



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Résultats des indicateurs pour
l'amélioration de la qualité et de la
sécurité des soins

Infections associées aux soins

**Campagne nationale 2017 – Données
2016**

Décembre 2017

Ce document présente les résultats de la campagne 2017 des indicateurs du thème « Infections associées aux soins », réalisée auprès de tous les établissements de santé, sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs mesurent le niveau d'engagement des établissements de santé dans la prévention des infections associées aux soins.

Rapport rédigé avec prise en compte des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport (classements, référentiels) prennent en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC) demandée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme BILANLIN. Pour y accéder, contacter l'équipe opérationnelle d'hygiène de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont disponibles sur le site Scope Santé, site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers mis en place par la HAS en partenariat avec le ministère de la Santé. www.scopesante.fr



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr. Une assistance technique spécifique au Bilan LIN est mise à disposition des établissements par l'ATIH à l'adresse : bilanlin@atih.sante.fr.

Ce rapport a été rédigé par Meriem Bejaoui et Axel Renoux, sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 20 décembre 2017.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2017

Sommaire

SYNTHÈSE	7
Contexte	7
Les indicateurs mesurés	7
Principaux résultats	8
Axes d'amélioration - Perspectives	10
Introduction	11
Contexte	11
Établissements de santé participants.....	12
Les indicateurs mesurés	12
Résultats des indicateurs	14
Indicateur « ICALIN.2 » : prévention des infections nosocomiales	15
Analyse nationale des informations recueillies	16
Classement des établissements	20
Indicateur « ICA-LISO » : prévention des infections du site opératoire	22
Analyse nationale des informations recueillies	23
Classement des établissements	25
Indicateur « ICSHA.2 V2 » : hygiène des mains, (évolution de l'objectif minimum personnalisé de consommation)	27
Préambule	28
Analyse nationale des informations recueillies	28
Classement des établissements	29
Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème IAS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)	30
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	30
Résultats du contrôle qualité du recueil	30
Bilan et perspectives	33
Bilan	33
Perspectives.....	33
Abréviations et acronymes	35
Table des illustrations	38
Annexes	39
Annexe I. Modalités de calcul des indicateurs et présentation des résultats.....	39
Annexe II. Catégories d'établissements du thème IAS.....	40
Annexe III. Informations complémentaires ICSHA.2 V2	41
Annexe IV. Résultats complémentaires	42
Annexe V. Modalités de contrôle et de validation par les Agences régionales de santé (ARS) des données déclarées	57
Références bibliographiques	60
Historique et données détaillées	60

Description approfondie des indicateurs IAS	60
Corpus réglementaire	60
Pour aller plus loin	61

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹)

Les données du bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé permettent le calcul des indicateurs du thème IAS.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, **la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel. Pour les indicateurs IAS, cet arrêté est l'application de l'article R. 6111-8 du Code de la santé publique.** Le champ de cet arrêté s'étend à certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). **Les résultats des établissements pour les indicateurs IAS y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, D ou E selon leur distribution par rapport à des seuils de référence fixes. Ces seuils de référence sont fixés pour plusieurs années et pour chaque indicateur IAS diffusé publiquement.** Ils permettent aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre.

Les résultats des indicateurs du thème IAS reflètent le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections associées aux soins. L'évolution individuelle des résultats et le positionnement de l'établissement par rapport aux établissements de même catégorie contribuent à évaluer la qualité et la sécurité des soins dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc...), **un contrôle qualité de leur recueil est effectué.** Depuis 2013 (et depuis 2006 pour les indicateurs IAS), une orientation nationale inspection contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10% des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé. Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

¹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

SYNTHÈSE

Contexte

La HAS prend en charge, pour la deuxième fois cette année, la campagne de recueil des indicateurs du thème IAS, auparavant réalisée par la DGOS (Bilan Lin).

Suite à ce transfert de responsabilités, l'instruction et ses annexes définissant les modalités pratiques de recueil du bilan d'activités de l'année ont été remplacées par la mise à disposition d'un cahier des charges, de grilles de recueil des données, de consignes pour le remplissage et de fiches descriptives intégrant les modalités de calcul des indicateurs (cf. bibliographie).

Le pilotage des indicateurs IAS demeure assuré conjointement par la DGOS et la HAS. Le comité de suivi du Programme national d'actions pour la prévention des infections associées aux soins (Propias 2015) joue un rôle primordial dans le choix des indicateurs à développer en cohérence avec le programme.

L'ATIH assure la maîtrise d'œuvre de la plateforme de recueil BILANLIN.

Les ARS poursuivent l'accompagnement des établissements de santé pour les indicateurs du thème IAS et doivent réaliser le contrôle qualité des données pour 10 % des établissements de santé de leur région.

Les indicateurs mesurés

La politique globale de prévention des infections associées aux soins est évaluée par l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2). L'accent est mis cette année sur deux axes du Propias : l'axe 1 qui porte sur la prévention des IAS avec le focus sur l'hygiène des mains par l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA.2 V2) et l'axe 3 relatif à la réduction des risques associés aux actes invasifs avec l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO). Les résultats des indicateurs ICA-LISO, ICALIN.2 et ICSHA.2 V2 sont diffusés publiquement.

ICSHA.3 (indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques version 3) était en expérimentation et non-diffusé publiquement.

La campagne de recueil qui s'est déroulée du 27 mars au 8 mai 2017 a concerné le recueil :

D'ICALIN.2 : prévention des infections nosocomiales

L'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales version 2 (ICALIN.2) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Il mesure la mise en place d'un dispositif efficace de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

D'ICA-LISO : prévention de infections du site opératoire

L'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) objective l'organisation pour la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Il rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.

D'ICSHA.2 V2 : hygiène des mains

L'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (PHA) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence). ICSHA.2 V2 mesure la quantité de PHA commandée par les établissements de santé. ICSHA.2 V2 est une version d'évolution d'ICSHA.2 (évolution de l'objectif minimum personnalisé de consommation), destinée à préparer les établissements de santé aux nouvelles exigences d'ICSHA.3.

La version 3 de l'indicateur (ICSHA.3) était en expérimentation cette année et par conséquent la communication de son résultat est restreinte uniquement à l'établissement de santé. ICSHA.3 a vocation à se substituer à ICSHA.2 V2 en remplaçant le recueil de la quantité commandée par la quantité délivrée

aux services de soins, ce qui représente une étape supplémentaire dans le processus de consommation des PHA.

Principaux résultats

En 2017, 2 752 établissements de santé étaient concernés par l'obligation de participer à la campagne de recueil des indicateurs IAS. Un total de 2 733 établissements de santé y a participé (99,3%), les 19 autres établissements étant non-répondants. Chaque ARS devait contrôler les données d'au moins 10% des établissements de santé de sa région : 246 établissements sur les 2 752 établissements répondants ont été contrôlés (soit 9,0%). 582 indicateurs au total ont été contrôlés. Les contrôles ont inclus en moyenne 2,4 indicateurs chacun sur les 3 indicateurs visés par les objectifs de l'orientation national inspection contrôle. Les 582 indicateurs diffusés publiquement contrôlés dans les 246 établissements ont conduit à modifier 242 scores, soit 42 % des indicateurs contrôlés.

Après validation, les résultats définitifs ont été restitués aux établissements le 6 novembre 2017.

► Synthèse des scores

Tableaux 1 et 2. Synthèse des scores des indicateurs du thème infections associées aux soins (recueil 2017 sur données 2016)

Indicateur	Score moyen 2017 (données 2016)	Score moyen 2015 (données 2014)	Indicateur	Score médian 2017 (données 2016)
ICALIN.2	83/100 (2 719 ES)*	82/100 (2 756 ES)*	ICSHA.2 V2	65% (2 630 ES)*
ICA-LISO	90/100 (924 ES)*	89/100 (945 ES)*		

* Effectif des établissements concernés répondant (hors établissements référencés en données indisponibles, dont le calcul des scores n'a pas été possible).

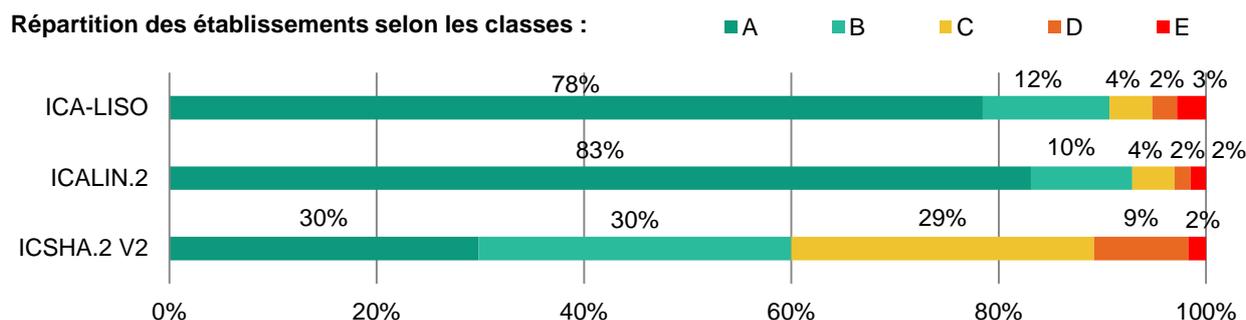
Note : ICSHA.2 V2 est une nouvelle version d'ICSHA.2 auparavant recueilli. Les comparaisons avec ce dernier ne sont donc pas possible.

► Synthèse des classes

Le pourcentage d'établissements de santé en classe A ou B est de :

- 91% pour l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) ;
- 93% pour l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2) ;
- 60% pour l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA.2 V2).

Graphique 1. Indicateurs données 2016 (recueil en 2017) du thème infections associées aux soins Répartition des établissements par classe



► Résultats par indicateur

→ ICALIN.2 :

93% des établissements répondants sont en classe A ou B, contre 91 % en 2014. Le score moyen est de 83 / 100.

→ ICA-LISO :

De nombreux établissements ont atteint le niveau attendu du point de vue de cet indicateur ou en sont proches : 24% des établissements ont atteint le score de 100, niveau maximal mesurable par cet indicateur. 91% des établissements sont en classe A ou B. Le score moyen est de 90 / 100.

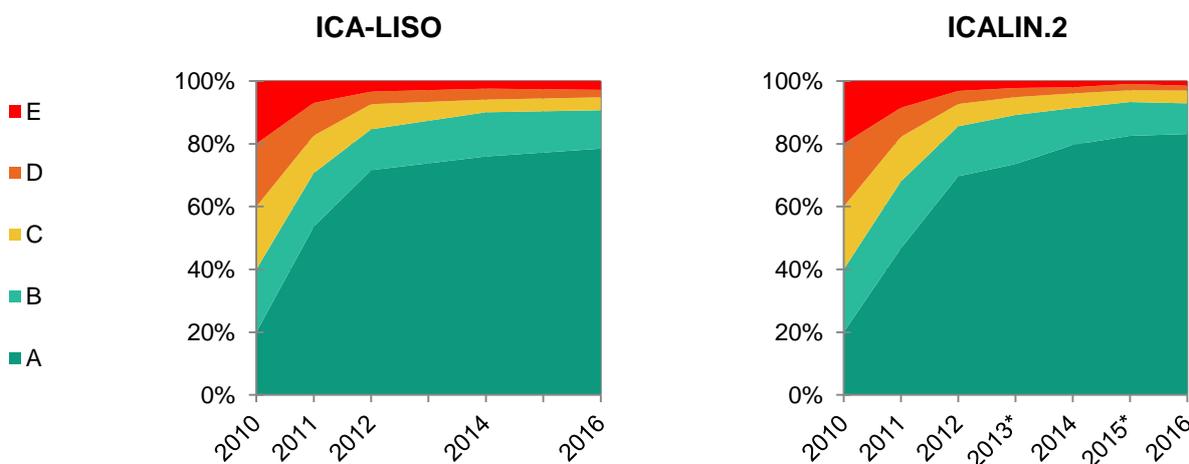
→ ICSHA.2 V2 :

Cette année, une revalorisation des seuils de friction hydro alcoolique (FHA) exigés par acte est à l'origine d'une évolution de l'indicateur ICSHA.2 vers ICSHA.2 V2. Les résultats de cet indicateur, plus exigeant en terme d'objectif minimum personnalisé de consommation ne sont pas comparables avec ceux d'ICSHA.2.

60% des établissements sont en classe A ou B pour ICSHA.2 V2. La médiane est de 65% de l'objectif moyen personnalisé de consommation (OMPC) : la moitié des établissements ont commandé une quantité de PHA inférieure aux deux tiers de leur OMPC.

► Évolution

Graphique 2. Évolution de la répartition des établissements par classe pour ICA-LISO et ICALIN.2 entre les données 2010 et 2016 : les marges de progression se sont considérablement réduites.



* *Années de recueil facultatif de l'indicateur ICALIN.2 : risque de non-représentativité.*

Cette année, les établissements de santé ont obtenu de très bons scores à ces deux indicateurs. Concernant ICA-LISO, seuls 16 établissements ont un score inférieur à 50. Les trois quarts des établissements ont un score supérieur ou égal à 86. Concernant ICALIN.2, seuls 49 établissements ont un score inférieur à 50. De nombreux critères au sein de l'indicateur ICALIN.2 ne sont plus discriminants, en ceci qu'ils sont maintenant satisfaits par presque tous les établissements.

Les marges de progression d'ICALIN.2 et d'ICA-LISO se sont progressivement réduites au fur et à mesure des campagnes, jusqu'à atteindre un plateau en 2017 (données 2016). En effet, pour ces deux indicateurs, la proportion d'établissements qui progressent d'année en année a peu à peu diminué jusqu'à atteindre :

- 13% d'établissements dont la classe ICALIN.2 s'améliore en 2017, contre 8% dont la classe se dégrade ;
- et 15% d'établissements dont la classe ICA-LISO s'améliore en 2017, contre 12% dont la classe se dégrade.

En outre, parmi les 920 établissements de santé répondants concernés (hors établissements référencés en données indisponibles) à la fois à ICA-LISO et ICALIN.2 :

- 89% sont en classe A ou B à chacun de ces deux indicateurs.
- 73% sont en classe A à chacun de ces deux indicateurs.

Axes d'amélioration - Perspectives

Des pistes d'amélioration subsistent pour ICALIN.2 et elles concernent : le ratio médical et paramédical de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ; la formation validée par l'EOH pour le personnel médical et paramédical et pour les autres intervenants; la protection du personnel et en particulier la surveillance de la couverture vaccinale ; et les modalités de la surveillance des infections nosocomiales.

Pour ICA-LISO, des efforts doivent également être portés sur : l'utilisation du système d'information hospitalier dans le suivi des infections du site opératoire ; la couverture de la totalité des disciplines de chirurgies par la surveillance et la surveillance en réseau.

Toutefois, pour ces deux indicateurs, la plupart des établissements ont maintenant atteint le niveau attendu, et la progression globale mesurable par ces indicateurs stagne : ceux-ci dans leur version actuelle ne semblent plus être moteurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Concernant ICSHA.2 V2, il s'agit de la seule campagne de recueil pour cette version de transition entre ICSHA.2 et ICSHA.3. L'évaluation indirecte du niveau d'application de l'hygiène des mains sera désormais assurée par le recueil d'ICSHA.3, arrivé à maturité pour la diffusion publique après 2 années de simulation.

La prochaine campagne 2018 concernera donc pour le thème IAS : ICSHA.3 et ICATB.2, sur les données 2017 pour diffusion publique.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins doivent évoluer en même temps que les efforts des établissements de santé, pour continuer à en être le moteur. Une évolution des indicateurs du thème IAS doit donc avoir lieu.

