



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Décembre 2016

Ce document présente les résultats des indicateurs du thème « Infections Associées aux Soins » (IAS) en 2015, calculés à partir des données recueillies en 2016 par tous les établissements de santé, sous la coordination de la Haute Autorité de Santé (HAS).

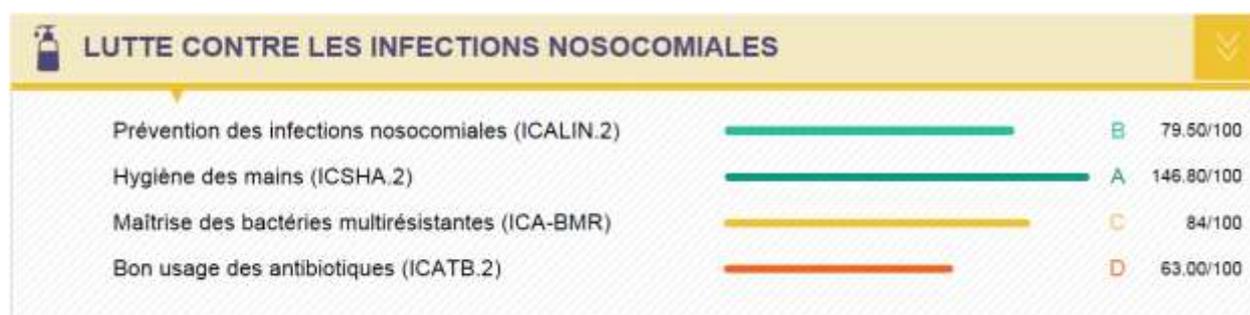
Ces indicateurs produisent une image du niveau de qualité de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins au sein de chacune des structures concernées. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Le présent rapport prend en compte les résultats du contrôle qualité du recueil réalisé, par les agences régionales de santé (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 sont accessibles sur la plateforme Bilan LIN. Pour y accéder, contacter l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) 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](http://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](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs)

### Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, nous vous prions d'ouvrir un nouveau sujet de discussion sur la plateforme AGORA ou de vous adresser au service IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) à l'adresse [ipaqss@has-sante.fr](mailto: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](mailto:bilanlin@atih.sante.fr).

Ce rapport a été rédigé par Axel Renoux, Isabelle Rullon et Sébastien Bine, chefs de projet, sous la coordination de Rose Derenne et d'Arnaud Fouchard, adjoints, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service IPAQSS.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 14 décembre 2016.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2016

# Sommaire

<b>Abréviations et acronymes</b> .....	<b>5</b>
<b>Avant-propos</b> .....	<b>8</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>9</b>
Principaux résultats .....	9
Perspectives des indicateurs.....	10
<b>Introduction</b> .....	<b>13</b>
Contexte .....	13
Les indicateurs .....	13
Calcul et présentation des résultats .....	14
Établissements de santé participants.....	15
<b>Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 »</b> .....	<b>17</b>
Description et mode d'évaluation .....	17
Analyse nationale des informations recueillies .....	17
Informations par catégorie d'établissements.....	19
Informations régionales.....	20
Informations par critère .....	21
<b>Indicateur « ICA-BMR »</b> .....	<b>27</b>
Description et mode d'évaluation .....	27
Analyse nationale des informations recueillies .....	27
Informations par catégorie d'établissements.....	29
Informations régionales.....	31
Informations par critère .....	32
<b>Indicateur « ICSHA.2 »</b> .....	<b>35</b>
Description et mode d'évaluation .....	35
Analyse nationale des informations recueillies .....	35
Informations par catégorie d'établissements.....	38
Informations régionales.....	40
<b>Indicateur « ICSHA.3 »</b> .....	<b>42</b>
<b>Indicateur « ICALIN 2 »</b> .....	<b>43</b>
Description et mode d'évaluation .....	43
Analyse nationale des informations recueillies .....	43
<b>Indicateur « BN-SARM »</b> .....	<b>45</b>
Description et mode d'évaluation .....	45
Analyse nationale des informations recueillies .....	45
<b>Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « IAS » dans le cadre de l'orientation nationale inspection-contrôle (ONIC)</b> .....	<b>49</b>
Résultats du contrôle qualité du recueil .....	49
<b>Table des illustrations</b> .....	<b>52</b>

<b>Annexes .....</b>	<b>54</b>
Annexe 1. Évolution des indicateurs IAS recueillis.....	55
Annexe 2. Catégories d'établissements du thème IAS .....	57
Annexe 3. Calendrier de la campagne 2016 .....	59
Annexe 4. Fiches descriptives des indicateurs recueillis.....	60
Fiche descriptive de l'indicateur ICATB 2 .....	60
Fiche descriptive de l'indicateur ICA-BMR .....	62
Fiche descriptive de l'indicateur ICSHA2 .....	64
Fiche descriptive de l'indicateur ICALIN2 .....	68
Fiche descriptive de l'indicateur BN-SARM .....	70
Annexe 5. Modalités de contrôle et de validation par les Agences régionales de santé (ARS) des données déclarées. ....	73
1. Contexte .....	73
2. Méthodologie .....	73
3. Outils d'aide à la validation.....	74
4. Impact du contrôle sur l'affichage Scope Santé.....	74
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>76</b>
Historique et données détaillées .....	76
Description approfondie des indicateurs IAS .....	76
Corpus réglementaire .....	77
Pour aller plus loin.....	77

# Abréviations et acronymes

ANSP	Agence Nationale de Santé Publique (Santé publique France)
APHP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
APHM	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
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
BMR	Bactéries Multi-Résistantes
BN-SARM	Bactériémies Nosocomiales à <i>Staphylococcus Aureus</i> Résistant à la Méricilline
CAPES	Contrat d'Amélioration des Pratiques en Établissement de Santé
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
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
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPP	Centre de Post cure Psychiatrique
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
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.2	Indicateur Composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICA-LISO	Indicateur Composite de lutte contre les infections du site opératoire
ICATB	Indicateur Composite du bon usage des antibiotiques
ICATB.2	Indicateur Composite du bon usage des antibiotiques 2
ICSHA.2	Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains 2
ICSHA.3	Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains 3
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
LP	Lits et Places
MAX	Maximum
MECSS	Maisons d'enfants a Caractère Sanitaire Spécialisé
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MIN	Minimum
NA	Non-Applicable
NC	Non-Concerné
NR	Non-Répondant
OQN	Objectif Quantifié National
OMA	Organisation - Moyens - Actions
ONIC	Orientation nationale inspection-contrôle
PACA	Provence - Alpes - Côte d'Azur
PHA	Produit Hydro-Alcoolique
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	<i>Staphylococcus Aureus</i> Résistant à la Méricilline
SI	Sans Indicateur

SIPAQSS	Service des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
SLD	Soins Longue Durée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TBIN	Tableau de Bord des Infections Nosocomiales

NB : La définition des catégories d'établissements selon la SAE figure en Annexe 2.

