



**Journée nationale « Hygiène des mains »**  
**Vendredi 23 mai 2008**

**Dossier de presse**

**Contact Presse – Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports**  
**01 40 56 40 14**

## Sommaire

### **I- La journée nationale « Hygiène des mains » le 23 mai 2008 et les autres mesures prévues en 2008 pour lutter contre les infections nosocomiales**

1. La Journée nationale « Hygiène des mains », le 23 mai 2008
2. La signature de la déclaration promue par l’OMS
3. La création de structures de prise en charge des infections ostéo-articulaires – 1 500 000 euros de budget alloué
4. La pénalisation de l’absence de surveillance des infections nosocomiales du site opératoire

### **II- Les infections nosocomiales : contexte**

1. Définition et circonstances de survenue
2. Comment se situe la France par rapport à ses voisins européens ?
3. Réglementation et législation

### **III- La politique menée par le ministère de la santé pour lutter contre les infections nosocomiales**

1. Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère
2. Les moyens de lutte mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales : recommandations nationales, programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 et information des usagers

### **IV- Infections nosocomiales : questions-réponses pour les usagers**

1. Avant une hospitalisation
2. Pendant une hospitalisation
3. Après une hospitalisation

### **Annexes :**

- Les fiches techniques des 4 indicateurs et du score agrégé : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB
- Les abréviations

## I- La journée nationale « Hygiène des mains » et les autres mesures prévues en 2008 pour lutter contre les infections nosocomiales

---

### 1. La journée « Hygiène des mains » le vendredi 23 mai 2008

A l'initiative de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, une journée nationale d'information et de sensibilisation sur l'hygiène des mains est organisée le vendredi 23 mai 2008 dans tous les établissements de santé volontaires.

Baptisée « **Mission mains propres** », cette action s'inscrit dans une démarche **de lutte contre les infections nosocomiales et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**.

A l'occasion de cette journée, un **kit prêt à l'emploi** a été diffusé à tous les établissements de santé pour favoriser les actions d'information pour les professionnels de santé et les patients. Ce kit, comprenant des **affiches et des plaquettes**, rappelle l'importance de l'hygiène des mains et les gestes qui permettent de réduire le risque d'infections nosocomiales.

Ce kit se compose pour chaque établissement de :

- **Plusieurs affiches rappelant aux professionnels de santé :**



→ **les incontournables de l'hygiène des mains :**

- manches courtes ou retroussées,
- mains et poignets sans bijoux,
- ongles courts et sans vernis.

→ **les avantages du lavage des mains par friction hydro-alcooliques :**

- plus simple,
- plus rapide,
- plus efficace,
- mieux toléré.

- Plusieurs **affiches génériques sur l'hygiène des mains** :



- Plusieurs centaines de **plaquettes à distribuer aux usagers** :



→ Rappelant que si les professionnels les soignent avec des mains désinfectées, il est aussi important que les patients et leurs visiteurs aient les mains propres

- Plusieurs centaines de **plaquettes à destination des professionnels** :



→ Rappelant les avantages du lavage des mains par frictions hydro-alcooliques,

→ Ainsi que les 8 étapes du lavage par frictions.



- Une charte d’engagement de l’établissement, pour les quatre années à venir, visant dix points pour poursuivre et renforcer l’implantation de la désinfection des mains.

Présentée à la signature du directeur et du président de la commission médicale d’établissement (CME), la charte propose la mise en œuvre de certaines mesures :

→ Développement d’une politique « mains sans bijoux » ;

→ Harmonisation et actualisation de la formation des professionnels dans le domaine de l’hygiène des mains ;

→ Promotion des produits hydro-alcooliques respectant les normes européennes ;

→ Installation de distributeurs de produits hydro-alcooliques (PHA) dans toutes les chambres et à chaque poste de soins ;

→ Diffusion des résultats des indicateurs de consommation de PHA...

En outre, le ministère a aménagé un **espace sur son site internet** consacré à la « mission mains propres » ([www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr) rubrique « Santé », puis « Mains propres »), sur lequel il est possible de retrouver tous les outils de la campagne, un quizz pour tester ses connaissances, les réponses d’experts à certaines questions ainsi que les contributions déposées par différents établissements participant à cette opération.

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative salue d’ores et déjà les initiatives des nombreux établissements qui ont engagé un programme de lutte contre les infections nosocomiales et qui se mobilisent autour de cette journée.

## **2. La signature de la déclaration promue par l'Organisation mondiale de la Santé**

Cette déclaration s'intègre dans le premier Défi Mondial pour la Sécurité des Patients « A Bonne Hygiène, Bons Soins », lancé en 2005 par l'OMS.

Il s'agit d'un programme clé de l'Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients qui vise à renforcer l'engagement des états membres des Nations Unies à lutter contre les infections liées aux procédures de soins.

**Les éléments clés de la mise en place de la stratégie du Défi Mondial comprennent :**

- **une action visant une prise de conscience de l'impact des infections liées aux soins** sur la sécurité des patients et la promotion de mesures préventives ;
- la proposition de **tester et de mettre en place les recommandations OMS accompagnées d'actions issues d'autres programmes** et en particulier les nouvelles recommandations sur l'hygiène des mains au cours des soins ;
- l'invitation des Ministres de la Santé des états membres de l'OMS à faire une **déclaration officielle d'engagement dans la lutte contre les infections** liées aux soins dans leur pays.

**De nombreux pays se sont d'ores et déjà engagés dans la lutte contre les infections liées aux soins. Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, signera prochainement cette charte.**

## **3. La création de 10 structures de prise en charge des infections ostéo-articulaires – 1 500 000 euros de budget alloué**

Les infections ostéo-articulaires complexes recouvrent les infections sur prothèses ou sur matériel d'ostéosynthèse et les infections post-traumatiques (fractures ouvertes) qui sont le plus souvent des infections post-opératoires.

Le nombre de nouveaux cas d'infections ostéo-articulaires prothétiques peut être estimé entre 2000 et 2500 par an.

Les conséquences de ces infections prothétiques sont graves : 50% des patients arrêtent définitivement leur activité professionnelle à la suite d'une infection profonde ; pour l'autre moitié, l'arrêt de travail dure 2 ans en moyenne.

La prise en charge des infections ostéo-articulaires est inscrite dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Cette problématique est une des préoccupations majeures de l'association le LIEN (association de lutte contre les infections nosocomiales, états généraux de la LIN 2007).

La mission de ces centres sera d'assurer une expertise et une prise en charge de qualité des infections ostéo-articulaires en réunissant autour du patient l'ensemble des compétences nécessaires.

Six sociétés savantes, en collaboration avec le LIEN, ont élaboré un cahier des charges relatif à une prise en charge de qualité des infections ostéo-articulaires. Le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins a rendu un avis favorable à la création de tels centres.

