Formation Continue.

Source de données

Directeur ou service formation.

ITEM 30 : ACTIONS D'EVALUATION (A32, A33)

Des actions d'évaluation ont-elles été menées durant l'année 2003 (en dehors des évaluations de l'application des protocoles déjà signalées) ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Y a-t-il eu des audits de pratiques ?	☐ Oui ☐ Non
	Y a-t-il eu d'autres actions d'évaluation ?	☐ Oui ☐ Non

Valorisation

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année 2003 (en dehors des évaluations de l'application des protocoles déjà signalées).

La valorisation 2 sera accordée aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année 2003.

Un point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant réalisé au moins un audit de pratique parmi les actions d'évaluations de l'année 2003.

Eléments de preuve

Résultats de l'évaluation ou de l'audit dans un document validé par le CLIN ou l'EOH

Source de données

Directeur, Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

ITEM 31 : EVALUATION DES PROTOCOLES (A31)

Cet item complète les items précédents n°15, 20 et 21.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements qui auront réalisé l'évaluation durant l'année 2003 d'au moins un des protocoles des items n°15, n°20 et n°21.

Eléments de preuve

Résultats de l'évaluation ou de l'audit dans un document validé par le CLIN ou l'EOH

Source de données

Directeur, Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

SCORE GLOBAL

Le score global de l'indicateur sera égal à :

<i>Somme des valorisations pour chacun des items</i>
100

ECHANTILLON

Non applicable.

La mesure de l'indicateur se fera au niveau de l'établissement par l'analyse de l'existant.

RECUEIL(étude faisabilité compaqh)

SCHEMA D'ETUDE

Recueil rétrospectif des données du bilan annuel d'activités de LIN de l'année précédente.

Avant l'arrivée de l'attaché de recherche clinique (ARC) le responsable du recueil aura la charge de collecter et de rassembler les éléments de preuve détaillés dans le cahier des charges. Afin de faciliter son travail il pourra utiliser le bilan 2003 envoyé à la DDAS et les réponses donnés.

Le jour de sa venue, l'ARC et le responsable du recueil passeront en revue les éléments de preuve rassemblés pour compléter les items de l'indice composite. Ce travail de collecte des éléments de preuve pourra donc modifier les réponses qui ont été apportées et envoyées à la DDASS pour le bilan 2003.

RESPONSABLE DU RECUEIL

Le responsable du recueil est le président (ou un autre membre) du CLIN.

DUREE ET PERIODE DE RECUEIL

Le recueil devra être terminé le 1^{er} décembre 2004.

FREQUENCE

Le recueil de données doit être actualisé tous les ans.

VARIABLES

Les différentes variables nécessaires à la mesure de l'indicateur et à son appréciation sont les réponses apportées par l'établissement à chacun des 30 items.

SUPPORT DE COLLECTE

Un support informatique (ou papier) permettant le recueil de l'ensemble des variables nécessaires sera utilisé.

SUPPORT DE SAISIE

Les valeurs des variables nécessaires à la mesure de l'indicateur seront saisies sur le fichier proposé.

CONTRÔLE DE QUALITÉ DES DONNÉES (étude de faisabilité COMPAQH) COLLECTE

Le responsable du recueil et l'Assistant de Recherche Clinique (ARC) s'assureront de la complétude des données pour chaque item.

SAISIE

L'ARC s'assurera de la qualité de la saisie des données (masque de saisie, contrôles logiques à la saisie, double saisie).

PREUVE DE DONNEES DECLAREES

L'ARC s'assurera des déclarations faites par l'établissement pour chacun des 31 items par une visite au sein de l'établissement. Cette visite permettra de vérifier les déclarations de l'établissement en fonction des spécifications propres à chaque item.

Tout élément de preuve fourni par l'établissement sera recueilli et conservé par l'ARC.

ANALYSE (étude de faisabilité COMPAQH)

Analyse principale

Les résultats seront analysés au niveau de l'établissement.

Ajustement

A étudier en fonction des résultats.

Comparaison inter-établissements

La comparaison ne pourra être valide qu'entre établissements de type et de taille similaires.

RESTITUTION (étude de faisabilité COMPAQH)

Diffusion interne

Les résultats de l'indicateur pourront être diffusés, sous forme de fiches de synthèse avec les autres indicateurs portant sur les infections nosocomiales :

- Au CLIN,
- Aux services d'hygiène et de bactériologie,
- Aux responsables des services concernés,
- A la direction.

Fréquence

Après chaque auto-évaluation annuelle.

