

Rapport national 2012 sur le tableau de bord des infections nosocomiales

ICALIN.2

ICSHA.2

ICA-LISO

ICA-BMR

ICATB

Score agrégé activités 2012

Indice triennal du SARM



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction pilotage de la performance des
acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2012

>> Sommaire

VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES.....	3
LES RÉSULTATS NATIONAUX	9
ICALIN.2.....	10
ICSHA.2	12
ICA-LISO.....	14
ICA-BMR	16
ICATB.....	18
Score agrégé	20
Indice triennal du SARM	23
Validation des données des établissements	25
ANNEXES TECHNIQUES	26

VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES

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

Il s'agit pour chaque établissement de santé de produire 7 indicateurs qui reflètent son niveau d'engagement dans la prévention des infections nosocomiales (IN). Ces indicateurs sont publics et mis à la disposition des usagers au sein de l'établissement.

La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux. Cette comparaison ne peut se faire que pour des indicateurs de même génération.

L'atteinte des objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 a conduit à faire évoluer les indicateurs initiaux pour les rendre à même d'accompagner les objectifs de performance plus ambitieux du programme national 2009-2013. Il est donc **impossible de comparer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales dit de première génération avec ceux de deuxième génération.**

Les indicateurs de deuxième génération sont soit des évolutions d'indicateurs existants, soit des nouveaux visant à renforcer des champs d'intervention prioritaires : les bactéries multi-résistantes et la prévention des infections des patients opérés.

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

D'OU VIENNENT LES DONNÉES ?

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

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

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

PUIS-JE AVOIR CONFIANCE DANS CES DONNÉES ?

Tout établissement est tenu de mettre à la disposition des agences régionales de santé (ARS) **un dossier regroupant les preuves des données déclarées.**

La déclaration des données du bilan s'appuie sur un cahier des charges présentant des consignes de remplissage pour éviter les erreurs d'interprétation et fiabiliser les données. Un contrôle qualité des données fournies par les établissements est organisé auprès d'au moins 10% des établissements de santé chaque année. Ce contrôle est effectué par les agences régionales de santé avant publication des données.

QUELS SONT LES 7 INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD 2012 (publié en 2013)

Un indicateur général sur la lutte contre les IN

L'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : ICALIN.2 (1^{ère} année de diffusion publique en 2012)

L'**ICALIN.2** objective l'organisation de la lutte contre les IN dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.

Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels. Il correspond à une évolution de l'ICALIN version 1. Il se centre sur les actions du programme de prévention des IN 2009-2013 notamment les infections graves et évitables.

Les résultats d'ICALIN, 1^{ère} génération ne peuvent pas être comparés à ceux d'ICALIN.2, 2^{ème} génération.

Un indicateur spécifique sur l'hygiène des mains

L'Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA.2 (1^{ère} année de diffusion publique en 2011)

L'indicateur **ICSHA.2** est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention de nombreuses infections nosocomiales.

Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention dans ce domaine. Il correspond à une évolution de l'ICSHA version 1. L'ICSHA.2 est plus exigeant qu'ICSHA avec une augmentation du nombre minimal de frictions attendues par jour et par patient, selon chacune des activités exercées dans l'établissement et la modification des limites de classes de performance.

L'ICSHA.2, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation vers lequel il doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement.

Un indicateur spécifique sur le risque infectieux opératoire

L'Indicateur Composite de Lutte contre les Infections du Site Opératoire (ICA-LISO) : ICA-LISO (1^{ère} année de diffusion publique en 2012)

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

Cet indicateur est nouveau, il remplace l'indicateur **SURVISO** (surveillance des infections sur site opératoire). Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire mais objective l'organisation, les moyens et les actions mis en place en chirurgie ou en obstétrique pour lutter contre les infections du site opératoire. A ce titre, cet indicateur concerne uniquement les établissements de santé ayant une activité de chirurgie, ou d'obstétrique.

Trois indicateurs complémentaires pour mieux lutter contre les bactéries multi-résistantes

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 peut concerner toutes les bactéries : aussi bien celles donnant des infections communautaires en ville (ex. : pneumocoques, bacilles de la tuberculose) et que des infections nosocomiales (IN) contractées en établissements de santé.

La lutte contre les BMR repose sur la politique de prévention des IN et la maîtrise de la résistance aux antibiotiques. C'est une priorité nationale. Les améliorations constatées résultent de l'impact des actions déjà engagées (indicateurs d'IN, campagne sur l'hygiène des mains, surveillance des IN...) tout en restant à un niveau n'autorisant aucun relâchement, notamment en raison des importations de BMR d'autres pays.

C'est pourquoi, dans le cadre du « Plan stratégique national pour la prévention des infections associées aux soins », il est prévu de renforcer les actions mise en œuvre pour la maîtrise des BMR dans un nouveau programme qui se déclinera sur l'ensemble des secteurs de soins (établissements de santé, établissements médicosociaux et soins de ville).