### **10 centres, 1 500 000 euros alloués**

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a sollicité les agences régionales d'hospitalisation afin de recenser les établissements de santé qui ont une activité de prise en charge des infections ostéoarticulaires complexes. Ces centres seront ensuite reconnus par les régions afin d'aboutir à la mise en place progressive de **10 centres répartis selon un maillage national adéquat.**

**Dans la loi de finances de la sécurité sociale pour 2008 (LFSS), un financement de 900 000 euros a été alloué et sera réparti au titre de missions d'intérêt général (MIG) pour l'activité de coordination, expertise, recherche pour la prise en charge des patients atteints d'infections ostéoarticulaires complexes, sur 6 centres de recours et d'expertise.**

**6 centres seront donc reconnus en 2008 avec un financement de 900 000 euros et 600 000 euros supplémentaires seront alloués en 2009 pour 4 nouveaux centres, soit un budget total de 1 500 000 euros.**

#### **4. La pénalisation de l'absence de surveillance des infections nosocomiales du site opératoire**

Paru pour la première fois dans le tableau de bord des infections nosocomiales 2005 (publié en janvier 2007), SURVISO recense le nombre de service de chirurgie ayant mis en place une enquête d'incidence des infections du site opératoire chez les patients opérés.

Pour le tableau de bord 2006, SURVISO est pondéré en fonction du taux de participation des services de chirurgie à la surveillance dans le score agrégé.

En 2006, des efforts restent à faire puisque encore 28,5% des établissements (314 sur 1102 concernés) ne réalisent pas d'enquête de surveillance des infections du site opératoire des patients opérés.

**Pour le tableau de bord sur les données 2007 qui sera rendu public début 2009, la surveillance des infections du site opératoire sera cotée différemment avec une pénalité supplémentaire pour les établissements qui n'auront mis en place aucune surveillance.**

**Les modalités d'application de cette pénalité sont à l'étude par le comité d'orientation des indicateurs du tableau de bord.**

## II - Les infections nosocomiales : contexte

---

### 1. Définition et circonstance de survenue

#### **Qu'est-ce qu'une infection nosocomiale ?**

Les infections nosocomiales (IN) sont les infections contractées dans un établissement de santé.

Cette définition, issue des « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » édité en 1999, a été actualisée en novembre 2006, par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins, avec la participation de membres de la Commission Nationale des Accidents Médicaux et la consultation d'experts pluridisciplinaires.

#### **Comment se transmettent les infections nosocomiales ?**

Les infections peuvent être directement liées aux soins dispensés au patient (par exemple l'infection sur cathéter) ou simplement survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout acte médical (par exemple une épidémie de grippe). Il existe plusieurs types d'infections nosocomiales relevant de **modes de transmission différents** :

- Les infections d'origine "endogène" : le malade s'infecte avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière ;
- Les infections d'origine "exogène" : les micro-organismes ont pour origine les autres malades (transmission croisée entre malades ou par les mains ou matériels des personnels), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier (eau, air, équipements, alimentation...).

#### **Quelle peut-être la gravité d'une infection nosocomiale?**

Toutes les infections n'ont pas la même gravité. Cette gravité dépend, d'une part de l'état du patient et d'autre part, de la virulence de l'agent infectieux. Plus le patient est fragilisé, plus l'infection sera grave.

Les infections urinaires, qui représentent les infections nosocomiales les plus fréquentes, ne sont en général pas graves. En revanche, certaines infections pulmonaires ou certaines septicémies (infections provoquées par des agents pathogènes présents dans le sang) peuvent être très graves et parfois entraîner la mort.

#### **Quelles sont les infections nosocomiales les plus courantes ?**

La dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales menée en 2006 montre que les infections les plus fréquentes touchent l'appareil urinaire (30 % des IN), les voies respiratoires (la pneumopathie représente 15 % des IN) et le site opératoire (intervention chirurgicale) 14 %.

## **Combien de personnes meurent chaque année d'une infection nosocomiale?**

On estime que les infections nosocomiales sont la cause directe de plus de 4 000 décès par an en France (estimation à partir de l'enquête menée en 2001 par le CCLIN Paris Nord).

## **Quels sont les facteurs favorisants ?**

Quel que soit son mode de transmission, la survenue d'une infection nosocomiale est **favorisée par la situation médicale du patient** qui dépend de :

- **son âge et sa pathologie** : sont particulièrement réceptifs les personnes âgées, les personnes immunodéprimées, les nouveaux nés, en particulier les prématurés, les polytraumatisés et les grands brûlés ;
- **certains traitements** (antibiotiques qui déséquilibrent la flore bactérienne des patients et sélectionnent les bactéries résistantes ; traitements immunosuppresseurs) ;
- **la réalisation d'actes invasifs nécessaires au traitement du patient** : sondage urinaire, pose d'un cathéter, ventilation artificielle ou intervention chirurgicale ...

Les progrès médicaux permettent de prendre en charge des patients de plus en plus fragiles qui cumulent souvent de nombreux facteurs de risque. Cela impose de prendre en compte ces facteurs de risque lors de l'interprétation des taux d'infections nosocomiales mesurés dans les enquêtes épidémiologiques.

Aussi, la prévention des infections nosocomiales est complexe car la plupart d'entre elles relèvent de plusieurs facteurs. S'il est difficile de maîtriser tous les facteurs liés à la situation médicale des patients dans l'état actuel de nos connaissances, la qualité des soins et la sécurité de l'environnement hospitalier doivent en revanche faire l'objet d'une vigilance renforcée et d'actions de prévention.

La vigilance accrue autour de l'application de gestes simples d'efficacité démontrée, comme l'hygiène des mains entre chaque soin et le port de gants pour réaliser un geste invasif sont des éléments fondamentaux de la sécurité des soins.

La démarche de prévention des infections nosocomiales doit s'inscrire dans une démarche globale de gestion des risques hospitaliers.

## **2. Comment se situe la France par rapport à ses voisins européens ?**

Le taux d'infections nosocomiales en France est parmi le plus faible par rapport à celui observé dans les autres pays européens (cf. tableau).

Trois enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) ont été réalisées en 1996, en 2001 et en juin 2006.

En 2006, 2 337 établissements de santé, représentant 95% des lits d'hospitalisation et 358 467 patients ont été inclus.

Le jour de l'enquête 2006, 17 820 patients étaient infectés **soit une prévalence de patients infectés de 4,97%** ;

Entre 2001 et 2006, on a noté une diminution de 12 % de la prévalence des patients infectés et de 40% de ceux infectés par un staphylocoque doré résistant à la méticilline (bactérie faisant partie des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques).

