



Ministère de la Santé et des Solidarités

06 février 2006

Dossier de presse

MESURER LA QUALITE DES SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

L'Indicateur de lutte contre les infections nosocomiales

Contacts presse :

- Hélène Monard , Olivia grégoire : tél. : 01 40 56 40 14

SOMMAIRE

| | |
|--|-------------|
| UNE DEMARCHE GLOBALE : ORIENTER NOTRE SYSTEME DE SOINS VERS LA QUALITE ET LA TRANSPARENCE | p. 3 |
|--|-------------|

L'amélioration de la qualité par le partage d'informations et une organisation optimale constitue l'un des horizons de notre système de santé. Les indicateurs de qualité, généralisés à tous les établissements et rendus publics, sont le moteur de cette démarche qualité autant qu'un gage de transparence.

| | |
|------------------------------------|-------------|
| LES INFECTIONS NOSOCOMIALES | p. 4 |
|------------------------------------|-------------|

Les infections nosocomiales, qui touchent 6,9% des patients, sont représentatives de la non-qualité. Les informations sur ces infections et les indicateurs de qualité sont disponibles auprès d'Info'Ministère au numéro indigo 0820 03 33 33.

| | |
|--|-------------|
| L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES | p. 5 |
|--|-------------|

La France dispose de moyens de lutte contre les infections nosocomiales. Mais il manquait des outils de transparence et d'incitation pour initier une véritable évolution des comportements au service de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

| | |
|---|-------------|
| LE PROGRAMME 2005-2008 DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES | p. 6 |
|---|-------------|

L'un des objectifs du programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 est de mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins.

| | |
|---|--------------------|
| <i>TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES</i> | <i>p. 7</i> |
|---|--------------------|

C'est la généralisation progressive de plusieurs indicateurs de qualité donnant lieu à un système de classement selon le score des établissements dans le domaine de la prévention du risque infectieux.

| | |
|---------------|-------------|
| ICALIN | p. 8 |
|---------------|-------------|

ICALIN est un indice mesurant les actions et l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales. Ce n'est pas le taux de ces infections dans l'établissement de santé. Il permet des comparaisons entre établissements de même catégorie (carte et tableau disponibles sur le site internet www.sante.gouv.fr). Cet affichage incite les établissements à progresser en termes de qualité.

| | |
|---|--------------|
| LA DYNAMIQUE DE PROGRESSION AU SEIN DE L'INDICATEUR ICALIN | p. 11 |
|---|--------------|

Avec ICALIN, il est possible de cerner les défaillances de gestion du risque infectieux au sein de chaque établissement. L'amélioration du score dépend de l'engagement de l'ensemble du personnel hospitalier, notamment dans l'organisation et la mise en œuvre de bonnes pratiques, ainsi que de l'accompagnement de l'Etat.

| | |
|------------------------------|--------------|
| LE DROIT DES PATIENTS | p. 12 |
|------------------------------|--------------|

En réponse au besoin d'écoute, de reconnaissance, d'analyse et de suivi des patients atteints d'infections nosocomiales, la Haute autorité de santé a créé une mission d'information et de médiation sur ce sujet.

ANNEXES

p. 13

| |
|--|
| UNE DEMARCHE GLOBALE : ORIENTER NOTRE SYSTEME DE SOINS VERS LA QUALITE ET LA TRANSPARENCE |
|--|

- **Quelles sont les conséquences humaines et financières de la non-qualité ?**

La non-qualité dans notre système de soins se mesure d'abord par ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité. En mai 2005, la Direction de la recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (la DREES) a mis en évidence dans une étude portant sur 8752 patients que les événements indésirables graves touchent 3 à 5% de l'ensemble des séjours hospitaliers. La DREES estime que 46,2% de ces événements sont évitables. Les principales causes sont liées à l'organisation et la communication au sein de l'établissement. D'autres études internationales confirment l'importance des conséquences de la non qualité. Ainsi, une étude américaine [Blue Shield Foundation, 2005] estime ainsi que la iatrogénie médicamenteuse (interaction nuisible entre divers médicaments) sera la deuxième cause de décès aux Etats-unis d'ici 4 ans, après les pathologies cardiovasculaires et devant le cancer.

Par ailleurs, la non-qualité a un coût évident. D'après la Haute autorité de santé (HAS), les économies potentielles liées à la prévention du risque d'infections nosocomiales, dont 20 à 30 % sont évitables, s'élèvent à 200 millions d'euros par an. Quant à la iatrogénie médicamenteuse (événements indésirables liés au médicament), évitable dans au moins 25 % des cas, elle représente un surcoût annuel évitable de 2,3 milliards d'euros. Si l'on ajoute les prescriptions inutiles ou inappropriées, les hospitalisations non pertinentes, les interventions non justifiées, la mauvaise répartition des lits d'hospitalisation, et l'amélioration globale de la productivité des soignants libérés de la gestion des conséquences de la non-qualité, les économies réalisables pourraient aller jusqu'à 10 milliards d'euros par an selon la CNAM.

Ces économies pourraient nous permettre de réduire durablement les déficits de l'assurance maladie, mais aussi d'accentuer nos actions dans des domaines prioritaires comme la prise en charge de l'innovation thérapeutique. C'est dans le même esprit que nous nous mobilisons pour réorienter notre système de soins vers la prévention, pour réduire mortalité et morbidité, et relever les défis de la santé de demain.

