



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)

**RAPPORT NATIONAL 2007
SUR LE TABLEAU DE BORD
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

**ICALIN 2007
ICSHA 2007
SURVISO 2007
ICATB 2007**

Score agrégé 2007

Indice triennal du SARM

LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2007

>> Sommaire

<i>Vos questions, nos réponses</i>	2
<i>Les résultats nationaux</i>	7
<i>ICALIN</i>	7
<i>ICSHA</i>	9
<i>SURVISO</i>	10
<i>ICATB</i>	11
<i>Score agrégé 2007</i>	12
<i>Indice triennal du SARM</i>	13
<i>Validation des données des établissements</i>	13

>> 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 4 indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections nosocomiales (IN). Ces indicateurs sont publics et mis à la disposition des usagers.

La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux.

Par ses effets d'émulation, d'incitation ainsi que d'accompagnement des établissements en démarche de progrès, 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 tous les ans un bilan des activités selon un modèle défini par un arrêté du Ministre chargé de la santé.

Ce bilan décrit en détail la manière dont la prévention des IN est organisée dans l'établissement ainsi que certains des résultats obtenus.

Les indicateurs sont élaborés à partir des données de ce bilan.

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'appuie sur un cahier des charges présentant des consignes de remplissage pour éviter les erreurs d'interprétation et fiabiliser les données. Une validation des données fournies par les établissements est organisée chaque année dans toutes les régions auprès d'au moins 10% des établissements de santé par les services de l'Etat. Ce contrôle est effectué avant la publication des données.

QUELS SONT LES 5 INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD 2007 (publié en 2009)

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

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

Ce score sur 100 points reflète du niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels, en particulier de sa Direction, de son équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou de la sous-commission de la commission médicale d'établissement en charge des mêmes attributions.

L'indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA (publié depuis 2005)

L'indicateur ICSHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention de nombreuses IN.

Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention.

L'**ICSHA**, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation vers lequel les établissements doivent tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités.

L'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO) : SURVISO (publié depuis 2005)

L'indicateur **SURVISO** rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et 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. Il permet de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

SURVISO indique la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une enquête épidémiologique.

Cette année, cet engagement est rendu obligatoire.

L'indice composite de bon usage des antibiotiques : ICATB (publié depuis 2006)

L'**ICATB** objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).

Ce score sur 20 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

Le score agrégé

La prévention des IN est un sujet complexe qui nécessite la mise en œuvre de nombreuses stratégies complémentaires. **Seule l'interprétation de plusieurs indicateurs permet d'avoir une vision plus globale du niveau d'engagement des établissements de santé dans ce domaine.** C'est pourquoi le tableau de bord inclus désormais quatre indicateurs différents selon le type et l'activité des établissements (par exemple SURVISO ne concerne que les structures faisant de la chirurgie).

Résultats nationaux 2007

Tableau de bord des infections nosocomiales

Le Ministère chargé de la santé a développé un **score agrégé** élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. C'est une façon de lire différemment les 4 indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

Pour les usagers ce score agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100.

Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

COMMENT INTERPRETER CES INDICATEURS ?

Chacun des indicateurs donne lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, correspondant à celle les plus en retard. La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs, malgré l'obligation qui leur en est faite.

L'INDICE TRIENNAL DE SARM

En complément des indicateurs calculés les années antérieures, le tableau de bord relatif aux résultats de 2007 affiche un indice triennal de *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistants à la méticilline (**SARM**). Cette bactérie multirésistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les IN.

Qu'est ce que l'indice SARM ?

Cet indice dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (SARM dits importés) et d'autre part et de prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Cet indice SARM, permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à la maîtriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient et par une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques.

Ce calcul repose sur le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostic (nombre de SARM déclarés), quelque soit le lieu d'acquisition (souches importées et acquises) rapportés à 1000 journées d'hospitalisation.

Un indice SARM à 0,6 par exemple, signifie, qu'en moyenne, au cours des années 2005 à 2007, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation.

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutique. La multirésistance est une étape vers l'impasse thérapeutique. La multirésistance concerne les bactéries des infections communautaires (ex. : pneumocoques, bacilles de la tuberculose) et les bactéries des infections nosocomiales (IN).

La lutte contre les BMR à l'hôpital, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des IN et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière et fait partie des indicateurs d'activité et de qualité, et des référentiels d'accréditation des établissements de santé.