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) reste la plus fréquente des BMR, environ 13% de l'ensemble des bactéries des IN (résultats du réseau BMR-Raisin, 2011). En raison de sa fréquence élevée, de son potentiel pathogène notamment lorsque la résistance à la méticilline est associée aux glycopeptides, du risque de diffusion au sein de l'hôpital et dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion du SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

L'Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques (ICATB) : **ICATB** (publié depuis 2006)

L'**ICATB** reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

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. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).

Certains établissements ne sont pas concernés par cet indicateur : les établissements de type hospitalisation à domicile (HAD), les centres d'hémodialyse, les maisons d'enfant à caractère sanitaire et social (MECSS), les établissements ambulatoires et les centres de post-cure alcoolique.

L'Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (ICA-BMR): **ICA-BMR** (1^{ère} année de diffusion publique en 2012)

L'**ICA-BMR** rend visible le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes dans leur ensemble.

Cet indicateur est nouveau. Il objective l'organisation, les moyens et les actions mis en place dans ce domaine.

L'INDICE triennal du **SARM** (1^{ère} année de diffusion publique en 2008)

L'indice triennal du **SARM** permet de refléter l'écologie microbienne du *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistants à la méticilline (SARM) de l'établissement et sa capacité à la maîtriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient. Une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques y est associée. Cette bactérie multi-résistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les IN.

Cet indice dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital colonisés ou infectés par cette bactérie multi-résistante (SARM dits importés) et d'autre part 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.

L'indice SARM est rendu sous forme d'un taux triennal (nombre de prélèvement à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2010-2012) afin d'obtenir des données significatives, ces événements étant peu fréquents. Un indice SARM ou taux triennal de SARM à 0,6 par exemple, signifie, qu'en moyenne, au cours des années 2010 à 2012, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation.

Le taux triennal est complété par une tendance évolutive des taux annuels de SARM de l'établissement de 2007 à 2012.

Le taux triennal et la classe de performance (A à F) permettent à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie.

L'évolution de tendance des taux annuels est le reflet des efforts menés par l'établissement pour maîtriser la diffusion de ces SARM.

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 donc pas calculé pour les établissements 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.
- L'évolution de tendance des taux annuels de SARM n'est pas calculée pour les établissements moins de 180 000 journées en 6 ans et pour les catégories d'établissements non concernés par le taux triennal.

Une agrégation des indicateurs pour une vision globale

Le score agrégé **Score agrégé** (1^{ère} année de diffusion publique en 2008)

Le Ministère chargé de la santé a développé un score agrégé élaboré à partir des résultats de plusieurs des indicateurs du tableau de bord pour les rendre lisible en une seule fois.

Le **score agrégé** activités 2012 a été construit à partir des 5 indicateurs composites (ICALIN.2, ICSHA.2, ICA-LISO, ICATB et ICA-BMR) et adapté selon le type et l'activité des établissements. Par exemple, ICA-LISO ne concerne que les établissements de santé ayant une activité de chirurgie, ou d'obstétrique.

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

Le score agrégé offre aux usagers, un affichage simplifié de cinq indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100, par catégorie d'établissements. Pour autant, il ne permet pas d'obtenir une information directe et transparente sur chaque indicateur qui le compose.

Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé, pour un établissement concerné par tous les indicateurs est fixé ainsi : ICALIN.2 compte pour 35%, ICSHA.2 20%, ICATB 20%, ICA-LISO pour 15%, et ICA-BMR 10%.

COMMENT INTERPRÉTER CES INDICATEURS ?

Les résultats de chaque indicateur sont rendus sous forme d'un score sur 100 (sauf pour l'indice triennal de SARM, cf. supra).

À ce score, une classe de performance est adjointe allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, correspondant à celles les plus en retard. La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs, malgré l'obligation qui leur en est faite.

Ces classes permettent de comparer les établissements entre eux.

Les résultats des indicateurs de chaque établissement de santé sont mis à disposition du grand public sur le nouveau site internet public de la Haute autorité de santé (HAS) dédié à l'information sur la qualité et la sécurité dans les établissements de santé : Scope Santé (www.scopesante.fr).

VOUS ÊTES USAGER

Vous êtes usager, que pouvez-vous faire ?

En tant qu'usager, l'attention à son hygiène personnelle, en particulier lors d'une hospitalisation est très importante. Il faut ainsi se laver les mains après être allé aux toilettes, avant les repas ou après s'être mouché. Vous pouvez aussi utiliser des produits hydro-alcooliques (PHA) à conditions de respecter les précautions d'emploi. Enfin, il faut veiller à ne pas toucher les dispositifs qui servent aux soins tels qu'un cathéter, une sonde urinaire, ou tout autre matériel de soins, pour ne pas risquer de les contaminer.

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

Pour atteindre les objectifs fixés dans le programme national, il faut aussi agir sur le comportement des soignants. Des études montrent le rôle incitatif des responsables des services mais aussi la place de l'usager dans cette approche pédagogique.

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

Vos représentants au sein des établissements de santé

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

Il existe, au sein des établissements, des représentants des usagers qui siègent à la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge. Ils sont en mesure d'interroger les spécialistes de l'établissement, sur la politique de prévention des IN en général et d'hygiène des mains en particulier et les actions d'améliorations prévues. Vous pouvez demander leurs coordonnées et leur faire part de vos remarques.

