



Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des solidarités, la santé et de la famille
Ministère de la parité et de l'égalité professionnelle

Direction : DGS/DHOS
Sous-direction : SD5/E2
Bureau : Cellule infections nosocomiales

Personne chargée du dossier :
Dr Philippe GARNIER

tél. : 01 40 56 50 06
fax : 01 40 56 78 00
mél. : philippe.garnier@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour attribution)

CIRCULAIRE DGS/SD5C-DHOS/E2/2005/96 du 18 Février 2005 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2004.

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : Recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Mots-clés : Comité de lutte contre les infections nosocomiales – Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2004.

Textes de référence : Article R. 711-1-2 du Code de la santé publique (Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé). Arrêté du 11 juin 2002 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Textes abrogés ou modifiés : Circulaire DGS\SD5C-DHOS\E2 N° 47 du 5 février 2004 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Annexes :

N° 1 : Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2004 de lutte contre les infections nosocomiales

N° 2 : Mode d'emploi du module automatisé de saisie pour le bilan d'activités 2004

N° 3 : Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales – Analyse nationale 2001-2003

En application de l'article R.711-1-2 du Code de la Santé Publique, tous les établissements de santé remplissent annuellement le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales défini par l'arrêté du 11 juin 2002 cité en référence.

1 – Bilan des activités de l'année 2004 :

a – Recueil des données par les établissements :

Les établissements de santé devront recueillir les données correspondantes au bilan des activités 2004 sur support informatique, qui devra être **renvoyé à la DDASS au plus tard le 29 avril 2005**

Le contenu du bilan 2004 est inchangé par rapport à 2003. De même, les modalités de saisie sont identiques : le module automatisé de saisie « *Clin5a.exe* » est à utiliser à l'identique, le changement de date, 2004 en lieu et place de 2003, permettant de générer automatiquement un nouveau fichier de données qui seront sauvegardées dans un fichier « *2004.rec* ». Il convient de rappeler aux établissements que le format papier du bilan est dans le fichier « *c:\bcr2001\bil2002.doc* » qui s'est installé automatiquement dans leur ordinateur quand ils ont utilisé le module pour la première fois.

Pour les établissements n'ayant pas encore utilisé le module automatisé de saisie, et pour ceux qui auraient changé d'ordinateur sans sauvegarder leurs fichiers, le module « *Clin5a.exe* » et son mode d'emploi peuvent être téléchargés sur le site du C-CLIN Sud-ouest (www.cclin-sudouest.com) à la rubrique « *Bilan des CLIN* ».

Pour les établissements qui ne disposent pas d'internet, il appartient aux DDASS de leur transmettre par disquette les fichiers « *Clin5a.exe* » et « *Annexe2.pdf* » (mode d'emploi).

Par ailleurs, nous vous rappelons que l'utilisation du module de saisie ne nécessite ni l'installation d'Epi-Info ni celle du logiciel Winzip®. Enfin, pour l'installation du module « *Clin5a.exe* », il est nécessaire d'introduire **un mot de passe qui est « clin »** (en minuscule).

Nous mettons à la disposition des établissements un numéro de téléphone direct : 01-40-56-50-06, pour tout problème technique lié à l'installation du logiciel et à son utilisation.

Nous attirons votre attention sur l'importance d'un recueil fiable de données, validé par le président du CLIN et le directeur de l'établissement.

b – DDASS :

Le contenu du bilan 2004 est inchangé par rapport à 2003. De même, les modalités de saisie sont identiques : le module automatisé de saisie « *Clin5a.exe* » est à utiliser à l'identique par l'établissement de santé, le changement de date, 2004 en lieu et place de 2003, permettant de générer automatiquement un nouveau fichier de données qui seront sauvegardées dans un fichier « *2004.rec* ». Depuis l'an dernier, il n'est plus nécessaire de transmettre ce programme sous forme de disquette aux établissements. Il convient de rappeler aux établissements que le format papier du bilan est dans le fichier « *c:\bcr2001\bil2002.doc* » qui s'est installé automatiquement dans leur ordinateur quand ils ont utilisé le module pour la première fois.

Pour les établissements n'ayant pas encore utilisé le module automatisé de saisie, et pour ceux qui auraient changé d'ordinateur sans sauvegarder leurs fichiers, le module « *Clin5a.exe* » et son mode d'emploi peuvent être téléchargés sur le site du C-CLIN Sud-ouest (www.cclin-sudouest.com) à la rubrique « *Bilan des CLIN* ».

Pour les établissements qui ne disposent pas d'internet, il appartient aux DDASS de leur transmettre par disquette les fichiers « *Clin5a.exe* » et « *Annexe2.pdf* » (mode d'emploi).

Ces différents fichiers sont également téléchargeables sur intranet (Santé, Nos missions « Pathologies et Santé », maladies infectieuses et politique vaccinale, Bilan standardisé).

La DDASS transmettra aux établissements les instructions présentes, le calendrier des étapes (annexe 1) et les « mode d'emploi du module automatisé de saisie pour le bilan 2004 » (Annexe 2) **au plus tard le vendredi 11 mars 2005**. Cet envoi doit être accompagné d'une **lettre de transmission** qui précisera le nom et les coordonnées de la personne responsable du dossier à la DDASS (notamment lors de l'envoi d'une disquette pour les établissements saisissant le bilan des activités pour la 1^{ère} fois et ne disposant pas d'internet), rappelant la date limite de retour du fichier

informatique, les modalités de renvoi du fichier informatique (par internet ou disquette) et la nécessité ou non d'envoyer également le questionnaire papier rempli (pour vérification ou / et exploitation locale des informations non traitées par l'informatique).

La DDASS suivra le retour des questionnaires remplis par les établissements pour en assurer la meilleure exhaustivité possible (Cf. infra le point 2 de la présente circulaire sur la valorisation des résultats des bilans). Elle constituera une **base de données départementale** sous Epi-Info par fusion des fichiers. Un module de fusion des fichiers sera disponible sur intranet à cet effet. L'accès est le suivant : Santé, Maladies infectieuses et politique vaccinale, Bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

La DDASS est chargée de transmettre la base départementale **à la DRASS, au plus tard le Vendredi 24 juin 2005.**

c – DRASS :

La DRASS est chargée de constituer une **base de données régionale** par l'agrégation des bases départementales au moyen de la fusion des fichiers.

La base de données régionale sera **envoyée à la Cellule infections nosocomiales** du Ministère chargé de la santé **au plus tard le Lundi 25 juillet 2005.**

Les DRASS doivent également transmettre au C.CLIN de leur inter-région la base de données régionale, en vue de traitements spécifiques utiles à la coordination interrégionale de la lutte contre les infections nosocomiales.

A l'aide du module automatisé de synthèse mis à leur disposition, les DRASS généreront, à partir de la base de données régionale, une **synthèse régionale** qui sera diffusée pour information aux établissements de la région.

2 – Valorisation des résultats des bilans annuels d'activités :

a – Bilan national 2004 :

Une analyse nationale sera réalisée par la Cellule infections nosocomiales du Ministère chargé de la santé et sera communiquée aux DRASS, ARH, DDASS et C.CLIN qui relayeront l'information auprès des établissements de santé.

b – L'Indice Composite du tableau de bord des infections nosocomiales:

L'Indice Composite du tableau de bord des infections nosocomiales est calculé à partir du bilan d'activité des établissements de santé. C'est le premier indicateur des 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales que chaque établissement doit mettre en place, conformément au programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Le bilan portant sur les activités de l'année 2004 est le premier qui servira à calculer l'Indice Composite (IC).

Les IC par établissement calculés à partir des données déclarées de 2001 à 2003 vous seront communiqués au mois d'avril 2005 afin de vous permettre de suivre l'évolution des établissements.

J'attire votre attention sur la nécessité de veiller particulièrement à la fiabilité des informations déclarées par les établissements. Le contrôle des informations incombe conjointement aux services de la DDASS et au référent régional chargé du dossier. Un **outil expérimental d'aide au contrôle de fiabilité des données du bilan d'activités** vous sera adressé à cet effet en mai 2005.

c – Analyse nationale des Bilans 2001-2003 :

L'annexe 3 contient une analyse des données nationales sur la période 2001-2003. Elle doit être transmise aux établissements pour information (URL).

Par ailleurs, les statistiques des 3 années produites par le module automatisé de synthèse sont disponibles sur intranet (pour les services du ministère chargé de la santé), internet (accès par thème infections nosocomiales...) et sur le site des différents C-CLIN pour les établissements qui souhaiteraient en prendre connaissance.

Le référent régional nommé par le directeur de la DRASS veillera au bon déroulement des opérations en liaison avec les DDASS et la Cellule Infections nosocomiales DGS/DHOS.

Vous voudrez bien m'informer de toute difficulté rencontrée pour l'application de cette circulaire.

Le Directeur général de la santé

Pr. William DAB

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Jean CASTEX

ANNEXE 1

Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2004 de lutte contre les infections nosocomiales

Acteurs	Etapas	Calendrier 2005
DDASS	Diffusion auprès des établissements de santé de la circulaire et de ses 3 annexes avec lettre de transmission	au plus tard le Vendredi 11 mars 2005
Établissements de santé	Saisie du bilan 2004 et retour du fichier 2004.rec ou / et du questionnaire papier à la DDASS	au plus tard le Vendredi 29 avril 2005
Ministère chargé de la Santé	Envoi aux DDASS, DRASS et ARH des IC 2001, 2002, 2003 par établissements de santé	Avril 2005
	Envoi aux DDASS et DRASS d'un outil expérimental d'aide au contrôle de fiabilité des données du bilan d'activités	Mai 2005
DDASS	Saisie, contrôle d'exhaustivité, validation des données déclarées par les établissements, constitution d'une base de données départementale	
	Envoi de la base départementale à la DRASS	au plus tard le Vendredi 24 juin 2005
DRASS	Constitution d'une base de données régionale et contrôle de validité des données par le référent régional	
	Edition d'une synthèse régionale par le référent régional	
	Transmission de la base régionale à la cellule infections nosocomiales du Ministère chargé de la santé	au plus tard le Lundi 25 juillet 2005
Ministère chargé de la Santé	Publication et diffusion de l'analyse nationale.	Novembre 2005

ANNEXE n° 2

MODE D'EMPLOI DU MODULE AUTOMATISE DE SAISIE POUR LE BILAN 2004

A – INSTALLATION ET LANCEMENT

- I – VOUS AVEZ DEJA UTILISE LE MODULE AUTOMATISE DE SAISIE
- II – VOUS UTILISEZ LE MODULE AUTOMATISE DE SAISIE POUR LA 1^{ère} FOIS:

B - RESOLUTION DE QUELQUES PROBLEMES

- I - Quand vous cliquez sur l'icône, un écran noir apparaît
- II – Restrictions d'accès au disque dur C
- III – Absence de lecteur de disquette
- IV – Après utilisation de l'option « Correction », des données disparaissent ou ne sont pas prises en compte
- V – Votre clavier inverse les A et les Q (clavier américain)
- VI – Un message sur fond rouge apparaît pendant la saisie
- VII – L'icône n'apparaît pas sur le Bureau Windows
- VIII - Vous avez changé d'ordinateur depuis l'an dernier
- IX – Saisie du bilan de plusieurs établissements sur un même ordinateur

A – INSTALLATION ET LANCEMENT

Si vous utiliser le module automatisé de saisie pour la 1^{ère} fois, allez directement au II

I – VOUS AVEZ DEJA UTILISE LE MODULE AUTOMATISE DE SAISIE :

Avez-vous changé d'ordinateur depuis le dernier bilan ?

Votre disque dur C a-t-il été reformaté depuis le dernier bilan ?

Si OUI à l'une de ces 2 questions, il faut reprendre au départ et aller dans le II – Vous utilisez le module de saisie pour la première fois.