S. aureus résistant à la méticilline (SARM) est la plus fréquente des BMR (environ 13 % de l'ensemble des bactéries des IN).

En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur risque de diffusion au sein de l'hôpital et dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

Pourquoi un indice triennal ?

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation a été calculé à partir de l'ensemble des isolats cliniques identifiés dans un établissement de santé au cours des années 2005, 2006 et 2007.

Il est nécessaire d'utiliser un tel indice car les variations annuelles au sein d'un même établissement sont importantes d'une année à l'autre ; l'indice triennal permet de « lisser » ces variations.

Quels établissements sont concernés ?

Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. Cependant, cette mesure ne peut avoir de sens dans les établissements qui identifient très peu de SARM en raison de la nature et/ou du volume de leur activité.

Cet indice triennal n'est pas donc pas calculé pour les établissements de moins de 100 lits et ceux ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an et pour les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse ».

Compte tenu des fermetures, créations et fusions d'établissements de santé ne permettant pas à tous les établissements d'avoir déclaré leur nombre de SARM sur les trois années, cet indice a pu être calculé pour 940 établissements sur les 2 807 concernés par le tableau de bord des IN en 2007.

Interprétation de l'indice SARM publié avec les résultats 2007

Cet indice ne peut avoir qu'une valeur indicative. Il dépend en effet d'une part, du nombre d'hospitalisation des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) et d'autre part de la politique mise en œuvre dans l'établissement de santé en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM.

Il n'est donc pas pertinent de procéder à un classement des établissements sur la base de cette information, qui n'a donc pas été intégrée dans le score agrégé, avec les autres indicateurs et ce d'autant qu'il s'agit d'un indicateur de résultat alors que les autres indicateurs du tableau de bord sont des indicateurs de moyens.

Des progrès significatifs depuis 2001, mais qui restent insuffisants

Selon les données du réseau Bactéries multirésistantes (BMR)-Raisin, dans les services de court séjour des établissements de santé français, l'incidence des SARM a baissé de 28% entre 2003 et 2007, passant de 0,89 à 0,64 cas pour 1000 journées d'hospitalisation.

D'après les données du réseau EARSS¹, la France se situe parmi les pays européens ayant les plus fortes proportions de SARM au sein de l'espèce staphylocoque doré. La France, fait cependant partie des rares pays pour lesquels la situation s'améliore (avec la Slovénie depuis 2006, la Lituanie, la Bulgarie, et la Turquie depuis 2007). Ainsi la proportion de SARM au sein de l'espèce est passée de 33% en 2001 à 26% en 2006.

Comment aider les établissements à améliorer leur résultat ?

La situation nationale est donc en amélioration et en faveur de l'impact des actions (indicateurs, campagne sur l'hygiène des mains, surveillance....) tout en restant à un niveau n'autorisant aucun relâchement. C'est pourquoi, dans le cadre du « Plan stratégique national pour la prévention des infections associées aux soins », il est prévu de renforcer les actions mise en œuvre pour la maîtrise des BMR dans un nouveau programme qui se déclinera sur l'ensemble des secteurs de soins (établissements de santé, établissements médicosociaux et soins de ville).

¹ European Antimicrobial Resistance Surveillance System (<http://www.rivm.nl/earss/>)

VOUS ETES USAGER

Vous êtes usager, que pouvez-vous faire ?

En tant qu'usager, l'attention à son hygiène personnelle, en particulier lors d'une hospitalisation est très importante. Il faut ainsi se laver les mains après être allé aux toilettes, avant les repas ou après s'être mouché. Vous pouvez aussi utiliser des produits hydro-alcooliques (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, pour ne pas risquer de les contaminer.

En tant que patient ou visiteur, n'hésitez pas à poser des questions. Par exemple, vous pouvez faire préciser la signification des indicateurs et demander les résultats de l'établissement. Toute question est bienvenue, comme de savoir qui peut et/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.

L'hygiène, et en particulier celle des mains, est une démarche 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 de prévention des IN en général, et d'hygiène des mains en particulier et les actions d'améliorations prévues. Vous pouvez demander leurs coordonnées et leur faire part de vos remarques.

REMERCIEMENTS

Le ministère en charge de la santé remercie les établissements de santé pour leur participation à la collecte des données et les groupes d'experts ayant contribué au développement de ces indicateurs.

