



Infections nosocomiales : nouvelles mesures de lutte
et classement des établissements de santé
&
Mise en place des indicateurs de sécurité
du patient et de qualité des soins

Mercredi 21 janvier 2009

Dossier de presse

Contact Presse – Ministère de la Santé et des Sports
01 40 56 40 14

Sommaire

I-	Les infections nosocomiales : contexte	P.4
	1. Définition et circonstances de survenue	P.4
	2. Comment se situe la France par rapport à ses voisins européens ?	P.5
	3. Réglementation et législation	P.6
II-	La politique menée par le ministère de la santé sur les infections nosocomiales	P.9
	1. Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère	P.9
	2. Les moyens de lutte mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales : recommandations nationales	P.9
	3. Une première évaluation des objectifs fixés dans le programme 2005-2008 montre qu'ils sont globalement atteints	P.10
	4. Les temps forts en 2008	P.11
	5. L'information des usagers – information des personnes malades	P.12
III-	Les nouvelles mesures annoncées pour lutter contre les infections nosocomiales	P.14
	1. Le « programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2012 »	P.14
	2. La mise en œuvre du « plan stratégique national de prévention des infections nosocomiales associées aux soins (IAS) 2009-2012 »	P.15
	3. Le suivi de la mise en place des centres de références pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires	P.17
	4. Le renouvellement de la journée « Hygiène des mains »	P.19
	5. Le plan pour la préservation de l'efficacité des antibiotiques	P.19
IV-	Les résultats nationaux de la nouvelle campagne sur les établissements de santé confrontés aux maladies nosocomiales	P.21
	<i>(à partir du recensement des données de l'année 2007)</i>	
	1. Le tableau de bord des infections nosocomiales	P.21
	2. Que représentent les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ?	P.22

3. Comment accéder à ces indicateurs ? P.22
4. Le nouvel indicateur ajouté cette année au tableau de bord des infections nosocomiales au niveau national : l'indice SARM P.22
5. Les résultats du tableau de bord P.25
6. Le classement 2007 des établissements de santé

**V- La mise en place des indicateurs de sécurité du patient et de qualité des soins
P.29**

1. Sécurité des patients dans les établissements de santé : contexte P.29
2. Calendrier P.29
3. L'expérimentation sur les Evènements Graves Indésirables (EIG) P.30

Annexes : P.31

- Les fiches techniques des indicateurs : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB et SARM et celle du score agrégé
- Les abréviations

I - Les infections nosocomiales : contexte

1. Définition et circonstance de survenue

Qu'est-ce qu'une infection nosocomiale ?

Les infections nosocomiales (IN) sont les infections contractées dans un établissement de santé.

Cette définition, issue des « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » édité en 1999, a été actualisée en novembre 2006, par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins, avec la participation de membres de la Commission Nationale des Accidents Médicaux et la consultation d'experts pluridisciplinaires.

Comment se transmettent les infections nosocomiales ?

Les infections peuvent être directement liées aux soins dispensés au patient (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe). Il existe plusieurs types d'infections nosocomiales relevant de **modes de transmission différents** :

- Les infections d'origine "endogène" : le malade s'infecte avec ses propres micro-organismes, à l'occasion d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière ;
- Les infections d'origine "exogène" : les micro-organismes ont pour origine les autres malades (transmission croisée entre malades ou par les mains ou matériels des personnels), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier (eau, air, équipements, alimentation...).

Quelle peut-être la gravité d'une infection nosocomiale?

Toutes les infections n'ont pas la même gravité. Cette gravité dépend, d'une part de l'état du patient et d'autre part, de la virulence de l'agent infectieux. Plus le patient est fragilisé, plus l'infection sera grave.

Les infections urinaires, qui représentent les infections nosocomiales les plus fréquentes, ne sont en général pas graves. En revanche, certaines infections pulmonaires ou certaines septicémies (infections provoquées par des agents pathogènes présents dans le sang) peuvent être très graves et parfois entraîner la mort.

Quelles sont les infections nosocomiales les plus courantes ?

La dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales menée en 2006 montre que les infections les plus fréquentes touchent l'appareil urinaire (30 % des IN), les voies respiratoires (la pneumopathie représente 15 % des IN) et le site opératoire (intervention chirurgicale) 14 %.

Combien de personnes meurent chaque année d'une infection nosocomiale?

On estime que les infections nosocomiales sont la cause directe de plus de 3 500 décès par an en France (estimation extrapolée à partir de l'enquête menée par le CCLIN Paris Nord en 2001 / moins 12% 2001-2006).

Quels sont les facteurs favorisants ?

Quel que soit son mode de transmission, la survenue d'une infection nosocomiale est **favorisée par la situation médicale du patient** qui dépend de :

- **son âge et sa pathologie** : sont particulièrement réceptifs les personnes âgées, les personnes immunodéprimées, les nouveau-nés, en particulier les prématurés, les polytraumatisés et les grands brûlés ;
- **certains traitements** (antibiotiques qui déséquilibrent la flore bactérienne des patients et sélectionnent les bactéries résistantes ; traitements immunosuppresseurs) ;
- **la réalisation d'actes invasifs nécessaires au traitement du patient** : sondage urinaire, pose d'un cathéter, ventilation artificielle ou intervention chirurgicale ...

Les progrès médicaux permettent de prendre en charge des patients de plus en plus fragiles qui cumulent souvent de nombreux facteurs de risque. Cela impose de prendre en compte ces facteurs de risque lors de l'interprétation des taux d'infections nosocomiales mesurés dans les enquêtes épidémiologiques.

Aussi, la prévention des infections nosocomiales est complexe car la plupart d'entre elles relèvent de plusieurs facteurs. S'il est difficile de maîtriser tous les facteurs liés à la situation médicale des patients dans l'état actuel de nos connaissances, la qualité des soins et la sécurité de l'environnement hospitalier doivent en revanche faire l'objet d'une vigilance renforcée et d'actions de prévention.

La vigilance accrue autour de l'application de gestes simples d'efficacité démontrée, comme l'hygiène des mains entre chaque soin et le port de gants pour réaliser un geste invasif sont des éléments fondamentaux de la sécurité des soins.

La démarche de prévention des infections nosocomiales doit s'inscrire dans une démarche globale de gestion des risques hospitaliers.

2. Comment se situe la France par rapport à ses voisins européens ?

Le taux d'infections nosocomiales en France est parmi le plus faible par rapport à celui observé dans les autres pays européens (cf. tableau).

Trois enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) ont été réalisées en 1996, en 2001 et en juin 2006.

En 2006, 2 337 établissements de santé, représentant 95% des lits d'hospitalisation et 358 467 patients ont été inclus.

Le jour de l'enquête 2006, 17 820 patients étaient infectés **soit une prévalence de patients infectés de 4,97%** ;

Entre 2001 et 2006, on a noté une diminution de 12 % de la prévalence des patients infectés, de 40% de ceux infectés par un staphylocoque multi-résistant aux antibiotiques.

Le rapport du groupe travail « Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance » (HELICS) de mars 2006 sur les infections du site opératoire pour les données 2004 montre que les chiffres de la France sont « très compétitifs ». La France y participe pour 278 établissements sur 628 du pool de 11 pays (Belgique, Finlande, Allemagne, Grèce, Hongrie, Lituanie, Pays Bas, Pologne, Espagne et Grande Bretagne).

La France présente notamment les taux d'incidence des infections du site opératoire parmi les plus faibles pour les cholécystectomies (1,0%) et les poses de prothèses de hanche (2,1%) tandis qu'elle se situe dans la moyenne pour les césariennes (2,6%).

Pays	Année	Nombre d'établissements	Taux de prévalence patients infectés
France tous types de séjours	2006	2 337	4,97%
Suisse court séjour	2004	50	7,2%
Finlande court séjour	2005	30	9%
Norvège long séjour	2003		7,3%
Norvège court séjour	2002	76	5,4%
Grèce	2001	14	9,3%
Slovénie court séjour	2001		4,6%
Espagne	2002	246	6,7%
Italie	2000		4,9%

3. Réglementation et législation

Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales s'est déployé à la faveur des deux plans nationaux pluriannuels successifs (1995-2000 et 2005-2008) de lutte contre les infections nosocomiales.

Ce dispositif se décline à plusieurs niveaux.

Au niveau local

- Depuis 1988, chaque établissement de santé doit disposer d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).
- En 1999, le dispositif a été étendu aux cliniques privées.
- En 2006¹ dans le cadre de la réforme hospitalière, les CLIN dans les établissements publics sont transformés en sous-commissions de la CME, et demeurent l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales.

¹ Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME

- Les établissements se dotent progressivement d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) chargée de la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Cette équipe, composée de professionnels spécialisés en hygiène hospitalière, varie en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement de santé. Pour les petits établissements, la création d'équipe inter-établissements est encouragée.

