



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 2008
SUR LE TABLEAU DE BORD
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

**ICALIN 2008
ICSHA 2008
SURVISO 2008
ICATB 2008**

Score agrégé 2008

Indice triennal du SARM

**LE TABLEAU DE BORD DES
INFECTIONS NOSOCOMIALES 2008**

>> Sommaire

<i>>> Vos questions, nos réponses</i>	<i>3</i>
<i>Les résultats nationaux</i>	<i>8</i>
<i>ICALIN</i>	<i>9</i>
<i>ICSHA</i>	<i>11</i>
<i>SURVISO</i>	<i>13</i>
<i>ICATB</i>	<i>14</i>
<i>Score agrégé 2008</i>	<i>15</i>
<i>Indice triennal du SARM</i>	<i>17</i>
<i>Validation des données des établissements</i>	<i>17</i>

>> 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.

Les données présentées pour le tableau de bord publié en décembre 2009 sont extraites du bilan d'activités des établissements de santé 2008.

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 2008 (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. Cette surveillance 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 (publié depuis 2008)

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).

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.

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 (publié depuis 2008)

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 *Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline* (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 (dite transmission croisée) 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 2006 à 2008, 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 méricilline (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 2006, 2007 et 2008.

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 ».

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

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 941 établissements sur les 1237 concernés inclus pour le calcul de cet indice.

Interprétation de l'indice SARM publié avec les résultats 2008

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 2007 publié en septembre 2009, l'incidence globale pour 1 000 journées d'hospitalisation, tous établissements confondus, est passée de 0,62 en 2004 à 0,47 en 2008 soit une baisse de 24% en 6 ans. L'incidence des SAMR a baissé de 27% passant de 0,79 à 0,58 pour 1 000 journées d'hospitalisation dans les établissements de santé de court séjour. Parmi les 226 établissements qui participent à l'étude depuis 2003, la densité d'incidence a diminué passant de 0,72 à 0,54 pour 1 000 journées d'hospitalisation

(source :http://www.invs.sante.fr/publications/2009/bmr_raisin_2007/BMR_Raisin_resultats_2007.pdf).

En 2009, l'InVs a analysé l'évolution de l'incidence annuelle de SAMR au niveau national notamment à partir des données recueillies pour le tableau de bord depuis 2005. Cette incidence globale a diminué de 0,55 à 0,44 pour 1 000 journées d'hospitalisation, soit une diminution en 4 ans de 12%.

D'après les données du réseau EARSS¹-pendant de nombreuses années, la France se situait parmi les pays européens ayant les fortes proportions de SAMR au sein de l'espèce staphylocoque doré. La baisse de ce taux de résistance constatée en 2006, 2007 s'est confirmée en 2008. En effet, la France a un taux de résistance < 25% alors que ce dernier se situait depuis le début de la surveillance européenne entre 25 et 50%.

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).

L'actualisation en 2009 des recommandations relatives à la politique de dépistage des patients porteurs de SAMR, aux mesures à respecter lors de la prise en charge d'un patient porteur de SAMR, vont permettre aux établissements de santé de sensibiliser à nouveau les professionnels de santé au risque de diffusion de ces BMR.

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 condition 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 de la qualité de la prise en charge et au sein du comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ou de la commission chargée des mêmes attributions

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-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>

Pour en savoir plus sur vos droits : Le médiateur de la République - Pôle santé et sécurité des soins : <http://www.securitesoins.fr/>

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.