Ainsi, dès 2018, des pistes de réflexion sont engagées (en lien avec le groupe de travail IAS de la Haute Autorité de Santé) :

- Sur le thème de l'hygiène des mains : ICSHA.3 est un indicateur qui est controversé, malgré son utilité dans la promotion de la technique d'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique pour maîtriser la transmission croisée des micro-organismes. En effet, pas assez proche des pratiques des professionnels, il ne mesure pas directement le résultat de l'observance de l'hygiène des mains. Ainsi, et afin de maintenir la pression nécessaire sur ce sujet, des indicateurs complémentaires doivent être développés.
- Evolution des indicateurs de type OMA (organisation, moyen et action) : ICALIN.2, ICA-LISO, ICA-BMR et ICATB.2 ;
- Expérimentation de l'indicateur « pertinence de l'antibiothérapie », en cours de construction ;
- Expérimentation de l'indicateur ISO-ORTHO, indicateur de résultat sur les infections du site opératoire (ISO) post prothèse de hanche ou de genou, basé sur les données du PMSI, et rendu sous forme d'un funnel plot destiné à repérer les ES hors des limites. Il permettra notamment de fournir une meilleure réponse aux usagers, ainsi qu'au Propias et au HCSP sur les questions de la surveillance et de la prévention des ISO en chirurgie orthopédique, tout en se rapprochant des besoins du cliniciens et en étant plus adapté à l'évaluation des pratiques.

Introduction

Contexte

Depuis 2006, la DGOS et la HAS ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

La HAS prend en charge, pour la deuxième fois cette année, la campagne de recueil des indicateurs du thème IAS, auparavant réalisée par la DGOS (bilan lin).

La HAS est devenue, tant pour les professionnels de santé que pour les autres acteurs, l'interlocuteur de référence des indicateurs du thème IAS, au même titre que pour les autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins (indicateurs issus du dossier patient, issus du dispositif e-satis...).

Suite à ce transfert de responsabilités, l'instruction et ses annexes définissant les modalités pratiques de recueil du bilan d'activités de l'année ont été remplacées par la mise à disposition d'un cahier des charges, de grilles de recueil des données, de consignes pour le remplissage et de fiches descriptives intégrant les modalités de calcul des indicateurs (cf. bibliographie).

Le pilotage des indicateurs IAS demeure assuré conjointement par la DGOS et la HAS. Le comité de suivi du programme national d'actions pour la prévention des infections associées aux soins (Propias 2015)² joue un rôle primordial dans le choix des indicateurs à développer en cohérence avec le programme. Le comité de suivi du Propias remplace depuis fin 2015, le comité de suivi des programmes de prévention des infections nosocomiales (COSPIN) mis en place en 2011.

L'ATIH continue d'assurer la maîtrise d'œuvre de la plateforme de recueil BILANLIN. Une assistance technique est mise à disposition des établissements par l'ATIH sur le site sécurisé de recueil et à l'adresse bilanlin@atih.sante.fr.

Les ARS poursuivent l'accompagnement des établissements de santé pour les indicateurs du thème IAS. Le référent « risques et infections associées aux soins » désigné par le directeur général de l'ARS est responsable de la gestion des déclarations des établissements de sa région. Il demeure un acteur incontournable du dispositif. Il réalise le contrôle qualité des données pour 10 % des établissements de santé de sa région. Il valide les données du bilan déclarées par les établissements de santé après contrôle des éléments de preuve.

² Instruction N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions pour la prévention des infections associées aux soins (PROPIAS 2015).

Établissements de santé participants

► Établissements concernés

Tous les établissements de santé sanitaires privés ou publics sont concernés par le recueil des indicateurs du thème IAS³. Cela concerne les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, etc.) comme les groupements d'établissements de santé (APHP, HCL, Ramsay-Générale de Santé...).

Deux formes de rattachement à ce recueil sont possibles :

- Soit par entité géographique, ce qui répond aux enjeux de qualité et de sécurité. En effet, le recueil de l'activité de lutte contre les infections associées aux soins étant lié à l'organisation, aux moyens et aux actions d'un site géographique. Cette modalité de recueil est la plus répandue pour les établissements de santé de statut privé, avec des exceptions pour certains domaines d'activités (HAD, hémodialyse et psychiatrie).
- Soit par entité juridique, ce qui répond à l'organisation d'un groupement de sites géographiques dont l'ensemble des activités de soins est pris en compte dans un bilan unique. Cette modalité de recueil est la plus répandue pour les établissements de santé de statut public.

L'échelon auquel doit être recueilli les indicateurs IAS n'est pas formalisé réglementairement. Il n'y a donc pas d'obligation stricte pour l'établissement de les recueillir par entité géographique plutôt que par entité juridique en cas de groupement d'établissements, à l'exception de l'APHP, de l'APHM et des HCL (article R.6111-11-1 du Code de la santé publique).

► Catégories d'établissements

Le recueil des données permettant le calcul des différents indicateurs IAS est dépendant de l'activité de soins de l'établissement. Ainsi, chaque établissement de santé, en fonction de la catégorie dans laquelle il est classé (Annexe II. Catégories d'établissements du thème IAS) est soumis au recueil total ou partiel des indicateurs IAS. Ce niveau de recueil est défini en lien avec les ARS.

Les indicateurs mesurés

La politique globale de prévention des infections associées aux soins est évaluée par l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2). L'accent est mis cette année sur deux axes du PROPIAS : l'axe 1 qui porte sur la prévention des IAS avec le focus sur l'hygiène des mains par l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (nouvelle version ICSHA.3 et version de transition ICSHA.2 V2) et l'axe 3 relatif à la réduction des risques associés aux actes invasifs avec l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO). Les résultats des indicateurs ICA-LISO, ICALIN.2 et ICSHA.2 V2 sont diffusés publiquement.

ICSHA.3 est en expérimentation (année de simulation), non-diffusé publiquement.

La campagne de recueil s'est déroulée du 27 mars au 8 mai 2017.

► Indicateur « ICALIN.2 » : prévention des infections nosocomiales

L'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales version 2 (ICALIN.2) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement.

Cet indicateur mesure la mise en place d'un dispositif efficace de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

► Indicateur « ICA-LISO » : prévention des infections du site opératoire

L'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) objective l'organisation pour la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement.

³ Article R6111-8 du Code de la santé publique.

Cet indicateur rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.

Il ne s'agit pas du taux d'infections du site opératoire.

► Indicateur « ICSHA.2 V2 » : hygiène des mains

La friction hydro-alcoolique (FHA) est le premier geste de prévention de la transmission croisée des micro-organismes. La consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un PHA qui remplace dans la plupart des circonstances le lavage des mains à l'eau et au savon. L'utilisation large de la FHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la pratique de l'hygiène des mains et contribue à la réduction du risque de transmission croisée, d'infections nosocomiales et de dissémination des bactéries multi résistantes et hautement résistantes émergentes.

L'indicateur de consommation des PHA est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence). ICSHA.2 V2 mesure la quantité de PHA commandée par les établissements de santé. ICSHA.2 V2 est une version d'évolution d'ICSHA.2 (évolution de l'objectif minimum personnalisé de consommation), destinée à préparer les établissements de santé aux nouvelles exigences d'ICSHA.3.

La version 3 de l'indicateur (ICSHA.3) était en expérimentation cette année et par conséquent la communication de son résultat est restreinte uniquement à l'établissement de santé. ICSHA.3 a vocation à se substituer à ICSHA.2 V2 en remplaçant le recueil de la quantité commandée par la quantité délivrée aux services de soins, ce qui représente une étape supplémentaire dans le processus de consommation des PHA.

Résultats des indicateurs

Pour chaque indicateur sont présentés :

- *la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur,) ;*
- *l'analyse nationale des informations recueillies :*
 - *analyse des résultats par score et par critère ;*
 - *des résultats complémentaires (en annexe) ;*
- *le classement des établissements par rapport aux seuils de référence. Il permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements pour lesquels une marge d'amélioration existe ;*
- *les principaux constats tirés de ces différents résultats.*

Indicateur « ICALIN.2 » : prévention des infections nosocomiales

Description de l'indicateur

Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales version 2 (ICALIN.2)	
Définition	<p>L'indicateur ICALIN.2 est présenté sous la forme d'un score chiffré sur 100 et d'une classe de performance (A à E) qui objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement.</p> <p><i>Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales.</i></p>
Justification	<p>L'indicateur ICALIN.2 mesure la mise en place d'un dispositif efficace de prévention des infections nosocomiales. Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements de même catégorie, facteurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité.</p>
Diffusion publique	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite Ajustement sur le type d'activité
Score chiffré	<p>Le score chiffré de l'indicateur ICALIN.2 est calculé sur un total de 100 points répartis sur 55 critères pondérés regroupés en trois volets.</p> <ul style="list-style-type: none">• Organisation (20 points) :<ul style="list-style-type: none">▸ la politique et l'implication des instances,▸ l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène,▸ l'information des usagers et du patient,▸ le signalement des infections nosocomiales ;• Moyens (30 points) :<ul style="list-style-type: none">▸ humains,▸ matériel,▸ formation du personnel ;• Actions (50 points) :<ul style="list-style-type: none">▸ protection du personnel,▸ hygiène des mains,▸ précautions standards et complémentaires,▸ infections associées aux gestes invasifs,▸ environnement,▸ surveillance,▸ analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.

Analyse nationale des informations recueillies

Établissements de santé participants

2 752 établissements étaient concernés par l'indicateur ICALIN.2.

Pour 14 établissements, le calcul de l'indicateur n'a pas été possible, pour des raisons indépendantes du recueil par l'établissement. Il s'agit d'établissements pour lesquels la base de données SAE de la DREES ne mentionne pas toutes les informations nécessaires au calcul de l'indicateur. Ces établissements sont classés « données indisponibles » (DI) et exclus de l'analyse. Être classé « DI » n'est pas pénalisant pour ces établissements.

19 autres établissements sont non-répondants.

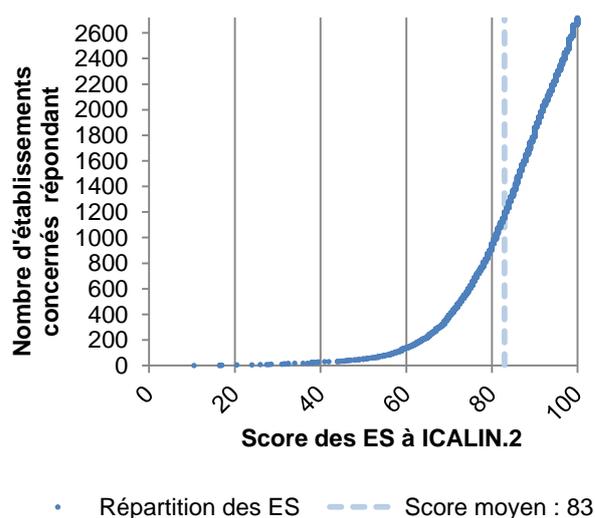
Parmi ces non répondants, figurent : 4 SSR, 3 centres hospitaliers locaux, 4 cliniques (\leq à 100 lits et places), 2 hémodialyse, 2 établissements psychiatriques, 2 MECSS, un centre hospitalier (\leq 300 lits et places), et une HAD. L'année dernière, 4 de ces structures étaient non concernées par le recueil, une était classée en DI et une seule était déjà non répondante.

Les 2 719 établissements restants ont recueilli les données permettant le calcul de l'indicateur ICALIN.2.

Résultats par score

Tableau 3 et Graphique 3. « ICALIN.2 » (hors données indisponibles) – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Analyse nationale

Nombre d'établissements concernés répondant (hors DI) :	
Score moyen	83
Score minimum	11
1er quartile	76
Médiane	85
3e quartile	85
Score maximum	100



La moyenne des scores des établissements est de 83. La distribution des scores est plus dense sur les valeurs proches de 100 que proche de zéro : plus un score est proche de 100 et plus il y a d'établissements proches de ce score.

Le score minimum est de 11, c'est-à-dire que les établissements répondants (hors DI) ont tous un score supérieur ou égal à 11. 49 établissements ont un score inférieur à 50. Les trois quarts des établissements ont un score supérieur ou égal au premier quartile, c'est-à-dire à 76.

Un quart des établissements ont un score supérieur ou égal au 3ème quartile, c'est-à-dire 93. Le score maximum, c'est-à-dire celui de l'établissement obtenant le meilleur score, est de 100. 53 établissements (2%) ont atteint le score maximal de 100, c'est-à-dire que cet indicateur ne suffit plus à mesurer les efforts d'amélioration pour le quart des établissements. Il reste à ces établissements peu de marge d'amélioration mesurable par cet indicateur dans sa version actuelle.

Résultats par critère

De nombreux critères au sein de l'indicateur ICALIN.2 ne sont plus discriminants, en ceci qu'ils sont maintenant satisfaits par presque tous les établissements.

Le détail des résultats par critère figure en annexe de ce rapport.

Tableau 4. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Score moyen par volet

Volet	Score moyen
Organisation	19 / 20
Moyens	24 / 30
Actions	40 / 50
Total	83 / 100

Pour la plupart des critères, les CLCC et les CHR-CHU sont parmi les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats. C'est souvent le cas aussi des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN et des CH publics ou ex-PSPH sous DG.

Les CHS - CH psychiatriques, les HAD et les CH ex-hôpitaux locaux figurent souvent parmi les catégories dont des établissements ont encore des progrès à faire sur certains critères.

Les SLD, les SSR, les MECSS et les Hémodialyses figurent parmi les meilleurs établissements à certains critères, parmi les plus en retard à d'autres critères.

► Sur le volet Organisation

Sur le volet organisation, il existe 2 axes d'amélioration portant sur la politique et l'implication des instances :

- La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico- technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions pour 81% des ES.
- Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour information dans 76% des cas.

Ce sont les SLD qui présentent le plus de difficultés à satisfaire ces critères (respectivement 71% et 67% de satisfaction sur les 2 critères). Les HAD, les CH ex-hôpitaux locaux, les SSR et les CHS - CH psychiatriques doivent également s'améliorer sur le second critère (satisfait dans respectivement 64%, 68%, 70% et 72% des cas).

Les SLD présentent une difficulté supplémentaire à satisfaire l'un des critères relatifs à l'information aux usagers, puisqu'il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale dans seulement 83% des SLD contre 95% en moyenne pour les établissements de toutes catégories.

Les résultats sont bons sur tous les critères relatifs à l'EOH et aux signalements.

► Sur le volet Moyens

Sur le volet moyen, les axes d'amélioration les plus importants portent sur les moyens Humains, notamment sur le ratio EOH personnel médical et paramédical, et sur la formation spécifique du personnel en hygiène hospitalière.

Pour le ratio EOH :

- Les ratios de l'EOH sont respectés dans seulement 74% des ES pour le personnel médical et dans 84% des ES pour le personnel paramédical. Ces chiffres demeurent encore éloignés de la cible à atteindre (100% selon le Propias 2015). Les CHS - CH psychiatriques représentent les structures les plus en difficulté (respectivement 55% et 66% de satisfaction aux 2 critères), suivis par les SSR et les MECSS (74% de satisfaction pour le ratio EOH paramédical).
- Un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un autre personnel permanent est présent pour seulement 76% des structures en moyenne (contre 78% en 2014), notamment dans seulement 53% des CH ex-hôpitaux locaux.

La non-atteinte de ces objectifs retentit de manière significative sur le score car 20 points y sont associés aux moyens Humains.

Pour la formation du personnel :

- Parmi les 55 critères composant l'indicateur ICALIN.2, le pire résultat (37%) est celui du critère : au moins 25% du personnel médical a bénéficié d'une formation validée par l'EOH. Ce résultat est

mauvais pour toutes les catégories d'établissements, mais les structures qui présentent les résultats les plus faibles sont les Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN. La satisfaction à ce critère n'a pas progressé depuis le dernier recueil (37% en 2014).

- Les résultats sont faibles pour le personnel paramédical, dont au moins 25% a bénéficié d'une formation validée par l'EOH pour 69% des ES (43% des CHS - CH psychiatriques ; 58% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 61% des MECSS).
- La formation des étudiants ou intérimaires n'est assurée que dans 68% des structures concernées (contre 66% en 2014).
- La convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière dans seulement 65% des HAD. Les HAD sont également à la traîne concernant la formation des autres personnels permanents (69% des HAD, contre 92% des établissements de toutes catégories).
- Les CH ex-hôpitaux locaux et les MECSS ont une marge de progression quant à la formation en hygiène hospitalière des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques, puisque celle-ci n'est prévue dans le cahier des charges que dans 52% des CH ex-hôpitaux locaux et dans 57% des MECSS.