Il faut vérifier :

- 1 – Que tous les éléments sont restés en place
- 2 – Que vous avez la bonne version

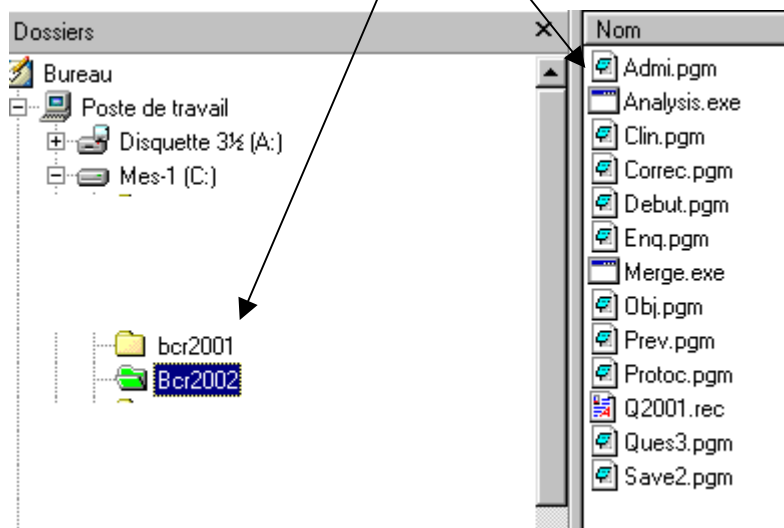
1 – Tous les éléments sont encore en place :

1.1 – Les dossiers et fichiers nécessaires :

Cliquer sur « Poste de travail » ou aller dans « Explorateur Windows » puis cliquer sur le disque C.

a - Vous devez trouver les répertoires **bcr2001** et **bcr2002** (majuscule ou minuscule, sans importance).

b - **Dans bcr2002**, vous devez avoir, au moins, les fichiers suivants :



c - **Dans bcr2001**, vous devez avoir au moins 2 fichiers :

- **bil2002.doc** : c'est le formulaire « papier » que vous pouvez imprimer pour préparer vos réponses (le questionnaire n'a pas changé depuis 2002) ;
- **prov.rec** : c'est le fichier des données administratives de l'an dernier qui sera automatiquement chargé en début de saisie.

En début de saisie (après être entré dans « Première saisie du bilan de l'année »), il vous sera demandé si le fichier PROV.REC existe :

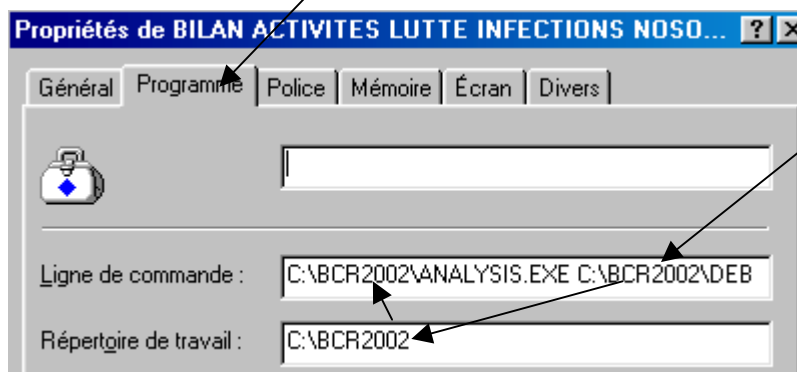
SI PROV.REC N'EST PLUS LA : il faudra **répondre NON** quand on vous demandera si le fichier existe. Vous ressaisirez les données administratives.

1.2 – *L'icône de lancement du programme :*



a – L'icône existe sur le bureau : vérifier qu'elle est bien programmée.

- avec le bouton DROIT de la souris, cliquer sur l'icône, puis
- avec le bouton GAUCHE de la souris, cliquer sur « Propriétés »,
- puis sur l'onglet « Programme » et vérifier que le répertoire est toujours **bcr2002** (3 fois).



b – L'icône n'existe pas sur le bureau : créer une nouvelle icône.

- avec le bouton DROIT de la souris, cliquer sur un espace sans icône de votre bureau
- avec le bouton GAUCHE de la souris, cliquer sur « Nouveau », puis « Raccourci » : une fenêtre « Création d'un raccourci » apparaît ;
- compléter la ligne de commande pour avoir au total :

c:\bcr2002\analysis.exe c:\bcr2002\debut.pgm

(veiller à mettre un espace entre « exe » et « c : » et à ne pas mettre d'accent à « debut.pgm »)

- Cliquer sur « Suivant » jusqu'à « Terminer », en donnant un nom au raccourci (« Bilan Clin », par exemple) et sélectionnant une icône quand on vous le demande.

2 – Vérifier que vous avez la bonne version du module :

Retourner dans « Poste de travail » ou dans « Explorateur Windows », sélectionner le disque « C : » et le répertoire « bcr2002 ».

La date du fichier « debut.pgm » doit être le « 1/04/03 17 :33 »

Si, UNE AUTRE DATE : aller sur le site <http://www.cclin-sudouest.com/> et télécharger le « module automatisé de saisie » (voir II pour la suite)

3 – Lancer le programme :

3.1 – Première saisie du bilan de l'année :

- Vous avez les dossiers et fichiers nécessaires et l'icône et bien programmée (sinon, appliquer les instructions du II ci-après),
- Vous avez toutes les réponses au questionnaire (la saisie ne peut pas être interrompue avant la fin du questionnaire),

Cliquer deux fois sur l'icône et la fenêtre du programme s'ouvre : sur fond noir, encadré bleu avec « © Ministère de la Santé (Février 2003) »¹ et vous suivez les étapes habituelles :

- « Entrée »
- sélectionner l'année 2004 et « Entrée »
- « Première saisie du bilan de l'année » et « Entrée »
- « Entrée »
- sélectionner « Le fichier existe » ou « Le fichier n'existe pas » selon le cas (voir ci-dessus § 1.1. c) puis « Entrée »
- si vous avez répondu « Le fichier existe », les données administratives de l'an dernier apparaissent à l'écran. Vérifier qu'elles sont toujours valables (les modifications se feront après la 1^{ère} saisie en relançant le programme et sélectionnant l'option « Correction ») : « Entrée »
- Commencer la saisie en répondant aux questions qui apparaissent à l'écran.

Quand vous aurez terminé la 1^{ère} saisie, vous pourrez faire des corrections, imprimer vos réponses et sauvegarder sur disquette pour envoi à la DDASS.

3.2 – Faire des corrections :

ATTENTION : Cette option corrige les données. Elle ne doit pas servir à vérifier vos réponses. Généralement, la réponse contenue dans le fichier apparaît entre parenthèse. Si vous faites « Entrée » sans écrire la réponse (ou réécrire si la réponse est bonne), vous entrez un blanc et effacez la réponse précédente (sauf pour les encadrés bleus où vous devez sélectionner l'une des réponses proposées).

¹ Si apparaît une autre date, vous n'avez pas la bonne version. Voir la rubrique « Comment sortir proprement du programme ». Et télécharger le module automatisé de saisie sur le site indiqué ci-dessus.

Relancer le programme et sélectionner l'option « *Correction ou complément du questionnaire* » : la liste des chapitres et, dans chaque chapitre, la liste des questions vous permet de naviguer entre les questions à corriger. La sauvegarde se fait automatiquement en revenant à la liste des chapitres.

3.3 – Imprimer vos réponses :

Pour vérifier vos réponses, **NE CHERCHEZ PAS A OUVRIR UN FICHIER** du répertoire bcr2002. Vous ne pouvez pas le lire et vous risquez de détruire vos données.

Relancer le programme et aller dans l'option « *Impression des réponses pour vérification* ». Appuyer sur « Entrée » jusqu'à sortir du programme.

Un fichier « **clin.txt** » a été créé dans le répertoire c:\bcr2002. Vous pouvez le lire avec un logiciel de traitement de texte et l'imprimer.

NB : Si votre ordinateur ne donne pas les extensions des fichiers, vous trouverez deux fichiers « clin » : **ouvrir celui qui est de la date du jour** (l'autre doit être du 25/02/2003, il s'agit d'un sous-programme).

3.4 – Sauvegarder sur disquette :

Quand vous avez vérifié vos réponses et fait les corrections nécessaires, vous devez relancer le programme et sélectionner l'option « *Sauvegarde du fichier sur disquette pour la DDASS* » :

- mettre une disquette dans le lecteur de disquette
- vérifier qu'elle n'est verrouillée en écriture
- appuyer sur « Entrée » jusqu'à la sortie du programme.

La disquette contient un fichier « *2004.rec* ». Vous pouvez :

- soit envoyer la disquette à la DDASS
- soit envoyer le fichier « *2004.rec* » par Internet (téléphoner à la DDASS pour demander l'adresse e-mél du service auquel vous devez adresser le fichier).

II – VOUS UTILISEZ LE MODULE AUTOMATISE DE SAISIE POUR LA 1^{ère} FOIS:

Vous n'avez jamais utilisé le module de saisie,
ou vous avez un nouvel ordinateur,
ou vos fichiers de l'an dernier ont été effacés

Vous devez installer le fichier *Clin5a.exe* sur votre ordinateur.

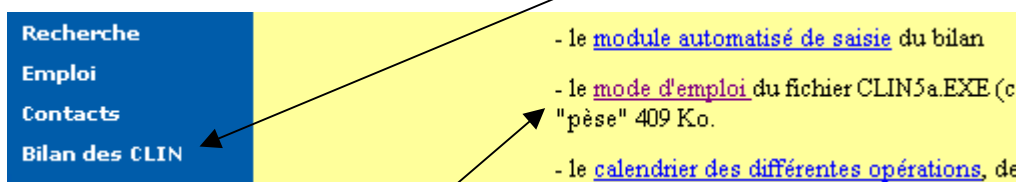
1 – Où trouver le fichier *Clin5a.exe* ?

a- *Vous avez Internet :*

Aller à l'adresse suivante :

<http://www.cclin-sudouest.com/>

Dans la liste des menus, à gauche, vous cliquer sur « *Bilan des CLIN* ». Sur la page de droite, apparaissent les différents fichiers disponibles.



Cliquer sur « *module automatisé de saisie* ». Une boîte de dialogue s'ouvre et vous devez **IMPÉRATIVEMENT cliquer sur ENREGISTRER.** et surtout pas sur « Ouvrir »

Vous enregistrez le fichier sur votre disque dur, dans un répertoire quelconque (que vous saurez retrouver).

b – *Vous n'avez pas Internet :*

Contactez la DDASS (voir nom de la personne chargée du dossier sur la lettre de transmission) pour lui demander de vous faire parvenir le fichier sur disquette.

Quand vous aurez la disquette,

ENREGISTRER le fichier **SUR LE DISQUE DUR**
et surtout **ne pas l'ouvrir à partir de la disquette.**

2 – Le fichier *Clin5a.exe* est enregistré sur votre disque dur :

Suivez les étapes décrites ci-après.

1 – Lancer CLIN5a.EXE en double-cliquant dessus. (à partir d'Explorer ou d'un gestionnaire de fichiers équivalent)

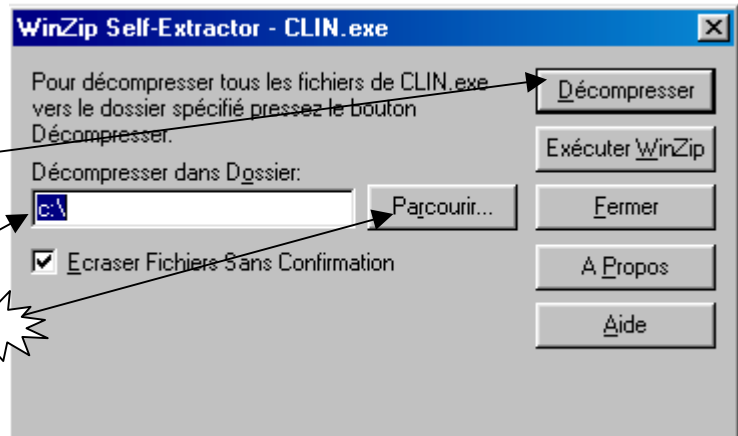
2 – Une boîte de dialogue WinZip apparaît : cliquer sur « Décompresser ».

Vérifier que dans la fenêtre de décompression figure et ne figure que **c:**

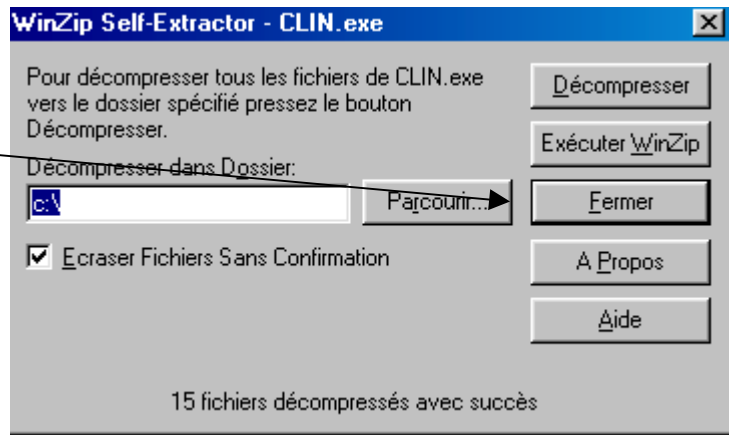
Ne pas utiliser « Parcourir ».

3 – Entrer le mot de passe : **clin** (en minuscule)

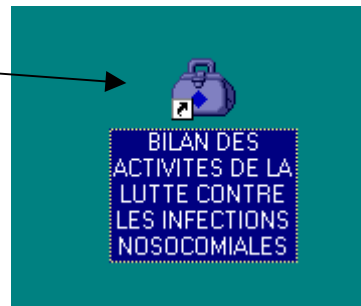
4 – Cliquer sur « OK ».