- **Comment faire en sorte que la qualité régule le système de soins ?**

La non-qualité pose la question de sa mesure. Il est donc nécessaire avant tout de bénéficier d'indicateurs de qualité performants qui deviennent un outil au service de la résolution des défaillances. Pour cela, **la mise en place de systèmes d'information généralisés et efficaces est indispensable.** Ce travail commence à être entrepris, avec la réforme de l'assurance maladie et la création du Dossier médical personnel informatisé. La généralisation du partage de l'information constituera un puissant levier de réorganisation et de bonne gestion pour notre système de santé. Il favorisera également une indispensable transparence dans les relations entre soignants et patients, qui participe de l'évolution des comportements, et donc de la recherche de qualité.

Autre puissant levier de réorganisation, la fonction de référent qualité de l'établissement qui existe souvent dans les établissements de santé, mais qui est difficilement identifiée. Elle devra figurer d'ici à la fin de l'année dans l'organigramme de l'établissement. **La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins contribuera à clarifier cette fonction qualité dans chaque établissement et en vérifiera l'application.**

La démarche de certification (évaluation externe de la qualité au sein des établissements) conduite sous la responsabilité de la Haute autorité de santé **est à l'origine de la dynamique de qualité et de transparence dans les établissements de santé.** Les résultats de la certification des établissements sont disponibles sur le site de la Haute autorité de santé : www.has.sante.fr.

▪ **Les indicateurs de qualité : Calendrier**

| | |
|---------------|--|
| Février 2006 | Indicateur Composite de l'Activité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN 2004) disponible sur : www.sante.gouv.fr |
| Avril 2006 | Lancement des travaux de généralisation du recueil de données de 3 indicateurs de qualité : Résultats des questionnaires de satisfaction des patients Résultats des établissements renvoyant les comptes-rendus d'hospitalisation au médecin traitant sous 48h Evaluation de la prise en charge de la douleur |
| Décembre 2006 | ICALIN 2005 |

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

▪ Qu'est ce qu'une infection nosocomiale ?

Les infections nosocomiales sont les infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé. Le terme nosocomial vient du grec *nosokomeion* qui signifie hôpital. Les infections nosocomiales **les plus fréquentes touchent : l'appareil urinaire, les voies respiratoires, le site opératoire en cas d'intervention chirurgicale**. Toutes les infections nosocomiales ne présentent pas le même caractère de gravité. Ainsi, les infections urinaires très fréquentes sont le plus souvent anodines malgré la gêne occasionnée. A l'inverse, des infections lors d'intervention de chirurgie osseuse peuvent être plus graves et difficiles à traiter.

▪ Combien de personnes touchent-elles ?

Il existe **deux méthodes** de mesure de la fréquence des infections nosocomiales : les enquêtes d'incidence, qui répertorient le nombre d'infections nosocomiales au fur et à mesure de leur survenue, et les enquêtes de prévalence qui donnent une photographie de la situation à un moment donné (en général, un jour donné). La prochaine enquête nationale de prévalence aura lieu en juin 2006. Ses résultats préliminaires seront disponibles fin mars 2007. Au vu de l'enquête de prévalence 2001, les infections nosocomiales touchaient en France 6,9 % des patients.

▪ Comment se situe la France par rapport à ses voisins ?

Le taux d'infections nosocomiales en France est comparable à celui observé dans les autres pays européens, dans lesquels il varie entre 5 et 9% (cf. tableau ci-dessous).

| Pays | Année | Nombre d'établissements | Taux de prévalence patients infectés |
|-------------------------------------|-------------|-------------------------|--------------------------------------|
| France (tous types de séjours) | 2001 | 1533 | 6,9% |
| Suisse (court séjour) | 2004 | 50 | 7,2% |
| Finlande (court séjour) | 2005 | 30 | 9% |
| Norvège (court séjour) | 2002 | 76 | 5,4% |
| Grèce (tous types de séjours) | 2001 | 14 | 9,3% |
| Slovénie (court séjour) | 2001 | ND | 4,6% |
| Espagne (tous types de séjours) | 2002 | 246 | 6,7% |
| Royaume Uni (tous types de séjours) | 1994 | ND | 9% |

▪ Quelles sont les conséquences des infections nosocomiales ?

La Haute Autorité de Santé estime, dans son rapport de juillet 2004 sur les coûts de la non-qualité, que les infections nosocomiales sont **la cause directe de plus de 4 000 décès par an**. De plus, ces infections affaiblissent le patient, retardent son rétablissement et entraînent un coût médical estimé par la Haute Autorité de Santé à 200 millions d'euros par an en hospitalisation, réanimation et soins supplémentaires. La Haute Autorité de Santé estime que 20 à 30% des infections nosocomiales pourraient être évitées.

▪ Existe-t-il des facteurs favorisant les infections nosocomiales ?

Oui. Plusieurs facteurs influent sur le risque d'infection : la fragilité du patient, liée à sa pathologie ou à son âge ; la lourdeur et la complexité des soins dont il a besoin ; le respect par les professionnels de santé des règles de bonne pratique en matière d'hygiène ; l'attention spécifiquement portée par l'établissement de santé à la prévention des infections nosocomiales.

L'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

▪ Quelle est la politique de prévention des infections nosocomiales en France ?

Au niveau local, chaque établissement de santé doit obligatoirement, depuis 1999, avoir en son sein un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Par ailleurs, la plupart des services disposent d'une ou de plusieurs personnes nommées correspondants en hygiène.

