



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**
Sous-Direction Qualité et Fonctionnement des établissements de
santé
Bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Sous-direction Pathologies et Santé
Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale

BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

ANALYSE NATIONALE 2004

ICALIN ET AUTRES RESULTATS

Dr Philippe GARNIER
Cellule infections nosocomiales DGS/DHOS
Janvier 2006

En application de l'article R.6111-2 du Code de la Santé Publique, tous les établissements de santé remplissent annuellement le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales défini par l'arrêté du 11 juin 2002. Depuis le bilan d'activités de l'année 2000, le recueil des données est informatisé.

Les DDASS recueillent les fichiers des établissements pour constituer une base de données départementale. Les DRASS fusionnent ces bases départementales en une base régionale dont est extraite une synthèse régionale à l'aide d'un module automatisé. Cette synthèse automatisée sert à élaborer un rapport régional qui est diffusé auprès des établissements de santé.

Les bases régionales sont regroupées dans une base de données nationale. Des résultats automatisés sont extraits de ces bases et sont présentés en annexe du présent rapport.

Le rapport 2004 sur le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé est le premier depuis la mise en place et la publication de l'ICALIN. Sa première partie consacre une large place à cet indicateur, sa présentation, ses résultats et son utilisation potentielle comme outil de gestion de la politique de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) au niveau local ou régional.

L'ICALIN ne couvre pas tous les aspects de la LIN et il n'en constitue qu'une approche globale. La 2^{ème} partie de ce rapport commente d'autres résultats du bilan annuel des établissements de santé.

Enfin, la 3^{ème} partie fait le point sur l'évolution des indicateurs permettant de mesurer le degré d'atteinte des objectifs définis dans le Programme national de LIN 2005-2008 (Circulaire n°599 du 13/12/2004).

PREMIÈRE PARTIE : ICALIN	4
I - PRESENTATION D'ICALIN :	4
1 - ICALIN : un outil pour mesurer le niveau d'activités :	4
2 - Les modalités de présentation des résultats d'ICALIN :	5
3 - Ce que ne mesure pas l'ICALIN :	6
4 - Synthèse sur la valeur relative d'ICALIN :	7
II - RESULTATS 2004 :	8
1 - Taux de réponse au bilan annuel d'activités de LIN :	8
2 - Résultats globaux 2004 :	10
3 - Résultats par région et par classe de résultats :	11
4 - Résultats par catégorie d'établissements :	12
5 - Résultats des 34 items de l'ICALIN :	14
III - ICALIN, UN OUTIL DE GESTION :	20
1 - Démarche générale :	20
2 - Exemple sur la fonction Organisation de la LIN :	21
3 - Généralisation aux trois sous-indices OMA :	21
4 - Programmation des étapes :	22
5 - Projection de la programmation des étapes sur les résultats d'ICALIN :	22
6 - Application du plan de priorités au niveau d'un établissement : le programme d'actions.....	23
7 - Application du plan de priorités à un groupe d'établissements : le plan d'accompagnement.....	23
 DEUXIÈME PARTIE : LES AUTRES ÉLÉMENTS DU BILAN NON PRIS EN COMPTE PAR L'ICALIN .	25
I - LES EOHH INTER ETABLISSEMENTS :	25
II - LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LE DOMAINE CHIRURGICAL :	26
1 - Les traceurs chirurgicaux :	26
2 - Chirurgie et ICALIN :	27
 TROISIÈME PARTIE : LES OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL	29
1 - 100 % des établissements disposent d'une EOHH : 69,1% en 2004.....	29
2.- « 75 % des établissements réalisent un audit des bonnes pratiques » : 31,9% en 2004	30
3 - « Généraliser la surveillance des infections du site opératoire (ISO) » :	30
4 - « 100 % des établissements ont des protocoles du bon usage des antibiotiques » : 42% en 2004	31
5 - « 100 % des établissements présentent dans le livret d'accueil leur programme de LIN »: 77,2% en 2004	32
.....	32
 CONCLUSIONS.....	33

PREMIÈRE PARTIE : ICALIN

Il ne sera pas fait de rappel sur la méthodologie d'élaboration de l'ICALIN qui est présentée succinctement dans le rapport sur le « Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales - Analyse nationale 2001-2003 » (annexe de la circulaire n°96 du 18/02/2005) et de façon plus détaillée dans l'annexe technique n°1 du « Rapport national 2005 sur le tableau de bord des infections nosocomiales - Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2004 » (<http://www.sante.gouv.fr>).

Il paraît cependant utile de rappeler dans un premier chapitre ce qu'est ICALIN avant de présenter ses résultats pour 2004 dans le deuxième chapitre. Un troisième chapitre présente une méthode pour utiliser cet indice en vue d'améliorer le programme de lutte contre les infections nosocomiales au sein des établissements de santé.

I - PRESENTATION D'ICALIN :

1 - ICALIN : un outil pour mesurer le niveau d'activités :

ICALIN est la mesure chiffrée de l'ensemble des actions que chaque établissement de santé devrait mettre en œuvre pour lutter contre les IN. C'est ainsi qu'il a été conçu, en sélectionnant dans l'ensemble des éléments contenus dans le bilan standardisé annuel ceux qui répondent à cette question : **que faut-il faire pour lutter efficacement contre les infections nosocomiales ?** La réponse est chiffrée sur 100 points.

Cette question est découpée en 3 sous-questions :

- Quelle organisation mettre en place ?
- Quels moyens mobiliser ?
- Quelles actions mettre en œuvre ? ...
... pour lutter efficacement contre les IN.

Au total, 34 éléments ont été retenus et répartis entre ces trois chapitres : Organisation, Moyens et Actions constituant la nomenclature OMA de l'ICALIN. **Ils constituent ce que les experts considèrent comme indispensables pour mener efficacement la lutte contre les infections nosocomiales.**

Ces 34 éléments sont autant d'objectifs à réaliser par un établissement de santé qui peut les intégrer dans un « **plan d'actions pluriannuel** ». **L'écart entre l'idéal** (réaliser les 34 items pour un ICALIN égal à 100) **et la réalité de 2004** (le résultat d'ICALIN 2004) **représente ce qu'il reste à réaliser dans l'établissement.**

Le « **programme d'actions annuel** » d'un établissement devrait donc inclure la mise en œuvre des items qu'il reste à réaliser en commençant par ceux qui paraissent les plus importants.

2 - Les modalités de présentation des résultats d'ICALIN :

Comme cela a déjà été souligné dans les rapports précédents¹, les résultats du bilan des activités sont variables selon certains critères tels que la taille et le type de l'établissement : un hôpital local ne dispose pas des mêmes facilités qu'un CHU et un établissement spécialisé n'a pas les mêmes contraintes qu'un établissement pluridisciplinaire.

Par ailleurs, l'objectif de l'ICALIN est de mesurer un niveau de performance, moins pour comparer les établissements entre eux que pour permettre à chaque établissement de visualiser l'amélioration de son investissement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

C'est pourquoi, il a été décidé par le groupe d'experts² :

- de définir 13 catégories d'établissements selon des critères de type d'activités et de taille ;
- de classer les résultats des établissements au sein de chaque catégorie en définissant 5 classes de performances :
 - identiques pour les établissements d'une même catégorie (les bornes de classes sont identiques pour les établissements d'une même catégorie) ;
 - mais différentes d'une catégorie à l'autre (les bornes de classes sont différentes pour chaque catégorie). Ainsi, exemple extrême, la valeur limite entre les classes E et D est de 65,75 pour un CHU et de 16,4 pour un hôpital local.

Ces bornes de classes resteront inchangées dans les années à venir afin que les établissements puissent visualiser leur progression d'une classe à l'autre.

Pour chaque établissement :

- le score ICALIN permet de mesurer le chemin qui lui reste à accomplir, car au final, tout le monde doit tendre vers 100.
- la classe de résultats permet de se situer sur l'échelle des établissements de même catégorie (A, il est parmi les meilleurs ; E, il est parmi les plus en retard).

Pour comparer des établissements entre eux, il faut utiliser :

- le score ICALIN pour des établissements d'une même catégorie ;
- la classe de résultats (A à E) pour des établissements de catégories différentes.

Pour comparer des groupes d'établissements, il n'y a pas de sens à comparer leur ICALIN moyen (il est évident que les CHU ont un ICALIN moyen supérieur à celui des hôpitaux locaux). Des groupes d'établissements doivent être comparés selon leur distribution entre les

¹ a - « Synthèse nationale des bilans annuels d'activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, année 2001 », Philippe Garnier (18 novembre 2003), annexe de la circulaire n°47 du 05/02/2004.

b - « Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales - Année 2001-2003 », Philippe Garnier (Janvier 2005), annexe n°3 de la circulaire n°96 du 18/02/2005

² Groupe d'experts du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, missionné en février 2005 et coordonné par le Dr Pierre Parneix (CCLIN Sud Ouest) et le Dr Valérie Salomon (DHOS E2, cellule infections nosocomiales). Ce groupe de travail a également pour mission l'adaptation des cahiers des charges des cinq indicateurs du tableau de bord.

5 classes de résultats (il n'y a pas de raison que les CHU aient moins d'établissements en classe E que les hôpitaux locaux).

3 - Ce que ne mesure pas l'ICALIN :

3.1 - ICALIN ne contient pas les actions spécifiques à des spécialités :

ICALIN ne contient pas, notamment, tous les éléments liés à l'activité chirurgicale (voir 2^{ème} partie du rapport pour cet aspect du bilan des activités de LIN). On ne peut donc pas en déduire qu'un bon classement ICALIN reflète une bonne prévention des infections du site opératoire.

Ce choix se justifie pour deux raisons :

a - Il est nécessaire d'avoir un indicateur qui mesure la même chose pour tous les établissements : donc il n'a été retenu que les éléments qui peuvent, et doivent, être présents quelle que soit l'activité de l'établissement ;

b - ICALIN fait partie d'un tableau de bord comprenant 4 autres indicateurs dont un indicateur concernant la surveillance et le taux de certaines infections post opératoires cibles.

3.2 - C'est un indicateur quantitatif qui ne mesure pas la qualité des actions réalisées :

L'ICALIN est un indicateur de quantité : l'item existe ou n'existe pas. Il n'est pas un indicateur de qualité. Un programme d'actions peut exister, mais on ne préjuge pas de sa pertinence ; un protocole peut être défini, mais on ne préjuge ni de sa qualité ni de son degré d'application.

L'ICALIN pose comme 1^{er} principe qu'il y a plus de chance que des actions soient entreprises avec un programme d'actions plutôt que sans, et que les bonnes pratiques ont plus de chance d'être suivies quand elles sont définies par un protocole qu'en l'absence de celui-ci.

C'est pourquoi également, les activités d'évaluation ont été intégrées dans l'ICALIN : les procédures d'évaluation ont pour objectif, entre autre, de mesurer la qualité des actions de LIN et leur degré d'application.

Enfin, d'autres indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales auront pour vocation d'approcher l'aspect qualitatif de la LIN.

3.3 - ICALIN est un indicateur d'activités et n'est pas un indicateur de résultats :

ICALIN ne contient que des items de procédures et de moyens. Il ne contient aucun élément en termes de résultats tel qu'un taux d'infections nosocomiales.

Est-il un précurseur des résultats ? Autrement dit, est-ce qu'un établissement qui a un ICALIN à 100 a moins d'infections nosocomiales qu'un établissement qui a un ICALIN à 50 ? La question se pose en d'autres termes pour les raisons suivantes :

a - Tous les établissements n'ont pas le même risque d'IN. Ce risque dépend de la nature des interventions et du profil des patients reçus. Par exemple, un établissement de médecine physique et de rééducation a moins de risque d'infections nosocomiales qu'un établissement

dont l'activité principale est la chirurgie digestive. Or, ICALIN n'intègre pas les éléments de LIN liés à la chirurgie, comme indiqué précédemment.