Au niveau Interrégional et régional

- En 1992, cinq structures interrégionales, les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), ont été créées en appui aux établissements de santé. Ces centres ont des missions de coordination, de conseil et d'expertise.
- Se sont constitués progressivement des relais régionaux à l'initiative des régions et depuis 2006² ces structures régionales ont été officialisées. Dénommées antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, elles sont chargées d'assurer un relais des CCLIN auprès des établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). La mise en place effective de ces antennes dans chaque région est presque aboutie.

Au niveau national

- Les missions de l'instance nationale (CTIN) qui avait été créée en 1992 ont été redéfinies, afin de séparer l'expertise scientifique du risque infectieux de la gestion nationale de ce risque dans le cadre du programme pluriannuel.
- Ainsi en 2004, le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a été créé (JO du 16 octobre 2004). Cette instance a été intégrée au Haut conseil de la santé publique (arrêté du 1er octobre 2007 paru au JO du 20 octobre 2007) et est en cours de restructuration suite à l'arrêté du 6 octobre 2008 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique. Le CTINILS rejoint la commission spécialisée « sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques » qui réunit l'expertise nécessaire à l'évaluation des risques liés aux infections nosocomiales, des risques liés à des soins et des risques liés à des pratiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population et à l'évaluation des stratégies de gestion de ces risques
- Un groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008, mis en place au cours de l'année 2004, a pour mission de faire des propositions pour renforcer les actions prévues dans le programme national et pour évaluer ce programme. Il est également consulté sur l'organisation du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Ce groupe de pilotage est composé de représentants des cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), des directeurs d'ARH et des centres hospitaliers, des fédérations hospitalières, de l'Institut de Veille Sanitaire, et d'un représentant d'une association d'usagers.
- La surveillance épidémiologique (enquête nationale de prévalence, réseaux de surveillance de l'incidence des ISO³, BMR⁴, bactériémies nosocomiales, AES⁵ et

² Arrêté du 17 mai 2006 relatif à la création d'antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

³ Infections de site opératoire

⁴ Bactéries multirésistantes aux antibiotiques

⁵ Accidents d'exposition au sang

infections nosocomiales en réanimation) et la gestion des alertes nosocomiales sont coordonnées au niveau national par le Réseau d'alerte, d'investigation et surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), qui associe les 5 C.CLIN et l'InVS.

- Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales afin de constituer un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers et de permettre une interface qui renforce le dialogue entre les usagers, les professionnels de santé et les institutions de la santé. Depuis début janvier 2009, cette mission a rejoint les équipes du Médiateur de la République pour mettre en place un pôle santé et sécurité des soins. Ce pôle est dédié à l'information des usagers et à la médiation entre les patients et les professionnels de la santé. Le Médiateur est désormais compétent pour traiter des sujets tels que le non respect du droit des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins. Son périmètre d'action s'étend à tous les établissements publics et privés de santé ainsi qu'à la médecine de ville. Ses principaux objectifs sont de rétablir la confiance entre le monde médical et les usagers du service de santé et de participer à l'amélioration de la sécurité des soins. "Informer, dialoguer, alerter" sont les mots d'ordre de ce nouveau pôle santé et sécurité des soins.

II - La politique menée par le ministère de la santé sur les infections nosocomiales

1. Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère

- réduire significativement le nombre d'infections nosocomiales ;
- réduire la fréquence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.

En 1995 :

Un premier plan coordonné d'actions de lutte contre les infections nosocomiales était lancé par le ministère. Ses objectifs étaient de réduire significativement le nombre d'infections nosocomiales et la fréquence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Les avancées majeures qui en résultent constituent aujourd'hui le socle de la politique nationale :

Un dispositif spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales, structuré à tous les échelons :

- un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et une Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) dans l'établissement de santé ;

En 2007 :

- 98,8% des établissements disposent d'un CLIN
- 93,1% des établissements disposent de professionnels en hygiène hospitalière
- 96% des établissements ont élaborés un programme d'actions annuel.
- des antennes de lutte contre les infections nosocomiales au niveau régional, avec des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN) dans l'interrégion ;
- un réseau national de surveillance épidémiologique coordonné par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) et performant tant au plan de la qualité méthodologique que du nombre d'établissements et de services participants ;
- un maillage territorial des services déconcentrés de l'Etat (référénts régionaux dans les DRASS, médecins inspecteurs assurant la gestion des signalements dans les DDASS).

2. Les moyens de lutte mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales

- des recommandations nationales de référence, garantes d'une culture de bonnes pratiques commune ;
- une mise en place à part entière de l'hygiène hospitalière dans la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- un dispositif de signalement des infections nosocomiales les plus graves, rares ou les plus inhabituelles (en juillet 2001), sans équivalent à l'étranger.

En 2003, afin de prendre en compte les actions développées depuis 1995 et les évolutions du système de santé publique français, un groupe de travail réunissant des représentants du CTINILS, de l'InVS, de la SFHH (société française d'hygiène hospitalière) et du ministère chargé de la santé s'est **attaché à élaborer un nouveau programme 2005-2008 pluriannuel.**

Ce Programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 arrive à échéance.

3. Une première évaluation des objectifs fixés dans le programme 2005-2008 montre qu'ils sont déjà globalement atteints

- « Entre 2005 et 2008, 100% des établissements de santé ont fait progresser le score ICALIN et il n'y a plus d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats E en 2008 ». **En 2007, il reste 32 établissements de santé en classe E (79 en 2005). 85,6% des établissements de santé sont en classes A ou B (63,6% en 2005).**
- « Entre 2005 et 2008, 75% des établissements de santé ont doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques (utilisée pour l'hygiène des mains) ». **En 2007, 52,9% des établissements ont doublé leur consommation entre 2005 et 2007 et 69,7% ont progressé d'au moins une classe d'ICSHA.**
- « 75% au moins des établissements de santé réalisent des audits de bonnes pratiques ». **En 2007, 81,3% des établissements ont réalisé un audit de bonnes pratiques (64,5% en 2005).**
- « 100% des établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé une surveillance des infections du site opératoire (ISO) ». **En 2007, 902 des 1 067 établissements (84,5%) ayant une activité chirurgicale ou obstétricale ont réalisé une surveillance des ISO (60,3% en 2005).**
- « 100% des établissements de santé présentent dans le livret d'accueil leur programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé et 100% des établissements de santé affichent le tableau de bord ». **En 2007, 92,8% des établissements de santé ont fait cette présentation dans leur livret d'accueil (83,5% en 2005) et 99,5% des établissements de santé ont affiché le tableau de bord.**
- 100% des établissements de santé ont organisé le signalement (procédure de signalement affichée, professionnel chargé du signalement nommé selon le r 711-1-14 du Code de la Santé Publique). **En 2007, 2 628 (94 %) établissements ont désigné un responsable du signalement.**
- 100% des établissements de santé ont une commission des anti-infectieux et 100 % des hôpitaux ont des protocoles de bon usage des antibiotiques et disposent d'un suivi de la consommation des antibiotiques (5ème indicateur figurant dans le tableau de bord). **En 2007, 83,8% des établissements de santé disposent d'une commission du bon usage des antibiotiques. En 2007, 66% des établissements ont défini un protocole d'antibiothérapie de première intention et 96,2% des établissements ayant une activité chirurgicale et/ou obstétricale déclarent avoir élaboré des protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale. En 2007, 82,7% réalisent une surveillance de la consommation des antibiotiques.**

4. Les temps forts en 2008

- **30 janvier 2008** : troisième parution des résultats du tableau de bord des infections nosocomiales pour la quasi totalité des établissements (pour 2006, moins 1% des non répondants, n = 25/2811). Les résultats pour 2007 voient encore baisser ce nombre (15/2807).
- **31 janvier 2008** : mise en place du Comité national de suivi chargé du second plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010.
- **23 mai 2008** : journée nationale de sensibilisation à la friction des mains avec un produit hydro-alcoolique. L'expérience de cette première communication sera mise à profit pour préparer une prochaine journée qui s'inscrira dans le cadre de la journée mondiale « Save Lives : Clean Your Hands » en mai 2009.
- **26 septembre 2008** : désignation de 8 centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes associées aux soins.
- **13/14 octobre 2008** : colloque européen « L'Europe de la santé au service des patients ».
- **6-7 novembre 2008** : atelier européen consacré à la lutte contre les résistances aux antibiotiques, « campagnes de sensibilisation sur l'utilisation prudente des antibiotiques »,
- **18 novembre 2008** : première Journée européenne de sensibilisation sur les antibiotiques, à l'initiative de l'ECDC, à Strasbourg.
- **24 novembre 2008** : séminaire national sur l'organisation des infections associées aux soins. Présentation des résultats de la consultation des établissements de santé par questionnaire (45% d'établissements répondants) et de 18 réunions régionales (1 300 participants), dans le cadre de la préparation du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins du ministère chargé de la santé.

Au total :

Ces deux dernières années, près de 46 millions d'euros ont été accordés pour financer la prévention des Infections nosocomiales.