Le CLIN : Il est composé de médecins, pharmaciens, infirmiers et du directeur de l'établissement. Il se réunit au moins trois fois par an. Il définit et suit les actions menées au sein de l'établissement notamment celles de prévention, de surveillance et de formation. Il valide les procédures et est alerté de l'apparition des infections nosocomiales.

Par ailleurs, **cinq centres de coordination interrégionaux (C.CLIN)** aident les établissements de santé à mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales. Des réseaux de surveillance ont été constitués par les C.CLIN qui travaillent avec les établissements volontaires.

Au niveau national, la surveillance de 5 thématiques prioritaires est coordonnée par le réseau « RAISIN » qui associe l'InVS aux 5 C.CLIN. Le RAISIN est également chargé de la coordination nationale du système de signalement obligatoire qui porte sur des infections nosocomiales sentinelles. Toujours au niveau national, un comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) fournit des avis scientifiques à l'administration. Ce comité d'experts, présidé par le professeur Gilles Beaucaire, comprend notamment un représentant des patients.

La lutte contre les infections nosocomiales constitue un des thèmes majeurs de la formation continue aux techniques d'hygiène des personnels hospitaliers. Des guides sont à leur disposition. A titre d'exemple, le guide « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » réactualisé en cours d'année est disponible sur :

www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco3-1-2.html.

▪ Quels sont les outils d'évaluation de la politique de lutte contre les infections nosocomiales ?

La politique de lutte contre les infections nosocomiales est évaluée à l'aide :

des outils d'évaluation et d'auto-évaluation, comme les audits de bonnes pratiques ou la certification ;

d'outil de suivi : le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales, obligatoire pour chaque établissement, et qui sert de base à la constitution d'un indicateur de qualité, ICALIN ;

des contrôles, mis en place par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS).

▪ Les recommandations françaises en matière de sécurité et d'hygiène respectent-elles les normes internationales ?

Lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2002, une résolution concernant la qualité des soins et la sécurité des patients a été adoptée, et l'OMS a établi des standards internationaux, qui concernent notamment l'hygiène. Les recommandations françaises en la matière dépassent très largement les standards de l'OMS.

| |
|---|
| LE PROGRAMME 2005-2008 DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES |
|---|

▪ **Quels sont les objectifs nationaux de la lutte contre les infections nosocomiales ?**

Le programme 2005-2008 comprend **cinq grandes orientations quantifiables et quantifiées** :

1. Adapter **les structures** et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. 97% des établissements de santé disposent d'un CLIN en 2004.
2. Améliorer **l'organisation des soins et les pratiques des professionnelles**. 42% des établissements ont un protocole de bon usage des antibiotiques.
3. Optimiser **le recueil et l'utilisation des données de surveillance** et du signalement des infections nosocomiales.
4. Mieux **informer** les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins. 77% des établissements informent les patients de la lutte qu'ils mènent contre les infections nosocomiales dans leur livret d'accueil.
5. Promouvoir **la recherche** sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales. 32% des établissements réalisent des audits de bonnes pratiques.

▪ **Comment s'organisent les actions menées ?**

Ce programme national permet aux établissements de définir leur programme d'action contre les infections nosocomiales. Il comporte également un volet régional et un volet national.

Les actions nationales menées en 2006 seront notamment :

- ✓ Pour adapter les structures de lutte contre les infections nosocomiales, un arrêté créant des antennes régionales des comités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements va être publié en **juin 2006**.
- ✓ Afin d'améliorer les pratiques professionnelles, des recommandations sur le traitement des dispositifs médicaux en odonto-stomatologie (dentiste) vont être publiées en **novembre 2006**.
- ✓ **En septembre 2006**, un document d'aide au signalement des décès liés à ces infections sera mis à la disposition des établissements de santé répondant à l'objectif d'optimisation du signalement des infections nosocomiales.
- ✓ **Le numéro indigo Info'Ministère (0820 03 33 33) permet désormais d'informer les patients sur les infections nosocomiales.**
- ✓ **En septembre 2006**, un document élaborant les priorités de recherche sera envoyé aux agences et structures nationales (Agence Nationale de la Recherche, Programme Hospitalier de Recherche Clinique...) et européenne (Programme Cadre de Recherche et Développement).

TABEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

- **Comment mesurer la qualité de la gestion des infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés?**

L'un des objectifs du plan de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 est de mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins. Pour ce faire, le ministre de la santé a décidé de mettre à la disposition des usagers un tableau de bord des infections nosocomiales. **Il s'agit de la généralisation progressive de plusieurs indicateurs de qualité donnant lieu à un système de classement des résultats des établissements** afin qu'ils comparent leurs résultats dans le domaine de la prévention du risque infectieux.

L'objectif est qu'en 2007 tous les établissements disposent d'un tel outil.

- **En quoi consiste le tableau de bord des infections nosocomiales ?**

Le tableau de bord comporte 5 indicateurs :

- Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales : ICALIN. Cet indicateur est le premier des 5 indicateurs mis en place (ICALIN 2004 disponible en février 2006 ; ICALIN 2005 disponible en décembre 2006) ;
- Indicateur de surveillance des infections du site opératoire (ISO) par type d'acte opératoire : **liste des établissements faisant de la surveillance d'ici fin 2006** et taux des ISO d'ici fin 2007 ;
- Volume annuel de solutions hydro-alcooliques (**hygiène des mains**) pour 1000 journées d'hospitalisation par établissement **d'ici fin 2006** ;
- Taux de **Staphylocoques dorés** résistants à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation par établissement **d'ici fin 2007** ;
- Suivi de la consommation des **antibiotiques d'ici fin 2007**.