En se référant à l'enquête nationale de prévalence réalisée en 2001, le taux de prévalence des infections nosocomiales acquises dans l'établissement est de 8,9 % dans un CHU, de 6 % dans un établissement SSR et de 2,3 % dans un établissement de psychiatrie alors que l'ICALIN 2004 moyen de ces catégories d'établissements est respectivement de 88,9, 59,2 et 62,5. Le rapport de cette étude montre bien les différences de facteurs de risque entre ces différents établissements.

De même, un service de réanimation est plus à risque qu'un service de médecine, ce qui se traduit, dans la même étude, par un taux d'infections nosocomiales de 26,6 % contre 5,4 %.

b - En 2001, le taux d'IN résultant de l'enquête nationale de prévalence comprend :

- 40 % d'infections urinaires alors que le protocole sur les sondages urinaires ne représente que 2 points sur 100 ;
- 10 % d'infections du site opératoire alors que l'hygiène chirurgicale n'est pas comprise dans l'ICALIN ;

c - Les effets d'une action ou plus encore d'un ensemble d'actions tel que celui mesuré par l'ICALIN ne sont pas immédiats bien qu'il soit difficile de déterminer un délai d'efficacité.

4 - Synthèse sur la valeur relative d'ICALIN :

En définitive, les résultats de l'ICALIN et du taux d'IN à un moment donné ont peu de chance d'être fortement corrélés.

Si l'on veut rapprocher l'ICALIN du taux d'infections nosocomiales, cela pourrait avoir un sens de le faire sur la durée en comparant leurs tendances sur une période plutôt que de rapprocher leur chiffre brut à un instant donné.

Un ICALIN élevé indique que l'établissement a mis en place les procédures :

- de prévention pour réduire l'impact des facteurs de risque d'IN spécifiques à son profil d'activités et au profil de ses patients ;
- de surveillance pour une détection précoce ;
- d'intervention rapide pour en contrôler la propagation.

La persistance d'un taux d'infections nosocomiales élevé pourrait alors signifier que les mesures prises sont mal appliquées, voire qu'elles sont inadaptées au profil de l'établissement c'est à dire à ses activités et au profil de ses patients pris en charge.

II - RESULTATS 2004 :

1 - Taux de réponse au bilan annuel d'activités de LIN :

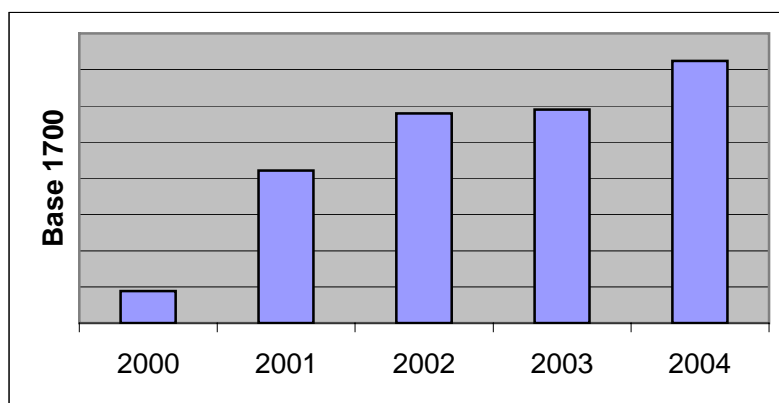
Confirmant la tendance constatée depuis 2000, le nombre d'établissement ayant adressé un bilan exploitable est en constante augmentation, atteignant un degré d'exhaustivité de 85,7 % des établissements recensés en 2004 et représentant 94,8 % des lits et places d'hospitalisation.

Tableau n° 1 : Evolution 2000-2004 des réponses au bilan annuel des activités de LIN

	2000	2001	2002	2003	2004
Nb établissements	1 788	2 121	2 279	2 290	2 428
Nb lits et places	380 752	463 170	484 924	479 643	513 201

Cette progression ayant tendance à se ralentir ces deux dernières années a connu une progression significative en 2004 (+ 6,0 %), probablement en prévision de la publication annoncée de l'ICALIN.

Diagramme n° 1 : Progression du nombre d'établissements répondants³



Ces résultats sont très variables d'une région à l'autre. Le tableau n°2 montre que 5 régions et 3 DOM ont un taux de non-réponse supérieur à 20 % : Champagne-Ardennes, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Bourgogne, Languedoc-Roussillon et Guyane, Guadeloupe, Martinique. Ils représentent 49,3 % de l'ensemble des établissements non-répondants.

Dans l'analyse de ses résultats, chaque région devra pondérer la répartition des établissements par classe par ce taux de non-répondants. Il pourrait même être considéré que les NR sont plus défaillants que les E, ces derniers ayant fait l'effort de mesurer leur performance et donc s'étant donné la possibilité de l'améliorer.

³ L'origine de l'axe des ordonnées est 1700 établissements.

Tableau n° 2 : Distribution des établissements répondants par région (2004)

REGION	Nb bilans	Nb total d'établissements	% des réponses
ALSACE	83	91	91.2
AQUITAINE	146	166	87.9
AUVERGNE	58	58	100.0
BASSE NORMANDIE	62	63	98.4
BOURGOGNE	73	96	76.0
BRETAGNE	112	136	83.4
CENTRE	98	117	83.8
CHAMPAGNE ARDENNES	37	51	72.6
CORSE	19	20	95.0
FRANCHE COMTE	44	46	95.6
GUADELOUPE	12	23	52,2
GUYANE	1	6	16,7
HAUTE NORMANDIE	64	67	95.5
IDF	333	401	83.0
LANGUEDOC ROUSSILLON	121	152	79.6
LIMOUSIN	39	39	100.0
LORRAINE	98	103	95.1
MARTINIQUE	7	15	46.7
MIDI PYRENEES	113	137	82.5
NORD PAS-DE-CALAIS	132	140	94.3
PAYS DE LOIRE	122	132	92.4
PACA	292	299	97.7
PICARDIE	81	83	97.6
POITOU CHARENTE	49	66	74.2
REUNION	13	16	81.2
RHONE ALPES	219	309	70.9
TOTAL	2 428	2 832	85.7

NB : en grisé, les taux d'exhaustivité inférieurs à 80 %.

Tableau n° 3 : Distribution des établissements répondants par taille d'établissements (2004)

TAILLE	Nb bilans	Nb Total d'établissements	%
1 à 99 lits	1 126	1428	78.9
100 à 399 lits	996	1076	92.6
400 à 799 lits	194	198	98.0
800 lits et +	110	110	100.0
Non renseigné	2	20	9.1
TOTAL	2 428	2832	85.7

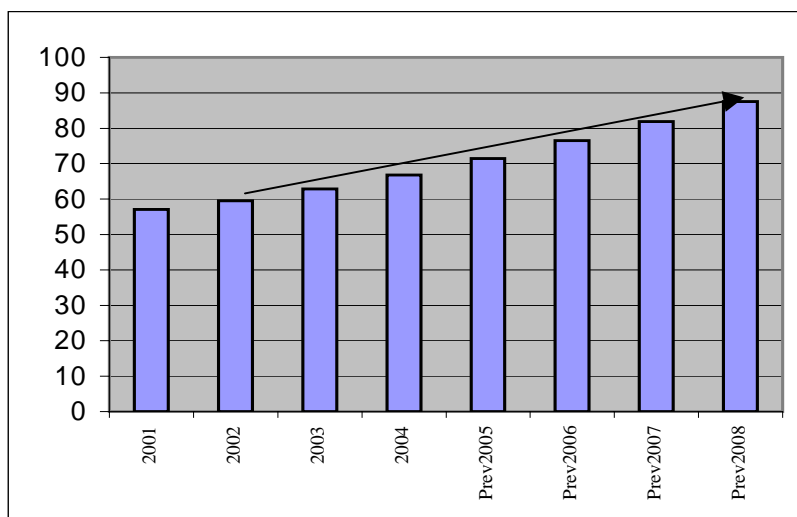
Le taux de réponse est bien évidemment lié à la taille des établissements (tableau n°3). Il faut signaler que parmi les 5 régions ayant les plus forts taux de non-répondants, 3 d'entre elles ont des pourcentages d'établissements de moins de 100 lits parmi les plus élevés (moyenne nationale : 50,4 %) : Languedoc-Roussillon (60,5 %), Poitou-Charentes (56,1 %) et Rhône-Alpes (52,4 %). Ceci n'explique pas tout, mais confirme que la comparaison des résultats d'une région à l'autre doit être faite avec prudence, chacune n'étant pas confrontée aux mêmes difficultés.

2 - Résultats globaux 2004 :

Bien que ne présentant pas d'intérêt pour la comparaison des établissements, le score moyen national de l'ICALIN permet de mesurer la progression au niveau national du niveau d'activités de LIN.

Les résultats nationaux permettent de visualiser une progression significative (+ 9,7 points sur 100 entre 2001 à 2004) du niveau d'activités de LIN sur l'ensemble des 2 424 établissements recensés en 2004 et de projeter cette tendance jusqu'au terme du Programme national de LIN 2005-2008.

Diagramme n° 2 : Progression de l'ICALIN national moyen

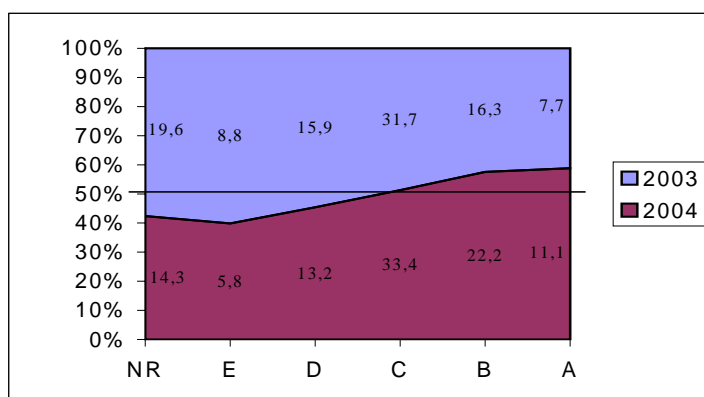


Par rapport à 2003, un glissement des classes les plus faibles (E+D) vers les classes les plus élevées (B+A) est observé.

Tableau n° 4 : Distribution des établissements par classes de résultats d'ICALIN (2003-2004)

N = 2 832	NR	E	D	C	B	A
2003	19,6 %	8,8 %	15,9 %	31,7 %	16,3 %	7,7 %
2004	14,3 %	5,8 %	13,2 %	33,4 %	22,2 %	11,1 %

Diagramme n° 3 : Progression des établissements de la classe E vers la classe A



Il existe des disparités entre les 3 fonctions OMA.

Tableau n° 5 : Progression 2003-2004 de l'ICALIN moyen et des fonctions OMA

	2003	2004	Progression
Organisation / 33	23,3	24,3	4,3 %
Moyens / 33	15,9	17,8	11,9 %
Actions / 34	23,6	24,7	4,7 %
ICALIN / 100	62,9	66,8	6,2 %

Malgré une progression plus forte, la fonction Moyens reste très en retrait avec un déficit de plus de 25 % par rapport aux deux autres fonctions. Au niveau de l'établissement cette configuration OMA, déficit de M par rapport à O et A, est la plus fréquente.

Le déficit en Moyens pénalise donc des établissements qui mènent cependant de nombreuses activités. La mise en œuvre des Actions (A satisfaisant) à partir d'un programme d'actions présenté aux instances et évalué dans un rapport annuel (O satisfaisant) peut être considérée comme fragile si ces Actions et cette Organisation ne reposent pas sur des Moyens pérennes.