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

Pour en savoir plus sur les infections nosocomiales et le tableau de bord : http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_i.htm

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

Pour en savoir plus sur les établissements de santé : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Pour en savoir plus sur données épidémiologiques : <http://www.invs.sante.fr/raisin>

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.icalin.sante.gouv.fr/>

L'accès se fait via un moteur de recherche.

ICALIN, ICSHA, ICATB et score agrégé : Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 5 classes de performance de A à F :

- la classe A est composée des établissements ayant les scores les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance selon l'indicateur;
- la classe E réunit les établissements ayant les scores les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard selon l'indicateur ;
- les classes B, C et D correspondent à des établissements en situation intermédiaire ;
- la classe F correspond aux « non répondants » (lorsque l'établissement n'a pas envoyé de bilan d'activité ou que les données n'étaient pas utilisables). Pour ICSHA, la classe F peut correspondre à l'absence de données déclarées à la SAE en 2007.

SARM : Il n'y a pas de classe de performance pour cet indicateur.

ICALIN

L'Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales est calculé sur 100.

ICALIN 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	1895	514	298	55	31	14	2807
Pourcentage	67,5%	18,3%	10,6%	2,0%	1,1%	0,5%	100%
ICALIN 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	1577	690	403	87	29	24	2810
Pourcentage	56.1%	24.5%	14.3%	3.1%	1.0%	0.9%	100%
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%
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%

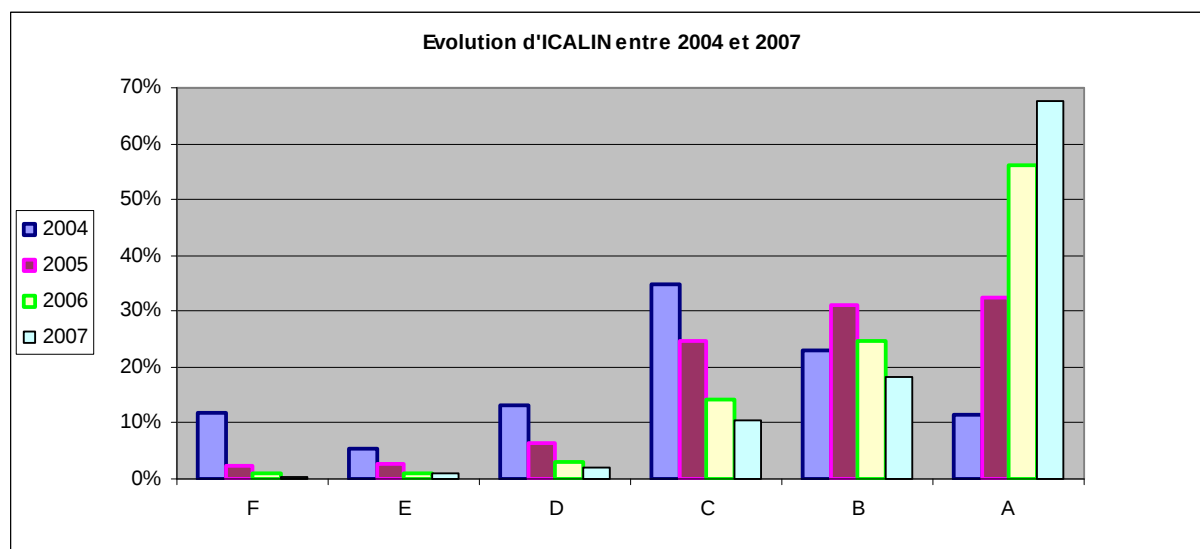
Résultats nationaux 2007

Tableau de bord des infections nosocomiales

Publiés pour la quatrième année, les résultats d'ICALIN montrent une forte progression des établissements en classe A. Les objectifs de progression fixés pour ICALIN 2007 pour la classe F (< 2%) et la classe E (< 2.5%) sont dépassés.