En 2008, 16 études et projets de recherche ont été financés par le ministère de la santé, pour environ 780 000 €.

En 2007 et 2008, des nouvelles mesures financières ont été accordées pour les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière afin de financer des postes de médecins ou pharmaciens et des postes d'infirmiers. Le coût total sur 2007 et 2008 s'élève à 18,650 M€ et est réparti sur l'ensemble des tarifs.

5. L'information des usagers – information des personnes malades

- **le renforcement de la transparence**

Les établissements de santé sont tenus de renseigner le public sur la lutte contre les infections nosocomiales à travers d'une part, le livret d'accueil remis au patient hospitalisé

et, d'autre part, **le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales**, accessible au public.

Les **représentants des usagers siégeant au conseil d'administration doivent assister, avec voix consultative, à la séance du CLIN** au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.

Un représentant des usagers siège au sein de l'instance nationale, le CTINILS, groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, **la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (IDMIN)**, afin de constituer un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers et de permettre une interface qui renforce le dialogue entre les usagers, les professionnels de santé et les institutions de la santé. Cette mission vient d'intégrer les équipes du médiateur de la république au sein du pôle santé et sécurité des soins⁶.

- **Les voies d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales**

Il existe trois voies d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales :

1) la loi sur les droits des malades a mis en place un dispositif de **règlement amiable compétent pour les accidents médicaux**, et donc les infections nosocomiales.

Si l'infection nosocomiale est grave, (elle a entraîné un taux d'incapacité permanente supérieur à 25% ou le décès), l'avis est adressé à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) qui proposera une indemnisation à la victime ou à ses ayants droits en cas de décès.

Si l'infection nosocomiale n'atteint pas ce niveau de gravité l'avis sera transmis à l'assureur de l'établissement responsable.

2) Si les critères de gravité fondant la compétence du nouveau dispositif ne sont pas atteints ou si l'accident est antérieur au 4 septembre 2001 ou encore tout simplement si la personne le souhaite, **elle peut saisir le juge compétent**.

3) Enfin il est toujours possible de faire du **règlement amiable directement avec l'établissement et son assureur**. Il faut pour cela saisir la direction de l'établissement d'une demande en ce sens.

- **Le site internet sur les infections nosocomiales de « www.sante.gouv.fr »**

http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_i.htm

Depuis 1999, la rubrique "Infections nosocomiales" du site Internet du Ministère de la santé permet de faire connaître les différentes actions menées et documents produits sur ce thème.

Les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales sont disponibles en ligne.

⁶ <http://www.securitesoins.fr/>

- **Le portail téléphonique d'information du ministère de la santé**

Info' Ministère - 0820 03 33 33 (0,15 € TTC / MN) permet de répondre aux demandes d'informations des usagers sur le tableau de bord des infections nosocomiales.

- **Les recommandations des bonnes pratiques d'hygiène**

Le ministère a rappelé en décembre 2003, en juin 2004, en juillet 2005 et en décembre 2006 aux établissements de santé les mesures de prévention à mettre en œuvre. Le CTINILS a émis un avis spécifique visant à prévenir la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides au sein des établissements de santé (Bulletin Officiel du 15 novembre 2005), complété par une fiche technique opérationnelle en décembre 2006 et travaille encore sur ce thème pour compléter le dispositif.

La prévention repose sur des mesures de protection systématique des patients et du personnel vis à vis des risques infectieux liés au contact avec les malades porteurs ou leur environnement immédiat. Les mesures d'hygiène de base, essentiellement l'hygiène des mains, sont indispensables pour éviter la transmission des BMR de patients à patients. La prévention repose aussi sur des mesures spécifiques (isolement technique des patients porteurs). C'est pourquoi les patients porteurs de BMR doivent être identifiés précocement et signalés lors de leurs transferts. Lors des visites, les familles et proches doivent respecter les précautions d'hygiène, notamment des mains. De même, après le retour au domicile d'un malade porteur de BMR, chacun doit veiller à une bonne hygiène.

De nombreuses circulaires et des guides de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ont été élaborés sous l'égide du ministère chargé de la Santé. Ces guides concernent : L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ; La prévention de la transmission d'infections ; Architecture, environnement ; L'entretien du matériel médical et des locaux.

Ces guides ou circulaires sont diffusés aux DDASS, DRASS, ARH et établissements de santé ainsi qu'aux instituts de formation paramédicale, conseils de l'ordre et sociétés savantes. Ils sont disponibles sur le site Internet du ministère dans le dossier infections nosocomiales.

III- Les nouvelles mesures annoncées pour lutter contre les infections nosocomiales

1. Le « Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2012 »

Ce programme prend la suite du programme 2005-2008 qui a en grande partie atteint ses objectifs. Il est organisé autour de six orientations nationales, avec des déclinaisons régionales et locales pour les établissements de santé, et des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les 6 grandes orientations sont de promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins, optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique, maintenir l'usager au centre du dispositif, améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins et promouvoir la recherche sur les infections associées aux soins.

Les indicateurs de résultats vont être de plus en plus utilisés pour compléter la mesure des actions et l'organisation des établissements de santé. Des objectifs de résultats sur des pratiques à risque et la maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques sont fixés.

Ces objectifs sont à atteindre en 2012 pour les établissements de santé sont :

- **L'incidence des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC)** en réanimation : elle doit être inférieure à 1/1000 jours d'exposition aux cathéters veineux centraux;
- **L'incidence des infections du site opératoire pour 100 actes**, pour les patients à faible risque en chirurgie programmée doit diminuer de 30%. Les interventions ciblées sont la hernie de paroi, la cholécystectomie, la chirurgie orthopédique prothétique, la césarienne, la chirurgie du sein, des veines périphériques et le pontage coronaire.
- **L'incidence, pour 100 admissions, des accidents exposant au sang** pour les personnels dans les établissements de santé doit baisser de 20%
- **L'incidence des SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation** doit diminuer de 20% et la proportion des souches d'entérocoques faecium résistants aux glycopeptides doit rester inférieure à 2% sur le territoire national.

Ces données sont déjà suivies à l'échelon national par les réseaux de surveillance du RAISIN⁷.

Le programme sera diffusé à tous les établissements de santé et aux ARH par circulaire une fois finalisé après analyse de la consultation organisée en janvier 2009.

• ⁷ Réa-RAISIN ; ISO- RAISIN ; BMR-RAISIN ; AES-RAISIN, EARSS-France : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/raisin/>

2. La mise en œuvre du « Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2012 »

L'évolution du contexte épidémiologique et celle de l'organisation des soins ces dernières années nécessitent d'adapter la politique du ministère de la santé en matière de prévention des infections associées aux soins.

Le vieillissement de la population et l'augmentation constante du nombre de personnes hébergées en EHPAD (Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes) se traduisent par une augmentation parallèle des transferts de personnes entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Par ailleurs, les phénomènes épidémiques et endémiques touchent la population dans son ensemble et parfois trouvent un terrain de développement au sein même de la population générale.

Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Les infections peuvent être directement liées aux soins dispensés au patient (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe).

Le Plan stratégique national s'articule en trois objectifs :

Le premier objectif du Plan stratégique national est d'étendre la prévention des Infections associées aux soins à tous les secteurs de soins :

- secteur hospitalier : poursuite des efforts et des progrès réalisés depuis 20 ans avec un nouveau « Programme national de prévention des IAS en établissements de santé ».
- secteur médico-social : action concertée avec la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) du Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. D'ores et déjà, les établissements de plus de 25 lits doivent réaliser une auto-évaluation à partir de référentiels de recommandations de bonnes pratiques (grille ANGELIQUE), notamment sur l'organisation et la qualité des soins. Il s'agit maintenant de développer les bonnes pratiques dans ces établissements en mettant l'accent sur la formation du personnel soignant et sur la coopération par voie de conventionnement, pour qu'ils bénéficient de l'expertise des professionnels en hygiène hospitalière des établissements de santé, des CCLIN et de leurs antennes régionales.
- secteur des soins de ville : l'organisation de ce secteur repose sur une relation individuelle avec les patients. Un programme incitatif sera développé avec les milieux professionnels, notamment les URML. Il comprendra notamment un renforcement de la prévention des IAS dans les programmes de formation médicale continue (FMC) et dans les référentiels des « Evaluations des pratiques professionnelles » (EPP).
- autres pratiques à risque infectieux : ces dernières années, le ministère chargé de la santé a été confronté à des séries de cas d'infections consécutives à des pratiques non médicales : micro-greffes capillaires, mésothérapie, tatouage-

piercing, carboxythérapie, ... Ces pratiques sont réalisées dans des cadres peu organisés. Face à la succession de ces épisodes, le ministère en charge de la santé va réaliser une analyse détaillée des pratiques non médicales appliquées sur le corps humain afin d'envisager un cadre de protection des usagers pour prévenir leurs conséquences sanitaires.