La mobilisation et le dévouement des membres du CLIN autour de son président non relayés par des moyens pérennes fragilise ces Actions qui pourraient rapidement régresser dès que le Président et les membres actifs du CLIN ne seront plus disponibles.

Ces résultats nationaux masquent de grandes disparités selon les items, les catégories d'établissements et les régions qui sont analysés ci-après.

3 - Résultats par région et par classe de résultats :

En raison de la prudence nécessaire dans toute comparaison entre régions, il ne sera pas présenté d'ICALIN moyen mais, conformément à ce qui a été expliqué plus haut, un tableau de la répartition des établissements par classes de résultats (A à E).

Le tableau n° 6 se lit de la manière suivante : en Alsace, le pourcentage de non répondants est de 8,8 %, le pourcentage d'établissements dont l'ICALIN est situé dans la classe E est de 5,5 % etc., le total fait 100 %.

Comme expliqué plus haut, il faut mettre en relation les non-répondants et la classe E. Les non-répondants sont a priori inclassables mais font partie, quelle que soit leur performance réelle, des établissements devant évoluer pour répondre aux objectifs du Programme national de LIN 2005-2008.

Ces objectifs, fixés dans le Programme national de LIN pour 2008, sont :

- 100 % des établissements remplissent leur tableau de bord, soit 0% de non répondants au bilan annuel des activités de LIN ;
- 0 % d'établissements dans la classe E de l'ICALIN.

Tableau n° 6 : Distribution des établissements par région et par classe de résultats d'ICALIN (2004)

REGIONS	Nb d'établissements	NR	E	D	C	B	A
ALSACE	91	8.8 %	5.5 %	12.1 %	37.4 %	19.8 %	16.5 %
AQUITAINE	166	12.0 %	3.0 %	10.2 %	28.3 %	31.9 %	14.5 %
AUVERGNE	58	0.0 %	6.9 %	19.0 %	41.4 %	22.4 %	10.3 %
BASSE NORMANDIE	63	1.6 %	11.1 %	22.2 %	39.7 %	20.6 %	4.8 %
BOURGOGNE	96	24.0 %	8.3 %	21.9 %	33.3 %	9.4 %	3.1 %
BRETAGNE	136	17.6 %	8.8 %	19.1 %	28.7 %	19.1 %	6.6 %
CENTRE	117	16.2 %	6.8 %	19.7 %	35.0 %	19.7 %	2.6 %
CHAMPAGNE ARDENNES	51	27.5 %	7.8 %	23.5 %	23.5 %	13.7 %	3.9 %
CORSE	20	5.0 %	10.0 %	10.0 %	55.0 %	20.0 %	0.0 %
FRANCHE COMTE	46	4.3 %	6.5 %	17.4 %	39.1 %	28.3 %	4.3 %
GUADELOUPE	23	47.8 %	4.3 %	17.4 %	17.4 %	8.7 %	4.3 %
GUYANE	6	83.3 %	0.0 %	16.7 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
HAUTE NORMANDIE	67	4.5 %	3.0 %	4.5 %	34.3 %	37.3 %	16.4 %
ILE DE FRANCE	401	17.0 %	5.0 %	15.2 %	33.2 %	19.7 %	10.0 %
LANGUEDOC ROUSSILLON	152	20.4 %	5.3 %	11.8 %	33.6 %	19.1 %	9.9 %
LIMOUSIN	39	0.0 %	12.8 %	12.8 %	43.6 %	15.4 %	15.4 %
LORRAINE	103	4.9 %	4.9 %	14.6 %	46.6 %	16.5 %	12.6 %
MARTINIQUE	15	53.3 %	6.7 %	20.0 %	20.0 %	0.0 %	0.0 %
MIDI PYRENEES	137	17.5 %	1.5 %	9.5 %	32.8 %	24.1 %	14.6 %
NORD PAS-DE-CALAIS	140	5.7 %	7.1 %	11.4 %	45.0 %	22.9 %	7.9 %
PACA	132	2.3 %	3.0 %	5.0 %	31.1 %	31.4 %	27.1 %
PAYS DE LOIRE	299	7.6 %	9.1 %	14.4 %	34.1 %	21.2 %	13.6 %
PICARDIE	83	2.4 %	3.6 %	7.2 %	37.3 %	42.2 %	7.2 %
POITOU CHARENTES	66	25.8 %	3.0 %	12.1 %	36.4 %	15.2 %	7.6 %
REUNION	16	18.8 %	43.8 %	18.8 %	12.5 %	6.3 %	0.0 %
RHONE ALPES	309	29.1 %	5.8 %	12.6 %	25.9 %	19.7 %	6.8 %
TOTAL	2832	14.3 %	5.8 %	13.2 %	33.4 %	22.2 %	11.1 %

NB : en grisé, les régions ayant un total (NR+E) supérieur à 25 % de l'ensemble de leurs établissements.

L'effort à réaliser dans chaque région porte donc sur les non-répondants (NR) et les établissements dont l'ICALIN se situe dans la classe E. Six régions (Champagne-Ardenne, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Bourgogne, Languedoc-Roussillon et Bretagne) et les 4 DOM ont plus du quart de leurs établissements qui sont classés NR ou E, représentant 51,5 % de l'ensemble des classes NR + E.

Au niveau national, les classes NR et E représentent 567 établissements, soit 19,6 % des 2 832 établissements recensés en 2004. Les 5 régions qui ont le plus d'établissements dans ces deux classes (NR+E) représentent 56,6 % de ce total : Rhône-Alpes (108 ES), Ile de France (88 ES), Pays de Loire (50 ES), Languedoc-Roussillon (39 ES) et Bretagne (36 ES).

4 - Résultats par catégorie d'établissements :

Le tableau n°7 présente l'ICALIN moyen et la distribution des établissements par classe de résultats et par catégorie d'établissements.

Tableau n° 7 : ICALIN moyen et distributions par classes de résultats, par catégorie d'établissements

CATEGORIES	ICALIN moyen ⁴	Nb d'ES	NR	E	D	C	B	A
1-CHR-CHU	88,9	81	3.7 %	4.9 %	17.3 %	42.0 %	22.2 %	9.9 %
2-CH INF 300 LITS	74,1	319	5.6 %	6.0 %	10.7 %	37.6 %	24.8 %	15.4 %
2-CH SUP 300 LITS	86,2	242	0.0 %	2.9 %	16.5 %	33.9 %	35.5 %	11.2 %
3-ETABLISSEMENT PSY	62,5	294	19.4 %	9.9 %	9.5 %	30.6 %	21.1 %	9.5 %
4-HOPITAL LOCAL	51,2	346	19.9 %	4.0 %	11.6 %	32.1 %	22.5 %	9.8 %
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	65,6	361	16.6 %	5.3 %	16.9 %	29.6 %	19.4 %	12.2 %
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	73,3	318	7.9 %	7.5 %	12.6 %	36.8 %	22.3 %	12.9 %
6-HOPITAL DES ARMEES	86,8	9	0.0 %	0.0 %	44.4 %	33.3 %	22.2 %	0.0 %
7-SSR-SLD	59,2	735	18.8 %	5.4 %	12.8 %	33.3 %	20.1 %	9.5 %
8-CLCC-CANCER	81,9	20	0.0 %	0.0 %	20.0 %	45.0 %	15.0 %	20.0 %
9-HAD	53,9	13	38.5 %	15.4 %	0.0 %	0.0 %	7.7 %	38.5 %
10-HEMODIALYSE	61,0	37	16.2 %	2.7 %	21.6 %	29.7 %	16.2 %	13.5 %
11-MECSS-POUPONNIERE	51,2	41	17.1 %	9.8 %	17.1 %	39.0 %	17.1 %	0.0 %
Non renseignés	-	16	100,0 %					
TOTAL	66,8	2 832	14.3 %	5.8 %	13.2 %	33.4 %	22.2 %	11.1 %

Avec l'ICALIN moyen, chaque établissement peut se situer par rapport à la moyenne de sa catégorie.

La distribution par classe montre que le taux de non-répondants reste important, malgré une amélioration depuis 2003 (différence 2004-2003 entre parenthèse), parmi les catégories d'établissements suivantes : HAD (- 0 %), hôpitaux locaux (- 3,1 %), établissements psychiatriques (- 5,8 %) et établissements SSR-SLD (- 7,0 %).

Le pourcentage d'établissements classés E est plus important que la moyenne nationale parmi les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements psychiatriques, les maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour) (MECSS) et les établissements privés de plus de 100 lits.

En vue de l'atteinte des objectifs cités précédemment, l'addition des deux critères (entre parenthèse la somme des deux % NR+E) montre qu'un effort particulier doit être porté vers les HAD (53,9 %), les établissements psychiatriques (29,3 %), les MECSS (26,9 %), les établissements SSR-SLD (24,2 %), les hôpitaux locaux (23,9 %) et les établissements privés de moins de 100 lits (21,9 %).

Cette analyse doit être faite au niveau de chaque région, les résultats étant très différents d'une région à l'autre comme vu précédemment, pour identifier les catégories d'établissements qui nécessitent un accompagnement particulier.

NB : A l'énoncé de ces catégories d'établissements « déficitaires », on s'aperçoit qu'il s'agit essentiellement d'établissements ayant des particularismes :

- soit parce qu'ils sont spécialisés et uni disciplinaires (psy, SSR-SLD),

⁴ Calculé sur les établissements répondants

- soit parce qu'ils constituent un environnement hospitalier particulier (HAD donc hors établissement, hôpitaux locaux avec des médecins libéraux, MECSS qui sont autant sociaux que sanitaires).

On pourrait ainsi se demander si un programme de surveillance des BMR est bien nécessaire dans les MECSS et les établissements de psychiatrie ou si les 16 protocoles retenus dans l'ICALIN sont tous indispensables dans les HAD (circuit du linge, entretien des locaux ...) ? etc.

Cependant, ces éléments n'ont d'influence que sur la valeur absolue de l'ICALIN. C'est pourquoi, pour ces catégories d'établissements, la classe de résultats devrait être le seul critère d'appréciation : ce que font les uns peut être fait par les autres et leur classement relatif au sein de leur catégorie a une signification réelle.

Dans les plans régionaux d'accompagnement (voir ci-après), la définition des priorités devrait être adaptée à chacune de ces catégories d'établissements.

5 - Résultats des 34 items de l'ICALIN :

Les tableaux n° 8,9 et 10 présentent les pourcentages d'établissements réalisant chacun des 34 items. La colonne « Total » représente l'ensemble des 2 424 établissements (86,3 % des établissements ont défini un programme d'actions en 2004) et les colonnes E à A représentent les établissements correspondants à chacune des 5 classes de résultats (18,4 % des établissements ayant un ICALIN situé dans la classe E ont défini un programme d'actions en 2004).

Les pourcentages de réalisation croissent logiquement de la classe E à la classe A. Il est intéressant cependant d'analyser les écarts de pourcentages entre la classe E et les autres classes afin de visualiser les items expliquant le retard des établissements de la classe E.