Le rapport du groupe européen « Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance » (HELICS) de mars 2006 sur les infections du site opératoire pour les données 2004 montre que les chiffres de la France sont « très compétitifs ». La France y participe pour 278 établissements sur 628 du pool de 11 pays (Belgique, Finlande, Allemagne, Grèce, Hongrie, Lituanie, Pays Bas, Pologne, Espagne et Grande Bretagne).

La France présente notamment les taux d'incidence des infections du site opératoire parmi les plus faibles pour les cholécystectomies (1,0%) et les poses de prothèses de hanche (2,1%) tandis qu'elle se situe dans la moyenne pour les césariennes (2,6%).

<b>Pays</b>	<b>Année</b>	<b>Nombre d'établissements</b>	<b>Taux de prévalence patients infectés</b>
France tous types de séjours	2006	2 337	4,97%
Suisse court séjour	2004	50	7,2%
Finlande court séjour	2005	30	9%
Norvège long séjour	2003		7,3%
Norvège court séjour	2002	76	5,4%
Grèce	2001	14	9,3%
Slovénie court séjour	2001		4,6%
Espagne	2002	246	6,7%

### **3. Réglementation et législation**

Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales s'est déployé à la faveur des deux plans nationaux pluriannuels successifs (1995-2000 et 2005-2008) de lutte contre les infections nosocomiales.

**Ce dispositif se décline à plusieurs niveaux.**

#### Au niveau local

- Depuis 1988, chaque établissement de santé doit disposer d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).
- En 1999, le dispositif a été étendu aux cliniques privées.

- En 2006<sup>1</sup> dans le cadre de la réforme hospitalière, les CLIN dans les établissements publics sont transformés en sous-commissions de la CME, et demeurent l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales.
- Les établissements se dotent progressivement d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) chargée de la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales. Cette équipe, composée de professionnels spécialisés en hygiène hospitalière, varie en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement de santé. Pour les petits établissements, la création d'équipe inter-établissements est encouragée.

#### Au niveau Interrégional et régional

- En 1992, cinq structures interrégionales, les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), ont été créées en appui aux établissements de santé. Ces centres ont des missions de coordination, de conseil et d'expertise.
- Se sont constitués progressivement des relais régionaux à l'initiative des régions et depuis 2006<sup>2</sup> ces structures régionales ont été officialisées. Dénommées antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, elles sont chargées d'assurer un relais des CCLIN auprès des établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). La mise en place effective de ces antennes dans chaque région est presque aboutie.

#### Au niveau national

- Les missions de l'instance nationale (CTIN) qui avait été créée en 1992 ont été redéfinies, afin de séparer l'expertise scientifique du risque infectieux de la gestion nationale de ce risque dans le cadre du programme pluriannuel.
- Ainsi en 2004, le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a été créé (JO du 16 octobre 2004). Ce comité a pour mission de fournir une expertise en matière d'évaluation et de gestion du risque infectieux chez l'homme en milieu de soins, d'élaborer des avis ou recommandations et d'examiner toute question d'ordre scientifique ou technique relative au risque infectieux chez l'homme en milieu de soins.
- En 2007, cette instance est intégrée au Haut conseil de la santé publique (arrêté du 1er octobre 2007 paru au JO du 20 octobre 2007).

---

<sup>1</sup> Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la CME

<sup>2</sup> Arrêté du 17 mai 2006 relatif à la création d'antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

- Un groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008, mis en place au cours de l'année 2004, a pour mission de faire des propositions pour renforcer les actions prévues dans le programme national et pour évaluer ce programme. Il est également consulté sur l'organisation du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Ce groupe de pilotage est composé de représentants des cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), des directeurs d'ARH et des centres hospitaliers, des fédérations hospitalières, de l'Institut de Veille Sanitaire, et d'un représentant d'une association d'usagers.
- La surveillance épidémiologique (enquête nationale de prévalence, réseaux de surveillance de l'incidence des ISO<sup>3</sup>, BMR<sup>4</sup>, bactériémies nosocomiales, AES<sup>5</sup> et infections nosocomiales en réanimation) et la gestion des alertes nosocomiales sont coordonnées au niveau national par le Réseau d'alerte, d'investigation et surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), qui associe les 5 C.CLIN et l'InVS.
- La cellule « infections nosocomiales », commune à la DGS et à la Dhos, est chargée de l'élaboration et de la coordination nationale de la politique de lutte contre les infections nosocomiales.
- La mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (IDMIN devenu MIDIS) créée en mars 2006 au sein de la Haute Autorité de santé (HAS), sur demande du ministre de la santé, constitue un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers et permet une interface qui renforce le dialogue entre les usagers, les professionnels de santé et les institutions de la santé.

---

<sup>3</sup> Infections de site opératoire

<sup>4</sup> Bactéries multirésistantes aux antibiotiques

<sup>5</sup> Accidents d'exposition au sang

### **III - La politique menée par le ministère de la santé sur les infections nosocomiales**

---

#### **1. Depuis 1988, une priorité continue et volontariste du ministère**

- réduire significativement le nombre d'infections nosocomiales ;
- réduire la fréquence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.

En 1995, un premier plan coordonné d'actions de lutte contre les infections nosocomiales était lancé par le ministère. Ses objectifs étaient de réduire significativement le nombre d'infections nosocomiales et la fréquence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Les avancées majeures qui en résultent constituent aujourd'hui le socle de la politique nationale :

Un dispositif spécifiquement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales, structuré à tous les échelons :

- un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et une Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) dans l'établissement de santé ;
- des antennes de lutte contre les infections nosocomiales au niveau régional, avec des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN) dans l'interrégion ;
- un réseau national de surveillance épidémiologique coordonné par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) et performant tant au plan de la qualité méthodologique que du nombre d'établissements et de services participants ;
- un maillage territorial des services déconcentrés de l'Etat (référénts régionaux dans les DRASS, médecins inspecteurs assurant la gestion des signalements dans les DDASS).

#### **2. Les moyens de lutte mis en place :**

→ des recommandations nationales de référence, garantes d'une culture de bonnes pratiques commune ;

→ une mise en place à part entière de l'hygiène hospitalière dans la formation initiale et continue des professionnels de santé ;

→ un dispositif de signalement des infections nosocomiales les plus graves, rares ou les plus inhabituelles (en juillet 2001), sans équivalent à l'étranger.

En 2003, afin de prendre en compte les actions développées depuis 1995 et les évolutions du système de santé publique français, un groupe de travail réunissant des représentants du CTINILS, de l'InVS, de la SFHH (société française d'hygiène hospitalière) et du ministère chargé de la santé s'est attaché à élaborer un nouveau programme 2005-2008 pluriannuel.