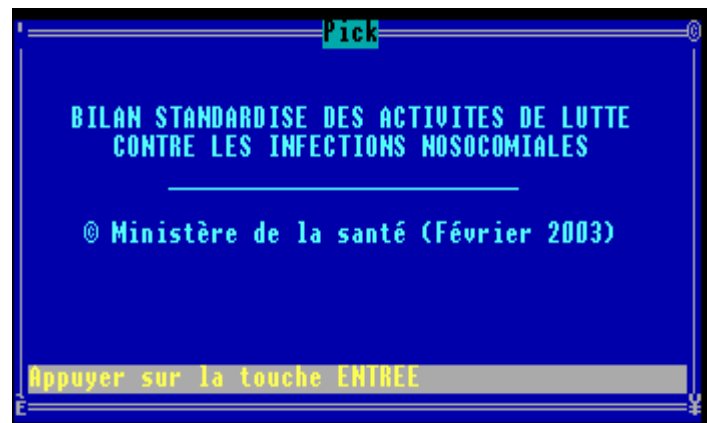
5 – Cliquer sur « Fermer » et sortir d'Explorer ou du gestionnaire de fichiers équivalent.



6 – Une icône est apparue sur le « Bureau » de l'ordinateur (si l'icône n'apparaît pas, voir Note ci-après)



7 – Cliquer sur l'icône pour lancer le programme et appuyer sur « Entrée » (la souris ne fonctionne pas avec ce programme)

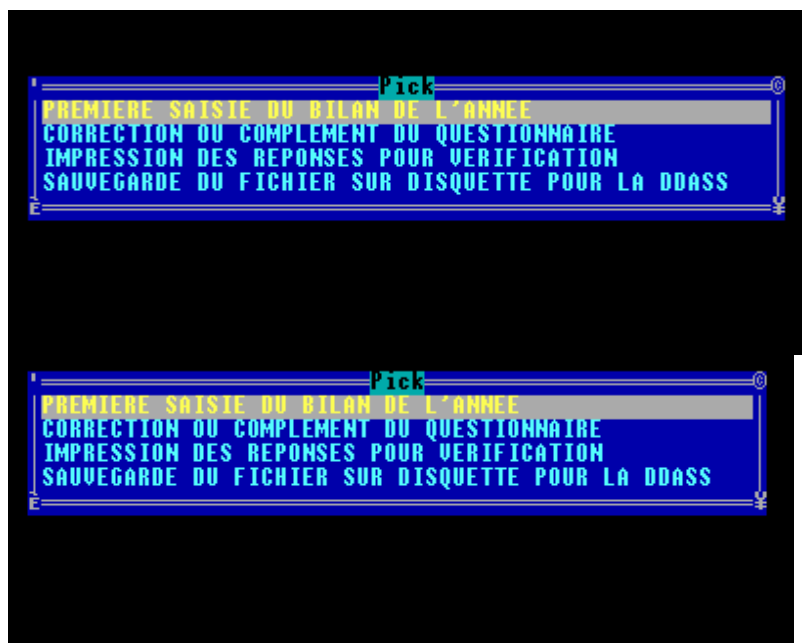


8 – Entrer l'année du bilan.



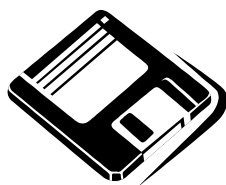
9a – Choisir l'option « **Première saisie** » et répondre aux questions. Le programme se fermera à la fin du questionnaire

9b – Après la 1^{ère} saisie, pour corriger ou compléter les réponses, relancer le programme en cliquant sur l'icône et choisir l'option « **Correction ou complément** ».



9c – Si vous voulez imprimer vos réponses pour les vérifier, cliquer sur « **Impression** »

9d – Quand vos réponses seront définitives, relancer le programme et choisir l'option « **Sauvegarde du fichier sur disquette** ».



10 – Adresser la disquette au service de la DDASS qui vous l'a fait parvenir.
ou
adresser par internet le fichier 2004.rec qui se trouve sur la disquette (voir avec votre DDASS)

B - RESOLUTION DE QUELQUES PROBLEMES

I - QUAND VOUS CLIQUEZ SUR L'ICÔNE, UN ÉCRAN NOIR APPARAÎT :

Origine du problème : certaines versions de Windows ne supporte pas le « plein écran » pour les programmes DOS.

Solution :

1 - Cliquer sur l'icône avec la souris **droite**, puis sur « Propriétés ».



2 – Aller dans l'onglet « Ecran »



3 – Cliquer sur « Fenêtre »



4 – Fermer et lancer le programme en cliquant sur l'icône.

II – RESTRICTIONS D’ACCÈS AU DISQUE DUR C :

Certains établissements organisés en réseau informatique ne permettent pas l’accès au disque dur C. Le module de saisie ne fonctionne pas si le programme est implanté dans un autre disque (disque réseau ou disque avec une autre lettre que C).

Solution : Demander à votre service informatique de vous autoriser un accès temporaire au disque C, le temps de faire la saisie et la sauvegarde.

III – ABSENCE DE LECTEUR DE DISQUETTE :

L’absence de lecteur de disquette va « bugger » l’option « *Sauvegarde* » du module.

Solution : Demander à votre service informatique d’effectuer les opérations suivantes :

a – Ouvrir (avec le Bloc-Notes), le fichier c:\bcr2002\save2.pgm

b – Rechercher la séquence suivante (vers la fin) :

```
close a:\@FICH2
erase a:\@FICH2
route a:\@FICH2
write recfile not fich titre titre2 y FICH2 etp etpin etpno
```

c – Insérer une étoile (*) devant ces 4 lignes :

```
*close a:\@FICH2
*erase a:\@FICH2
*route a:\@FICH2
*write recfile not fich titre titre2 y FICH2 etp etpin etpno
```

d – Sauvegarder et fermer

Le fichier « 2004.rec » est également sauvegardé dans c:\bcr2002. C’est ce fichier qu’il faut adresser à la DDASS, sur disquette ou par Internet.

IV – APRÈS UTILISATION DE L’OPTION « CORRECTION », DES DONNÉES DISPARAISSENT OU NE SONT PAS PRISES EN COMPTE :

L’option « Correction » est destinée à corriger et ne permet pas une vérification sans correction (pour vérifier vos données, utiliser l’option « Impression » qui créera un fichier clin.txt que vous pouvez lire sur un traitement de texte).

Si, pour les données que vous devez entrer au clavier, vous appuyer sur ENTREE sans écrire votre réponse, le programme enregistre un blanc.

Solution : Toujours écrire (ou ré-écrire) les réponses quand vous êtes dans l’option « Correction ».

NB : Les corrections sont prises en compte par le programme, mais il faut relancer l’option « Impression » pour qu’elles apparaissent dans le fichier « *clin.txt* ».

V – VOTRE CLAVIER INVERSE LES A ET LES Q (CLAVIER AMÉRICAIN):

Problème : Votre ordinateur n'est pas configuré en clavier français pour les programmes DOS.

Solution : Demander à votre service informatique d'effectuer les opérations suivantes :

a – Insérer dans le fichier « c:\autoexec.bat » la ligne de commande suivante :

keyb fr,,c:\windows\COMMAND\keyboard.sys

b- Insérer dans le fichier « c:\config-sys » la ligne de commande suivante :

Country=033,850,c:\windows\COMMAND\country.sys

VI – UN MESSAGE SUR FOND ROUGE APPARAÎT PENDANT LA SAISIE :

Problème : Vous avez effectué une opération interdite et le programme ne trouve pas le fichier de données.

Solution :

1 – Appuyer sur « Echap » jusqu'à que le programme s'arrête et que vous reveniez sur le bureau ou un écran noir avec des écritures jaunes. Dans ce dernier cas, appuyer sur la touche F10 pour revenir au bureau.

2 – !!! Relancer votre ordinateur avant de réouvrir le programme de saisie !!! (après un plantage de programme DOS, les nouveaux Windows ne ferment pas les fichiers DOS et une nouvelle entrée dans ces fichiers va perturber la saisie et aboutir à un nouveau plantage).

VII – L'ICÔNE N'APPARAÎT PAS SUR LE BUREAU WINDOWS

Si l'icône n'apparaît pas sur le « bureau » :

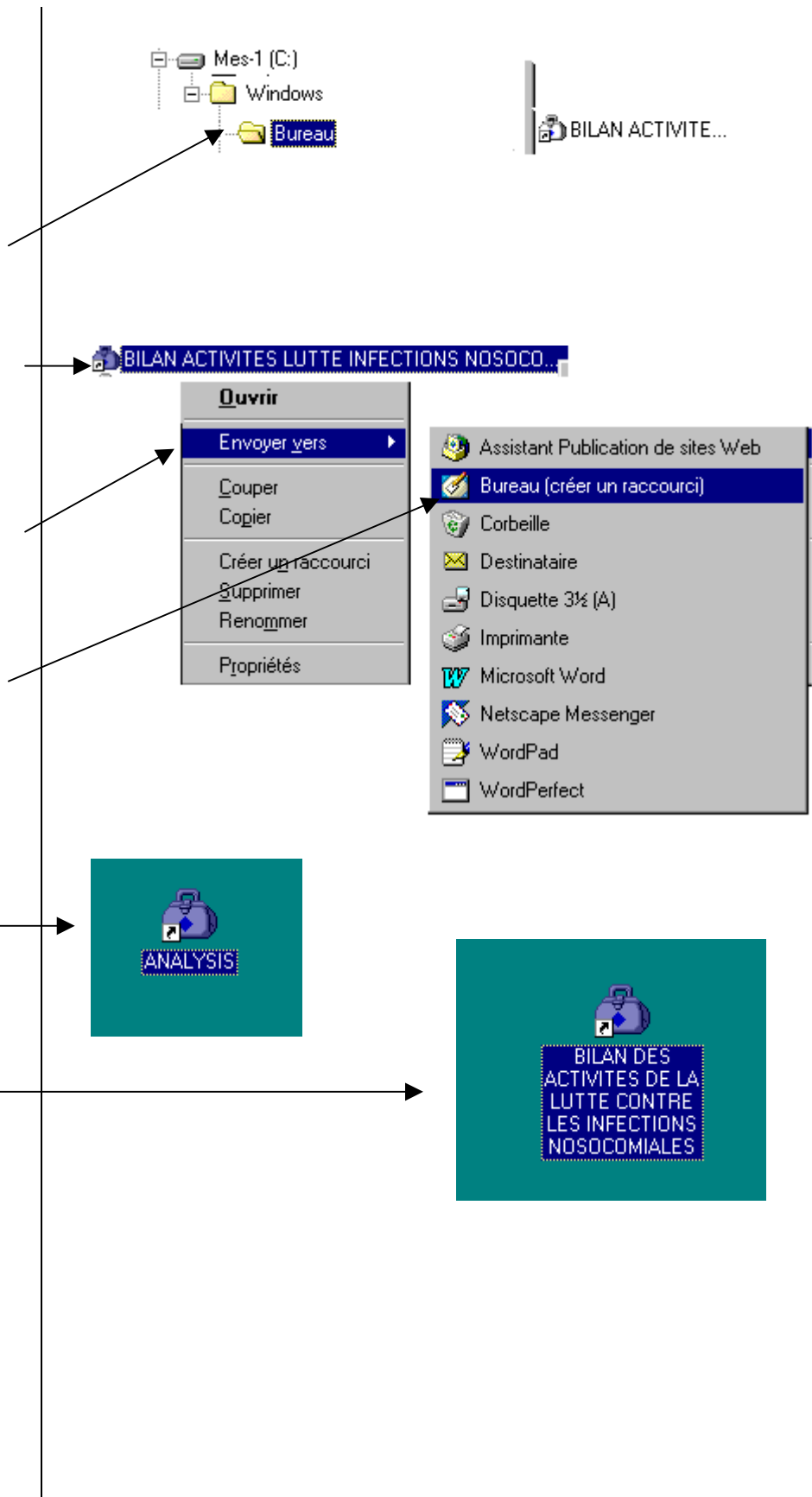
1 - Ouvrir l'Explorateur Windows et aller dans **C:\Windows\Bureau**

2 – Cliquer, avec le bouton droit de la souris, sur « Bilan activités lutte infections nosocomiales »

3 – Cliquer sur « Envoyer vers »

4 – Cliquer sur « Bureau : créer un raccourci ».

5 – Une icône apparaîtra sur le bureau avec le nom « Analysis ». Vous pouvez la renommer en cliquant sur le bouton droit de la souris et « Renommer ».



VIII - VOUS AVEZ CHANGÉ D'ORDINATEUR DEPUIS L'AN DERNIER

La nouvelle version du module automatisé de saisie du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales, CLIN5a.EXE, charge automatiquement les données administratives que vous avez remplies l'année précédente.