Par ailleurs, les critères relatifs aux moyens matériels sont atteints dans la quasi-totalité des établissements.

► Sur le volet Actions

Concernant la surveillance, une tendance à la stagnation, voire à la baisse des résultats de la plupart des critères, est observée par rapport à 2014, aboutissant à une marge d'amélioration qui subsiste quasiment à tous les niveaux :

- Au moins une surveillance des IN dans le cadre d'un réseau pour seulement 42% des structures (contre 42% en 2014), ce qui constitue l'un des pires résultats aux critères constituant l'indicateur ICALIN.2. Certains établissements ont transmis le fait que dans leur cas il ne préexistait pas de réseau acceptant qu'ils s'y greffent.
- Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence (hors ISO, BMR et AES) est réalisée dans l'année pour 71% des structures (contre 71% en 2014).
- Les résultats de la surveillance rendus à tous les services participants dans 66% des cas et présentés en CME dans 63% des cas (contre 64% et 62% des cas en 2014, respectivement).

Ces chiffres traduisent une baisse globale de l'investissement des structures en termes de surveillance, quoique que ce constat puisse être en partie expliqué par la difficulté d'accès aux réseaux de surveillance, comme le témoigne les différents retours des établissements de santé.

Concernant la protection du personnel, la surveillance de la couverture vaccinale n'est pas un critère pleinement satisfait sur le plan national, que cela concerne la rougeole (57% de satisfaction) ou la coqueluche et la varicelle (58%). Ces chiffres n'ont pas connu de progression depuis le dernier recueil obligatoire (respectivement 57% et 58% pour ces deux critères au niveau national). La surveillance de la couverture vaccinale du personnel est un élément primordial à ne pas omettre en matière de prévention des IAS et de l'antibiorésistance, et les cibles de cette surveillance ne sont pas encore en voie d'être atteintes sur le plan national (100% selon le Propias 2015). Les catégories d'établissements qui présentent les moins bons résultats en termes de surveillance de la vaccination contre la rougeole sont les SLD (42%) et la catégorie CH ex-hôpitaux locaux (43%). Les CH ex-hôpitaux locaux sont également en difficulté quant à la surveillance de la couverture vaccinale contre l'hépatite B (71% de satisfaction contre 83% en moyenne), tout comme les MECSS et les HAD (74%). Des MECSS et des HAD manquent aussi de couverture vaccinale de la grippe. A noter que la surveillance de la couverture vaccinale doit être réalisée en collaboration avec le médecin du travail.

Concernant la prévention des infections associées aux gestes invasifs : la plupart des critères sont satisfaits dans l'ensemble, à l'exception de l'évaluation des pratiques relatives à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire, des dispositifs intravasculaires ou de prévention de l'infection sur dispositif sous-cutané réalisée, réalisées dans les 5 dernières années. La satisfaction à ce critère n'est atteinte que par seulement 59% des structures concernées pour les sondes urinaires, et 71% pour les dispositifs intravasculaires. Une marge d'amélioration relative à l'existence d'un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux subsiste (satisfait dans

70% des cas). Les catégories d'établissements qui présentent le plus de difficulté à satisfaire les critères de prévention liés aux gestes invasifs sont : les Hémodialyses, dans lesquelles on ne retrouve un protocole associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde actualisé dans les 5 dernières années que dans 53% des structures, et un outil d'aide à l'observance dans seulement 33% des structures pour les sondes urinaires, et 64% pour les voies veineuses périphériques, chambres implantables ou dispositifs sous-cutanés. Une marge d'amélioration concernant plusieurs critères subsiste encore pour les SLD (44% en A56), les CHS - CH psychiatriques (77% en A53, 47% en A58), CH ex-hôpitaux locaux (45% en A56), les HAD (68% en A55) et les MECSS (44% en A59).

L'évaluation des précautions complémentaires durant les 5 dernières années est un critère qui a connu une progression par rapport au dernier recueil obligatoire, passant de 76% de satisfaction au critère précautions complémentaires contact en 2014 à 82% en 2016, et de 66% à 72% de satisfaction pour les précautions complémentaires air et gouttelettes. La marge d'amélioration qui se réduit, reste néanmoins toujours importante pour les deux types de précautions complémentaires. La catégorie d'établissement qui présente les moins bons résultats à ces critères est l'HAD, avec 52% de satisfaction pour les précautions complémentaires contact et 41% pour les précautions complémentaires air et gouttelettes.

L'évaluation des pratiques relatives aux précautions standards autres que l'hygiène des mains en HAD, dans les CHS – CH psychiatrique, les MECSS, les SLD et les CH ex-hôpitaux locaux. En revanche, les autres catégories d'établissements obtiennent d'excellents résultats.

Les critères relatifs à l'hygiène des mains sont globalement satisfaits, et la marge de progression relative à cet item tel qu'il est présenté dans ICALIN.2 est désormais réduite : ce qui signifie que la capacité de cet item à mesurer les efforts fournis par l'établissement en terme d'actions sur le thème de l'hygiène des mains est arrivée à sa limite. De même, il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave et une démarche de prévention liée à l'environnement dans presque tous les établissements.

Classement des établissements

2 260 établissements sont en classe A (83 % des répondants). 266 établissements sont en classe B (10 % des répondants). 110 établissements sont en classe C (4 % des répondants). 42 établissements sont en classe D (2 % des répondants). 41 établissements sont en classe E (2 % des répondants).

Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Évolution de la répartition des établissements par classe

(en nombre d'établissements et en %)	Indicateur ICALIN.2					Total des concernés répondant
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
Données IAS 2016 (recueil en 2017)	2 260 (83%)	266 (10%)	110 (4%)	42 (2%)	41 (2%)	2 719
Données IAS 2015 (recueil facultatif* en 2016)	1 149 (83%)	150 (11%)	52 (4%)	28 (2%)	13 (1%)	1 392
Données IAS 2014 (recueil en 2015)	2 195 (80%)	323 (12%)	129 (5%)	54 (2%)	55 (2%)	2 756
Données IAS 2013 (recueil facultatif* en 2014)	1 258 (74%)	267 (16%)	97 (6%)	50 (3%)	38 (2%)	1 710
Données IAS 2012 (recueil en 2013)	1 941 (70%)	443 (16%)	198 (7%)	116 (4%)	88 (3%)	2 786
Données IAS 2011 (recueil en 2012)	1 301 (47%)	593 (21%)	395 (14%)	258 (9%)	237 (9%)	2 784

Le recueil précédent, en 2016 sur données 2015, était sur la base du volontariat. Seule la moitié des établissements avait choisi d'y participer. Ce recueil facultatif ne garantissait pas d'être représentatif de la répartition de l'ensemble des établissements. Donc la répartition des établissements ne peut pas être comparée à celle de l'indicateur publié l'année dernière. La comparaison n'est possible qu'avec les autres années de recueil obligatoire, dont la dernière était en 2015 sur données 2014.

La distribution des classes a peu varié depuis le recueil 2015 sur données 2014. 93 % des établissements de santé sont en classe A ou B, contre 91 % en 2014 (recueil 2015). Pour le quatrième recueil obligatoire diffusé publiquement de l'indicateur ICALIN.2, la plupart des établissements ont maintenant atteint le niveau attendu : la progression globale mesurable par l'indicateur stagne, l'indicateur dans sa version actuelle ne semble plus moteur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Tableau 6. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre

(En % des ES concernés répondant aux deux recueils)	Indicateur ICALIN.2			
	Augmente de classe	Reste dans la même classe	Diminue de classe	Nombre d'ES concernés répondant aux deux recueils
Entre les données 2014 et 2016	13%	79%	8%	2 628
Entre les données 2012 et 2014	22%	69%	9%	2 673
Entre les données 2011 et 2012	41%	53 %	6%	2 711

Les résultats de l'indicateur ne progressent plus. Sur les 2 628 établissements ayant répondu à la fois à cette campagne et au précédent recueil obligatoire, 79% restent dans la même classe qu'au recueil obligatoire précédent. Des établissements s'améliorent mais d'autres se dégradent. Les établissements ayant de mauvais résultats sont des établissements qui se relâchent plutôt que des établissements restés à la traîne. En particulier, 7 établissements anciennement en A sont maintenant en E. Seuls 11 des 29 établissements actuellement classés E étaient déjà en classe E au recueil obligatoire précédent.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICALIN.2 »

- De nombreux établissements ont atteint le niveau attendu pour cet indicateur ou en sont proches :
 - ▶ Le score moyen est de 83 / 100
 - ▶ 93% des établissements répondants sont en classe A ou B,
 - ▶ Les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats sont les CLCC et les CHR-CHU. C'est souvent le cas aussi des cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN et des CH publics ou ex-PSPH sous DG.
- Les SLD, les SSR, les MECSS et les Hémodialyses figurent parmi les meilleurs établissements à certains critères, parmi les plus en retard à d'autres critères.
- Les CHS - CH psychiatriques, les HAD et les CH ex-hôpitaux locaux figurent souvent parmi les établissements qui ont encore des progrès à faire sur certains critères, en particulier sur :
 - ▶ le ratio médical et paramédical de l'EOH ;
 - ▶ la formation spécifique validée par l'EOH, à la fois pour le personnel médical et paramédical et pour les autres intervenants;
 - ▶ la protection du personnel et en particulier la surveillance de la couverture vaccinale ;
 - ▶ les modalités de la surveillance des infections nosocomiales (surveillance en réseau et rendu des résultats de surveillance aux services et à la CME) ;
 - ▶ la prévention des infections associées aux gestes invasifs ;
 - ▶ l'évaluation du respect des précautions complémentaires, notamment en HAD.
- Les résultats d'ICALIN.2 permettent désormais d'envisager une évolution vers d'autres indicateurs, les établissements de santé ayant progressé de manière importante au cours de ces 4 dernières années de recueil

Indicateur « ICA-LISO » : prévention des infections du site opératoire

Description de l'indicateur

Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO)	
Définition	<p>L'indicateur ICA-LISO est présenté sous la forme d'un score chiffré sur 100 et d'une classe de performance (A à E) qui objective l'organisation pour la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement.</p> <p>Il ne s'agit pas du taux d'infections du site opératoire.</p>
Justification	<p>Si en France le risque d'infection du site opératoire (ISO) est peu fréquent (3 062 ISO ont été identifiées, soit un taux d'incidence de 0,93 % selon les données du RAISIN-2011), ces infections sont toutefois au 3ème rang des infections nosocomiales recensées lors de la dernière enquête nationale de prévalence de 2012. Leur surveillance est donc une priorité dans les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.</p> <p>L'indicateur ICA-LISO rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie pour les établissements de santé ayant une activité chirurgicale ou obstétricale.</p>
Diffusion publique	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite Ajustement sur le type d'activité
Score chiffré	<p>Le score chiffré de l'indicateur ICA-LISO est calculé sur un total de 100 points répartis sur 15 critères pondérés regroupés en trois volets :</p> <ul style="list-style-type: none">• Organisation entre les chirurgiens, l'EOH et le CME (16 points) ;• Moyens en termes de système d'information (10 points) ;• Actions (74 points) en termes de :<ul style="list-style-type: none">▸ prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées au bloc opératoire (préparation cutanée de l'opéré, antibioprophylaxie...)▸ surveillance des taux ;▸ évaluation des pratiques.

Analyse nationale des informations recueillies

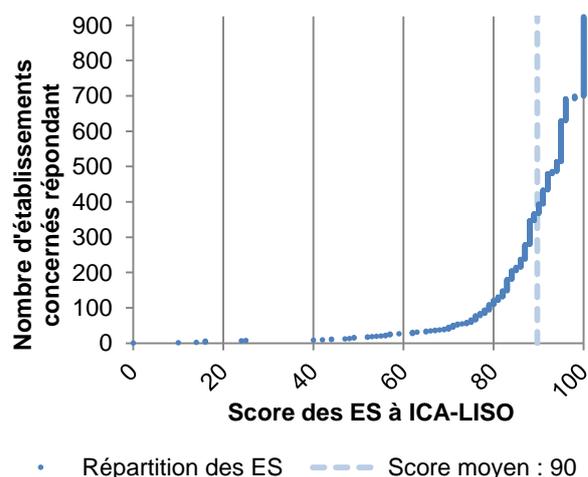
Établissements de santé participants

En 2016 (données 2015), 924 établissements étaient concernés par l'indicateur ICA-LISO. Tous ont recueilli les données permettant le calcul cet indicateur ; il n'y a pas d'établissement « non-répondant ».

Répartition par score moyen

Tableau 7 et Graphique 5 : ICALISO – données 2016. Répartition des établissements de santé par score

Nombre d'établissements concernés répondant :	
Score moyen	90
Score minimum	0
1er quartile	86
Médiane	92
3e quartile	98
Score maximum	100



La moyenne des scores des établissements est de 90. La distribution des scores est plus dense sur les valeurs proches de 100 que proche de zéro : plus un score est proche de 100 et plus il y a d'établissements proches de ce score.

Le score minimum, c'est-à-dire celui de l'établissement ayant obtenu le plus faible résultat, est de 0. Seuls 16 établissements ont un score inférieur à 50. Les trois quarts des établissements ont un score supérieur ou égal au premier quartile, c'est-à-dire à 86.

Un quart des établissements ont un score supérieur ou égal au 3ème quartile, c'est-à-dire 98. Le score maximum, c'est-à-dire celui de l'établissement ayant obtenu le meilleur résultat, est de 100. 225 établissements (24%) ont atteint le score maximal de 100, c'est-à-dire que cet indicateur ne suffit plus à mesurer les efforts d'amélioration pour le quart des établissements. Il reste à ces établissements peu de marge d'amélioration mesurable par cet indicateur dans sa version actuelle.

Répartition par critère

Pour la plupart des critères, les CLCC sont parmi les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats. C'est aussi souvent le cas des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN. Les CHR-CHU excellent sur certains critères mais sont à la traîne sur d'autres critères. Les établissements pour lesquels le plus de critères méritent d'être améliorés sont les CH publics ou ex-PSPH sous DG.

Le détail des résultats par critère figure en annexe de ce rapport.

Tableau 8. « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Score moyen par volet

Volet	Score moyen
Organisation	15 / 16
Moyens	7 / 10
Actions	67 / 74
Total	90 / 100

Note : la différence entre le total (90) et la somme des volets (15+7+67=89) s'explique par l'arrondi

► Sur le volet Organisation

Sur le volet organisation, les attendus sont globalement atteints par les établissements. Chacun des critères du volet organisation est atteint par au moins 9 établissements sur 10. Le critère : l'EOH est destinataire des données de surveillance dans 98% des établissements, est celui qui regroupe les meilleurs résultats.

En particulier, la totalité des établissements répondants concernés de type CLCC satisfont la totalité des critères du volet organisation. C'est le cas des 3 quarts des CHR-CHU, alors que c'était le cas de tous les CHR-CHU au dernier recueil.

► Sur le volet Moyens

L'unique critère du volet moyen d'ICA-LISO est le critère le moins atteint par les établissements de santé. Le suivi des infections du site opératoire se fait entièrement en utilisant le système d'information hospitalier dans seulement 56% des établissements de santé.

Les établissements qui présentent le plus de difficultés pour satisfaire ce critère sont les CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places (36 % satisfont entièrement ce critère et 47 % partiellement).

► Sur le volet Actions

Sur le volet actions, les axes d'amélioration portent essentiellement sur les données de surveillance. Seuls 67% des établissements mettent en œuvre une surveillance pour toutes les disciplines de chirurgie. C'est en particulier le cas des CHR-CHU (59%) et des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus (61%). De même la surveillance en réseau pour au moins une discipline est atteinte pour seulement 86% des structures (en particulier 76% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places).