**Le Programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 (qui sera évalué en 2009) comprend cinq orientations :**

- l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels ayant un impact sur le risque infectieux ;
- l'adaptation des structures et l'évolution du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales ;
- l'optimisation du recueil et de l'utilisation des données de surveillance et du signalement des infections nosocomiales ;
- une meilleure information des patients et communication sur le risque infectieux lié aux soins ;
- la promotion de la recherche.

**L'information des usagers – information des personnes malades :**

- **le renforcement de la transparence**

**Les établissements de santé sont tenus de renseigner le public sur la lutte contre les infections nosocomiales** à travers d'une part, **le livret d'accueil remis au patient hospitalisé** et, d'autre part, **le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales**, accessible au public.

**Les représentants des usagers siégeant au conseil d'administration doivent assister, avec voix consultative, à la séance du CLIN** au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.

Un représentant des usagers siège dans chacune des instances nationales (CTINILS, groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales).

Le 6 mars 2006 a été créée par la Haute autorité de santé, sur demande du ministre de la santé, **la mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (IDMIN)**, afin de constituer un lieu d'écoute et de réponse aux demandes individuelles des usagers et de permettre une interface qui renforce le dialogue entre les usagers, les professionnels de santé et les institutions de la santé.

Dans chaque établissement de santé, le tableau de bord des infections nosocomiales doit être mis à disposition des usagers.

Pour les données de l'année 2006, le tableau de bord comporte 4 indicateurs et un Score Agrégé : ICALIN, ICSHA, SURVISO, et ICATB.

**L'ICALIN** (indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales), est le reflet du niveau d'engagement de l'établissement de santé, en particulier de sa Direction, de son équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

**L'ICSHA** (indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques), publié pour la deuxième fois est le reflet de la mise en œuvre de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

**SURVISO** (surveillance des infections du site opératoire), renseigne sur le nombre de services de chirurgie ayant mis en place une enquête de surveillance des infections du site opératoire chez les patients opérés

**ICATB** (indice composite de bon usage des antibiotiques), 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 dans une stratégie visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques

**SCORE AGREGE** introduit pour la première fois pour ce tableau de bord 2006, le score agrégé permet de résumer les quatre indicateurs du tableau de bord avec la pondération suivante : ICALIN 40%, ICSHA 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%

- **Le site internet sur les infections nosocomiales de « [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) »**

Depuis 1999, la rubrique "Infections nosocomiales" du site Internet du Ministère de la santé permet de faire connaître les différentes actions menées et documents produits sur ce thème. Les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales sont disponibles en ligne.

- **Le portail téléphonique d'information du ministère de la santé**

Info' Ministère - 0820 03 33 33 (0,15 € TTC / MN) permet de répondre aux demandes d'informations des usagers sur le tableau de bord des infections nosocomiales.

- **Les voies d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales**

Il existe trois voies d'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales :

La loi sur les droits des malades a mis en place un dispositif de **règlement amiable compétent pour les accidents médicaux**, et donc les infections nosocomiales.

- Si l'infection nosocomiale est grave, (elle a entraîné un taux d'incapacité permanente supérieur à 25% ou le décès), l'avis est adressé à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) qui proposera une indemnisation à la victime ou à ses ayants droits en cas de décès.
- Si l'infection nosocomiale n'atteint pas ce niveau de gravité l'avis sera transmis à l'assureur de l'établissement responsable.

- Si les critères de gravité fondant la compétence du nouveau dispositif ne sont pas atteints ou si l'accident est antérieur au 4 septembre 2001 ou encore tout simplement si la personne le souhaite, **elle peut saisir le juge compétent.**

Enfin, il est toujours possible de faire du **règlement amiable directement avec l'établissement et son assureur.** Il faut pour cela saisir la direction de l'établissement d'une demande en ce sens.

- **Les recommandations des bonnes pratiques d'hygiène**

Le ministère a rappelé en décembre 2003, en juin 2004, en juillet 2005 et en décembre 2006 aux établissements de santé les mesures de prévention à mettre en œuvre. Le CTINILS a émis un avis spécifique visant à prévenir la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides au sein des établissements de santé (Bulletin Officiel du 15 novembre 2005), complété par une fiche technique opérationnelle en décembre 2006 et travaille encore sur ce thème pour compléter le dispositif.

La prévention repose sur des mesures de protection systématique des patients et du personnel vis à vis des risques infectieux liés au contact avec les malades porteurs ou leur environnement immédiat. Les mesures d'hygiène de base, essentiellement l'hygiène des mains, sont indispensables pour éviter la transmission des BMR de patients à patients. La prévention repose aussi sur des mesures spécifiques (isolement technique des patients porteurs). C'est pourquoi les patients porteurs de BMR doivent être identifiés précocement et signalés lors de leurs transferts. Lors des visites, les familles et proches doivent respecter les précautions d'hygiène, notamment des mains. De même, après le retour au domicile d'un malade porteur de BMR, chacun doit veiller à une bonne hygiène.

De nombreuses circulaires et des guides de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ont été élaborés sous l'égide du ministère chargé de la Santé. Ces documents concernent :

***L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé***

Ces guides ou circulaires sont diffusés aux DDASS, DRASS, ARH et établissements de santé ainsi qu'aux instituts de formation paramédicale, conseils de l'ordre et sociétés savantes. Ils sont disponibles sur le site Internet du ministère dans le dossier infections nosocomiales.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/nosoco.html>

## IV- Infections nosocomiales : questions-réponses pour les usagers

---

### 1. Avant une hospitalisation

#### **Que puis-je faire pour limiter les infections ? Quelles précautions dois-je prendre en cas d'hospitalisation ?**

Dans la plupart des situations, pour l'hygiène de base, il n'est pas nécessaire d'appliquer des mesures différentes de celles que vous observez habituellement dans la vie courante.

Il s'agit le plus souvent d'appliquer les principes quotidiens de propreté: propreté corporelle (une douche par jour), hygiène bucco-dentaire (brossage des dents au moins deux fois par jour), propreté des vêtements (sous-vêtements changés tous les jours), propreté des mains après des activités qui souillent les mains (après chaque passage aux toilettes, après le ménage ou le jardinage par exemple) et avant des activités propres (par exemple avant le repas, donner des soins à son bébé).

Lors d'une hospitalisation, il faut vous munir de votre nécessaire de toilette (savon liquide, dentifrice) et en particulier d'une brosse à dents en bon état, de rasoir, peigne, brosse à cheveux. Vos serviettes de toilette doivent être fréquemment lavées et correctement séchées. Lorsque des accessoires ne peuvent pas être fournis ou sont oubliés, les équipes soignantes disposent de certains accessoires en « dépannage » qui sont à patient unique ou qui seront ensuite désinfectés entre chaque patient.

