

## **Circulaire DHOS/E2/DGS/5C n° 2006-82 du 24 février 2006 relative aux mesures à envisager pour l'amélioration du niveau d'activités des établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales**

24/02/2006

*Date d'application* : immédiate.

*Références* :

Article R. 6111-2 du Code de la santé publique ([décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999](#) relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé) ;

[Arrêté du 11 juin 2002](#) relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

*Annexes* :

Annexe I : rapport « Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales - Analyse nationale 2004 - ICALIN et autres résultats » ;

Annexe II : calendrier de diffusion publique des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; le directeur général de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]).

Le rapport « Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales - Analyse nationale 2004 - ICALIN et autres résultats » ci-joint (annexe I) présente une analyse nationale du bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales rempli par 2 428 établissements de santé en 2004. Il comprend une analyse détaillée des résultats nationaux de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2004 (ICALIN), les résultats sur les activités chirurgicales ainsi qu'un point sur les objectifs quantifiés du programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales.

Ce rapport propose également une méthodologie d'analyse des résultats qui, adaptée au niveau régional, permet de définir les priorités d'actions d'accompagnement des établissements de santé en vue de l'amélioration de leurs résultats.

### **1. Les objectifs de progression des résultats des établissements de santé**

L'objectif de progression consiste en priorité à diminuer la proportion d'établissements de santé dans la dernière classe de résultats « E » (objectifs de 2,5 % pour ICALIN 2006 et aucun établissement pour ICALIN 2007).

Egalement, dès cette année, 100 % des établissements devront remplir le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales permettant de calculer l'ICALIN (Art. R. 6111-12 du code de santé publique).

### **2. Comment les établissements de santé peuvent-ils s'améliorer ?**

Pour atteindre ces objectifs, il convient que chaque établissement de santé, et en priorité chacun de ceux qui sont dans la classe E, analyse ses propres résultats et inscrive dans son programme d'action 2006 la mise en oeuvre d'activités non encore réalisées afin de pouvoir progresser de classe de résultats pour l'ICALIN 2006 (publié en 2007).

Dans cette perspective, les établissements de la classe E devront réunir avant fin mars 2006 tous les acteurs, direction, commission médicale, CLIN, personnels d'hygiène afin d'établir le diagnostic de leurs faiblesses au regard des fonctions de l'ICALIN que sont l'organisation, les moyens, et les actions.

### **3. Quelles actions pour les tutelles ?**

Il vous appartient, en tant que tutelles, d'accompagner les établissements de santé dans cette démarche diagnostique,

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-82-du-24-fevrier-2006-relative-aux-mesures-a-envisager-pour-lamelioration-du-niveau-dactivites-des-etablissements-de-sante/>

avec l'appui technique des C-CLIN et de leurs antennes régionales. L'analyse régionale des résultats de l'ICALIN 2004 doit permettre d'identifier les faiblesses globales et spécifiques aux établissements classés en E pour lesquelles une action régionale d'accompagnement s'avérera nécessaire.

D'autre part, vous appellerez aux établissements non répondants leur obligation réglementaire (R. 6111-2) pour atteindre l'exhaustivité des bilans d'activités sur votre région.

Enfin, vous veillerez à la désignation du correspondant régional sur le thème des infections nosocomiales à la DRASS, chargé notamment du bon déroulement des opérations en liaison avec les DDASS et la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS.

Le directeur de l'ARH rendra compte à la DGS et à la DHOS (cellule infections nosocomiales DGS-5 C/DHOS-E 2) au plus tard le 31 mai 2006 des actions entreprises vis-à-vis des établissements non répondants et des établissements de la classe E de leur région.

#### **4. Outil d'aide au diagnostic régional**

Afin d'aider les tutelles dans leur démarche diagnostique, la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS du ministère transmet par messagerie aux correspondants régionaux, désignés par les directeurs de DRASS, les fichiers régionaux 2004 et les programmes de traitement des données.