REMERCIEMENTS

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

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

Enfin il adresse ses remerciements à l'équipe Bilanlin de l'ATIH pour sa collaboration et sa disponibilité tout au long de la campagne de recueil.

Pour avoir accès aux résultats des établissements de santé :

<http://www.scopesante.fr>

Pour en savoir plus sur les infections nosocomiales et le tableau de bord :

<http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html>

et

<http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>

Pour en savoir plus sur vos droits, le site du Défenseur des droits :

<http://www.securitesoins.fr/>

Pour en savoir plus sur les données épidémiologiques :

<http://www.invs.sante.fr/raisin>

LES RÉSULTATS NATIONAUX

Les résultats individuels du tableau de bord des infections nosocomiales de chaque établissement de santé sont diffusés sur **Scope Santé**, site internet public d'information sur la qualité et la sécurité dans les établissements de santé <http://www.scopesante.fr>

ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB, ICA-LISO, ICA-BMR et score agrégé :

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 5 classes de performance de A à E :

- la classe A est composée des établissements ayant les scores les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance selon l'indicateur ;
- la classe E réunit les établissements ayant les scores les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard selon l'indicateur ;
- les classes B, C et D correspondent à des établissements en situation intermédiaire ;

Remarque : pour ICALIN.2, ICSHA.2 et le score agrégé, la colonne DI (« *données insuffisantes* ») est composée des établissements pour lesquels l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

SARM : Cet indicateur est présenté sous la forme d'un taux, d'une classe de performance et d'une évolution de tendance des taux annuels de 2007 à 2012.

- Les établissements de santé situés en classe de performance A sont les établissements de santé qui ont un taux de SARM le plus bas.
- Les établissements de santé en classe de performance E sont les établissements qui ont un taux de SARM le plus haut.
- La tendance évolutive des taux annuels complète l'information donnée par la classe sous forme d'une baisse ou d'une hausse significative ou d'une absence d'évolution de 2007 à 2012.

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICALIN.2

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

ICALIN.2 2012	A	B	C	D	E	DI*	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	1941	443	198	116	88	8	2794
Pourcentage	69.5%	15.9%	7.1%	4.2%	3.1%	0.3%	100,0%

*DI : données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

ICALIN.2 2011	A	B	C	D	E	DI*	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	1301	593	394	257	239	6	2790
Pourcentage	46.6%	21.3%	14.1%	9.2%	8.6%	0,2%	100,0%

*DI : données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

En 2012 pour ICALIN.2, 85.3% des établissements sont en classe A et en B, soit une progression de 17% par rapport à 2011. Ceci reflète l'investissement constant des établissements dans la prévention des infections nosocomiales malgré les exigences plus fortes de cet indicateur de 2ème génération.

Résultats nationaux 2012
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégories d'établissements/classes	ICALIN.2 2012						
	A	B	C	D	E	DI	Effectif
CHR-CHU	86.1%	8.3%	0.0%	2.8%	2.8%	0.0%	72
CH INF 300 LP	68.2%	17.3%	6.5%	5.2%	2.8%	0.0%	324
CH SUP 300 LP	74.8%	14.6%	7.8%	2.4%	0.5%	0.0%	206
ETAB. PSY	67.2%	14.8%	9.5%	4.4%	4.1%	0.0%	317
EX HOPITAL LOCAL	61.9%	18.9%	10.3%	4.8%	3.8%	0.3%	291
CL INF 100 LP	71.7%	12.6%	8.3%	3.0%	3.5%	0.9%	230
CL SUP 100 LP	75.2%	16.1%	3.9%	2.1%	2.1%	0.6%	330
SSR-SLD	67.8%	16.1%	7.5%	5.5%	3.0%	0.0%	758
CLCC-CANCER	84.2%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	19
HAD	55.6%	28.2%	7.3%	3.2%	4.8%	0.8%	124
HEMODIALYSE	83.3%	5.6%	3.3%	1.1%	6.7%	0.0%	90
MECSS-POUP.	72.7%	9.1%	0.0%	9.1%	6.1%	3.0%	33
Total général	1941	443	198	116	88	8	2794
%	69.5%	15.9%	7.1%	4.2%	3.1%	0.3%	100,0%

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICSHA.2

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

ICSHA.2 2012	A	B	C	D	E	DI*	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements**	1342	732	439	142	27	16	2698
Pourcentage	49.7%	27.1%	16.3%	5.3%	1.0%	0.6%	100,0%

*DI : données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

ICSHA.2 2011	A	B	C	D	E	DI*	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements**	1373	661	436	177	39	11	2697
Pourcentage	50,9%	24,5%	16,2%	6,6%	1,4%	0,4%	100,0%

*DI : données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

ICSHA.2 2010	A	B	C	D	E	F ¹	Total
Nombre d'établissements***	1369	551	438	222	72	6	2658
Pourcentage	51,5%	20,7%	16,5%	8,4%	2,7%	0,2%	100,0%

*** établissements concernés par ICSHA.2

ICSHA.2, indicateur de 2ème génération depuis 2010, est plus exigeant, avec une augmentation chaque année du nombre minimal de frictions attendues par jour et par patient, selon chacune des activités exercées dans l'établissement.