85,8 % des établissements sont en classe A ou B en 2007.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICALIN 2007						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	81.7	16.9	1.4	0.0	0.0	0.0	71
CH INF 300 LP	73.2	16.3	8.6	1.5	0.3	0.0	325
CH SUP 300 LP	80.3	14.3	3.1	1.8	0.0	0.4	223
ETAB. PSY	54.1	26.4	14.7	2.1	1.4	1.4	292
HOPITAL LOCAL	67.9	21.3	8.7	0.9	0.9	0.3	343
CL. INF 100 LP	74.0	17.1	6.3	1.5	1.1	0.0	269
CL. SUP 100 LP	86.4	7.7	4.0	1.2	0.3	0.3	324
SSR-SLD	57.3	21.0	16.4	3.5	1.2	0.5	738
CLCC-CANCER	95.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20
HAD	55.0	20.0	10.0	3.3	11.7	0.0	60
HEMODIALYSE	59.7	26.4	9.7	1.4	1.4	1.4	72
MECSS-POUP.	42.4	9.1	42.4	0.0	0.0	6.1	33
AMBULATOIRE	48.6	16.2	29.7	0.0	5.4	0.0	37
TOTAL	67.5	18.3	10.6	2.0	1.1	0.5	2807



Année	Classe de performance					
	F	E	D	C	B	A
2004	11,8%	5,5%	13,2%	34,8%	23,1%	11,6%
2005	2,4%	2,8%	6,5%	24,6%	31,1%	32,5%
2006	0,9%	1,0%	3,1%	14,3%	24,6%	56,1%
2007	0,5%	1,1%	2,0%	10,6%	18,3%	67,5%

Résultats nationaux 2007

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICSHA

L'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques est calculé sur 100.

ICSHA 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	345	313	1277	607	134	23	2699
Pourcentage	12,8%	11,6%	47,3%	22,5%	5,0%	0,9%	100%

ICSHA 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	141	162	1019	1036	270	84	2712
Pourcentage	5,2%	6%	37,5%	38,2%	10,0%	3,1%	100%

ICSHA 2005	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	83	76	606	1193	585	234	2777
Pourcentage	3,0%	2,7%	21,8%	43,0%	21,1%	8,4%	100%

* établissements concernés par ICSHA

Publiés pour la troisième année, les résultats de l'indicateur ICSHA montrent une prise de conscience par les établissements de l'importance de la mise en place des produits hydro-alcooliques. En effet, on observe, entre 2005 et 2007, une réduction du nombre d'établissements en classe E par cinq et l'effondrement du nombre des non répondants.

Même si il existe une forte progression des établissements classés A ou B, des progrès restent à faire.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICSHA 2007						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	45,1	29,6	25,4	0,0	0,0	0,0	71
CH INF 300 LP	8,6	12,0	64,6	14,5	0,3	0,0	325
CH SUP 300 LP	9,9	15,2	61,9	11,7	0,9	0,4	223
ETAB. PSY	3,5	4,9	29,3	42,5	17,4	2,4	287
HOPITAL LOCAL	12,8	12,0	49,0	23,9	2,0	0,3	343
CL. INF 100 LP	17,8	20,4	43,1	16,7	1,9	0,0	269
CL. SUP 100 LP	11,7	15,4	63,3	8,6	0,6	0,3	324
SSR-SLD	8,2	6,4	41,4	34,2	8,8	1,0	705
CLCC-CANCER	70,0	10,0	20,0	0,0	0,0	0,0	20
HAD	45,0	11,7	28,3	10,0	5,0	0,0	60
HEMODIALYSE	33,3	6,9	34,7	13,9	2,8	8,3	72
TOTAL	12,8	11,6	47,3	22,5	5,0	0,9	2699

Résultats nationaux 2007

Tableau de bord des infections nosocomiales

SURVISO

SURVISO mentionne le nombre de services chirurgicaux réalisant une surveillance des infections du site opératoire (ISO).

SURVISO 2007	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	904	1067
Pourcentage	84,7%	100%
SURVISO 2006	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	788	1102
Pourcentage	71,5	100%
SURVISO 2005	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	669	1121
Pourcentage	59,7%	100%

Publiés pour la troisième année, les résultats de SURVISO montrent une progression du nombre d'établissements de santé ayant mis en place une surveillance des infections du site opératoire.

Cependant des efforts restent à faire puisque encore 162 établissements concernés ne réalisent pas d'enquête de surveillance des infections sur site opératoire.

Cette année ces établissements sont exclus du classement du score agrégé pour absence de surveillance des ISO (voir score agrégé).

Résultats nationaux 2007

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICATB

L'indice composite de bon usage des antibiotiques est calculé sur 20 points.