Pour cela, il récupère le fichier intermédiaire créé lors de la saisie de l'année précédente. Ce fichier s'appelle « prov.rec » et se trouve dans le répertoire C:\bcr2001, le chemin complet du fichier étant C:\bcr2001\prov.rec

Si vous voulez récupérer ces données et vous éviter de les saisir de nouveau, ce fichier :

- a - doit être présent dans le disque C de l'ordinateur que vous utilisez pour la saisie du bilan de cette année ;
- b - doit être sauvegardé dans un répertoire C:\bcr2001

Marche à suivre :

- 1° - Créer un répertoire bcr2001 sur le disque C ;
- 2° - Copier (à partir d'une disquette) le fichier PROV.REC de l'ordinateur utilisé l'an dernier, dans ce répertoire C:\bcr2001 nouvellement créé.

ou (plus simple)

- 1° - Copier sur une disquette tout le répertoire C:\bcr2001 de l'ordinateur utilisé l'an dernier ;
- 2° - Coller ce répertoire de la disquette sur le disque C de l'ordinateur utilisé cette année.

IX – SAISIE DU BILAN DE PLUSIEURS ÉTABLISSEMENTS SUR UN MÊME ORDINATEUR :

Pour des raisons techniques, tous les établissements de santé génèrent le même fichier lors de la sauvegarde dont le nom est composé de l'année du bilan suivi de l'extension .REC (exemple : 2004.REC).

Si vous faites la saisie d'un deuxième établissement, sans prendre les précautions ci-après décrites, *les données du premier établissement seront écrasées.*

Marche à suivre :

Principe général : réaliser la procédure complète, de la saisie à la sauvegarde sur disquette, du premier établissement avant de passer à l'établissement suivant.

- 1° - Faire la saisie du premier établissement, vérifier les données (option IMPRESSION) et faire les corrections si nécessaire (option CORRECTION) ;
- 2° - Sauvegarder sur une disquette (option SAUVEGARDE), pour envoi à la DDASS (le fichier de sauvegarde « 2004.REC » est sauvegardé sur la disquette et sur le disque dur dans C:\bcr2002).

3° - (Optionnel) Si vous voulez garder une copie du fichier 2004.REC du premier établissement, sauvegarder ce fichier dans un autre répertoire ou renommer ce fichier en le laissant dans le répertoire C:\bcr2002. L'extension devra toujours être *.REC, ne renommer que la première partie du fichier (exemple : CLINIQ1.REC). **Cette première partie ne doit pas dépasser 8 caractères.**

4° - Procéder à la saisie - vérification – correction du deuxième établissement ;

5° - Sauvegarder ce deuxième établissement sur une nouvelle disquette pour envoi à la DDASS.

ATTENTION : La sauvegarde du deuxième établissement doit impérativement être faite avec une disquette différente du premier établissement pour ne pas écraser le fichier 2004.REC de ce dernier.

Pour le troisième établissement, procéder de la même manière, à partir du 3° ci-dessus (sauvegarde de 2004.REC dans un autre répertoire différent du premier ou renommer 2004.REC du deuxième établissement, puis saisie du troisième établissement).

Pour tout problème technique lié à l'installation et à l'utilisation de CLIN5a.EXE, vous pouvez appeler le numéro de téléphone suivant :

01 40 56 50 06

aux heures de bureau (ou boîte vocale pour laisser vos coordonnées)



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités,
de la santé et de la famille

BILAN DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

**ANALYSE NATIONALE
2001-2003**

Dr Philippe GARNIER
Janvier 2005

En application de l'article R.711-1-2 du Code de la Santé Publique (CSP), tous les établissements de santé remplissent annuellement le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) défini par l'arrêté du 11 juin 2002.

Depuis le bilan d'activités de l'année 2000, le recueil des données est informatisé. Les DDASS recueillent les fichiers des établissements pour constituer une base de données départementale. Les DRASS fusionnent ces bases départementales en une base régionale dont est extraite une synthèse régionale à l'aide d'un module automatisé de synthèse. Cette synthèse automatisée sert à élaborer un rapport régional qui est diffusé auprès des établissements de santé.

Les bases régionales servent à constituer une base de données nationale. Des résultats automatisés sont extraits de ces bases et mis à la disposition des CCLIN pour mise en ligne sur leur site internet.

Le présent rapport est réalisé à partir des bases des années 2001 à 2003. Il présente une analyse des données sur 3 ans comprenant un aperçu de l'évolution générale des activités de LIN et l'étude de quelques aspects particuliers de la mise en œuvre de ces activités.

Après la première année expérimentale (2000), le questionnaire servant de base au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) n'a pas changé. Les modalités informatiques du recueil sont identiques depuis le recueil du bilan 2002 afin de laisser le temps aux différents acteurs de se familiariser avec l'outil. Le recueil du bilan 2004 reste inchangé. L'année 2005 sera mise à profit pour faire le bilan de ces 4 années de fonctionnement et introduire des modifications, tant dans la structure du questionnaire que dans les modalités de recueil des données.

Il est donc possible de suivre au niveau national l'évolution des activités de LIN sur 3 années consécutives, 2001-2003 (la faible fiabilité des données du bilan 2000 ne permet pas de comparer ses résultats avec ceux des années suivantes).

Après avoir présenté l'évolution du taux de réponse des établissements de santé (ES), les résultats sont présentés sous trois formes :

- **les traceurs** : le rapport du bilan national 2001 avait sélectionné 9 items comme significatifs de l'activité de LIN d'un ES. L'évolution de ces neuf traceurs est présentée dans la partie 2 du rapport.
- **le Programme National de LIN 2005-2008** : il fixe des objectifs dont certains peuvent être mesurés ou approchés à partir du bilan annuel d'activités. La 3^{ème} partie présente l'évolution de ces objectifs sur la période 2001-2003 ;
- **l'indice composite du tableau de bord des IN** : un indice composite d'activité de lutte contre les IN a été élaboré dans le cadre d'un tableau de bord pour le suivi de la LIN et construit sur la base du rapport annuel des activités de LIN. La 4^{ème} partie de ce rapport présente les résultats rétrospectifs de cet indice sur la période 2001-2003.

1- EVOLUTION DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ RÉPONDANTS :

Depuis la première année du recueil informatisé (2000), le nombre de bilans reçus par la « cellule infections nosocomiales DGS/DHOS » a augmenté de 28,1 %. En 2000, 3 régions n'avaient pas constitué leur base régionale. Sur les 19 autres régions, la progression est de 20,2 %.

En 2003, 2 290 ES ont envoyé leur bilan d'activités représentant près de 485 000 lits et places d'hospitalisation et environ 85 % des capacités nationales d'hospitalisation.

Par région, l'évolution du nombre d'ES répondant est la suivante :

Tableau 1 : Evolution par région du nombre d'établissements ayant envoyé leur bilan annuel

REGIONS	2000	2001	2002	2003	Progression 2000-2003 (%)	Exhaustivité 2003 (%)
ALSACE	62	63	74	77	24,2	81,9
AQUIT	126	118	153	140	11,1	91,5
AUVERG	36	57	61	56	55,6	94,9
BAS NORM	43	43	49	50	16,3	84,8
BOURGOGN	57	89	90	84	47,4	87,5
BRETAGNE	111	116	112	112	0,9	76,7
CENTRE	86	79	89	95	10,5	79,8
CHAM ARD	26	41	37	43	65,4	82,7
CORSE	19	19	20	19	0,0	95,0
FCH COM	-	39	40	43	10,3	91,5
HTE NORM	71	64	65	67	-5,6	94,4
IDF	238	265	281	300	26,1	75,0
LAN ROUS	110	96	135	122	10,9	80,8
LIMOUSIN	-	28	20	33	17,9	100,0
LORRAINE	-	83	89	75	-9,6	70,1
MIDI PYR	69	118	124	108	56,5	81,2
NPDC	121	119	113	124	2,5	93,9
P. LOIRE	89	107	127	108	21,3	83,7
PACA	259	238	278	291	12,4	96,0
PICARDIE	59	75	69	76	28,8	100,0
POIT CHA	40	43	45	51	27,5	72,9
RHON ALP	153	209	203	211	37,9	85,8
DOM	13	12	5	5	-61,5	33,3
TOTAL	1 788	2 121	2 279	2 290	28,1	84,5

L'exhaustivité des réponses s'est très sensiblement améliorée les premières années pour se stabiliser en 2003.

Tableau 2 : Evolution par région du nombre de lits et places des établissements ayant envoyé leur bilan annuel

REGIONS	2000	2001	2002	2003	Progression 2000-2003 (%)
ALSACE	14 942	15 697	16 011	15 572	4,2
AQUIT	22 539	22 669	26 175	24 842	10,2
AUVERG	9 217	14 008	14 239	14 111	53,1
BAS NORM	11 353	12 579	12 797	12 762	12,4
BOURGOGN	13 133	15 755	15 338	15 451	17,7
BRETAGNE	28 384	28 704	28 249	28 216	-0,6
CENTRE	19 155	16 535	19 193	19 791	3,3
CHAM ARD	8 690	9 996	9 657	10 422	19,9
CORSE	2 610	2 773	2 840	2 769	6,1
FCH COM	-	9 448	10 395	10 302	9,0
HTE NORM	12 924	12 788	13 244	14 041	8,6
IDF	58 791	69 850	74 604	75 690	28,7
LAN ROUS	19 073	19 021	22 687	20 721	8,6
LIMOUSIN	-	7 257	7 270	7 745	6,7
LORRAINE	-	21 161	20 295	16 218	-23,4
MIDI PYR	12 262	22 305	23 030	21 546	75,7
NPDC	29 312	25 454	28 305	29 349	0,1
P. LOIRE	19 144	24 023	25 902	25 443	32,9
PACA	41 554	35 822	43 967	44 598	7,3
PICARDIE	12 679	11 411	16 140	15 463	22,0
POIT CHA	11 274	17 238	10 607	10 770	-4,5
RHON ALP	30 984	44 326	42 256	41 896	35,2
DOM	2 732	4 350	1 723	1 925	-29,5
TOTAL	380 752	463 170	484 924	479 643	26,0

La taille des ES n'était pas disponible en 2000. Sur la période 2001-2003, l'augmentation du nombre d'ES répondants est due aux établissements de plus faible capacité. Ceci devrait entraîner une baisse des performances, les petits établissements ayant statistiquement des résultats, en termes d'activités de LIN, en retrait par rapport aux ES de plus grande capacité d'hospitalisation (cf. Rapport 2001).

Tableau 3 : Evolution par taille d'ES du nombre d'établissements ayant envoyé leur bilan annuel

Taille des ES	2001	2002	2003	Progression 2001-2003 (%)
1 à 99 lits	953	1 063	1 071	12,38
100 à 399 lits	832	893	913	9,74
400 à 799 lits	196	200	197	0,51
800 lits et +	101	104	99	-1,98
Non renseigné	39	19	10	-74,36
TOTAL	2 121	2 279	2 290	8,0

Par rapport aux statuts des ES, le secteur PSPH a comblé un plus grand retard.

Tableau 4 : Evolution par statut d'ES du nombre d'établissements ayant envoyé leur bilan annuel

Statut des ES	2000	2001	2002	2003	Progression 2000-2003 (%)
Privé	824	852	947	934	13,3
PSPH	247	397	428	436	76,5
Public	717	872	904	920	28,3
TOTAL	1 788	2 121	2 279	2 290	28,1

2 – EVOLUTION DES TRACEURS DES ACTIVITÉS DE LIN :

2.1 – Rappel méthodologique :

La méthode des traceurs

Les items retenus comme traceurs de l'activité de LIN dans les ES sont les suivants :

a - Critères d'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales :

- % d'ES disposant d'un CLIN ;
- % de CLIN se réunissant au moins 3 fois par an ;
- % d'ES ayant élaboré un programme d'action ;

b - Critères de moyens de lutte contre les infections nosocomiales :

- % d'ES disposant d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) ;
- % d'ES disposant de correspondants d'hygiène ;

c - Critères de procédures avec l'existence des protocoles suivants : il a été retenu deux protocoles parmi les mieux diffusés et deux protocoles parmi les moins fréquents :

- « hygiène des mains » et « élimination des déchets » pour les mieux diffusés ;
- « escarres » et « antiseptiques » pour les moins diffusés.

Afin de tester les différences entre les différents groupes d'ES, et pour tenir compte de la fiabilité relative de ces données déclaratives, le test du χ^2 a été choisi en raison de sa robustesse. Afin d'augmenter cette robustesse, il a été retenu un seuil de signification de 1 %.

La discussion sur les résultats doit se faire globalement sur l'ensemble des traceurs. Si les traceurs, majoritairement, sont significativement différents d'un groupe à l'autre (et dans le même sens), il sera possible d'avancer l'hypothèse que le taux d'activités de LIN est plus faible dans un groupe d'ES par rapport aux autres ES.