#### **Faut-il observer des précautions particulières avant une intervention chirurgicale, une endoscopie, un examen en radiologie interventionnelle ?**

En cas d'intervention chirurgicale programmée, il vous est demandé de participer à la préparation de votre intervention. Cette participation consiste tout d'abord à renforcer votre hygiène corporelle la veille et le matin de l'intervention.

Cette mesure est souvent préconisée lors de la première consultation préopératoire avec le chirurgien et avec l'anesthésiste. Une plaquette expliquant les consignes à respecter ainsi qu'une ordonnance comportant la prescription d'un savon antiseptique vous sont remises à l'issue de ces entretiens en complément de la discussion avec les médecins. Il est très important de suivre attentivement les recommandations de votre praticien.

Au domicile, il peut arriver que cette information manque de précisions ou soit mal comprise. Ainsi, il arrive que des patients rasent la zone à opérer avec un rasoir à lames et provoquent ainsi des micro-plaies : la pratique du rasage mécanique est déconseillée pour cette raison. En cas de doute, n'hésitez pas à interroger les équipes du service de consultations ou du futur service d'hospitalisation ou encore votre médecin traitant.

## **Existe-t-il des soins spécifiques qui permettent de réduire le risque infectieux avant mon intervention (antibioprophylaxie, dépistages...) ?**

Pour certaines interventions le chirurgien prescrira des examens complémentaires (dépistage d'infections dentaires ou urinaires), ceci afin de les traiter avant l'intervention. Des conseils hygiéno-diététiques avant une intervention vous seront prodigués en particulier l'arrêt du tabac si vous fumez. Vous concurrez à diminuer le risque infectieux si vous les respectez scrupuleusement.

## **2. Pendant une hospitalisation**

### **Dois-je prendre des précautions particulières si je suis infecté(e) ?**

Oui, il vous est demandé de participer à la maîtrise du risque de diffusion des microorganismes dont vous êtes porteur temporairement. Selon le micro-organisme en cause et sa capacité à provoquer une épidémie dans le service de soins, et selon sa localisation, il vous sera demandé de respecter des règles d'hygiène plus exigeantes : vous désinfecter les mains avant de quitter votre chambre, lorsque vous y êtes autorisé, par exemple pour rejoindre la salle à manger (dans des services de soins de suite, des maisons de retraite) ou lors d'un transfert ; porter un masque destiné à la protection des personnes présentes (par exemple dans une salle d'attente, dans une ambulance ou lors de la visite de vos proches ou en présence de soignants).

Cette situation difficile s'ajoute aux contraintes d'une hospitalisation. Il peut arriver que des difficultés à surmonter ce sentiment d'isolement surviennent, auxquelles s'ajoutent des difficultés d'autre nature : difficultés financières, difficultés socioprofessionnelles. Ces préoccupations peuvent parfois être ignorées des soignants. Il est important de parler de vos difficultés avec les soignants pour qu'elles puissent être prises en compte, si besoin par une assistante sociale.

Pendant ou après votre hospitalisation, vous pouvez être amené à utiliser vous-même des aiguilles ou des dispositifs auto-piqueurs, par exemple pour la prévention des phlébites, pour des injections d'insuline ou pour des glycémies au doigt. Vous ne devez ni laisser traîner ces objets piquants ni les jeter dans une poubelle standard car ils peuvent être responsables de piqûres et d'infection pour les soignants ou pour votre entourage. Vous devez éliminer ces objets piquants dans des conteneurs adaptés, qui prennent habituellement la forme d'une boîte en plastique rigide dont la couleur dominante est le jaune, fermée par un couvercle muni d'une ouverture pour glisser l'aiguille ou la lancette.

Ces conteneurs sont mis à disposition dans votre chambre d'hôpital par l'équipe soignante ou sont disponibles auprès du pharmacien proche de votre résidence après la sortie de l'hôpital. Une limite de remplissage est indiquée sur ces conteneurs et, dès que cette limite est atteinte, le conteneur doit être fermé.

De retour à votre domicile, pour connaître les modalités d'élimination de ces conteneurs, vous pouvez vous adresser à la mairie de votre commune ou au service Santé environnement de la DDASS de votre département.

### **Existe-t-il des mesures imposées à mon entourage lorsque je suis infecté(e) ?**

Oui, le personnel soignant est à la disposition de votre entourage pour lui fournir toutes les explications utiles. Le port d'une sur blouse sur la tenue de ville des visiteurs peut être exigé lorsque vous êtes placé en isolement infectieux. Le nombre de visiteurs est souvent limité. Le but de ces consignes est d'éviter la diffusion dans l'environnement des micro-organismes responsables de votre infection.

Lorsque vous êtes en isolement, la désinfection des mains par friction doit être pratiquée après chaque visite. Cette mesure est capitale pour éviter la diffusion des microorganismes dans l'environnement. N'hésitez pas à demander les produits nécessaires à l'équipe soignante.

Il peut arriver que le linge personnel soit lavé par vos proches même dans les situations d'isolement : serviettes de toilette, vêtements fragiles. Dans tous les cas, le lavage en machine doit être préféré chaque fois que c'est possible. Sauf en cas de recommandations spécifiques d'un service de soins, cette consigne est suffisante. Les vêtements fragiles (nettoyage à sec) doivent être évités pendant la durée de l'isolement. Le linge sale doit être lavé rapidement afin qu'il ne séjourne pas longtemps dans la chambre.

Certaines situations d'isolement peuvent être particulièrement pénibles pour les proches. Il est important que celles-ci puissent être évoquées avec les soignants pour mieux prendre en charge les difficultés rencontrées. Dans tous les cas, les soignants sont à votre disposition pour vous renseigner.

### **3. Après une hospitalisation**

#### **Quelles sont les mesures à appliquer lors de mon retour au domicile ?**

En l'absence d'infection, à votre retour à domicile, vous devez surveiller votre température. Une fièvre doit faire reprendre contact avec le chirurgien qui vous a opéré.

Une inflammation de la plaie, un écoulement même clair, un gonflement de la zone opératoire doivent vous faire consulter votre médecin traitant qui jugera de la nécessité d'une consultation auprès du chirurgien.

Le pansement doit être maintenu propre et au besoin refait par une infirmière en cas de souillure de l'extérieur.

Les fils ou agrafes doivent être enlevés à la date prévue, par une infirmière, par le médecin traitant ou par le chirurgien si celui-ci l'a spécifié. Une réapparition de douleurs nécessite de consulter le médecin traitant.

Lorsque des soins post-opératoires sont prescrits pour votre retour à domicile, il faut rester vigilant sur le suivi de vos soins. Assurez-vous du relais entre l'établissement de santé et votre médecin de ville. Vous devez disposer d'une ordonnance complète, de documents administratifs éventuels, d'un certificat de prolongation d'arrêt de travail par exemple.