¹ Par rapport aux rapports nationaux des antérieurs, la classe F qui correspond aux « non répondants » (lorsque l'établissement n'a pas envoyé de bilan d'activité ou que les données n'étaient pas utilisables) ne figure pas dans tableau de présentation des résultats 2011 afin d'en faciliter la lecture.

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

Le pourcentage d'établissements en classe de performance A et B reste stable avec 77% des établissements en 2012.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégories d'établissements/classes	ICSHA.2 2012						
	A	B	C	D	E	DI	Effectif
CHR-CHU	97.2%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	72
CH INF 300 LP	53.4%	30.2%	15.1%	0.9%	0.3%	0.0%	324
CH SUP 300 LP	65.0%	29.6%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	206
ETAB. PSY	47.3%	22.3%	19.2%	8.6%	2.4%	0.3%	292
EX HOPITAL LOCAL	52.6%	25.8%	15.8%	5.8%	0.0%	0.0%	291
CL INF 100 LP	49.8%	30.6%	13.5%	5.7%	0.4%	0.0%	229
CL SUP 100 LP	52.4%	32.7%	13.3%	1.2%	0.0%	0.3%	330
SSR-SLD	33.4%	29.8%	25.2%	9.4%	2.1%	0.0%	721
CLCC-CANCER	94.7%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19
HAD	62.9%	21.8%	8.9%	4.8%	1.6%	0.0%	124
HEMODIALYSE	55.6%	11.1%	10.0%	6.7%	1.1%	15.6%	90
Total général	1342	732	439	142	27	16	2698
%	49.7%	27.1%	16.3%	5.3%	1.0%	0.6%	100,0%

ICA-LISO

L'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire est calculé sur 100.

ICA-LISO 2012	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	699	127	78	39	33	976
Pourcentage	71.6%	13.0%	8.0%	4.0%	3.4%	100,0%

ICA-LISO 2011	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	530	169	118	103	69	989
Pourcentage	53,6%	17,1%	11,9%	10,4%	7,0%	100,0%

Pour la 2ème année de diffusion publique d'ICA-LISO, 84,6% des établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique sont en classe A ou B.

La progression importante de ces résultats (14% entre la 1ère et la 2ème année) reflète l'investissement important des établissements de santé dans l'organisation et les moyens mis en œuvre pour réaliser des actions de prévention et d'évaluation du risque infectieux en chirurgie

Résultats nationaux 2012
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	ICA-LISO 2012					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	67.8%	11.9%	15.3%	3.4%	1.7%	59
CH INF 300 LP	70.9%	10.1%	6.1%	6.1%	6.7%	179
CH SUP 300 LP	68.6%	15.7%	9.3%	5.4%	1.0%	204
ETAB. PSY	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1
CL INF 100 LP	65.8%	18.1%	7.5%	3.0%	5.5%	199
CL SUP 100 LP	76.8%	10.8%	7.3%	2.9%	2.2%	314
SSR-SLD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1
CLCC-CANCER	94.7%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	19
Total général	699	127	78	39	33	976
%	71.6%	13.0%	8.0%	4.0%	3.4%	100,0%

ICA-BMR

L'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes est calculé sur 100.

ICA-BMR 2012	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	1430	698	295	162	85	2670
Pourcentage	53.6%	26.1%	11.0%	6.1%	3.2%	100,0%

ICA-BMR 2011	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements	838	695	525	380	235	2673
Pourcentage	31,4%	26,0%	19,6%	14,2%	8,8%	100,0%

Pour sa 2ème année de diffusion publique, 79,7% des établissements de santé sont en classe A et en B, soit une progression de plus de 22% entre la 1er et la 2ème année. Ce constat souligne un engagement croissant des établissements de santé dans la mise en place d'organisations et de moyens efficaces leur permettant d'améliorer la maîtrise de la diffusion des BMR et prévenir les épidémies.

Résultats nationaux 2012
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	ICA-BMR 2012					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	47.2%	30.6%	15.3%	4.2%	2.8%	72
CH INF 300 LP	58.0%	26.9%	5.6%	5.6%	4.0%	324
CH SUP 300 LP	51.0%	29.1%	8.3%	11.7%	0.0%	206
ETAB. PSY	44.1%	28.6%	18.6%	4.8%	3.8%	290
EX HOPITAL LOCAL	51.9%	25.8%	10.3%	6.2%	5.8%	291
CL INF 100 LP	64.7%	23.3%	5.1%	4.7%	2.3%	215
CL SUP 100 LP	57.6%	26.7%	10.9%	3.0%	1.8%	330
SSR-SLD	52.9%	26.7%	10.2%	7.1%	3.2%	709
CLCC-CANCER	73.7%	15.8%	5.3%	5.3%	0.0%	19
HAD	37.1%	23.4%	29.8%	4.8%	4.8%	124
HEMODIALYSE	66.7%	13.3%	8.9%	8.9%	2.2%	90
Total général	1430	698	295	162	85	2670
%	53.6%	26.1%	11.0%	6.1%	3.2%	100,0%

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICATB

L'indicateur composite de bon usage des antibiotiques est calculé sur 100 points.