Le tableau de bord complet offrira une vision d'ensemble de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé. **Les résultats seront accessibles à tous via le site internet du Ministère : www.sante.gouv.fr.**

- Qu'est ce que ICALIN ?

ICALIN est l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, il s'exprime sous la forme d'un score sur 100 et mesure l'organisation et les activités déployées par les établissements de santé. Ce n'est pas le taux des infections nosocomiales de l'établissement de santé.

L'indicateur présenté aujourd'hui est l'ICALIN 2004 ; ICALIN sera ensuite rendu public chaque année (fin 2006 pour ICALIN 2005).

Ce premier indicateur du tableau de bord permet aux établissements de se comparer entre eux sur des critères objectifs, de valoriser les efforts des établissements de santé appartenant à la classe A et de mesurer la progression.

- **Comment utiliser le résultat du score ICALIN ?**

Le score ICALIN permet de **situer l'état d'avancement d'un établissement dans la mise en oeuvre de la lutte contre les infections nosocomiales. Cet indicateur valorise les efforts entrepris par les établissements de santé qui s'impliquent de longue date dans la lutte contre les infections nosocomiales, et permet à ceux qui renforcent leurs actions dans ce domaine de mesurer de façon objective leur progression.**

- **Comment est calculé ICALIN ?**

Ce score chiffré est composé de **31 critères** du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales considérés comme les plus importants. Ces critères sont regroupés en 3 aspects de la lutte contre les infections nosocomiales, d'importance égale :

- **organisation** (activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), existence d'un programme annuel et d'un rapport sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales) ;
- **moyens (composition de «l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière », formation du personnel et existence de correspondants en hygiène chargés de relayer l'action de cette équipe au sein des services) ;**
- **actions (mise en place des protocoles de bonnes pratiques, surveillance des infections et évaluation de la qualité des soins).**

Ces trois aspects comptent chacun pour 1/3 du score. Au sein de chacun des aspects le poids de chaque critère est pondéré en fonction de son importance. A titre d'exemple, les moyens en personnel hospitalier sont pris en compte à hauteur de 16 % dans le score total, alors que les protocoles d'hygiène comptent pour 17%.

- **Quelles sont les classes ICALIN ?**

ICALIN est calculé par le Ministère de la Santé et des Solidarités à partir des données des bilans standardisés fournis par chaque établissement.

Cet indicateur conduit à répartir les établissements de santé selon 5 classes allant de A à E. Les bornes de ces classes sont différentes selon les 13 catégories d'établissements se ressemblant en termes d'activités, de taille et de type de patients. Les différents établissements de santé ont des missions, une taille et des activités très différentes. Il est donc

indispensable, pour pouvoir situer la place d'un établissement en particulier, de le comparer aux autres établissements ayant des missions, une taille et des activités similaires.

Pour chacun des 13 types d'établissements, les données des bilans standardisés d'activités permettent d'établir un score sur 100 points et un classement :

- la classe A correspond aux 10 % des établissements les plus avancés,
- la classe B aux 20 % suivants,
- la classe C aux 40 % suivants,
- la classe D aux 20 % suivants,
- la classe E aux derniers 10 %.

Les bornes des classes selon le type d'établissement sont ainsi fixées selon les données de 2003. Elles resteront fixes les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre.

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance et dont l'organisation de la prévention du risque infectieux est la plus élaborée. A l'inverse, la classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés, les plus en retard dans la mise en oeuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Cependant, l'appartenance à cette classe ne signifie pas qu'il n'existe aucune mesure de prévention ni que la prise en charge des patients y serait dangereuse.

▪ **Quelle est la répartition par classe des établissements de santé ?**

En 2004, 2428 établissements de santé sur 2816 ont rendu un bilan complet permettant de calculer l'indicateur. 11,1% de ces établissements sont en classe A dans l'ICALIN 2004, et 5,8% en classe E, ce qui signifie que **les établissements en classe A représentent près du double de ceux classés dans la dernière catégorie.**

| | 2004 | NR | A | B | C | D | E | Total |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|-----|-------|
| Nombre d'établissements | | 404 | 316 | 630 | 945 | 374 | 163 | 2 832 |
| Pourcentage | | 14,3 | 11,1 | 22,2 | 33,4 | 13,2 | 5,8 | 100,0 |

▪ **Quels sont les objectifs de progression ICALIN ?**

L'objectif de progression consiste en priorité à **diminuer la proportion d'établissements de santé dans la classe E (objectifs de 4 % pour ICALIN 2005, 2,5 % pour ICALIN 2006 et aucun établissement pour ICALIN 2007).**

| Où en sont les établissements en 2004 ? | Les objectifs à atteindre Pour ICALIN en 2007 |
|--|--|
| 404 établissements non-répondants pour l'ICALIN en 2004, soit 86% de taux de réponse | 100 % des établissements de santé jouent la carte de la transparence |
| 163 établissements de santé en classe E en 2004, soit 5,8%. | Il n'y a plus d'établissement de santé dans la dernière classe de résultat (E) |

- **Puis-je avoir confiance dans ces données ?**

Des groupes de travail (cf. liste en annexe 1) ont été réunis pour déterminer la méthodologie nécessaire à l'élaboration d'ICALIN et des quatre autres indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

La fiabilité des données fournies par les établissements de santé a été évaluée par l'INSERM dans le cadre du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH). Par ailleurs, le contrôle de qualité des données est assuré par les services déconcentrés de l'Etat (ARH/DRASS/DDASS).