Il ne sera guère possible d'aller plus loin en se rappelant qu'il s'agit de traceurs (représentatifs du phénomène, mais non exhaustifs) ne permettant de dégager qu'une tendance, de détecter un point fort ou un point faible qu'il conviendra de préciser ultérieurement par d'autres moyens.

2.2 – Résultats globaux :

Le tableau 5 montre que tous les traceurs progressent entre 2001 et 2003. L'importance de la progression dépend du niveau de départ du traceur en 2001 : un traceur réalisé par 90 % des ES en 2001 (existence d'un CLIN ou protocole sur l'hygiène des mains) a une progression absolue moindre qu'un traceur dont le niveau de départ était de 50 % (existence d'une EOH ou protocole sur les escarres). En effet, la progression 2001-2003 est inversement proportionnelle au taux de 2001 (coefficient de corrélation $r^2 = - 0,92$).

Pour mieux juger de la progression des traceurs par rapport au chemin qui reste à parcourir (retard à combler), la dernière colonne du tableau indique le pourcentage du retard comblé qui donne une idée plus juste de « ce qui a été réalisé par rapport à ce qu'il est nécessaire de réaliser ». Cet indicateur montre une certaine homogénéité dans la progression des traceurs.

Tableau 5 : Evolution des 9 traceurs sur la période 2001-2003 (% des ES répondants)

Traceurs	2001	2002	2003	Progression 2001-2003	% du retard comblé
Nombre d'établissements	2121	2279	2290		
CLIN existant	92,3	93,2	94,9	2,8	33,8
Réunions CLIN >= 3	59,3	63,0	64,7	9,1	13,3
Programme d'action	75,2	79,0	82,9	10,2	31,0
Existence EOH	54,1	55,9	61,5	13,7	16,1
Correspondants d'hygiène	69,1	74,6	77,1	11,6	25,9
Protocole « Hygiène des mains »	92,9	95,3	97,1	4,5	59,2
Protocole « Elimination des déchets »	78,2	82,8	86,9	11,1	39,9
Protocole « Escarres »	44,4	50,5	52,7	18,7	14,9
Protocole « antiseptiques »	49,6	55,0	57,9	16,7	16,5

2.3 – Influence de la taille des établissements :

En 2001, il avait été observé que les établissements de moins de 100 lits avaient des taux d'activités significativement inférieurs à ceux des autres établissements (les 9 traceurs sont concernés).

Tableau 6.1 : Taux de réalisation des traceurs selon la taille des ES (2001)

2001	< 100 lits	≥ 100 lits	χ^2
Nombre d'établissements	953	1168	
CLIN	86,1	96,8	86,7
3 réunions CLIN	48,7	76,2	184,0
Programme d'action	64,2	84,4	117,7
EOH	36,1	69,1	218,9
Correspondants d'hygiène	58,9	77,7	92,8
Protocole hyg. mains	89,9	95,4	34,7
Protocole élim. déchets	74,2	82,5	21,9
Protocole escarres	40,7	47,8	10,6
Protocole « antiseptiques »	45,0	53,5	15,2

Ce phénomène est confirmé en 2002 et 2003

Tableau 6.2 : Taux de réalisation des traceurs selon la taille des ES (2003)

2003	< 100 lits	≥ 100 lits	χ^2
Nombre d'établissements	1 071	1 219	
CLIN	91,4	97,9	49,8
3 réunions CLIN	52,2	75,4	134,9
Programme d'action	73,3	91,2	128,4
EOH	44,1	76,4	250,6
Correspondants d'hygiène	66,4	86,2	126,8
Protocole hyg. mains	95,7	98,2	12,3
Protocole élim. déchets	83,8	89,5	16,0
Protocole escarres	49,7	55,2	6,8
Protocole « antiseptiques »	53,6	61,6	14,9

On peut observer un certain resserrement des écarts à l'exception des traceurs relatifs aux moyens (EOH et correspondants d'hygiène). Mais, globalement, les taux d'activités des établissements de moins de 100 lits et places sont très inférieurs à ceux des établissements de plus grande taille. L'Indice composite (voir ci-après) montrera que le taux global d'activités est proportionnel à la taille de l'établissement.

Ainsi, les comparaisons d'établissements sur la base d'autres critères devront systématiquement tenir compte, avant de conclure, de la taille des établissements qui intervient comme une variable de confusion.

La taille des établissements est donc un handicap pour la mise en œuvre des activités de LIN. Il est nécessaire d'envisager des voies et moyens spécifiques pour faciliter la mise en œuvre de ces activités dans les établissements de petite taille.

2.4. Influence du type d'établissement de santé :

2.4.1 – Les établissements psychiatriques :

Lors du bilan de l'année 2000, les établissements psychiatriques paraissaient moins performants que les autres en termes de taux d'activités. Le rapport du bilan de l'année 2001 n'avait pas confirmé cette tendance.

En 2003, les établissements psychiatriques ont pris un retard en termes de taux de réponse au questionnaire (78,4 % contre 85,1 %, $\chi^2 = 8,2$, $0,05 < p < 0,01$). Pour le reste les résultats de 2001 sont confirmés en 2002 et 2003 : les établissements psychiatriques ont les mêmes taux d'activités que les autres établissements sur 8 traceurs. Seul le protocole sur les escarres demeure significativement inférieur, progressant pour les uns et les autres d'environ 9 % (+9,9 pour les psy et + 8,1 % pour les autres).

A l'avenir, il n'apparaît plus nécessaire d'individualiser ce type d'établissements.

2.4.2 – Les établissements SSR-SLD¹ :

Le bilan de l'année 2001 avait confirmé ce que suggérait celui de l'année 2000 en ce qui concerne les taux d'activités significativement inférieurs pour ce type d'établissements SSR-SLD. Les bilans des années 2002 et 2003 confirment en partie ces résultats. Le pourcentage d'établissements de moins de 100 lits est significativement plus élevé ($\chi^2 < 10^{-8}$) dans les établissements SSR-SLD (65,4 %) que dans les autres ES (41,0 %), en 2003. Ce pourcentage n'a pas évolué de façon significative entre 2001 et 2003. Un ajustement sur la taille a donc été réalisé. Le taux de réponse a été ajouté aux neufs traceurs.

Tableau 7.1 : Evolution des traceurs pour les établissements SSR-SLD (2001)

2001	Ets SSR-SLD	Autres	χ^2	χ^2 ajusté / taille
Nombre d'établissements	509	1612		
Taux de réponse	63.5	79.1	74.0	36.5
CLIN	87.6	93.3	16.8	NS
3 réunions CLIN	53.4	66.9	30.5	30.2
Programme d'action	66.4	78.0	28.1	10,8
EOH	38.3	59.1	67.1	29.7
Correspondants d'hygiène	58.9	72.3	32.5	13.8
Protocole hyg. mains	89.2	94.1	14.2	NS
Protocole élim. déchets	70.5	80.6	23.2	13.1
Protocole escarres	41.7	45.3	NS	
Protocole « antiseptiques »	41,1	52,3	19,5	13,8

En 2001, 9 traceurs sur 10 montrent un niveau d'activités significativement inférieur dans les établissements SSR-SLD. Après ajustement sur la taille des établissements, 7 traceurs sur 10 restent significativement différents.

Tableau 7.2 : Evolution des traceurs pour les établissements SSR-SLD (2003)

2003	Ets SSR-SLD	Autres	χ^2	χ^2 ajusté / taille
Nombre d'établissements	563	1727		
Taux de réponse	77,9	86,9	32,8	14,8
CLIN	93,8	95,3	NS	
3 réunions CLIN	60,6	66,1	NS	
Programme d'action	76,2	85,1	23,9	NS
EOH	42,6	67,7	112,7	60,1
Correspondants d'hygiène	67,0	80,4	43,2	18,0
Protocole hyg. mains	95,6	97,6	NS	
Protocole élim. déchets	82,6	88,2	11,9	NS
Protocole escarres	54,4	52,1	NS	
Protocole « antiseptiques »	50,3	60,4	17,9	11,9

¹ SSR= Soins de Suite et de Réadaptation. SLD = Soins de Longue durée

En 2003, 6 des 10 traceurs sont encore significativement différents avant ajustement sur la taille. Après ajustement, ils ne sont plus que 4 traceurs, dont le « taux de réponse », à rester significatifs.

Globalement, on peut en déduire que le secteur SSR-SLD tend vers un niveau d'activités proche de celui de l'ensemble des autres établissements de santé. Cependant, les deux traceurs de moyens, EOHH et correspondants d'hygiène, qui restent significativement différents, montrent que l'écart se creuse très sensiblement dans ce domaine.

2.4.3 – Les établissements disposant de services de chirurgie :

Pour l'étude de ces établissements, il a été choisi des traceurs spécifiques à l'activité chirurgicales ou très fortement recommandés quand cette activité existe (voir tableau ci-dessous).

2.4.3.1 – Phénomène lié à l'isolement de l'obstétrique :

Le bilan 2001 avait comparé les établissements disposant de la seule activité d'obstétrique par rapport à ceux disposant de chirurgie +/- d'obstétrique. Ce bilan 2001 avait mis en évidence un retard dans la mise en œuvre des activités de LIN au sein des établissements ne disposant que de l'activité obstétricale par rapport aux autres établissements disposant de chirurgie : 4 traceurs sur 6 sont significativement différents avant ajustement sur la taille des établissements et, après ajustement, la moitié des traceurs présentent une différence significative.

Tableau 8.1 : Traceurs chirurgicaux (2001)

2001	Ets avec obst. sans chir.	Ets avec chir +/- obst.	χ^2	χ^2 ajusté / taille
Nombre d'établissements	33	960		
Protoc. antibioprophylaxie	48.5	81.8	22.7	19,6
Protoc. préparation opérés	52.6	86.0	20.3	17,4
Prog. surv. diff. des BMR	51.5	74.4	NS	NS
Surv. postes lav. mains	57.6	89.5	31.7	28,9
Surv. Traitement de l'air	51.5	76.8	11.1	NS
Protocole AES	87.9	92.8	NS	NS

Tableau 8.2 : Traceurs chirurgicaux (2003)

2003	Tous	Ets avec obst. sans chir.	Ets avec chir +/- obst.	χ^2	χ^2 ajusté / taille	χ^2 ajusté / % chir.
Nombre d'établissements	1 028	36	992			
Protoc. antibioprophylaxie	84,1	64,9	84,8	8,5	7,1	NS
Protoc. préparation opérés	90,3	63,9	91,2	29,6	27,3	16,4
Prog. surv. diff. des BMR	83,0	63,9	83,7	9,6	NS	10,1
Surv. postes lav. mains	93,8	77,8	94,4	16,4	14,0	10,9
Surv. Traitement de l'air	88,7	69,4	89,4	13,8	11,5	NS
Protocole AES	98,2	94,6	98,3	NS	NS	NS

Le bilan 2003 (et celui de 2002) confirme cette tendance et même l’amplifie : après ajustement 4 traceurs sur 6 restent significatifs.

La première hypothèse, pour expliquer cette différence, repose sur le constat que l’activité chirurgicale est une activité relativement marginale dans l’activité globale des établissements ne disposant que de la spécialité obstétricale. En effet, le taux de lits et places chirurgicaux sur l’ensemble des lits et places de l’établissement est significativement inférieur dans les établissements ne disposant que de la seule activité obstétricale : la moitié de ces établissements a un taux inférieur à 16 % (médiane à 16 % de lits et places chirurgicaux) tandis que la médiane des autres établissements disposant d’activités chirurgicales est de 55 %.

C’est pourquoi il a été procédé à un ajustement sur ce critère (en choisissant pour seuil le taux de 16 % des lits et places chirurgicaux). Après ajustement sur ce critère, 4 traceurs sur 6 restent significativement différents. Ce résultat ne permet pas de retenir cette hypothèse, ni de l’écarter complètement, l’ajustement sur ce dernier critère n’ayant pas un effet sur les mêmes traceurs que l’ajustement sur la taille. En effet, après ajustement combiné² sur la taille des établissements et sur le taux de lits et places chirurgicaux, il ne subsiste plus que 2 traceurs sur 6 de significativement différents (protocole sur la préparation de l’opéré et surveillance des postes de lavage des mains).

2.4.3.2 – Comparaison sur les traceurs d’activités générales :

Les résultats précédents sont d’autant plus remarquables qu’aucun des 9 traceurs d’activités générales ne différencie ces deux catégories d’établissements disposant d’activités chirurgicales.