## Avant-propos

La HAS coordonne le recueil des Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), dont font partie les indicateurs du thème « Infections Associées aux Soins » (IAS), afin de :

- fournir aux établissements des outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité et de la sécurité des soins ;
- répondre aux exigences de transparence des usagers ;
- aider au *reporting* et à la régulation par la qualité.

Les données du Bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (Bilan LIN) permettent le calcul des indicateurs de ce qui fut le Tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN), devenu désormais le thème IAS. Les établissements de santé remplissent annuellement le Bilan LIN. Ce recueil est régi par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié<sup>1</sup> relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, en application de l'article R. 6111-8 du Code de la santé publique.

Les résultats des indicateurs IAS reflètent le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections nosocomiales. 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.

Un arrêté annuel du ministère chargé de la santé fixe 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. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée d'une diffusion publique nationale sur le site Scope Santé ([www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)).

Certains indicateurs du thème IAS sont intégrés et utilisés dans la certification des établissements de santé<sup>2</sup>.

Ils font aussi partie du dispositif D'incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité<sup>3</sup> (IFAQ) et du dispositif relatif au Contrat d'Amélioration des Pratiques en Établissement de Santé<sup>4</sup> (CAPES).

Les données portées dans ce rapport fond l'objet d'un processus de contrôle strict et minutieux. Les données d'évolutions faisant appel à des campagnes antérieures peuvent, ponctuellement et de manière très limitée, diverger des données publiées dans les rapports des années précédentes dues essentiellement à des corrections de données dans les bases postérieures à l'extraction des données.

---

<sup>1</sup> Arrêté du 15 avril 2016 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales

<sup>2</sup> [Certification V2014 des établissements de santé et indicateurs](#)

<sup>3</sup> Décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Information relative au programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>

<sup>4</sup> Décret n° 2015-1511 du 19 novembre 2015 relatif au contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé

# Synthèse

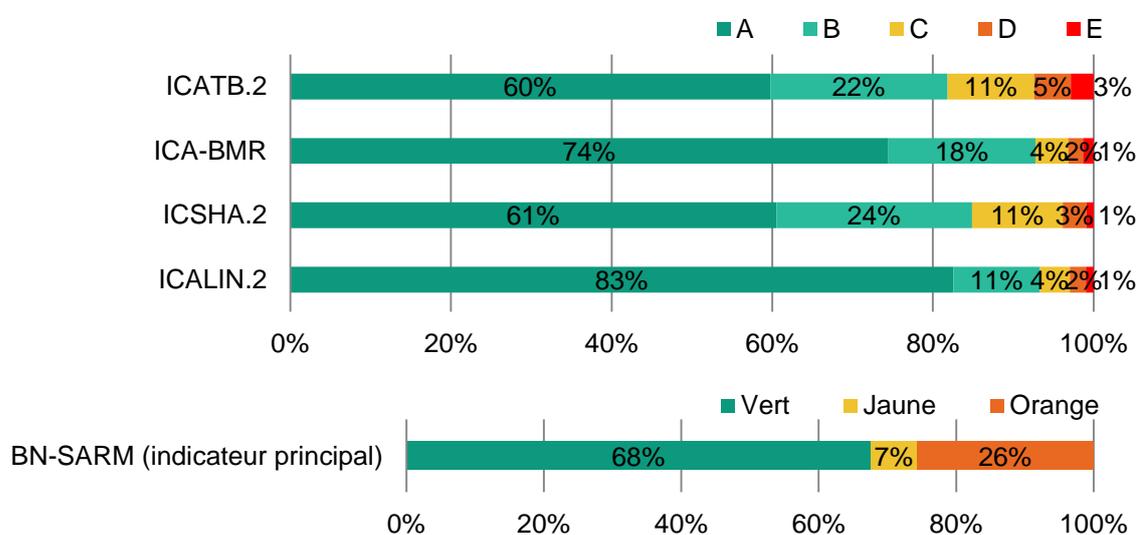
2771 structures étaient concernées par l'envoi d'un Bilan LIN cette année.

2758 de ces structures ont adressé un Bilan LIN ou sont « validées sans indicateur ». Les 25 structures « validées sans indicateur » sont des Centres de post cure alcooliques (CPA) et des Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS), catégories qui n'étaient assujettis à aucun des indicateurs du Bilan LIN en recueil obligatoire cette année.

99,5% des établissements sont donc considérés comme ayant répondu au Bilan LIN. Les 13 autres structures sont non-répondantes.

## Principaux résultats

Graphiques 1 et 2. Données IAS 2015 (recueil 2016) – Répartition des établissements applicables par classe aux 5 indicateurs du thème IAS



Tableaux 1 et 2. Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Synthèse par indicateur

		A	B	C	D	E	NR	SI	DI	NC	Ensemble
ICATB.2	Nb de structures	1 260	465	227	96	60	7			656	2 771
	% de structures	45,5	16,8	8,2	3,5	2,2	0,3	∅	∅	23,7	100,0
ICA-BMR	Nb de structures	1 728	425	95	43	30	7			443	2 771
	% de structures	62,4	15,3	3,4	1,6	1,1	0,3	∅	∅	16,0	100,0
ICSHA.2	Nb de structures	1 607	647	300	79	23	13		9	93	2 771
	% de structures	58,0	23,3	10,8	2,9	0,8	0,5	∅	0,3	3,4	100,0
ICALIN.2 (recueil facultatif)	Nb de structures	1 149	150	52	28	13	∅	1 376	3		2 771
	% de structures	41,5	5,4	1,9	1,0	0,5		49,7	0,1	∅	100,0

		Vert	Jaune	Orange	NA	NR	NC	Ensemble
BN-SARM (score principal)	Nb de structures	271	27	103	1 853	7	510	2 771
	% de structures	9,8	1,0	3,7	66,9	0,3	18,4	100,0

NA : Non-applicables

NR : Non-répondants

SI : Sans indicateur

DI : Données insuffisantes

NC : Non-concernés

## Perspectives des indicateurs

Les indicateurs dans leur forme actuelle ont des taux de réponse positive sur certains items proches de cent pourcents impliquant deux éléments :

- Les indicateurs ont parfaitement répondu à leur fonction de levier d'amélioration, en appui et complément du faisceau de dispositifs mis en œuvre tels que les recommandations, l'amélioration de la formation initiale et continue, la certification, l'accréditation et les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.
- La marge de progression des établissements se réduit.