- **ICALIN représente-t-il un progrès pour l'information des patients ?**

Cette nouvelle étape dans l'amélioration de la qualité des soins est issue d'une **vaste concertation** avec les représentants des patients. **ICALIN est un outil de transparence, accessible à tous, sur demande auprès de l'établissement** (qui est fortement incité à le faire figurer dans son Livret d'accueil) **et sur le site Internet du Ministère www.sante.gouv.fr.** La plateforme téléphonique du Ministère de la Santé et des Solidarités (**Info'Ministère - n° indigo 0820 03 33 33**) est dès aujourd'hui à la disposition du public qui souhaite obtenir des informations sur les infections nosocomiales et le tableau de bord.

COMMENT PROGRESSER AU SEIN DE L'INDICATEUR ICALIN ?

Au plan national, 163 établissements (environ 6%) sont classés en 2004 dans la cinquième classe, la classe E

L'étude détaillée des facteurs liés à l'appartenance à la classe E montre que la marge de progression de ces établissements dépend principalement de :

- La définition d'un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales
- La surveillance microbiologique du réseau d'eau chaude. L'établissement doit être en capacité de fournir un protocole relatif à la conduite à tenir en cas de contamination du réseau d'eau par la légionellose.
- L'existence d'un protocole de sondage urinaire disponible dans l'ensemble des services concernés.
- L'existence d'un protocole de précautions standard comportant des recommandations sur l'hygiène des mains, le port de gants, le port de surblouses, le transport des prélèvements, les matériels et surfaces souillées.
- La formation d'équipes d'hygiène.

▪ Comment progresser au sein de l'indicateur ICALIN ?

1. Il appartient à chaque établissement classé E de réunir tous les acteurs pour établir un diagnostic et identifier les causes du retard. Les démarches peuvent être les suivantes :

- Réunir l'équipe de direction, le président du CLIN, le président de la CME, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et le responsable qualité.
- Analyser les points faibles au regard des fonctions ICALIN (Organisation, Activité, Moyens) en s'appuyant sur la liste des items détaillée dans l'annexe technique 3 du rapport national 2005 disponible sur www.sante.gouv.fr. Identifier les sous chapitres de l'indicateur ICALIN dans lesquels l'établissement est le plus faible.
- Reprendre le rapport de l'accréditation et travailler sur les éventuels points faibles.
- Examiner les réclamations et les éventuels contentieux engagés sur la question.
- Analyser les questionnaires de satisfaction des patients.

Ce diagnostic servira de base à l'élaboration d'un programme.

2. **Divers services peuvent aider les établissements à élaborer un programme.** Les aides méthodologiques peuvent provenir au niveau régional du C.CLIN qui peut se effectuer un audit de l'établissement à sa demande et de l'Agence régionale hospitalière, au niveau national la cellule infections nosocomiales du Ministère de la santé et des solidarités répond également aux questions méthodologiques de l'établissement.
3. Ce programme sera ensuite transmis aux organismes régionaux de tutelle, les Agences régionales hospitalières et les DRASS/DDASS ainsi qu'aux C.CLIN. **Chaque région devra disposer de son propre C.CLIN.**

Au vu des efforts des établissements, et au vu de leurs diagnostics, des actions d'accompagnement pourront être initiées par les tutelles avec l'appui technique et l'expertise des C.CLIN.

Ainsi seront mises en place les actions suivantes :

- la mise en œuvre de programmes inter établissements de formation à l'hygiène hospitalière
- l'organisation d'un séminaire sur la méthodologie de définition d'un programme d'action
- un audit régional ciblé sur la surveillance du réseau d'eau chaude sanitaire dans les établissements
- un séminaire de formation de formateurs sur les protocoles prioritaires
- **une mission de facilitation pour la constitution d'Equipes Opérationnelles d'Hygiène Hospitalière permettant aux établissements de petite taille de partager du personnel qualifié**

LE DROIT DES PATIENTS FACE AUX INFECTIONS NOSOCOMIALES

▪ Quels sont les droits des victimes d'infections nosocomiales ?

Aux termes de l'article L1142- 4 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002, toute personne victime ou s'estimant victime d'une infection nosocomiale doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances, les causes et les conséquences du dommage. Si la personne est décédée, cette information doit être donnée à ses ayants droit. Cette information doit être délivrée dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou la demande expresse du patient.

En cas de désaccord avec l'établissement de santé, le patient peut s'adresser à la commission des relations avec les usagers (CRU) de l'établissement.

Les patients victimes de ce type d'infections peuvent demander une indemnisation auprès de l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales). Cet établissement public administratif placé sous tutelle du ministère de la santé et des solidarités a été créé en 2002, avec une double mission : permettre l'organisation effective du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux prévu par la loi et indemniser les victimes.

L'ONIAM peut être contacté au 01 49 93 89 00, à l'adresse suivante : 36, avenue du Général de Gaulle 93170 BAGNOLET, et sur le site : www.oniam.fr

▪ Comment venir en aide aux patients atteints d'une infection nosocomiale ?