SURVISO : il n'y a pas de classe de performance pour cet indicateur

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

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICALIN

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

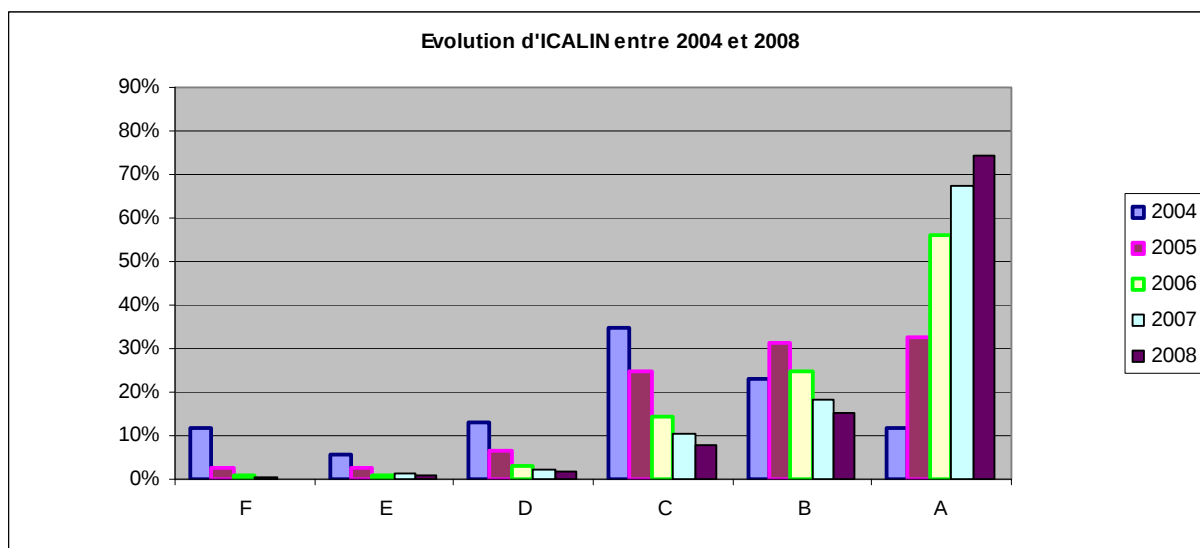
ICALIN 2008	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	2085	429	223	45	27	3	2812
Pourcentage	74,15	15,26	7,93	1,60	0,96	0,11	100,00%
ICALIN 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	1893	516	298	55	31	14	2807
Pourcentage	67,4%	18,4%	10,6%	2,0%	1,1%	0,5%	100,0%
ICALIN 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre 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%

Publiés pour la cinquième année, seuls trois établissements n'ont pas transmis leurs données 2008. Près de 90%des établissements sont en classe A ou B en 2008. L'objectif fixé dans le programme national 2005-2008 est atteint.

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICALIN 2008						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	88,7	11,3	0,0	0,0	0,0	0,0	71
CH INF 300 LP	78,6	14,4	6,1	0,6	0,3	0,0	327
CH SUP 300 LP	89,5	6,4	3,7	0,0	0,5	0,0	219
ETAB. PSY	61,2	24,4	10,0	2,4	2,1	0,0	291
HOPITAL LOCAL	77,4	16,6	5,3	0,6	0,0	0,0	337
CL. INF 100 LP	81,1	12,4	5,0	0,8	0,8	0,0	259
CL. SUP 100 LP	88,1	8,6	2,8	0,3	0,3	0,0	327
SSR-SLD	65,7	18,0	12,2	3,3	0,7	0,1	735
CLCC-CANCER	95,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20
HAD	56,0	17,3	8,0	5,3	10,7	2,7	75
HEMODIALYSE	69,6	20,3	5,1	2,5	2,5	0,0	79
MECSS-POUP.	33,3	15,2	48,5	3,0	0,0	0,0	33
AMBULATOIRE	56,4	15,4	25,6	0,0	2,6	0,0	39
TOTAL	2085	429	223	45	27	3	2812



Année	Classe de performance ICALIN					
	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%
2008	0,11%	0,96%	1,60%	7,93%	15,26%	74,15%

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICSHA

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

ICSHA 2008	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	710	465	1126	320	56	19	2696
Pourcentage	26,3%	17,2%	41,8%	11,9%	2,1%	0,7%	100,0%
ICSHA 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	345	313	1277	607	134	17	2693
Pourcentage	12,8%	11,6%	47,4%	22,5%	5,0%	0,6%	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%