En effet, environ 60% des établissements de santé sont en A pour ICATB.2 et ICSHA.2 ; près de 75% des établissements sont en A pour ICA-BMR. Ces établissements ayant atteint un score de 100 ou plus n'ont plus de marge de progression mesurable par ces indicateurs. Une part conséquente des établissements a même atteint le score maximal de 100 ; ou dans le cas d'ICSHA.2 a dépassé l'objectif de 100. Il s'agit souvent des mêmes établissements d'un indicateur à l'autre.

Toutefois, les établissements parvenus à l'excellence pour tous les indicateurs sont en minorité. Parmi les établissements répondants, concernés et ayant des données suffisantes pour au moins l'un des trois indicateurs ICATB.2, ICA-BMR et ICSHA.2, 59% d'entre eux sont au moins une fois en classes B, C, D ou E. Cela leur laisse des marges d'amélioration plus ou moins grandes, montrant la nécessité de poursuivre la mise en œuvre d'une politique d'indicateurs qui a montré son efficacité.

Ainsi la confrontation de ces deux constats d'apparence antagoniste, l'excellence pour certains mais encore des progrès à faire pour les autres, suggère que les indicateurs ne sont plus dans leur phase de lancement, sans pour autant avoir atteint leur phase de pleine maturité.

Les indicateurs effectuent une transition entre leur phase de croissance, qui se caractérisait par un transfert élevé d'une classe à une classe supérieure, et leur phase de maturité, qui va se caractériser par un arrêt de la progression en score des ES et une stabilisation du pourcentage de classe A à un niveau proche de 100%. L'indicateur le plus avancé dans cette phase de transition est probablement ICA-BMR avec 74% d'ES en A et un taux d'accroissement de la classe de 19%.

### ► Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICATB.2 »

Pour la deuxième année de diffusion publique de l'indicateur ICATB.2, 82% des établissements de santé sont en classe A ou B, contre 68% en 2014 (données 2013). Le score moyen est de 81/100.

Les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats sont les CLCC (95% de classes A et B) et les cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous Objectif Quantifié National

de plus de 100 lits et places (91% de classes A et B). La catégorie SLD, les CH ex-hôpital Locaux et les CH publics ou ex-PSPH sous dotation globale de 300 lits et places ou moins sont les catégories obtenant globalement les moins bons résultats.

L'amélioration par rapport à la campagne précédente porte sur tous les volets (organisation, moyens et actions). Au vu des résultats, les efforts d'amélioration devraient porter prioritairement sur :

- le nombre d'ETP spécifiquement dédiés à l'activité de référent antibiotique, les compétences des référents adaptées à leur mission et actualisées régulièrement ;
- la formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires ;
- la réalisation par les établissements des démarches d'EPP, notamment celles relatives à la proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non-justifiés ainsi que celle d'antibioprophylaxies de plus de 24H, conformément aux objectifs du PROPIAS (proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non-justifiés inférieure ou égale à 10% et proportion d'antibiothérapies de plus de 24 heures inférieure ou égale à 10%).

Les résultats relatifs à l'existence d'une évaluation des pratiques portant sur la réévaluation à 72h du traitement antibiotique et la réadaptation de traitement sont meilleurs que pour les autres démarches d'EPP portant sur la qualité de la prescription (respect de la molécule, posologie et durée de l'antibiothérapie). Ceci est probablement lié au fait qu'il s'agisse d'une exigence portée par la certification des établissements depuis la version V2010.

### ► Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICA-BMR »

Après 4 années de diffusion publique, la mission de cet indicateur est maintenant bien avancée et sa marge de progression semble plus limitée impliquant d'engager une réflexion pour qu'à moyen terme il soit refondé. Le score moyen est de 90/100. La moitié des établissements ont atteint l'excellence du point de vue de cet indicateur. Pour les quelques établissements devant encore s'améliorer (par exemple les 11% d'ES dont le score demeure inférieur à 75), d'autres leviers d'amélioration que cet indicateur sont à envisager.

Les critères sur lesquels quelques établissements (notamment HAD et CH ex-hôpitaux locaux) pourraient encore s'améliorer sont :

- la surveillance des BMR en réseau ;
- l'existence d'une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter-établissements, intra-établissement, et en cas de réadmission actualisée dans les 5 ans ;
- l'existence d'une politique de dépistage à la recherche de BMR, en fonction de l'activité, actualisée dans les 5 ans.

Il faut cependant souligner de moins bons résultats sur quelques rares critères, notamment une diminution de la restitution des résultats aux secteurs d'activités.

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

61% des établissements sont en classe A, donc satisfont l'exigence du PROPIAS 2015 d'atteindre au moins 80% de leur objectif personnalisé. Près du tiers des établissements ont dépassé leur objectif personnalisé.

Les CLCC et les CHU-CHR ont d'excellents résultats. Les établissements obtenant de moins bons résultats appartiennent principalement aux catégories HAD, SSR et CHS - CH psychiatriques.

Dans sa forme actuelle, la marge de progression de cet indicateur est réduite, il demeure néanmoins nécessaire d'exercer une veille maintenant des objectifs dans ce qui forme un axe prioritaire dans la lutte contre les IAS. La répartition par classe ne s'améliore que peu. Les établissements obtenant de moins bons résultats ne sont pas des établissements qui tardent à se mettre à niveau, mais plutôt des établissements dont les résultats se sont dégradés par rapport à la campagne précédente.

### ► Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICSHA.3 »

Cette année, le recueil de l'indicateur était en expérimentation et n'est pas lié au dispositif IFAQ. Les établissements ont fortement communiqué, avec le tiers des établissements de santé soit près de 900 établissements qui ont transmis des propositions et remarques sur ICSHA.3. L'analyse, la validation et l'intégration de ces nombreuses contributions conduisent la Haute autorité de santé à retirer cette version de l'expérimentation en 2017 pour proposer, dans les prochains mois, des correctifs fiabilisant cette troisième version d'ICSHA pour les futures campagnes.

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

Cette année, le recueil de l'indicateur est facultatif et n'est pas lié au dispositif IFAQ. La moitié des établissements ont choisi de participer quand même au recueil. L'amélioration depuis la campagne précédente est limitée pour les établissements répondants aux deux recueils,

### ► Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « BN-SARM »

Cet indicateur est diffusé publiquement pour la première fois. Le score principal est un indicateur de processus. Le score complémentaire est un indicateur de résultats.

Le score principal est applicable dans 18% des établissements répondants et dans la moitié des cas l'analyse porte sur un seul épisode de bactériémie nosocomiale à SARM identifié comme étant potentiellement évitable. La comparabilité des résultats est limitée en raison de la variabilité de la proportion des bactériémies nosocomiales à SARM qui ont été identifiées comme potentiellement évitables par les établissements eux-mêmes.

