



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 Prévention des risques infectieux
Bureau Infections et autres risques liés aux soins

Cellule infections nosocomiales

RAPPORT NATIONAL SUR LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

**ICALIN 2005
ICSHA 2005
SURVISO 2005**

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

Le 18 janvier 2007

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes engagés, vous le savez, depuis maintenant plusieurs années dans la lutte contre les infections nosocomiales. Les premiers résultats sont là. Mais nous devons continuer avec fermeté à poursuivre cette lutte contre les infections nosocomiales.

Je voudrais aussi indiquer que nous sommes entrés dans une démarche à la fois de transparence et de qualité. Et cette double exigence nous amène à renforcer la confiance dans notre système de soins car c'est bien de cela dont il s'agit. La transparence nourrit la confiance et c'est la confiance qui doit être le but recherché par les uns et par les autres. Je voudrais aussi souligner que les professionnels de santé jouent le jeu. Mais nous avons besoin de savoir là aussi pourquoi les résultats sont meilleurs dans certains établissements que dans d'autres et de faire en sorte encore une fois que l'ensemble des établissements, hôpitaux comme cliniques, puissent continuer sur cette voie du progrès dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Les infections nosocomiales ne sont pas une fatalité. La DRESS estime que dans 2 cas sur 5 les événements indésirables graves auraient pu être évités. Notre rôle, c'est de les éviter. Voilà pourquoi nous avons mis en place des indicateurs, parce qu'on va à l'hôpital pour être soigné, pas pour tomber malade. Une infection nosocomiale est insupportable dans son principe, même si nous savons qu'il existe des contextes, notamment des pratiques invasives, qui peuvent accroître les risques d'infections nosocomiales. En plus d'ICALIN qui porte sur les activités que les établissements mettent en place pour lutter contre les infections nosocomiales, il y a à partir de maintenant un indicateur sur l'hygiène des mains et un autre sur la surveillance des infections des sites opératoires.

Je voudrais, pour replacer ce propos dans un cadre plus général, souligner que si la France se situe parmi les meilleurs élèves de l'Europe et que la tendance est aujourd'hui à la baisse, les infections nosocomiales touchent encore près de 5% des personnes hospitalisées. Il n'est donc pas question de tomber dans le piège de la satisfaction parce que les résultats sont meilleurs que les années précédentes. Nous devons clairement faire mieux et continuer sur cette voie. L'année 2006 a été marquée certes par la publication de ce premier indicateur, mais aussi par l'arrivée sur notre territoire de la souche 027 du Clostridium difficile qui nous a amené aussi à prendre de nouvelles mesures sachant qu'un certain nombre de référentiel devait être adapté pour faire face à l'apparition de cette souche particulièrement virulente.

Il y a un an, presque jour pour jour, je vous ai présenté le premier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales, ICALIN (l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales). Aujourd'hui, nous ajoutons deux nouveaux indicateurs : l'un porte sur l'hygiène des mains et l'autre sur la surveillance des infections du site opératoire mis en place par les établissements. La prise de conscience est réelle.

Premièrement l'ICSHA, l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques. Vous le savez l'hygiène des mains, et en particulier le lavage, la friction des mains avec des produits hydro-alcooliques, est un des meilleurs moyens, si simple soit il, pour prévenir les infections nosocomiales. Dans un hôpital nul ne devrait s'en exonérer : visiteurs, patients et personnels soignants. Le lavage systématique des mains doit devenir un réflexe pour les patients mais aussi les visiteurs qui entrent et sortent d'une chambre d'hôpital. La consommation de produits hydro-alcooliques constitue donc un très bon marqueur de l'investissement d'un hôpital dans cette lutte.

Or, les résultats de cet indicateur ne sont bons. Seuls 5,3% des hôpitaux sont classés dans les deux meilleures catégories et 63,3 % d'entre eux se situent dans les classes C et D. Alors si plus de 95% des hôpitaux français ont mis en place des protocoles de lavage de mains, il est nécessaire de vérifier si ces protocoles sont bien appliqués.

Pour que ce type d'hygiène des mains devienne un réflexe pour tous, je souhaite que les hôpitaux mettent à disposition les solutés hydro-alcooliques au moins à l'entrée de tous les services et au delà, par exemple, dans toutes les chambres, comme cela existe déjà dans certains services. Ce système qui est un passage obligé dans les services de néonatalité par exemple doit être développé.

Deuxièmement, SURVISO, l'indicateur disponible de surveillance des infections des sites opératoires. Pour cet indicateur, pas de catégories, mais simplement une déclaration de l'hôpital pour savoir si les infections du site opératoire sont surveillées spécifiquement ou non. 668 établissements sur 1124 établissements concernés ont répondu par l'affirmative. On peut toutefois remarquer que les structures de grandes capacités ont répondu par l'affirmative à 80% alors que les petites structures ne sont que 35 %. Cela tient essentiellement à l'informatisation des établissements et donc à leurs facultés à recueillir les informations nécessaires à la surveillance des infections des sites opératoires. Il faut donc accélérer les investissements pour l'informatisation des systèmes de santé car l'informatisation n'est pas seulement un enjeu technique mais bien d'aide à l'organisation, à la décision et à la lutte contre les infections nosocomiales. J'aurai l'occasion de revenir sur la priorité donnée à ces investissements lors de la présentation du Plan Hôpital 2012 d'ici quelques semaines. Ces deux nouveaux indicateurs s'ajoutent à ICALIN, l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales. Dans ce domaine, dans l'organisation de la lutte au sein des établissements, des progrès ont été faits.

Tout d'abord, davantage d'établissements ont répondu à l'enquête. Des 404 établissements classés en F en 2004, nous sommes passés à 74 établissements classés en F pour l'année 2005. 74, c'est trop. 74 ce n'est pas acceptable. Il est inadmissible qu'au bout de deux années 74 établissements n'aient toujours pas produit les informations nécessaires. Dès que j'ai eu connaissance de ces résultats, j'ai diligenté des enquêtes médico-administratives pour savoir pourquoi ces établissements n'ont pas répondu mais surtout pour savoir comment les choses se passent dans ces établissements. Cette enquête est déjà en cours et j'attends les résultats pour la fin du mois de février au plus tard. S'il y avait des problèmes liés à la sécurité des patients, je prendrai mes responsabilités en prenant des mesures plus coercitives. Si les établissements concernés n'ont pas fourni les informations nécessaires, il m'importe de leur rappeler que la transparence n'est pas facultative.