Chaque secteur a ses propres règles de fonctionnement. Au sein de chaque secteur, les professionnels de la santé réalisent des soins dont le risque infectieux est très variable. Si les exigences de qualité doivent être les mêmes pour tous, les modalités de prévention des IAS doivent être adaptées au risque réel engendré par la nature des soins et le profil des patients pris en charge.

Le deuxième objectif du Plan stratégique national est d'adapter les programmes d'action aux spécificités des secteurs de soins et des catégories d'établissements ou de professionnels de santé.

Les orientations et directives nationales ne peuvent pas prévoir tous les cas de figures recensés dans les deux cadres décrits précédemment. L'échelon national doit fixer le cadre général des actions à développer, les priorités et les objectifs à atteindre. Dans ce cadre, selon les secteurs de soins et selon les catégories d'établissements, l'adaptation des modalités d'organisation et des priorités doit être confiée à l'échelon qui a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique nationale. Dans le cadre de la loi « Hôpital-patient-santé-territoire », les Agences Régionales de Santé (ARS) devront veiller « à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements médico-sociaux ».

Le troisième objectif du Plan stratégique national est de régionaliser la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS

- un programme régional de prévention des IAS devra décliner les priorités et objectifs nationaux en fonction des spécificités locorégionales.
- les Contrats Pluriannuels d'Objectifs de Moyens (CPOM) intégreront les modalités d'adaptation propres à chaque établissement, dans le cadre fixé par la réglementation et après l'avis technique et scientifique de l'antenne régionale du CCLIN.
- un comité régional de suivi, regroupant l'ensemble des acteurs (établissements, professionnels, usagers) sera chargé d'aider l'ARS à suivre la mise en œuvre du programme régional et de lui faire des propositions d'adaptation de ce programme.

C'est dans ce cadre, tracé par ces trois objectifs, que seront entrepris les programmes d'amélioration de l'organisation des actions de prévention des IAS et d'une meilleure maîtrise de leurs déterminants.

3. Le suivi de la mise en place des centres de références pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes :

Les infections ostéo-articulaires complexes associées aux soins recouvrent essentiellement les infections sur prothèse ou sur matériel d'ostéosynthèse et les infections post-traumatiques qui sont le plus souvent des infections post-opératoires. Ces infections peuvent mettre en jeu le pronostic vital mais beaucoup plus souvent le pronostic fonctionnel. Le nombre de nouveaux cas d'infections ostéo-articulaires prothétiques en France est estimé entre 2000 et 2500 par an. Le ministre en charge de la santé a désigné 8 centres en octobre 2008. Les centres reconnus ont déjà une organisation et une expérience dans la prise en charge de cette pathologie. Leur premier objectif est la coordination et l'expertise afin qu'un patient touché par une infection ostéo-articulaire complexe puisse bénéficier de la meilleure prise en charge possible. Les centres joueront aussi un rôle de recours pour des patients qui nécessitent une prise en charge plus complexe.

Le dispositif doit permettre que tout patient atteint d'une infection ostéo-articulaire bénéficie d'une expertise par un centre de référence, la prise en charge pouvant se faire en coordination avec un autre établissement.

Modalités d'identification des centres

Sur la base d'un cahier des charges rédigé par six sociétés savantes⁸ en collaboration avec l'association Le Lien (association de patients) et sur l'avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), des directives ont été données aux Agences régionales d'hospitalisation par la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins afin de reconnaître un centre pour chacune des inter-régions métropolitaines, et deux en Ile de France.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a fourni aux régions des éléments d'activités pour les aider à faire le choix à partir de codes marqueurs de l'activité.

Les établissements ont élaboré des projets et les régions ont analysé les propositions d'organisation avec un objectif d'efficacité et de qualité du service rendu au patient dans le cadre des schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS).

Les critères reposaient sur les modalités d'organisation des centres et de prise en charge des patients, le regroupement des compétences, le partenariat avec d'autres établissements de santé pour une prise en charge de proximité de tous les patients infectés, et l'activité de recherche.

Les Agences régionales d'hospitalisation ont proposé une liste à la ministre en septembre 2008 et les centres ont été annoncés en octobre 2008.

Répartition géographique des centres

Il existe un centre de référence au sein des inter-régions définies dans le cadre des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS).

Les 8 centres sont :

- le CHU de LILLE (région Nord pas de Calais) pour l'inter-région Nord Ouest, regroupant les régions Basse Normandie, Haute Normandie, Picardie, Nord Pas de Calais,

⁸ Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), Société Française de Microbiologie (SFM), Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), Société Française de Rhumatologie (SFR), Société Française de chirurgie orthopédique (SOFOT)

- le CHU de REIMS (région Champagne-Ardenne) pour l'inter-région Est, regroupant les régions Alsace, Bourgogne, Champagne Ardennes, Franche-Comté, Lorraine,
- le CHU TOURS (région Centre) pour l'inter-région Ouest, regroupant les régions Bretagne, Centre, Pays de Loire, Poitou Charentes,
- les HOSPICES CIVILS DE LYON (région Rhône-Alpes) pour l'inter-région Sud Est, regroupant les régions Auvergne, Rhône Alpes,
- l'AP-HM (région PACA) pour l'inter-région Sud méditerranée, regroupant les régions Corse, Languedoc Roussillon, PACA,
- le CHU de TOULOUSE (région Midi-Pyrénées) pour l'inter-région Sud Ouest, regroupant les régions, Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées,
- Le GROUPE HOSPITALIER DIACONESSES-CROIX-ST-SIMON et l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS pour la région Ile de France.

Le financement des centres

Les centres bénéficient d'un premier financement en 2008 pour l'activité de coordination et de recherche. Un montant de 112 500 euros est alloué à chaque centre. Parallèlement, des travaux ont été engagés par le ministère de manière à permettre un financement de l'activité de prise en charge des infections ostéo-articulaires à un juste niveau dès 2009.

Le dispositif se met en place

Le dispositif est en cours de déploiement (janvier 2009). Chaque centre est en train d'organiser l'accueil téléphonique pour répondre à la demande du grand public mais surtout à la demande des professionnels (médecin traitant, chirurgien,...). Ils doivent communiquer localement sur la mise en place du dispositif au niveau de chaque région.

Le point d'entrée vers un centre reste le médecin traitant ou l'établissement de santé en charge du patient qui évoque le diagnostic d'infection ostéo-articulaire.

Le centre doit jouer son rôle d'expertise en confirmant ou non le diagnostic et en établissant la meilleure prise en charge pour le patient (mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire, rédaction de protocoles.....). Le centre jouera ensuite son rôle de coordination en orientant le patient.

Il s'agit d'organiser la filière de prise en charge la plus adaptée en fonction des besoins des patients.

Il est prévu un premier bilan de la mise en place des centres en juin 2009, 1 an après le lancement de la procédure de reconnaissance.

Pour plus d'informations, un dossier spécifique a été créé sur le site du ministère en charge de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/iaa/accueil.html>

On y retrouve entre autre les coordonnées complètes des centres. Le site est régulièrement mis à jour et sera alimenté par les expériences et supports fournis par les centres.

4. Le renouvellement de la journée « Hygiène des mains » en mai 2009

En mai 2008, le ministère en charge de la santé a organisé une journée nationale de sensibilisation à l'hygiène des mains dans les établissements de santé. Sous le titre de « mission mains propres » avec comme slogan « des mains désinfectées = des risques évités » le but était de toucher un maximum d'acteurs du système de santé et de les sensibiliser à l'utilisation des produits hydro-alcooliques.

Tout savoir sur la journée : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/mission-mains-propres/mission-mains-propres-journee-nationale-23-mai.html>

Cette journée sera rééditée notamment dans le cadre de la campagne mondiale de l'OMS « Save Lives : Clean Your Hands » en mai 2009.

5. Le « Plan pour la préservation de l'efficacité des antibiotiques » :

Depuis les années 1990, la France figure parmi les pays les plus utilisateurs d'antibiotiques, avec environ 100 millions de prescriptions antibiotiques par an, dont 80% en ville, où 30% des prescriptions sont inappropriées. Cette surconsommation a participé à l'apparition de nombreuses résistances bactériennes, en ville et à l'hôpital. La résistance aux antibiotiques est le déterminant de santé numéro 30 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Prenant conscience du risque pour la santé que représente l'antibiorésistance, la France, dès 2001, a mis en place un plan d'action pluriannuel ayant comme objectif de maîtriser et de rationaliser la prescription des antibiotiques. Le plan 2001- 2005 et le plan 2007-2010 ont servi de cadre à des actions telles que les campagnes de communication grand public « les antibiotiques, c'est pas automatique » de la CNAMTS.