# 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 première fois cette année, la maîtrise d'ouvrage de la campagne de recueil des données du Bilan LIN, auparavant réalisée par la DGOS.

La HAS devient, tant pour les professionnels de santé que pour les autres acteurs, l'interlocuteur de référence des indicateurs du thème IAS, au même titre qu'elle l'est déjà pour les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) et l'indicateur e-Satis (mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en MCO).

Suite à ce transfert de responsabilités, l'instruction et ses annexes définissant les modalités pratiques de recueil du bilan d'activité de l'année 2015 sont 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)<sup>5</sup> joue un rôle primordial dans le choix des indicateurs à développer en cohérence avec le programme. Le comité de suivi 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 Bilan LIN. 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](mailto: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.

## Les indicateurs

La campagne de recueil s'est déroulée du 25 avril 2016 au 6 juin 2016. Elle a concerné :

- les indicateurs diffusés publiquement ICATB.2, ICA-BMR, ICSHA.2 et BN-SARM ;
- l'indicateur ICSHA.3 en expérimentation, non-diffusé publiquement ;
- le recueil facultatif des données pour le calcul de l'indicateur ICALIN.2 en 2016.

Les indicateurs ICA-BMR, ICATB.2, ICALIN.2 et ICA-LISO sont en recueil biennal par alternance : les indicateurs ICA-BMR et ICATB.2 sont en recueil en 2016, tandis que les indicateurs ICALIN.2 et ICA-LISO étaient en recueil en 2015 et le seront de nouveau en 2017.

Toutefois, l'indicateur ICALIN.2 demeure proposé en recueil facultatif en 2016 pour les établissements souhaitant maintenir un recueil annuel. L'affichage public de l'indicateur ICALIN.2 sur Scope Santé conservera quant à lui les données rendues publiques lors du dernier recueil obligatoire, donc du recueil 2015 sur données 2014.

L'indicateur ICSHA.2 est recueilli annuellement. Son niveau d'exigence et les modalités de recueil sont maintenus à l'identique des recueils 2014 et 2015 sur données 2013 et 2014.

---

<sup>5</sup> 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).

La nouvelle version ICSHA.3 de l'indicateur est recueillie dans le cadre d'une expérimentation (année de simulation). Par conséquent, la communication du résultat de cet indicateur est restreinte uniquement à l'établissement de santé. L'indicateur ICSHA.3 concerne les produits hydro-alcooliques délivrés, et non plus commandés. La définition des secteurs d'activité et leurs objectifs quantifiés ont été révisés. L'objectif est qu'à terme les résultats de l'indicateur ICSHA.3 soient rendus non seulement au niveau global établissement, mais aussi désormais par grand secteur d'activité, afin de répondre aux attentes exprimées par les usagers.

Après deux années de simulation, l'indicateur BN-SARM est pour le recueil 2016 (données 2015), en recueil généralisé, permettant une évaluation du comportement de l'indicateur dans les mêmes conditions que les autres indicateurs du thème IAS. Cet indicateur conserve toutefois sa spécificité. Il se compose d'un score principal assorti d'un score complémentaire, ce score complémentaire permettant à l'établissement de suivre la part de bactériémies nosocomiales parmi ses bactériémies à SARM.

## Calcul 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 l'année de la campagne en recueil obligatoire sont diffusés publiquement sur le site internet Scope Santé ([www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)).

### ► Calculs des classes de performances

Pour tous les indicateurs, sauf l'indicateur BN-SARM, 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 n'ayant pas transmis les données nécessaires au calcul des indicateurs sont classés :

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

Les établissements peuvent également être classés « données insuffisantes » (DI) aux indicateurs ICALIN.2 et ICSHA.2, 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 (ICALIN.2, ICATB.2, ICA-BMR, ICA-LISO), 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	$E < 1er\ quintile \leq D < 2ème\ quintile \leq C < 3ème\ quintile \leq B < 4ème\ quintile \leq A$
---	--

### ► Indicateur dépendant d'un objectif personnalisé

Pour l'indicateur ICSHA.2, lorsque le résultat est supérieur à 80% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à A. Entre 60% et 80%, la classe est égale à B, entre 40 % et 60%, la classe est égale à C, entre 20% et 40%, la classe est égale à D. Lorsque l'ICSHA.2 est inférieur à 20% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à E.

L'indicateur ICSHA.2 est le seul indicateur dont le score puisse dépasser 100, lorsque le résultat est supérieur à l'objectif personnalisé.

### ► Cas particulier : l'indicateur BN-SARM

L'indicateur BN-SARM a 3 classes de performances, selon la proportion d'analyses des causes réalisées parmi les épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM identifiées comme étant potentiellement évitables. Ces classes sont identifiées par des couleurs : « Vert » pour les meilleurs, « Jaune » pour les intermédiaires, « Orange » pour moins bons.

Les établissements concernés qui n'ont pas enregistré d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM potentiellement évitables sont classés « non-applicables » (NA).

Les établissements non-répondants au recueil sont classés « non-répondants » à cet indicateur.

## Établissements de santé participants

### ► Établissements concernés

Tous les établissements de santé sanitaires privés ou publics sont concernés par le recueil du Bilan LIN6. 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 du Bilan LIN sont possibles.

- Soit par entité géographique, ce qui répond aux enjeux de qualité et de sécurité. En effet, le recueil de l'activité de LIN étant lié à l'organisation, les moyens et les 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'activité (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 le Bilan LIN n'est pas formalisé réglementairement. Il n'y a donc pas d'obligation stricte pour l'établissement de recueillir un Bilan LIN par entité géographique plutôt qu'un Bilan LIN par entité juridique en cas de groupement d'établissement, 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 du tableau de bord 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 1) est soumis au recueil total ou partiel des indicateurs IAS.

---

<sup>6</sup> Article R6111-8 du code de la santé publique.

Tableau 3. Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Attribution des indicateurs par catégorie d'établissements

Catégorie	ICATB.2	ICA-BMR	ICSHA.2	BN-SARM	ICSHA.3 (simulation)	ICALIN.2 (facultatif)
CHU-CHR	oui	oui	oui	oui	oui	oui
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≤ à 300 lits et places	oui	oui	oui	oui	oui	oui
CH publics ou ex-PSPH sous DG > à 300 lits et places	oui	oui	oui	oui	oui	oui
CHS - CH psychiatriques	non	non	oui	non	oui	oui
CH ex-hôpitaux locaux	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≤ à 100 lits et places	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN > à 100 lits et places	oui	oui	oui	oui	oui	oui
CLCC	oui	oui	oui	oui	oui	oui
HAD	non	oui	oui	oui	oui	oui
Hémodialyse	non	oui	oui	oui	oui	oui
MECSS	non	non	non	non	non	oui
SSR	oui	oui	oui	oui	oui	oui
SLD	oui	oui	oui	non	oui	oui
Auto dialyse exclusive	non	oui	non	non	non	oui
Ambulatoire PSY SSR ou MCO	non	non	oui	non	oui	oui
CPP	non	non	oui	non	oui	oui
CBV	non	non	oui	non	oui	oui
CPA	non	non	non	non	non	oui

La définition des catégories d'établissements est donnée en Annexe 1.

# Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 »

## Description et mode d'évaluation

Cet indicateur est calculé sous la forme d'un score sur 100 distribué dans une classe de performance (A à E). L'indicateur ICATB.2 mesure l'organisation, les moyens et les actions de l'établissement pour réduire l'incidence de la résistance aux antibiotiques. Attention, il ne s'agit pas d'un taux de résistance aux antibiotiques. L'indicateur ICATB.2 vise à améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques. Il correspond à une évolution d'ICATB version 1. Il a été développé en lien avec les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Les items de cet indicateur ont été présentés aux établissements dès juillet 2012 afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs.

Les résultats d'ICATB, version 1, ne peuvent pas être comparés à ceux d'ICATB.2

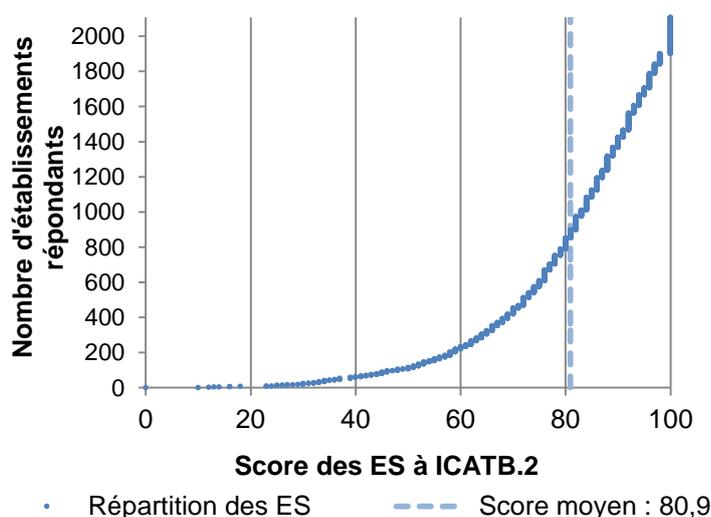
## Analyse nationale des informations recueillies

En 2016 (données 2015), 2 115 établissements étaient concernés par l'indicateur ICATB.2.

2 108 (99,6%) établissements ont recueilli les données permettant le calcul cet indicateur ; les 7 autres établissements sont « non-répondants ».

**Tableau 4 et Graphique 3. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale**

<b>Nombre d'établissements répondants :</b>	<b>2 108</b>
Score moyen	80,9
Score minimum	0
1 <sup>er</sup> quartile	73
Médiane	84
3 <sup>e</sup> quartile	93
Score maximum	100

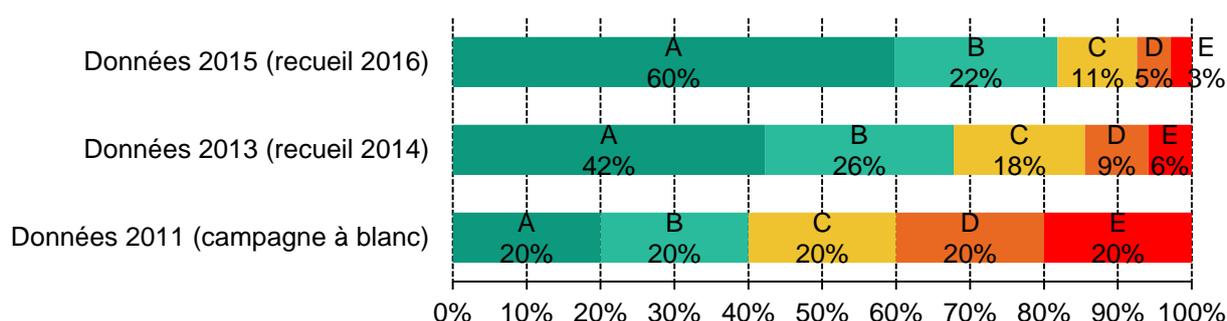


La moyenne des scores des établissements est de 80,9. Le score minimum, c'est-à-dire celui de l'établissement ayant obtenu le plus faible résultat, est de 0. Le score maximum, c'est-à-dire celui de l'établissement ayant obtenu le meilleur résultat, est de 100. Les trois quarts des établissements ont un score supérieur ou égal au premier quartile, c'est-à-dire à 74.

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 ayant ce score.

Graphique 4 et Tableau 5. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Évolution de la répartition des établissements par classe

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICATB.2					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Total des répondants
<b>Données IAS 2015 (recueil en 2016)</b>	1 260	465	227	96	60	2 108
<b>Données IAS 2013 (recueil en 2014)</b>	902	545	379	183	126	2 135



1 260 établissements sont en classe A (60% des répondants). 465 établissements sont en classe B (22% des répondants). 227 établissements sont en classe C (11% des répondants). 96 établissements sont en classe D (5% des répondants). 60 établissements sont en classe E (3% des répondants).

Pour la deuxième année de diffusion publique de l'indicateur ICATB.2, 82% des établissements de santé sont en classe A ou B, contre 68% en 2014 (recueil 2013).

La classe A représentait, par définition, 1 établissement sur 5 lors de la campagne à blanc. 2 établissements sur 5 étaient en A en 2013, puis 3 sur 5 en 2015.

Tableau 6. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre

	Indicateur : ICATB.2						Nombre d'ES répondant aux deux recueils
	Augmente de classe		Reste dans la même classe		Diminue de classe		
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	
<b>Entre les données 2013 (recueil 2014) et les données 2015 (recueil 2016)</b>	796	39%	995	49%	260	13%	2 051

Sur les 2 051 établissements ayant répondu à la fois à cette campagne et à la précédente, 38% ont vu leur classe s'améliorer d'une campagne à l'autre.

Près de la moitié des établissements dont la classe s'améliore montent de plusieurs classes à la fois.