ICATB 2012	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements**	1858	412	151	24	11	2456
Pourcentage	75.7%	16.8%	6.1%	1.0%	0.4%	100.0%

ICATB 2011	A	B	C	D	E	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements**	1702	506	219	30	17	2474
Pourcentage	68,8%	20,5%	8,9%	1,2%	0,7%	100,0%

ICATB 2010	A	B	C	D	E	F ²	Total
Nombre d'établissements**	1600	540	269	34	14	0	2457
Pourcentage	65,1%	22,0%	10,9%	1,4%	0,6%	0%	100,0%

ICATB 2009	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements**	1356	654	411	56	23	3	2503
Pourcentage	54,2%	26,1%	16,4%	2,2%	0,9%	0,1%	100,0%

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

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

² Par rapport aux rapports nationaux des antérieurs, la classe F qui correspond aux « non répondants » (lorsque l'établissement n'a pas envoyé de bilan d'activité ou que les données n'étaient pas utilisables) ne figure pas dans le tableau des résultats 2011 afin d'en faciliter la lecture.

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

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

** Etablissements concernés par ICATB

Publié pour la septième année, 92,4% des établissements de santé sont classés en A et B en 2012 pour ICATB. La progression de cet indicateur est constante mais les gains d'une année sur l'autre sont désormais faibles entre 2011 et 2012 (89,2% vs 92,4%).

Cette année, le recueil de l'indicateur en 2^{ème} génération (ICATB.2) en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, a été testé par les établissements de santé afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs plus exigeants. En 2014, ICATB.2 sera diffusé publiquement sur les données d'activités 2013.

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	ICATB 2012					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	79.2%	6.9%	8.3%	5.6%	0.0%	72
CH INF 300 LP	72.5%	17.3%	8.6%	1.5%	0.0%	324
CH SUP 300 LP	72.8%	22.8%	2.9%	0.5%	1.0%	206
ETAB. PSY	71.7%	12.8%	12.4%	1.4%	1.7%	290
EX HOPITAL LOCAL	76.6%	19.9%	2.7%	0.7%	0.0%	291
CL INF 100 LP	75.3%	15.8%	7.9%	0.9%	0.0%	215
CL SUP 100 LP	79.7%	14.5%	4.8%	0.6%	0.3%	330
SSR-SLD	76.6%	17.6%	4.8%	0.6%	0.4%	709
CLCC-CANCER	89.5%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%	19
Total général	1858	412	151	24	11	2456
%	75.7%	16.8%	6.1%	1.0%	0.4%	100.0%

Score agrégé – activités 2012

Le score agrégé est calculé sur 100. Ce score n'est pas applicable aux 96 établissements (CPA, ambulatoires psychiatriques et MECSS) ayant comme seul indicateur ICALIN.2. Il est construit à partir des 5 indicateurs composites (ICALIN.2, ICSHA.2, ICA-LISO, ICATB et ICA-BMR).

Score agrégé- activités 2012	A	B	C	D	E	DI*	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements**	1722	735	181	35	16	9	2698
Pourcentage	63.8%	27.2%	6.7%	1.3%	0.6%	0.3%	100.0%

*DI : données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

Score agrégé- activités 2011	A	B	C	D	E	DI*	Total établissements répondants concernés
Nombre d'établissements**	1218	971	424	65	18	1	2697
Pourcentage	45,2%	36,0%	15,7%	2,4%	0,7%	0,0%	100,0%

*DI : données insuffisantes → l'indicateur n'a pu être calculé pour cause de données SAE manquantes.

En 2012, 91,1% des établissements de santé sont classés en A ou B. Ces résultats reflètent une progression constante des efforts fournis par les établissements pour prévenir les infections nosocomiales, notamment visible, au travers de la forte progression d'ICA-BMR (22%), d'ICALIN.2 (17%), et d'ICA-LISO (14%).

Résultats nationaux 2012
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégories d'établissements/classes	Score agrégé – activités 2012						
	A	B	C	D	E	DI	Effectif
CHR-CHU	91.7%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	72
CH INF 300 LP	63.6%	27.8%	6.5%	1.9%	0.3%	0.0%	324
CH SUP 300 LP	76.7%	19.9%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	206
ETAB. PSY	57.9%	29.5%	9.6%	1.7%	1.0%	0.3%	292
EX HOPITAL LOCAL	63.9%	28.5%	6.9%	0.3%	0.0%	0.3%	291
CL INF 100 LP	63.3%	25.3%	8.7%	1.3%	0.4%	0.9%	229
CL SUP 100 LP	73.3%	20.9%	4.2%	0.9%	0.0%	0.6%	330
SSR-SLD	55.6%	34.3%	7.4%	1.9%	0.8%	0.0%	721
CLCC-CANCER	94.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	19
HAD	53.2%	33.1%	10.5%	1.6%	0.8%	0.8%	124
HEMODIALYSE	72.2%	15.6%	5.6%	1.1%	4.4%	1.1%	90
Total général	1722	735	181	35	16	9	2698
%	63.8%	27.2%	6.7%	1.3%	0.6%	0.3%	100.0%