5.1 Les items d'organisation :

Tableau n° 8 : Taux de réalisation des items d'Organisation par classe de résultats

ITEMS d'ORGANISATION	TOTAL n = 2 424	E n = 163	D n = 375	C n = 945	B n = 629	A n = 312
Objectifs LIN dans PROJET d'Ets	68.1 %	34.4 %	51.6 %	67.0 %	78.9 %	87.0 %
Objectifs LIN dans COM	49.2 %	26.4 %	43.9 %	47.8 %	52.9 %	63.8 %
Programme d'actions - Avis instances	66.8 %	9.8 %	43.6 %	67.3 %	81.9 %	92.1 %
Rapport d'activité - Avis instances	47.7 %	7.4 %	25.9 %	44.6 %	60.5 %	78.1 %
Objectifs LIN dans Livret d'Accueil	77.2 %	35.0 %	67.1 %	78.2 %	85.1 %	92.4 %
COMED membre du CLIN	82.1 %	46.0 %	69.0 %	83.8 %	90.3 %	94.9 %
HH dans Formation continue	76.8 %	34.4 %	58.0 %	76.7 %	88.7 %	97.5 %
3 réunions CLIN	69.0 %	25.2 %	49.7 %	69.4 %	79.9 %	91.7 %
Réunions groupes de travail	51.8 %	14.7 %	29.7 %	48.9 %	66.1 %	77.1 %
Réseau	81.8 %	34.4 %	70.6 %	83.2 %	91.9 %	94.9 %
Protocoles de réseau	54.7 %	20.2 %	44.1 %	54.0 %	61.6 %	73.7 %
CLIN consulté sur PFC	65.9 %	16.0 %	42.0 %	64.0 %	81.6 %	94.0 %
Programme d'actions défini	86.4 %	18.4 %	68.4 %	91.9 %	99.7 %	99.7 %
Rapport d'activité réalisé	80.6 %	25.8 %	59.9 %	81.7 %	96.0 %	99.0 %

Pour les items d'Organisation, il n'y a que deux items dont le taux de réalisation national (colonne « Total ») est inférieur à 50 % : l'avis des instances sur le rapport d'activité et la présence des objectifs de la LIN dans le contrat d'objectifs et de moyens (COM).

L'écart le plus grand entre la classe E et la classe D concerne l'existence d'un programme d'actions (50,0 % d'écart). Ensuite, un groupe de 4 items est constitué par la participation à un réseau (36,2 %), la réalisation d'un rapport d'activités (34,1 %), l'avis des instances sur le programme d'actions (33,8 %) et la présentation des objectifs de la LIN dans le livret d'accueil (32,1 %). Le décrochage se poursuit particulièrement entre la classe D et la classe C pour le programme d'actions (écart C-E = 73,5 %), l'avis des instances sur le programme d'actions (écart C-E = 57,5 %) et le rapport d'activités (55,9 %).

La marge de progression la plus importante se situe donc sur ces trois items : définition d'un programme d'actions, avis des instances de l'établissement sur ce programme d'action et rapport d'activités.

5.2 Les items de moyens :

Tableau n° 9 : Taux de réalisation des items de Moyens par classe de résultats

ITEMS DE MOYENS	TOTAL n = 2 424	E n = 163	D n = 375	C n = 945	B n = 629	A n = 312
EOHH - Temps médical	50.1 %	2.5 %	17.1 %	41.5 %	73.0 %	94.9 %
EOHH - Temps infirmier	64.7 %	11.7 %	27.5 %	60.4 %	89.8 %	98.4 %
EOHH - Temps autres	28.5 %	3.1 %	9.1 %	22.3 %	43.4 %	54.2 %
Formation - Nouveaux personnels	54.9 %	19.6 %	34.4 %	49.6 %	70.6 %	82.1 %
Formation - Médecins/Pharmaciens	38.8 %	7.4 %	18.9 %	32.4 %	50.9 %	72.4 %
Formation - Infirmiers/Cadres	68.8 %	19.0 %	42.9 %	66.8 %	86.5 %	92.3 %
Formation - Autres personnels	65.5 %	22.1 %	43.2 %	63.9 %	80.6 %	86.9 %
Correspondants médicaux	48.0 %	12.3 %	31.2 %	47.6 %	64.9 %	84.9 %
Correspondants paramédicaux	28.1 %	25.2 %	50.1 %	71.1 %	86.8 %	94.9 %

Pour les items de Moyens, trois items ont un taux de réalisation national inférieur à 50 % : la présence de techniciens ou de secrétaires au sein de l'EOHH (« Temps autres »), la formation à l'hygiène du personnel médical et pharmaceutique et l'existence de correspondants médicaux. Le temps médical dans les EOHH est à peine supérieurs à 50 %.

Pour la classe E, on peut remarquer la très grande faiblesse en personnel des EOHH, quel que soit le profil du personnel, et de la formation du personnel médical. Ces faiblesses se constatent également dans la classe D et de façon moins homogène dans la classe C. Assurément, le recrutement de personnel spécialisé en hygiène et la formation du personnel devraient constituer des axes prioritaires des futurs programmes d'actions.

Les écarts entre la classe E et la classe D sont moins importants que pour les items d'Organisation, probablement aussi parce que les taux de réalisation sont globalement plus bas. Les écarts les plus importants concernent l'existence de correspondants paramédicaux (24,9 %), la formation du personnel infirmier (23,9 %) et la formation des autres personnels permanents (21,1 %). Certains décrochages sont importants entre la classe E et la classe C pour le temps infirmier de l'EOHH (écart C-E = 48,7 %), la formation du personnel infirmier (écart C-E = 47,8 %), la présence de correspondants paramédicaux (écart C-E = 45,9 %) et la formation des autres personnels permanents (écart C-E = 41,8 %).

C'est l'amélioration de ces 4 items de Moyens qui contribuera le plus à la progression des établissements dans une classe supérieure :

- le temps infirmier de l'EOHH
- la formation du personnel infirmier
- la présence de correspondants paramédicaux
- la formation des autres personnels permanents

Il faut remarquer le comportement différent des items relatifs aux personnels médicaux et de ceux relatifs aux personnels paramédicaux :

- en termes absolus (toutes classes confondues), ce sont les items liés aux personnels médicaux qui sont en déficit (temps médical de l'EOHH, correspondant médicaux et formation des médecins) faisant apparaître une moins grande implication de la communauté médicale dans la LIN (l'absence de temps médical dans l'EOHH s'accompagne de l'absence de formation des médecins et de correspondants médicaux dans les services) ;
- en termes relatifs (classes E et D par rapport aux autres), ce sont les items liés aux personnels paramédicaux (voir ci-dessus) qui caractérisent le retard des classes E et D par rapport aux autres classes.

5.3 Les items d'actions :

a - Parmi les items d'Actions et hormis les protocoles (voir ci-dessous), seule la réalisation d'un audit est inférieure à 50 % (voir 3^{ème} partie sur les objectifs du Programme national).

En termes d'écart entre les classes E et D, trois items de la sous-fonction « Surveillance » ont un écart supérieur à 30 % : la surveillance à partir des résultats du laboratoire de microbiologie (36,9 %), la diffusion des résultats de la surveillance (30,9 %) et l'existence d'un programme de surveillance des BMR (30,2 %). Probablement, la surveillance des IN se met en place plus tardivement et plus difficilement que les autres actions.

Tableau n° 10 : Taux de réalisation des items d'Actions par classe de résultats

ITEMS D' ACTIONS	TOTAL n = 2 424	E n = 163	D n = 375	C n = 945	B n = 629	A n = 312
6 Protocoles prioritaires*	30.9 %	6.1 %	15.5 %	25.8 %	38.7 %	61.6 %
10 Protocoles autres*	15.8 %	4.3 %	9.1 %	13.5 %	19.2 %	29.8 %
Prévention A.E.S.	71.5 %	36.8 %	57.2 %	71.0 %	78.9 %	92.7 %
Signalement A.E.S.	93.5 %	73.0 %	89.8 %	94.4 %	97.1 %	98.4 %
Programme maîtrise des BMR	73.9 %	20.9 %	51.1 %	73.8 %	89.4 %	98.1 %
Réalisation enquête	63.8 %	19.0 %	42.5 %	60.7 %	78.6 %	92.1 %
Surveillance IN à partir des résultats du labo micro	78.7 %	31.3 %	68.2 %	78.9 %	88.4 %	95.6 %
Diffusion des résultats de la surveillance	67.1 %	21.5 %	52.4 %	63.1 %	80.8 %	92.4 %
Evaluation d'un protocole	65.6 %	24.5 %	47.3 %	63.6 %	78.6 %	88.6 %
Evaluation autre	50.4 %	10.4 %	24.9 %	45.4 %	66.1 %	84.8 %
Réalisation audit	39.1 %	8.0 %	17.4 %	32.9 %	52.0 %	73.7 %

* Pourcentages des établissements disposant de l'ensemble des 6 protocoles prioritaires ou de l'ensemble des 10 autres protocoles.

La fonction « Surveillance » dans son ensemble mérite des mesures d'accompagnement prioritaires parmi les items d'Actions.

b - La faiblesse du taux de réalisation des deux catégories de protocoles est trompeuse. En fait, le taux présenté ici correspond aux établissements ayant réalisé l'ensemble des 6 protocoles prioritaires ou des 10 autres protocoles. Les résultats propres à chaque protocole sont présentés en annexe dans la synthèse nationale 2004.

Le tableau n°11 présente les taux de réalisation de chacun des 6 protocoles prioritaires par classe de résultats.

Tableau n° 11 : Taux de réalisation des protocoles prioritaires par classe de résultats

PROTOCOLES	TOTAL	E	D	C	B	A
Hygiène des mains	98.3 %	89.0 %	97.6 %	98.8 %	99.8 %	99.7 %
Précautions standard	83.0 %	47.2 %	70.1 %	84.7 %	90.9 %	96.5 %
Sondage urinaire	79.5 %	46.0 %	70.4 %	78.8 %	87.6 %	93.3 %
Antibiothérapie	42.0 %	14.7 %	28.5 %	37.1 %	50.6 %	69.6 %
AES	96.6 %	77.9 %	96.0 %	97.2 %	99.0 %	100.0 %
Eau chaude sanitaire	85.8 %	54.0 %	79.5 %	85.2 %	94.4 %	94.9 %

Globalement, le protocole sur l'antibiothérapie de 1^{ère} intention est le seul à avoir un déficit important avec 42 % de réalisation alors que tous les autres protocoles ont un taux de réalisation supérieur ou proche de 80 %.

L'écart entre les classes E et D est supérieur à 20 % pour l'eau chaude sanitaire (25,5 %), les sondages urinaires (24,4 %) et les précautions standard (22,9 %).

En définitive, hormis les protocoles sur l'hygiène des mains et les AES, les 4 autres protocoles prioritaires nécessiteraient une action collective pour aider les établissements à mettre en place ces protocoles, dont des référentiels nationaux existent par ailleurs.

Les diagrammes 4 à 7 illustrent le raisonnement qui vient d'être suivi pour l'analyse des résultats : identification des items globalement déficitaires (diagrammes 4 et 6) et des items expliquant le retard des classes E et D par rapport aux autres classes (diagrammes 5 et 7).