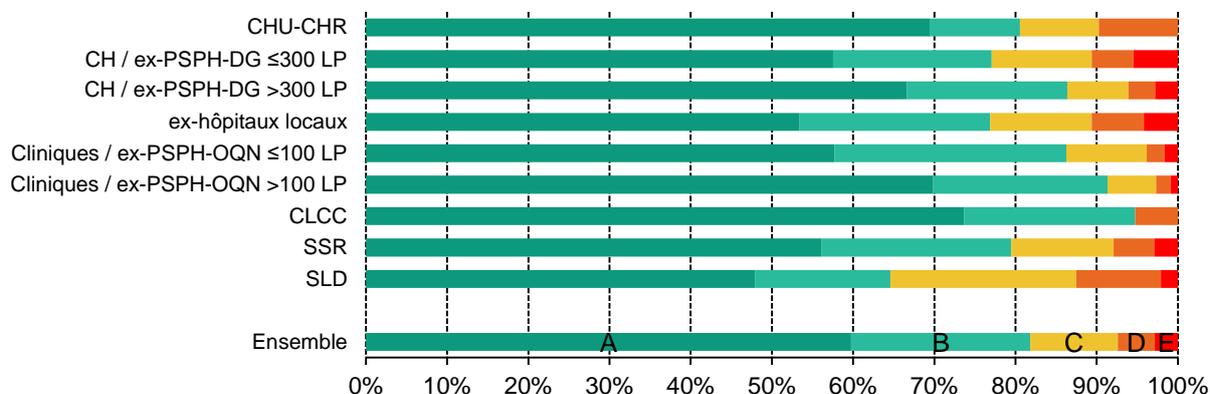
Un tiers des établissements dont la classe se dégrade descendent de plusieurs classes à la fois.

82% des établissements qui étaient en A et répondent à nouveau restent en A. Près de la moitié des établissements qui étaient en B ou C et répondent à nouveau passent en A. Plus de la moitié des établissements qui étaient en D ou E et répondent à nouveau passent en A ou B.

À souligner les quelques établissements bien classés qui se retrouvent mal classés au recueil suivant. En particulier, 8 établissements anciennement en A sont maintenant en E.

## Informations par catégorie d'établissements

Graphique 5 et Tableau 7. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Classes par catégorie d'établissements (en %)



(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICATB.2					Effectifs
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	
CHU-CHR	69%	11%	10%	10%	0%	72
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≤ à 300 lits et places	58%	20%	12%	5%	5%	292
CH publics ou ex-PSPH sous DG > à 300 lits et places	67%	20%	8%	3%	3%	213
CH ex-hôpitaux locaux	53%	23%	13%	6%	4%	264
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≤ à 100 lits et places	58%	29%	10%	2%	2%	182
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN > à 100 lits et places	70%	21%	6%	2%	1%	335
CLCC	74%	21%	0%	5%	0%	19
SSR	56%	23%	13%	5%	3%	683
SLD	48%	17%	23%	10%	2%	48
Ensemble - toutes catégories	60%	22%	11%	5%	3%	2 108
Effectifs totaux par classe	1 260	465	227	96	60	

Les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats sont les CLCC (95% de classes A et B) et les cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous Objectif Quantifié National de plus de 100 lits et places (91% de classes A et B).

La catégorie SLD est la catégorie d'établissements obtenant globalement les moins bons résultats (65% d'établissements classés A ou B), suivie par les CH ex-hôpital locaux et les CH publics ou ex-PSPH sous dotation globale de 300 lits et places ou moins (77% d'établissements classés A ou B).

## Informations régionales

**Tableau 8. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives par région (en %)**

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICATB.2					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Effectifs
Auvergne-Rhône-Alpes	52%	27%	14%	7%	1%	254
Bourgogne-Franche-Comté	49%	19%	18%	6%	8%	106
Bretagne	47%	24%	16%	6%	6%	94
Centre-Val de Loire	63%	14%	14%	1%	8%	79
Corse	35%	29%	18%	12%	6%	17
Grand-Est	63%	18%	15%	3%	2%	187
Guadeloupe	50%	15%	15%	10%	10%	20
Guyane	20%	0%	20%	20%	40%	5
Hauts-de-France	59%	22%	8%	7%	4%	169
Ile-de-France	62%	24%	7%	5%	2%	311
La Réunion - Mayotte	47%	24%	18%	6%	6%	17
Martinique	55%	36%	9%	0%	0%	11
Normandie	60%	24%	10%	3%	3%	106
Nouvelle-Aquitaine	59%	26%	7%	6%	1%	204
Occitanie	67%	21%	8%	4%	1%	209
Pays de la Loire	65%	15%	13%	5%	2%	101
Provence-Alpes-Côte d'Azur	69%	22%	7%	0%	2%	218
Ensemble - France entière	60%	22%	11%	5%	3%	2 108
Effectifs totaux par classe	1 260	465	227	96	60	

## Informations par critère

Tableau 9. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Score moyen par volet

Volet	Score moyen
Organisation	14 / 16
Moyens	29 / 38
Actions	38 / 46
Total	81 / 100

Tableau 10. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Résultats détaillés des 27 critères composant le score

Volet	Rubrique	Résultat par critère	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
<b>Organi- sation</b>	Politique	O1 - Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques dans 95% des ES.	CLCC CHR-CHU CH / ex-PSPH-DG >300 LP Cliniques / ex-PSPH-OQN	Ex-hôpitaux locaux
	Accès à conseil	O2 - Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie dans 94% des ES.	CHR-CHU CH / ex-PSPH-DG >300 LP Cliniques / ex-PSPH-OQN	Ex-hôpitaux locaux
		O3 - Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies dans 79% des ES.	Cliniques / ex-PSPH-OQN >100 LP CLCC CHR-CHU	Ex-hôpitaux locaux
	Alerte	O4 - Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie dans 77% des ES.	Cliniques ou ex-PSPH-OQN >100 LP CLCC	Ex-hôpitaux locaux
<b>Moyens</b>	Informa- tique	M1 - Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie dans 88% des ES.	CHR-CHU CH / ex-PSPH-DG >300 LP	Cliniques / ex-PSPH-OQN ≤100 LP SLD SSR CLCC
		M2 - La prescription des antibiotiques est totalement informatisée dans 79% des ES. La prescription des antibiotiques est partiellement informatisée dans 17% des ES.	Ex-hôpitaux locaux SSR SLD	CH / ex-PSPH-DG >300 LP CHR-CHU