ICATB 2007	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements*	720	656	882	238	61	11	2568
Pourcentage	28%	25,6%	34,3%	9,3%	2,4%	0,4%	100%

ICATB 2006	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements*	336	503	1008	502	235	22	2606
Pourcentage	12.89%	19.30%	38.67%	19.26%	9.01%	0,84%	100%

* Etablissements concernés par ICATB

C'est la deuxième année de l'indicateur ICATB

La généralisation de ce qui peut être considéré comme les pré-requis du bon usage des antibiotiques (commission des antibiotiques, référent en antibiothérapie, protocole sur l'antibiothérapie et liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée, soit 10,75 sur 20) devrait permettre de ne plus avoir de classes E et D dans toutes les catégories d'établissements, lors de la publication des prochains résultats du tableau de bord des IN.

Les établissements classés en A ont doublé en l'espace d'un an.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICATB 2007						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	47.9	9.9	31.0	9.9	1.4	0.0	71
CH INF 300 LP	24.9	29.2	35.4	9.8	0.6	0.0	325
CH SUP 300 LP	27.8	35.0	29.6	5.4	1.8	0.4	223
ETAB. PSY	27.4	21.5	34.0	10.4	5.2	1.4	288
HOPITAL LOCAL	22.7	26.2	40.8	7.6	2.3	0.3	343
CL. INF 100 LP	34.2	23.4	30.1	9.3	3.0	0.0	269
CL. SUP 100 LP	35.2	24.1	29.0	9.3	2.2	0.3	324
SSR-SLD	24.1	25.5	36.9	10.6	2.3	0.6	705
CLCC-CANCER	50.0	15.0	30.0	5.0	0.0	0.0	20
TOTAL	28.0	25.6	34.3	9.3	2.4	0.4	2568

Résultats nationaux 2007

Tableau de bord des infections nosocomiales

Score agrégé 2007

Le score agrégé est calculé sur 100.

Score agrégé 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	430	916	1199	70	14	14	2629
Pourcentage	15,3%	32,6%	42,7%	2,5%	0,5%	0,5%	100%

Score agrégé 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	136	538	1857	231	24	24	2810
Pourcentage	4,8 %	19,1%	66,1%	8,2%	0,85%	0,85%	100%

* Etablissements répondant au bilan (NR = 14) et non exclus du score agrégé (2007 - Exclue = 162)

La distribution des établissements apporte les enseignements suivants :

- la classe E est de à 0,5%. En comparaison, on peut citer le fait qu'il n'existe pratiquement plus aucun établissement ignorant la nécessité d'organiser la prévention des IN.
- 42.7% des établissements sont en C : près de la moitié des établissements se situe dans la moyenne. En effet, si pour ICALIN les établissements sont majoritairement classés en A ou B, ce n'est pas le cas des 3 autres indicateurs.
- 15,3% des établissements sont en classe A et ont atteint les objectifs de progression assez ambitieux fixés par la réglementation et le Programme national de LIN 2005-2008.
- 14 établissements sont non répondants (0,5%) et 162 (5.8%) établissements sont exclus du classement pour absence de surveillance des infections du site opératoire

Distribution nationale des classes par catégorie								
Catégorie d'établissements / classes	Score agrégé 2007							Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	Exclu (%)	
CHR-CHU	47.9	28.2	23.9	0.0	0.0	0.0	0.0	71
CH INF 300 LP	11.7	43.7	33.5	0.3	0.0	0.0	10.8	325
CH SUP 300 LP	11.2	44.8	38.6	0.4	0.0	0.4	4.5	223
ETAB. PSY	4.8	16.8	69.5	6.2	1.4	1.4	0.0	292
HOPITAL LOCAL	16.0	39.4	41.7	2.6	0.0	0.3	0.0	343
CL. INF 100 LP	20.4	32.0	21.2	0.7	0.4	0.0	25.3	269
CL. SUP 100 LP	17.0	39.8	28.7	0.0	0.0	0.3	14.2	324
SSR-SLD	8.7	28.0	57.6	4.7	0.4	0.5	0.0	738
CLCC-CANCER	60.0	35.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20
HAD	38.3	33.3	21.7	1.7	5.0	0.0	0.0	60
HEMODIALYSE	33.3	16.7	43.1	4.2	1.4	1.4	0.0	72
MECSS-POUP.	42.4	9.1	42.4	0.0	0.0	6.1	0.0	33
AMBULATOIRE	45.9	16.2	18.9	0.0	5.4	0.0	13.5	37
TOTAL	15.3	32.6	42.7	2.5	0.5	0.5	5.8	2807