Diagramme n° 4 : Taux de réalisation des items « Organisation »

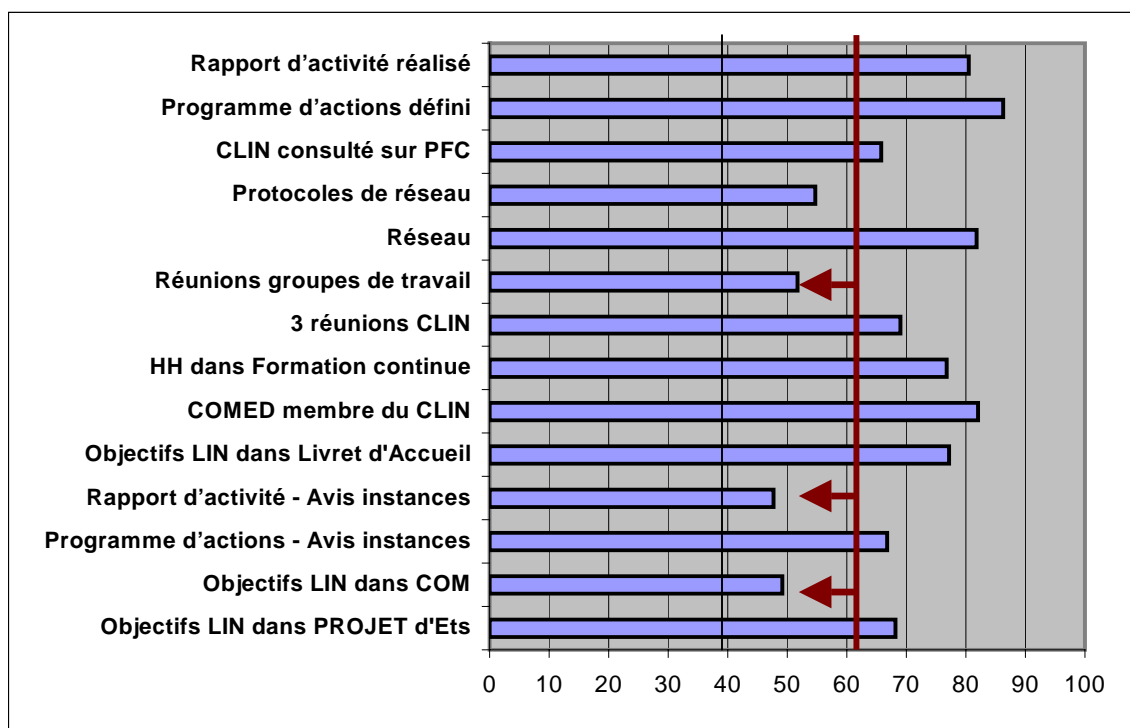


Diagramme n° 5 : Différence entre les classes C et E des taux de réalisation des items « Organisation »

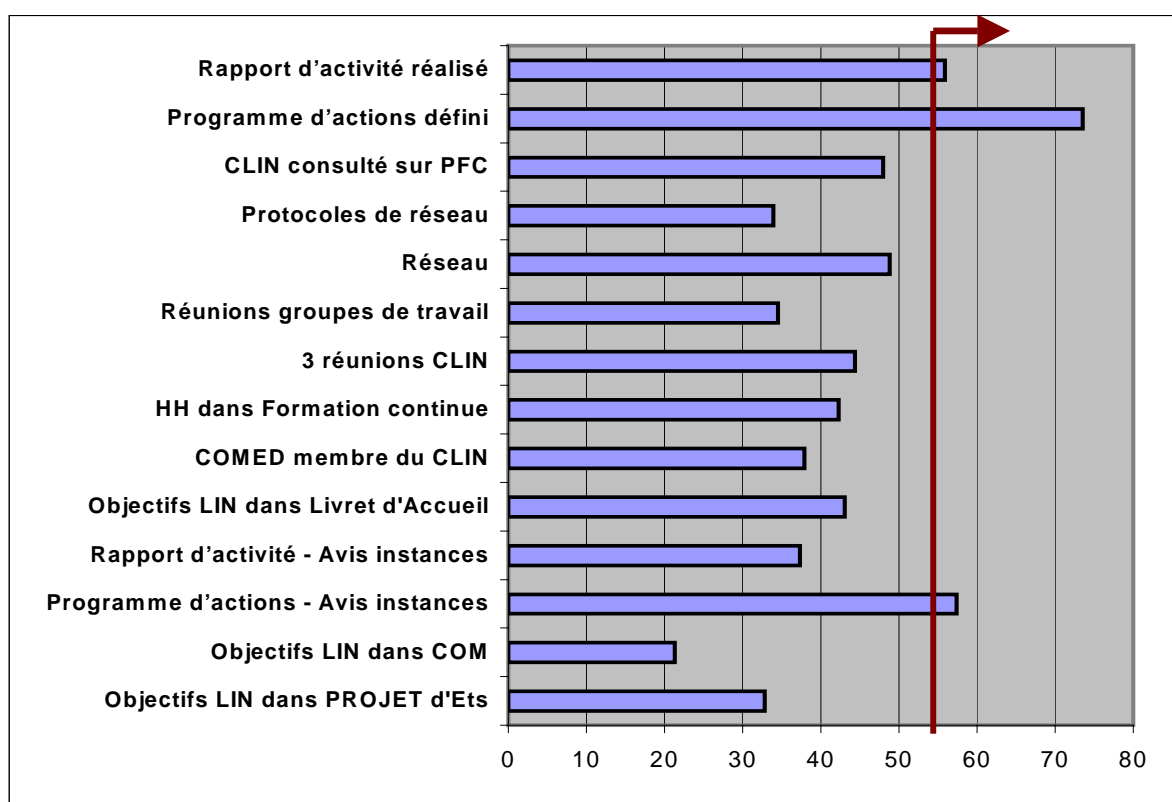
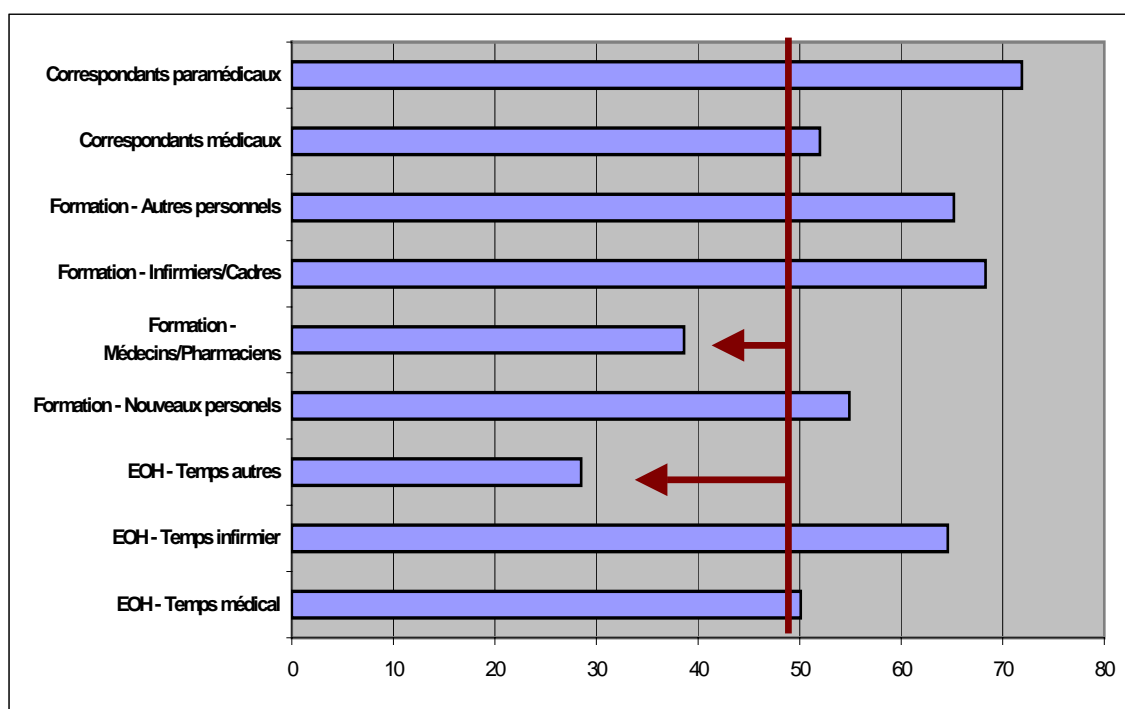
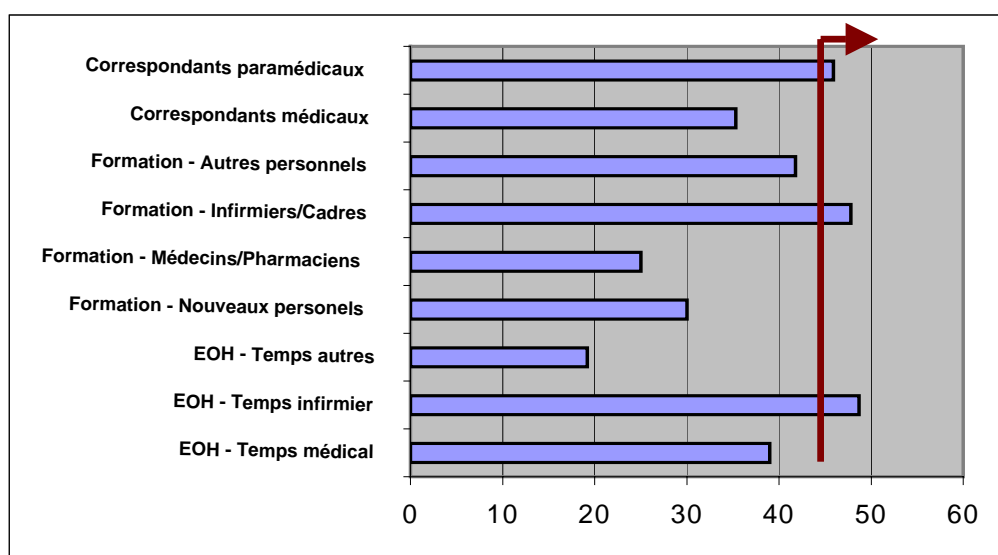


Diagramme n° 6 : Taux de réalisation des items « Moyens »



Taux de réalisation : repérer les taux de réalisation les plus faibles : « EOH - Temps autres », « Formation Médecins/Pharmaciens »

Diagramme n° 7 : Différence entre les classes C et E des taux de réalisation des items « Moyens »



Différence des taux de réalisation : repérer les différences les plus importantes : « EOH - Temps infirmier », « Formation - Infirmiers / Cadres », « Correspondants paramédicaux ».

Synthèse des deux séries de données : améliorer le niveau général des items (Diagramme « Taux de réalisation ») ou / et combler les écarts entre les plus faibles (E+D) et les autres (Diagramme « Différence entre les classes ») et faire la synthèse entre les deux.

III - ICALIN, UN OUTIL DE GESTION :

L'analyse rapide des résultats du chapitre précédent montre que l'ICALIN permet de détecter les faiblesses dans la mise en œuvre de la politique de LIN des établissements, ces faiblesses portant sur certains items OMA et pouvant être accentuées dans certains groupes d'établissements (géographiques, typologiques ou catégoriels).

Cette analyse nationale cache de grandes disparités régionales. **Ce qui est vrai au niveau national peut ne pas se vérifier au niveau régional, les faiblesses pouvant concerner d'autres items et se concentrer sur d'autres catégories d'établissements.**

S'il ne devait servir qu'à mesurer une performance et établir un classement, l'ICALIN serait un outil inachevé.

**L'intérêt de l'ICALIN réside surtout dans la possibilité qu'il offre
de diagnostiquer les faiblesses
en vue d'y remédier
pour améliorer le niveau d'activités des établissements de santé
dans la lutte contre les infections nosocomiales.**

Ci-après, à **titre indicatif**, est présentée une démarche qui s'appuie sur l'analyse précédente des résultats pour définir ce que pourrait être un programme de soutien aux établissements pour améliorer le niveau des activités de LIN.

Il ne s'agit que d'un exemple qui n'a aucune valeur normative.

Le principe pourrait être que chaque région définisse un programme d'accompagnement en analysant ses propres résultats selon la méthodologie qui lui paraît la plus appropriée. Les régions peuvent s'adresser à la cellule infections nosocomiales pour bénéficier des programmes de traitement des données qui ont permis la présentation des résultats sur lesquels s'appuie l'exemple donné dans ce chapitre.

1 - Démarche générale :

La démarche générale pourrait comprendre les trois éléments suivants :

- Déterminer, dans chaque fonction O, M et A, les items sur lesquels doivent porter les efforts à réaliser (à partir de l'analyse des résultats) ;
- Classer les items, dans chaque fonction O, M et A, selon un ordre de priorité (en fonction des conclusions de l'analyse) ;
- Définir des étapes de mise en œuvre des priorités.

Un programme d'actions définira les actions d'accompagnement qui pourraient être organisées conjointement par les tutelles (ARH, DRASS, DDASS) et les structures de coordination de la LIN (C-CLIN et leurs antennes régionales).