Classement des établissements

725 établissements sont en classe A (78 % des répondants). 113 établissements sont en classe B (12 % des répondants). 38 établissements sont en classe C (4 % des répondants). 22 établissements sont en classe D (2 % des répondants). 26 établissements sont en classe E (3 % des répondants).

Tableau 9. « ICA-LISO » – Évolution de la répartition des établissements par classe

(en nombre d'établissements et en %)	Indicateur ICA-LISO					Total des concernés répondant
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
Données IAS 2016 (recueil en 2017)	725 (78%)	113 (12%)	38 (4%)	22 (2%)	26 (3%)	924
Données IAS 2014 (recueil en 2015)	718 (76%)	133 (14%)	38 (4%)	33 (3%)	23 (2%)	945
Données IAS 2012 (recueil en 2013)	699 (72%)	127 (13%)	78 (8%)	39 (4%)	33 (3%)	976
Données IAS 2011 (recueil en 2012)	530 (54%)	169 (17%)	118 (12%)	103 (10%)	69 (7%)	989

Pour la quatrième année de diffusion publique de l'indicateur ICA-LISO, 91 % des établissements de santé sont en classe A ou B. Ce pourcentage n'a pas varié comparativement au recueil précédent (90 % au recueil 2015). La proportion d'établissements en classe C n'a pas varié, tandis que la proportion d'établissements en classe E a légèrement augmenté.

Ainsi, l'indicateur ICA-LISO a atteint la fin de son cycle de vie et n'est plus moteur d'amélioration des pratiques de prévention des infections sur sites opératoires.

Tableau 10. « ICA-LISO » – Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre

(En % des ES concernés répondant aux deux recueils)	Indicateur ICA-LISO			
	Augmente de classe	Reste dans la même classe	Diminue de classe	Nombre d'ES concernés répondant aux deux recueils
Entre les données 2014 et 2016	15%	72%	12%	905
Entre les données 2012 et 2014	19%	66%	14%	924
Entre les données 2011 et 2012	32%	59%	9%	964

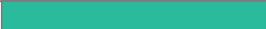
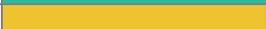
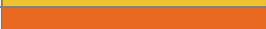
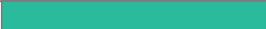
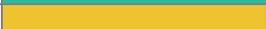
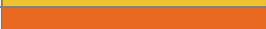
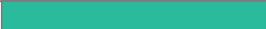
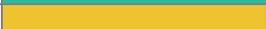
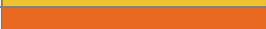
Les résultats de l'indicateur ne progressent plus. Sur les 905 établissements ayant répondu à la fois à cette campagne et à la précédente, 72% restent dans la même classe qu'au recueil précédent. Des établissements s'améliorent mais d'autres se dégradent. Les établissements ayant de mauvais résultats sont des établissements qui se relâchent plutôt que des établissements restés à la traîne. En particulier, 7 établissements anciennement en A sont maintenant en E. Seul le tiers des 24 établissements actuellement classés E étaient déjà en classe E au recueil précédent.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICA-LISO »

- De nombreux établissements ont atteint le niveau attendu pour cet indicateur ou en sont proches :
 - ▶ Le score moyen est de 90 / 100.
 - ▶ 24% des établissements ont atteint le score de 100, niveau maximal mesurable par cet indicateur.
 - ▶ 91% des établissements sont en classe A ou B.
 - ▶ L'indicateur comporte 15 critères, dont 6 sont atteints par plus de 95% des établissements concernés.
 - ▶ Les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats sont les CLCC et les cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN.
- Les CH publics ou ex-PSPH sous DG sont les catégories dans lesquels demeurent le plus d'établissements devant encore progresser, en particulier sur :
 - ▶ l'utilisation du système d'information hospitalier dans le suivi des infections du site opératoire (seul 36 % satisfont entièrement ce critère et 47 % partiellement);
 - ▶ la couverture de la totalité des disciplines de chirurgies par la surveillance (satisfaction pour seulement 61% de ces structures);
 - ▶ la surveillance en réseau.
- Les résultats d'ICA-LISO permettent désormais d'envisager une évolution vers d'autres indicateurs, les établissements de santé ayant progressé de manière importante au cours de ces 4 dernières années de recueil.

Indicateur « ICSHA.2 V2 » : hygiène des mains, (évolution de l'objectif minimum personnalisé de consommation)

Description de l'indicateur

Indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques version de transition (ICSHA.2 V2)																				
Définition	L'indicateur ICSHA.2 V2 est présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à E) qui objective le volume de produits hydro-alcooliques commandé par l'établissement de santé. ICSHA.2 V2 est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).																			
Justification	La consommation de produits hydro-alcooliques (PHA) reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace dans la plupart des circonstances le lavage des mains à l'eau et au savon.																			
Diffusion publique	Oui																			
Type d'indicateur	Indicateur de résultat																			
Score chiffré	L'indicateur ICSHA.2 V2, exprimé en pourcentage, est le ratio entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommé par l'établissement et l'objectif minimum personnalisé de consommation que l'établissement doit dépasser. L'objectif minimum personnalisé de consommation est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types et volumes d'activité de l'établissement.																			
Classe de performance	Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance de A à E :																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe de performance de l'établissement</th> <th>Pourcentage de l'objectif minimum personnalisé</th> <th>Couleur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>≥ 80%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>De 60% à 80%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>De 40% à 60%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>De 20% à 40%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>< 20%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Classe de performance de l'établissement	Pourcentage de l'objectif minimum personnalisé	Couleur	A	≥ 80%		B	De 60% à 80%		C	De 40% à 60%		D	De 20% à 40%		E	< 20%		
Classe de performance de l'établissement	Pourcentage de l'objectif minimum personnalisé	Couleur																		
A	≥ 80%																			
B	De 60% à 80%																			
C	De 40% à 60%																			
D	De 20% à 40%																			
E	< 20%																			

Préambule

Une revalorisation du nombre minimal de frictions exigé par acte est intervenue cette année, conduisant à une évolution d'ICSHA.2 vers ICSHA.2 V2 (annexe III). Un groupe de travail de professionnels de santé exerçant en établissement et de représentants des usagers sélectionnés par la Haute autorité de santé a validé le niveau auquel ont été relevés ces seuils. Les plus fortes revalorisations sont intervenues aux urgences (5 frictions au minimum sont exigées par passage, contre 2 frictions précédemment), en psychiatrie (4 frictions en hospitalisation complète au lieu de 2 précédemment et 2 au lieu d'une précédemment en hôpital de jour) et pour les accouchements avec césarienne (16 au lieu de 8 précédemment).

Un des objectifs de l'indicateur ICSHA.2 était de susciter une motivation à l'amélioration de l'hygiène des mains, en commençant par fixer des seuils d'exigences atteignables puis en les relevant. À dire d'expert, l'indicateur ICSHA.2 V2 présente aujourd'hui encore des seuils d'exigences de nombre minimal de frictions des mains requises par acte très inférieures au nombre de frictions hydro-alcooliques qu'occasionnerait un respect scrupuleux des bonnes pratiques d'hygiène des mains.

ICSHA.2 V2 a été construit à partir des mêmes seuils d'exigences en nombre minimal de frictions requises par acte qu'ICSHA.3. ICSHA.2 V2, plus exigeant en terme d'objectif minimum personnalisé de consommation, avait pour vocation cette année de préparer les établissements de santé aux seuils d'ICSHA.3, en vue de sa diffusion publique prévue pour 2018. Concrètement, les exigences d'ICSHA.2 V2 (transmises aux établissements de santé via sa grille de recueil) étaient implicitement destinées à renforcer les efforts amorcés par les établissements ayant présenté les résultats les plus faibles au cours des campagnes précédentes. Nous recommandons aux établissements qui constateraient l'obtention de mauvais résultats à cet indicateur d'accentuer leurs efforts pour l'amélioration de l'hygiène des mains, ce qui constitue bien le but des indicateurs ICSHA.2 V2 et ICSHA.3.

Analyse nationale des informations recueillies

Établissements de santé participants

2 659 établissements étaient concernés par l'indicateur ICSHA.2 V2.

Pour 13 établissements, le calcul de l'indicateur n'a pas été possible, pour des raisons indépendantes du recueil par l'établissement. Il s'agit d'établissements pour lesquels la base de données SAE de la DREES ne mentionne pas toutes les informations nécessaires au calcul de l'indicateur. Ces établissements sont classés « données indisponibles » (DI) et exclus de l'analyse. Être classé « DI » n'est pas pénalisant pour ces établissements. 8 autres établissements sont non-répondants.

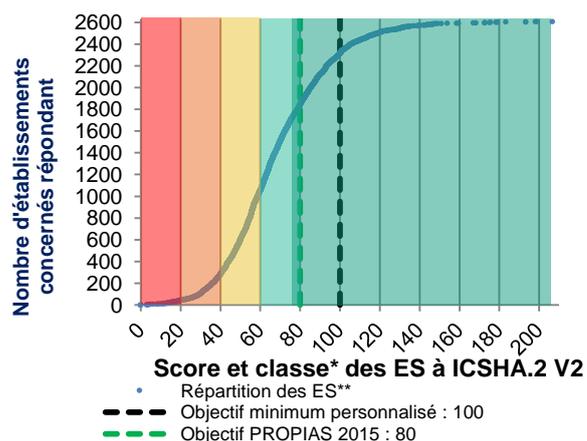
Les 2 630 établissements restants ont recueilli les données permettant le calcul de l'indicateur ICSHA.2 V2.

Résultats par score

Le score de l'indicateur ICSHA.2 V2 compare les quantités de PHA commandées à l'objectif minimum personnalisé de consommation de chaque établissement.

Tableau 11 et Graphique 6. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Statistiques descriptives et variabilité nationale

Nombre d'établissements concernés répondant (hors DI) :	
Score minimum	0 %
1er quartile	51 %
Médiane	65 %
3e quartile	84 %



Classement des établissements

Tableau 12 . Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Répartition des établissements par classe

(en nombre d'établissements et en %)	Indicateur ICSHA.2 V2					Total des concernés répondant
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
Données IAS 2016 (recueil en 2017)	785 (30%)	793 (30%)	768 (29%)	239 (9%)	45 (2%)	2 630

785 établissements sont en classe A (30 % des répondants hors DI), c'est-à-dire ont délivré en 2016 une quantité de PHA supérieure ou égale à 80 % de leur objectif minimum personnalisé de consommation. 793 établissements sont en classe B (30 % des répondants hors DI), c'est-à-dire ont délivré en 2016 une quantité de PHA comprise entre 60 % et 80 % de leur OMPC. 768 établissements sont en classe C (29 % des répondants hors DI), c'est-à-dire ont délivré en 2016 une quantité de PHA comprise entre 40 % et 60 % de leur OMPC. 329 établissements sont en classe D (9 % des répondants hors DI), c'est-à-dire ont délivré en 2016 une quantité de PHA comprise entre 20 % et 40 % de leur objectif minimum personnalisé de consommation. 45 établissements sont en classe E (2 % des répondants hors DI), c'est-à-dire n'ont délivré en 2016 qu'une quantité de PHA inférieure à 20 % de leur OMPC.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICSHA.2 V2 »

- Une revalorisation du nombre minimal de frictions exigé par acte est intervenue cette année, conduisant à une évolution d'ICSHA.2 vers ICSHA.2 V2
 - Les plus fortes revalorisations sont intervenues aux urgences (5 FHA au lieu de 2), en psychiatrie (4 au lieu de 2) et pour les accouchements avec césarienne (16 au lieu de 8).
- 60% des établissements sont en classe A ou B.
- La médiane est de 65% de l'OMPC : la moitié des établissements ont commandé une quantité de PHA inférieure aux deux tiers de leur OMPC.
- Cet indicateur transitoire est destiné à être remplacé par ICSHA.3 dès la prochaine campagne de recueil. Ce dernier étant plus complet quant à la visibilité sur le processus de consommation des PHA : la quantité délivrée dans les services sera désormais la seule donnée recueillie, et son calcul sera fonction de l'objectif moyen personnalisé de consommation. Les résultats d'ICSHA.2 V2 ne sont pas comparables avec ceux d'ICSHA.2
- Nous recommandons aux établissements qui constateraient l'obtention de mauvais résultats à cet indicateur d'accentuer leurs efforts pour l'amélioration de l'hygiène des mains, ce qui constitue bien le but des indicateurs ICSHA.2 V2 et ICSHA.3.

Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème IAS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, CPOM, IFAQ, etc.), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, une orientation nationale d'inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure.

À cette fin est utilisée une procédure de contrôle partiellement aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10 % des établissements de santé concernés par région. Ce seuil de 10 % d'établissements contrôlés par région est un objectif non-contraignant assigné à chaque ARS. Un tirage au sort de l'ATIH propose aux ARS une première liste d'établissements à contrôler, regroupant 5 % des établissements de santé de leur région concernés par le recueil. Les ARS sont libres de choisir de ne pas contrôler tous les établissements de la liste. Charge à elles de compléter la liste à leur discrétion, pour atteindre un total d'au moins 10 % de contrôle des établissements concernés.

L'impact du contrôle pour un établissement se traduit, pour les indicateurs IAS, par un nouveau calcul effectué par l'ATIH du score du, ou des, indicateur(s) contrôlé(s) au regard de la validation des éléments de preuve. Ainsi les erreurs de déclaration sont corrigées et le score de l'indicateur concerné est ajusté.

Depuis 2015, une règle de « sur-cotation » est appliquée au calcul définitif des indicateurs contrôlés. L'objectif est de cibler les établissements qui ont surcoté de manière significative certains items d'un ou de plusieurs indicateur(s) pour atteindre une classe de performance supérieure. La « sur-cotation » est différente de l'erreur de déclaration.

Les établissements, qui ont fait l'objet d'un contrôle qualité de leurs données, sont signalés dans Scope Santé par la mention : « La qualité des données a été validée par l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement ». Lorsqu'existe une « sur-cotation » identifiée pour un indicateur donné, l'information est mentionnée sur Scope Santé : « La qualité des données a été contrôlée par l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement, la classe de performance (cotation) est abaissée de Y à X ».

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

Résultats du contrôle qualité du recueil

2 733 établissements ont répondu au thème IAS, sur les 2 752 établissements concernés par le recueil 2017 sur données 2016.

246 établissements ont été contrôlés en 2017 par les ARS, soit 9,0 % des établissements concernés répondant. Les objectifs formalisés par l'ONIC de 10 % d'établissements contrôlés sur chaque indicateur obligatoire diffusé publiquement n'ont pas été atteints cette année.

Les objectifs formalisés ONIC ne portent que sur les trois indicateurs obligatoires diffusés publiquement : ICA-LISO, ICALIN.2 et ICSHA.2 V2. Le recueil de l'indicateur ICSHA.3 était obligatoire mais se situait dans le cadre d'une expérimentation, dont les résultats ne seront diffusés publiquement qu'à partir de la prochaine campagne. ICSHA.3 se situe pour ce recueil hors des objectifs formalisés par l'ONIC.

Le contrôle d'un établissement peut porter sur un ou plusieurs indicateurs, au choix de l'ARS effectuant le contrôle. 582 indicateurs au total ont été contrôlés. Les contrôles ont inclus en moyenne 2,4 indicateurs chacun sur les 3 indicateurs visés par les objectifs ONIC.

Ces chiffres doivent néanmoins être nuancés par indicateur et par région. Selon les régions, de 5 %⁴ à 89 % des établissements ont été contrôlés sur au moins un indicateur. Les contrôles ont inclus en moyenne de 1,7 à 3,0 indicateurs diffusés publiquement selon les régions.