Résultats nationaux 2012
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution des classes par région							
Régions /classes	Score agrégé – activités 2012						
	A	B	C	D	E	DI	Effectif
Alsace	70.4%	19.7%	8.5%	1.4%	0.0%	0.0%	71
Aquitaine	70.6%	25.0%	4.4%	0.0%	0.0%	0.0%	160
Auvergne	50.8%	37.7%	9.8%	1.6%	0.0%	0.0%	61
Basse-Normandie	62.9%	22.6%	9.7%	3.2%	1.6%	0.0%	62
Bourgogne	31.4%	45.3%	18.6%	4.7%	0.0%	0.0%	86
Bretagne	59.0%	35.0%	5.1%	0.0%	0.9%	0.0%	117
Centre	64.7%	27.6%	6.9%	0.9%	0.0%	0.0%	116
Champagne-Ardenne	40.4%	38.6%	19.3%	0.0%	0.0%	1.8%	57
Corse	56.5%	13.0%	30.4%	0.0%	0.0%	0.0%	23
Franche-Comté	51.2%	36.6%	12.2%	0.0%	0.0%	0.0%	41
Guadeloupe	50.0%	31.8%	9.1%	9.1%	0.0%	0.0%	22
Guyane	37.5%	50.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	8
Haute-Normandie	47.6%	31.7%	15.9%	1.6%	0.0%	3.2%	63
Ile-de-France	69.6%	21.8%	6.1%	1.3%	1.0%	0.3%	395
La Réunion - Mayotte	72.0%	8.0%	12.0%	4.0%	4.0%	0.0%	25
Languedoc-Roussillon	65.3%	29.9%	4.1%	0.0%	0.7%	0.0%	147
Limousin	72.2%	25.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	36
Lorraine	62.8%	27.7%	7.4%	2.1%	0.0%	0.0%	94
Martinique	47.4%	26.3%	26.3%	0.0%	0.0%	0.0%	19
Midi-Pyrénées	68.4%	24.1%	4.5%	2.3%	0.8%	0.0%	133
Nord-Pas-de-Calais	77.2%	16.6%	3.4%	2.1%	0.7%	0.0%	145
Pays de la Loire	67.4%	26.5%	5.3%	0.8%	0.0%	0.0%	132
Picardie	46.9%	44.4%	6.2%	0.0%	2.5%	0.0%	81
Poitou-Charentes	65.1%	30.2%	3.2%	0.0%	1.6%	0.0%	63
Provence-Alpes-Côte d'Azur	74.5%	22.0%	2.8%	0.4%	0.0%	0.4%	282
Rhône-Alpes	59.1%	31.3%	5.0%	2.3%	0.8%	1.5%	259
Total général	1722	735	181	35	16	9	2698

Indice triennal du SARM

L'indice SARM est rendu sous forme d'un taux triennal (nombre de prélèvement à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2010-2012).

Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2007 et 2012 (2005 était la première année de recueil de cette information) complète l'indice triennal.

Cette évolution de tendance ne peut être calculée que pour les établissements de santé pour lesquels les données existent depuis 2007. Elle reflète les efforts engagés par l'établissement pour la maîtrise de cette bactérie multi-résistante.

Indice triennal SARM 2012	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements *	164	263	348	106	28	909
Pourcentage	18.0%	28.9%	38.3%	11.7%	3.1%	100.0%

Indice triennal SARM 2011	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements *	152	248	363	131	36	930
Pourcentage	16,3%	26,7%	39,0%	14,1%	3,9%	100,0%

Indice triennal SARM 2010	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements *	132	232	388	152	40	944
Pourcentage	14%	24,6%	41,1%	16,1%	4,2%	100,0%

Indice triennal SARM 2009	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements *	112	222	388	169	57	948
Pourcentage	11,8%	23,4	40,9	17,8	6	100,0%

*nombre d'établissements concernés par l'indice SARM

Le nombre d'établissement situés en classe A ou B augmente de 43 % en 2011 à 47% en 2012.

Résultats nationaux 2012

Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	Indice triennal SARM 2012					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	31.0%	43.7%	19.7%	2.8%	2.8%	71
CH INF 300 LP	11.0%	33.8%	38.1%	12.9%	4.3%	210
CH SUP 300 LP	28.1%	23.6%	40.2%	6.5%	1.5%	199
EX HOPITAL LOCAL	10.5%	26.3%	21.1%	21.1%	21.1%	19
CL SUP 100 LP	9.3%	25.9%	47.2%	15.5%	2.1%	193
SSR-SLD	19.8%	27.2%	36.4%	13.8%	2.8%	217
Total général	164	263	348	106	28	909
%	18.0%	28.9%	38.3%	11.7%	3.1%	100.0%

Le tableau suivant présente l'évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2007 et 2012 par catégorie d'établissement de santé :

Catégories d'établissement/ Évolution annuelle	Évolution de tendance des taux annuels de SARM de 2007 à 2012			
	Baisse significative	Pas de différence significative	Augmentation significative	Total général
CHR-CHU	67.6%	26.8%	5.6%	71
CH INF 300 LP	32.0%	53.5%	14.5%	200
CH SUP 300 LP	48.5%	47.4%	4.1%	194
EX HOPITAL LOCAL	29.4%	41.2%	29.4%	17
CL INF 100 LP	100.0%	0.0%	0.0%	1
CL SUP 100 LP	26.6%	66.1%	7.3%	177
SSR-SLD	33.5%	57.6%	8.9%	191
Total général	323	452	76	851
%	38.0%	53.1%	8.9%	100.0%

323 établissements sur 851 (soit 38% des établissements) ont une baisse significative des taux annuels de SARM de 2007 à 2012.