L'objectif du programme d'accompagnement est d'amener les établissements à progresser dans la classe de résultats supérieure et qu'il n'y ait en particulier plus d'établissements dans la classe E en 2008.

2 - Exemple sur la fonction Organisation de la LIN :

L'analyse des résultats des items d'Organisation a montré que le plus grand écart entre la classe E et la classe D s'observait pour l'existence d'un programme d'actions et les avis des instances sur ce programme. On peut considérer que l'existence d'un programme d'actions est une réelle priorité : sans programme d'actions, les actions ont moins de chance d'être entreprises. L'avis des instances sur ce programme d'actions peut être considéré comme essentiel : comment mobiliser un établissement si les instances de décisions et de concertation ne sont pas informées ? Si elles ne sont pas informées seront-elles incitées à en faire un axe de la politique de l'établissement dans le projet d'établissement et le COM ?

Programme d'actions et information des instances de l'établissement sont donc des préalables incontournables. Ils constituent la priorité en termes d'Organisation et doivent être réalisés dès la 1^{ère} étape du plan d'action de l'établissement.

Une 2^{ème} étape serait logiquement d'introduire ce programme d'actions dans les outils de gestion de l'établissement (COM et projet d'établissement), et de réunir le CLIN pour suivre la mise en place du programme (3 réunions par an).

Une 3^{ème} étape pourrait être de réunir des groupes de travail sur des points particuliers du programme, d'établir un rapport d'activité et de le soumettre aux instances des établissements.

La 4^{ème} et dernière étape serait de mettre en place les autres éléments de la sous-fonction.

3 - Généralisation aux trois sous-indices OMA :

En étendant ce schéma aux fonctions M et A, le plan de priorités suivant pourrait par exemple se dégager :

Tableau n° 12 : Plan de priorités dans la réalisation des activités de LIN (Exemple)

ETAPES	ORGANISATION	MOYENS	ACTIONS
1 ^{ère} étape	- Programme d'actions - Avis des instances sur le Programme	- IDE spécialisée en HH - Correspondants paramédicaux dans tous les services	- les 6 protocoles prioritaires
2 ^{ème} étape	- Programme dans COM et projet d'établissement - 3 réunions annuelles du CLIN	- Médecin-pharm. spécialisé en HH - Correspondants médicaux dans tous les services	- les 10 autres protocoles - Programme de maîtrise des BMR
3 ^{ème} étape	- Groupes de travail - Rapport d'activité - Avis instances sur rapport	- Formation du personnel infirmier - Formation du personnel médical	- Prévention et signalement des AES - Réalisation d'une enquête - Evaluation d'au moins un protocole
4 ^{ème} étape	- Autres	- Autres	- Autres

NB : L'ordre des priorités présenté dans ce tableau n'a que la valeur de l'exemple et n'est donné qu'à titre indicatif. D'autres priorités peuvent être définies en fonction de l'analyse

régionale des taux de réalisation des items, des ressources humaines et financières disponibles, des priorités définies par ailleurs par les établissements, leurs instances de tutelles etc. Par ailleurs, le choix a été fait dans cet exemple de donner la priorité aux items qui permettent aux établissements de la classe E de réduire leur retard sur les autres établissements. Il pourrait être fait le choix de donner la priorité aux items qui sont globalement déficitaires ou de faire un panachage entre ces deux types de critères.

4 - Programmation des étapes :

Le contenu des étapes étant défini, il faut leur fixer des échéances de réalisation pour atteindre notamment l'objectif fixé en 2008. Ce pourrait être que l'ensemble des établissements ait réalisé les activités de :

- la 1^{ère} étape dans 1 an (ou 18 mois) ;
- la 2^{ème} étape dans 2 ans (3 ans) ;
- la 3^{ème} étape en 4 ans.

La 1^{ère} étape de réalisation pour un établissement consisterait donc à mettre en place les éléments manquants parmi les suivants (voir tableau n° 12) :

- la définition d'un Programme annuel d'action
- la présentation de ce programme aux instances de l'établissement
- le recrutement d'un temps d'IDE spécialisée en HH
- la mise en place de correspondants paramédicaux dans tous les services
- la définition et la mise en place des 6 protocoles prioritaires

5 - Projection de la programmation des étapes sur les résultats d'ICALIN :

Tableau n° 13 : Projection de la distribution des établissements en classe de résultats d'ICALIN en fonction de la réalisation des étapes de mise en œuvre des priorités

	E	D	C	B	A	TOTAL
2004	6,7 %	15,5 %	39,0 %	26,0 %	12,9 %	100 %
Réalisation 1^{ère} étape à 100 %	1,0 %	6,9 %	39,0 %	33,6 %	19,6 %	100 %
Réalisation 2^{ème} étape à 100 %	0,0 %	0,5 %	10,5 %	35,1 %	54,0 %	100 %
Réalisation 3^{ème} étape à 100 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	8,3 %	91,2 %	100 %

La 1^{ère} ligne du tableau n° 13 (ligne « 2004 ») présente la distribution des établissements par classe de résultats d'ICALIN en 2004 (les pourcentages sont différents de ceux présentés dans le tableau n° 4 parce qu'ils sont calculés uniquement sur les 2424 établissements répondants et disposant d'un ICALIN).

La 2^{ème} ligne du tableau n° 13 présente une projection de la distribution des établissements par classe de résultats si tous les établissements réalisent les activités prévues pour la 1^{ère} étape (ICALIN fin 1^{ère} étape = ICALIN 2004 + points apportés en supplément par les activités de la 1^{ère} étape qui n'étaient pas encore réalisées en 2004).

La 3^{ème} ligne du tableau n° 13 présente une projection de la distribution des établissements par classe de résultats si tous les établissements réalisent les activités prévues pour la 1^{ère} et la 2^{ème} étape (ICALIN fin 2^{ème} étape = ICALIN 2004 + points apportés en supplément par les

activités de la 1^{ère} étape qui n'étaient pas encore réalisées en 2004 + points apportés en supplément par les activités de la 2^{ème} étape qui n'étaient pas encore réalisées en 2004).

Les zones grisées visualisent la progression des établissements vers les classes plus élevées. Si le plan de priorités est respecté, il est possible de projeter qu'après réalisation complète de :

- la 2^{ème} étape, il n'y aurait plus d'établissements dans la classe E (objectif 2008).
- la 3^{ème} étape, il n'y aurait plus d'établissements dans la classe D.

Bien entendu, il n'y aurait plus d'établissements non-répondants dès la fin de la première étape.

6 - Application du plan de priorités au niveau d'un établissement : le programme d'actions

A partir de son ICALIN et de sa classe de résultats, chaque établissement peut mesurer sa performance globale et se situer par rapport aux établissements de même catégorie.

Au regard de ses propres résultats, l'établissement peut procéder à sa propre analyse des résultats en repérant si ses faiblesses sont homogènes (niveau équivalent de O, M et A) ou si elles se concentrent sur l'un des 3 sous indices OMA.

Au regard du plan de priorités défini dans son secteur (régional, départemental etc.), chaque établissement peut :

- déterminer à quelle étape du plan de priorités il se situe ;
- dresser la liste des activités de la 1^{ère} étape non encore réalisées ou celles de la 2^{ème} étape si toutes les activités de la 1^{ère} étape sont déjà réalisées etc.
- inclure dans son prochain programme d'actions la mise en place des activités listées précédemment ;
- programmer pour les années à venir les activités à mettre en œuvre pour la réalisation des étapes suivantes.

Au final, le CLIN pourrait préparer un programme pluriannuel de mise à niveau et le faire approuver par ses instances.

7 - Application du plan de priorités à un groupe d'établissements : le plan d'accompagnement

Au niveau d'un département, d'une région ou d'une inter région, la problématique est de définir les actions qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre pour accompagner les établissements vers la réalisation de tous les items de la 1^{ère} étape, puis ceux de la 2^{ème} étape etc.

Selon les items et le nombre d'établissements déficitaires pour chaque item, il pourrait être envisagé d'organiser (à titre d'exemple et sur la base de celui présenté ci-dessus) :

- un séminaire sur la méthodologie d'élaboration d'un programme d'actions ;
- un accompagnement à la négociation de conventions pour la mise en place d'EOHH inter établissements avec au moins la mise en commun d'un temps d'IDE spécialisée en HH ;
- un séminaire sur le rôle et les attributions des correspondants paramédicaux ;
- une diffusion de protocoles standards pour les 6 protocoles prioritaires avec une formation de formateurs.

Bien entendu, ce plan d'accompagnement devra intégrer le problème des non-répondants afin d'atteindre le 2^{ème} objectif : 0 % de non-répondants en 2008.

Enfin, ce plan loco-régional pourrait être complété par une évaluation sous forme d'un tableau de suivi de la mise à niveau des établissements.

DEUXIÈME PARTIE : LES AUTRES ÉLÉMENTS DU BILAN NON PRIS EN COMPTE PAR L'ICALIN

Il ne sera pas repris cette année la méthode des traceurs utilisée depuis plusieurs années. En effet, cette méthode était justifiée en tant que grille de lecture du bilan des activités. La définition de l'ICALIN constitue désormais la principale grille de lecture de ces bilans.

Cette partie s'attache à mettre l'accent sur certains aspects de la LIN comme les EOHH inter établissements et à analyser les résultats des aspects non pris en compte par l'ICALIN, principalement la LIN dans le secteur chirurgical.

I - LES EOHH INTER ETABLISSEMENTS :

Les moyens en personnels sont pris en compte dans l'ICALIN. L'analyse nationale 2001-2003 avait mis en évidence que la possibilité de constituer des EOHH inter établissements était utilisée mais qu'elle ne constituait pas un élément moteur dans la mise à niveau des établissements. Ce constat se confirme en 2004 comme le montre le tableau n° 14.

Tableau n° 14: Evolution du % d'ES avec EOHH et d'EOHH partagées

	2003	2004
% ES avec EOHH	61,5	69,2
dont % EOHH partagée	46,4	47,1
EOHH partagée ES < 100 l-p	50,9	50,9
EOHH partagée ES 100-399 l-p	45,3	45,8
EOHH partagée ES > 800 l-p	32,3	38,3

Si le pourcentage d'EOHH augmente sensiblement (+ 7,7 %), la part d'EOHH inter établissements dans l'ensemble des EOHH a peu augmenté. Plus surprenant, cette part est restée stable parmi les établissements de moins de 100 lits et places alors qu'ils devraient en être les premiers bénéficiaires.

A la suite du constat précédent, la DHOS a commandé une étude sur le sujet de ces EOHH inter établissement⁵. Cette étude confirme que « *La circulaire ne semble pas avoir été à l'origine de cette forme de coopération mais a, en fait, formalisé et officialisé une pratique déjà largement répandue dans les établissements ayant mis en place une EOH* ».

Cependant, « *les EOH inter-établissements sont ressentis à la fois comme la solution la plus pertinente pour répondre à l'obligation de lutte contre les infections nosocomiales, mais également comme une solution dont les principes de mise en place et d'organisation méritent d'être améliorés* ».

Les difficultés de mise en place des EOHH sont le reflet des difficultés générales de l'établissement à mettre en place une politique de LIN. Le fait que l'EOHH soit partagée ne résout pas les difficultés structurelles de l'établissement pour mettre en place la lutte contre les infections nosocomiales.

⁵ « Recensement, description et évaluation de la coopération inter-établissements des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière - Octobre 2005 » DHOS - CEMKA EVAL.

http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/rapp_cemka_1105.pdf

Il semble se confirmer notamment une confusion entre les rôles respectifs du président du CLIN, de l'EOHH et des correspondants dans les services. Cette confusion s'accroît avec l'absence ou l'insuffisance de l'EOHH, le président du CLIN assumant le travail normalement dévolu à celle-ci. De même, la nécessité de correspondants dans les services peut être considérée comme un palliatif à l'absence d'EOHH.