Les principaux objectifs du plan 2007 – 2010 sont les suivants :

- Améliorer les pratiques médicales
- Améliorer les connaissances du grand public et du personnel de la petite enfance
- Intégrer la politique antibiotique dans une gestion plus globale du risque infectieux et médicamenteux
- Décliner le « plan antibiotiques » dans les établissements de santé
- Mettre en place le système d'information du plan
- Communiquer et valoriser les actions et les résultats du plan
- Favoriser la recherche

En 2009, l'accent sera porté plus particulièrement sur :

- Décliner le « plan antibiotiques » dans les établissements de santé en coordination avec le « Programme national de prévention des IAS en établissements de santé 2009-2012 ».
- Améliorer les systèmes d'information pour le suivi des prescriptions d'antibiotiques. L'AFSSAPS a été désignée comme pilote pour la coordination du recueil des données en provenance des différents secteurs de soins et pour l'analyse de ces informations.

- Poursuivre l'information du grand public pour la réduction de l'utilisation des antibiotiques, notamment par la formation et l'information des professionnels de la petite enfance et des parents d'enfant de 0 à 6 ans, et la mise en place en partenariat avec le ministère chargé de l'éducation nationale du projet E-bug, destiné à améliorer les connaissances des enfants de 9 à 16 ans scolarisés sur la flore bactérienne, les infections, l'utilité des antibiotiques et les dangers de leur utilisation inappropriée.

Les actions déjà mises en place ont permis une baisse significative de la prescription des antibiotiques en ville dans l'ensemble de la population (–23,4% depuis 2002 pour les périodes hivernales, ce qui équivaut à près de 27 millions de traitements inutiles évités depuis le début du programme) et en particulier chez les enfants (une diminution de 31% de la consommation d'antibiotiques chez les enfants de 0 à 5 ans a été constatée). La stabilisation, voire la tendance à la baisse de la résistance pour quelques espèces bactériennes, sont encourageantes.

IV– Les résultats nationaux de la nouvelle campagne d'informations sur les établissements de santé confrontés aux maladies nosocomiales (à partir du recensement des données de l'année 2007)

1. Le tableau de bord des infections nosocomiales

Qu'est ce que le tableau de bord des infections nosocomiales ?

L'objectif du tableau de bord des infections nosocomiales est **d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.**

Le tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il vise à améliorer la qualité des soins en permettant un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements. Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.

Le tableau de bord comporte 5 indicateurs et un score agrégé :

Dans chaque établissement de santé, le tableau de bord des infections nosocomiales doit être mis à disposition des usagers.

Pour les données de l'année 2007, le tableau de bord comporte 5 indicateurs : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, SARM et un Score Agrégé.

L'ICALIN (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales), 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'ICSHA (indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques), publié pour la deuxième fois est le reflet de la mise en œuvre de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

SURVISO (surveillance des infections du site opératoire), mesurer la fréquence des infections du site opératoire

ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques), reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie visant à optimiser la qualité des traitements antibiotiques tout en préservant leur efficacité.

SARM : 1er indicateur de résultat : l'indice SARM permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement pour le SARM, bactérie multi-résistante aux antibiotiques fréquemment en cause dans les infections nosocomiales. Il est calculé sur trois ans (2005, 2006 et 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 en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM.

SCORE AGREGE introduit pour la première fois pour ce classement 2006, l'indice agrégé permet de résumer les quatre indices du tableau de bord (hormis le SARM) avec la pondération suivante : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%. C'est une façon de lire différemment les quatre indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

2. Que représentent les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ?

Le tableau de bord offre une vision d'ensemble simplifiée de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé. La publicité de ce tableau de bord a pour objectif de valoriser les efforts entrepris par les établissements de santé qui s'impliquent de longue date dans la lutte contre les infections nosocomiales. Elle permet également à ceux qui renforcent leurs actions dans ce domaine de mesurer de façon objective leur progression. L'indicateur ICALIN permet ainsi de situer l'état d'avancement d'un établissement dans la mise en place du dispositif de la lutte contre les infections nosocomiales. L'indicateur ICSHA, indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains, permet de suivre la mise en œuvre effective d'une des techniques utilisées pour l'hygiène, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales. L'indicateur SURVISO renseigne sur l'engagement de l'établissement dans la surveillance du risque infectieux en chirurgie. 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. Le score agrégé résume quatre des cinq indicateurs du tableau de bord⁹, ce qui permet d'en faciliter la lecture. Cet indice est appelé à évoluer.

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

La classe A distingue les meilleurs établissements.

3. Comment accéder à ces indicateurs ?

Les données sur les établissements de santé sont accessibles à tous. Chaque établissement a reçu ses résultats individuels. Le personnel de santé, les patients et leur entourage ont la même information. La démarche de qualité s'accompagne d'une logique de transparence. Les scores et la classe de performance des établissements de santé sont disponibles sur le site Internet du ministère : www.sante.gouv.fr dans le dossier thématique « Infections nosocomiales » à la rubrique « Actualités ». La plateforme téléphonique du Ministère Info'Ministère (0820 03 33 33) répond aux appels du public qui souhaite avoir plus d'information sur les infections nosocomiales et la démarche de qualité au sein des établissements de santé.

4. Le nouvel indicateur ajouté cette année au tableau de bord des infections nosocomiales au niveau national : l'indice SARM

Pour la première année, un indicateur de résultat est affiché : il s'agit de l'indice SARM : SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), publié pour la première année, permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement pour le SARM, bactérie multi-résistante aux antibiotiques fréquemment en cause dans les infections nosocomiales. Il est calculé sur trois ans (2005, 2006 et 2007). Cet indice ne peut avoir qu'une valeur indicative. Il

⁹ ICALIN [activités de la lutte contre les infections nosocomiales] 40%, ICSHA [utilisation des solutions hydro-alcooliques] 30%, ICATB [maîtrise de l'utilisation des antibiotiques] 20%, SURVISO [surveillance des infections du site opératoire] 10%.

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 en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM.

5. Les résultats du tableau de bord

L'ICALIN, (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales), 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).

ICALIN	A ou B	E	pas de réponse
2005	63,6%	2,8%	2,4%
2006	80,6%	1%	0,9%
2007	85,8%	1,1%	0,5%

L'ICSHA, (indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques), est le reflet de la mise en œuvre de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

ICSHA	A ou B	E	pas de réponse
2005	5,7%	21,1%	8,4%
2006	11,2%	10%	3,1%
2007	24,4%	5%	0,9%

L'ICATB, (indice composite de bon usage des antibiotiques), reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie visant à optimiser la qualité des traitements antibiotiques tout en préservant leur efficacité.

ICATB	A ou B	E	pas de réponse
2006	32,2%	9%	0,8%
2007	53,5%	2,4%	0,6%

SURVISO, (surveillance des infections du site opératoire), mesure la fréquence des infections du site opératoire

SURVISO	Établissements avec surveillance	Établissements sans surveillance	pas de réponse	Établissements concernés	Pourcentage avec surveillance
2005	669	441	11	1121	59,7%
2006	788	314	1	1102	71,5%
2007	904	162	1	1067	84,7%

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.

	Médiane	Minimum	Maximum	% de répondant	Nombre d'établissements
Centres hospitalo-universitaires-centres hospitaliers régionaux	0,56	0,2	1,41	100	71
Centres hospitaliers de moins de 300 lits	0,505	0,03	2,02	92	227
Centres hospitaliers de plus de 300 lits	0,56	0,1	2,81	96	223
Hôpitaux locaux	0,21	0	1,57	84	75
Cliniques de plus de 100 lits	0,37	0,02	1,66	93	203
Soins de suite et de réadaptation-services de longue durée	0,2	0	1,69	85	211
Centres de lutte contre le cancer	0,575	0,18	0,93	100	10

SCORE AGREGÉ, introduit pour la première fois pour le classement 2006, il permet de résumer les quatre indices du tableau de bord avec la pondération suivante : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%

En 2007, en ont été exclus les 162 établissements chirurgicaux n'ayant pas réalisé de surveillance des ISO.