En réponse au besoin d'écoute, de reconnaissance, d'analyse et de suivi des patients atteints de maladies nosocomiales, le Ministre a saisi la Haute Autorité de Santé en décembre dernier afin de créer une mission d'information et de médiation sur les infections nosocomiales. Elle a pour mission :

- ✓ d'**informer** les patients sur les infections nosocomiales et leurs droits
- ✓ de **promouvoir la conciliation et la médiation** en s'appuyant sur la commission de relation avec les usagers (CRU) ainsi qu'en organisant des rencontres entre les victimes et les équipes médicales afin de renouer un dialogue interrompu.

Elle écoute et accompagne les victimes de ces infections, tout en assurant le suivi de leur cas. Elle s'engage en faveur d'une meilleure reconnaissance des personnes atteintes d'une infection nosocomiales et limite le recours au contentieux systématique.

Dès le mois de mars, cette mission disposera d'un numéro vert et d'un site Internet dédié aux infections nosocomiales.

Cette mission a été confiée à M. Alain-Michel Ceretti, ancien président du LIEN (Association de lutte contre les infections nosocomiales), association qui œuvre depuis plusieurs années pour la reconnaissance et de la prise en charge des personnes victimes d'infections nosocomiales.

ANNEXES

| |
|---|
| ANNEXE 1: LES GROUPES D'EXPERTS SUR LES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES |
|---|

Groupe d'experts du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, piloté par Pierre Parneix (CTINILS, C.CLIN Sud Ouest Bordeaux, pilote du groupe de travail,) et Valérie Salomon (DHOS E2 cellule infections nosocomiales, coordination du groupe de travail) :

Antoine Andremont (CTINILS, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris)
Alain Michel Ceretti (CTINILS, représentant des associations d'usagers, Le Lien, Paris)
Patrick Choutet (CTINILS, comité de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques, CHRU Tours)
Bruno Coignard (CTINILS, InVS, Saint Maurice)
Pierre Czernichow (CTINILS, CHU Rouen)
Michel Dupon (CTINILS, CHU Bordeaux)
Alain Durocher (CTINILS, HAS)
Emmanuelle Girou (CTINILS, CHU Henri Mondor Créteil)
Bruno Grandbastien (coordination ISO-RAISIN, CHU Lille)
Vincent Jarlier (RAISIN, CHU Pitié – Salpêtrière Paris)
Alain Lepape (CTINILS, CH Lyon Sud)
Alain Lortat-Jakob (CTINILS, CHU Ambroise Paré, Boulogne)
Nicole Marty (RAISIN, CHU Toulouse)
Philippe Michel (COMPAQH – INSERM, CCEQA, Bordeaux)
Etienne Minvielle (Responsable scientifique COMPAQH - INSERM)
Anne Savey (CTINILS, coordination RAISIN, C.CLIN Sud Est Lyon)
Daniel Talon (CTINILS, CHU Besançon)
Béatrice Tran (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)

Membres du groupe de l'Institut de Veille Sanitaire sur les recommandations pour la mise en œuvre d'un tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de chaque établissement de santé français (février 2004)

Comité de pilotage :

Gilles Brückner, Directeur Général, InVS ;
Jean-Claude Desenclos, responsable du département maladies infectieuses, InVS ;
Brigitte Haury, Chef du bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé, DHOS ;
Valérie Salomon, bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé, cellule infections nosocomiales DHOS ;
Béatrice Tran, bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale cellule infections nosocomiales DGS ;
Thanh LeLuong, Chef du bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale, DGS ;
Jean Carlet, président du Comité Technique national des infections nosocomiales ;
Pascal Astagneau, coordonnateur du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) ;
Jean-Christophe Lucet, praticien hospitalier, hygiéniste, Hôpital Bichat, chargé de mission par l'InVS pour animer l'expertise sur les indicateurs à proposer pour le tableau de bord (voir ci-dessous).

Groupe d'experts :

Ludwig Serge Aho, Hygiène Hospitalière, C.CLIN Est, CHU Dijon ;
Serge Alfandari, Hygiène Hospitalière, Maladies Infectieuses, CH Tourcoing, Tourcoing ;
Gilles Antoniotti, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, Générale de Santé, Aix les Bains ;
Odile Bellon, Microbiologie, Hygiène Hospitalière, CH Pays d'Aix, Aix-en-Provence ;
Philippe Berthelot, Hygiène Hospitalière, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne ;
Hervé Blanchard, Hygiène Hospitalière, AP-HP Cochin - Saint Vincent de Paul, Paris ;
Bernard Branger, C.CLIN Ouest, Rennes ;
Catherine Bussy, Hygiène Hospitalière, Institut Gustave Roussy, Villejuif ;
Véronique Bussy-Malgrange, Microbiologie, Institut Jean Godinot, Reims ;
Anne Carbonne, C.CLIN Paris- Nord, Paris ;
Annie Chalfine, Hygiène Hospitalière, Hôpital Saint-Joseph, Paris ;
Bruno Coignard, InVS, Saint-Maurice ;
Sandrine Danet, ANAES, Saint-Denis ;
Marie-Françoise Dumay, Gestion des risques, Hôpital Saint-Joseph, Paris ;
Alain Durocher, Réanimation, CHRU Lille, ANAES ;
Jacques Fabry, C.CLIN Sud-Est, Lyon ;
Stéphane Gayet, C.CLIN Est, Strasbourg ;
Emmanuelle Girou, Hygiène Hospitalière, AP-HP Henri Mondor, Créteil ;
Bruno Grandbastien, C.CLIN Paris-Nord et CHRU Lille ;
Joseph Hajjar, Hygiène Hospitalière, CH Valence, Valence ;
Benoist Lejeune, C.CLIN Ouest, Brest ;
Agnès Lepoutre, InVS, Saint-Maurice ;
Jean-Christophe Lucet, Hygiène Hospitalière, AP-HP Bichat, Paris ;
Marie-Hélène Nicolas-Chanoine, Microbiologie, AP-HP Ambroise Paré, Boulogne ;
Pierre Parneix, C.CLIN Sud-Ouest, Bordeaux ;
Bernard Régnier, Réanimation, AP-HP Bichat, Paris et CTIN ;
Ludovic Richard, Orthopédie, Clinique de Maussins, Paris ;