Parmi les facteurs de réussite d'une EOHH partagée, l'étude souligne l'importance de :

- l'homogénéité des établissements (un établissement psychiatrique et un établissement chirurgical ont peu de points communs en matière de LIN) ;
- la proximité géographique des établissements (l'éloignement pourrait conduire à passer, par exemple plus de 10 % du temps en déplacement)
- la définition claire, dans une convention, des missions de l'EOHH et de la répartition du temps dédié entre les établissements associés.

Ces différents points, et notamment le dernier, confirment que le développement des EOHH, notamment quand elles sont partagées, nécessite un accompagnement des établissements.

II - LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LE DOMAINE CHIRURGICAL :

Le chapitre concernant spécifiquement la réalisation d'enquêtes sur les infections du site opératoire (ISO) sera traitée dans la 3^{ème} partie du présent rapport, dans le cadre des objectifs du Programme national de LIN 2005-2008.

Le rapport 2001-2003 avait mis l'accent sur les problèmes posés par les établissements ne disposant que d'activités obstétricales à l'exclusion de toute autre activité chirurgicale. En 2004, ce constat est confirmé.

1 - Les traceurs chirurgicaux :

En l'absence d'un ICALIN - chirurgie, nous reprenons la méthode des traceurs chirurgicaux présentés dans le rapport 2001-2003. Six traceurs avaient été sélectionnés. Leur taux de réalisation 2004 est comparé à ceux de 2003 dans le tableau n° 15.

Tableau n° 15 : Taux de réalisation des 6 traceurs chirurgicaux

Traceurs	2003 ⁶	2004
Nombre d'établissements	1 008	1 063 ⁷
Protocole antibioprofylaxie	83,6	88,5
Protocole préparation opérés	87,8	92,1
Prog. surveillance des BMR	82,7	86,5
Surv. postes lav. mains	83,5	85,6
Surv. Traitement de l'air	78,9	83,8
Protocole AES	97,5	98,1

⁶ Les chiffres 2003 sont différents de ceux présentés dans le rapport 2001-2003. Pour le traitement des données d'ICALIN, la base 2003 a été harmonisée avec la base 2004 afin de pouvoir faire des comparaisons sur les mêmes établissements (notamment les établissements disparus en 2004 ont été supprimés de la base 2003).

⁷ Dans cette analyse, 5 établissements disposant de lits chirurgicaux ont été supprimés, l'activité chirurgicale étant anecdotique (moins de 5 lits ou places).

Les taux de réalisation 2004 des 6 traceurs sont tous en augmentation et se situent tous au-dessus de 80 %.

Par catégorie d'établissements, les taux de réalisation 2004 des traceurs sont les suivants :

Tableau n° 16 : Pourcentage de réalisation des traceurs chirurgicaux par catégorie d'établissements (2004)

TYPE	Nb	ATB Pr	Prép.OP	Pg BMR	LAV	AIR	AES
1-CHR-CHU	63	93.7 %	93.7 %	98.4 %	95.2 %	90.5 %	100.0 %
2-CH INF 300 LITS	195	81.0 %	87.2 %	85.6 %	76.9 %	74.9 %	93.8 %
2-CH SUP 300 LITS	231	87.4 %	94.4 %	95.2 %	88.7 %	85.3 %	98.3 %
5-PRIVE MCO INF 100 LITS	262	89.3 %	92.0 %	74.8 %	85.1 %	82.8 %	88.5 %
5-PRIVE MCO SUP 100 LITS	283	92.2 %	92.9 %	86.9 %	86.9 %	87.6 %	91.9 %
6-HOPITAL DES ARMEES	9	88.9 %	100.0 %	100.0 %	88.9 %	77.8 %	88.9 %
8-CLCC-CANCER	20	95.0 %	95.0 %	95.0 %	90.0 %	95.0 %	90.0 %
TOTAL	1063	88.5 %	92.1 %	86.5 %	85.6 %	83.8 %	93.2 %

On observe une remarquable homogénéité des résultats dans un ensemble de taux de réalisation assez élevé. Tout au plus, peut-on déceler un léger tassement des résultats dans les deux catégories de petits établissements, CH et Privé-MCO, mais dans un ensemble qui se situe au-dessus ou très proche de 75 %.

Cependant, si on considère que chacun de ces 6 traceurs est essentiel, voire indispensable, pour la prévention des infections nosocomiales dans les services chirurgicaux, des progrès importants restent à accomplir comme le montre le tableau n° 17.

Tableau n° 17 : Distribution des établissements chirurgicaux selon le nombre de traceurs chirurgicaux réalisés

	0	1	2	3	4	5	6	Total
Effectifs	6	0	9	54	101	255	638	1063
Pourcentage	0,6	0,0	0,8	5,1	9,5	24,0	60,0	100,0

Il n'y a que 638 établissements (60,0 %) qui ont réalisé l'ensemble de ces 6 activités. Il peut apparaître anormal que certains établissements n'aient pas de protocole pour la préparation des opérés ou de programme de surveillance des BMR.

2 - Chirurgie et ICALIN :

Nous avons remarqué dans l'analyse des résultats 2001-2003 que les établissements équipés de services chirurgicaux avaient de meilleurs taux de réalisation des traceurs généraux d'activités que ceux qui ne disposent pas de ces services.

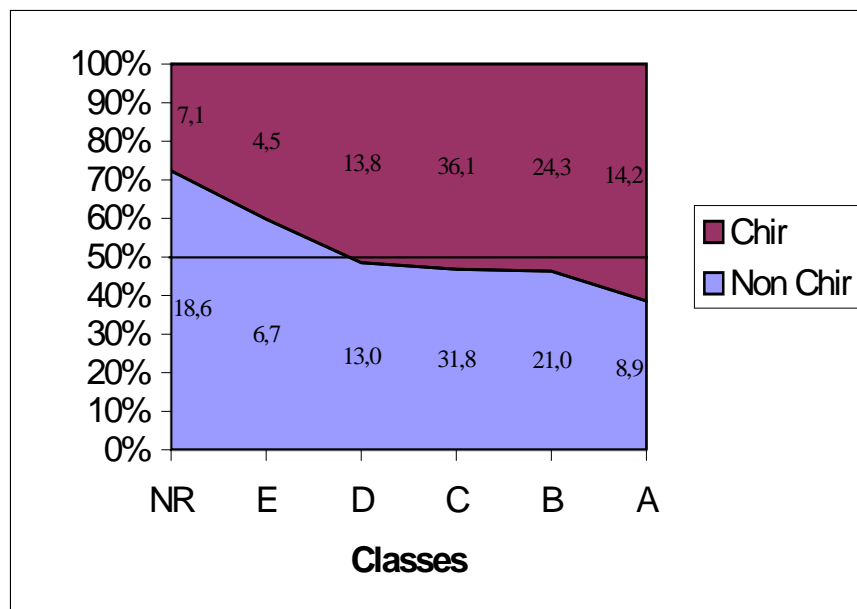
Cette remarque se confirme avec l'ICALIN.

Tableau n° 18 : Distribution des établissements selon les classes de résultats ICALIN et la présence de services chirurgicaux

	NR	E	D	C	B	A
Etablissements non chirurgicaux	18,6 %	6,7 %	13,0 %	31,8 %	21,0 %	8,9 %
Etablissements chirurgicaux	7,1 %	4,5 %	13,8 %	36,1 %	24,3 %	14,2 %

Il semble ainsi que l'activité chirurgicale soit un moteur de la LIN puisque les établissements qui en sont dotés sont plus performants pour la mise en œuvre des activités de lutte contre les infections nosocomiales qui ne concernent pas la chirurgie.

Diagramme n° 7 : Distribution des établissements selon les classes de résultats ICALIN et la présence de services chirurgicaux



TROISIÈME PARTIE : LES OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL

1 – 100 % des établissements disposent d'une EOHH : 69,1% en 2004

a - Le pourcentage d'établissements disposant d'une EOHH est de 69,1% en 2004. Il a augmenté de 7,6 % en 2004 par rapport à 2003. Cette augmentation est due aux établissements de moins de 400 lits et places, les autres établissements étant déjà pratiquement tous dotés de ce personnel⁸.

Tableau n° 19 : Pourcentage d'établissements dotés d'une EOHH selon la taille des établissements (en lits et places).

Critères	2003	2004
ES < 100 l-p	44,1	53,2
ES 100-399 l-p	71,3	78,4
ES 400-799 l-p	94,4	97,4
ES > 800 l-p	97,0	97,3
TOTAL	61,5	69,2

b - L'article R.6111-8 du CSP prévoit que l'EOHH comporte du personnel « *notamment médical, pharmaceutique et infirmier* ». Chaque EOHH devrait comprendre dans ses effectifs d'une part du temps médical ou pharmaceutique et, d'autre part, du temps infirmier. Dans ce cas, l'analyse considérera que l'EOHH est dite « conforme ».

La circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000/645 du 29 décembre 2000 précisait les objectifs de moyens en personnel de l'EOHH à atteindre en 3 ans. Ces objectifs étaient de 1 ETP d'IDE pour 400 lits et de 1 ETP de médecin ou de pharmacien pour 800 lits.

Tableau n° 20 : Evolution de la composition des EOHH (%)

Critères	2003	2004
ES avec EOHH	61,5	69,2
dont EOHH « conforme »	62,9	66,8
ES avec EOHH « conforme »	38,7	46,2
Objectif 1 IDE / 400 lp	27,6	34,2
Objectif 1 Méd-Ph / 800 lp	20,1	23,4
Les deux objectifs précédents	11,2	14,6

66,8 % d'EOHH ne sont pas « conformes ». Les 33,2 % d'EOHH non conformes sont essentiellement dus à l'absence de temps médical (26,6 %), l'absence de temps infirmier (5,7 %) étant beaucoup plus rare. Cette absence de temps médical est particulièrement marquée dans les HAD (50 %), les centres d'hémodialyse (43,8 %), les hôpitaux locaux (41 %) et les établissements psychiatriques (35,9 %)⁹.

Sur l'ensemble des établissements, moins de la moitié disposent d'une EOHH « conforme » et moins de 15 % atteignent les ratios fixés.

⁸ Les 3 établissements de plus de 800 lits qui sont sans EOHH sont 2 CHU et un CHR qui ont déclaré tous leurs postes de médecins et infirmières non occupés. Il pourrait s'agir d'une erreur de saisie, volontaire ou non.

Sur les 9 établissements de 400-799 lits et places sans EOHH : 6 établissements psychiatriques et un CHU qui a déclaré tous ses postes non-occupés.

⁹ Voir tableau n° 23 de l'annexe.

2.- « 75 % des établissements réalisent un audit des bonnes pratiques » : 31,9% en 2004

Les résultats 2004 confirment ceux des années précédentes.

Tableau n° 21 : Evolution de la réalisation des audits de bonnes pratiques

	2003 n = 2 290	2004 n = 2 428
% Ets réalisant un audit des bonnes pratiques	30,2	32,0
% Ets réalisant une évaluation (audit +/- autre)	46,8	50,9

Si la pratique de l'évaluation poursuit sa progression de 4 à 5 % par an, la pratique des audits de bonnes pratiques connaît une progression marginale.

Ce constat déjà ancien a conduit à fixer dans le Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 l'objectif de « Développer l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment par le développement de programmes d'audits ». Le groupe de pilotage du Programme national a proposé de retenir pour 2005-2006 comme première thématique nationale l'hygiène des mains par friction avec des solutions hydroalcooliques (SHA), en lien avec l'indicateur de consommation des SHA du tableau de bord des IN. La circulaire n° 384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière est une première incitation des établissements de santé à la réalisation d'audit en hygiène hospitalière et a diffusé le document « Réussir un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains » rédigé par un groupe de travail du CTIN.