#### **5. Le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005**

Le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005 va faire très prochainement l'objet d'un nouvel arrêté. Il intégrera les données servant au calcul des prochains indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales qui paraîtront suivant le calendrier ci-joint (annexe II).

Vous voudrez bien informer les établissements de santé de ces dispositions et nous transmettre toute difficulté rencontrée pour l'application de cette circulaire.

### **ANNEXE I**

#### **BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

##### **ANALYSE NATIONALE 2004 - ICALIN et autres résultats**

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 deuxième partie de ce rapport commente d'autres résultats du bilan annuel des établissements de santé.

Enfin, la troisième 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 décembre 2004).

### **PREMIÈRE PARTIE. - ICALIN**

#### **I. - PRÉSENTATION D'ICALIN**

- 1. ICALIN : un outil pour mesurer le niveau d'activités**
- 2. Les modalités de présentation des résultats d'ICALIN**
- 3. Ce que ne mesure pas l'ICALIN**
- 4. Synthèse sur la valeur relative d'ICALIN**

#### **II. - RÉSULTATS 2004**

1. **Taux de réponse au bilan annuel d'activités de LIN**
2. **Résultats globaux 2004**
3. **Résultats par région et par classe de résultats**
4. **Résultats par catégorie d'établissements**
5. **Résultats des trente-quatre items de l'ICALIN**

III. - ICALIN, UN OUTIL DE GESTION

1. **Démarche générale**
2. **Exemple sur la fonction Organisation de la LIN**
3. **Généralisation aux trois sous-indices OMA**
4. **Programmation des étapes**
5. **Projection de la programmation des étapes sur les résultats d'ICALIN**
6. **Application du plan de priorités au niveau d'un établissement : le programme d'actions**
7. **Application du plan de priorités à un groupe d'établissements : le plan d'accompagnement**

**DEUXIÈME PARTIE. - Les autres éléments du bilan non pris en compte par l'ICALIN**

I. - LES EOHH INTERÉTABLISSEMENTS

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

1. **Les traceurs chirurgicaux**
2. **Chirurgie et ICALIN**

**TROISIÈME PARTIE. - Les objectifs du programme national**

1. **100 % des établissements disposent d'une EOHH : 69,1 % en 2004**
2. **« 75 % des établissements réalisent un audit des bonnes pratiques » : 31,9 % en 2004**
3. **« Généraliser la surveillance des infections du site opératoire (ISO) »**
4. **« 100 % des établissements ont des protocoles du bon-usage des antibiotiques » : 42 % en 2004**
5. **« 100 % des établissements présentent dans le livret d'accueil leur programme de LIN » : 77,2% en 2004**

**CONCLUSIONS**

**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 février 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. - PRÉSENTATION 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 oeuvre 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 oeuvre ?...
- ... 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 oeuvre 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 précédents (cf. note 1), 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'experts (cf. note 2) :

- 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 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 2ème 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 premier 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. - RÉSULTATS 2004**

### **1. Taux de réponse au bilan annuel d'activités de LIN**

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-82-du-24-fevrier-2006-relative-aux-mesures-a-envisager-pour-lamelioration-du-niveau-dactivites-des-etablissements-de-sante/>

Confirmant la tendance constatée depuis 2000, le nombre d'établissements 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. - Évolution 2000-2004 des réponses au bilan annuel des activités de LIN**

	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre établissements	1 788	2 121	2 279	2 290	2 428
Nombre de 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 répondants** (cf. note 3)

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

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.

**Tableau n° 2. - Distribution des établissements répondants par région (2004)**

RÉGION	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-Comté	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-Pyrénées	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
Réunion	13	16	81,2
Rhône-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	1 428	78,9
100 à 399 lits	996	1 076	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	2 832	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 et 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

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

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

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

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 oeuvre 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 classe 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)**

RÉGIONS	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-Ardenne	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-Comté	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-Pyrénées	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 %
Réunion	16	18,8 %	43,8 %	18,8 %	12,5 %	6,3 %	0,0 %
Rhône-Alpes	309	29,1 %	5,8 %	12,6 %	25,9 %	19,7 %	6,8 %
Total	2 832	14,3 %	5,8 %	13,2 %	33,4 %	22,2 %	11,1 %

*NB* : en gras, 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-Ardennes, 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).

