

DES
GOS

Rapport national 2011 sur le tableau de bord des infections nosocomiales

ICALIN.2

ICSHA.2

ICA-LISO

ICA-BMR

ICATB

Score agrégé activités 2011

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 2011

>> Sommaire

VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES.....	3
LES RÉSULTATS NATIONAUX	9
ICALIN.2.....	10
ICSHA.2	11
ICA-LISO	13
ICA-BMR	14
ICATB.....	15
Score agrégé	17
Indice triennal du SARM	19
Validation des données des établissements	21
ANNEXES TECHNIQUES	22

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'un indicateur existant, soit des nouveaux visant à renforcer un champ d'intervention prioritaire : 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.**

Le remplissage du bilan s'appuie sur un cahier des charges présentant des consignes de remplissage pour éviter les erreurs d'interprétation et fiabiliser les données. Une validation des données fournies par les établissements est organisée 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 2011 (publié en 2012)

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'un établissement de l'ICALIN, 1^{ère} génération ne peuvent pas être comparés à ceux d'ICALIN.2.

Un indicateur spécifique sur l'hygiène des mains

L'Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA (publié depuis 2005, actualisé en 2010) est devenu **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 de frictions par jour et par patient, l'intégration de nouvelles activités 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 opéré. 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).

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. La situation nationale est en amélioration et en faveur de l'impact des actions (indicateurs, campagne sur l'hygiène des mains, surveillance...) tout en restant à un niveau n'autorisant aucun relâchement, 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) est la plus fréquente des BMR (environ 13 % de l'ensemble des bactéries des IN). En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène notamment lorsque la résistance à la méticilline est associée aux glycopeptides, de leur risque de diffusion au sein de l'hôpital et dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

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 et par une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques. 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 2009-2011) 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 2009 à 2011, 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 2006 à 2011.

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

La prévention des IN est un sujet complexe qui nécessite la mise en œuvre de nombreuses stratégies complémentaires. **Seule l'interprétation de plusieurs indicateurs permet d'avoir une vision plus complète du niveau d'engagement des établissements de santé dans ce domaine.**

C'est pourquoi le **score agrégé activités 2011** a été construit à partir des 5 indicateurs composites (ICALIN.2, ICSHA.2, ICA-LISO, ICATB et ICA-BMR) différents 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 2011

Tableau de bord des infections nosocomiales

C'est une façon de lire différemment ces 5 indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

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

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-BMR 10% et ICA-LISO pour 15%.

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.

Pour faciliter la compréhension, les classes de résultats sont présentés sur le site de diffusion publique (www.platines.sante.gouv.fr) par des étoiles : trois étoiles bleues pour les établissements en classe A ou en B, deux étoiles bleues pour la classe C, une étoile bleue pour les classe D ou E et aucune étoile bleue pour les établissements non répondant (classe F).

Pour l'indice triennal du SARM, la classe de performance est à interpréter avec l'évolution de la tendance des taux annuels sur 6 années (2006 à 2011). Cette tendance est représentée par un feu tricolore (feu vert matérialisant une baisse significative des taux annuels sur 6 ans, feu rouge une hausse significative, feu orange une absence d'évolution).

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

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.

Pour avoir accès aux résultats des établissements de santé :

<http://www.platines.sante.gouv.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 en ligne sur la plateforme d'informations sur les établissements de santé MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) <http://www.platines.sante.gouv.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 2006 à 2011.

- 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 les plus hauts.
- 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 2006 à 2011.

ICALIN.2

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

	A	B	C	D	E	DI*
Nombre d'établissements	1301	593	394	257	239	6
Pourcentage	46,6%	21,3%	14,1%	9,2%	8,6%	0,2%

Total établissements répondants** concernés
2790

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

** 11 établissements sont non répondants (classe F) pour cet indicateur

ICALIN.2 est marqué par une augmentation¹ de la pondération de la partie « actions » qui regroupe 50 points sur les 100 attribués avec un point important apporté à la prévention des IN liées aux actes invasifs représentant ainsi 34% des 50 points accordés aux actions. Les actions menées au sein de l'établissement sont sous tendues par les moyens (30 points /100) et l'organisation (20 points/100) mis en place.

