



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’écartier 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 considèrera 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

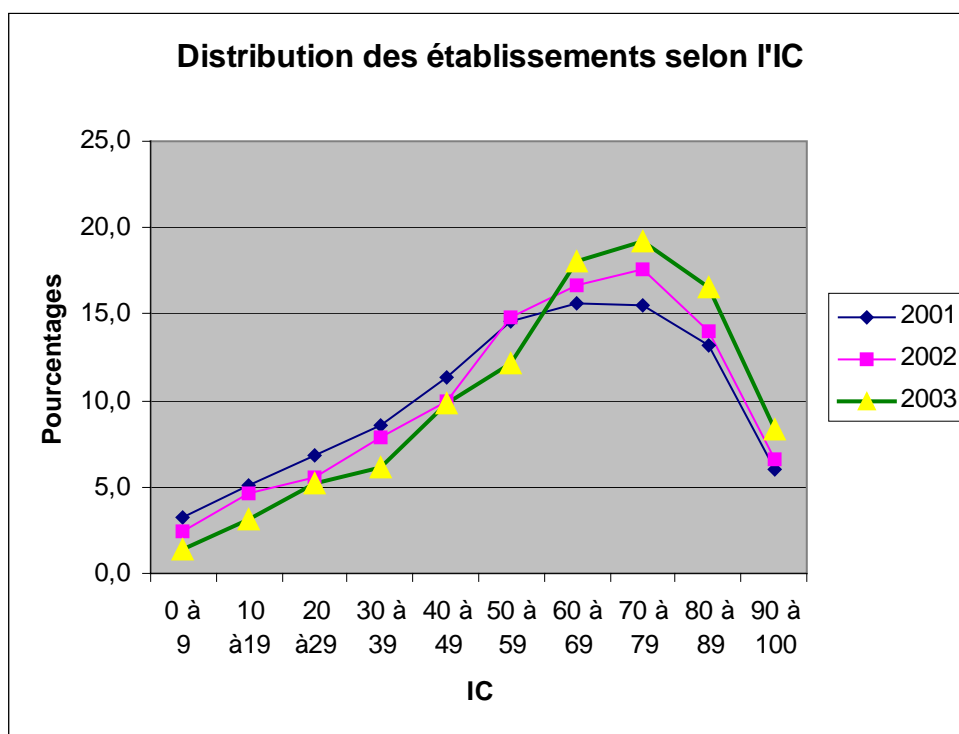
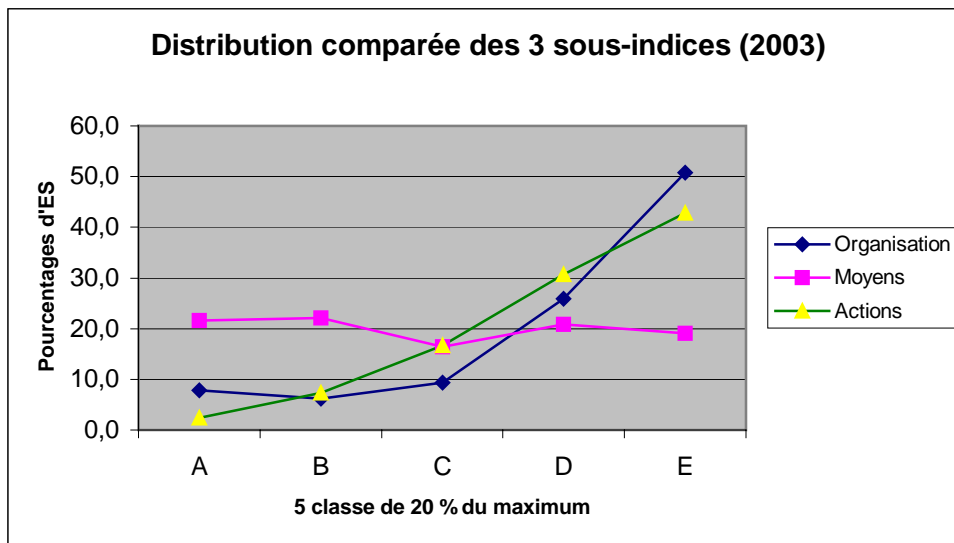
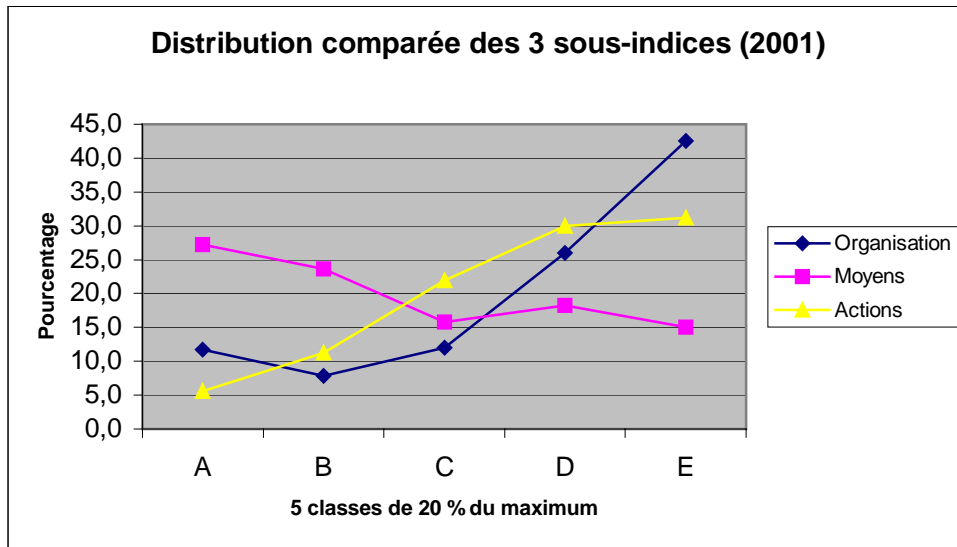