Ensuite parce que 56,4 % ont progressé d'au moins une classe. Les résultats s'améliorent, certes. Cela montre bien l'utilité de cette démarche de transparence. Mais nous devons continuer à progresser. Certes, 80 établissements sont aujourd'hui dans la catégorie E au lieu de 248 de l'année dernière. C'est encore trop également. Pour les 3% d'établissements situés dans la classe E du score Icalin 2005, j'ai demandé que les agences régionales de l'hospitalisation se déplacent en lien avec les comités de lutte contre les infections nosocomiales pour comprendre les difficultés de ces hôpitaux et proposent des solutions pour améliorer au plus vite cette situation. Est-ce un problème de prise de conscience, ou de moyens ? Sur la base d'un contrat et d'un plan d'action précis, les établissements qui en ont besoin doivent être soutenus financièrement. Mais nous savons qu'il n'y a pas systématiquement de corrélation entre la question des moyens et la prise en compte de la lutte contre les infections nosocomiales comme priorité.

Enfin, parce qu'un tiers des établissements de santé sont classés dans la catégorie A cette année, alors qu'il n'était que 11 % l'année dernière. Je veux les en féliciter. Mais ce résultat n'est pas un acquis. Il faut sans cesse remettre son dispositif à l'épreuve de l'évaluation.

Je compte aussi beaucoup, au-delà des engagements de professionnels, des hospitaliers, sur les usagers. J'aurais l'occasion prochainement, lors d'Etats généraux, d'indiquer comment je vois les choses pour renforcer leur place mais il est évident qu'il n'est pas question que la place des usagers soit diminuée dans une quelconque structure de niveau ministériel ou non. J'ai au contraire l'intention de faire des propositions pour renforcer leur place essentielle à mes yeux.

L'an dernier, je vous avais également donné rendez-vous pour vous présenter la démarche de qualité et de transparence que je comptais mettre en place au-delà des infections nosocomiales. Un an après, nous avons posé les bases d'un système qui garantit plus de transparence pour le patient et qui incite chaque établissement de santé à tout mettre en œuvre pour améliorer la qualité des soins. C'est donc une dynamique globale et je veux aussi fixer de nouveaux indicateurs pour aller plus loin dans cette démarche.

La transparence dans l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé, c'est un devoir vis-à-vis des patients, un droit pour chacun à disposer de l'information la plus précise et la plus accessible.

C'est tout l'enjeu de la plate-forme d'informations sur les établissements de santé, PLATINES. Accessible dès aujourd'hui sur Internet sur www.platines.sante.gouv.fr, elle donne désormais accès aux usagers à une base de données qui présente l'activité de 1 300 établissements publics et privés en France métropolitaine ayant des activités de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique. Elle sera bien sûr étendue à l'ensemble des établissements dès 2008.

Chacune des fiches d'identité décrit les activités pratiquées comme la présence ou non de service d'urgence, les capacités d'accueil, les équipements en imagerie médicale. Les principales caractéristiques de chaque établissement hospitalier, c'est à dire leur niveau d'activité, leurs équipements, leurs pratiques spécifiques (comme la consultation de la douleur chronique ou la prise en charge des soins palliatifs), leurs résultats pour leur certification par la Haute autorité de santé -et ce point est particulièrement important-, leurs scores aux différents indicateurs de performance et de qualité, dont ICALIN pour les indicateurs de qualité, sont ainsi mises à la disposition de chacun, avec en face les références nationales de chaque catégorie d'établissements. Elle comprend également des indicateurs sur le type et le nombre de certaines pathologies traitées, sur le nombre de médecins présents pour 10 000 passages aux urgences, sur la prise en charge des soins palliatifs, ou encore sur les délais d'attente pour une IVG. En tout, 55 indicateurs sont pour l'instant répertoriés dans ces fiches d'identité. Mais nous voulons aller plus loin. Sont d'ores et déjà à l'étude des indicateurs tels que les délais d'attente aux scanners et IRM. Ils viendront au fur et à mesure enrichir les données disponibles sur les établissements.

En effet, l'expérimentation menée par l'Inserm dans le cadre du projet Compaqh a permis de valider plusieurs indicateurs de qualité des soins dont une dizaine apparaissent généralisables à l'ensemble des établissements. Dès qu'ils le seront, ils pourront alors être publiés sur le site PLATINES. Je tiens particulièrement à la publication rapide de plusieurs indicateurs supplémentaires: le dépistage des troubles nutritionnels, la traçabilité de la douleur, la mesure de la satisfaction des patients, je n'hésite pas à le dire le mot le confort des patients, la tenue et le délai d'envoi du dossier médical, le respect des recommandations et bonnes pratiques médicales et la publication complète du tableau de bord des infections nosocomiales. Les résultats issus de la phase pilote pour ces indicateurs seront disponibles avant la fin de l'année 2007 et la généralisation est prévue dans le courant de l'année 2008.

Vous le voyez, au delà même de la lutte contre les infections nosocomiales, c'est la même logique qui s'impose à tous et à toutes. Cette logique de transparence. C'est donc tout le système hospitalier qui s'engage dans cette double exigence de transparence et de qualité. Je sais les efforts demandés aux acteurs sur le terrain. Des acteurs de terrains qui peuvent voir dans cette démarche une révolution. Je pense que c'est surtout une évolution en profondeur, une évolution inscrite dans la durée et dans les pratiques quotidiennes. Que les patients soient assurés de la volonté de transparence et de qualité de leurs soignants. Que les soignants soient assurés d'avoir la confiance de leurs patients et le soutien des pouvoirs publics dans leurs efforts. L'engagement qui est le notre, au de la même des infections nosocomiales, illustre une conviction, ma conviction: même si notre système de santé est de qualité, il toujours possible de mieux faire et c'est forcément la transparence qui génère la confiance.

LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2005

>> Sommaire

<i>Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales 2005</i>	
<i>>> Vos questions, nos réponses</i>	6
<i>Les résultats nationaux</i>	12
<i>ICALIN</i>	12
<i>ICSHA</i>	14
<i>SURVISO</i>	15
<i>Accompagnement des établissements en 2005-2006</i>	16
<i>Le tableau de bord</i>	18
<i>Cahier des charges et éléments de preuve d'ICALIN</i>	25
<i>Pondération des items de l'ICALIN 2005 par fonctions et sous-fonctions</i>	44
<i>Modalités de calcul de l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA)</i>	45
<i>GROUPES DE TRAVAIL</i>	46

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales 2005

>> Vos questions, nos réponses

QU'EST CE QUE LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ?

Il s'agit pour chaque établissement de santé de produire progressivement 5 indicateurs qui reflètent son niveau d'investissement dans la prévention des infections nosocomiales (IN). Ces indicateurs sont publics et mis à la disposition des usagers sur Internet.

La progression individuelle de l'établissement de santé, et sa comparaison par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans le domaine de la prévention du risque infectieux.

Par ses effets d'émulation, d'incitation et d'accompagnement des établissements en difficulté, le tableau de bord vise à l'amélioration globale de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

D'OU VIENNENT LES DONNEES ?

Chaque établissement de santé doit obligatoirement établir chaque année un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini par un arrêté du Ministre chargé de la santé.

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

Les établissements effectuent une saisie informatique des données du bilan de la LIN, qui sont ensuite transmises à l'échelon départemental puis régional des services de l'Etat (DDASS et DRASS).