Tableau 13. Contrôle qualité du recueil – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Nombre de contrôles par indicateur et atteinte des objectifs de contrôle par les ARS

Indicateur	Établissements contrôlés		Nombre de régions où les contrôles ont représenté moins de 10% des ES concernés répondant à l'indicateur
	(En effectifs)	(En % des ES concernés répondant à l'indicateur)	
ICA-LISO	120	13,0%	8
ICALIN.2	241	8,8%	10
ICSHA.2 V2	221	8,4%	10
Au moins un indicateur	246	9,0%	10

13,0 % des établissements concernés répondant à l'indicateur ICA-LISO ont été contrôlés sur cet indicateur ; c'est le cas de 8,8 % pour ICALIN.2 et de 8,4% pour ICSHA.2 V2.

Suite aux contrôles, 4 établissements demeuraient divergents, c'est-à-dire des établissements refusant les conclusions du contrôle de l'ARS. Cela représente 0,1 % des contrôles.

Tableau 14. Contrôle qualité du recueil – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Amplitude et nombre des changements de scores issus des contrôles ARS, en nombre d'établissement

Indicateur	Établissements contrôlés	Augmentation du score			Pas de changement de score	Diminution du score			Mis à part (NC, NA, DI, SI)
		10 points et plus	De 5 à moins de 10 points	Moins de 5 points		Moins de 5 points	De 5 à moins de 10 points	10 points et plus	
ICA-LISO	120	2	9	3	83	11	7	5	0
ICALIN.2	241	7	8	42	73	67	20	23	1
ICSHA.2 V2	221	4	5	11	184	8	2	6	1

Tableau 15. Contrôle qualité du recueil – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Changements classes issus des contrôles ARS, en nombre d'établissement

Indicateur	Établissements contrôlés	Augmentation de classe	Pas de changement de classe	Diminution de classe	Mis à part (NC, NA, DI, SI), SI)
ICA-LISO	120	7	104	9	0
ICALIN.2	241	13	201	26	1
ICSHA.2 V2	221	2	213	5	1

Les 582 indicateurs diffusés publiquement contrôlés dans les 246 établissements ont conduit à modifier 242 scores, soit 42 % des indicateurs contrôlés par les ARS. Il s'agit dans 91 cas d'une augmentation du

⁴ Mise à part la Guadeloupe, qui a effectué les contrôles requis hors délai en raison des difficultés causées par les ouragans, ce qui fait que ces contrôles n'ont pas pu être comptabilisés ici.

score (16 % des indicateurs contrôlés) et dans 149 cas d'une diminution du score (26 % des indicateurs contrôlés).

Seules 26 % de ces modifications de score ont abouti à un changement de classe. Les contrôles ont conduit à 64 changements de classe. Dans 22 cas, il s'agit d'une augmentation de la classe d'un indicateur ; 40 diminutions de la classe d'un indicateur ; 2 cas où l'établissement a été mis à part pour cet indicateur, c'est-à-dire basculé en non-concerné, non-applicable ou données indisponibles, ce qui n'est pas pénalisant pour l'établissement.

Bilan et perspectives

Bilan

En 2017, 2 752 établissements de santé étaient concernés par l'obligation de participer à la campagne de recueil des indicateurs IAS au travers du Bilan LIN. Un total de 2 733 ES y a participé (99,3%), les 13 autres établissements de santé étant non-répondants. 9,0% des établissements de santé ont été contrôlés. Après validation, les résultats définitifs ont été restitués aux établissements le 6 novembre 2017.

Graphique 7. Données IAS 2016 (recueil 2017) – Répartition des établissements applicables par classe aux 5 indicateurs du thème IAS

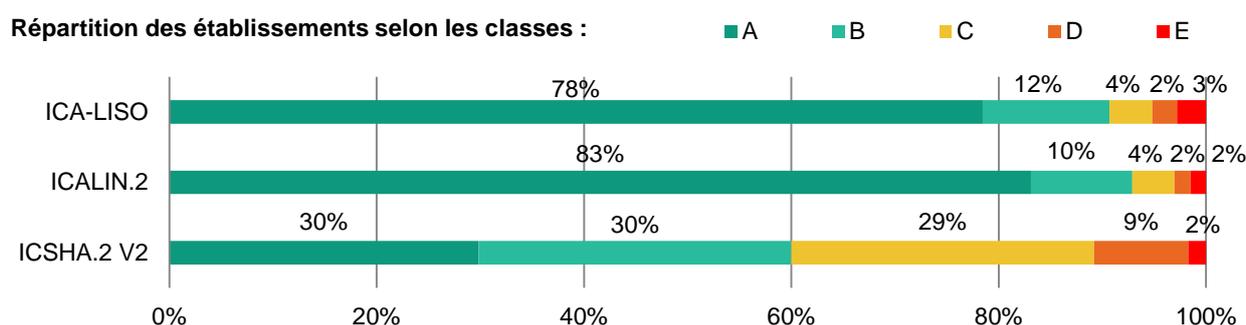


Tableau 16. Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Synthèse par indicateur

	A	B	C	D	E	NR	DI	NA	NC	Ensemble
ICA-LISO	725	113	38	22	26	0	∅	∅	1 828	2 752
ICALIN.2	2 260	266	110	42	41	19	14	∅	∅	2 752
ICSHA.2 V2	785	793	768	239	45	16	13	∅	93	2 752

NR : Non-répondants ; SI : Sans indicateur ; DI : Données indisponibles ; NA : Non-applicable ; NC : Non-concernés.

Des pistes d'amélioration subsistent pour ICALIN.2 et elles concernent : le ratio médical et paramédical de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ; la formation spécifique validée par l'EOH, à la fois pour le personnel médical et paramédical et pour les autres intervenants ; la protection du personnel et en particulier la surveillance de la couverture vaccinale ; et les modalités de la surveillance des infections nosocomiales.

Pour ICA-LISO, des efforts doivent également être portés sur : l'utilisation du système d'information hospitalier dans le suivi des infections du site opératoire ; la couverture de la totalité des disciplines de chirurgies par la surveillance et la surveillance en réseau.

Toutefois, pour ces deux indicateurs, la plupart des établissements ont maintenant atteint le niveau attendu, et la progression globale mesurable par ces indicateurs stagne : ceux-ci dans leur version actuelle ne semblent plus être moteurs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Perspectives

Concernant ICSHA.2 V2, il s'agit de la seule campagne de recueil pour cette version de transition entre ICSHA.2 et ICSHA.3. L'évaluation indirecte du niveau d'application de l'hygiène des mains sera désormais assurée par le recueil d'ICSHA.3, arrivé à maturité pour la diffusion publique après 2 années de simulation.

La prochaine campagne 2018 concernera donc pour le thème IAS : ICSHA.3 et ICATB.2, sur les données 2017 pour diffusion publique.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins doivent évoluer en même temps que les efforts des établissements de santé, pour continuer à en être le moteur. Une évolution des indicateurs du thème IAS doit donc avoir lieu.

Ainsi, dès 2018, des pistes de réflexion sont engagées (en lien avec le groupe de travail IAS de la Haute Autorité de Santé) :

- Sur le thème de l'hygiène des mains : ICSHA.3 est un indicateur qui reste controversé, malgré son utilité dans la promotion de la technique d'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique pour maîtriser la transmission croisée des micro-organismes. En effet, pas assez proche des pratiques des professionnels, il ne mesure pas directement le résultat de l'observance de l'hygiène des mains. Ainsi, et afin de maintenir la pression nécessaire sur ce sujet, des indicateurs complémentaires doivent être développés.
- Evolution des indicateurs de type OMA (organisation, moyen et action) : ICALIN.2, ICA-LISO, ICA-BMR et ICATB.2 ;
- Expérimentation de l'indicateur « pertinence de l'antibiothérapie », en cours de construction ;
- Expérimentation de l'indicateur ISO-ORTHO, indicateur de résultat sur les infections du site opératoire (ISO) post prothèse de hanche ou de genou, basé sur les données du PMSI, et rendu sous forme d'un funnel plot destiné à repérer les ES hors des limites. Il permettra notamment de fournir une meilleure réponse aux usagers, ainsi qu'au Propias et au HCSP sur les questions de la surveillance et de la prévention des ISO en chirurgie orthopédique, tout en se rapprochant des besoins du cliniciens et en étant plus adapté à l'évaluation des pratiques.

Abréviations et acronymes

AES	Accident d'Exposition au Sang
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique (Santé publique France)
APHP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APHM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
ARA	Auvergne – Rhône – Alpes
ARLIN	Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARS	Agence Régionale de Santé
ATB	Antibiotique
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
Bilan LIN	Bilan annuel des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales dans les établissements de santé
BILANLIN	Plateforme de recueil du Bilan LIN
BMR	Bactéries Multi-Résistantes
BN-SARM	Bactériémies Nosocomiales à Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline
CAPES	Contrat d'Amélioration des Pratiques en Établissement de Santé
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des soins
CBV	Centre de Basse Vision (> 80% de leurs activités en lits et places)
CCLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CH	Centre Hospitalier
CHG	Centre Hospitalier Général
CHR	Centre Hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier Spécialisé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CL	Cliniques
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COSPIN	Comité de Suivi des Programmes de Prévention des Infections Nosocomiales
COSU	COmité de SUivi du propias 2015
CPA	Centre de Post cure Alcoolique
CPIAS	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre de Post cure Psychiatrique
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico- Technique
CSP	Code de la Santé Publique
DDJ	Doses Définies Journalières
DI	Données Indisponibles
DIM	Département d'Information Médicale
DG	Dotation Globale
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS	Direction Générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
E-Satis	indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO
EBNL	Établissement à But Non-Lucratif
EOH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ES	Établissements de Santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Équivalent Temps Plein
FHA	Friction Hydro-Alcoolique
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HL	Hôpital Local
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IAS	Infections Associées aux Soins
IC	Indicateur Complémentaire (dont le résultat est le score complémentaire de l'indicateur BN-SARM)
ICA-BMR	Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries MultiRésistantes
ICALIN	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales – version 1
ICALIN.2	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales – version 2
ICA-LISO	Indicateur Composite de lutte contre les infections du site opératoire
ICATB	Indicateur Composite du bon usage des AnTiBiotiques – version 1
ICATB.2	Indicateur Composite du bon usage des AnTiBiotiques – version 2
ICSHA	Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains – version 1
ICSHA.2	Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains – version 2
ICSHA.2 V2	Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains – transition entre la version 2 et la version 3
ICSHA.3	Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains – version 3
IDE	Infirmier ou infirmière Diplômée d'État
IFAQ	Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IN	Infections Nosocomiales
IP	Indicateur Principal (dont le résultat est le score principal de l'indicateur BN-SARM)
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
INVS	Institut de Veille Sanitaire
ISO	Infections du Site Opératoire
ISO-ORTHO	indicateur de mesure des Infections du Site Opératoire après pose de prothèse de hanche ou de genou
LP	Lits et Places
MAX	Maximum
MECSS	Maisons d'enfants à Caractère Sanitaire Spécialisé

MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
MIN	Minimum
NA	Non-Applicable
NB	Nota Bene
NC	Non-Concerné
NR	Non-Répondant
OQN	Objectif Quantifié National
OMPC	Objectif Minimum Personnalisé de Consommation
OMA	Organisation – Moyens – Actions
ONIC	Orientation Nationale Inspection-Contrôle
PACA	Provence – Alpes – Côte d'Azur
PHA	Produit Hydro-Alcoolique
PMSI	bases de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNSP	Programme National pour la Sécurité du Patient
PROPIAS	Programme National d'actions de Prévention des Infections Associées Aux Soins
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PSY	Psychiatrie
RAISIN	Réseau d'Alerte, d'Investigation, et de Surveillance des Infections Nosocomiales.
SAE	Statistique Annuelle des Établissements
SARM	Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline
Scope Santé	site d'information publique sur la qualité des soins en établissements de santé
SHA	Solution Hydro-Alcoolique
SI	Sans Indicateur
SIPAQSS	Service des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
SLD	Soins Longue Durée
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TBIN	Tableau de Bord des Infections Nosocomiales
TdBIN	TBIN
USI	Unité de Soins Intensifs
VHB	Virus de l'Hépatite B

NB : La définition des catégories d'établissements selon la SAE figure en Annexe II. Catégories d'établissements du thème IAS.

Table des illustrations

Tableaux 1 et 2. Synthèse des scores des indicateurs du thème infections associées aux soins (recueil 2017 sur données 2016)	8
Graphique 1. Indicateurs données 2016 (recueil en 2017) du thème infections associées aux soins	
Répartition des établissements par classe	8
Graphique 2. Évolution de la répartition des établissements par classe pour ICA-LISO et ICALIN.2 entre les données 2010 et 2016 : les marges de progression se sont considérablement réduites.....	9
Tableau 3 et Graphique 3. « ICALIN.2 » (hors données indisponibles) – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Analyse nationale	16
Tableau 4. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Score moyen par volet.....	17
Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Évolution de la répartition des établissements par classe	20
Tableau 6. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre.....	20
Tableau 7 et Graphique 5 : ICALISO – données 2016. Répartition des établissements de santé par score	23
Tableau 8. « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Score moyen par volet.....	23
Tableau 9. « ICA-LISO » – Évolution de la répartition des établissements par classe	25
Tableau 10. « ICA-LISO » – Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre	25
Tableau 11 et Graphique 6. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Statistiques descriptives et variabilité nationale	28
Tableau 12 . Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Répartition des établissements par classe.....	29
Tableau 13. Contrôle qualité du recueil – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Nombre de contrôles par indicateur et atteinte des objectifs de contrôle par les ARS	31
Tableau 14. Contrôle qualité du recueil – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Amplitude et nombre des changements de scores issus des contrôles ARS, en nombre d'établissement	31
Tableau 15. Contrôle qualité du recueil – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Changements classes issus des contrôles ARS, en nombre d'établissement.....	31
Tableau 16. Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Synthèse par indicateur.....	33
Tableau 17. Catégories d'établissements du thème IAS	40
Tableau 18. Sous catégories pour lesquelles l'attribution des indicateurs est adaptée à l'activité réelle ..	40
Tableau 19. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Revalorisation du niveau d'exigence de l'indicateur ICSHA.2 V2 comparativement à la campagne précédente.....	41
Tableau 20. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Résultats détaillés des 55 critères composant le score.....	42
Tableau 21. Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Résultats détaillés des 15 critères composant le score	48
Graphique 7. Données IAS 2016 (recueil 2017) – Répartition des établissements applicables par classe aux 5 indicateurs du thème IAS	33
Graphique 8 et Tableau 22. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par région (en %).....	50
Graphique 9 et Tableau 23. Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par région (en %).....	51
Graphique 10 et Tableau 24. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par région (en %)	52
Graphique 11 et Tableau 25. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par catégorie d'établissements (en %) ..	54
Graphique 12 et Tableau 26. Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par catégorie d'établissements (en %).....	55
Graphique 13 et Tableau 27. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par catégorie d'établissements (en %).....	56

Annexes

Annexe I. Modalités de calcul des indicateurs et présentation des résultats

Les résultats de chaque indicateur sont rendus sous forme d'un score sur 100. À ce score est associée une classe de performance. Le score et la classe des indicateurs de chaque établissement sont mis à sa disposition. De plus, le score et la classe des indicateurs opposables IAS de chaque établissement, et l'année de la campagne en recueil obligatoire, sont diffusés publiquement sur le site internet Scope Santé (www.scopesante.fr).

► Calculs des classes de performances

Pour tous les indicateurs, les classes de performance vont de « A », correspondant aux structures obtenant les meilleurs résultats au sein de chaque catégorie d'établissements, à « E », pour les structures obtenant les moins bons résultats. Ces classes permettent de comparer entre eux les établissements de même catégorie. À chaque classe est associé un code couleur sur le site Scope Santé. Les établissements non répondants au recueil obligatoire sont référencés « NR » sur Scope Santé.

Les établissements n'ayant pas transmis les données nécessaires au calcul des indicateurs sont référencés :

- « non-concernés » (NC) si le recueil ne leur était pas ouvert ;
- « sans indicateur » (SI) si le recueil leur était ouvert à titre facultatif ;

Les établissements peuvent également être classés « données indisponibles » (DI) aux indicateurs ICALIN.2, et ICSHA.2 V2, lorsque les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), collectée par la DREES, ne permettent pas le calcul de l'indicateur.