L'objectif est de réaliser cet audit avant juin 2006 et sa diffusion sera évaluée à partir du bilan des activités de LIN de cette même année.

3 – « Généraliser la surveillance des infections du site opératoire (ISO) » : 53,2 % des établissements ayant de la chirurgie réalisent une enquête ISO en 2004

Le bilan des activités contient la déclaration de réalisation des enquêtes d'incidence sur les ISO.

Tableau n° 22 : Evolution du nombre d'établissements réalisant des enquêtes ISO

	2003	2004	Progression
Nombre d'établissements avec chirurgie	1 028	1 065	3,4 %
Nombre d'ES avec chir. ayant fait ISO	468	569	21,6 %
Nombre de services chirurgicaux dans ES totaux	4 524	4 934	8,8 %
Nombre de services chir dans ES ayant fait ISO	2 503	2 963	18,4 %
Nombre de services chir. ayant fait ISO	1 348	1 491	10,6 %
% d'ES avec chir. ayant fait ISO	45,6	53,2	
% de services chir ISO dans ES chir ISO	53,8	50,5	
% de services chir. ayant fait ISO	29,8	30,2	

Le **pourcentage d'établissements chirurgicaux réalisant une enquête ISO** est en très nette progression et **dépasse pour la première fois les 50 %**. Cependant, le pourcentage de services participant à cette enquête reste stable autour de 30 % du total des services chirurgicaux : quand un établissement réalise une enquête ISO, **seulement la moitié de ses services y participe**.

L'amélioration de cet objectif passe donc par une augmentation du nombre d'établissements réalisant une enquête ISO, mais aussi par une généralisation de la participation des services au sein des établissements qui réalisent ces enquêtes.

4 – « 100 % des établissements ont des protocoles du bon usage des antibiotiques » : 41,9% en 2004

Le protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale a été vu précédemment (voir tableaux n°15 et 16).

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention n'existe que dans 41,9 % des établissements de santé, malgré une augmentation sensible par rapport à 2003 (+ 6,1 %).

L'analyse des résultats 2001-2003 avait montré que ce taux de réalisation était très influencé par l'existence ou non d'un Comité du médicament et par la participation ou non de ce comité à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques. Cette caractéristique s'accroît en 2004 avec l'amélioration du taux global.

Tableau n°23 : Pourcentage d'établissements disposant d'un protocole sur l'antibiothérapie

Catégories d'établissements	2003 n = 2 290	2004 n = 2 428
Etablissements totaux	35,9	41,9
Etablissements avec Comité du médicament (CM)	42,1	46,9
Etablissements sans CM	15,7	17,0
Ets avec. CM qui collabore pour le bon usage des antibiotiques	62,2	68,3
Etablissements avec CM qui ne collabore pas	10,5	7,9

En 2004, le protocole sur l'antibiothérapie existe dans :

- 17,0 % des établissements ne disposant pas d'un comité du médicament (CM) et 7,9 % des établissements qui disposent d'un CM ne collaborant pas à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques.
- 46,9 % des établissements disposant d'un CM et **68,3 % des établissements qui disposent d'un CM collaborant** à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques.

Comme déjà signalé, la collaboration du Comité du médicament à l'élaboration des protocoles sur les antibiotiques est un élément déterminant dans la réalisation de cet objectif qui est atteint aux 2/3 dans ce cas de figure.

5 – « 100 % des établissements présentent dans le livret d'accueil leur programme de LIN »: 77,2% en 2004

Ce critère a connu une progression notable en 2004, dépassant pour la première fois les 75 %.

Tableau n°24 : Présentation de la LIN dans le livret d'accueil

	2003 n = 2 290	2004 n = 2 424
% établissements ayant un livret d'accueil (LA)	93,8	95,0
dont % LA avec Objectifs de la LIN	76,1	81,2
% LA avec Objectifs LIN / Ets Totaux	71,4	77,2

L'existence du livret d'accueil étant quasi généralisée, c'est l'intégration d'une présentation de la LIN dans les livrets existants qui explique en grande partie cette forte progression.

L'étude¹⁰ décrivant et analysant les modalités de la mise en œuvre par les établissements de santé des mesures réglementaires relatives, d'une part à la participation des représentants des usagers au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et, d'autre part, à l'information des usagers dispensée dans le livret d'accueil remis au début du séjour hospitalier confirme ces résultats.

¹⁰ Description et analyse de la place des usagers dans le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé de court séjour - Ministère de la santé et des solidarités - Direction Générale de la Santé (DGS/5C) et Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS/E2) - CAREPS Rapport n° 472 - Avril 2005. <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/nosoco3-1-4.html>

CONCLUSIONS

1 - ICALIN :

L'ICALIN est un indicateur qui permet de mesurer le niveau des activités de LIN et la progression de ce niveau d'une année sur l'autre. Mais, il ne doit pas se limiter à la publication d'un constat (bon ou mauvais) sous forme d'un palmarès.

1.1. Résultats 2004 :

Les résultats 2004 de l'ICALIN montrent globalement une progression par rapport à 2003 du nombre d'établissements répondant au bilan standardisé des activités de LIN (+ 5,9 %) et du niveau moyen d'activités de LIN dans les établissements de santé (+9,7 points sur 100).

Ces résultats globaux cachent de grandes disparités entre :

- les composantes de l'ICALIN : la fonction Moyens (17,8/33) est en net retard par rapport aux fonctions Organisation (24,3/33) et Actions (24,7/34) indiquant une fragilité de ces dernières (A) qui reposent plus sur la mobilisation du CLIN autour de son président (O) que sur la mise en œuvre de moyens pérennes (M) et la mobilisation des personnels de l'établissement.
- les catégories d'établissements, celles qui rencontrent le plus de difficulté étant soit des établissements spécialisés (SSR-SLD, psychiatrie), soit des établissements dont le caractère hospitalier est relatif (HAD, MECSS) ou particulier (hôpitaux locaux).
- les régions, la proportion d'établissements de petite taille ne pouvant expliquer qu'une partie des difficultés rencontrées.

Au sein de chaque composante OMA de l'ICALIN, il faut signaler :

- des déficits globaux :
 - O : définition d'objectifs pour la LIN dans le COM et avis des instances sur le rapport d'activités ;
 - M : présence de techniciens ou secrétaires dans l'EOHH et formation à l'hygiène du personnel médical ;
 - A : protocole sur l'antibiothérapie et réalisation d'un audit.
- des déficits relatifs des établissements de la classe E :
 - O : définition d'un programme d'actions et avis des instances sur ce programme ;
 - M : temps infirmier dans l'EOHH, formation à l'hygiène du personnel infirmier et présence de correspondants paramédicaux dans les services ;
 - A : sous-fonction surveillance et 4 des 6 protocoles prioritaires.

1.2 - Outil de gestion :

L'ICALIN doit être également un outil de gestion, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau des groupements d'établissements, permettant de programmer et d'accompagner les établissements dans la progression de la mise en place des activités de LIN.

Il a vocation, comme tout indicateur, à faciliter la définition de priorités et l'adoption d'actions correctrices par la mesure de l'existant (une année donnée) et de l'évolution de la situation (d'ici 2008).

L'analyse des résultats d'ICALIN devra être faite au niveau de chaque région pour conduire à la définition d'un plan régional d'accompagnement des établissements qui sera plus pertinent et mieux adapté qu'au niveau national en raison des fortes disparités mentionnées ci-dessus.

2 - Autres résultats du bilan des activités de LIN :

2.1 - Les EOHH inter établissements :

Sur les 1 675 établissements de santé (69,1 %) disposant de personnel spécialisé en HH, 47,2 % partage ce personnel avec d'autres établissements. Ce pourcentage est stable. La progression du nombre d'établissements disposant d'une EOHH (+ 7,6 % depuis 2003) n'est pas due à la possibilité de partager ce personnel.

L'étude commandée sur ce sujet par la DHOS confirme qu'il existe une confusion entre les rôles respectifs du président du CLIN, de l'EOHH et des correspondants dans les services.

Pour les établissements de petite taille, cette modalité de mise en place de moyens de LIN semble cependant la mieux adaptée. Elle soulève un certain nombre de difficultés propres à la petite taille des établissements d'une part et, d'autre part, au partage de personnel entre plusieurs établissements.

Ces difficultés, confirmées par les résultats de la fonction Moyens de l'ICALIN, devraient être prises en compte dans le programme d'accompagnement proposé en 1^{ère} partie du rapport en accordant une attention particulière aux facteurs de réussite identifiés par l'étude : homogénéité et proximité des établissements, définition claire et précise des missions de l'EOHH dans une convention.

2.2 - La LIN dans le domaine chirurgical :

Les taux de réalisation des 6 items chirurgicaux sélectionnés comme traceurs sont tous supérieurs à 80 %. On ne note pas de différence significative entre les catégories d'établissements. Cependant, 40 % des établissements chirurgicaux n'ont pas réalisé au moins l'une de ces 6 actions de base dans la LIN en chirurgie.

La généralisation de ses 6 actions devrait être une urgente nécessité pour ceux qui ne l'ont pas encore réalisée.

Par rapport aux activités de LIN mesurées par l'ICALIN, les établissements chirurgicaux sont plus performants que les établissements non chirurgicaux dans la mise en place de ces activités de LIN. Cependant, il reste encore de nombreux progrès à réaliser, notamment pour les établissements situés dans les classes E et D.

Le projet de définir un ICALIN - chirurgie sur le mode de l'ICALIN - général ne semble pas se justifier. Etant donné le niveau de réalisation des activités, il semble plus opportun de réfléchir directement à un indicateur de 2^{ème} génération qui permettrait de mesurer la qualité des activités de LIN spécifiques à la chirurgie. Cet indicateur de qualité pourrait être un test pour un futur ICALIN mesurant l'aspect qualitatif des activités de lutte contre les infections nosocomiales, à envisager quand l'ICALIN actuel mesurant leur aspect quantitatif aura rempli son office.

3.6 - Objectifs du Programme national de LIN 2005-2008 :

Des cinq objectifs du Programme national, deux présentent des résultats encourageants :

- la présentation de la LIN dans le livret d'accueil est effective dans plus des 3/4 des établissements en 2004, avec une progression forte qui permet d'envisager une quasi généralisation de cet objectif en 2008 ;
- l'existence d'une EOHH présente également un niveau élevé de réalisation, proche de 70 % ; mais, à peine les 2/3 de ces EOHH disposent simultanément de temps médical et de temps infirmier, soit moins de la moitié de l'ensemble des établissements disposant d'une EOHH « conforme ». Enfin, les ratios de temps médical et temps infirmier définis par la circulaire de 2000 sont très loin d'être atteints.

Les trois autres objectifs, la réalisation d'un audit des bonnes pratiques, d'une enquête ISO et de protocoles sur le bon usage des antibiotiques, ont des niveaux de réalisation encore très faibles (inférieurs à 50 %). Peu généralisés, ils ne s'inscrivent pas dans une tendance de progression.

Au plan national, des actions volontaristes vont être menées pour impulser un changement de tendance dans le cadre du Programme national 2005-2008, à l'instar de la première incitation à la réalisation d'audit en hygiène hospitalière. Ces incitations devront être relayées au plan régional et complétées en fonction des priorités loco-régionales.

La mobilisation des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales est en constante progression témoignant de la prise de conscience générale de ce problème. L'ICALIN est un nouvel outil de communication en direction des usagers mais aussi un outil de gestion facilitant l'identification des faiblesses persistantes en vue de les corriger. **La définition de programmes régionaux d'accompagnement des établissements devrait permettre d'aider ceux qui éprouvent des difficultés** en valorisant ce qui a déjà été accompli pour le compléter par ce qui reste souhaitable.