Toutes les données (données du bilan et données administratives issues de la statistique annuelle des établissements de santé) sont ensuite regroupées et analysées au Ministère chargé de la santé.

Cette obligation s'impose à tous les établissements de santé publics et privés.

PUIS-JE AVOIR CONFIANCE DANS CES DONNEES ?

Tout établissement est tenu de mettre à la disposition des autorités sanitaires **un dossier regroupant les preuves des données déclarées**.

Le remplissage du bilan s'est appuyé sur un cahier des charges présentant des consignes de remplissage pour éviter les erreurs d'interprétation et fiabiliser les données.

Une validation des données des bilans des activités déclarées pour l'année 2005 a été organisée auprès de 10% des établissements de santé par les services de l'Etat.

QUELS SONT LES 3 INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD EN 2006 ?

L'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : ICALIN (déjà publié pour les données 2004)

L'ICALIN objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.

Ce score est le reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé, en particulier de sa Direction, de son

équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

L'indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA (nouvel indicateur portant sur les données 2005)

L'indicateur ICSHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales. Il permet d'appréhender la mise en œuvre par les professionnels soignants des règles qui leurs sont enseignées.

L'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO) : SURVISO (nouvel indicateur portant sur les données 2005)

L'indicateur SURVISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.

Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale permettant de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

QU'EST CE QUE LE SCORE ICALIN ?

ICALIN : Un score sur 100 qui résume la manière dont la LIN est organisée.

Ce score informe sur la façon dont l'établissement s'est organisé (33 points), sur les moyens qu'il a mis en place (33 points) et sur les actions qu'il a entreprises (34 points).

L'organisation de la LIN. Elle est surtout reflétée par l'activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), son programme de travail, son bilan annuel, 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 » (EOHH) chargée de la prévention des infections dans tout l'établissement mais aussi par l'existence de correspondants en hygiène chargés au sein des services de relayer l'action de cette équipe transversale.

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.

ICALIN : Une classe de performance.

Pour comparer les établissements entre eux, 14 catégories ont été définies permettant de situer un établissement par rapport à d'autres ayant des missions, une taille et des activités similaires.

NB : En 2005 la catégorie « établissement ambulatoire » a été ajoutée afin de tenir compte de la particularité de ces établissements, notamment l'absence d'hospitalisation complète ou de semaine, très petite taille, majorité des soins sous forme de consultations.

Pour chaque catégorie d'établissements, 6 classes de performance ICALIN de A à F ont été définies :

- la classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. **Ce sont les structures les plus avancées dans l'organisation de la prévention du risque infectieux ;**
- la classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés. **Ce sont les structures les moins avancées dans l'organisation de la prévention du risque infectieux.**
- Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situation intermédiaire.

- la classe F regroupe les établissements pour lesquels aucune donnée n'est disponible. **C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.**

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

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

Par exemple, pour la catégorie des « centres hospitaliers de plus de 300 lits », les scores des établissements de la classe A (scores les plus élevés) sont 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 calculés 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 A à E de l'ICALIN 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 2005 et seront conservées les années suivantes afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre.

QU'EST CE QUE L'INDICATEUR ICSHA?

Pourquoi un indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques ?

L'hygiène des mains est la mesure de prévention la plus simple et la plus efficace pour réduire la transmission des micro-organismes lors des soins.

L'expression «hygiène des mains» fait référence à des techniques de lavage au savon (simple ou antiseptique) ou de friction désinfectante des mains avec un produit hydro-alcoolique (PHA).

L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles liées aux bactéries multirésistantes.

Toutefois, l'hygiène des mains ne se résume pas à la seule désinfection par friction et les techniques de lavage restent indiquées dans certaines situations où les PHA ne le sont pas (mains souillées par exemple).

SHA ? PHA ?

Initialement sur le marché, seules des solutions hydro-alcooliques (SHA) étaient disponibles. Sont apparus progressivement des gels hydro-alcooliques et donc une évolution vers un terme plus général, les produits hydro-alcooliques (PHA).

Que représente une consommation de PHA en litres pour 1000 journées d'hospitalisation ?

Une friction est réalisée avec 3 mL de produit environ. Si pour un patient, il y a une friction par jour, cela représente, pour 1000 journées d'hospitalisation, une consommation de 3 litres.

L'objectif national de 20 litres pour 1000 journées d'hospitalisation, peut se traduire par l'équivalent, en moyenne, de 7 frictions effectuées par patient et par jour.

Cette valeur a été définie sur la base d'expériences françaises au début des années 2000, faisant état des résultats obtenus dans des centres hospitaliers, au sein desquels l'utilisation des SHA était déjà bien implantée.

La réflexion autour de l'élaboration des classes de performance de cet indicateur a conduit à la nécessité de pondérer l'objectif à atteindre en fonction des types d'activités, pour pouvoir adapter cette mesure à tous les établissements de santé.

Comment est construit l'indicateur ICSHA ?

L'**ICSHA** est le rapport entre le volume consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation, exprimé en pourcentage de réalisation de l'objectif.

1. Consommation déclarée de PHA : Chaque établissement transmet le nombre de litres de PHA commandés par les services. Ce volume rapporté au nombre de journées d'hospitalisation réalisées, permet de calculer une consommation en litres pour 1000 journées d'hospitalisation.

Objectif personnalisé de consommation de l'établissement : Cet objectif est la somme des objectifs estimés pour chacune des disciplines (médecine, chirurgie etc.) représentées dans l'établissement, tenant compte du nombre de journées d'hospitalisation réalisé pour chacune.

2. Exemples :

- En médecine, 7 frictions par 24h en moyenne
- En réanimation, une friction toutes les demi heures, soit 48 frictions par jour.
- En psychiatrie, 2 frictions par jour.

Un établissement comportant uniquement des lits de médecine aura donc un objectif personnalisé de consommation de 21 L pour 1000 JH (7 frictions X 3mL X 1000). Une structure qui aurait une activité partagée à moitié entre la médecine (21 L/1000 JH) et la psychiatrie (6L/1000 JH) aurait un objectif de 13,5 L pour 1000 JH.

ICSHA est le pourcentage de la consommation réelle par rapport à son objectif personnalisé. Un établissement qui a réellement consommé 5,5 L pour 1000 JH et dont l'objectif personnalisé serait de 13,5 L pour 1000 JH aura atteint 40,7% (5,5/13,5) de son objectif.

3. Classes de résultats de l'ICSHA : les établissements sont classés de A à F selon le schéma suivant :

$$E < 10\% \leq D < 30\% \leq C < 70\% \leq B < 90\% \leq A$$

La classe F regroupe les établissements pour lesquels les données - volume consommé, nombre de journées d'hospitalisation par discipline - ne sont pas disponibles.

C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.

Nb : Les établissements n'ayant qu'une activité ambulatoire (hospitalisation de jour, consultation...) ne sont pas pris en compte pour cet indicateur. Il est normal qu'ils n'appartiennent à aucune classe de résultat.