En 2011 pour ICALIN.2, 67,9% des établissements sont en classe A et en B. Ceci reflète l'investissement constant des établissements dans la prévention des infections nosocomiales malgré des exigences plus fortes.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégories d'établissements/classes	ICALIN.2 2011						Effectif
	A	B	C	D	E	DI	
CHR-CHU	56,3%	21,1%	8,5%	9,9%	4,2%	0,0%	71
CH INF 300 LP	41,5%	19,7%	16,4%	9,7%	12,7%	0,0%	330
CH SUP 300 LP	45,7%	23,6%	14,4%	7,2%	9,1%	0,0%	208
ETAB. PSY	47,6%	18,4%	16,2%	8,3%	9,5%	0,0%	315
EX HOPITAL LOCAL	40,3%	18,7%	19,0%	10,7%	11,3%	0,0%	300
CL INF 100 LP	51,1%	17,0%	12,7%	10,5%	8,7%	0,0%	229
CL SUP 100 LP	49,1%	28,3%	11,9%	6,0%	4,8%	0,0%	336
SSR-SLD	47,7%	20,0%	12,9%	12,1%	7,3%	0,0%	751
CLCC-CANCER	52,6%	26,3%	5,3%	10,5%	5,3%	0,0%	19
HAD	37,4%	30,4%	20,9%	3,5%	7,0%	0,9%	115
HEMODIALYSE	63,1%	22,6%	4,8%	2,4%	7,1%	0,0%	84
MECSS-POUP.	37,5%	21,9%	3,1%	6,3%	15,6%	15,6%	32
Total général	1301	593	394	257	239	6	2790
%	46,6%	21,3%	14,1%	9,2%	8,6%	0,2%	100,0%

¹ Par rapport à la version 1 d'ICALIN où les chapitres « organisation », « moyens » et « actions » étaient pondérés de façon identique.

ICSHA.2

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

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.

** 10 établissements non répondants (classe F) pour cet indicateur

ICSHA.2 2010	A	B	C	D	E	F ²	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 2010 était marqué par d'une double évolution. D'une part, une augmentation du niveau d'exigences en termes de nombre de frictions par jour, par patient et par activité (l'exigence sur ICSHA.2 va augmenter jusqu'en 2013), et d'autre part par une modification des classes de performance. Ces classes de performance 2010 sont plus linéaires.

En dépit de tous ces changements, le pourcentage d'établissements en classe de performance A et B continue de progresser atteignant plus de 75% des établissements en 2011.

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 tableau de présentation des résultats 2011 afin d'en faciliter la lecture.

Résultats nationaux 2011
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégories d'établissements/classes	ICSHA.2 2011						Effectif
	A	B	C	D	E	DI	
CHR-CHU	95,8%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300 LP	56,1%	29,1%	13,0%	1,8%	0,0%	0,0%	330
CH SUP 300 LP	70,2%	24,5%	4,8%	0,5%	0,0%	0,0%	208
ETAB. PSY	35,2%	20,8%	22,9%	14,7%	6,5%	0,0%	293
EX HOPITAL LOCAL	53,3%	22,3%	18,7%	5,7%	0,0%	0,0%	300
CL INF 100 LP	59,6%	25,9%	11,4%	2,6%	0,4%	0,0%	228
CL SUP 100 LP	59,8%	28,9%	10,1%	1,2%	0,0%	0,0%	336
SSR-SLD	34,2%	26,5%	24,7%	12,2%	2,4%	0,0%	713
CLCC-CANCER	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	19
HAD	64,3%	17,4%	13,0%	5,2%	0,0%	0,0%	115
HEMODIALYSE	44,0%	21,4%	10,7%	8,3%	2,4%	13,1%	84
Total général	1373	661	436	177	39	11	2697
%	50,9%	24,5%	16,2%	6,6%	1,4%	0,4%	100,0%

ICA-LISO

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

	A	B	C	D	E
Nombre d'établissements	530	169	118	103	69
Pourcentage	53,6%	17,1%	11,9%	10,4%	7,0%

Total établissements répondants* concernés
989

* 1 établissement non répondant (classe F) pour cet indicateur

Dès la 1^{ère} année de diffusion publique, pour ICA-LISO, 70,7 % des établissements de santé ayant une activité de chirurgie, ou d'obstétrique sont en classe A ou B (meilleures classes de résultats). Ces résultats reflètent l'investissement important des établissements de santé ayant une activité de chirurgie, ou d'obstétrique dans la nécessité de s'organiser, de se donner les moyens et de mettre en œuvre des actions de prévention et d'évaluation du risque infectieux en chirurgie.