Indice triennal du SARM

L'indice SARM, (nombre de prélèvement à visée diagnostic positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2005-2007) dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (SARM dits importés) et d'autre part et de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Distribution nationale des médianes par catégorie					
Indice triennal de SARM					
Catégorie d'établissements	Médiane	Minimum	Maximum	% de répondant	Nombre d'établissements
CHR-CHU	0,56	0,20	1,41	100,0	71
CH INF 300 LP	0,51	0,03	2,02	92,0	227
CH SUP 300 LP	0,56	0,10	2,81	96,0	223
HOPITAL LOCAL	0,21	0,00	1,57	84,0	75
CLINIQUE MCO	0,37	0,02	1,66	93,0	203
SSR-SLD	0,20	0,00	1,69	85,0	211
CLCC-CANCER	0,58	0,18	0,93	100,0	10
TOTAL	0,43	0,00	2,81	91,6	1023

Validation des données des établissements

Chaque année, un contrôle des données déclarées par les établissements de santé est mené par les DDASS et DRASS.

Les éléments du tableau de bord 2007 ont été vérifiés dans 308 établissements sur une base nationale qui en compte 2 807, soit près d'un établissement sur 10.

La validation s'est avant tout assurée que les données rendues publiques étaient les plus fiables possibles ; elle a souvent été l'occasion d'accompagner des établissements dans la démarche d'évaluation.

ANNEXE TECHNIQUE : CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS

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
CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
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
Etablissements Psychiatriques	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie
Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
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
SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places
MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICALIN

CLASSES	$E < P10 \leq D < P30 \leq C < P70 \leq B < P90 \leq A$
---------	---

		Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
CHR-CHU		65,75	86	94,25	97,75
CH- CHG	moins de 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
	plus de 300 lits	67.5	79	89	95.5
Etablissements Psy		36	50.65	73	84.45
Hôpitaux locaux		16.4	31.5	59	74.1
Clinique s MCO	moins de 100 lits	36	55	73	85.1
	plus de 100 lits	52	63.5	79.5	89
SSR-SLD		23	45	69.5	82
CLCC-CANCER		63.7	72.7	85.1	94.3
HAD		19	28.75	49.75	64.5
Hémodialyse		29.6	51.4	69.7	80.35
MECSS		26.5	38.25	78	84.5
Ambulatoire		28.5	43.2	71.2	76

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.

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICATB

CLASSES		E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A			
Catégories d'établissements de santé		Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
CHR-CHU		11.00	13.75	17.00	18.00
CH-CHG	< 300 lits	3.52	7.062	12.25	15.25
	≥ 300 lits	6.49	9.75	14.00	17.00
Etablissements Psy		2.00	5.06	11.50	14.18
Hôpitaux locaux		0.06	2.22	7.37	12.25
Cliniques MCO	< 100 lits	3.25	7.25	12.5	15.5
	≥ 100 lits	5.00	9.25	13.50	15.78
SSR-SLD		0.25	4.00	10.50	14.25
CLCC-CANCER		6.39	9.95	14.15	15.83
HAD		NON CONCERNES			
Hémodialyse					
MECSS					
Ambulatoire					

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES DU SCORE AGREGÉ

CLASSES	$E < P10 \leq D < P30 \leq C < P70 \leq B < P90 \leq A$
---------	---

Catégories d'établissements de santé		Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
CHR-CHU		44,30	62,15	80,70	91,10
CH-CHG	< 300 lits	28,32	46,06	70,05	84,65
	≥ 300 lits	40,49	55,35	75,60	89,20
Etablissements Psy		21,54	38,10	68,50	83,22
Hôpitaux locaux		10,68	26,44	57,69	76,48
Cliniques MCO	< 100 lits	24,65	43,25	67,70	83,54
	≥ 100 lits	32,80	48,65	71,30	85,38
SSR-SLD		13,82	34,41	65,83	82,21
CLCC-CANCER		38,87	53,03	74,19	87,55
HAD		16,00	29,17	56,49	72,99
Hémodialyse		23,07	44,27	69,80	83,56
MECSS		26,50	38,25	78,84	84,50
Ambulatoire		30,80	44,56	66,96	74,80

CONTACTS

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Tél : 33(0) 1 40 56 60 00

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé

Bureau E 2 : qualité et sécurité des soins en établissements de santé

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Sous-direction Prévention des risques infectieux

Bureau RI3 : infections et autres risques liés aux soins

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

Info' Ministère

0820 03 33 33

(0,12 € TTC / min)

Ouvert du lundi au samedi de 9h00 à 19h00