Dans tous les cas, les soignants qui travaillent en dehors des établissements de santé disposent des mêmes consignes de prévention tant au niveau des techniques de soins, du respect de l'hygiène des mains, que de l'élimination conforme des déchets à risque infectieux par exemple.

Les précautions à prendre consistent à vous rappeler, ainsi qu'à vos proches, les règles d'hygiène de base à appliquer :

- individualiser le linge de toilette,
- aérer la chambre quotidiennement voire plusieurs fois par jour si nécessaire,
- se laver souvent les mains en particulier après être allé aux toilettes, avant les repas.

## **ANNEXES**

## **ICALIN**

### **INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

#### **Qu'est ce que ICALIN ?**

C'est l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, il s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 100.

Ce score chiffré est composé de 31 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales considérés comme les plus importants pour la lutte contre ces infections. Un nombre de points a été affecté à chacun des critères selon leur importance.

#### **Qu'est ce que n'est pas ICALIN ?**

ICALIN n'est pas le taux des infections nosocomiales de l'établissement de santé.

#### **Pourquoi ICALIN est-il appelé score composite ?**

ICALIN est composé d'un ensemble d'éléments permettant de caractériser l'activité des établissements de santé publics et privés en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

#### **Quel est l'objectif d'ICALIN, à quoi sert ICALIN ?**

Ce premier indicateur du tableau de bord permet d'inciter tous les établissements à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de lutte contre les infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de sécurité.

Le score ICALIN propose à l'utilisateur un éclairage synthétique d'un problème complexe qu'est la lutte contre les infections nosocomiales ; il repose sur des éléments concrets. Il peut être l'occasion de mieux échanger avec les professionnels de santé auxquels l'utilisateur s'adresse pour juger du risque infectieux qui le concerne, en commençant par son médecin traitant.

Cette démarche de score et d'indicateur est conduite dans le cadre du programme national de Lutte contre les Infections Nosocomiales avec pour objectif d'ici 2008, que le score ICALIN ait progressé pour tous les établissements de santé, et qu'aucun ICALIN à ce terme n'ait une valeur comprise dans la dernière classe de performance telle qu'elle a été définie à partir des données 2003.

#### **A partir de quels critères ICALIN est-il construit ?**

ICALIN est construit avec 31 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales, bilan que chaque établissement de santé public et privé doit établir annuellement selon un modèle défini par un texte réglementaire.

Ces critères sont regroupés en 3 aspects de la lutte contre les infections nosocomiales d'importance égale : organisation, moyens et actions.

L'addition des points de tous ces critères permet de construire l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : l'ICALIN.

***Quels sont les critères retenus dans l'aspect « organisation de la lutte contre les infections nosocomiales » ?***

L'organisation est surtout reflétée par l'activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Les critères pour l'organisation sont : l'existence d'un programme annuel et d'un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales, et la manière dont les différentes instances consultatives de l'établissement sont tenues informées à ce sujet.

**Quels sont les critères retenus dans l'aspect « Les moyens de la lutte contre les infections nosocomiales » ?**

La composition de « l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière » (EOHH) chargée de la prévention des infections nosocomiales mais aussi l'existence de correspondants en hygiène chargés de relayer l'action de cette équipe au sein des services.

**Quels sont les critères retenus dans l'aspect « Les actions de lutte contre les infections nosocomiales » ?**

La mise en place des protocoles de bonnes pratiques, la surveillance des infections et l'évaluation de la qualité des soins.

**Pourquoi y a-t-il plusieurs catégories d'établissements ?**

Les différents établissements de santé ont des missions, une taille et des activités très différentes. Il y a ceux qui réalisent des soins lourds et complexes et ceux de proximité assurant les soins courants. 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. Ainsi, il a été nécessaire de définir différentes catégories d'établissements.

**C'est quoi une classe ? Combien de classes ?**

ICALIN est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

Le score chiffré est associé automatiquement à une classe définie en A, B, C, D, E et F. Ce système de classes repose sur des études statistiques classant les établissements d'une catégorie selon leur score ICALIN.

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 6 classes de performance : ICALIN de A à F.

**Les bornes des classes ?**

Les bornes des classes ainsi définies ont été établies à partir des données des bilans 2003 (avant le lancement du tableau de bord). Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements (car les scores des établissements ne sont comparables qu'au sein d'une même catégorie), elles ont servi pour le classement 2004 et resteront fixes les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul.

**A quoi correspond la classe A ?**

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICALIN les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée.

### **A quoi correspond la classe E ?**

La classe E réunit les établissements ayant les scores ICALIN les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas qu'aucune mesure de prévention n'est prise mais que la structure est en retard dans l'organisation de la prévention par rapport aux autres établissements de même nature en France.

### **A quoi correspondent les classes B, C, D ?**

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

### **A quoi correspond la classe F?**

Il s'agit d'établissements de santé n'ayant pas envoyé de bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales ou dont les données n'étaient pas utilisables.

C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.

### **Existe t-il des établissements ayant un score de 100 et qu'est ce que cela signifie ?**

Un score ICALIN parfait (100 points) ne signifie pas qu'il n'existe pas de risque infectieux dans l'établissement, mais indique que l'établissement a mis en place un dispositif maximum pour limiter ce risque.

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

L'établissement de santé peut afficher son score ICALIN pour montrer son état d'avancement de la mise en place de la lutte contre les infections nosocomiales. Le score valorise les établissements les plus impliqués et incite les autres à progresser.

### **Le score ICALIN : et ensuite ?**

La diffusion du score ICALIN est une première réponse, très importante, à la demande des usagers d'information et de transparence. Il propose une première vision objective de la façon dont les établissements de santé en France ont pris en compte la prévention et la gestion des infections nosocomiales : moyens spécifiquement alloués, volonté des responsables et implication des professionnels de santé.

Pour atteindre ces objectifs, chaque établissement de santé, et en priorité chacun de ceux qui sont dans la classe E, doit analyser ses propres résultats et inscrire dans son programme d'action la mise en œuvre d'activités non encore réalisées afin de pouvoir progresser de classe de résultats pour l'ICALIN 2005 et 2006 (publié 2007-2008)

La comparaison des résultats de l'ICALIN 2004 et 2006 montre que :

- 56% des établissements de santé sont classés A (32.5% pour ICALIN 2005 ; 11.6% pour ICALIN 2004 et)
- 1.03% des établissements de santé sont classés E (2.8% pour ICALIN 2005 ; 5.8% pour ICALIN 2004)
- 0.92% des établissements de santé sont classés F (2.6% pour ICALIN 2005 ; 14.3% pour l'ICALIN 2004).