Présentation des résultats

L'établissement recevra son score pour cet indicateur, la moyenne et la médiane des scores observés dans l'échantillon d'établissements, ainsi qu'une représentation graphique des résultats anonymisés de chaque établissement. Il recevra également une présentation des résultats par type d'activité des établissements (Médecine chirurgie obstétrique, psychiatrie, soins de suite et réadaptation).

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

>> Méthode d'élaboration

Les différentes étapes de l'élaboration et de la validation de l'ICALIN ont été les suivantes :

1. Construction de l'indice composite par un groupe de travail selon la méthode des choix raisonnés (détaillée ci-après) ;
2. Simulation des différentes propositions de cotation sur les bases de données des années 2001 à 2003 ;
3. Choix définitif de la pondération des items ;
4. Validation des résultats par un groupe de DRASS et de C-CLIN sur la base de leur connaissance des établissements.

L'Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) est destiné à mesurer le taux d'activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) sur la base du Bilan annuel d'activités (BAA) rempli par les établissements.

Le Bilan annuel comprend, outre les données administratives, environ 80 items dont l'utilisation a été envisagée. Leur intérêt est inégal et leur importance dans la LIN est variable.

Après la sélection des items à retenir dans l'ICALIN, leur pondération permet de tenir compte du poids relatif de chacun dans la LIN de l'établissement.

1 - SELECTION DES ITEMS :

L'ICALIN est un outil unique qui s'applique à tous les établissements de santé (ES). C'est pourquoi il n'a été retenu que les items concernant l'ensemble des établissements. Les items spécifiques, tels que ceux relatifs à une activité chirurgicale, pourront être utilisés dans le cadre d'indices spécifiques.

Par ailleurs, la sélection des items s'est faite en fonction de leur utilité dans le cadre de la LIN.

En définitive, l'ICALIN est composé d'items :

- faisant partie, exclusivement, du Bilan annuel d'activités ;
- concernant l'ensemble des établissements de santé ;
- liés à la LIN.

Le nombre d'items retenus n'est limité que par ces trois critères. Il a été décidé d'inclure tous les items répondant à ces critères d'une part, pour prendre en compte l'ensemble des aspects de la LIN et, d'autre part, pour éviter que la variation d'un seul item fasse varier l'ICALIN au-delà de son importance réelle dans la LIN.

Le fait que ces items existent déjà dans le BAA et que le recueil du BAA soit informatisé permet de faire ce choix sans augmenter la charge de travail des ES et des échelons de compilation des données (DDASS, DRASS et C-CLIN).

2 - PONDERATION DES ITEMS :

Afin de faciliter la lecture de l'ICALIN, il a été décidé de le noter globalement sur 100. Chaque ES pourra ainsi évaluer le pourcentage qu'il atteint dans la mise en œuvre de la LIN.

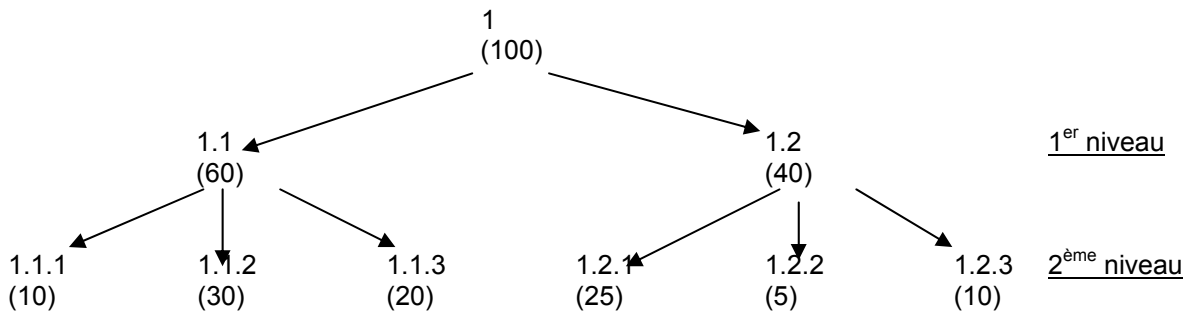
La sélection des items effectuée selon les principes énoncés ci-dessus contient 60 items. Le groupe de travail a estimé que tous ces items n'avaient pas la même importance ; ce qui aurait été le cas si le calcul de l'ICALIN se limitait à noter la présence (1) ou l'absence (0) de l'item.

Afin de pondérer les items, la méthodologie suivante a été utilisée.