Comment interpréter l'indicateur ICSHA ?

Les résultats des établissements semblent faibles pour l'ICSHA

L'implantation des PHA est relativement récente en France et le changement des habitudes professionnelles peut prendre du temps. Les résultats faibles de certains établissements ne signifient pas pour autant une absence d'hygiène des mains mais une utilisation encore majoritaire du lavage des mains à l'eau et au savon.

Les données présentées ici sont recueillies et diffusées pour la première fois, il sera important d'apprécier la progression des établissements lors des années suivantes.

Pourquoi certains établissements ont un résultat supérieur à 100% ?

Certains établissements sont en avance et utilisent les PHA depuis plusieurs années. Ces établissements ont donc recours de façon très majoritaire aux PHA plutôt qu'au lavage des mains. De ce fait ils ont déjà atteint leur objectif personnalisé qui est **le minimum fixé d'ici 2008**. De nouveaux critères de performance, plus exigeants, pourront être définis au-delà de 2008.

QU'EST CE QUE L'INDICATEUR SURVISO ?

Pourquoi un indicateur de surveillance des infections du site opératoire ?

Les risques infectieux varient selon les types d'activité des établissements de santé. Il est donc primordial d'avoir un système de surveillance adapté pour mesurer le risque, cibler les actions de prévention.

Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (6 cas pour 1 000 interventions chez les patients sans risque spécifique - données ISO-RAISIN 2004), ces infections sont toutefois au 3^{ème} rang (10%) des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence en 2001. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale.

Certaines infections du site opératoire, environ 40%, sont graves et profondes et l'organe ou l'os est alors infecté. Les autres sont superficielles, comme par exemple une cicatrice qui suppure.

SURVISO en 2006

L'utilisation de méthodologies diverses par les services de chirurgie et la prise en charge de patients ayant des niveaux de risque infectieux variables ne permet pas un affichage généralisé des résultats des surveillances épidémiologiques. Il n'y a donc pas de classement sur cette base cette année.

SURVISO est déduit du bilan d'activité 2005 rempli par chaque établissement. Il recense :

- la mention de l'existence d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO) ;
- et le nombre de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique participant à cette surveillance rapporté au nombre total de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique de l'établissement.

La surveillance des ISO repose sur le suivi des patients infectés pendant l'hospitalisation et jusqu'à 30 jours suivant la sortie du patient (1 an en cas de pose de prothèse) et rapporté au nombre total de patients opérés.

Il est recommandé que tous les services ou secteurs chirurgicaux soient engagés dans une démarche de surveillance mais cela suppose un système d'information adapté.

VOUS ETES USAGERS

Vous êtes usager, que pouvez-vous faire ?

En tant que patient ou visiteur, n'hésitez pas à poser des questions. Par exemple, vous pouvez faire préciser la signification des indicateurs de façon compréhensible et demander les résultats de l'établissement. Toute question est bienvenue comme savoir qui peut ou doit utiliser les PHA quand ils sont mis à disposition dans la chambre.

Pour atteindre les objectifs fixés dans le programme national, il faut aussi agir sur le comportement des soignants. Des études montrent le rôle incitatif des responsables des services mais aussi la place de l'usager dans cette approche pédagogique. En tant qu'usager, il faut être attentif à son hygiène personnelle, en particulier lors d'une hospitalisation. Il est important de se laver les mains après être allé aux toilettes, avant les repas ou après s'être mouché. Vous pouvez aussi utiliser des PHA à conditions de respecter les précautions d'emploi. Enfin, il faut veiller à ne pas toucher les dispositifs qui servent aux soins tels qu'un cathéter, une sonde urinaire, ou tout autre matériel de soins.

L'hygiène, et en particulier celle des mains, est une démarche citoyenne qui doit être encouragée et enseignée à tous dans la vie courante en vue d'améliorer la santé de chacun.

Vos représentants au sein des établissements de santé

Il existe, au sein des établissements, des représentants des usagers qui siègent à la commission de relation avec les usagers et

au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ils sont en mesure d'interroger les spécialistes de l'établissement sur la politique d'hygiène des mains initiée dans la structure et les actions d'améliorations prévues. Vous pouvez demander leurs coordonnées et leur faire part de vos remarques.

REMERCIEMENTS

Le ministère de la santé et des solidarités remercie les établissements de santé pour leur participation à la collecte des données.

Il tient aussi à remercier les référents régionaux des DRASS, les personnels des DDASS pour leur travail notamment de validation des données, ainsi que les CCLIN et leurs antennes régionales pour les actions conduites pour accompagner les établissements.

***** Pour en savoir plus sur vos droits :
<http://www.infonosocomiale.com/>

Les résultats nationaux

Les résultats individuels du tableau de bord des infections nosocomiales de chaque établissement de santé sont diffusés en ligne dans le dossier infections nosocomiales.

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/carto/html/index.html

L'accès se fait directement par le nom de l'établissement ou par cartes géographiques.

Le tableau de bord comprend 3 indicateurs : ICALIN, ICSHA et SURVISO

ICALIN

Les établissements de santé sont répartis en 6 classes d'ICALIN de A à F. 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 2005, 32.5% établissements de santé sont en classe A et 31.1% en classe B. 68 établissements de santé sont en classe F (établissement n'ayant pas envoyé de bilan d'activités ou dont les données n'étaient pas utilisables).

ICALIN 2005	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	913	872	691	182	79	68	2805
Pourcentage	32.5%	31.1%	24.6%	6.5%	2.8%	2.4%	100%

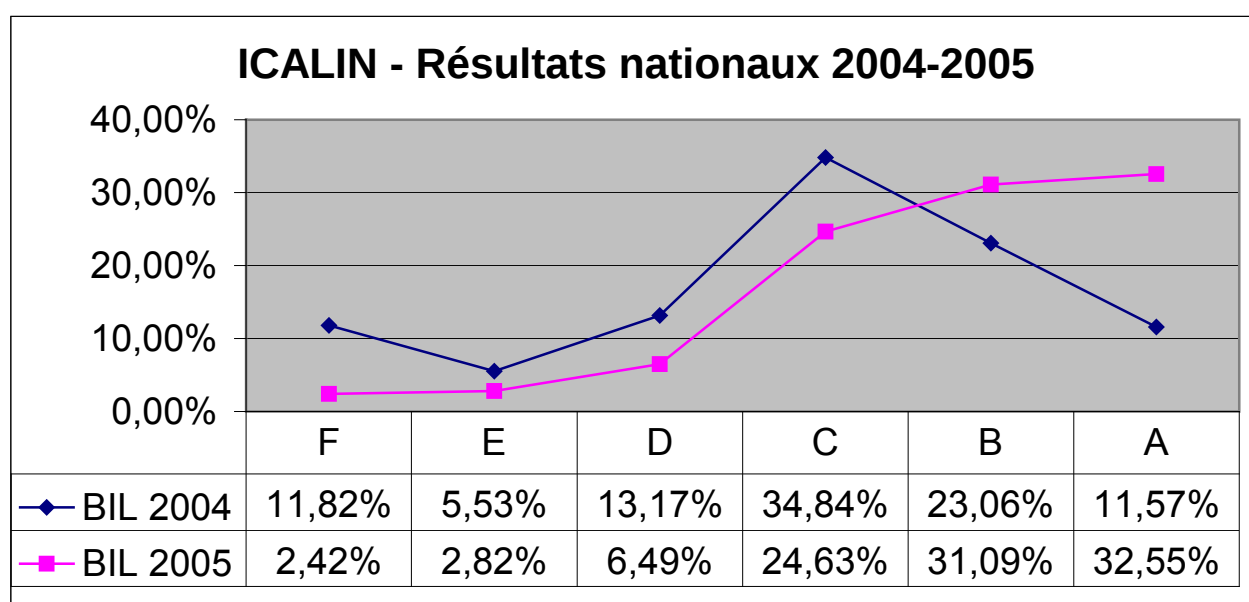
En 2004, 11.6% établissements de santé étaient en classe A et 23.1% en classe B. 404 établissements de santé étaient non répondants (F).