► Indicateurs composites de types « organisations, moyens, actions » (OMA)

Pour les indicateurs OMA (ICA-LISO, ICALIN.2, ICATB.2, ICA-BMR), les bornes des classes de performance sont établies selon les quintiles de la distribution que présentait chaque catégorie d'établissement lors de l'année de référence (année de simulation). La classe de performance est donc fonction de la catégorie d'établissements, ce qui permet aux établissements de santé de se comparer au sein d'une même catégorie d'établissements. Ces bornes de classes ne changent pas au fil des années, afin de mettre en évidence les évolutions d'année en année.

Définition des classes lors de l'année de référence	E < 1er quintile ≤ D < 2ème quintile ≤ C < 3ème quintile ≤ B < 4ème quintile ≤ A
--	---

► Indicateur dépendant d'un objectif personnalisé

Le résultat de l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques (version ICSHA.2 V2) est le ratio de la quantité de PHA consommée rapportée à la quantité minimale de consommation personnalisée que l'établissement doit dépasser. Cet indicateur est le seul dont le score puisse dépasser 100, lorsque la quantité consommée est supérieure à la quantité minimale de consommation personnalisée.

Chaque classe de performance est définie par un intervalle de valeurs où se situe le ratio.

Annexe II. Catégories d'établissements du thème IAS

L'objectif est de pouvoir affecter chaque établissement dans une catégorie la plus homogène possible, tout en limitant autant que possible le nombre de catégories pour rendre l'affichage compréhensible.

Tableau 17. Catégories d'établissements du thème IAS

Intitulé des catégories d'établissements du TBIN	Définitions selon nomenclature SAE
CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires.
CH publics ou ex-PSPH sous DG (< à 300 lits et places ou ≥ à 300 lits et places)	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
CHS - CH psychiatriques	Établissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie.
CH ex-hôpitaux locaux	Ex-Hôpitaux locaux publics.
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN (< à 100 lits et places ou ≥ à 100 lits et places)	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines. Établissements MCO PSPH par concession sous OQN.
SSR	Établissements de soins de suite et de réadaptation.
SLD	Établissements de soins de longue durée.
CLCC	Établissements classés Centre de lutte contre le cancer.
HAD	Hospitalisation à domicile : exclusive ou très prédominant (> 80 % de leurs activités en lits et places).
Hémodialyse	Centres de dialyse ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places. Centres d'auto-dialyse exclusif (100 % de l'activité).
MECSS	Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour).

Tableau 18. Sous catégories pour lesquelles l'attribution des indicateurs est adaptée à l'activité réelle

Intitulé des catégories d'établissements du TBIN	Définitions selon nomenclature SAE
CPP	Centre de post cure psychiatrique (> 80 % de leurs activités en lits et places).
CBV	Centres de basse vision (> 80 % de leurs activités en lits et places).
CPA	Centres de postcure alcoolique (> 80 % de leurs activités en lits et places).
Ambulatoire PSY SSR ou MCO	Établissements dont le nombre de places représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places.
Auto-dialyse exclusive	Établissements n'exerçant que ce type d'activité.

Ces sous-catégories, pour l'affichage public sont ensuite réintégrées dans la catégorie d'établissements d'origine.

Annexe III. Informations complémentaires ICSHA.2 V2

Tableau 19. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Revalorisation du niveau d'exigence de l'indicateur ICSHA.2 V2 comparativement à la campagne précédente

Spécialités	Nombre minimal de frictions par acte	
	Recueil 2017 sur données 2016	Recueil 2016 sur données 2015
HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE		
Médecine	10	8
Chirurgie	12	9
Réanimation	43	40
USI-USC	28	28
Obstétrique	12	12
Accouchement sans césarienne	14	14
Accouchement avec césarienne	16	8
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	8	7
Soins de longue durée	7	4
Psychiatrie	4	2
Hémodialyse (par séance)	11	10
HAD (par jour)	6	4
Urgences (par passage)	5	2
HOSPITALISATION DE JOUR		
Hôpital de jour de médecine	5	3
Hôpital de jour de chirurgie	5	3
Hôpital de jour d'obstétrique	5	5
Hôpital de jour de psychiatrie	2	1
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	5	3
Bloc chirurgical (par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	14	8
Séance de chimiothérapie	6	5

Annexe IV. Résultats complémentaires

► Résultats par critère

→ ICALIN.2

Tableau 20. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Résultats détaillés des 55 critères composant le score

Volet	Rubrique	Critère	% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère	
Organisation	Politique et implication des instances	O11	Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les IN existent dans l'établissement de santé	82%	93% des CHR-CHU et Hémodialyses ; 92% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus et des SLD	72% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places
		O12	Le programme d'action élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN	94%	9 des 13 catégories d'ES sont entre 94% et 100%	82% des HAD
		O13	La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions	81%	100% des HAD	71% des SLD
		O14	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions	88%	100% des CLCC ; 97% des Hémodialyses	75% des CH ex-hôpitaux locaux ; 79% des SLD
		O15	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information	76%	89% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places et des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 86% des CHR-CHU	64% des HAD ; 67% des SLD ; 68% des CH ex-hôpitaux locaux ; 70% des SSR ; 72% des CHS - CH psychiatriques
	EOH	O21	L'EOH assiste la CME en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans la proposition du programme d'actions en matière de lutte contre les IN	93%	99% des CHR-CHU ; 97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places et des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	87% des HAD
		O22	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées	92%	100% des MECSS et des CLCC ; 97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places et des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 96% des Hémodialyses	83% des CH ex-hôpitaux locaux ; 84% des HAD

Volet	Rubrique	Critère		% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère	
	Information des usagers et du patient	O31	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales	99%	11 des 13 catégories d'ES sont à 100% ou 99%	96% des MECSS	
		O32	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil	99%	11 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	94% des SLD	
		O33	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale	95%	99% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 98% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places et des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places	83% des SLD	
	Signalement	O41	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale	98%	9 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	95% des HAD	
		O42	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN	97%	8 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	89% des HAD	
		O43	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée	96%	100% des MECSS POUP ; 99% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	92% des Hémodialyses ; 93% des HAD et des CHS - CH psychiatriques	
	Moyens	Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH	74%	100% des CLCC ; 96% des Hémodialyses	55% des CHS - CH psychiatriques
			M12	Respect des ratios en personnel paramédical IDE de l'EOH	84%	98% des HAD et des Hémodialyses	66% des CHS - CH psychiatriques ; 74% des SSR et des MECSS
			M13	Il existe un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un autre personnel permanent	76%	95% des CLCC	53% des CH ex-hôpitaux locaux
M14			Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités	91% entièrement et 6% partiellement	100% d'entièrement en CLCC ; 99% d'entièrement en CHR-CHU	81% d'entièrement en HAD ; 84% d'entièrement en CHS - CH psychiatriques	
M21		L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	98%	10 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%			

Volet	Rubrique	Critère		% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
		M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés	99%	Plus de 98% au sein de chaque catégorie d'ES	
	Formation du personnel	M31	Il existe une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants ou pour le secteur HAD la convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière	88%	100% des CLCC ; 98% des Hémodialyses ; 97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	65% des HAD ; 83% des CHS - CH psychiatriques
		M32	Il existe une formation pour les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres, etc. ...)	68%	90% des Hémodialyses	8 des 13 catégories d'ES sont entre 60% et 67%
		M33	Au moins 25% du personnel médical a bénéficié d'une formation validée par l'EOH	37%	68% des CLCC ; 60% des SLD ; 57% des MECSS ; 52% des SSR	14% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places ; 17% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus
		M34	Au moins 25% du personnel infirmier a bénéficié d'une formation validée par l'EOH	69%	95% des CLCC	43% des CHS-CH psychiatriques ; 58% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 61% des MECSS
		M35	Il existe une formation pour les autres personnels permanents (au moins 1 personne formée)	92%	100% des SLD et des CLCC ; 99% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus	69% des HAD
		M36	Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques	75%	95% des CLCC ; 94% des CHR-CHU	52% des CH ex-hôpitaux locaux ; 57% des MECSS

Volet	Rubrique	Critère		% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
Actions	La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années	96%	8 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	90% des CH ex-hôpitaux locaux ; 92% des SLD
		A12	Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B)	83%	100% des CHR-CHU et des CLCC	71% des CH ex-hôpitaux locaux ; 74% des MECSS et des HAD
		A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe	88%	100% des CHR-CHU et des CLCC ; 96% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 94% des SLD	78% des MECSS ; 80% des HAD
		A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole	57%	91% des CHR-CHU ; 89% des CLCC	42% des SLD ; 43% des CH ex-hôpitaux locaux
		A15	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche	58%	97% des CHR-CHU ; 89% des CLCC	9 des 13 catégories d'ES sont entre 39% et 63%
	Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années	97%	12 des 13 catégories d'ES sont au-dessus de 96%	93% des CH ex-hôpitaux locaux
		A22	Le suivi de la consommation en solutions ou gels hydro-alcooliques fait l'objet d'une rétro-information par secteurs d'activités au moins une fois par an	94%	10 des 12 catégories d'ES sont au-dessus de 95%	88% des CHS - CH psychiatriques
		A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années	98%	9 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	
	Les précautions standards autres que l'hygiène des mains	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standards	97%	9 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	92% des CH ex-hôpitaux locaux
		A32	Une évaluation des pratiques relative aux précautions « standards » autres que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans	90%	100% des CHR-CHU ; 99% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	80% des HAD ; 82% des CHS - CH psychiatriques ; 83% des MECSS et des SLD ; 85% des CH ex-hôpitaux locaux

Volet	Rubrique	Critère		% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
	Les précautions complémentaires	A41	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »	97%	10 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	93% des CHS - CH psychiatriques
		A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes »	96%	7 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	90% des CHS - CH psychiatriques
		A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années	82%	100% des CLCC ; 99% des CHR-CHU ; 97% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 95% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 93% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places	52% des HAD
		A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes » a été faite dans les 5 dernières années	72%	100% des CLCC ; 96% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 93% des CHR-CHU	41% des HAD
	La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	Il existe un protocole associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde, actualisé dans les 5 dernières années	91%	100% des CHR-CHU et des CLCC ; 98% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	53% des Hémodialyses
		A52	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés, actualisé dans les 5 dernières années	95%	100% des CLCC	81% des Hémodialyses
		A53	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable, actualisé dans les 5 dernières années	94%	100% des CLCC ; 99% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus et des CHR-CHU	77% des CHS - CH psychiatriques ; 83% des SLD ; 85% des CH ex-hôpitaux locaux
		A54	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire	79%	95% des CLCC	33% des Hémodialyses
		A55	Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique ou sur chambre implantable ou sur des dispositifs sous-cutanés	83%	95% des CLCC ; 93% des CHR-CHU ; 92% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	64% des Hémodialyses ; 68% des HAD
		A56	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux	70%	100% des CLCC	44% des SLD ; 45% des CH ex-hôpitaux locaux

Volet	Rubrique	Critère		% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
		A57	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les 5 dernières années	59%	88% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	8% des Hémodialyses ; 30% des CHS - CH psychiatriques ; 40% des HAD
		A58	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires ou de prévention de l'infection sur dispositif sous-cutané a été réalisée dans les 5 dernières années	71%	100% des CLCC ; 93% des CHR-CHU et des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 91% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus et des Hémodialyses	47% des CHS - CH psychiatriques
		A59	Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les 5 dernières années.	71%	100% des CLCC	44% des MECSS
	Environnement	A61	Il existe une démarche de prévention liée à l'environnement (eau et air)	96%	7 des 13 catégories d'ES sont entre 96% et 100%	91% des Hémodialyses et des MECSS
	Surveillance	A71	Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	95%	100% des CHR-CHU et des CLCC	89% des CH ex-hôpitaux locaux
		A72	Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR et AES)	71%	100% des CLCC ; 99% des CHR-CHU	30% des HAD ; 48% des MECSS
		A73	Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau	42%	84% des CLCC ; 81% des CHR-CHU ; 73% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus	7 des 13 catégories d'ES sont entre 12% et 39%
		A74	Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR et AES) ont été rendus à tous les services participants	66%	100% des CLCC ; 97% des CHR-CHU	48% des MCSS-POUP ; 50% des CHS - CH psychiatriques ; 52% des CH ex-hôpitaux locaux ; 60% des SSR
		A75	Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR et AES) sont présentés en CME	63%	100% des CLCC	27% des HAD
Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave	A81	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave	96%	7 des 13 catégories d'ES sont entre 97% et 100%	91% des CH ex-hôpitaux locaux	

Tableau 21. Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Résultats détaillés des 15 critères composant le score

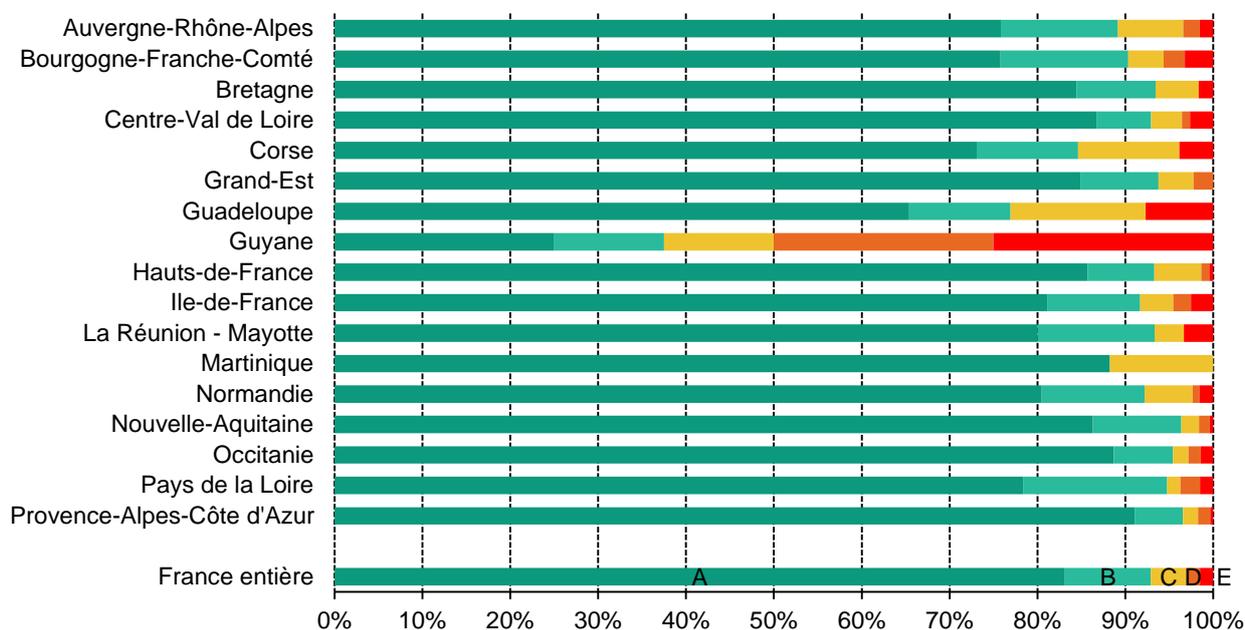
Volet	Rubrique	Critère	% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
Organisation	EOH	LISO.1 L'EOH est destinataire des données de la surveillance.	98%	100% des CHR-CHU et des CLCC	96% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places
	Chirurgiens	LISO.2 Les chirurgiens sont systématiquement impliqués dans la validation clinique des infections du site opératoire.	90% entièrement et 5% partiellement	100% des CLCC	Entre 88% et 91% d'entièrement pour les autres catégories
	CME	LISO.3 Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME au moins une fois par an.	92%	100% des CLCC	76% des CHR-CHU
Moyens	Matériel	LISO.4 Le suivi des infections du site opératoire se fait en utilisant le système d'information hospitalier.	56% entièrement et 35% partiellement	84% d'entièrement pour les CLCC	36% d'entièrement pour les CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places
Actions	Prévention	LISO.5 Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire.	97%	100% des CLCC ; 99% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 98% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus ; 97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places	85% des CHR-CHU
		LISO.6 Il existe un protocole relatif à l'hygiène au bloc opératoire, actualisé dans les 5 dernières années.	98%	100% des CHR-CHU et des CLCC ; 99% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	95% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus
		LISO.7 Il existe une maintenance préventive de l'air au bloc opératoire.	95% entièrement et 5% partiellement	99% d'entièrement pour Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 98% pour les Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places ; 97% pour les CHR-CHU	89% d'entièrement pour les CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places ; 91% pour les CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus

Volet	Rubrique	Critère	% d'ES où le critère est atteint	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère	
		LISO.8	Il existe un protocole de préparation cutanée de l'opéré, actualisé dans les 5 dernières années.	97%	100% des CHR-CHU, des CLCC et des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus ; 99% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places	89% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places
		LISO.9	Il existe un protocole d'antibioprophylaxie, actualisé dans les 5 dernières années.	93%	100% des CLCC ; 98% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places ; 97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	81% des CHR-CHU
	Surveillance	LISO.10	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance.	67% entièrement et 31% partiellement	100% d'entièrement pour les CLCC	59% d'entièrement pour les CHR-CHU ; 61% pour les CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus
		LISO.11	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau.	86%	100% des CLCC	76% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de moins de 100 lits et places
		LISO.12	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire et/ou bloc obstétrical.	94%	97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN	88% des CHR-CHU
		LISO.13	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité participant.	95%	97% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN	92% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places
		LISO.14	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années.	92%	100% des CLCC ; 98% des Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de 100 lits et places ou plus	85% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places ; 87% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de 300 lits et places ou plus
	Évaluation des pratiques	LISO.15	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années.	90%	100% des CLCC	84% des CH publics ou ex-PSPH sous DG de moins de 300 lits et places

► Informations régionales

→ ICALIN.2 : prévention des infections nosocomiales

Graphique 8 et Tableau 22. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par région (en %)



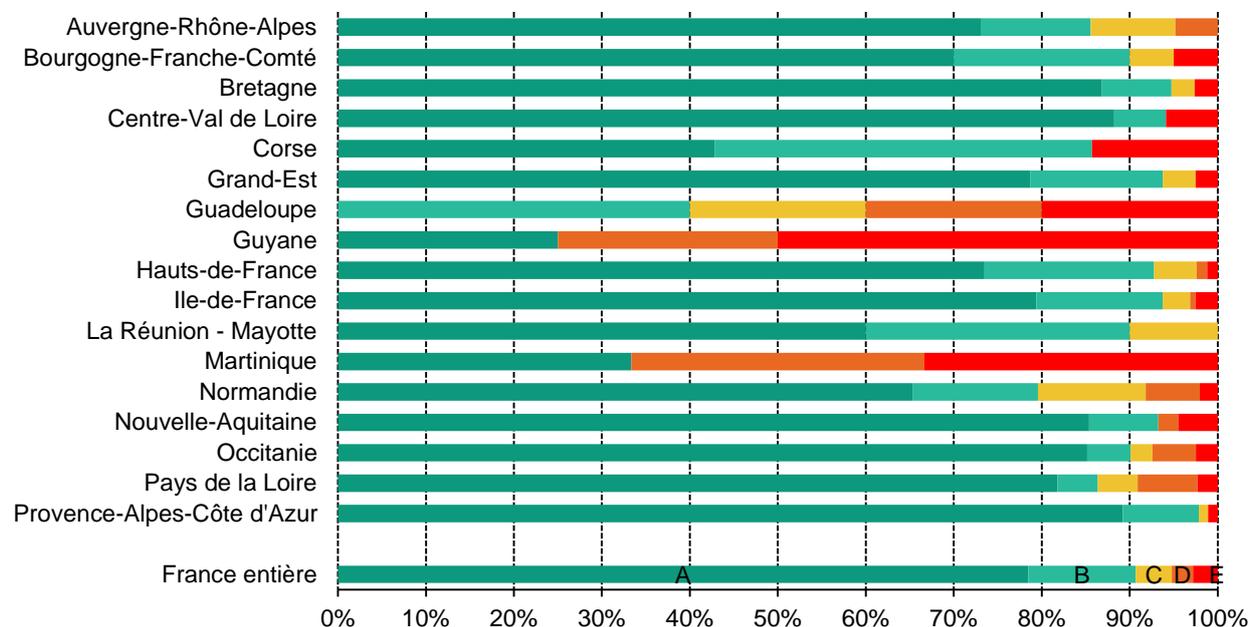
(en nombre d'établissements)	Indicateur ICALIN.2					Total
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
Auvergne-Rhône-Alpes	245	43	24	6	5	323
Bourgogne-Franche-Comté	94	18	5	3	4	124
Bretagne	103	11	6	0	2	122
Centre-Val de Loire	98	7	4	1	3	113
Corse	19	3	3	0	1	26
Grand-Est	191	20	9	5	0	225
Guadeloupe	17	3	4	0	2	26
Guyane	2	1	1	2	2	8
Hauts-de-France	192	17	12	2	1	224
Ile-de-France	322	42	15	8	10	397
La Réunion - Mayotte	24	4	1	0	1	30
Martinique	15	0	2	0	0	17
Normandie	103	15	7	1	2	128
Nouvelle-Aquitaine	214	25	5	3	1	248
Occitanie	251	19	5	4	4	283
Pays de la Loire	105	22	2	3	2	134
Provence-Alpes-Côte d'Azur	265	16	5	4	1	291
Ensemble - France entière	2 260	266	110	42	41	2 719

Les régions dont la proportion d'établissements classés A est inférieure à la moyenne nationale (83%) sont : Guyane, Guadeloupe, Corse, Bourgogne Franche Comté, Auvergne Rhône Alpes, Pays de la Loire, La Réunion – Mayotte, Normandie et Ile de France. Les régions qui présentent les proportions

d'établissements classés en A les plus élevées sont : Provence Alpes Côte d'Azur (91%), Occitanie (89%) et Martinique (88%).

→ ICA-LISO : prévention des infections du site opératoire

Graphique 9 et Tableau 23. Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par région (en %)



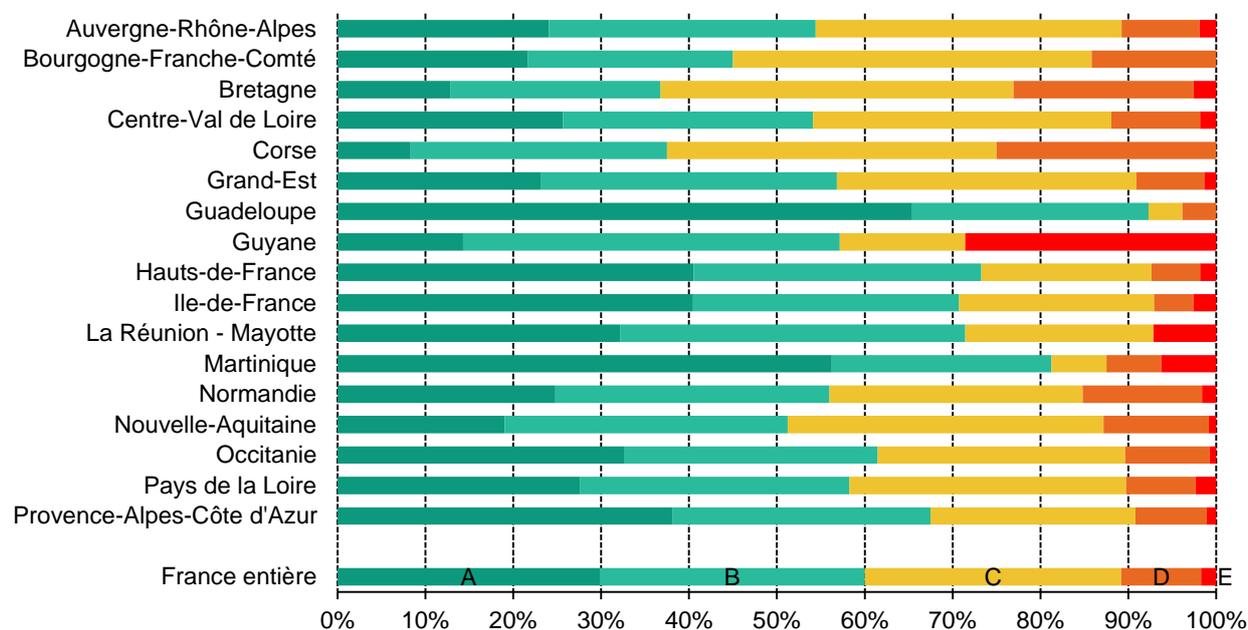
(en nombre d'établissements)	Indicateur ICA-LISO					Total
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
Auvergne-Rhône-Alpes	76	13	10	5	0	104
Bourgogne-Franche-Comté	28	8	2	0	2	40
Bretagne	33	3	1	0	1	38
Centre-Val de Loire	30	2	0	0	2	34
Corse	3	3	0	0	1	7
Grand-Est	63	12	3	0	2	80
Guadeloupe	0	2	1	1	1	5
Guyane	1	0	0	1	2	4
Hauts-de-France	61	16	4	1	1	83
Ile-de-France	127	23	5	1	4	160
La Réunion - Mayotte	6	3	1	0	0	10
Martinique	1	0	0	1	1	3
Normandie	32	7	6	3	1	49
Nouvelle-Aquitaine	76	7	0	2	4	89
Occitanie	69	4	2	4	2	81
Pays de la Loire	36	2	2	3	1	44
Provence-Alpes-Côte d'Azur	83	8	1	0	1	93
Ensemble - France entière	725	113	38	22	26	924

Les régions dont la proportion d'établissements classés A est inférieure à la moyenne nationale (78%) sont la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Corse, La Réunion - Mayotte, la Normandie, la

Bourgogne Franche Comté, l’Auvergne Rhône Alpes et les Hauts de France. Les régions où les proportions d’établissements classés A sont les plus élevés sont la Provence Alpes Côte d’Azur (89%) et le Centre Val de Loire (88%).

→ ICSHA.2 V2 : hygiène des mains (version de transition)

Graphique 10 et Tableau 24. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par région (en %)



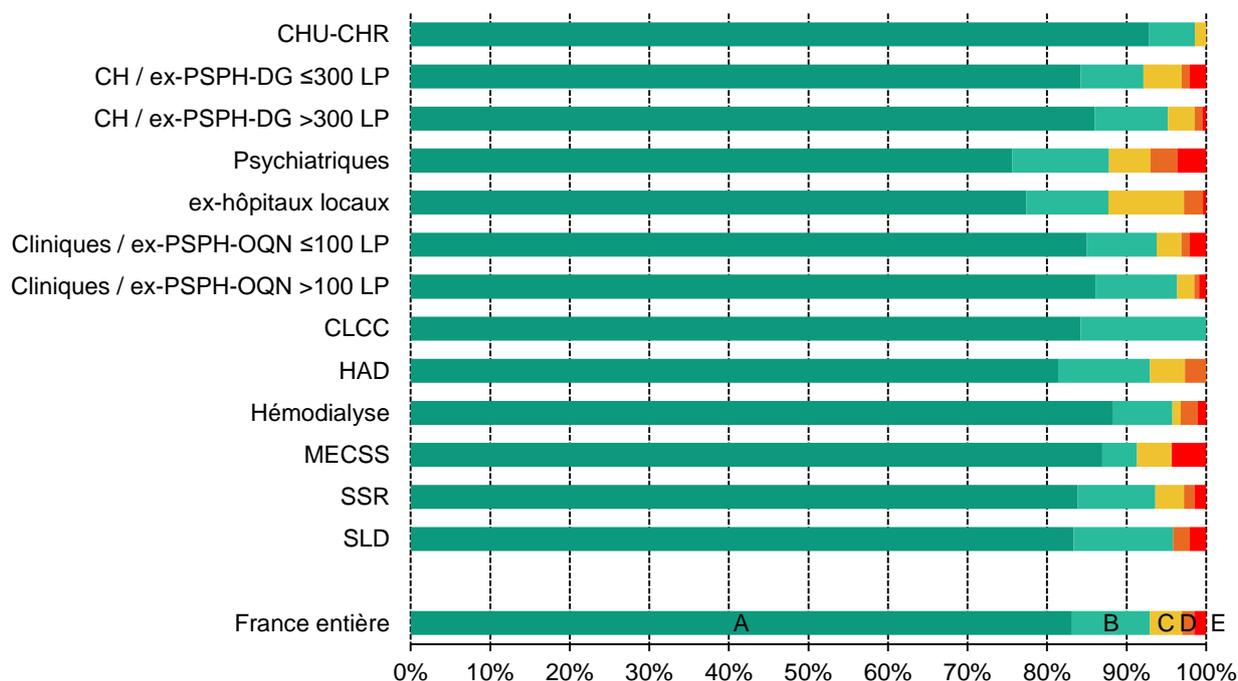
(en nombre d'établissements)	Indicateur ICSHA.2 V2					Total
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
Auvergne-Rhône-Alpes	76	96	110	28	6	316
Bourgogne-Franche-Comté	26	28	49	17	0	120
Bretagne	15	28	47	24	3	117
Centre-Val de Loire	28	31	37	11	2	109
Corse	2	7	9	6	0	24
Grand-Est	51	74	75	17	3	220
Guadeloupe	17	7	1	1	0	26
Guyane	1	3	1	0	2	7
Hauts-de-France	88	71	42	12	4	217
Ile-de-France	155	116	85	17	10	383
La Réunion - Mayotte	9	11	6	0	2	28
Martinique	9	4	1	1	1	16
Normandie	31	39	36	17	2	125
Nouvelle-Aquitaine	46	78	87	29	2	242
Occitanie	88	78	76	26	2	270
Pays de la Loire	35	39	40	10	3	127
Provence-Alpes-Côte d'Azur	108	83	66	23	3	283
Ensemble - France entière	785	793	768	239	45	2 630

Les régions dont la proportion d'établissements classés A est inférieure à la moyenne nationale (30%) sont : Corse, Bretagne, Guyane, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne Franche Comté, Grand Est, Auvergne Rhône Alpes, Normandie, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire. Les régions qui présentent les proportions d'établissements classés en A les plus élevées sont : Guadeloupe (65%) et Martinique (56%).

► Informations par catégorie d'établissement

→ ICALIN.2 : prévention des infections nosocomiales

Graphique 11 et Tableau 25. Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par catégorie d'établissements (en %)

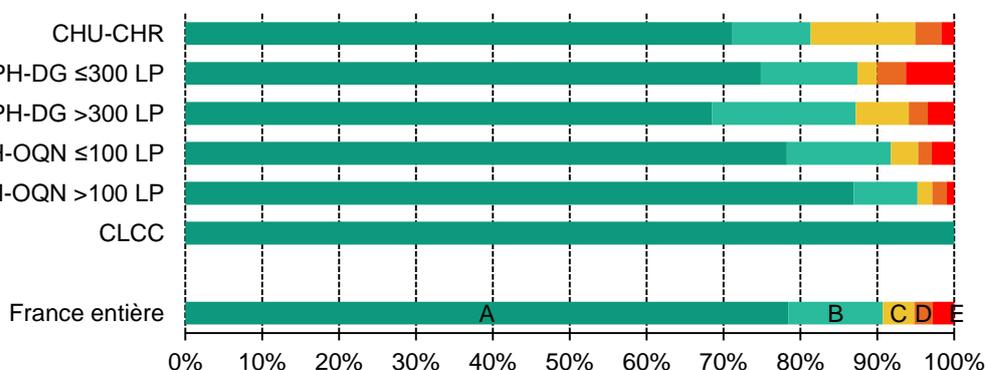


(en nombre d'établissements)	Indicateur ICALIN.2					Total
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
CHU-CHR	65	4	1	0	0	70
CH publics ou ex-PSPH sous DG < à 300 lits et places	246	23	14	3	6	292
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≥ à 300 lits et places	178	19	7	2	1	207
CHS - CH psychiatriques	248	40	17	11	12	328
CH ex-hôpitaux locaux	195	26	24	6	1	252
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN < à 100 lits et places	164	17	6	2	4	193
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≥ à 100 lits et places	285	34	7	2	3	331
CLCC	16	3	0	0	0	19
HAD	92	13	5	3	0	113
Hémodialyse	83	7	1	2	1	94
MECSS	20	1	1	0	1	23
SSR	628	73	27	10	11	749
SLD	40	6	0	1	1	48
Ensemble - France entière	2 260	266	110	42	41	2 719

La catégorie CHU-CHR présente la proportion la plus élevée d'établissements en classe A (93%).
Les catégories où cette proportion est la plus faible sont : les CHS - CH psychiatriques (76%) et les CH ex-hôpitaux locaux (77%).