Ces résultats reflètent les efforts menés par les établissements de santé pour progresser dans l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

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

Un cahier des charges a été élaboré par des experts pour chaque critère à recueillir pour le calcul du score. Il précise quelles sont les preuves que les établissements doivent être en mesure de fournir pour attester de la fiabilité des données qu'ils transmettent dans le bilan d'activité annuel.

La qualité des données et les difficultés pour les recueillir ont été évaluées dans le cadre d'une vaste étude scientifique soutenue par le ministère de la santé, portant sur la mesure de la performance : le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière COMPAQH.

Ainsi, dans l'étude COMPAQH, qui a comparé en 2003 les données spontanément fournies par un échantillon d'établissements, avec les mêmes données recueillies avec leurs éléments de preuve par des enquêteurs indépendants, le score ICALIN est apparu comme un indicateur robuste et fiable.

Par ailleurs, des vérifications et des contrôles de données des bilans des activités sont définis et organisés chaque année par les services déconcentrés de l'Etat (DRASS).

En 2006, comme en 2005, un contrôle des données déclarées par les établissements de santé a été mené.

Les éléments du tableau de bord 2006 ont été vérifiés dans 274 établissements sur une base nationale qui en compte plus de 2 800, soit près d'un établissement sur 10.

Soixante-huit départements ont effectué ces validations et quatre d'entre eux ont évalué l'ensemble de leurs établissements.

**ICSHA**  
**INDICATEUR DE CONSOMMATION DES SOLUTIONS**  
**ET GELS HYDRO-ALCOOLIQUES**

**Qu'est ce que ICSHA?**

ICSHA est l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains. C'est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective d'une des techniques utilisées pour l'hygiène, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales.

**Pourquoi ne s'intéresser qu'aux produits hydro-alcooliques ?**

L'expression «hygiène des mains» fait référence à des techniques de lavage au savon (simple ou antiseptique) ou de friction désinfectante des mains avec un produit hydro-alcoolique (PHA).

L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles liées aux bactéries multi-résistantes.

Il est donc important d'inciter les établissements de santé à promouvoir cette technique pour l'hygiène des mains.

**Qu'est ce que n'est pas ICSHA ?**

Un ICSHA bas ne veut pas dire que les soignants ne se lavent pas les mains. Il signale seulement l'investissement de l'établissement dans la promotion de l'hygiène des mains par les PHA.

**Comment est construit l'ICSHA ?**

Une friction est réalisée avec 3 ml de produit environ. Si pour un patient, il y a une friction par jour, cela représente, pour 1000 journées d'hospitalisation, une consommation de 3 litres.

L'objectif national annoncé de 20 litres pour 1000 journées d'hospitalisation peut se traduire par l'équivalent, en moyenne, de 7 frictions effectuées par patient et par jour.

La réflexion autour de l'élaboration des classes de performance de cet indicateur a conclu à la nécessité de pondérer l'objectif à atteindre en fonction des types d'activités, ceci permet d'adapter cette mesure à tous les établissements de santé.

L'ICSHA est le rapport entre le volume consommé réellement par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation. Il est exprimé en pourcentage de réalisation de l'objectif.

L'objectif estimé de la spécialité est établi à partir d'un nombre minimal quotidien de frictions par patient et par jour (proportionnel à la quantité de soins nécessaires). Chaque friction correspond à une consommation de 3 ml de PHA ; L'objectif personnalisé est le minimum à atteindre pour chaque établissement.

Exemple :

ICSHA est le pourcentage de la consommation réelle par rapport à son objectif personnalisé. Un établissement qui a réellement consommé 5,5 l pour 1000 JH et dont l'objectif

personnalisé serait de 13,5 l pour 1000 journées d'hospitalisation aura atteint 40,7% (5,5/13,5) de son objectif.

### **C'est quoi une classe ? Combien de classe ?**

ICSHA est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés. Selon l'atteinte en pourcentage de l'objectif personnalisé, des classes de résultats de A à F ont été définies.

Certaines catégories d'établissements ne sont pas concernées par cet indicateur. Il s'agit des établissements exclusivement ambulatoires, des maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) et les Centres de postcure alcoolique exclusifs.

### **A quoi correspond la classe A ?**

La classe A correspond aux établissements qui ont atteint plus de 90% de leur objectif. En effet, certains établissements sont en avance et utilisent les PHA depuis plusieurs années. Ces établissements ont donc recours de façon très majoritaire aux PHA plutôt qu'au lavage des mains. De ce fait ils ont déjà atteint, voire dépassé leur objectif personnalisé qui est le minimum fixé d'ici 2008. De nouveaux critères de performance, plus exigeants, pourront être définis au-delà de 2008.

### **A quoi correspond la classe E ?**

La classe E correspond aux établissements qui ont atteint moins de 10 % de leur objectif.

Ceci peut s'expliquer par une implantation des PHA relativement récente en France. Le changement des habitudes professionnelles peut prendre du temps. **Les résultats faibles de certains établissements ne signifient pas pour autant une absence d'hygiène des mains** mais une utilisation encore majoritaire du lavage des mains à l'eau et au savon.

Par ailleurs, l'hygiène des mains ne se résume pas à la seule désinfection par friction et les techniques de lavage restent indiquées dans certaines situations où les PHA ne le sont pas (mains souillées par exemple).

### **A quoi correspondent les classes B,C, D ?**

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

### **A quoi correspond la classe F?**

La classe F regroupe les établissements pour lesquels les données - volume consommé, nombre de journées d'hospitalisation par discipline - ne sont pas disponibles.

C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.

## **SURVISO**

### **SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRES**

#### **Qu'est ce que SURVISO?**

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

Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale permettant de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

SURVISO est déduit du bilan d'activité rempli par chaque établissement. Il recense :

- la mention de l'existence d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO),
- et le nombre de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique participant à cette surveillance rapporté au nombre total de services ou secteurs de chirurgie et d'obstétrique de l'établissement.

La surveillance des ISO repose sur le suivi du nombre des patients infectés pendant l'hospitalisation et jusqu'à 30 jours suivant la sortie du patient (1 an en cas de pose de prothèse), rapporté au nombre total de patients opérés.

#### **Qu'est ce que n'est pas SURVISO?**

SURVISO ne classe pas les établissements selon le taux d'infections du site opératoire. En effet, l'utilisation de méthodologies diverses par les services de chirurgie et la prise en charge de patients ayant des niveaux de risque infectieux variables ne permet pas un affichage généralisé des résultats des surveillances épidémiologiques. Il n'y a donc pas de classement sur cette base pour le moment.

#### **Comment interpréter SURVISO ?**

Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (0,78 % pour 100 interventions chez les patients sans risque spécifique - données ISO-RAISIN 2005), ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière l'enquête nationale de prévalence. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale.