ICALIN 2004	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	324	646	976	369	155	331	2 801
Pourcentage	11.6%	22.2%	34.7%	13.2%	5.5%	11.8%	100%

La figure ci-après montre l'évolution d'ICALIN entre 2004 et 2005 vers une diminution globale des classes C à F et une nette augmentation des classes A et B.

Du fait de regroupement ou de fusion d'établissements de soins, 101 "nouveaux" établissements apparaissent en 2005. L'analyse des changements de classe se fait donc sur 2704 établissements.

- 952 établissements n'ont pas changé de classe entre 2004 et 2005.
- 1286 ES ont progressé d'au moins une classe [831 : + 1 classe , 371 : + 2 classes, 70 : + 3 classes et 14 : + 4 classes].
- 191 ES ont régressé d'au moins une classe [176 : - 1 classe, 15 : - 2 classes].
- 248 ES classés F en 2004 et ont produit un tableau de bord en 2005.
- 27 ES classés en 2004 n'ont pas répondu en 2005.



Les objectifs 2005 étaient de 7% en classe F (non-répondants) et 4% en classe E. Les résultats 2005, proches des objectifs fixés pour ICALIN 2006 (respectivement 2.42% et 2.82%), montrent la forte mobilisation des établissements de santé au cours de l'année 2005.

La définition des catégories d'établissement de santé sont détaillées dans l'annexe 1.

Distribution nationale par classe : ICALIN 2005							
Classes	A	B	C	D	E	F	Total
Pourcentage	32,5%	31,1%	24,6%	6,5%	2,8%	2,4%	100%
Nombre	913	872	691	182	79	68	2805

Catégorie d'établissements* / classes	ICALIN 2005						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
1-CHR-CHU	25,0	48,6	26,4	0,0	0,0	0,0	72
2-CH INF 300 LITS	36,6	27,8	25,6	6,6	1,6	1,9	317
2-CH SUP 300 LITS	34,0	41,5	19,9	4,1	0,4	0,0	241
3-ETABLISSEMENT PSY	26,4	31,3	27,4	6,9	4,5	3,5	288
4-HOPITAL LOCAL	26,4	30,7	29,3	7,8	2,6	3,2	348
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	40,8	31,4	16,8	6,1	2,6	2,3	309
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	49,8	29,6	15,0	1,9	3,1	0,6	321
6-HOPITAL DES ARMEES	40,0	40,0	10,0	10,0	0,0	0,0	10
7-SSR-SLD	26,9	29,8	28,5	8,6	3,3	2,9	731
8-CLCC-CANCER	20,0	65,0	15,0	0,0	0,0	0,0	20
9-HAD	34,6	7,7	19,2	11,5	15,4	11,5	26
10-HEMODIALYSE	26,8	28,6	25,0	14,3	1,8	3,6	56
11-MECSS-POUPONNIERE	15,8	2,6	63,2	5,3	5,3	7,9	38
12-AMBULATOIRE	28,6	21,4	25,0	7,1	7,1	10,7	28

Résultats nationaux du
tableau de bord des infections nosocomiales 2005

Distribution nationale des scores ICALIN et OMA 2005				
Catégorie d'établissements/ score	ICALIN (sur 100)	Organisation (sur 33)	Moyens (sur 33)	Actions (sur 34)
	Médiane [min-max]	Médiane [min-max]	Médiane [min-max]	Médiane [min-max]
1-CHR-CHU	96,25 [86-100]	31 [25,5-33]	33 [19,5-33]	33 [27-34]
2-CH INF 300 LITS	84 [21,5-99,5]	28,5 [4-33]	28 [0-33]	30 [9-34]
2-CH SUP 300 LITS	93,5 [47-100]	30,5 [3-33]	31 [16-33]	33 [12-34]
3-ETABLISSEMENT PSY	76,55 [4-99]	28 [0-33]	24 [0-33]	25 [1-34]
4-HOPITAL LOCAL	64 [2-95]	22,5 [0-33]	21,5 [0-33]	21 [1-33,5]
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	82 [11,5-100]	29 [2-33]	26 [0-33]	29 [6-34]
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	89 [11,5-100]	31 [0-33]	28 [0-33]	31 [5,5-34]
6-HOPITAL DES ARMEES	96,25 [83,5-100]	32,5 [28,5-33]	32 [26,5-33]	33,25 [28-34]
7-SSR-SLD	73 [2,5-100]	26 [0-33]	22,5 [0-33]	25 [0-34]
8-CLCC-CANCER	91,5 [78-98]	29,75 [23,5-33]	30,25 [25-33]	32,5 [27-34]
9-HAD	49 [2-85]	22 [0-31,5]	16,5 [0-22,5]	20 [1-28]
10-HEMODIALYSE	73 [20-97,5]	27,25 [3,5-33]	22 [2-33]	24,75 [8,5-33,5]
11-MECSS-POUPONNIERE	10,5 [62,5-96,5]	25 [0-32,5]	20,5 [0-33]	22 [7,5-31,5]
12-AMBULATOIRE	10 [72,5-93,5]	26,25 [0-32,5]	24 [0-33]	21,75 [7-33,5]
TOTAL	80 [2-100]	28 [0-33]	26 [0-33]	28 [0-34]

ICSHA

Distribution nationale par classe : ICSHA 2005							
Classe	A	B	C	D	E	F	Total
Total (n) ES	83	76	606	1193	585	234	2777
Pourcentage	3,0%	2,7%	21,8%	43,0%	21,1%	8,4%	100%