2.1 – Schéma général :

La construction de l'indice se fait de façon raisonnée en regroupant les items par chapitres et sous-chapitres correspondants aux différents éléments d'une stratégie de LIN.

La pondération s'inspire de la méthodologie utilisée dans la méthode PERT de planification en pondérant niveau par niveau, en commençant par le niveau le plus global jusqu'au niveau le plus détaillé comme indiqué dans l'exemple ci-dessous :



Le poids relatif de chaque item ne doit et ne peut se discuter qu'au sein du groupe d'items auquel il appartient, un item ne mesurant qu'une partie d'une fonction.

Illustration - Il n'y a pas de sens à discuter du poids relatif entre les items 1.2.2 et 1.1.3 ci-dessus. Ce premier item (1.2.2) est l'une des mesures des modalités de la fonction 1.2 tandis que le second item (1.1.3) mesure une partie de la fonction 1.1. C'est du poids relatif entre les fonctions 1.1 et 1.2 (dans notre exemple 60 et 40) qu'il convient de discuter et, au sein de chacune de ces fonctions, du poids relatif de chaque item qui les mesure.

Le schéma méthodologique est donc le suivant :

1^{ère} étape :

- définition des fonctions du premier niveau ;
- pondération des fonctions de 1^{er} niveau (ex : $60 + 40 = 100$);
- répartition des items par fonction de 1^{er} niveau ;

2^{ème} étape :

- définition des fonctions de 2^{ème} niveau au sein de chaque fonction de 1^{er} niveau
- pondération des fonctions de 2^{ème} niveau au sein de chaque fonction de 1^{er} niveau (ex pour la fonction 1.1 : $10 + 30 + 20 = 60$)
- répartition des items d'une fonction de 1^{er} niveau entre ses fonctions de 2^{ème} niveau.

2.2 – Fonctions de 1^{er} niveau :

22.1. Définitions :

Classiquement, l'évaluation en santé publique est composée de trois éléments :

- l'évaluation des procédures
- l'évaluation des moyens
- l'évaluation des résultats

Appliquées à la LIN et à son évaluation sur la base des bilans annuels, cette nomenclature doit subir quelques adaptations.

Les résultats de la LIN ne sont pas contenus dans le Bilan annuel d'activités. Il faut donc l'abandonner.

L'évaluation des procédures peut être décomposée en deux catégories :

- les procédures d'organisation : dispositif mis en place pour rendre la LIN efficace.
- les procédures d'action : activités menées pour agir sur les IN

L'évaluation des moyens ne pose pas de problème particulier : moyens mis en œuvre pour faciliter la mise en place de la LIN (organisation et actions).

Nous avons ainsi trois chapitres avec leur définition ci-dessus :

- organisation de la LIN, noté O
- moyens mis en œuvre, noté M
- activités mises en place, noté A.

22.2. Pondération des fonctions OMA :

Le groupe de travail a estimé que les trois fonctions O, M et A avaient la même importance. L'ICALIN étant coté sur 100, la cotation respective des trois fonctions est la suivante :

O = 33	M = 33	A = 34
---------------	---------------	---------------

NB – Au cours des travaux du groupe de travail, plusieurs propositions alternatives ont été testées sur la base nationale 2003 des BAA. La distribution des ES selon la valeur de l'ICALIN n'a pas subi de modification significative. Par ailleurs, un calcul des coefficients de corrélation partielle a montré une très grande corrélation entre les trois fonctions OMA (tous supérieurs à 0.95). Ceci confirme que l'organisation, les moyens et les actions sont très dépendants les uns des autres.

22.3 – Répartition des items entre les trois fonctions OMA :

Le tableau ci-dessous liste l'ensemble des items contenus dans le BAA, la fonction OMA dans laquelle l'item est affecté et la raison pour laquelle un item n'a pas été retenu.