Tableau 9 : Comparaison des traceurs d’activités générales selon le type d’activités chirurgicales

2003	Obstétrique seule	Chirurgie +/- obst.	χ^2	χ^2 ajusté / taille
Nombre d’établissements	36	992		
CLIN	100	99,6	NS	
3 réunions CLIN	66,7	76,9	NS	
Programme d’action	88,9	92,2	NS	
EOH	75,0	77,5	NS	
Correspondants d’hygiène	88,9	85,1	NS	
Protocole hyg. mains	100	99,0	NS	
Protocole élim. déchets	86,1	91,7	NS	
Protocole escarres	41,7	55,9	NS	
Protocole « antiseptiques »	63,9	66,6	NS	

Les taux de réalisations sont d’une part très proches pour 7 des 9 traceurs et les différences ne vont pas toujours dans le même sens. Le problème du faible effectif des établissements ne disposant que de l’activité obstétricale ne peut donc pas masquer une différence éventuelle.

² D’un point de vue méthodologique, ce double ajustement est contestable étant donné les effectifs résiduels des quatre tableaux. Cependant, il ne s’agit pas ici de faire du purisme, mais de tenter d’approcher une problématique pour dégager une piste de réflexion.

Par ailleurs, les établissements disposant de services chirurgicaux, toutes spécialités confondues, ont des taux d'activités générales très nettement supérieurs aux établissements n'en disposant pas (8 traceurs sur 9).

Tableau 10 : Comparaison des traceurs d'activités générales dans les établissements avec et sans chirurgie

2003	Etablissements avec chirurgie	Autres	χ^2	χ^2 ajusté / taille
Nombre d'établissements	1 028	1 262		
CLIN	99,6	91,0	86,6	45,8
3 réunions CLIN	76,6	75,4	111,4	45,2
Programme d'action	92,1	55,1	162,7	47,1
EOH	77,4	48,6	199,3	81,9
Correspondants d'hygiène	85,2	70,4	72,0	18,0
Protocole hyg. mains	99,0	95,5	25,0	10,8
Protocole élim. déchets	91,5	83,0	37,0	20,4
Protocole escarres	55,4	50,4	NS	NS
Protocole « antiseptiques »	66,5	50,9	59,6	40,3

2.4.3.3 – Synthèse sur les établissements ayant une activité chirurgicale :

Dans un contexte général d'activités de LIN, les établissements disposant de services chirurgicaux se montrent plus actifs que les établissements n'en disposant pas. Au sein des établissements disposant de services chirurgicaux, les traceurs d'activités générales ne permettent pas de différencier les établissements ayant une activité obstétricale sans autre activité chirurgicale des établissements disposant d'activités chirurgicales +/- obstétricales.

Cependant, en ce qui concerne les traceurs chirurgicaux qui mesurent les taux d'activités spécifiques aux activités chirurgicales, on constate que les établissements qui pratiquent isolément l'obstétrique ont des taux d'activités très inférieurs aux établissements pratiquant la chirurgie seule ou avec l'obstétrique.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces résultats :

- faiblesse de l'activité chirurgicale au sein de l'établissement : elle ne porterait que sur une moins bonne perception des problèmes liés à l'activité chirurgicale, étant donné qu'il n'y a pas de différence sur les traceurs d'activités générales ; cette hypothèse n'est pas à écarter, mais n'explique pas, à elle seule, les différences.
- isolement de l'activité obstétricale : cette hypothèse se recoupe en partie avec la précédente et pourrait contribuer à l'explication.
- l'activité obstétricale aurait de moins bonnes performances que les autres spécialités chirurgicales : le bilan annuel ne permet pas de distinguer, au sein d'un même établissement, les performances des différentes spécialités.

Une enquête spécifique serait nécessaire pour confirmer ou infirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Ces résultats suggèrent l'idée, cependant évidente, qu'au sein d'un même établissement, les performances des services pourraient ne pas être homogènes. Le bilan annuel permet de ne

mesurer que le taux global d'activités de LIN d'un établissement. Il y aurait nécessité à différencier l'application des mesures globales prises par l'établissement selon les services ou au moins selon les spécialités.

3 – OBJECTIFS 2005-2008 DU PROGRAMME NATIONAL DE LIN :

Sur l'ensemble des objectifs fixés par le Programme National de LIN, un certain nombre est mesurable à partir du bilan annuel d'activités.

3.1 – « 100 % des établissements disposent d'une EOHH »:

a - Les résultats de cet objectif ont été donnés précédemment (voir tableau 3). En 2003, 61,5 % des établissements disposaient de personnels spécialement dédiés à la LIN.

Le choix de cette formulation, « *personnels spécialement dédiés à la LIN* » en lieu et place d'EOHH, est volontaire. En effet, dans la synthèse des bilans annuels, une EOHH est comptabilisée comme existante à partir d'un % d'ETP de quelque catégorie qu'il soit.

L'article R711-1-9 du CSP prévoit que l'EOHH comporte du personnel « *notamment médical, pharmaceutique et infirmier* ». Chaque EOHH devrait comprendre dans ses effectifs d'une part du temps médical ou pharmaceutique et, d'autre part, du temps infirmier. Dans ce cas, l'analyse considérera que l'EOHH est dite « conforme ».

La circulaire DGS/DHOS/E2 n° 2000/645 du 29 décembre 2000 précisait les objectifs de moyens en personnel de l'EOHH à atteindre en 3 ans. Ces objectifs étaient de 1 ETP d'IDE pour 400 lits et de 1 ETP de médecin ou de pharmacien pour 800 lits.

Le tableau 10 donne les résultats selon ces différents critères. En 2003, il n'y a que 11,2 % des établissements qui répondent à l'ensemble de ces critères : une EOHH comprenant du temps infirmier, au moins égal à 1ETP pour 400 lits et places, et du temps médical ou pharmaceutique, au moins égal à 1 ETP pour 800 lits ou places.

Tableau 11 : Evolution de la composition des EOHH (%)

Critères	2001	2003
EOHH « conforme »	55,9	62,9
Objectif 1 IDE / 400 lp	21,3	27,6
Objectif 1 Méd-Ph / 800 lp	15,5	20,1
Les deux objectifs précédents	8,9	11,2

b – Il est intéressant de suivre l'évolution du pourcentage d'ES disposant d'une EOHH partagée avec d'autres établissements de santé.

Tableau 12 : Evolution du % d'ES avec EOHH et d'EOHH partagées

	2001	2003	Progression
% ES avec EOH	54,1	61,5	+ 7,4 %
% EOH partagée	44,5	46,4	+ 1,9 %
EOH partagée ES < 100 l-p	48,6	50,9	+ 2,3 %
EOH partagée ES 100-399 l-p	43,5	45,3	+ 1,8 %
EOH partagée ES > 800 l-p	35,8	32,3	- 3,5 %

Alors que le nombre d'établissements disposant de personnels spécialement dédiés à la LIN augmente de façon sensible, le pourcentage d'équipes partagées entre plusieurs établissements reste stable. La progression du pourcentage d'EOHH partagée dans les petits établissements ne se distingue pas de l'évolution générale.

On peut en déduire, qu'au cours de ces 3 années :

- la coopération inter établissements s'est développée au même rythme que les créations d'EOHH sans amplifier le mouvement ;
- les petits établissements n'ont pas plus utilisé cette possibilité que les établissements de plus grande taille.

Ceci peut expliquer que les petits établissements, malgré une amélioration sensible du nombre de leur EOHH, ne rattrapent pas leur retard en ce domaine.

NB : Afin de mieux circonscrire ce problème, à la demande de la Cellule infections nosocomiales DGS/DHOS, une étude sur les EOHH inter établissements est mise en place en 2005 en vue de proposer des mesures spécifiques permettant d'encourager la coopération inter établissements dans le cadre de la LIN.

3.2 - « 75 % des établissements réalisent un audit des bonnes pratiques » :

Malgré une évolution notable (+ 21 % en 2 ans), il n'y a que 30 % des établissements qui déclarent réaliser un audit des bonnes pratiques.

Tableau 13 : Evolution de la réalisation des audits de bonnes pratiques

	2001	2002	2003
% Ets réalisant une évaluation	37,9	42,0	46,8
% Ets réalisant un audit	24,9	26,7	30,2

Cependant, on peut penser que la question est mal posée ou mal comprise. En effet, un pourcentage d'établissements plus important déclare avoir évalué au moins un des 23 protocoles de bonnes pratiques. Mais, ce pourcentage régresse de façon très sensible de 83,5 % en 2001, à 71,7 % en 2002 et 64,8 % en 2003.

La formulation de ce critère sera revue dans le prochain bilan annuel d'activités 2005 afin d'être plus explicite.

3.3 – Généraliser la surveillance des infections du site opératoire (ISO) :

Le bilan contient la déclaration des enquêtes d'incidence sur les ISO.

Moins de la moitié des établissements disposant de services chirurgicaux déclarent avoir réalisé une enquête ISO et, dans ces établissements, un peu plus de la moitié des services participent à l'enquête. Au total, c'est moins de 30 % des services chirurgicaux qui participent à une enquête ISO, en 2003. Ce pourcentage est en augmentation sensible entre 2001 et 2003.

Tableau 14 : Evolution des enquêtes ISO

	2001	2002	2003
Nombre d'établissements avec chirurgie	992	1 003	1 028
Nombre d'ES avec chir. ayant fait ISO	424	436	468
Nombre de services chirurgicaux	4 342	4 434	4 524
Nombre de services chir. ayant fait ISO	1 114	1 287	1 348
% d'ES avec chir. ayant fait ISO	42,7	43,5	45,6
% de services chir. ayant fait ISO	25,7	29,0	29,8

Il est cependant probable que si le pourcentage de réalisation de cette enquête était calculé sur le nombre de lits de spécialités chirurgicales il serait supérieur à celui calculé sur le nombre de services chirurgicaux. En effet, en 2003, le pourcentage d'établissements ayant réalisé une enquête ISO est très inférieur dans les établissements de moins de 50 lits et places chirurgicaux (32,2 %) par rapport aux établissements disposant de plus de 100 lits et places chirurgicaux (58,2 %). L'effet « *taille des secteurs chirurgicaux* » est important.

3.4 – « 100 % des établissements ont des protocoles du bon usage des antibiotiques » :

Le protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale a été vu précédemment (voir tableau 8.2). En ce qui concerne le protocole sur l'antibiothérapie de première intention, les résultats sont très nettement inférieurs : seulement un tiers de ces établissements déclare disposer de ce protocole.

Tableau 15 : Pourcentage d'établissements disposant d'un protocole sur l'antibiothérapie

	2001	2002	2003
Etablissements totaux	27,0	32,2	35,9
Etablissements avec Comité du médicament (CM)	33,7	39,6	42,1
Etablissements sans CM	12,9	11,8	15,7
Ets avec CM qui collabore pour le bon usage des antibiotiques	54,7	60,1	62,2
Etablissements avec CM qui ne collabore pas	9,6	10,4	10,5

Il est intéressant de souligner que la présence d'un Comité du médicament (79,8 % des établissements en 2003) est un élément positif vis à vis de ce critère : l'existence du protocole est très nettement plus fréquente quand un tel Comité existe au sein de l'établissement.

Mais, l'élément le plus déterminant semble être, plus que son existence, la collaboration d'un tel Comité « au bon usage des antibiotiques ». Dans le cas d'une telle collaboration (60,5 % en 2003), l'existence du protocole dépasse les 60 % contre à peine plus de 10 % pour les établissements dont le Comité du médicament ne collabore pas au bon usage des antibiotiques.

A posteriori, cet élément valide l'objectif du Programme National qui propose que « 100 % des établissements ont une commission des anti-infectieux ». Une telle commission concrétisera la collaboration du Comité du médicament au bon usage des antibiotiques.

3.5 – « 100 % des établissements présentent dans le livret d'accueil leur programme de LIN » :

Ce critère a connu une progression importante entre 2001 et 2003. Cette progression est due tant à la progression du nombre d'établissements disposant d'un livret d'accueil qu'au nombre de livrets d'accueil qui présentent les objectifs de la LIN.

Tableau 16 : Présentation de la LIN dans le livret d'accueil

	2001	2002	2003
% établissements ayant un livret d'accueil (LA)	88,4	90,6	93,8
% LA avec Objectifs de la LIN	55,7	67,3	76,1
% LA avec Objectifs LIN / Ets Totaux	49,3	61,0	71,4

Il faut cependant remarquer que parmi les 1 634 établissements qui déclarent présenter les objectifs de la LIN dans leur livret d'accueil, 154 déclarent n'avoir pas élaboré un programme d'action, ramenant à 64,6 % le pourcentage d'établissements présentant son programme d'action de LIN, telle que formulée par le Programme national de LIN. A l'avenir, la formulation de la question dans le bilan standardisé reprendra celle du Programme national.

4 – EVOLUTION DE L'INDICE COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES IN :

L'indice composite (IC) des activités de lutte contre les IN, l'un des 5 indicateurs du tableau de bord, a été élaboré exclusivement à partir du bilan annuel d'activités. Son calcul sera automatique sans travail supplémentaire pour les établissements.

Avant de présenter les résultats rétrospectifs sur les 3 dernières années, il est nécessaire d'expliquer ce qu'est, et ce que n'est pas cet IC.