Ces tableaux (répartition par classes de performance et évolution de tendance) mettent en évidence que le taux de SARM diminue au cours du temps.

Validation des données des établissements

Chaque année, un contrôle qualité des données déclarées par les établissements de santé est réalisé par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Pour les données 2012, sur 2794 établissements répondants, 347 (12.4%) ont été contrôlés. Au total, entre 2005 et 2012, 1876 établissements de santé ont fait l'objet d'une validation.

Ce contrôle permet avant tout d'assurer que les données rendues publiques sont les plus fiables possibles, il a souvent été l'occasion d'accompagner des établissements dans la démarche d'évaluation.

Le tableau ci-après traduit les variations des scores et des classes (en nombre d'établissement) pour l'ensemble des établissements concernés par le recueil des indicateurs.

Variation des scores et des classes (en nombre d'établissements)

Indicateur	Pas de changement de score	Pas de changement de classe	Augmentation du score				Diminution du score				Non Concernés Non Applicables Données Insuffisantes
			Variation score < 5 points	Variation score < 10 points	Variation score 10 points et +	Changement de classe	Variation score < 5 points	Variation score < 10 points	Variation score 10 points et +	Changement de classe	
Score agrégé	61	278	68	16	1	17	141	38	14	44	8
Score IACLIN.2	101	271	70	13	7	26	99	30	27	50	0
Score ICSHA.2	273	313	9	8	12	12	12	5	18	12	10
Score ICATB	199	286	19	6	10	7	53	12	20	26	28
Score ICA-LISO	96	120	9	4	3	6	13	8	13	20	201
Score ICA-BMR	205	239	7	20	18	33	3	35	49	65	10

ANNEXE TECHNIQUE : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS

L'objectif était de pouvoir affecter chaque établissement dans une catégorie la plus homogène possible tout en limitant autant que possible le nombre de catégories pour rendre l'affichage compréhensible. Les catégories retenues sont les suivantes :

Intitulé des catégories d'établissements	DÉFINITIONS
CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
Etablissements Psychiatriques	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie
Ex hôpitaux locaux	- Ex hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant (>80% de leurs activités en lits et places)
Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
MECSS-POUP.	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)

Cas particulier des centres de post cure alcoolique et des centres ambulatoires

Les centres de post cure alcoolique et les centres de type ambulatoires ne sont pas concernés par tous les indicateurs, la pondération pour le calcul des indicateurs tient compte de ces spécificités. Ces établissements, pour l'affichage, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR/SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits, ...) en fonction de leur activité.

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICALIN.2

Définition des classes

$$E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$$

Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements.

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux.

Catégories d'établissements	Percentile 20 (P20)	Percentile 40 (P40)	Percentile 60 (P60)	Percentile 80 (P80)
CHR-CHU	69,5	73	76,5	81
CH-CHG<300 lits	56	64,5	71	78
CH-CHG≥300 lits	62,5	70	76,5	82,5
Etablissements psychiatriques	44,2	51,4	58,6	66
Ex Hôpitaux locaux	48,7	56,4	63,5	70
Cliniques MCO<100 lits	58,1	68,5	74,3	80,9
Cliniques MCO≥100 lits	63	69,9	76,5	84,8
SSR-SLD	45,5	55	62	70
CLCC	73,3	78,8	84,2	89,2
HAD	30,9	41,5	54	67,6
Hémodialyse	60,1	64,6	70,5	77,2
MECSS	47,7	53,7	60,4	70

ANNEXE TECHNIQUE : ICSHA.2

Définition des classes

$E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$

Lorsque l'ICSHA.2 est supérieur à 80% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à A. Entre 60% et 80%, la classe est égale à B, entre 40 % et 60%, la classe est égale à C, entre 20% et 40%, la classe est égale à D. Lorsque l'ICSHA 2 est inférieur à 20% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à E.

Les établissements classés en A sont les établissements les plus en avance dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques.

Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité

Spécialités	Nb
HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE	
Médecine	7,5
Chirurgie	9
Réanimation	40
USI-USC	21
Obstétrique	11
Accouchement sans césarienne	10
Accouchement avec césarienne	6
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	6,5
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	9
HAD (par jour)	3,5
Urgences (par passage)	2
HOSPITALISATION DE JOUR	
Hôpital de jour de médecine	2,5
Hôpital de jour de chirurgie	2
Hôpital de jour d'obstétrique	3,5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	2,5
Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	6
Séance de chimiothérapie	3,5

En 2012 les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée » (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Les exigences sur cet indicateur sont susceptibles d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICATB

Définition des classes	$E < P10 \leq D < P30 \leq C < P70 \leq B < P90 \leq A$
------------------------	---

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 10 - 30 - 70 - 90) à partir des données des bilans 2006 (réalisé sur 2290 établissements).