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-82-du-24-fevrier-2006-relative-aux-mesures-a-envisager-pour-lamelioration-du-niveau-dactivites-des-etablissements-de-sante/>

#### 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 7. - ICALIN moyen et distributions par classes de résultats, par catégorie d'établissements**

CATÉGORIES	ICALIN MOYEN*	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 %

\* Calculé sur les établissements répondants.

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) ;
- 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'ORGANISATIONS	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'actions 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 supérieur 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, correspondants 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 3ème 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 première 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 »**

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

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

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

**Diagramme n° 6 : taux de réalisation des items " Moyens"**

**Taux de réalisation : repérer les taux de réalisation les plus faibles : « EOHH - Temps autres », « Formation médecins/pharmaciens ».**

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

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

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-82-du-24-fevrier-2006-relative-aux-mesures-a-envisager-pour-lamelioration-du-niveau-dactivites-des-etablissements-de-sante/>



Différence des taux de réalisation : repérer les différences les plus importantes : « EOHH - 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 oeuvre 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 oeuvre 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 1ère étape du plan d'action de l'établissement.

Une 2ème 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 3eme 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 4eme 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)**

ÉTAPES	ORGANISATION	MOYENS	ACTIONS
1ere étape	- Programme d'actions - Avis des instances sur le programme	- IDE spécialisée en HH - Correspondants paramédicaux dans tous les services	- les 6 protocoles prioritaires
2eme 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
3eme 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
4eme 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 1ere étape dans 1 an (ou 18 mois) ;
- la 2eme étape dans 2 ans (3 ans) ;
- la 3eme étape en 4 ans.

La 1ere 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 oeuvre des priorités**

	E	D	C	B	A	TOTAL
2004	6,7 %	15,5 %	39,0 %	26,0 %	12,9 %	100 %

Réalisation 1ere étape à 100 %	1,0 %	6,9 %	39,0 %	33,6 %	19,6 %	100 %
Réalisation 2eme étape à 100 %	0,0 %	0,5 %	10,5 %	35,1 %	54,0 %	100 %
Réalisation 3eme étape à 100 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	8,3 %	91,2 %	100 %

La 1ere 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 2 424 établissements répondant et disposant d'un ICALIN).

La 2eme 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 1ere étape (ICALIN fin 1ere étape = ICALIN 2004 + points apportés en supplément par les activités de la 1ere étape qui n'étaient pas encore réalisées en 2004).

La 3eme 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 1ere et la 2eme étape (ICALIN fin 2eme étape = ICALIN 2004 + points apportés en supplément par les activités de la 1ere étape qui n'étaient pas encore réalisées en 2004 + points apportés en supplément par les activités de la 2eme 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 2eme étape, il n'y aurait plus d'établissements dans la classe E (objectif 2008).
- la 3eme 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 1ere 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 1ere étape non encore réalisées ou celles de la 2eme étape si toutes les activités de la 1ere 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 oeuvre 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 oeuvre pour accompagner les établissements vers la réalisation de tous les items de la 1ere étape, puis ceux de la 2eme 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 2eme 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 interétablissements et à analyser les résultats des aspects non pris en compte par l'ICALIN, principalement la LIN dans le secteur chirurgical.

#### I. - LES EOHH INTERÉTABLISSEMENTS

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 interétablissements 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. - Évolution du pourcentage d'ES avec EOHH et d'EOHH partagée**

	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 interétablissements 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 interétablissements (cf. note 4). 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 interétablissements 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.

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 3eme 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 (1)	2004
<b>Nombre d'établissements</b>	<b>1 008</b>	<b>1 063 (2)</b>
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

(1) 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).