Calculé sur la base du bilan annuel d'activités, il est donc un indice qui mesure le taux d'activités de LIN déclarées par les établissements :

- Il ne donne que des indices, voire des indications, de ce qui se fait dans un établissement de santé.
- Le bilan annuel d'activités est déclaratif, sans validation externe des données fournies jusqu'en 2003. Il ne mesure donc que ce que l'établissement déclare.
- Il ne mesure que le taux d'activités, sans préjuger de la réalisation de ces activités (un protocole peut être déclaré existant mais ne pas être appliqué ou appliqué que par une partie des services), encore moins de la validité de l'activité (rien ne dit qu'un protocole existant est validé selon les règles de l'art) et surtout pas sur la qualité de l'activité (un protocole existant peut être mal appliqué).

Au total, il ne faut pas donner à cet indice des vertus auxquelles il ne peut pas prétendre. Il permet d'estimer la mobilisation d'un établissement dans la LIN. La validité et la qualité de cette mobilisation devront être approchées par d'autres moyens.

4.1 – Méthodologie :

Le tableau global de cotation de l'IC est présenté en annexe. Le présent paragraphe explique comment a été construit ce tableau.

4.1.1 - Construction générale de l'IC :

L'IC est composé de 3 sous-indices affectés du même poids :

- le sous-indice « organisation » est composé des différents éléments de l'organisation de la LIN au sein de l'établissement : CLIN, programme d'action, rapport, avis des instances de l'établissement, présence de la LIN dans le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens et le livret d'accueil etc.
- le sous-indice « moyens » est composé des différents moyens pour la mise en œuvre de la LIN : EOHH, correspondants d'hygiène, formation du personnel.
- le sous-indice « actions » est composé des différentes activités de LIN : protocoles, enquêtes et surveillance, évaluation.

L'IC est coté sur 100, son résultat mesurant donc le taux d'activités de l'établissement : un IC de 60 peut être considéré comme un taux de réalisation de 60 % de ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre dans l'établissement.

4.1.2 – Constructions des sous-indices Organisation, Moyens, actions (O.M.A). :

Chaque sous-indice a été décomposé en fonctions. Le poids relatif de chaque fonction a été fixé à partir de critères de priorité en matière de LIN. Le total des fonctions d'un sous-indice devant être égal au poids total de celui-ci.

La cotation a été affectée de manière descendante :

- d'abord les sous-indices pour un total de 100 ;
- puis les fonctions d'un sous-indice pour un total de 33 ou 34 ;
- enfin les items pour le total de la fonction à laquelle ils appartiennent.

Ainsi, il ne serait pas cohérent de comparer la cotation d'un item avec un autre item n'appartenant pas à la même fonction. En effet, la cotation des fonctions a précédé la cotation des items. La cotation d'un item est relative à la cotation totale de la fonction à laquelle il appartient et indépendante de la cotation des items des autres fonctions.

4.1.3 – La sélection des items :

Parmi tous les items recueillis dans le bilan standardisé, seuls ceux concernant l'ensemble des établissements ont été retenus. Ainsi, ne figure pas dans l'IC les items relatifs à :

- la chirurgie (protocole antibioprophylaxie et préparation de l'opéré, enquête d'incidence des ISO, etc.), un indice « chirurgie » sera élaboré spécifiquement ;
- des techniques non universelles (ventilation artificielle, traitement de l'air, etc.)
- des services n'existant pas dans tous les établissements (radiologie, laboratoire, hémodialyse, etc.)

4.2 – Résultats globaux :

Ces résultats ont été calculés rétrospectivement à partir des bases nationales 2001 à 2003. Ils sont donnés à titre indicatif et permettront à chaque établissement de se comparer globalement, avec les établissements de même taille et de même type.

La moyenne nationale de l'IC se situe autour de 60. Des trois sous-indices (chacun côté sur un tiers), celui concernant les moyens est en net retrait par rapport aux deux autres qui ont des résultats identiques.

La progression de L'IC sur deux ans est modeste sur la moyenne, mais beaucoup plus forte sur la médiane, ce qui traduit un glissement général vers le 3^{ème} quartile qui constitue le mode de la courbe.

Diagramme 1 : Distribution des établissements selon la valeur de leur IC

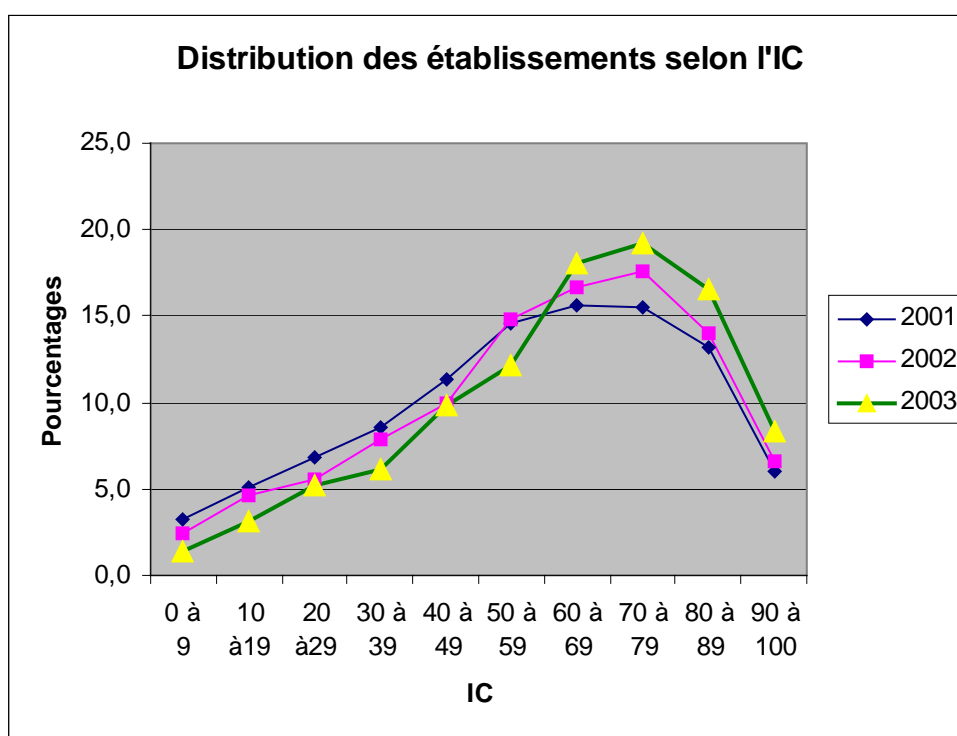
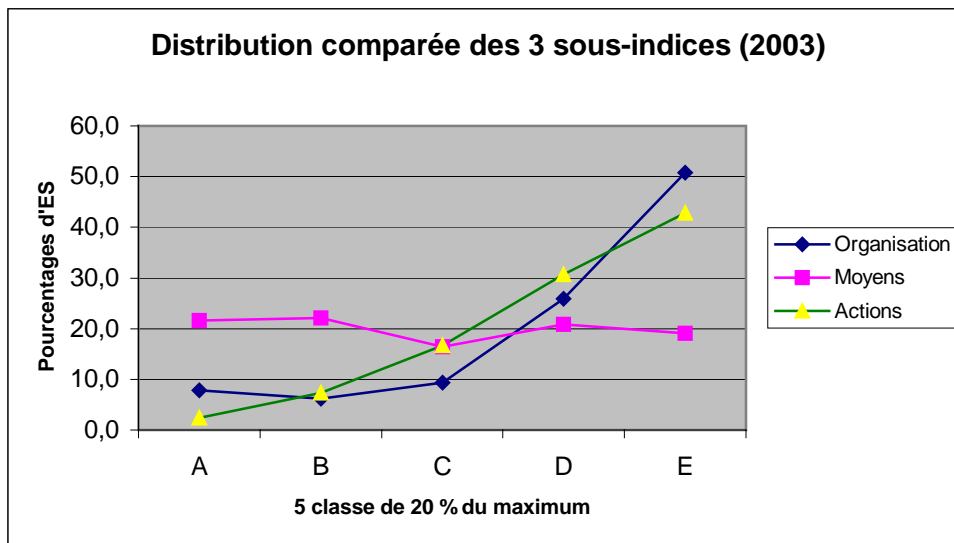
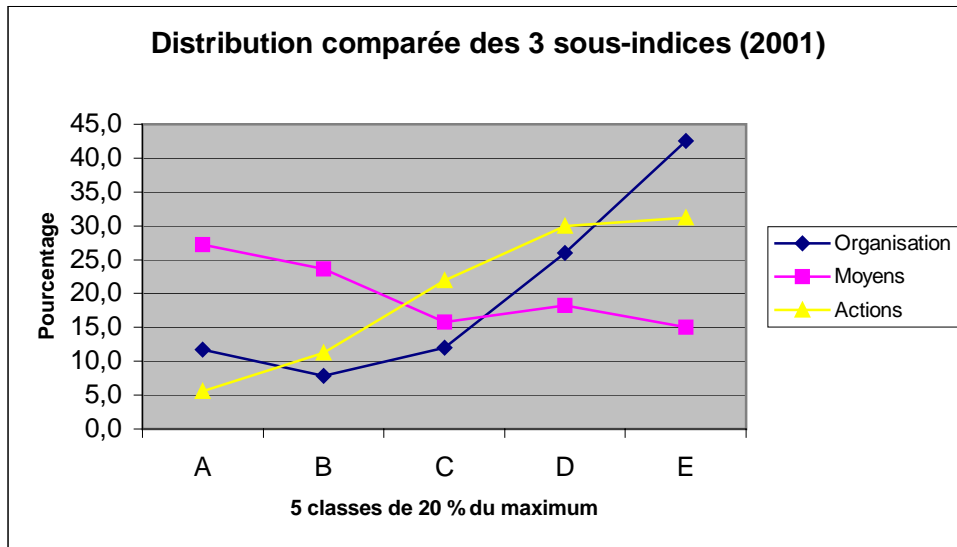


Tableau 17 : Evolution de L'IC et des sous-indices

	2001	2002	2003	Maximum
IC (moyenne)	57,1	59,5	62,9	100
IC (médiane)	60,0	63,0	66,5	
Sous IC « organisation » (moyenne)	21,7	22,6	23,3	33
Sous IC « organisation » (médiane)	25,0	25,5	26,0	
Sous IC « moyens » (moyenne)	14,2	14,8	15,9	33
Sous IC « moyens » (médiane)	13,0	14,0	16,0	
Sous IC « actions » (moyenne)	21,2	22,2	23,6	34
Sous IC « actions » (médiane)	22,5	23,5	25,0	

Cet IC global est composé de 3 sous-indices dont les distributions sont très différentes.

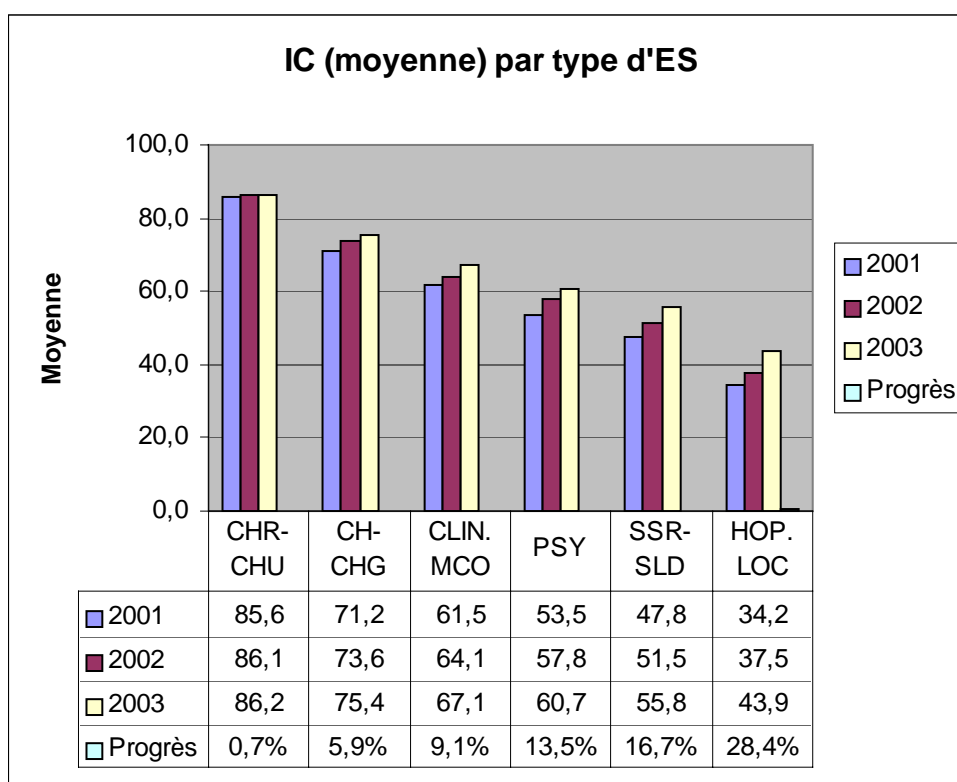


4.3 – Résultats par catégories d'établissements :

L'IC confirme ce que nous avons déjà vu à partir des traceurs :

- les établissements SSR-SLD ont un niveau d'activités en retrait par rapport aux autres types d'établissements ;
- les hôpitaux locaux sont pénalisés par leur taille : il n'y a pas de différence avec les autres établissements après ajustement sur la taille, mais ils sont cependant nettement en dessous de la moyenne en termes de mise en œuvre d'une politique de LIN.
- la progression de l'IC (Progrès) est inversement proportionnelle à la valeur de l'IC

Diagramme 2 : Evolution de la moyenne de l'IC par type d'établissements



- l'IC est très fortement corrélé à la taille de l'établissement ;

Tableau 18 : Moyenne de l'IC selon la taille des établissements

Taille	2001	2002	2003
1 à 99 LP	46,8	49,3	53,5
100 à 399 LP	62,6	65,1	68,0
400 à 799 LP	73,2	77,8	80,1
> 800 LP	83,3	83,3	86,1

- l'activité chirurgicale induit un meilleur taux d'activités. Il n'y a pas de différence entre les établissements ne faisant que de l'obstétrique par rapport aux établissements disposant d'autres spécialités chirurgicales. Il n'y a pas non plus de différence selon le pourcentage de lits chirurgicaux.