Volet	Rubrique	Résultat par critère	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
Moyens	Humains	M3 - Il existe un référent ou des référents en antibiothérapie, au sein de l'établissement ou partagé entre plusieurs établissements, désigné par les représentants légaux du ou des établissements dans 79% des ES.	CLCC	Ex-hôpitaux locaux
		M4a - Le ou les référent(s) en antibiothérapie a une compétence adaptée à ses missions dans 76% des ES.	CH / ex-PSPH-DG >300 LP CHR-CHU CLCC	Ex-hôpitaux locaux
		M4b - Les compétences du ou des référent(s) en antibiothérapie sont actualisées régulièrement dans 68% des ES.	CHR-CHU CLCC CH / ex-PSPH-DG >300 LP	Ex-hôpitaux locaux SSR Cliniques / ex-PSPH-OQN ≤100 LP SLD
		M5 - Le nombre d'ETP spécifiquement dédié à l'activité de référent antibiotique intervenant dans 65% des ES atteint le seuil.	CLCC Cliniques / ex-PSPH-OQN ≤100 LP	Ex-hôpitaux locaux CH / ex-PSPH-DG >300 LP
	Formation	M6 - Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue pour le bon usage des antibiotiques par 78% des ES.	CLCC CH / ex-PSPH-DG >300 LP CHR-CHU	Ex-hôpitaux locaux
Actions	Prévention	A1 - Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans 83% des ES.	Cliniques / ex-PSPH-OQN >100 LP CLCC	CHR-CHU SLD
		A2 - Il existe un protocole validé par la CME sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection en termes de fréquence dans 84% des ES.	CHR-CHU CH / ex-PSPH-DG >300 LP Cliniques / ex-PSPH-OQN >100 LP CLCC	Ex-hôpitaux locaux
		A3 - Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient : ce critère est satisfait <sup>7</sup> dans 78% des ES.	Cliniques / ex-PSPH-OQN SSR	CLCC CH / ex-PSPH-DG >300 LP
		A4 - Les modalités de contrôle/réévaluation des prescriptions de tous les antibiotiques sont déterminées par 85% des ES.	Cliniques / ex-PSPH-OQN CLCC	Ex-hôpitaux locaux SLD CHR-CHU CH / ex-PSPH-DG
		A5 - 93% des ES présentent des tests d'orientation diagnostique dans les services d'urgence.	SSR CHR-CHU CH / ex-PSPH-DG	Cliniques / ex-PSPH-OQN

<sup>7</sup> Ce résultat ne présume pas de la réalisation effective de la traçabilité de cette argumentation dans le dossier du patient puisque l'exigence ici ne porte pas sur la mise en œuvre d'une évaluation des pratiques et de ses résultats.

Volet	Rubrique	Résultat par critère	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
Actions	Surveillance	A6 - Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité dans 96% des ES.	CHR-CHU CLCC Cliniques / ex-PSPH-OQN CH / ex-PSPH-DG >300 LP	
		A7 - Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau dans 80% des ES.	CLCC	SSR Ex-hôpitaux locaux
		A8 - Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques dans 69% des ES.	CLCC Cliniques / ex-PSPH-OQN >100 LP CH / ex-PSPH-DG >300 LP	SSR Ex-hôpitaux locaux
		A9 - Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes dans 90% des ES.	CLCC Cliniques / ex-PSPH-OQN SLD	CHR-CHU
		A10 - Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME dans 90% des ES.	CLCC Cliniques / ex-PSPH-OQN CHR-CHU	CH / ex-PSPH-DG ≤300 LP Ex-hôpitaux locaux SLD
	Évaluation-audit	A11a - Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les 3 dernières années portant sur le respect de la molécule recommandée dans 74% des ES.	CHR-CHU CLCC	Ex-hôpitaux locaux SLD SSR
		A11b - Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les 3 dernières années portant sur la posologie de l'antibiotique dans 72% des ES.	CLCC CHR-CHU	Ex-hôpitaux locaux SLD SSR
		A11c - Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les 3 dernières années portant sur la durée de l'antibiothérapie dans 77% des ES.	CLCC	Ex-hôpitaux locaux SSR SLD
		A11d - Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les 3 dernières années, portant sur la réévaluation à 72h et la réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste...) dans 84% des ES.	CLCC	Ex-hôpitaux locaux

Volet	Rubrique	Résultat par critère	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
Actions		A12 - Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes dans 84% des ES.	CLCC Cliniques / ex-PSPH- OQN	Ex-hôpitaux locaux
		A13 - Les résultats des évaluations sont présentés en CME dans 82% des ES.	CLCC Cliniques / ex-PSPH- OQN	Ex-hôpitaux locaux SLD

## ► Critères les moins bien satisfaits

### → Sur le volet Organisation

Sur le volet organisation, il existe 2 axes d'amélioration principaux :

- Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies dans 79% des établissements de santé (contre 65% données 2013).
- Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie dans 77% des établissements de santé (contre 67% données 2013).

Ce sont les CH ex-hôpitaux locaux qui présentent le plus de difficultés pour satisfaire les critères (respectivement 62% et 58% de satisfaction sur ces 2 critères).

### → Sur le volet Moyens

Sur le volet moyen, les moyens humains sont un axe d'amélioration particulièrement significatif, à savoir le nombre d'ETP minimal dédié à l'exercice de la mission du référent antibiotique, ayant des compétences adaptées à ses missions et actualisées régulièrement.

- Il existe un référent ou des référents en antibiothérapie, au sein de l'établissement ou partagé entre plusieurs établissements, désigné par les représentants légaux du ou des établissements, dans 79% des établissements de santé mais seulement 58% des CH ex-hôpitaux locaux.
- Le référent en antibiothérapie a une compétence adaptée à ses missions dans 76% des établissements de santé et seulement dans 61% des CH ex-hôpitaux locaux.
- Les compétences sont actualisées régulièrement dans 68% des cas (60% données 2013).
- Le nombre d'ETP spécifiquement dédié à l'activité de référent antibiotique intervenant dans l'établissement atteint le seuil dans seulement 65% des établissements de santé (contre 59% données 2013). Les catégories obtenant les moins bons résultats sont les CH ex-hôpitaux locaux (46%) et les CH publics ou ex-PSPH sous dotation globale de plus de 300 lits et places (54%).

Les autres axes d'amélioration pour les établissements sur le volet des moyens portent sur :

- La prescription des antibiotiques est totalement informatisée dans 79% des établissements de santé et partiellement informatisée dans 17% des établissements de santé. Le niveau d'informatisation est en progression par rapport aux données 2013 (informatisation totale des prescriptions dans 67% des établissements de santé, partielle dans 21%).
- La formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques dans 78% des établissements de santé. Ce n'est le cas que dans 48% des CH ex-hôpitaux locaux.

La non-atteinte de ces objectifs retentit de manière significative sur le score car les points associés aux moyens Humains représentent 16 points, dont 8 pour l'atteinte du seuil d'ETP de référent en antibiothérapie. De même, la formation des nouveaux prescripteurs est le critère représentant le plus de points.