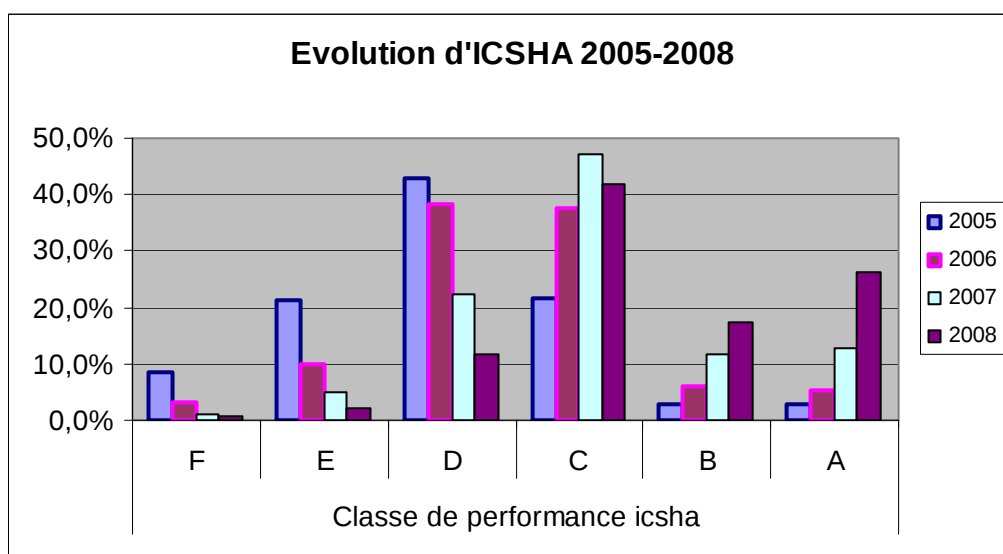
* établissements concernés par ICSHA

Publiés pour la quatrième 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 2008, une diminution du nombre d'établissements classés en E et une stabilisation du nombre d'établissement non répondants (< à 1%)

On note une progression des établissements classés A ou B qui représentent 43,6% des établissements, progression qui reste à poursuivre.

Résultats nationaux 2008
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICSHA 2008						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	74,6	16,9	8,5	0,0	0,0	0,0	71
CH INF 300 LP	22,9	22,9	49,5	4,0	0,0	0,6	327
CH SUP 300 LP	25,1	26,0	47,5	1,4	0,0	0,0	219
ETAB. PSY	7,7	5,6	44,6	30,7	9,4	2,1	287
HOPITAL LOCAL	23,1	20,8	47,8	8,0	0,3	0,0	337
CL. INF 100 LP	42,5	17,0	34,4	5,8	0,0	0,4	259
CL. SUP 100 LP	33,9	25,4	39,4	0,9	0,0	0,3	327
SSR-SLD	16,1	12,6	44,0	23,6	3,4	0,3	700
CLCC-CANCER	85,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20
HAD	62,7	8,0	20,0	1,3	5,3	2,7	75
HEMODIALYSE	39,2	14,9	32,4	6,8	0,0	6,8	74
TOTAL	26,3	17,2	41,8	11,9	2,1	0,7	2696



Année	Classe de performance icsha					
	F	E	D	C	B	A
2005	8,4%	21,1%	43,0%	21,8%	2,7%	3,0%
2006	3,1%	10,0%	38,2%	37,5%	6,0%	5,2%
2007	0,9%	5,0%	22,5%	47,3%	11,6%	12,8%
2008	0,7%	2,1%	11,9%	41,8%	17,2%	26,3%

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

SURVISO

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

SURVISO 2008	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	1010	1048
Pourcentage	96,4	100%
SURVISO 2007	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	905	1064
Pourcentage	85,1%	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 quatrième 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.

38 établissements en 2008 (contre 158 établissements en 2007) concernés ne réalisent toujours pas d'enquête de surveillance des infections sur site opératoire : tous ont été accompagnés par les régions pour mettre en place une surveillance des infections du site opératoire et la plupart se sont engagés pour la surveillance 2009.

Ces établissements sont par définition exclus du classement du score agrégé pour absence de surveillance des ISO (voir score agrégé).

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICATB

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

ICATB 2008	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements**	1079	711	603	122	32	3	2550
Pourcentage	42,3%	27,9%	23,6%	4,8%	1,3%	0,1%	100%
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 troisième année de l'indicateur ICATB

Le nombre d'établissement classés en A est passé de 28% à 42,4% entre 2007 et 2008. Cependant, des améliorations sont encore attendues puisque 6,2% des établissements n'ont pas encore mis en place les pré-requis sur le bon usage des antibiotiques (commission des antibiotiques, référent en antibiothérapie, protocole sur l'antibiothérapie et liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée).