Tableau 1 : Distribution des items selon la nomenclature O/M/A

Items	Classi- fication	Commentaires
CLIN constitué	NON	Voir réunions du CLIN
Ligne budgétaire spécifique au CLIN	NON	Ne préjuge pas du budget réellement mis à disposition du CLIN
Réunions CLIN	O	0 réunion = CLIN inexistant
Réunions GT	O	
Adhésion réseau	O	
Existence EOH	NON	Voir « composition des EOH »
EOH commune +/- convention	NON	Signification différente selon la taille de l'ES
Composition EOH	M	Si pas d'EOH = 0
Organisation EOH		Sans influence sur la LIN
Correspondants paramédicaux	M	
Correspondants médicaux	M	
Objectifs LIN dans Projet d'étab.	O	
Objectifs LIN dans COM	O	
Livret d'accueil existant	NON	Si pas de livret = pas de LIN dans le livret
LIN dans Livret d'accueil	O	
Existence Programme d'action (PA)	O	
Avis instances sur PA	O	
Objectifs prioritaires PA		Inexploitable
Existence rapport d'activités (RA)	O	
Avis instances sur RA	O	
Programme maîtrise BMR	A	
COMED existant	NON	Pas d'influence sur la LIN, si pas dans CLIN
COMED dans CLIN	O	
Protocole ABT avec COMED	NON	double emploi avec précédent
Protocole antibioprophylaxie	NON	Indicateur spécifique « chirurgie »
Protocole antibiothérapie	A	
AES signalement	A	
AES protocole	A	
AES prévention	A	
Fontaines réfrigérantes	NON	Ne concerne pas tous les ES
Eau bact. maîtrisée	NON	Indicateur spécifique « chirurgie »
Réseau eau chaude	A	
Air traité	NON	Indicateur spécifique « chirurgie »
Protocoles n° 1, 2, 4, 5, 8 et 10 à 17	A	
Protocoles n° 3, 18	NON	Indicateur spécifique « chirurgie »
Protocoles n° 6, 7, 9 et 19 à 25	NON	Ne concerne pas tous les ES
Protocoles dans le cadre réseau	O	
Enquête prévalence	A	
Enquête Inc – n° 1, 3, 4, 5 et 6	A	
Enquête Inc – n° 2 (ISO)	NON	Indicateur spécifique « chirurgie »
Surveillance à partir des données du labo	A	
Diffusion des résultats	A	
Situation alertes – épidémies : nombre	NON	Indicateur négatif et ambigu
Situation alertes – épidémies : expert	NON	
Situation alertes – épidémies : sign. ext.	NON	
Formation HH dans formation continue	O	
CLIN consulté formation	O	
Formation nouveaux, intérim., étudiants	M	
Formation des personnels permanents	M	
Existence évaluation	A	

Réalisation audit /autre	A	
--------------------------	---	--

NB 1 – La formation, conformément aux définitions des trois chapitres OMA, a été classée dans les moyens. Il ne s'agit pas d'une action de lutte contre les IN, mais d'un moyen de rendre plus efficace les actions réalisées par le personnel.

NB 2 – Les correspondants en hygiène sont également classés dans les « moyens ». Il a été considéré que le rôle des correspondants est d'impulser et de suivre les activités définies par le CLIN au sein de leur service. Il s'agit d'un moyen en personnel mobilisé pour la mise en place de la LIN.

NB 3 – Contrôle et évaluation : les modalités de contrôle et d'évaluation sont classées dans le même chapitre que l'item qu'elles contrôlent ou évaluent. Ainsi le rapport d'activité est classé avec le programme d'actions (O) et l'évaluation est classée avec les actions (A).

2.3. Fonction de 1^{er} niveau : Organisation

23.1 – Définition des fonctions O de 2^{ème} niveau :

A partir des 14 items retenus dans O, trois sous-chapitres ont été définis :

- l'intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'ES (O1) :
- le CLIN en tant qu'organe de coordination et d'impulsion de la LIN (O2)
- les outils de définition et de gestion de la LIN (O3).

23.2. Pondération des fonctions O de 2^{ème} niveau :

Le CLIN (O2) et les outils de gestion de la LIN (O3) ont été jugés d'une importance équivalente et plus importants que l'intégration de la LIN dans l'ES (O1). O2 et O3 contribuent directement à la LIN, tandis que l'intérêt d'O1 se situe dans ses effets induits (ex : des instances informées sont mieux disposées à donner des moyens pour mener les activités).

La pondération suivante a été adoptée (total O = 33) :

O1 = 7 (20 %)

O2 = 13 (40 %)

O3 = 13 (40 %)

23.3 – Répartition des items O entre les trois sous-fonctions :

Tableau 2 : Classement des items O

Sous fonctions	Items
O1 – Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'ES	Objectifs de la LIN dans le Projet d'établissement
	Objectifs de la LIN dans le COM
	Politique de la LIN dans le Livret d'accueil
	Avis des instances sur PA
	Avis des instances sur RA
	Membre du COMED dans le CLIN
	Formation Hyg. Hosp. dans le prog de formation continue
O2 – Le CLIN	Réunions du CLIN
	Réunions de groupes de travail
	Adhésion du CLIN à un réseau
	Protocoles élaborés à partir de référentiels de réseau
	Le CLIN est consulté sur le prog de formation continue
O3 – Outils de gestion de la LIN	Existence d'un Programme d'action
	Existence d'un rapport d'activités