Tableau 17 : Evolution de L'IC et des sous-indices

	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.

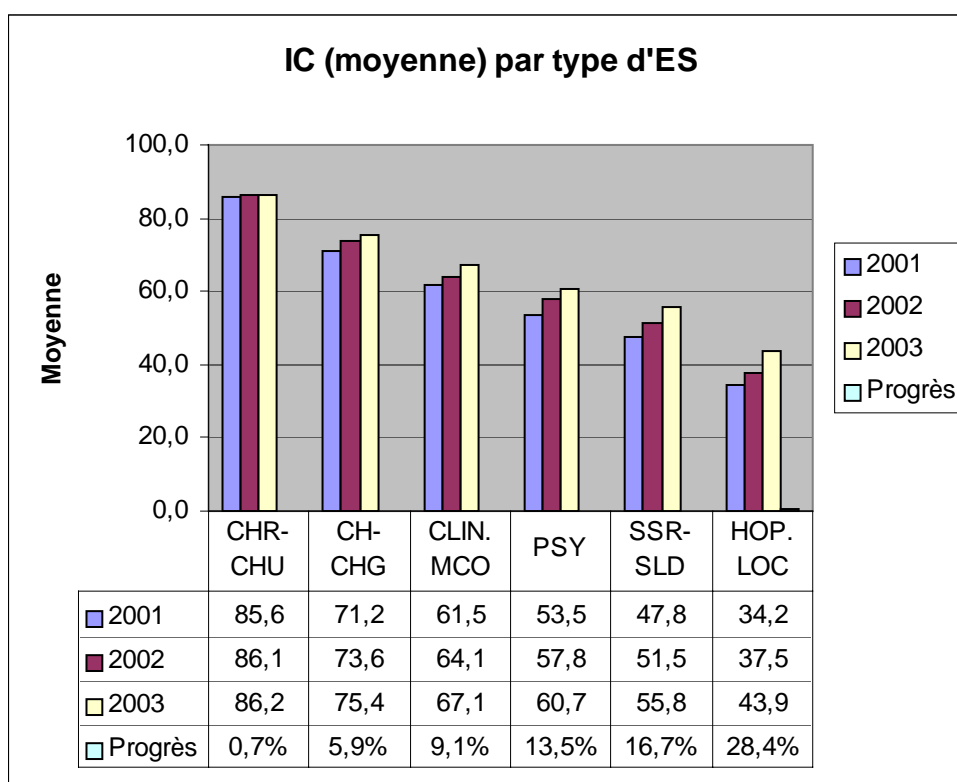


4.3 – Résultats par catégories d'établissements :

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	
			O131 – LIN dans Livret d'accueil				1	
		O13	O132 – COMED membre du CLIN				0,5	
			O133 – HH dans PFC				1	
			O211 – Réunions CLIN				6	
		O2 CLIN	O21				O212 – Réunions Groupes de Travail	4
	O221 – Adhésion réseau					1		
	O22		O222 – Protocoles / outils de réseau			1		
			O223 – CLIN consulté sur PFC			1		
			O31 – Programme d'action			9		
	O3 Gestion de la LIN	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.