Membres du groupe de travail ayant élaboré l'ICALIN :

Dominique Albouy-Baudrin (CCREVI, DRASS Midi-Pyrénées)
Bruno Coignard (Département Maladies Infectieuses, Institut de veille sanitaire)
Clément Corriol (COMPAQH)

Dominique Delettre (DDASS Allier)

Valérie Drouvot (DGS 5C DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)

Philippe Garnier (DGS 5C Cellule infections nosocomiales)

Gilles Manquat (Fédération Médicale inter hospitalière de gestion du Risque Infectieux lié aux Soins Féméris Savoie)

Pierre Parneix (CCLIN Sud Ouest Bordeaux)

Luc Peyrebrune (DRASSIF)

Béatrice Pottecher (CLCC Paul Strauss Strasbourg)

Valérie Salomon (DHOS E2 Cellule infections nosocomiales)

ANNEXE 2 : CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR ICALIN

L'indicateur ICALIN est destiné à **mesurer l'activité de lutte contre les infections nosocomiales** sur la base du Bilan Annuel d'Activité rempli par les établissements. Les items retenus pour la construction d'ICALIN ont été testés par une étude de faisabilité confiée à l'équipe du projet COMPAQH en juin 2005.

ICALIN est composé de 31 items répartis en 3 fonctions : Organisation, Moyens, Activité (O, M, A). Chaque fonction compte pour un tiers et la somme des pondérations est égale à 100.

La fonction Organisation

Elle compte pour un tiers des point du score et balaie trois sous-chapitres :

O1 : l'intégration de lutte contre les infections nosocomiales (7 points)

O2 : l'organisation du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'établissement (13 points)

O3 : les outils de gestion de la lutte contre les infections nosocomiales (13 points)

Exemple de questions

Combien y a-t-il de réunions plénières du CLIN pendant l'année ?

Valorisation 2 points pour 1 à 2 réunions par an, 6 points pour $>$ ou $=$ 3 réunions par an, zéro point sinon

Élément de preuve : le compte rendu des réunions.

Un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène ?

Valorisation : 9 points si oui zéro sinon ;

Élément de preuve : Compte rendu et programme d'action.

La fonction Moyen

Elle compte pour un tiers des point du score et balaie trois sous-chapitres :

M1 : L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (16 points)

M2 : La formation du personnel de l'établissement à l'hygiène hospitalière (9 points)

M3 : Les correspondants en hygiène dans les services (8 points)

Exemple de questions

De combien d'Equivalent Temps Plein médical dédié à la lutte contre les IN disposez-vous ?

Valorisation : 6 points si $>$ 0 ; élément de preuve : organigramme, fiche de poste validée par la direction et le président du CLIN.

Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants en hygiène ?

Valorisation : 3 points pour la présence d'un correspondant dans au moins un service + 1 point si la moitié des services ont un correspondant ; élément de preuve : Liste des membres validée par la direction.

La fonction Activité

Elle compte pour un tiers des point du score et balaie trois sous-chapitres :

A1 : Les protocoles (17 points)

A2 : Les outils de surveillance et de prévention secondaire (12 points)

A3 : L'évaluation (5 points)

Exemple de questions

L'établissement a-t-il mis en place des protocoles pour l'hygiène des mains, précautions "standard", le sondage urinaire, accident exposant au sang, l'antibiothérapie de première intention, le réseau d'eau chaude sanitaire ? Valorisation : 6 points avec 2 point par type de protocoles s'ils existent.

Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes ?

Valorisation : 4 points si oui, 0 si non ;

Élément de preuve : Compte rendu du CLIN, définition des BMR comme priorité dans l'établissement.