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

Catégories d'établissement	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
CHR-CHU	55	68,75	85	90
CH-CHG<300 lits	17,6	35,31	61,25	76,25
CH-CHG≥300 lits	32,45	48,75	70	85
Etablissements psychiatriques	10	25,3	57,5	70,9
Ex Hôpitaux locaux	0,3	11	36,85	61,25
Cliniques MCO<100 lits	16,25	36,25	62,5	77,5
Cliniques MCO≥100 lits	25	46,25	67,5	78,9
SSR-SLD	1,25	20	52,5	71,25
CLCC	31,95	49,75	70,75	79,15

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICA- LISO

Définition des classes	$E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$
------------------------	---

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010. Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique.

Catégories d'établissement	Percentile 20 (P20)	Percentile 40 (P40)	Percentile 60 (P60)	Percentile 80 (P80)
CHR-CHU	59	68,8	79,2	85
CH-CHG<300 lits	60	70	76	83
CH-CHG≥300 lits	65	73	79	85
Cliniques MCO<100 lits	59	68	78	86
Cliniques MCO≥100 lits	66	74,2	82	87
CLCC	78,8	84	88,2	92

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICA- BMR

Définition des classes

$E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes.

Catégories d'établissement	Percentile 20 (P20)	Percentile 40 (P40)	Percentile 60 (P60)	Percentile 80 (P80)
CHR-CHU	70	84	92	100
CH-CHG<300 lits	48	64	76	88
CH-CHG≥300 lits	64	78	86	94
Etablissements psychiatriques	26	48	64	84
Ex Hôpitaux locaux	32	48	62	78
Cliniques MCO<100 lits	48	68	78	92
Cliniques MCO≥100 lits	56	72	86	94
SSR-SLD	40	57,2	70	86
CLCC	74,4	84	92	100
HAD	4	16	38,8	63,2
Hémodialyse	33,2	54	70	82

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux.

Le score agrégé étant la sommation des niveaux de performance réalisés dans chaque domaine évaluée par les 5 indicateurs (ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB, ICA-BMR et ICA-LISO), le calcul des limites de classes est réalisé selon la formule du Score agrégé et appliquée aux valeurs des limites équivalentes.

Les bornes sont :

Catégories d'établissement	E-D	D-C	C-B	B-A
CHR-CHU	55,18	66,02	76,86	85,10
CH-CHG<300 lits	40,92	54,54	68,10	79,80
CH-CHG≥300 lits	48,52	61,00	73,23	84,03
Etablissements psychiatriques	28,29	42,18	59,32	72,40
Ex Hôpitaux locaux	28,58	40,87	56,23	71,25
Cliniques MCO<100 lits	41,24	56,23	70,01	81,92
Cliniques MCO≥100 lits	46,55	60,05	73,18	83,91
SSR-SLD	28,45	43,51	60,26	74,56
CLCC	55,31	66,53	78,05	86,85
HAD	23,49	37,21	53,58	70,78
Hémodialyse	43,63	55,38	67,17	78,79

Exemple de la construction des classes pour les CHR-CHU :

La formule du score agrégé pour un établissement concerné par les 5 indicateurs est :

Score agrégé = (ICALIN.2 * 0,35) + (ICSHA.2 * 0,20) + (ICATB* 0,20) + (ICA-BMR * 0,10) + ICA-LISO * 0,15)

Les limites de classe de performance A pour les CHR-CHU pour chaque indicateur est :

- ICALIN.2 ≥ 81
- ICSHA.2 ≥ 80
- ICATB ≥ 90
- ICA-BMR = 100
- ICA-LISO ≥ 85

La limite de classe de performance A du score agrégé pour tous les CHU-CHR est donc
(81 x 0,35) + (80 x 0,20) + (90 x 0,20) + (100 x 0,10) + (85 X 0,15) soit 85,10

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES DE L'INDICE SARM

Définition des classes	$A < P10 \leq B < P30 \leq C < P70 \leq D < P90 \leq E$
------------------------	---

Les classes de performance reposent sur les classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre.

La classe A correspond aux établissements qui ont le taux triennal de SARM le plus faible. La classe E correspond aux établissements de santé ayant le taux triennal de SARM le plus haut.

Catégories	Percentile 90 (P90)	Percentile 70 (P70)	Percentile 30 (P30)	Percentile 10 (P10)
CHR –CHU	0,321	0,472	0,662	0,812
CH INF 300	0,219	0,394	0,705	0,990
CH SUP 300	0,318	0,435	0,729	1,007
Ex HOPITAL LOCAL	0,068	0,139	0,309	0,511
MCO	0,110	0,239	0,547	0,911
SSR - SLD	0,072	0,152	0,360	0,749

NB : les CLCC n'ont pas de classe de performance car sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
BMR	Bactéries multi résistantes
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
ICA-BMR	Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes
ICALIN.2	Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales de 2 ^{ème} génération
ICA-LISO	Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA.2	Indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques de 2 ^{ème} génération
InVS	Institut de veille sanitaire
PHA	Produit hydro-alcoolique
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline

CONTACTS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél : 33(0) 1 40 56 60 00

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

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)