(2) 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. Privé MCO inf. 100 lits	262	89,3 %	92,0 %	74,8 %	85,1 %	82,8 %	88,5 %
5. Privé MCO sup. 100 lits	283	92,2 %	92,9 %	86,9 %	86,9 %	87,6 %	91,9 %
6. Hôpital des armées	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	1 063	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 %.

Pendant, 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	1 063
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 %) 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 oeuvre 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

Voir document original au Bulletin Officiel n° 06/03 du 15 avril 2006

**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 personnel (cf. note 5) .

**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 trois 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. - Évolution 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 %) (cf. note 6) .

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

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. - Évolution de la réalisation des audits de bonnes pratiques**

	<b>2003</b> n = 2 290	<b>2004</b> n = 2 428
Etablissements réalisant un audit des bonnes pratiques	30,2 %	32,0 %
Etablissements 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 hydroalcooliques 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. - Évolution du nombre d'établissements réalisant des enquêtes ISO**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>PROGRESSION</b>
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
Etablissements 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 % 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 deux tiers 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
Etablissements ayant un livret d'accueil (LA)	93,8 %	95,0 %
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'étude (cf. note 7) décrivant et analysant les modalités de la mise en oeuvre 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.

## **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 oeuvre 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 à 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 1ère 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 2ème 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 trois-quarts 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 deux-tiers 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.

## **ANNEXE II**

### **CALENDRIER DE DIFFUSION PUBLIQUE DES RÉSULTATS DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Décembre 2006 :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-82-du-24-fevrier-2006-relative-aux-mesures-a-envisager-pour-lamelioration-du-niveau-dactivites-des-etablissements-de-sante/>

1. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) 2005.
2. Volume de solutions ou de gels hydroalcooliques (SHA) en litres commandé par la pharmacie ou les services communs en 2005 pour 1 000 journées d'hospitalisation.
3. Indicateur de réalisation d'une surveillance des ISO en 2005.

Décembre 2007 :

1. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) 2006.
2. Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques (SHA) en litres commandé par la pharmacie ou les services communs en 2006 pour 1 000 journées d'hospitalisation.
3. Nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique en 2005 et 2006 pour 1000 journées d'hospitalisation.
4. Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO) en 2006.
5. Indicateur de suivi de la consommation des antibiotiques 2006 et indicateur composite mesurant la politique de bon usage des antibiotiques.

Décembre 2008 :

1. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) 2007.
2. Volume de solutions ou de gels hydroalcooliques (SHA) en litres commandé par la pharmacie ou les services communs en 2007 pour 1 000 journées d'hospitalisation.
3. SARM 2005-2006-2007.
4. Indicateur de réalisation d'une surveillance des ISO en 2007.
5. Indicateur de suivi de la consommation des antibiotiques 2007 et indicateur composite mesurant la politique de bon usage des antibiotiques 2007.

Décembre 2009 :

1. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) 2008.
2. Volume de solutions ou de gels hydroalcooliques (SHA) en litres commandé par la pharmacie ou les services communs en 2008 pour 1 000 journées d'hospitalisation.
3. SARM 2005-2006-2007-2008.
4. Indicateur de réalisation d'une surveillance des iso en 2007 et taux d'infections nosocomiales du site opératoire par discipline chirurgicale 2007-2008.
5. Indicateur de suivi de la consommation des antibiotiques 2008 et indicateur composite mesurant la politique de bon usage des antibiotiques 2008.

NOTE (S) :

(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 5 février 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 février 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 docteur Pierre Parneix (CCLIN Sud-Ouest) et le docteur 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.

(3) L'origine de l'axe des ordonnées est 1 700 établissements.

(4) « Recensement, description et évaluation de la coopération interétablissements des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière - Octobre 2005 » DHOS - CEMKA EVAL. [http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/rapp\\_cemka\\_1105.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/rapp_cemka_1105.pdf)

(5) 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.

(6) Voir tableau n° 23 de l'annexe.

(7) 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>

Source : Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2006-3 du 15 avril 2006