Score agrégé	A ou B	E	pas de réponse	Exclus pour absence de SURVISO
2006	23,9%	0,9%	0,9%	-
2007	47,9%	0,5 %	0,5 %	5,3 %

6. Le classement 2007 des établissements de santé

Les premiers établissements, par catégories en classe A, selon l'indice agrégé, sont :

Catégorie CHU (Centre Hospitalier universitaire)-CHR (Centre Hospitalier régional)		
Hôpital Emile Roux (AP-HP)	Limeil Brévannes	99,64
G.I.H. Bichat / Claude Bernard (AP-HP)	Paris	99,00
Hôpital Européen G Pompidou (AP-HP)	Paris	99,00
Hôpital Cochin (AP-HP)	Paris	98,80
Chu Grenoble	La Tronche	98,75
Chu A.Chénevier-H.Mondor (AP-HP)	Créteil	98,60
Groupe Hosp. Pitié-Salpêtrière (AP-HP)	Paris	98,13
Hôpital Neuro Pierre Wertheimer	Bron	98,05
Hôpital Antoine Bécclere (AP-HP)	Clamart	98,00
AP-Hm Hôpital Nord	Marseille	97,80
Catégorie CH (Centre Hospitalier) inférieur à 300 lits		
SINCAL	Nancy	98,00
CH Hazebrouck	Hazebrouck	97,20
Hôpital Des Diaconesses	Paris	96,60
Maternité Régionale A. Pinard	Nancy	95,17
Hia Begin	St Mande	94,81
CHNO Des Quinze-Vingt	Paris	94,56
Centre Hospitalier Die	Die	93,30
Clinique médicale du Mas De Rochet	Castelnau le Lez	93,09
Hopital Suburbain Du Bouscat	Le Bouscat	92,66
Clinique Beau Soleil	Montpellier	92,65
Catégorie CH (Centre Hospitalier) supérieur à 300 lits		
CH Maubeuge	Maubeuge	99,00
HIA Laveran	Marseille	97,96
C.H.de Lagny Marne La Vallée	Lagny Sur Marne	97,48
CH Cambrai	Cambrai Cedex	97,20
CH Armentières	Armentières	97,00
Groupe hospitalier Paris Saint Joseph	Paris Cedex 14	96,97
Es St Philibert Lomme	Lomme Cedex	94,00
HIA du Val De Grace	Paris	94,00
CH Intercommunal St Germain-Poissy	St Germain en Laye	93,11
Centre Hospitalier Nord Mayenne	Mayenne	93,00

Catégorie ES psychiatriques		
Centre Hospitalier Ste-Anne	Paris	93,04
Post- Cure Mentale Argia	Cambo Les Bains	91,50
Clinique Saint Luc	Nice	91,20
Centre Gilbert Raby	Meulan	90,00
Maison Repos Convalescence La Recouvrance	Boulin	89,50
Clinique Saint Martin	Ollioules	88,95
Clinique La Costière	Nice	86,93
Centre Hospitalier Rouffach	Rouffach	86,56
Postcure Horizon 33	Cambes	86,00
Clinique Bethanie	Talence	84,65
Catégorie hôpital local		
Hôpital Prive Saint Martin	Beaupreau	97,75
Hôpital Local Lamballe	Lamballe Cedex	93,03
Centre De Long Séjour Jb Cartry	Marines	91,70
HI De Sault	Sault	91,26
Hôpital Local de Barentin	Barentin	91,15
Hôpital Local De Domme	Domme	91,14
HI Saint Pierre D'Albigny	St Pierre D Albigny	88,87
Hôpital Saint Joseph De Sarralbe	Sarralbe	87,91
U.S.L.D Hôpital Local Mortagne S/Sevre	Mortagne Sur Sèvre	87,91
Hôpital Local de Montmélian	Montmélian	87,20
Catégorie clinique inférieure à 100 lits		
Clinique Saint Roch	Roncq	99,00
Clinique De L'Ermitage	Dammarie Les Lys	99,00
Clinique Sourdille	Nantes Cedex 1	98,00
Centre Chirurgical Pierre Cherest	Neuilly Sur Seine	97,40
Clinique De La Ciotat	La Ciotat	96,00
Clinique Bouchard 8°	Marseille	95,89
Centre Catherine De Sienne	Nantes	94,42
Clinique Chirurgicale Dautancourt	Paris	93,85
Clinique Du Jura	Lons Le Saunier	93,60
Centre Chirurgical Saint Roch	Cavaillon	92,60
Catégorie clinique supérieure à 100 lits		
Clinique Saint Gatien	Tours Cedex 1	99,00
Polyclinique Saint-Jean	Melun	99,00
Clinique Clémentville	Montpellier	97,10

Nouvelle Clinique Notre Dame	Draguignan	97,00
Clinique Saint Jean	Toulon	96,20
Clinique Merlin Vert Coteau	Marseille	96,00
Hôpital Américain	Neuilly Sur Seine	95,97
Clinique Internationale Parc Monceau	Paris	95,80
Clinique des 2 Caps	Coquelles	95,50
Clinique Chantecler	Marseille	95,20
Catégorie Soins de Suite et de rééducation et soins de longue durée		
Centre de Rééducation et Réadaptation Les Glamots	Roullet St Estephe	97,42
CRF La Tour de Gassies	Bruges	96,17
Unité de Gériatrie Château de La Motte	Marchiennes	95,45
Clinique Saint Roch	Fronton	95,25
Centre Action Libération Mal.Ethylques	Illiers Combray	94,50
C. S. R. E. Lamalou Le Haut	Lamalou Les Bains	93,53
Maison de Repos Le Colombier	Lamalou Les Bains	93,37
BTP RMS Les Fontaines de Monjous	Gradignan	92,64
La Renaissance Sanitaire	Villiers St Denis	92,37
Hôpital San Salvador	Hyères Cedex	92,28
Catégorie Centre de Lutte contre le Cancer		
Institut Paoli Calmettes	Marseille	99,00
Centre Antoine Lacassagne	Nice	98,00
Institut Jean Godinot	Reims	98,00
Centre Paul Strauss	Strasbourg	98,00
Institut Bergonié	Bordeaux	96,72
CRLCC Henri Becquerel Rouen	Rouen	95,65
Centre Régional Jean Perrin	Clermont Ferrand	95,64
Institut Gustave Roussy	Villejuif	94,60
Centre Léon Bérard	Lyon	94,25
Institut Curie	Paris	91,94
Catégorie Hospitalisation à domicile		
Hospitalisation à domicile Ap- Hp	Paris	96,57
S.H.A.D. - A.S.D.R. (STE CLOTILDE)	Sainte Clotilde	95,15
HAD Région de Lens	Lens Cedex	93,72
Association HAD de Bayeux	Bayeux	93,43
Sante Service Bayonne- HAD	Bayonne	93,43
Hôpital de jour Et HAD Croix St Simon	Paris	89,44
HAD Martigues Sud Etang de Berre	Châteauneuf Les Martigues	87,82
HAD Sante Et Solidarité Du Var	La Valette Du Var	87,15
HAD28	Chartres	86,01
HAD Loiret	Olivet	85,72

Catégorie Hémodialyse		
Hémodialyse AGAHTIR	Nice	97,72
E.C.H.O.	Nantes Cedex 2	97,14
Centre d'Hémodialyse De St Omer	St Omer	97,14
A.DI.VA Association de Dialyse Varoise	La Garde	96,86
Hémodialyse St Guilhem-Bassin De Thau	Sète Cedex	96,20
AVODD	Hyères Cedex	96,00
Ada17	La Rochelle	94,86
A.I.D.E.R. Montpellier	Montpellier Cedex 5	94,86
AUB-Santé	St Grégoire	94,32
Aurar	Saint Paul	94,00
Catégorie MECSS (maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée)		
La Guisane	Villar St Pancrace	97,50
Les Hirondelles	Villar St Pancrace	97,00
MECSS Les Tout Petits	Bourg Madame	96,00
Les Airelles	Briançon	95,50
Val Pre Vert	Abries	95,00
Les Jeunes Pousses	Briancon Cedex	94,50
La Grand' Maye	Briancon Cedex	92,50
MECSS La Perle Cerdane	Osseja	91,00
MECSS LA COMBE	Senones	90,50
MECSS Les Oiseaux	Sanary Sur Mer	88,00
Catégorie ambulatoire		
Centre de jour La Villa de San Ornello	Borgo	93,50
CRRF La Chataigneraie	Paris	90,50
Clinique Mozart	Nice	90,00
Centre Océanides	Pornichet	89,00
Centre Européen Rééducation du Sportif	St Raphael Cedex	88,50
CRF Le Grand Large	Marseille	88,00
Centre Chir. Ambu. des Hauts D'Avignon	Les Angles	86,80
AFEJI HOPITAL DE JOUR Château Maintenon	Maubeuge	84,50
Centre De La Main	Angers	84,40
CRF Le Val Bleu De Valenciennes	Valenciennes	82,00

Le tableau de bord 2008 sera inchangé par rapport à celui de 2007. Les résultats 2008 seront diffusés entre le 15 novembre et le 1^{er} décembre 2009.

V- La mise en place des indicateurs de sécurité du patient et de qualité des soins

1. Sécurité des patients dans les établissements de santé : contexte

L'expertise acquise dans le domaine des infections nosocomiales doit servir de modèle pour renforcer la sécurité des patients dans les établissements.

Une enquête a permis d'estimer que le nombre d'événements indésirables liés aux soins en hospitalisation était sans doute en France de l'ordre de 350 000 par an. Certains, très peu nombreux heureusement, vont contribuer ou provoquer le décès du patient. Près de la moitié d'entre eux seraient évitables.

Ces événements ne se produisent pas seulement dans le secteur hospitalier public ou privé. La même enquête a permis d'estimer à environ 200 000 le nombre d'événement indésirable liés à la médecine et aux soins de ville.

L'étude des causes de ces événements est très complexe et il est toujours illusoire d'en attribuer l'origine à une anomalie unique.