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	ICA-LISO 2011					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	50,0%	10,3%	20,7%	12,1%	6,9%	58
CH INF 300 LP	46,5%	14,6%	11,4%	17,3%	10,3%	185
CH SUP 300 LP	51,5%	22,3%	8,3%	10,2%	7,8%	206
ETAB. PSY	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
CL INF 100 LP	53,3%	20,6%	13,1%	6,5%	6,5%	199
CL SUP 100 LP	58,4%	14,7%	12,5%	9,4%	5,0%	320
SSR-SLD	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
CLCC-CANCER	73,7%	10,5%	10,5%	0,0%	5,3%	19
Total général	530	169	118	103	69	989
%	53,6%	17,1%	11,9%	10,4%	7,0%	100,0%

Résultats nationaux 2011

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICA-BMR

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

	A	B	C	D	E
Nombre d'établissements	838	695	525	380	235
Pourcentage	31,4%	26,0%	19,6%	14,2%	8,8%

Total établissements répondants* concernés
2673

* 11 établissements non répondants (classe F) pour cet indicateur

Pour la 1^{ère} année de diffusion publique, 57,4 % des établissements de santé sont en classe A et en B (meilleures classes de résultats). Les résultats sont les plus faibles en matière de progression. Ils montrent l'importance de continuer à sensibiliser les professionnels sur le risque de diffusion des BMR et à pousser les établissements à mieux s'organiser et se donner les moyens pour maîtriser les BMR et prévenir les épidémies.

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	ICA-BMR 2011					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	19,7%	43,7%	19,7%	9,9%	7,0%	71
CH INF 300 LP	30,3%	29,7%	14,2%	15,5%	10,3%	330
CH SUP 300 LP	24,0%	26,4%	17,8%	19,2%	12,5%	208
ETAB. PSY	24,3%	28,1%	22,3%	14,4%	11,0%	292
EX HOPITAL LOCAL	31,7%	24,7%	20,7%	11,3%	11,7%	300
CL INF 100 LP	38,1%	25,6%	17,2%	13,5%	5,6%	215
CL SUP 100 LP	35,1%	24,4%	21,4%	13,7%	5,4%	336
SSR-SLD	32,9%	25,7%	17,9%	14,9%	8,5%	703
CLCC-CANCER	52,6%	26,3%	5,3%	10,5%	5,3%	19
HAD	26,1%	15,7%	40,9%	11,3%	6,1%	115
HEMODIALYSE	44,0%	16,7%	20,2%	13,1%	6,0%	84
Total général	838	695	525	380	235	2673
%	31,4%	26,0%	19,6%	14,2%	8,8%	100,0%

Résultats nationaux 2011 Tableau de bord des infections nosocomiales

ICATB

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

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%

* 11 établissements non répondants (classe F) pour cet indicateur

ICATB 2010	A	B	C	D	E	F ³	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%

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

³ 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 2011

Tableau de bord des infections nosocomiales

Publié pour la sixième année, 89,2 % des établissements de santé sont classés en A ou en B en 2011 pour ICATB. Les gains d'une année sur l'autre sont désormais faible entre 2010 et 2011 (87,1% vs 89.2 %), y compris pour la répartition entre la classe A et B. Pour le recueil d'activités 2012, un indicateur de 2^{ème} génération (ICATB.2) en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, plus exigeant sur les actions et les résultats, sera testé pour une diffusion publique en 2014 (activités 2013).

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	ICATB 2011					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	76,1%	5,6%	16,9%	1,4%	0,0%	71
CH INF 300 LP	63,3%	24,2%	9,4%	2,1%	0,9%	330
CH SUP 300 LP	71,2%	22,6%	5,3%	1,0%	0,0%	208
ETAB. PSY	63,4%	16,4%	15,8%	2,4%	2,1%	292
EX HOPITAL LOCAL	72,0%	19,0%	8,0%	1,0%	0,0%	300
CL INF 100 LP	69,8%	24,7%	5,6%	0,0%	0,0%	215
CL SUP 100 LP	72,0%	18,5%	7,4%	1,8%	0,3%	336
SSR-SLD	68,7%	21,9%	7,8%	0,6%	1,0%	703
CLCC-CANCER	78,9%	5,3%	15,8%	0,0%	0,0%	19
Total général	1702	506	219	30	17	2474
%	68,8%	20,5%	8,9%	1,2%	0,7%	100,0%

Score agrégé – activités 2011

Le score agrégé est calculé sur 100. Pour les 93 établissements ayant comme seul indicateur ICALIN.2 (les CPA, les ambulatoires psychiatriques et les MECSS), le score agrégé n'est pas applicable.