Construction de l'ICALIN et pondération des items par fonctions et sous-chapitre

| N1 | N2 | N3 | Items | Tot | N1 | N2 | N3 | Pts |
|---------------------|--|---|--|-----|----|----|-----|-----|
| ORGANISATION | O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établissement. | O1 1 | O111 – objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements | 100 | 33 | 7 | 3 | 1 |
| | | | O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens | | | | | 2 |
| | | O1 2 | O121 – avis des instances sur le programme d'action | | | | 1 | |
| | | | O122 – avis des instances sur le rapport d'activités | | | | 0,5 | |
| | | O1 3 | O131 – une information sur la LIN est dans le livret d'accueil | | | | 1 | |
| | | | O132 – un représentant du comité du médicament est membre du CLIN | | | | 0,5 | |
| | | | O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établ. | | | | 1 | |
| | O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion | O2 1 | O211 – nombre de réunions du CLIN | | | 6 | | |
| | | | O212 – nombre de réunions des groupes de travail | | | 4 | | |
| | | O2 2 | O221 – Adhésion à un ou des réseaux formalisé(s) | | | 1 | | |
| | | | O222 – Protocoles réalisés ou évalués par des outils fournis par un réseau | | | 1 | | |
| | | | O223 – CLIN consulté sur le programme de formation continue | | | 1 | | |
| | O3 Outils de gestion de la LIN | O31 – programme d'action élaboré par le CLIN | | | | 9 | | |
| | | O32 – rapport d'activités élaboré par le CLIN | | | | 4 | | |
| MOYENS | M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière | M11 – nombre temps plein médical ou pharmaceutiq >0 | | 6 | | | | |
| | | M12 – nombre temps plein paramédical > 0 | | 6 | | | | |
| | | M13 – M11 > 0 et M12 > 0 | | 2 | | | | |
| | | M14 – nombre temps plein secrétaire ou technicien >0 | | 2 | | | | |
| | M2 Formation du personnel | M21 – formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants | | 2 | | | | |
| | | M22 – formation des médecins ou pharmaciens > 0 | | 3 | | | | |
| | | M23 – formation des personnels infirmiers > 0 | | 3 | | | | |
| | | M24 – formation des autres personnels permanents > 0 | | 1 | | | | |
| | M3 Correspondants | M31 – correspondants en hygiène médicaux | | 4 | | | | |
| | | M32 – correspondants en hygiène paramédicaux | | 4 | | | | |
| ACTIONS | A1 Prévention Protocoles | A11 – 6 protocoles prioritaires (antibiothérapie de première intention, prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire) | | 12 | | | | |
| | | A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intra-vasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge) | | 5 | | | | |
| | A2 Surveillance | A21 – actions de prévention et système de signalement des accidents exposant au sang (AES) | | 3 | | | | |
| | | A22 – programme de maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques | | 4 | | | | |
| | | A23 – réalisation d'au moins une enquête de surveillance | | 3 | | | | |
| | | A24 – surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie | | 1 | | | | |
| | | A25 – résultats de la surveillance diffusés aux services | | 1 | | | | |
| | A3 Evaluation | A31 – Evaluation d'au moins un protocole | | 2 | | | | |
| | | A32 – réalisation d'un type d'évaluation | | 2 | | | | |
| | | A33 – dont un audit de pratique | | 1 | | | | |

Calcul des bornes des classes par catégorie d'établissements

Pour disposer d'un système dynamique qui reflète la progression annuelle des établissements, 5 classes de résultats sont déterminées A, B, C, D, E. avec des bornes fixes. (cf tableau ci-dessous)

Pour avoir des résultats homogènes, les établissements sont repartis en 13 catégories. Il s'agit de comparer et de classer entre eux les établissements de même nature. Le calcul des bornes de chaque classe a été déterminé à partir de l'analyse statistique des bilans des activités de lutte contre les IN 2003 des établissements de santé.

Par exemple :

Parmi les résultats des 279 CH de moins de 300 lits en 2003, 10% des établissements qui avaient les meilleurs scores avaient tous plus de 88,5 comme ICALIN. Cette valeur de 88,5 est donc celle qui définit désormais la valeur de référence pour la classe A.

Tableau présentant les limites des classes de résultats selon la catégorie des établissements de santé

| Catégories d'établissements de santé | | Borne supérieure de la classe E | Borne supérieure de la classe D | Borne supérieure de la classe C | Borne supérieure de la classe B | Borne supérieure de la classe A |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 – CHR-CHU | | 65,75 | 86 | 94,25 | 97,75 | 100 |
| 2 – CH-CHG | moins de 300 lits | 44.5 | 62.5 | 79.5 | 88.5 | 100 |
| | plus de 300 lits | 67.5 | 79 | 89 | 95.5 | 100 |
| 3 – Etablissements Psy | | 36 | 50.65 | 73 | 84.45 | 100 |
| 4 – Hôpitaux locaux | | 16.4 | 31.5 | 59 | 74.1 | 100 |
| 5 – Cliniques MCO | moins de 100 lits | 36 | 55 | 73 | 85.1 | 100 |
| | plus de 100 lits | 52 | 63.5 | 79.5 | 89 | 100 |
| 6 – Hôpitaux des armées | | 66 | 86.9 | 95.3 | 97.1 | 100 |
| 7 – SSR-SLD | | 23 | 45 | 69.5 | 82 | 100 |
| 8 – CLCC-CANCER | | 63.7 | 72.7 | 85.1 | 94.3 | 100 |
| 9 – HAD | | 19 | 28.75 | 49.75 | 64.5 | 100 |
| 10 – Hémodialyse | | 29.6 | 51.4 | 69.7 | 80.35 | 100 |
| 11 – MECSS | | 26.5 | 38.25 | 78 | 84.5 | 100 |

Répartition des établissements de santé dans les classes selon les catégories d'établissements pour le score ICALIN 2004

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

ANNEXE 3 : ABREVIATIONS

| | |
|---------|--|
| AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (voir HAS) |
| ARH | Agence régionale de l'hospitalisation |
| BMR | Bactéries multi résistantes |
| CLIN | Comité de lutte contre les infections nosocomiales |
| C.CLIN | Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales |
| COMPAQH | Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière |
| CTIN | Comité technique des infections nosocomiales |
| CTINILS | Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins |
| DDASS | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DHOS | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| EBLSE | Enterobactéries productrice de beta lactamase à spectre élargi |
| EOHH | Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière |
| HAS | Haute autorité de santé |
| ICALIN | Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales |
| INSERM | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| InVS | L'Institut de veille sanitaire |
| RAISIN | Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales |
| SARM | Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline |
| SHA | Solution hydro alcoolique |