Il est recommandé que tous les services ou secteurs chirurgicaux soient engagés dans une démarche de surveillance. Cependant pour surveiller tous les patients, cela nécessite des systèmes d'information adaptés.

SURVISO précise le degré d'implication de l'établissement dans la prise en compte de cette activité à risque.

## **ICATB**

### **INDICATEUR COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES**

#### **Qu'est ce que ICATB?**

ICATB est un nouvel indicateur. C'est l'indice composite de bon usage des antibiotiques.

Il s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 20 associé à une à classe de performance de A à F.

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.

#### **Pourquoi s'intéresser au bon usage des antibiotiques ?**

En 2001, le Ministère de la Santé a lancé un premier plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. La France était alors le pays européen qui consommait le plus d'antibiotiques et possédait un des taux les plus élevés de résistance bactérienne, tant en ville qu'à l'hôpital. A l'aube du deuxième plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques, cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de **bénéfice** individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de **bénéfice** collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).

#### **Qu'est ce que n'est pas ICATB ?**

ICATB n'est pas le reflet de la prescription adéquate des antibiotiques

#### **Pourquoi ICATB est-il appelé score composite ?**

Comme ICALIN, ICATB est composé d'un ensemble d'éléments permettant de caractériser l'activité des établissements de santé publics et privés en matière de bon usage des antibiotiques. Ce score chiffré est composé de 11 critères du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales considérés comme les plus importants pour l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

#### **A partir de quels critères ICATB est il construit?**

ICATB comprend des items sur l'organisation du bon usage des antibiotiques dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre selon les mesures préconisées par la circulaire DHOS / n° 272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques.

ICATB est construit avec 11 critères regroupés en 3 aspects de la politique de bon usage des antibiotiques : organisation, moyens et actions.

L'addition des points de tous ces critères permet de construire l'Indicateur Composite de bon usage des antibiotiques.

#### **Quels sont les critères retenus dans l'aspect « organisation du bon usage des antibiotiques»?**

L'organisation est reflétée par l'activité de la commission des antibiotiques.

#### ***Quels sont les critères retenus dans l'aspect «moyens pour le bon usage des antibiotiques»?***

Les moyens sont reflétés au travers de l'existence d'un référent en antibiothérapie, du système d'information et de la dispensation de la formation dans ce domaine.

### **Quels sont les critères retenus dans l'aspect « actions pour le bon usage des antibiotiques » ?**

Les critères qui sont retenus sont la mise en place des protocoles relatifs à la prescription des antibiotiques, le contrôle de la prescription et de la durée de dispensation des antibiotiques, la surveillance des consommations des antibiotiques ainsi que l'évaluation de leur prescription.

### **C'est quoi une classe ? Combien de classe ?**

ICTAB est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

Le score chiffré est associé automatiquement à une classe définie de A à F.

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 6 classes de performance reposant sur des études statistiques d'une catégorie selon leur score ICATB.

Certaines catégories d'établissements ne sont pas concernées par cet indicateur. Il s'agit des établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoire, des Centres de postcure alcoolique exclusifs et des maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS).

### **Les bornes des classes ?**

Les bornes des classes ont été établies à partir des données des bilans 2006. Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements (car les scores des établissements ne sont comparables qu'au sein d'une même catégorie). Elles resteront fixes les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul.

### **A quoi correspond la classe A ?**

La classe A est composée des établissements ayant les scores ICATB les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance dans l'organisation, les moyens et les actions pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

### **A quoi correspond la classe E ?**

La classe E réunit les établissements ayant les scores ICATB les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement du bon usage des antibiotiques. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas que les traitements antibiotiques sont mal prescrits mais que la structure est en retard dans l'organisation, les moyens et les actions pour promouvoir le bon usage des antibiotiques par rapport aux autres établissements de même nature en France.

### **A quoi correspondent les classes B, C, D ?**

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

### **A quoi correspond la classe F ?**

Il s'agit d'établissements de santé n'ayant pas envoyé de bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales ou dont les données n'étaient pas utilisables.

C'est la classe la plus défavorable car la mesure de sa propre performance est le préalable nécessaire à toute démarche d'amélioration.

## **SCORE AGREGE EVOLUTION POUR FACILITER LA LECTURE DES RESULTATS**

### **Qu'est ce que le score agrégé?**

Le tableau de 2006 repose sur quatre indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO et ICATB) explorant des domaines complémentaires de la lutte contre les infections nosocomiales.

Le Ministère chargé de la santé vient de développer un **score agrégé** élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. C'est une façon de lire différemment les quatre 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 quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100.

### **Pourquoi un score agrégé?**

Le tableau de bord des infections nosocomiales répond à deux objectifs : l'un de transparence pour les usagers et l'autre d'outil de pilotage pour améliorer la qualité des soins pour les établissements de santé.

Si l'outil peut-être le même, sa lecture et son utilisation par les usagers et par les professionnels ne sont pas identiques.

**Les professionnels** doivent utiliser les indicateurs pris individuellement pour identifier les domaines à améliorer. **Les usagers** doivent avoir à leur disposition **un affichage simplifié des quatre indicateurs**.

### **Qu'est ce que n'est pas le score agrégé?**

Ce n'est pas un nouvel indicateur. Il ne reflète pas l'exhaustivité des actions de la LIN mais seulement celles prises en compte au travers des quatre indicateurs déjà disponibles.

### **Comment est élaboré le score agrégé :**

Le score agrégé s'exprime sous la forme d'un score chiffré sur 100 associé à une classe de performance de A à E par catégorie d'établissements.

Il est élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs des sorte qu'ICALIN vaut au maximum 40 points, ICSHA 30 points, ICATB 20 points et SURVISO 10 points.

La formule s'adapte en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs.

### **A quoi correspond la classe A ?**

La classe A est composée des établissements ayant les scores agrégés les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance dans les différents domaines explorés au travers des quatre indicateurs de la prévention des infections nosocomiales.

### **A quoi correspond la classe E ?**

La classe E réunit les établissements ayant les scores agrégés les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard dans les différents domaines explorés au travers des quatre indicateurs de la prévention des infections nosocomiales. Cependant l'appartenance à la classe E ne signifie pas que l'établissement ne fait rien dans ce domaine mais est en retard par rapport aux autres établissements de même nature en France.

### **A quoi correspondent les classes B,C, D ?**

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

## 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	Entérobactéries productrices de beta-lactamase à spectre élargi
EOHH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
ICALIN	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICSHA	Indice de consommation de produits hydro-alcooliques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	L'Institut de veille sanitaire
PHA	Produit hydro-alcoolique
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique
SURVISO	Surveillance des infections du site opératoire