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICATB 2008						Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	
CHR-CHU	71,8	8,5	18,3	1,4	0,0	0,0	71
CH INF 300	40,7	32,4	22,6	3,1	1,2	0,0	327
CH SUP 300	47,5	31,5	16,0	4,6	0,5	0,0	219
ETS PSYCHIATRIQUE	38,7	20,9	28,9	7,3	4,2	0,0	287
HOPITAL LOCAL	35,3	33,2	26,7	4,2	0,6	0,0	337
CLINIQUE MCO INF 100	45,2	24,3	25,9	3,5	1,2	0,0	259
CLINIQUE MCO SUP 100	54,4	22,0	19,0	4,0	0,6	0,0	327
SSR-SLD	36,1	31,0	25,4	6,3	1,1	0,1	701
CLCC	65,0	30,0	5,0	0,0	0,0	0,0	20
HAD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2
TOTAL	42,3	27,9	23,6	4,8	1,3	0,1	2550

Score agrégé 2008

Le score agrégé est calculé sur 100.

Score agrégé 2008	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements *	895	1087	739	32	18	3	2774
Pourcentage	32,3%	39,2%	26,6%	1,1%	0,6%	0,1%	100%
Score agrégé 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	433	922	1198	68	14	14	2635
Pourcentage	16,4%	35%	45,5%	2,6%	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%

- *Les exclus pour absence de surveillance des infections du site opératoire ne sont pas comptabilisés dans ce tableau*

La distribution des établissements apporte les enseignements suivants :

- Le nombre d'établissements non répondant en 2008 diminue ne représentant plus que 0,1% (soit 3 établissements)
- Le nombre d'établissements pratiquant de la chirurgie exclu pour absence de surveillance des infections du site opératoire net recul (de 158 à 38).
- il existe une nette progression des établissements classés en A ou en B (+ 70,5%) en lien avec notamment l'augmentation des scores ICSHA et ICATB. En effet, le nombre d'établissements, entre 2007 et 2008, classés en A ou B, a augmenté pour ICSHA de 79% et pour ICATB de 31%.

Résultats nationaux 2008

Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégories								
Catégories d'Etablissements/Clases	Scores Agrégés 2008							Effectif (n)
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	Exclu (%)	
CHR-CHU	76,1	22,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	71
CH INF 300	36,1	45,3	16,5	0,3	0,0	0,0	1,8	327
CH SUP 300	30,1	52,5	16,9	0,0	0,0	0,0	0,5	219
ETS PSYCHIATRIQUE	8,6	30,2	55,3	3,1	2,7	0,0	0,0	291
HOPITAL LOCAL	31,5	50,1	18,1	0,3	0,0	0,0	0,0	337
CLINIQUE MCO INF 100	47,5	33,6	11,2	0,8	0,0	0,0	6,9	259
CLINIQUE MCO SUP 100	42,2	43,7	9,8	0,3	0,0	0,0	4,0	327
SSR-SLD	18,1	37,3	42,2	1,9	0,4	0,1	0,0	735
CLCC	95,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20
HAD	57,3	20,0	13,3	1,3	5,3	2,7	0,0	75
HEMODIALYSE	44,3	24,1	26,6	2,5	2,5	0,0	0,0	79
MECSS	33,3	15,2	48,5	3,0	0,0	0,0	0,0	33
AMBULATOIRE	61,5	17,9	17,9	0,0	2,6	0,0	0,0	39
TOTAL	31,8	38,7	26,3	1,1	0,6	0,1	1,4	2812

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 2006-2008) 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 SAMR 2006-2008					
Catégories d'Etablissements	Médiane	Minimum	Maximum	% de répondant	Nombres d'établissements
CHR-CHU	0,51	0,18	1,69	100%	71
CH INF 300 LITS	0,51	0,05	1,75	91%	237
CH SUP 300 LITS	0,51	0,09	2,77	98%	219
HOPITAL LOCAL	0,21	0,05	1,29	45%	141
CLINIQUES MCO	0,38	0,05	1,63	89%	209
SSR-SLD	0,22	0,01	1,53	51%	350
CLCC	0,52	0,21	0,78	100%	10
Total	0,41	0,01	2,77	76,1%	1237

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 2008 ont été vérifiés dans 200 établissements sur une base nationale qui en compte 2 812 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

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES	Agence Nationale d' Accréditation et d' Evaluation en Santé (voir HAS)
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
BMR	Bactéries multi résistantes
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
C.CLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CTIN	Comité technique des infections nosocomiales
CTINILS	Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EBLSE	Entérobactéries productrices de beta-lactamase à spectre élargi
EOHH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
ICALIN	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICSHA	Indice de consommation de produits hydro-alcooliques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	L'Institut de veille sanitaire
PHA	Produit hydro-alcoolique
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SURVISO	Surveillance des infections du site opératoire

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