	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%	

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

* 10 établissements non répondants (classe F) pour cet indicateur

En 2011, 81.2 % des établissements de santé sont classés en A ou B. Ces résultats reflètent les efforts fournis par les établissements pour prévenir les infections nosocomiales.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégories d'établissements/classes	Score agrégé – activités 2011						Effectif
	A	B	C	D	E	DI	
CHR-CHU	69,0%	26,8%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300 LP	43,9%	34,2%	17,9%	3,3%	0,6%	0,0%	330
CH SUP 300 LP	53,4%	36,5%	9,6%	0,5%	0,0%	0,0%	208
ETAB. PSY	34,1%	34,8%	27,6%	2,4%	1,0%	0,0%	293
EX HOPITAL LOCAL	44,3%	37,7%	15,3%	2,3%	0,3%	0,0%	300
CL INF 100 LP	50,0%	33,3%	14,5%	1,8%	0,4%	0,0%	228
CL SUP 100 LP	53,3%	35,4%	9,5%	1,5%	0,3%	0,0%	336
SSR-SLD	38,6%	41,2%	16,3%	3,2%	0,7%	0,0%	713
CLCC-CANCER	84,2%	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	19
HAD	44,3%	30,4%	18,3%	4,3%	1,7%	0,9%	115
HEMODIALYSE	53,6%	25,0%	15,5%	2,4%	3,6%	0,0%	84
Total général	1218	971	424	65	18	1	2697
%	45,2%	36,0%	15,7%	2,4%	0,7%	0,0%	100,0%

Résultats nationaux 2011
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution des classes par région							
Régions /classes	Score agrégé – activités 2011						Effectif
	A	B	C	D	E	DI	
Alsace	60,0%	27,1%	12,9%	0,0%	0,0%	0,0%	70
Aquitaine	59,1%	31,4%	9,4%	0,0%	0,0%	0,0%	159
Auvergne	25,8%	38,7%	33,9%	1,6%	0,0%	0,0%	62
Basse-Normandie	40,0%	41,7%	15,0%	3,3%	0,0%	0,0%	60
Bourgogne	18,0%	47,2%	22,5%	12,4%	0,0%	0,0%	89
Bretagne	37,3%	40,7%	19,5%	2,5%	0,0%	0,0%	118
Centre	52,1%	26,9%	17,6%	3,4%	0,0%	0,0%	119
Champagne-Ardenne	27,6%	37,9%	31,0%	1,7%	1,7%	0,0%	58
Corse	30,4%	34,8%	34,8%	0,0%	0,0%	0,0%	23
Franche-Comté	28,6%	40,5%	31,0%	0,0%	0,0%	0,0%	42
Guadeloupe	43,5%	13,0%	26,1%	13,0%	4,3%	0,0%	23
Guyane	0,0%	25,0%	62,5%	0,0%	12,5%	0,0%	8
Haute-Normandie	38,1%	38,1%	17,5%	3,2%	3,2%	0,0%	63
Ile-de-France	49,5%	35,9%	10,9%	2,3%	1,3%	0,0%	384
La Réunion - Mayotte	40,0%	36,0%	20,0%	4,0%	0,0%	0,0%	25
Languedoc-Roussillon	43,2%	37,7%	17,1%	1,4%	0,7%	0,0%	146
Limousin	40,5%	43,2%	13,5%	2,7%	0,0%	0,0%	37
Lorraine	39,8%	36,7%	20,4%	2,0%	0,0%	1,0%	98
Martinique	40,0%	30,0%	25,0%	0,0%	5,0%	0,0%	20
Midi-Pyrénées	47,4%	36,3%	12,6%	3,0%	0,7%	0,0%	135
Nord-Pas-de-Calais	63,4%	26,1%	9,2%	0,0%	1,4%	0,0%	142
Pays de la Loire	51,1%	34,6%	12,0%	2,3%	0,0%	0,0%	133
Picardie	27,5%	42,5%	22,5%	6,3%	1,3%	0,0%	80
Poitou-Charentes	38,5%	46,2%	10,8%	3,1%	1,5%	0,0%	65
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53,4%	37,0%	9,3%	0,4%	0,0%	0,0%	281
Rhône-Alpes	41,6%	37,0%	17,9%	3,1%	0,4%	0,0%	257
Total général	1218	971	424	65	18	1	2697

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 2009-2011).

Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 (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 2006. Elle reflète les efforts engagés par l'établissement pour la maîtrise de cette bactérie multi-résistante.

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'établissements concernés par l'indice SARM reste stable entre 2010 et 2011. Le nombre d'établissement situés en classe A ou B augmente de 38.6% en 2010 à 43% en 2011.

Résultats nationaux 2011
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie						
Catégories d'établissements/classes	Indice triennal SARM 2011					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	28,2%	35,2%	29,6%	4,2%	2,8%	71
CH INF 300 LP	11,2%	30,8%	39,3%	13,6%	5,1%	214
CH SUP 300 LP	22,8%	22,8%	41,3%	10,7%	2,4%	206
EX HOPITAL LOCAL	7,7%	23,1%	34,6%	19,2%	15,4%	26
CL SUP 100 LP	8,2%	25,6%	45,6%	18,5%	2,1%	195
SSR-SLD	19,9%	24,5%	33,8%	17,1%	4,6%	216
Total général	152	247	361	132	36	928
%	16,4%	26,6%	38,9%	14,2%	3,9%	100,0%

Le tableau suivant présente l'évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 par catégorie d'établissement de santé :

Catégories d'établissement/ Évolution annuelle	Évolution de tendance des taux annuels de SARM de 2006 à 2011			
	Baisse significative	Pas de différence significative	Augmentation significative	Total général
CHR-CHU	64,79%	30,99%	4,23%	71
CH INF 300 LP	27,40%	62,98%	9,62%	208
CH SUP 300 LP	51,74%	39,80%	8,46%	201
EX HOPITAL LOCAL	19,23%	61,54%	19,23%	26
CL SUP 100 LP	30,27%	56,76%	12,97%	185
SSR-SLD	29,10%	58,73%	12,17%	188
CLCC-CANCER	50,00%	50,00%	0,00%	12
Total général	329	470	92	891
%	36,92%	52,75%	10,33%	100%

329 établissements sur 891 (soit 36,92% des établissements) ont une baisse significative des taux annuels de SARM de 2006 à 2011.

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 des données déclarées par les établissements de santé est mené par les ARS.

Pour les données 2011, 281 établissements ont fait l'objet d'une validation des données. Au total, entre 2005 et 2011, 1529 établissements de santé ont fait l'objet d'une validation.

La validation permet avant tout d'assurer que les données rendues publiques sont les plus fiables possibles ; elle a souvent été l'occasion d'accompagner des établissements dans la démarche d'évaluation.

Nombre de changements de classe après contrôle des données 2011 par les ARS			
Indicateur /Classe	Pas de changement de classe	Changement vers une classe supérieure	Changement vers une classe inférieure
Score agrégé	202	32	47
ICALIN.2	179	38	64
ICSHA.2	262	13	6
ICATB	238	13	30
ICA-LISO	241	12	28
ICABMR	178	45	58

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
Médecine	7
Chirurgie	9
Réanimation (<u>frictions supplémentaires</u> par rapport à la Médecine - Chirurgie)	40
USI-USC (<u>frictions supplémentaires</u> par rapport à la Médecine - Chirurgie)	14
Obstétrique	10
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	6
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	8
HAD (par jour)	3
Urgences (par passage)	2
Hôpital de jour de médecine	2
Hôpital de jour de chirurgie	1,5
Hôpital de jour d'obstétrique	2,5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	1,5
Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	4
Accouchement sans césarienne	7
Accouchement avec césarienne	4
Séance de chimiothérapie	2,5

En 2011 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 :

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

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 $(81 \times 0,41) + (80 \times 0,235) + (90 \times 0,235) + (100 \times 0,12) + (85 \times 0,15)$ soit 85,10

NB : suite à la remontée des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011, des ajustements dans le calcul des bornes du score agrégé ont été rendus nécessaires. Ces bornes ont été modifiées pour l'ensemble des catégories d'établissement.

Cette annexe technique remplace le tableau de limites de classes de performance pour le score agrégé-activités 2011 de l'annexe 1 relative aux limites des classes de performance de l'instruction DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012.

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
C.CLIN	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-sports.gouv.fr/>

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)