Dès octobre 2006, le ministère de la santé a créé une commission spécialisée « sécurité du patient » au sein du haut conseil de la santé publique.

2. Calendrier

Au-delà des infections nosocomiales, le ministère de la santé va mettre en place, **dès cette année, de nouveaux indicateurs**, accessibles au grand public et qui permettront de mieux appréhender au mieux la qualité et la sécurité du système hospitalier.

Seront présentés dès le **mois de mars prochain une dizaine d'indicateurs portant sur la qualité de la prise en charge dans les établissements de santé.**

Des statistiques nationales au mois de juin sur la sécurité des malades en établissement de santé ont également prévues.

Parallèlement, **le travail d'expertise sur les indicateurs de mortalité** se poursuit et il devrait être **disponible dès le début de l'année prochaine.**

Les établissements doivent s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le ministère de la santé souhaite que la commission médicale prenne la responsabilité de définir cette politique, dont la mise en œuvre sera évaluée lors de la certification des établissements et cette responsabilité est inscrite dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

3. L'expérimentation sur les Evénements Graves Indésirables (EIG)

La mise en œuvre de l'obligation de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) par les professionnels et établissements de santé, posée par l'article L.1413-14 du code de la santé publique¹⁰, a été subordonnée par l'article 117 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique à une expérimentation préalable, d'une durée maximale de 3 ans, placée sous la responsabilité de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Les modalités de l'expérimentation sont précisées par l'arrêté du 25 avril 2006 : cahier des charges de l'expérimentation, comité de pilotage présidé conjointement par la DGS et la DHOS et comité technique présidé par l'InVS.

Le protocole de l'expérimentation est validé par le comité technique. L'expérimentation est prévue sur une période de 18 mois.

Quatre régions sont expérimentatrices: **Aquitaine** (réunion de lancement de l'expérimentation le 23 mai 2008), **Franche-Comté** (réunion de lancement le 23 juin 2008), **Rhône-Alpes** (réunion de lancement le 3 octobre 2008) et **Ile-de-France** (réunion de lancement prévue le 5 février 2009). Dans chaque région, 10 à 20 établissements volontaires (CHU, CH, établissements de santé privés, EHPAD) structurés pour la gestion des risques participent à l'expérimentation.

¹⁰ Issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

ANNEXES

ICALIN

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Qu'est ce que ICALIN ?

C'est l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, il s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 100.

Ce score chiffré est composé de 31 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales considérés comme les plus importants pour la lutte contre ces infections. Un nombre de points a été affecté à chacun des critères selon leur importance.

Qu'est ce que n'est pas ICALIN ?

ICALIN n'est pas le taux des infections nosocomiales de l'établissement de santé.

Pourquoi ICALIN est-il appelé score composite ?

ICALIN est composé d'un ensemble d'éléments permettant de caractériser l'activité des établissements de santé publics et privés en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Quel est l'objectif d'ICALIN, à quoi sert ICALIN ?

Ce premier indicateur du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de lutte contre les infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.

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

Cette démarche de score et d'indicateur est conduite dans le cadre du programme national de Lutte contre les Infections Nosocomiales avec pour objectif d'ici 2008, que le score ICALIN ait progressé pour tous les établissements de santé, et qu'aucun ICALIN à ce terme n'ait une valeur comprise dans la dernière classe de performance telle qu'elle a été définie à partir des données 2003.

A partir de quels critères ICALIN est-il construit ?

ICALIN est construit avec 31 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales, bilan que chaque établissement de santé public et privé doit établir annuellement selon un modèle défini par un texte réglementaire.

Ces critères sont regroupés en 3 aspects de la lutte contre les infections nosocomiales d'importance égale : organisation, moyens et actions.

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

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « organisation de la lutte contre les infections nosocomiales » ?

L'organisation est surtout reflétée par l'activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Les critères pour l'organisation sont : l'existence d'un programme annuel et d'un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales, et la manière dont les différentes instances consultatives de l'établissement sont tenues informées à ce sujet.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « Les moyens de la lutte contre les infections nosocomiales » ?

La composition de « l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière » (EOHH) chargée de la prévention des infections nosocomiales mais aussi l'existence de correspondants en hygiène chargés de relayer l'action de cette équipe au sein des services.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « Les actions de lutte contre les infections nosocomiales » ?

La mise en place des protocoles de bonnes pratiques, la surveillance des infections et l'évaluation de la qualité des soins.

Pourquoi y a-t-il plusieurs catégories d'établissements ?

Les différents établissements de santé ont des missions, une taille et des activités très différentes. Il y a ceux qui réalisent des soins lourds et complexes et ceux de proximité assurant les soins courants. Il est donc indispensable, pour pouvoir situer la place d'un établissement en particulier, de le comparer aux autres établissements ayant des missions, une taille et des activités similaires. Ainsi, il a été nécessaire de définir différentes catégories d'établissements.

C'est quoi une classe ? Combien de classes ?

ICALIN est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

Le score chiffré est associé automatiquement à une classe définie en A, B, C, D, E et F. Ce système de classes repose sur des études statistiques classant les établissements d'une catégorie selon leur score ICALIN.

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 6 classes de performance : ICALIN de A à F.

Les bornes des classes ?

Les bornes des classes ainsi définies ont été établies à partir des données des bilans 2003 (avant le lancement du tableau de bord). Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements (car les scores des établissements ne sont comparables qu'au sein d'une même catégorie), elles ont servi pour le classement 2004 et resteront fixes les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul.

A quoi correspond la classe A ?

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée.

A quoi correspond la classe E ?

La classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas qu'aucune mesure de prévention n'est prise mais que la structure est en retard dans l'organisation de la prévention par rapport aux autres établissements de même nature en France.

A quoi correspondent les classes B, C, D ?

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

Existe t-il des établissements ayant un score de 100 et qu'est ce que cela signifie ?

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

Comment utiliser le résultat du score ICALIN ?

L'établissement de santé peut afficher son score ICALIN pour montrer son état d'avancement de la mise en place de la lutte contre les infections nosocomiales. Le score valorise les établissements les plus impliqués et incite les autres à progresser.

Le score ICALIN : et ensuite ?

La diffusion du score ICALIN est une première réponse, très importante, à la demande des usagers d'information et de transparence. Il propose une première vision objective de la façon dont les établissements de santé en France ont pris en compte la prévention et la gestion des infections nosocomiales : moyens spécifiquement alloués, volonté des responsables et implication des professionnels de santé.

Pour atteindre ces objectifs, chaque établissement de santé, et en priorité chacun de ceux qui sont dans la classe E, doit analyser ses propres résultats et inscrire dans son programme d'action la mise en œuvre d'activités non encore réalisées afin de pouvoir progresser de classe de résultats pour l'ICALIN 2005 et 2006 (publié 2007-2008)

La comparaison des résultats de l'ICALIN 2004 et 2007 montre que :

- 67,5% des établissements de santé sont classés A (56% pour ICALIN 2006, 32.5% pour ICALIN 2005 ; 11.6% pour ICALIN 2004)
- 1,1 % des établissements de santé sont classés E (1.03% pour ICALIN 2006, 2.8% pour ICALIN 2005 ; 5.8% pour ICALIN 2004)
- 0,53% des établissements de santé sont classés F (0.92% pour ICALIN 2006, 2.6% pour ICALIN 2005 ; 14.3% pour l'ICALIN 2004).

Ces résultats reflètent le changement progressif des mentalités et les efforts menés par les établissements de santé pour progresser dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

Puis-je avoir confiance dans ces données ?

Un cahier des charges a été élaboré par des experts pour chaque critère à recueillir pour le calcul du score. Il précise quelles sont les preuves que les établissements doivent être en

mesure de fournir pour attester de la fiabilité des données qu'ils transmettent dans le bilan d'activité annuel.

La qualité des données et les difficultés pour les recueillir ont été évaluées dans le cadre d'une vaste étude scientifique soutenue par le ministère de la santé, portant sur la mesure de la performance : le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière COMPAQH.

Ainsi, dans l'étude COMPAQH, qui a comparé en 2003 les données spontanément fournies par un échantillon d'établissements, avec les mêmes données recueillies avec leurs éléments de preuve par des enquêteurs indépendants, le score ICALIN est apparu comme un indicateur robuste et fiable.

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

En 2007, comme en 2005 et 2006, un contrôle des données déclarées par les établissements de santé a été mené.

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.

ICSHA

INDICATEUR DE CONSOMMATION DES SOLUTIONS ET GELS HYDRO-ALCOOLIQUES

Qu'est ce que ICSHA?

ICSHA est l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains. C'est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective d'une des techniques utilisées pour l'hygiène, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

Pourquoi ne s'intéresser qu'aux produits hydro-alcooliques ?

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 multi-résistantes.

Il est donc important d'inciter les établissements de santé à promouvoir cette technique pour l'hygiène des mains.