Catégorie d'établissements / classe	ICSHA 2005						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
1-CHR-CHU	11,1	13,9	59,7	15,3	0,0	0,0	72
2-CH INF 300 LITS	1,3	3,8	29,0	50,5	10,1	5,4	317
2-CH SUP 300 LITS	2,5	5,0	35,7	49,8	5,8	1,2	241
3-ETABLISSEMENT PSY	2,8	0,0	5,9	30,6	49,3	11,5	288
4-HOPITAL LOCAL	4,9	2,6	27,0	39,4	16,1	10,1	348
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	2,3	2,9	21,7	50,2	17,2	5,8	309
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	0,9	1,6	21,5	59,8	14,3	1,9	321
6-HOPITAL DES ARMEES	10,0	10,0	50,0	30,0	0,0	0,0	10
7-SSR-SLD	2,5	1,5	14,2	39,8	28,2	13,8	731
8-CLCC-CANCER	10,0	10,0	60,0	20,0	0,0	0,0	20
9-HAD	7,7	7,7	42,3	15,4	11,5	15,4	26
10-HEMODIALYSE	12,5	5,4	5,4	41,1	26,8	8,9	56
11-MECSS-POUPONNIERE	0,0	0,0	7,9	13,2	47,4	31,6	38

Résultats nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales 2005

ICSHA moyen par classe					
Catégorie d'établissements	A	B	C	D	E
1-CHR-CHU	105,64	77,77	47,91	22,54	
2-CH INF 300 LITS	129,05	78,83	43,06	19,81	5,16
2-CH SUP 300 LITS	127,32	80,29	41,29	19,66	5,79
3-ETABLISSEMENT PSY	166,35		48,71	17,20	5,07
4-HOPITAL LOCAL	163,24	76,88	43,69	19,45	5,06
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	144,90	75,49	44,62	17,35	5,85
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	143,30	76,20	40,34	18,79	6,61
6-HOPITAL DES ARMEES	93,70	72,90	37,74	25,90	
7-SSR-SLD	149,39	79,30	43,31	18,03	5,02
8-CLCC-CANCER	99,55	80,55	48,52	27,25	
9-HAD	139,65	77,10	48,28	19,78	5,40
10-HEMODIALYSE	165,37	80,17	44,37	16,51	5,47
11-MECSS-POUPONNIERE			46,53	18,98	2,96
Moyenne par classe	145,71	78,16	43,50	18,64	5,21
Moyenne générale	27,402				

Sur 157 établissements classés F en ICSHA, 73% sont ICALIN C, D ou E. Toutes les catégories sont concernées.

Parmi ceux là 12 ont été classés F par manque de données administratives (1 CH supérieur à 300 lits, 4 MCO privé inférieur à 100 lits et 7 SSR)

ICSHA = F par classe ICALIN	A	B	C	D	E
Toute catégorie (n = 157)	10	32	71	29	15

SURVISO

Distribution nationale SURVISO 2005		
	Réalisation d'une enquête ISO	Total
Nombre d'établissements	669	1121
Pourcentage	59,7%	
Nombre de services	1978	4762
Pourcentage	41.1%	

NB : 1684 établissements ne sont pas concernés par cet indicateur (pas d'activités chirurgicales).

Résultats nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales 2005

SURVISO 2005 Catégorie d'établissements	% d'ES réalisant une enquête ISO	Nb ES concernés	% de services réalisant une enquête ISO	Nb services concernés
1-CHR-CHU	95,0%	60	52,74%	656
2-CH INF 300 LITS	62,7%	204	52,08%	528
2-CH SUP 300 LITS	82,3%	232	41,91%	1286
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	35,5%	276	30,79%	721
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	55,0%	307	36,49%	1458
6-HOPITAL DES ARMEES	90,0%	10	59,18%	49
8-CLCC-CANCER	65,0%	20	58,82%	51
12-AMBULATOIRE	33,3%	12	38,46%	13

Commentaire :

Le pourcentage de "CHU" réalisant une enquête d'incidence des infections du site opératoire est plus élevé (95%) que celui des "CH inférieur à 100 lits" (62,7%). Le pourcentage de services participants quand l'établissement surveille est inférieur dans les CHU (55,8% versus 75,7%).

Au total, le pourcentage de services réalisant une enquête ISO est proche pour les deux catégories (52%).

Accompagnement des établissements en 2005-2006

Par voie de circulaire¹ relative aux mesures à envisager pour l'amélioration du niveau d'activités des établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales, le ministère a voulu mettre en place un accompagnement des établissements E ou non répondant (F) à ICALIN en 2005.

Toutes les régions ont procédé à une analyse de la situation des établissements en classe E et F d'ICALIN avec les référents régionaux de la LIN des DRASS et, selon les modalités locales d'organisation, en collaboration avec les CCLIN et les DDASS.

L'analyse de ces mesures permet de dégager deux types d'actions d'accompagnement.

1) Les actions collectives

Les actions collectives ont été menées sous la forme de courriers des ARH aux établissements en classe E et F (Aquitaine, Bourgogne, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire, PACA) et de réunions avec ces établissements (Aquitaine, Pays de Loire, PACA, Rhône-Alpes). Dans certaines régions, les actions n'ont pas été restreintes aux établissements de santé classés en E ou F mais ont pu aussi prendre la forme d'encouragements aux établissements bien classés.

¹ DHOS/E2/DGS/5C/2006/82 du 24 février 2006

2) Les interventions ciblées

Des entretiens téléphoniques ont eu lieu avec des établissements sélectionnés (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Réunion, Rhône-Alpes), et/ou des visites sur site de médecin inspecteur de santé publique (Aquitaine, Limousin, PACA) et/ou des antennes régionales de la lutte contre les IN (Auvergne, Limousin, Languedoc-Roussillon), ou encore des rencontres avec les établissements (Basse-Normandie).

Les efforts ont porté sur différents points.

a) Une aide pour améliorer l'organisation des établissements de santé

L'amélioration de l'organisation des établissements de santé a reposé sur

- Une mise en place effective de CLIN (Languedoc-Roussillon, Réunion).
- Une aide à la définition d'un programme d'action (Auvergne, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon, Limousin)
- Une sensibilisation à l'élaboration du bilan d'activités, avec des explications sur les items et modalités de remplissage (Auvergne, Basse-Normandie, Ile de France, Pays de Loire, Languedoc-Roussillon, Limousin, PACA, Réunion, Rhône-Alpes).
- En Aquitaine, un manuel d'auto-évaluation, transmis depuis 3 ans par le CCLIN et la DRASS aux établissements de santé, a permis de cibler les besoins d'aide spécifique.

b) Un accompagnement sur les moyens

L'accompagnement a pris différentes formes :

- Organisation d'une formation des correspondants en hygiène (Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne).
- Demande à deux équipes opérationnelles d'hygiène inter-établissement de venir en appui aux hôpitaux locaux (Bourgogne).
- Incitation pour la mise en place de conventions entre établissements de santé pour la création d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière inter-établissement (Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Réunion, Rhône-Alpes).
- Intégration dans les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens des établissements des objectifs spécifiques concernant la lutte contre les infections nosocomiales :
 - ratios des personnels en hygiène (Aquitaine, Réunion, Rhône-Alpes),
 - progression de l'ICALIN (Réunion).
- Financement par l'ARH d'un poste de praticien hospitalier temps plein pour l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (Réunion, Martinique).

c) Des actions ciblées

- Des incitations à la surveillance des infections nosocomiales ont été faites notamment pour la participation à l'enquête nationale de prévalence en juin 2006 (Aquitaine, Auvergne, Réunion) pour effectuer des audits sur l'hygiène des mains (thème national, Auvergne).