23.4 – Pondération des items O1 (Total O1 = 7) :

Ces items ont été répartis en 3 sous-fonctions :

O11 – Objectifs de la LIN inscrits dans les objectifs de l'ES :

- O111 - dans le projet d'établissement
- O112 - dans le COM

O12 – Avis des instances de l'ES :

- O121 – sur le programme d'action
- O122 – sur le rapport d'activités

O13 – Autres éléments de l'intégration de la LIN :

- O131 – Présentation de la LIN dans le livret d'accueil
- O132 – Un membre du COMED est membre du CLIN
- O133 – Formation en Hygiène hospitalière dans le programme de formation continue

Le poids respectif des sous-fonctions et des items au sein de celles-ci a été défini comme suit :

Tableau 3 : Pondération des items O1

Sous fonctions	Poids s/fonction	Items	Discussion	Poids item
O11	3	O111 – Proj. d'ES	fixe les orientations générales	1
		O112 – COM	définit les objectifs précis et surtout les moyens mis en œuvre	2
O12	1,5	O121 - Avis PA	Au moins 2 instances consultées	1
		O122 - Avis RA	idem – PA > RA	0,5
O13	2,5	O131 - Livret	Présentation vis à vis des usagers	1
		O132 - COMED dans CLIN	Simple présence d'un comité technique	0,5
		O133 - HH dans FC	LIN dans la politique de formation du personnel	1

23.5 – Pondération des items O2 (Total O2 = 13) :

Ces items ont été répartis en 2 sous-fonctions :

O21 – Le travail du CLIN :

- O211 – Réunions plénières du CLIN
- O212 – Les groupes de travail du CLIN

O22 – L'influence du CLIN et ses relations extérieures :

- O221 – Le CLIN adhère à un réseau
- O222 – Les protocoles adoptés par le CLIN s'appuie sur des outils validés par un réseau
- O223 – Le CLIN est consulté sur le programme de formation continue.

Il a été considéré que le travail du CLIN avait une influence prépondérante dans cette sous-fonction.

O21 = 10 (75 %)

O22 = 3 (25 %)

Tableau 4 : Pondération des items O2

Sous fonctions	Poids s/fonction	Items	Discussion	Poids item
O21	10	O211 – Réunions CLIN	0 = 0 réunion / 2 = 1 ou 2 réunions par an 6 = 3 réunions ou plus par an	6
		O212 – Groupe de T	0 = 0 réunion / 1 = nb de réunions ≤ nb réunions CLIN 4 = nb de réunions > nb réunions CLIN	4
O22	3	O221 – Adhésion réseau	Le CLIN n'est pas isolé vis à vis de l'extérieur	1
		O222 – Protocoles / outils réseau	Les outils élaborés par le CLIN sont référencés	1
		O223 – CLIN consulté / PFC	Le CLIN n'est pas isolé à intérieur	1

23.6 – Pondération des items O3 (Total O3 = 13) :

Le programme (PA) est essentiel et le rapport d'activités (RA) n'est qu'un compte rendu de la réalisation du PA :

O31 - PA = 9

O32 - RA = 4

2.4. Fonction de 1^{er} niveau : Moyens (Total M = 33)

24.1 – Définition des fonctions M de 2^{ème} niveau :

A partir des items retenus dans M, trois sous-fonctions ont été définies :

- L'équipe opérationnelle d'hygiène ou EOH (M1) :
- La formation du personnel de l'ES à l'hygiène hospitalière (M2)
- Les correspondants en hygiène hospitalière dans les services (M3).

24.2. Pondération des fonctions M de 2^{ème} niveau :

La présence de personnel spécialement dédié à la LIN a été jugée suffisamment importante pour lui accorder la moitié de la pondération totale attribuée aux moyens. Les deux autres fonctions sont jugées d'une égale importance.

M1 = 16 (50 %)

M2 = 9 (25 %)

M3 = 8 (25 %)

24.3. Pondération des items M1 (EOH) :

Le problème de la pondération de cet item est lié au manque de fiabilité des réponses déclaratives. Une référence directe à un ratio (ETP/lits et places) risque de donner à ce sous-indice une précision à laquelle on ne peut pas prétendre.

Par ailleurs, les établissements ne sont pas égaux, les établissements de moins de 100 lits devant passer par une collaboration avec d'autres établissements pour atteindre le ratio souhaité.