Tableau 19 : Moyenne de l'IC selon l'activité chirurgicale

	+	-	H ³
Activités chirurgicales	73,0	54,6	400,9
Obstétrique seule	65,5	73,3	NS
% de lits chir. < 15 %	74,8	72,8	NS

4.4 – Résultats par obligations réglementaires :

Le CSP fixe des obligations aux établissements de santé en termes d'organisation et de moyens : il s'agit principalement de la création d'un CLIN, de l'élaboration d'un programme d'action et du recrutement d'une EOHH.

Les résultats sont donnés sur l'IC et le sous-indice « Actions », ces trois obligations réglementaires intervenant dans le calcul des sous-indices « Organisation » et « Moyens ».

Tableau 20 : Moyenne de l'IC

IC / 100	+	-	H
CLIN	65,2	20,9	252,1
Programme d'action	69,8	29,5	808,4
EOHH	74,5	44,3	1 058,1

Tableau 21 : Moyenne du sous-indice Actions

Sous-indice Actions / 34	+	-	H
CLIN	24,3	12,2	191,9
Programme d'action	25,3	15,6	541,1
EOHH	26,2	19,6	418,3

Quand ces éléments structurants existent (+), l'IC (contenant ces éléments) et le sous-indice Actions (ne contenant pas ces éléments) sont très nettement supérieurs, traduisant un niveau d'activités bien plus important que lorsqu'ils n'existent pas (-). Comme on pouvait l'espérer, l'existence d'un CLIN, d'un programme d'action et d'une EOH sont indispensables à la mise en œuvre des activités de LIN.

4.5 – Résultats par région :

L'écart total, d'environ 20 points, est resté stable au cours de ces trois années.

- le minimum évolue de 44,6 en 2001 à 50,2 en 2003.
- le maximum évolue de 66,1 en 2001 à 70,7 en 2003

³ Test H de Kruskal-Wallis, équivalent au χ^2

Il existe une grande disparité régionale quant à la taille des établissements. Le pourcentage des établissements de moins de 100 lits et places varie de 36,0 % à 57,9 % ($p < 10^{-8}$). La corrélation, significative, est cependant faible ($r^2 = 0.37$). Mais ceci n'explique pas toute la différence : la région ayant le meilleur score moyen présente un des plus forts taux de petits établissements et la région ayant le score moyen le plus faible a un taux de petits établissements inférieur de 10 % à la moyenne nationale.

Tableau 22 : IC moyen par région (2001-2003)

REGION	2001	2002	2003	% ES de – de 100 lp en 2003
ALSACE	58,9	55,7	59,7	54,5
AQUITAINE	58,6	61,1	66,5	55,0
AUVERGNE	49,7	55,5	60,1	39,3
BASSE NORMANDIE	59,4	55,5	60,7	36,0
BOURGOGNE	48,5	49,6	53,8	45,2
BRETAGNE	44,6	50,6	50,2	42,0
CENTRE	53,7	56,9	58,8	51,6
CHAMPAGNE ARDENNES	52,2	56,9	62,5	41,9
CORSE	50,5	54,7	53,3	57,9
FRANCHE-COMTE	54,2	54,7	57,3	46,5
HAUTE NORMANDIE	57,1	58,8	61,4	56,7
ILE DE FRANCE	64,2	65,5	67,3	36,3
LANGUEDOC	58,5	58,5	62,4	56,6
LIMOUSIN	60,3	64,1	59,8	42,4
LORRAINE	60,2	58,9	63,4	45,3
MIDI PYRENEES	55,2	64,8	69,8	47,3
NORD PAS DE CALAIS	61,1	63,1	64,7	44,4
PAYS DE LOIRE	52,3	48,5	60,5	38,9
PICARDIE	56,6	57,0	59,0	47,4
POITOU CHARENTES	55,6	59,3	58,9	56,9
PROVENCE A.C.A.	66,1	67,2	70,7	56,0
RHONE ALPES	55,1	59,1	60,2	42,2
Moyenne	57,1	59,5	62,9	46,8

Certaines régions présentent des IC moyens en régression d'une année sur l'autre. Cela s'explique par la variation de la base des données. La base de données d'une année comprend des établissements en plus mais aussi en moins par rapport à l'année précédente. Ces variations peuvent être importantes dans les régions ayant un moins bon taux de réponse notamment la Lorraine et la Bretagne. Pour le Limousin, la base de données a augmenté de 65 % entre 2002 et 2003, les établissements nouveaux en 2003 ayant de moins bonnes performances que ceux présents en 2002.

Ce phénomène devrait se stabiliser en tendant vers une meilleure exhaustivité, ce que l'on peut espérer avec la création de l'IC que devra produire chaque établissement dans le tableau de bord du suivi de la LIN.

5 – SYNTHÈSE :

L'analyse nationale des bilans standardisés d'activités de LIN permet de dégager certaines tendances.

5.1. L'exhaustivité des réponses :

En 2003, environ 85 % des établissements de santé ont adressé leur bilan standardisé, soit 2290 établissements correspondant à près de 480 000 lits et places d'hospitalisation. Cette exhaustivité devrait s'améliorer avec l'introduction de l'Indice composite dans le tableau de bord du suivi de la LIN.

5.2 – Résultats par catégories d'établissements :

L'étude par la méthode des traceurs, confirmée par le calcul rétrospectif de l'IC, montre les différences significatives suivantes :

- le niveau d'activités de LIN est proportionnel à la taille des établissements ;
- le secteur SSR-SLD semble en retrait par rapport aux autres établissements, ses difficultés portant principalement sur la mobilisation des moyens de LIN ;
- les établissements disposant de spécialités chirurgicales ont un niveau d'activités de LIN significativement supérieur aux établissements n'en disposant pas ;
- parmi ces établissements avec spécialités chirurgicales, ceux ne disposant que de l'obstétrique, à l'exclusion de toute autre spécialité chirurgicale, présentent un niveau d'activités de LIN spécifique aux activités chirurgicales inférieur à celui des autres établissements alors qu'ils ont un niveau d'activités générales de LIN équivalent.

5.3 – Objectifs 2005-2008 du Programme national de LIN :

Parmi ces objectifs, ceux pouvant être évalués à partir du bilan standardisé d'activités de LIN présentent les résultats suivants, en 2003, soit 5 ans avant l'échéance fixée :

- 61,5 % des établissements disposent de personnels spécialement dédiés à la LIN, mais ils ne sont plus que 11,2 % à avoir une EOHH correspondant aux critères fixés par ailleurs (composition et ratio de personnels par capacité d'hospitalisation) ;
- 30,2 % des établissements déclarent réaliser un audit, mais ce chiffre est probablement mal évalué et la question sur cet item sera revue à l'avenir ;
- 45,6 % des établissements avec activités chirurgicales et 29,8 % des services chirurgicaux ont réalisé une enquête des ISO ;
- 35,9 % des établissements disposent d'un protocole sur l'antibiothérapie et 84,1 % des établissements avec activités chirurgicales disposent d'un protocole sur l'antibioprophylaxie ;
- 71,4 % des établissements présentent leurs objectifs de LIN dans leur livret d'accueil ; ce pourcentage est de 64,6 % si on se réfère au programme d'action de LIN.

5.4 – L'Indice composite (IC) :

L'IC a été calculé rétrospectivement à partir des bases nationales 2001-2003.

L'IC moyen national, en 2003, est de 62,9 et la médiane de 66,5 sur 100. Il existe de grandes disparités entre les régions qui ne s'expliquent pas entièrement par la taille moyenne des établissements.

Par catégories d'établissements, l'IC confirme les observations faites avec la méthode des traceurs (voir ci-dessus).

L'IC est 2 à 3 fois supérieur quand l'établissement dispose d'un CLIN et / ou d'un programme d'action et / ou d'une EOHH.

6 – CONCLUSION :

Le bilan standardisé est un outil d'auto-évaluation pour les établissements de santé. Il permet aux instances de coordination et de gestion (C-CLIN, DRASS, DDASS, ARH) de détecter les faiblesses de certaines catégories d'établissements en vue de proposer des actions spécifiques pour les aider dans la mise en œuvre de leurs activités de LIN.

La taille de l'établissement apparaît comme le principal facteur de difficulté dans la mise en œuvre de ces activités. La coopération inter établissement, prévue spécialement pour faciliter l'évolution des petits établissements, est insuffisamment sollicitée dans le cadre de la LIN. Elle est pourtant la seule possibilité pour la plupart de ces établissements de faible capacité hospitalière pour lesquels la mobilisation des moyens nécessaires serait démesurée s'ils devaient être autonomes.

La mise en place de l'IC peut faire espérer une plus grande exhaustivité des réponses. Il exige également une plus grande fiabilité des données. Ce dernier point sera l'objet d'une expérimentation au cours de l'année test du bilan 2004 (en 2005).

MODALITES DE CALCUL DE L'INDICE COMPOSITE

N1	N2	N3	Items	Total	N1	N2	N3	Pts
O	O1 Intégration de la LIN dans l'ES	O11	O111 – LIN dans Projet d'étab.	100	33	7	3	1
			O112 – LIN dans COM					2
		O12	O121 – Avis instances / PA				1	
							O122 – Avis instances / RA	0,5
			O13				O131 – LIN dans Livret d'accueil	1
							O132 – COMED membre du CLIN	0,5
	O2 CLIN	O21	O211 – Réunions CLIN			6		
			O212 – Réunions Groupes de Travail			4		
			O221 – Adhésion réseau			1		
		O22	O222 – Protocoles / outils de réseau			1		
			O223 – CLIN consulté sur PFC			1		
			O3 Gestion de la LIN			O31 – Programme d'action	9	
						O32 – Rapport d'activités	4	
M	M1 EOH	M11 – ETP médical ou pharma. > 0	6					
		M12 – ETP paramédical > 0	6					
		M13 – M11 > 0 + M12 > 0	2					
		M14 – ETP secr. ou ETP technic. > 0	2					
	M2 Formation	M21 – Form. nouv., intér. et étud.	2					
		M22 – Formation méd-pharm > 0	3					
		M23 – Formation pers. infirmiers > 0	3					
		M24 – Formation autres perm. > 0	1					
	M3 Correspondants	M3a – Correspondants médicaux	4					
		M3b – Correspondants paramédicaux	4					
A	A1 Prévention	A11 – 6 protocoles prioritaires * 2	12					
		A12 – 10 autres protocoles * 0,5	5					
	A2 Surveillance	A21 – Prévention et signalement AES	3					
		A22 – Progr. de maîtrise des BMR	4					
		A23 – Au moins une enquête	3					
		A24 – Surv. à partir données labo.	1					
		A2e – Diff. résultats de la surveillance	1					
	A3 Evaluation	A31 – Evaluation d'au moins un protoc.	2					
		A32 – Réalisation d'un type d'éval.	2					
		A33 – dont un audit	1					

NB1 : Certains items sont cotés graduellement en fonction du niveau atteint par rapport au maximum. Ces cotations intermédiaires ne sont pas indiquées dans le tableau ci-dessus.

NB2 : Les protocoles prioritaires (A11) sont (n° dans la liste du questionnaire) : n° 1, 2, 4, Antibiothérapie, Accidents avec Exposition au Sang, Eau Chaude Sanitaire (avec seuil d'alerte).

NB3 : Les 10 autres protocoles (A12) sont (n° dans la liste du questionnaire) : n° 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.