- La fourniture de documentation et de réponses à des questions techniques, par exemple sur l'entretien des endoscopes, le circuit du linge, les prélèvements d'environnement (Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie).
- Des réunions spécifiques avec les hospitalisations à domicile (HAD) isolées (sans structure hospitalière de rattachement). Ces structures d'HAD ayant des difficultés à remplir leur mission en matière de lutte contre les infections nosocomiales.
- Incitation à la mise en place effective du signalement des infections nosocomiales (Aquitaine, PACA, Réunion).

Ainsi, conformément aux préconisations du ministre, les régions ont réalisé un diagnostic précis de la situation des établissements en classe E et F d'ICALIN. L'utilisation des résultats d'ICALIN comme outil de pilotage a permis aux régions d'identifier des établissements de santé en difficultés et isolés. L'aide aux établissements a porté sur les 3 axes d'ICALIN, que sont l'organisation, les moyens et les actions de lutte contre les infections nosocomiales.

Certaines régions n'ont pu faire part de leurs actions, essentiellement par manque de temps pour formaliser les actions engagées.

Le tableau de bord des Infections Nosocomiales

Où en sont les établissements en 2005 ?

Etablissements en classe A en 2005

	ICALIN A	ICSHA A	SURVISO
Pourcentage	32,55	2,99	59.7
Nombre d'établissements	913	83	669

Etablissements en classe E

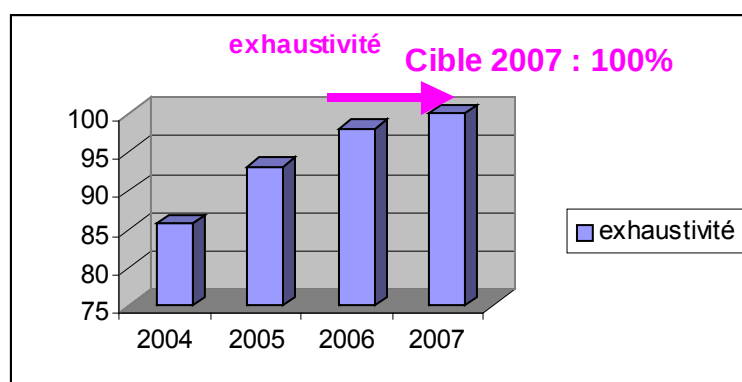
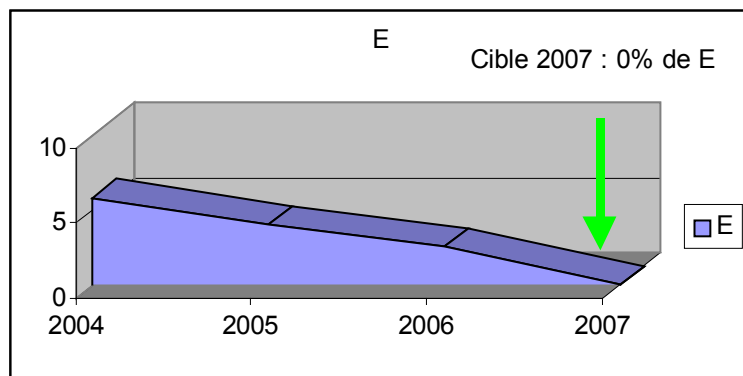
	ICALIN E	ICSHA E
Pourcentage	2,82	21.07
Nombre d'établissements	79	585

Etablissements en classe F

	ICALIN F	ICSHA F
Pourcentage	2,42	8.43
Nombre d'établissements	68	234

Résultats nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales 2005

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



Cible	Classe E	Répondant	Calendrier de disponibilité des données
ICALIN 2005	4%	93%	Diffusion janvier 2007
ICALIN 2006	2,5%	98%	Diffusion janvier 2008
ICALIN 2007	0%	100%	Diffusion janvier 2009

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

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

Sous forme synthétique pour les établissements MCO :

La Plateforme d'informations sur les établissements de santé : PLATINES

<http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Et plus en détail :

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 de certification de l'établissement, sur le site de la haute autorité de santé (HAS)

[URL : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5]

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

Annexe technique 2

Cahier des charges et éléments de preuve de l'ICALIN

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 :

Intitulé des catégories d'établissement	DEFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
8 – Hôpitaux des armées	- Hôpitaux des armées
9 – SSR-SLD	- Etablissements n'ayant que des soins de suite et de réadaptation et/ou des soins de longue durée (sans court séjour)
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse : exclusif ou très prédominant
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

* A la suite de la publication de l'ICALIN 2004, la catégorie « établissement ambulatoire » a été ajoutée afin de tenir compte de la particularité de ces établissements, notamment absence d'hospitalisation complète ou de semaine, très petite taille, majorité des soins sous forme de consultations.

Les établissements de santé non répondant sont indiqués par l'acronyme **F**. 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.

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
12 – Ambulatoire		28	28.5	43.2	71.2	76	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.

Cahier des charges et éléments de preuve d'ICALIN

Le cahier des charges présente la description de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN). 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).

O211 : Réunions du CLIN

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELEMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.

O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Combien y a-t-il eu de réunions de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année ?	_ _ 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 lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION:

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

Annexe technique 2

Cahier des charges et éléments de preuve de l'ICALIN

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELEMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.

O221 : Adhésion à un réseau

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un réseau formalisé est une organisation « ressources » à laquelle l'EOHH ou le CLIN peut recourir pour un appui méthodologique. Ex : Réseau régional d'hygiène.

Les réponses faites à des requêtes ponctuelles (du type RAISIN, CCLIN) ne peuvent pas être considérées comme la participation à un réseau.

L'EOHH inter établissement ne constitue pas un réseau.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'adhérant à aucun réseau formalisé.

1 point sera accordé aux établissements adhérant à un ou plusieurs réseaux formalisés.

ELEMENTS DE PREUVE

Courrier ou fiche d'adhésion.

M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)

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

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ _ I, I _ _ I ETP
Pharmacien	I _ _ I, I _ _ I ETP
Cadre infirmier	I _ _ I, I _ _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ _ I, I _ _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ _ I, I _ _ I ETP
Secrétaire	I _ _ I, I _ _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, 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

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

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

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELEMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent.

M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

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 :
	<u>au moins</u> un correspondant médical
	I _ I _ I services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical
	I _ I _ I services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN

O111 : Projet d'établissement

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

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELEMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH ou ayant signé un COM avec l'ARH qui ne contient pas d'objectifs et de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH et dont le COM contient des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

ELEMENTS DE PREUVE

Extrait du COM ou de la convention tripartite contenant les objectifs et les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

O131 : Livret d'accueil

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil, n'a pas publié d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELEMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Cette année, un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOHH ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOHH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOHH.

ELEMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)

O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année 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

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

ELEMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

O32 : Rapport d'activité

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

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELEMENTS DE PREUVE

Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Éléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)

O122 : Avis sur le rapport d'activité

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

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

0,5 point seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELEMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le programme BMR comprend au moins :

La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

ELEMENTS DE PREUVE

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

La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'Isolement » (Protocole n°8)

O132 : Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

L'établissement a-t-il une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, Un représentant de la COMEDIMS est-il membre du CLIN ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de COMEDIMS ou ayant un comité du médicament mais sans représentant de celui-ci dans le CLIN.

0,5 points seront accordés à l'établissement qui a une COMEDIMS dont un représentant au moins est membre du CLIN.

ELEMENTS DE PREUVE

Liste des membres du CLIN et de la COMEDIMS, validées par la direction.

A11(1) : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Existe-t-il des protocoles ⁽¹⁾ sur l'antibiothérapie de première intention ⁽²⁾ dans les principales infections ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

⁽¹⁾ Validés par le CLIN ou le COMEDIMS, 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

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de protocole sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocole sur l'antibiothérapie, daté et validé par le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELEMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.

A11(2) : Protocole de prise en charge des AES

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

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

2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

A21 (2) : Actions de prévention des AES

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELEMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.

A11(3) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

L'eau a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année 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:

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini.

2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

ELEMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" avec seuil d'alerte défini de façon explicite.

Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOHH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur).

A11(4 à 6) : Autres protocoles prioritaires

THEMES DES PROTOCOLES	PROTOCOLES EXISTANTS
1) Hygiène des mains	☐ Oui ☐ Non
2) Précautions "standard"	☐ Oui ☐ Non
4) Sondage urinaire	☐ Oui ☐ Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 point sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

A12 (1 à 10) : Autres protocoles

Thème des protocoles	Protocoles existants
5) Dispositifs intra-vasculaires	☐ Oui ☐ Non
8) Techniques d'isolement	☐ Oui ☐ Non
10) Soins préventifs d'escarres	☐ Oui ☐ Non
11) Pansements	☐ Oui ☐ Non
12) Antiseptiques (Fiche produits)	☐ Oui ☐ Non
13) Désinfectants (Fiche produits)	☐ Oui ☐ Non
14) Traitement des DM (endoscopes, etc.)	☐ Oui ☐ Non
15) Entretien des locaux	☐ Oui ☐ Non
16) Elimination des déchets	☐ Oui ☐ Non
17) Circuit du linge	☐ Oui ☐ Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 point sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque protocole, 0,5 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

O222 : Protocole de réseau

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Protocole ou résultat d'une évaluation faisant référence à un outil méthodologique mis à disposition par un réseau.

A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELEMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.

A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

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

VALORISATION

0 point sera accordé 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 cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELEMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, daté de l'année du bilan.

A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont-ils été diffusés aux services participants ?	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	☐ Oui ☐ Non
• Données du laboratoire ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

0 point sera accordé 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 sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELEMENTS DE PREUVE

Note de diffusion comprenant les résultats de la surveillance.

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

1 • Un programme de formation en hygiène hospitalière a-t-il été élaboré cette année ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI • Ce programme de formation a-t-il été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELEMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.

O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a-t-il été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le Plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELEMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le Plan de formation de l'établissement.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

3 • Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a-t-elle été prévue pour les catégories de personnels suivantes :

• nouveaux personnels recrutés ?.....	☐ Oui ☐ Non
• personnels intérimaires ?.....	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

VALORISATION

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

1,5 points seront accordés aux établissements qui organisent une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 points seront accordés aux établissements qui organisent une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELEMENTS DE PREUVE :

Partie du Programme de formation de chacune des catégories comprenant l'hygiène hospitalière avec:

Mention explicite des précautions standards

ou

Présence d'un membre de l'EOH ou du CLIN ou d'un spécialiste de l'hygiène hospitalière parmi les formateurs.

M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant 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	_ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants).

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELEMENTS DE PREUVE

Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.

A31, A32 : Actions d'évaluation

• Des actions d'évaluation ont-elles été menées durant l'année? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI,	• Un audit des pratiques (au moins) a-t-il été réalisé dans l'année ?	☐ Oui ☐ Non
---------	---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant cette année.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant cette année.

3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratique parmi les actions d'évaluation durant cette année.

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.

Pondération des items de l'ICALIN 2005 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'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité					0,5
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O132 – Un représentant du COMEDIMS 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 plan de formation continue					1
	O3 Outils de gestion de la LIN		O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN			13		9
			O32 – Rapport d'activité 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 déclaration 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 – Réalisation d'un type d'évaluation			5		2
			A32 – dont un audit de pratique					3

Modalités de calcul de l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA)

Numérateur = Volume en litres de PHA consommé pour l'année.

Dénominateur = Objectif personnalisé de volume de PHA à consommer pour l'année correspondant à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité

Calcul du dénominateur : Un nombre minimal de frictions par jour et par patient a été fixé pour chaque spécialité (tableau n°1).

Tableau n°1 : Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité

Spécialités	Nb
Médecine	7
Chirurgie	9
Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la Médecine - Chirurgie)	40
Obstétrique	8
SSR	5
SLD	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	6
HAD	2
Urgences (par passage)	2

Ces nombres constituent un minimum tenant compte de l'introduction récente de cette technique et du maintien provisoire d'autres techniques d'hygiène des mains. Ils sont donc susceptibles d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise du CTINILS.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

Tableau n°2 : Calcul de l'objectif personnalisé de consommation

VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2004)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

L'objectif personnalisé de l'établissement correspond à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité. Il correspond au minimum à atteindre au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA en pourcentage de la consommation réelle (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur).

Définition des classes : $E < 10\% \leq D < 30\% \leq C < 70\% \leq B < 90\% \leq A$

GROUPES DE TRAVAIL

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 Fémérés Savoie)
 Pierre Parneix (CCLIN Sud Ouest Bordeaux)
 Luc Peyrebrune (DRASSIF)
 Béatrice Pottecher (CLCC Paul Strauss Strasbourg)
 Valérie Salomon (DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)

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)
 Philippe Garnier (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)
 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)
 Laetitia May-Michelangeli (DHOS E2 cellule infections nosocomiales)
 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)
 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 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 Brücker, 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, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél : 33(0) 1 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

Cellule infections nosocomiales

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 (E2)

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sous-direction Prévention des risques infectieux
Bureau Infections et autres risques liés aux soins (RI3)

**Portail téléphonique d'information sur le tableau de bord
des infections nosocomiales**

Info' Ministère

0820 03 33 33

(0,12 € TTC / MN)

Ouvert du lundi au samedi de 9h00 à 19h00