Dans ces conditions, il a été jugé plus pertinent de coter cet item à partir de la composition de l'EOH. L'EOH doit comprendre au moins du temps médical (médecin ou pharmacien) et du temps paramédical (cadre ou IDE), ces deux éléments ayant une égale importance. Le fait que l'équipe soit composée de ces deux éléments simultanément donne un bonus. Mais, l'EOH peut, et c'est souhaitable pour un bon fonctionnement, comprendre d'autres catégories de personnel (secrétaire technicien etc.) bien que leur importance soit moindre.

La pondération suivante a été adoptée (Total M1 = 16) :

Tableau 5 : Pondération des items M1

Items	Description	Poids item
M11	ETP médecin ou pharmaciens > 0	6
M12	ETP cadre inf. ou IDE > 0	6
M13	M11 > 0 et M12 > 0	2
M14	ETP secrétaire ou ETP technicien > 0	2

NB : A l'avenir et en fonction du gain de fiabilité qui pourra être obtenu, il pourra être envisagé une pondération plus fine des deux premiers items (M11 et M12) reposant pour partie sur une notion de ratio.

24.4. Pondération des items M2 (Formation) :

Sur l'ensemble des informations disponibles, il a été retenu les quatre items suivants :

- le fait que l'ES prévoit de former systématiquement les personnels nouveaux, intérimaires et étudiants (M21)
- la formation effective de personnels médicaux (M22)
- la formation effective de personnels paramédicaux (M23)
- la formation effective d'autres catégories de personnels permanents (M24)

La pondération suivante a été adoptée (Total M2 = 9) :

Tableau 6 : Pondération des items M2

Items	Description	Poids items
M21 – Formation nouv., intérimaires et étudiants	0 = aucune catégorie prévue 1 = 1 des 3 catégories prévues 2 = 2 ou 3 catégories prévues	2
M22 – Formation médecins ou pharmaciens	Nombre d'heures de formation de médecins ou de pharmaciens > 0	3
M23 – Formation des personnels infirmiers	Nombre d'heures de formation de personnels infirmiers > 0	3
M24 – Formation autres personnels permanents	Nombre d'heures d'autres personnels permanents > 0	1

24.5. Pondération des items M3 (Correspondants) :

L'existence d'un correspondant médical est aussi importante que celle d'un correspondant paramédical. Il y a le fait qu'ils existent et le pourcentage de services ayant un correspondant. Le nombre de services n'est pas une donnée toujours bien remplie. En outre, le problème est fondamentalement différent entre le public (définition du CSP avec un chef de service) et le privé (le service peut-être une unité ayant le même personnel paramédical ou un ensemble de lit affecté à un praticien).

Compte tenu de ces éléments, la pondération suivante a été adoptée (Total M3 = 8) :

- M31 – Existence de correspondants médicaux = 3
- M32 – Nombre de services avec correspondants médicaux > 50 % du nombre total de services = 1
- M33 – Existence de correspondants paramédicaux = 3
- M32 – Nombre de services avec correspondants paramédicaux > 50 % du nombre total de services = 1

2.5. Fonction de 1^{er} niveau : Actions (Total A = 34)

25.1 – Définition des sous-fonctions A de 2^{ème} niveau :

Trois sous-fonctions ont été définies :

- les outils de prévention : essentiellement les protocoles (A1)
- les outils de surveillance ou de prévention secondaire (A2)
- l'évaluation (A3)

25.2 – Pondération des sous-fonctions A de 2^{ème} niveau :

La prévention primaire est jugée essentielle et à la base de toute politique de LIN. C'est pourquoi, il lui est attribué la moitié de la pondération totale de la fonction A. En effet :

- les protocoles visent directement à empêcher les IN (prévention primaire)
- la surveillance vise à prendre rapidement des mesures correctrices (prévention secondaire)
- l'évaluation cherche à savoir si les deux précédentes actions sont correctement mis en place.