Qu'est ce que n'est pas ICSHA ?

Un ICSHA bas ne veut pas dire que les soignants ne se lavent pas les mains. Il signale seulement l'investissement de l'établissement dans la promotion de l'hygiène des mains par les PHA.

Comment est construit l'ICSHA ?

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 annoncé 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.

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

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

L'objectif estimé de la spécialité est établi à partir d'un nombre minimal quotidien de frictions par patient et par jour (proportionnel à la quantité de soins nécessaires). Chaque friction correspond à une consommation de 3 ml de PHA ; L'objectif personnalisé est le minimum à atteindre pour chaque établissement.

Exemple :

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 journées d'hospitalisation aura atteint 40,7% ($5,5/13,5$) de son objectif.

C'est quoi une classe ? Combien de classe ?

ICSHA est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés. Selon l'atteinte en pourcentage de l'objectif personnalisé, des classes de résultats de A à F ont été définies.

Certaines catégories d'établissements ne sont pas concernées par cet indicateur. Il s'agit des établissements exclusivement ambulatoires, des maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) et les Centres de postcure alcoolique exclusifs.

A quoi correspond la classe A ?

La classe A correspond aux établissements qui ont atteint plus de 90% de leur objectif. En effet, 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, voire dépassé 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.

A quoi correspond la classe E ?

La classe E correspond aux établissements qui ont atteint moins de 10 % de leur objectif.

Ceci peut s'expliquer par une implantation des PHA relativement récente en France. 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.

Par ailleurs, 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).

A quoi correspondent les classes B,C, D ?

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

A quoi correspond la classe F ?

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.

SURVISO

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRES

Qu'est ce que SURVISO?

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.

SURVISO est déduit du bilan d'activité 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 du nombre des patients infectés pendant l'hospitalisation et jusqu'à 30 jours suivant la sortie du patient (1 an en cas de pose de prothèse), rapporté au nombre total de patients opérés.

Qu'est ce que n'est pas SURVISO?

SURVISO ne classe pas les établissements selon le taux d'infections du site opératoire. En effet, 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 pour le moment.

Comment interpréter SURVISO ?

Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (0,78 % pour 100 interventions chez les patients sans risque spécifique - données ISO-RAISIN 2005), ces

infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière l'enquête nationale de prévalence. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale.

Il recommandé que tous les services ou secteurs chirurgicaux soient engagés dans une démarche de surveillance. Cependant pour surveiller tous les patients, cela nécessite des systèmes d'information adaptés.

SURVISO précise le degré d'implication de l'établissement dans la prise en compte de cette activité à risque.

ICATB

INDICATEUR COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Qu'est ce que ICATB?

ICATB est un nouvel indicateur. C'est l'indice composite de bon usage des antibiotiques.

Il s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 20 associé à une à classe de performance de A à F.

Il 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.

Pourquoi s'intéresser au bon usage des antibiotiques ?

En 2001, le Ministère de la Santé a lancé un premier plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. La France était alors le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques et possédait un des taux les plus élevés de résistance bactérienne, tant en ville qu'à l'hôpital. A l'aube du deuxième plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques, cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. 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).

Qu'est ce que n'est pas ICATB ?

ICATB n'est pas le reflet de la prescription adéquate des antibiotiques

Pourquoi ICATB est-il appelé score composite ?

Comme ICALIN, ICATB est composé d'un ensemble d'éléments permettant de caractériser l'activité des établissements de santé publics et privés en matière de bon usage des antibiotiques. Ce score chiffré est composé de 11 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales considérés comme les plus importants pour l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

A partir de quels critères ICATB est il construit?

ICATB comprend des items sur l'organisation du bon usage des antibiotiques dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre selon les

mesures préconisées par la circulaire DHOS / n° 272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques.

ICATB est construit avec 11 critères regroupés en 3 aspects de la politique de bon usage des antibiotiques : organisation, moyens et actions.

L'addition des points de tous ces critères permet de construire l'Indicateur Composite de bon usage des antibiotiques.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « organisation du bon usage des antibiotiques » ?

L'organisation est reflétée par l'activité de la commission des antibiotiques.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « moyens pour le bon usage des antibiotiques » ?

Les moyens sont reflétés au travers de l'existence d'un référent en antibiothérapie, du système d'information et de la dispensation de la formation dans ce domaine.

Quels sont les critères retenus dans l'aspect « actions pour le bon usage des antibiotiques » ?

Les critères qui sont retenus sont la mise en place des protocoles relatifs à la prescription des antibiotiques, le contrôle de la prescription et de la durée de dispensation des antibiotiques, la surveillance des consommations des antibiotiques ainsi que l'évaluation de leur prescription.

C'est quoi une classe ? Combien de classe ?

ICTAB est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

Le score chiffré est associé automatiquement à une classe définie de A à F.

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 6 classes de performance reposant sur des études statistiques d'une catégorie selon leur score ICATB.

Certaines catégories d'établissements ne sont pas concernées par cet indicateur. Il s'agit des établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoire, des Centres de postcure alcoolique exclusifs et des maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS).

Les bornes des classes ?

Les bornes des classes ont été établies à partir des données des bilans 2006. Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements (car les scores des établissements ne sont comparables qu'au sein d'une même catégorie). Elles resteront fixes les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul.

A quoi correspond la classe A ?

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICATB les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance dans l'organisation, les moyens et les actions pour promouvoir le bon usage des antibiotiques

A quoi correspond la classe E ?

La classe E réunit les établissements ayant les scores ICATB les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement du bon usage des antibiotiques. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas que les traitements antibiotiques sont mal prescrits mais que la structure est en retard dans l'organisation, les moyens et les actions pour promouvoir le bon usage des antibiotiques par rapport aux autres établissements de même nature en France.

A quoi correspondent les classes B,C, D ?

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

A quoi correspond la classe 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.

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

Indice SARM

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE

En complément des indicateurs calculés les années antérieures dans le tableau de bord des infections nosocomiales, 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 multi-résistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les infections nosocomiales

Qu'est ce que l'indice triennal de 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 associées à 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 lutte contre les infections nosocomiales.

Pourquoi un indice triennal ?

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir de l'ensemble des isolats cliniques identifiés dans un ES 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 , pour 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'ES 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 EARSS¹¹, 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 », qui couvre l'ensemble des secteurs de soins (établissements de santé, établissements médicosociaux et soins de ville), 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 et notamment dans le cadre du « Programme national 2009-2012 de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé ».

¹¹ European Antimicrobial Resistance Surveillance System (<http://www.rivm.nl/earss/>)

SCORE AGREGÉ

Qu'est ce que le score agrégé?

Le tableau de 2006 reposait sur quatre indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO et ICATB) explorant des domaines complémentaires de la lutte contre les infections nosocomiales. Le tableau de bord 2007 affiche 5 indicateurs mais le dernier indicateur (SARM) publié pour la première année est un indicateur de résultats à partir duquel il n'est pas pertinent de classer les établissements.

Le Ministère chargé de la santé a développé un **score agrégé** élaboré à partir des résultats de chacun des 4 premiers indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. Le SARM n'est pas intégré dans le score agrégé, avec les autres indicateurs. C'est une façon de lire différemment les quatre indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

Pourquoi un score agrégé?

Le tableau de bord des infections nosocomiales répond à deux objectifs : l'un de transparence pour les usagers et l'autre d'outil de pilotage pour améliorer la qualité des soins pour les établissements de santé. Si l'outil peut-être le même, sa lecture et son utilisation par les usagers et par les professionnels ne sont pas identiques.

Les professionnels doivent utiliser les indicateurs pris individuellement pour identifier les domaines à améliorer. **Les usagers** doivent avoir à leur disposition **un affichage simplifié des quatre indicateurs**.

Qu'est ce que n'est pas le score agrégé?

Ce n'est pas un nouvel indicateur. Il ne reflète pas l'exhaustivité des actions de la LIN mais seulement celles prises en compte au travers des quatre indicateurs déjà disponibles.

Comment est élaboré le score agrégé :

Le score agrégé s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 100 associé à une classe de performance de A à E par catégorie d'établissements.

Il est élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs des sorte qu'ICALIN vaut au maximum 40 points, ICSHA 30 points, ICATB 20 points et SURVISO 10 points.

La formule s'adapte en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs.

A quoi correspond la classe A ?

La classe A est composée des établissements ayant les scores agrégés les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance dans les différents domaines explorés au travers des quatre indicateurs de la prévention des infections nosocomiales.

A quoi correspond la classe E ?

La classe E réunit les établissements ayant les scores agrégés les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard dans les différents domaines explorés au travers des quatre indicateurs de la prévention des infections nosocomiales. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas que l'établissement ne fait rien dans ce domaine mais est en retard par rapport aux autres établissements de même nature en France.

A quoi correspondent les classes B, C, D ?

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

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	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SURVISO	Surveillance des infections du site opératoire