→ ICA-LISO : prévention des infections du site opératoire

Graphique 12 et Tableau 26. Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire « ICA-LISO » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par catégorie d'établissements (en %)



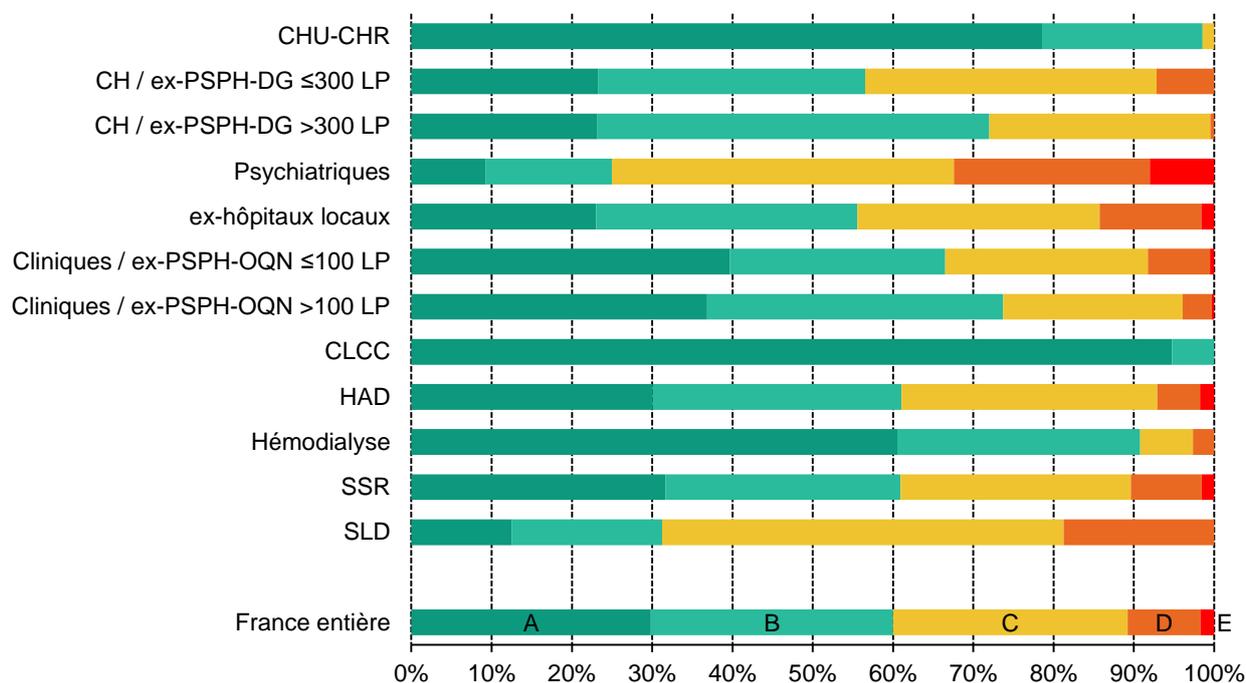
(en nombre d'établissements)	Indicateur ICA-LISO					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Total
CHU-CHR	42	6	8	2	1	59
CH publics ou ex-PSPH sous DG < à 300 lits et places	119	20	4	6	10	159
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≥ à 300 lits et places	139	38	14	5	7	203
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN < à 100 lits et places	133	23	6	3	5	170
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≥ à 100 lits et places	273	26	6	6	3	314
CLCC	19	0	0	0	0	19
Ensemble - France entière	725	113	38	22	26	924

Tous les CLCC sont en classe A.

Les CHU-CHR et les CH publics ou ex-PSPH sous DG sont les catégories d'établissements où les proportions de classes A sont les plus faibles.

→ ICSHA.2 V2 : hygiène des mains (évolution de l'objectif minimum personnalisé de consommation)

Graphique 13 et Tableau 27. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 V2 » – Données IAS 2016 (recueil en 2017) – Classes par catégorie d'établissements (en %)



(en nombre d'établissements)	Indicateur ICALIN.2					Total
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
CHU-CHR	55	14	1	0	0	70
CH publics ou ex-PSPH sous DG < à 300 lits et places	68	97	106	21	0	292
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≥ à 300 lits et places	48	101	57	1	0	207
CHS - CH psychiatriques	30	51	138	79	26	324
CH ex-hôpitaux locaux	58	82	76	32	4	252
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN < à 100 lits et places	77	52	49	15	1	194
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≥ à 100 lits et places	122	122	74	12	1	331
CLCC	18	1	0	0	0	19
HAD	34	35	36	6	2	113
Hémodialyse	46	23	5	2	0	76
SSR	223	206	202	62	11	704
SLD	6	9	24	9	0	48
Ensemble - France entière	785	793	768	239	45	2 630

Les catégories CLCC et CHU-CHR présentent les proportions les plus élevées d'établissements en classe A (respectivement 95% et 79%).

Les catégories où cette proportion est la plus faible sont : les CHS - CH psychiatriques (9%) et les SLD (13%).

Annexe V. Modalités de contrôle et de validation par les Agences régionales de santé (ARS) des données déclarées

► 1. Contexte

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins et la transparence avec la diffusion publique des résultats des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins généralisés par la DGOS et la HAS.

Dans ce contexte, une Orientation nationale d'inspection-contrôle (ONIC), coordonnée par la DGOS et la HAS, est appliquée, depuis 2013, à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement.

Le champ de ce contrôle qualité du recueil des indicateurs couvre le contrôle des indicateurs du thème IAS (TBIN). Il vise à :

- Fiabiliser les résultats des indicateurs en particulier, afin de garantir la validité de l'information diffusée publiquement et utilisée au sein des dispositifs de contractualisation ARS/établissement de santé, de certification, dispositif IFAQ et CAQES ;
- Valider l'organisation de l'établissement de santé au regard des exigences sur la prévention des Infections Associées aux Soins et discuter des priorités identifiées par l'établissement de santé.

► 2. Méthodologie

→ 2.1 Champ du contrôle

Tous les établissements de santé, publics et privés, sont concernés par le tableau de bord des infections nosocomiales et, par conséquent, peuvent faire l'objet d'un contrôle qualité de ce recueil.

Ce contrôle est organisé par les ARS de chacune des régions françaises (Métropole et Outre-mer).

→ 2.2 Sélection des établissements à contrôler

Depuis 2006, 10 % des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par les ARS à partir de l'analyse des éléments de preuve des données déclarées par l'établissement (contrôle sur pièce et/ou sur site).

Dans le cadre de l'ONIC, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % au niveau de chaque région.

→ 2.3 Sélection des indicateurs à contrôler

Les indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil sont les indicateurs recueillis en 2017 cités dans l'arrêté annuel fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public certains résultats.

Le contrôle peut porter sur un ou plusieurs indicateur(s) du tableau de bord des IN en fonction du plan d'inspection régional. Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- pour les établissements de santé n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN, le contrôle porte sur l'ensemble des indicateurs IN renseignés par l'établissement (ce nombre est fonction de la catégorie d'établissements) ;
- pour les établissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN, le contrôle porte sur un, plusieurs ou la totalité des indicateurs renseignés par l'établissement. Ce choix relève de l'ARS qui veillera cependant à maintenir une cohérence dans les indicateurs contrôlés.

→ 2.4 Modalités de validation

La validation des données déclarées par l'établissement consiste à contrôler les déclarations de l'établissement au regard des éléments de preuve définis dans le « Cahier des charges ». Les données déclarées peuvent être éditées à partir du site internet de recueil des déclarations.

En l'absence ou en cas de refus de communication des éléments de preuves par un établissement, la valorisation des items correspondants sera mise à zéro automatiquement pour le calcul des indicateurs.

Le cadre du contrôle s'organisera à la convenance des services qui en sont chargés en liaison avec les établissements sélectionnés : dans l'établissement au cours d'une visite spéciale ou d'une visite pour une autre occasion, ou lors d'une réunion au siège de l'ARS ou de la délégation territoriale.

De même, à la convenance des services qui en sont chargés et selon la disponibilité des établissements, la validation pourra se limiter au strict remplissage de la « liste de validation » ou être l'occasion de faire le point sur la prévention des Infections Associées aux Soins au sein de l'établissement, dans le cadre d'une démarche d'accompagnement des établissements.

La validation des éléments de preuve devra faire l'objet d'un « constat de validation », qui pourra être la « Liste de validation des données ». La double signature de ce document par le représentant légal de l'établissement et par le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sera indispensable qu'en cas de divergence avec les déclarations de l'établissement. La date à laquelle l'établissement devra avoir modifié les données devra être précisée.

Si l'établissement approuve le « constat de validation », les corrections seront apportées par l'établissement directement sur le site internet Bilan LIN. Le référent « risques et Infections Associées aux Soins » de l'ARS validera ensuite ces modifications.

Si l'ARS n'approuve pas le « constat de validation » pour cause de discordance, le ou les items concernés seront égaux à « zéro ».

La validation définitive devra être réalisée avant le 16 octobre 2017.

► 3. Outils d'aide à la validation

→ 3.1 Les grilles de recueil avec consignes de remplissage et éléments de preuve

Elles définissent les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations. Ces grilles de recueil relatives à l'activité 2015 comprennent les éléments de preuve des items permettant le calcul des indicateurs du thème IAS recueillis en 2016 (ICATB.2, ICA-BMR, ICSHA.2 V2, BN-SARM).

Les éléments de preuve réunis lors des 2 campagnes de recueil précédentes peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste...). Le dossier de preuves de la campagne 2016 est une actualisation du dossier de preuves 2014-2015. Il peut être utilisé dans le cadre de la certification de l'établissement.

→ 3.2 La grille de contrôle

Une liste de validation des données ou « grille de contrôle » est mise à la disposition des agents responsables de cette validation sur le site : <http://bilanlin.atih.sante.fr>. Elle reprend de façon synthétique les éléments contenus dans le cahier des charges.

→ 3.3 La liste des établissements tirés au sort par l'ATIH

Cette liste est disponible pour chaque ARS sur le site : <http://bilanlin.atih.sante.fr>.

► 4. Impact du contrôle sur l'affichage Scope Santé

Les résultats du contrôle qualité des indicateurs du thème IAS (TBIN) sont pris en compte sur Scope Santé.

Depuis 2015, lors de la réception de ses résultats provisoires, l'établissement est informé de l'impact éventuel du contrôle sur la classe de performance associée à l'indicateur et de l'information qui en sera faite sur Scope Santé.

Les établissements qui ont fait l'objet d'un contrôle qualité de leurs données sont signalés par la mention : « La qualité des données a été validée par l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement ».

Lorsqu'existe, à l'issue du contrôle qualité, un changement de classe associé à une « sur-cotation » significative pour un indicateur donné, l'information est mentionnée : « La qualité des données a été validée par l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement. La classe de performance est abaissée de X à Y ».

Sur Scope Santé, ces informations sont portées à la fois sur la fiche détaillée et la fiche de publication obligatoire.

Références bibliographiques

Historique et données détaillées

Résultats par établissement sur Scope Santé, HAS, <http://www.scopesante.fr/qualite/lutte-contre-les-infections-nosocomiales>

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins, Infections Associées aux Soins (ex-Tableau de Bord des Infections Nosocomiales), Résultats nationaux de la campagne 2016 – Données 2015, HAS, décembre 2016, rapport, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731076/fr/iqss-2016-rapport-infections-associees-aux-soins

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins, Infections Associées aux Soins (ex-Tableau de Bord des Infections Nosocomiales), Résultats nationaux de la campagne 2016 – Données 2015, HAS, décembre 2016, plaquette, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731081/fr/iqss-2016-plaquette-infections-associees-aux-soins

Rapports nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales, DGOS, 2004 à 2014, <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/indicateurs-de-qualite-des-soins/article/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats>

Description approfondie des indicateurs IAS

Cahier des charges 2017 – Thème Infections Associées aux Soins (IAS), Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2749879/fr/iqss-2017-ias-cahier-des-charges

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves 2017 – ICA-LISO, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ias_grille_de_recueil_ica-liso.pdf

Fiche descriptive 2017 – ICA-LISO, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ias_fiches_descriptives_ica-liso.pdf

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves 2017 – ICALIN.2, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ias_grille_de_recueil_icalin.2.pdf

Fiche descriptive 2017 – ICALIN.2, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ias_fiches_descriptives_icalin.2.pdf

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves 2017 – ICSHA.2, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ias_grille_de_recueil_ICSHA.2.pdf

Fiche descriptive 2017 – ICSHA.2, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ias_fiches_descriptives_ICSHA.2_2017-03-10_14-45-30_500.pdf

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves 2017 – ICSHA.3, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_icsha3.pdf

Fiche descriptive 2017 – ICSHA.3, Haute Autorité de santé, février 2017, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_icsha_3.pdf

Corpus réglementaire

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR SASX0822640L, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Article R6111-8, Code de la santé publique, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916513>

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, NOR SASH1017107D,

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jseesionid=8CE61CBAC7F416E306A5F7B84090FF0B.tpdila17v_2?cidTexte=JORFTEXT000023086417&idArticle=&categorieLien=id

Instruction DGS/RI1/ DGOS/PF2/DGCS/2015-212 du 15 juin 2015 relative à la mise ne œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé.
http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-08/ste_20150008_0000_0124.pdf

Décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, NOR AFSH1529145D,
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/30/AFSH1529145D/jo/texte>

Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, NOR AFSS1703616D,
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034453909>

Arrêté du 10 février 2017 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, NOR AFSH1705259A,
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034157424>

Arrêté du 10 février 2017 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé, NOR AFSH1705192A,
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034157404>

Instruction n°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des Infections Associées aux Soins (Propias) 2015, DGOS, NOR AFSH1514349J, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_202to.pdf

Pour aller plus loin

Les indicateurs dans la certification V2014, HAS, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_989344/fr/les-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-dans-la-certification

Recommandations pour la mise en œuvre d'un tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de chaque établissement de santé français, INVS, 2004, http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=5155

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé- France - mai-juin 2012 - Résultats, INVS-RAISIN, 2013, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-France-mai-juin-2012>

Plan national Antibiotiques 2011-2016, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_antibiotiques_2011-2016_.pdf

Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net), ECDC, http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx

Infections Associées aux Soins : propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique, HCSP, 2013, <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=353>

L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS), DREES, <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>

Site national d'information et de documentation réalisé par les cinq Centres de coordination de la lutte contre les Infections Associées aux Soins (CClin) pour la gestion du risque infectieux, <http://nosobase.chu-lyon.fr/index.htm>

SécuritéSoins.fr Informations sur les maladies nosocomiales et autres sujets liés au séjour en hôpital, <http://www.securitesoins.fr/maladies-nosocomiales/>

Actualisation de la définition des infections nosocomiales, DGS/DHOS, Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, 2007, http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_complet.pdf

Morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques en France en

2012. Étude Burden BMR, rapport - Juin 2015. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Morbidite-et-mortalite-des-infections-a-bacteries-multi-resistantes-aux-antibiotiques-en-France-en-2012>

Propositions par le groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques, Tous Ensemble sauvons les antibiotiques, Rapporteurs Dr Jean Carlet et Pierre Le Coz, ministère de la Santé, Juin 2015, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur

www.has-sante.fr