La pondération suivante a été adoptée (Total A = 34) :

A1 - Prévention = 17 (50%)

A2 - Surveillance = 12 (35%)

A3 - Evaluation = 5 (5%)

25.3 – Répartition des items A entre les 3 sous-fonctions :

Tableau 7 : Répartition des items A dans les sous-fonctions

A1	Prévention	Antibiothérapie, AES, Réseau d'eau chaude et protocoles n° 1, 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17
A2	Surveillance	Prévention et signalement des AES
		Programme de maîtrise des BMR
		Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie
		Enquête de prévalence ou d'incidence
A3	Evaluation	Diffusion des résultats de la surveillance
		Evaluation des protocoles
		Un type d'évaluation a été réalisé dont au moins un audit

25.4 – Pondération des items A1 (Total A2 = 17) :

Les 17 protocoles ont été répartis en deux groupes :

- Les protocoles prioritaires que tout ES doit mettre en place : lavage des mains, précautions standards, sondage urinaire, antibiothérapie, accident avec exposition au sang (AES), eau chaude sanitaire (ECS avec seuil d'alerte). Ils sont cotés 2 chacun quand ils existent, soit 12 au total.
- Les autres protocoles : n° 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 17. Ils sont cotés 0,5 point chacun quand ils existent, soit 5 au total.

Le choix des protocoles prioritaires s'est fait sur les arguments suivants :

- l'hygiène des mains et les précautions standards constituent la base de l'hygiène hospitalière
- le sondage urinaire est une des sources principales de surinfection
- l'antibiothérapie doit être une priorité majeure
- les AES dont la gravité des conséquences est majeure
- les réseaux d'eau chaude sanitaire avec le développement des légionelloses.

25. 5 – Pondération des items A2 (Total A2 = 12) :

Les items qui sont apparus les plus importants en matière de surveillance sont le programme de maîtrise des BMR, les AES (prévention et signalement) et la pratique d'enquête.

Tableau 8 : Pondération des items A2

A2 (15)	A21 - AES	Prévention des AES + 2 . Signalement des AES = 1	3
	A22	Programme de maîtrise des BMR	4
	A23 –Enquêtes	Au moins une enquête de prévalence ou d'incidence	3
	A24	Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie	1
	A25	Diffusion des résultats de la surveillance	1

25. 6 – Pondération des items A3 (Total A3 = 5) :

Il a été jugé important de valoriser l'évaluation des protocoles et de majorer la pratique d'une évaluation quand il s'agit d'un audit.

Le fait d'évaluer au cours de l'année au moins un protocole est coté 2 points.

La réalisation d'une autre évaluation, quel qu'en soit le type est coté 2 points. S'il s'agit d'un audit, il est ajouté 1 point.

3 – SYNTHÈSE DE LA CONSTRUCTION DE L'IC :

Tableau 9 : Construction de l'IC et pondération des items par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – avis des instances sur le programme d'action				1,5	1
			O122 – avis des instances sur le rapport d'activités					0,5
		O13	O131 – une information sur la LIN est dans le livret d'accueil			2,5		1
			O132 – un représentant du comité du médicament est membre du CLIN					0,5
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établ.					1
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Adhésion à un ou des réseaux formalisé(s)				3	1
			O222 – Protocoles réalisés ou évalués par des outils fournis par un réseau					1
			O223 – CLIN consulté sur le programme de formation continue					1
	O3 Outils de gestion de la LIN		O31 – programme d'action élaboré par le CLIN			13		9
			O32 – rapport d'activités élaboré par le CLIN					4
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0	100	33	16		6
			M12 – nombre temps plein paramédical > 0					6
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0					2
			M14 – nombre temps plein secrétaire ou technicien >0					2
	M2 Formation du personnel		M21 – formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants			9		2
			M22 – formation des médecins ou pharmaciens > 0					3
			M23 – formation des personnels infirmiers > 0					3
			M24 – formation des autres personnels permanents > 0					1
	M3 Correspondants		M31 – correspondants en hygiène médicaux			8		4
			M32 – correspondants en hygiène paramédicaux					4
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 6 protocoles prioritaires (antibiothérapie de première intention, prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	100	34	17		12
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intra-vasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)					5
	A2 Surveillance		A21 – actions de prévention et système de signalement des accidents exposant au sang (AES)			12		3
			A22 – programme de maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques					4
			A23 – réalisation d'au moins une enquête de surveillance					3
			A24 – surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie					1
			A25 – résultats de la surveillance diffusés aux services					1
	A3 Evaluation		A31 – Evaluation d'au moins un protocole			5		2
			A32 – réalisation d'un type d'évaluation					2
			A33 – dont un audit de pratique					1

Membres du groupe de travail ayant élaboré l'ICALIN :

Dominique Albouy-Baudrin (CCREVI, DRASS Midi-Pyrénées)
Bruno Coignard (Département Maladies Infectieuses, Institut de veille sanitaire)
Clément Corriol (COMPAQH)
Dominique Delettre (DDASS Allier)
Valérie Drouvot (DGS 5C DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)
Philippe Garnier (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)
Gilles Manquat (Fédération Médicale inter hospitalière de gestion du Risque Infectieux lié aux Soins Fémérus Savoie)
Pierre Parneix (CCLIN Sud Ouest Bordeaux)
Luc Peyrebrune (DRASSIF)
Béatrice Pottecher (CLCC Paul Strauss Strasbourg)
Valérie Salomon (DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)

GROUPES DE TRAVAIL

Groupe d'experts du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :

Antoine Andremont (CTINILS, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris)
Alain Michel Ceretti (CTINILS, représentant des associations d'usagers, Le Lien, Paris)
Patrick Choutet (CTINILS, comité de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques, CHRU Tours)
Bruno Coignard (CTINILS, InVS, Saint Maurice)
Pierre Czernichow (CTINILS, CHU Rouen)
Michel Dupon (CTINILS, CHU Bordeaux)
Alain Durocher (CTINILS, HAS)
Emmanuelle Girou (CTINILS, CHU Henri Mondor Créteil)
Bruno Grandbastien (coordination ISO-RAISIN, CHU Lille)
Vincent Jarlier (RAISIN, CHU Pitié – Salpêtrière Paris)
Alain Lepape (CTINILS, CH Lyon Sud)
Alain Lortat-Jakob (CTINILS, CHU Ambroise Paré, Boulogne)
Nicole Marty (RAISIN, CHU Toulouse)
Philippe Michel (COMPAQH – INSERM, CCEQA, Bordeaux)
Etienne Minvielle (Responsable scientifique COMPAQH - INSERM)
Pierre Parneix (CTINILS, pilote du groupe de travail, C.CLIN Sud Ouest Bordeaux)
Valérie Salomon (DHOS E2 cellule infections nosocomiales, coordination du groupe de travail)
Anne Savey (CTINILS, coordination RAISIN, C.CLIN Sud Est Lyon)
Daniel Talon (CTINILS, CHU Besançon)
Béatrice Tran (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)



Membres du groupe de travail ayant élaboré l'ICALIN :

Dominique Albouy-Baudrin (CCREVI, DRASS Midi-Pyrénées)
Bruno Coignard (Département Maladies Infectieuses, Institut de veille sanitaire)
Clément Corriol (COMPAQH)
Dominique Delettre (DDASS Allier)
Valérie Drouvot (DGS 5C DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)
Philippe Garnier (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)
Gilles Manquat (Fédération Médicale inter hospitalière de gestion du Risque Infectieux lié aux Soins Féméris Savoie)
Pierre Parneix (CCLIN Sud Ouest Bordeaux)
Luc Peyrebrune (DRASSIF)
Béatrice Pottecher (CLCC Paul Strauss Strasbourg)
Valérie Salomon (DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)

Membres du groupe de l'Institut de Veille Sanitaire sur les 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 (février 2004)

Comité de pilotage :

Gilles Brückner, 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) ;

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 :

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, APHP 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.

CONTACTS

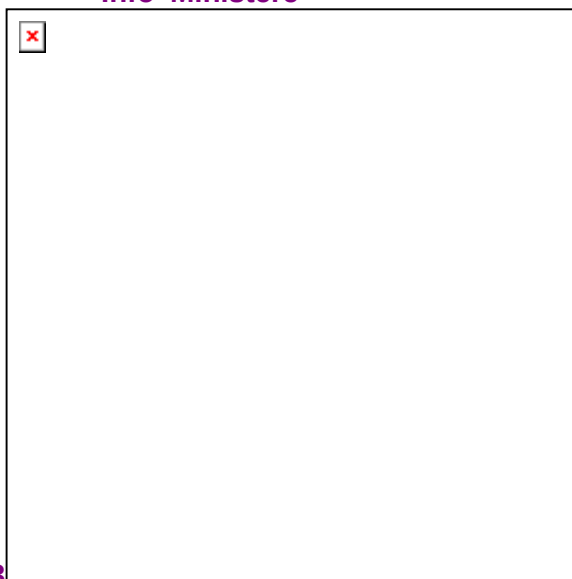
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél : 33(0) 1 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé
Bureau E2 qualité et sécurité des soins en établissements de santé

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction pathologie et santé
Bureau 5C des maladies infectieuses et de la politique vaccinale

Cellule infections nosocomiales

Portail téléphonique d'information sur le tableau de bord Info' Ministère



0820 03 33 33

(0,12 € TTC / MN)

Ouvert du lundi au samedi de 9h00 à 19h00