## → Sur le volet Actions

Les axes d'amélioration portent sur :

- L'argumentation : toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient. Ce critère est satisfait dans 78% des établissements de santé. Cela signifie qu'il existe dans 78% des établissements un document ou un protocole précisant, conformément aux objectifs du PROPIAS, les modalités de traçabilité de l'argumentation pour toute antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours. Ce résultat marque une progression significative par rapport aux résultats de 2013 (65%), mais ne présume pas de la réalisation effective de la traçabilité de cette argumentation dans le dossier du patient, puisqu'il ne s'agit pas d'un résultat d'une évaluation des pratiques.
- Les données de surveillance : seuls 69% des établissements (57% des SSR ; 61% des CH ex-hôpitaux locaux) réalisent des travaux permettant de confronter les données de surveillance de la consommation des antibiotiques à celles de la résistance aux antibiotiques. Ce résultat est en légère progression, car la satisfaction de ce critère était de 65% sur les données 2013.
- L'évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions portant sur le respect de la molécule recommandée a été réalisée dans les 3 dernières années dans 74% des établissements de santé. Ce résultat est en légère progression par rapport aux données 2013 (69%). Seuls 52% des CH ex-hôpitaux locaux ; 65% des SLD ; 64% des SSR réalisent cette évaluation.
- L'évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions portant sur la posologie de l'antibiotique a été réalisée dans les 3 dernières années dans 72% des établissements de santé (52% des CH ex-hôpitaux locaux ; 58% des SLD ; 62% des SLD), contre 66% sur les données 2013.
- L'évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions portant sur la durée de l'antibiothérapie a été réalisée dans les 3 dernières années dans 77% des établissements de santé (57% des CH ex-hôpitaux locaux ; 70% des SSR et SLD) contre 71% sur les données 2013.
- L'existence d'une évaluation des pratiques portant sur la réévaluation à 72h et la réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste...) sont meilleurs : 84% des établissements de santé. Ceci est probablement lié au fait qu'il s'agit d'une exigence également portée par la certification des établissements depuis la version V2010.

## ► Évolutions depuis le précédent recueil

Le score moyen à ICATB.2 a augmenté de +6,2 points entre les recueils 2014 (données 2013) et 2016 (données 2015), passant de 74,7 à 80,9. L'amélioration est portée par les critères suivants :

- +1,4 point sur le volet Organisation, notamment :
  - ▶ +0,6 point dû aux modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant ;
  - ▶ +0,4 point dû à la procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie.
- +2,6 points sur le volet Moyens, notamment :
  - ▶ +0,6 point dû à la formation des nouveaux prescripteurs ;
  - ▶ +0,6 point dû à l'informatisation de la prescription d'antibiotiques ;
  - ▶ +0,5 point dû au nombre d'ETP spécifiquement dédié à l'activité de référent antibiotique ;
  - ▶ +0,5 point dû à la connexion informatique entre les secteurs d'activités, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.
- +2,2 points sur le volet Actions, notamment +0,7 point dû à l'argumentation dans le dossier patient des antibiothérapies poursuivies plus d'une semaine.

Plus l'atteinte d'un critère est jugée prioritaire pour la qualité et la sécurité des soins, plus la définition de l'indicateur a doté ce critère d'un gros coefficient. Parmi ces critères porteurs de forts enjeux d'amélioration, deux semblent en bonne voie d'être atteints :

- l'existence d'un volet antibiotique dans le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux ;
- l'accès de chaque prescripteur à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie.

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

- Pour la deuxième année de diffusion publique de l'indicateur ICATB.2, 82% des établissements de santé sont en classe A ou B, contre 68% en 2014 (données 2013).
  - ▶ Le score moyen est de 81/100.
  - ▶ Les catégories d'établissements obtenant les meilleurs résultats sont les CLCC (95% de classes A et B) et les cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN de plus de 100 lits et places (91% de classes A et B).
  - ▶ La catégorie SLD, les CH ex-hôpital Locaux et les CH publics ou ex-PSPH sous dotation globale de 300 lits et places ou moins sont les catégories obtenant globalement les moins bons résultats.
- L'amélioration par rapport à la campagne précédente porte sur tous les volets (organisation, moyens et actions).
- Au vu des résultats, les efforts d'amélioration devraient porter prioritairement sur :
  - ▶ le nombre d'ETP spécifiquement dédiés à l'activité de référent antibiotique, les compétences des référents adaptées à leur mission et actualisées régulièrement ;
  - ▶ la formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires ;
  - ▶ la réalisation par les établissements des démarches d'EPP, notamment celles relatives à la proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non-justifiés ainsi que celle d'antibioprophylaxies de plus de 24H, conformément aux objectifs du PROPIAS (proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non-justifiés inférieure ou égale à 10% et proportion d'antibiothérapies de plus de 24 heures inférieure ou égale à 10%).
- Les résultats relatifs à l'existence d'une évaluation des pratiques portant sur la réévaluation à 72h du traitement antibiotique et la réadaptation de traitement sont meilleurs que pour les autres démarches d'EPP portant sur la qualité de la prescription (respect de la molécule, posologie et durée de l'antibiothérapie). Ceci est probablement lié au fait qu'il s'agisse d'une exigence portée par la certification des établissements depuis la version V2010.

# Indicateur « ICA-BMR »

## Description et mode d'évaluation

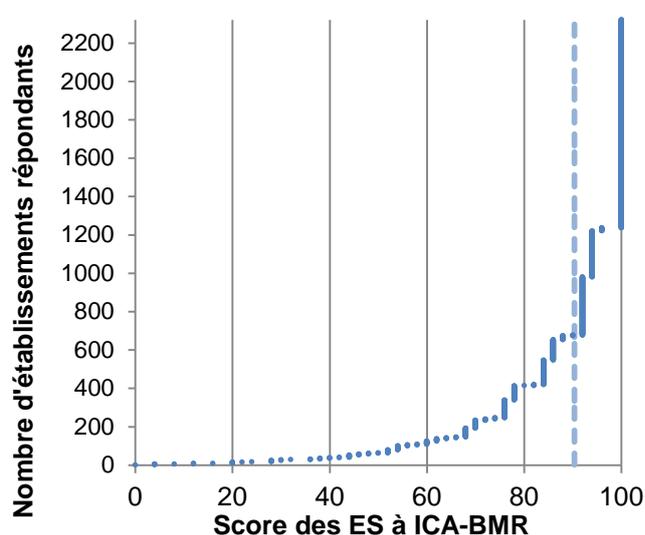
Cet indicateur est calculé sous la forme d'un score sur 100 distribué dans une classe de performance (A à E), objective l'organisation de la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement. Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques.

## Analyse nationale des informations recueillies

- 2 328 établissements étaient concernés par l'indicateur ICATB.2.
- 2 321 établissements (99,7%) ont recueilli les données permettant le calcul cet indicateur ; les 7 autres établissements sont « non-répondants ».

Tableau 11 et Graphique 6. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale

<b>Nombre d'établissements répondants</b>	<b>2 321</b>
Score moyen	90,3
Score minimum	0
1 <sup>er</sup> quartile	86
Médiane	94
3 <sup>e</sup> quartile	100
Score maximum	100



- Répartition des ES
- — — Score moyen : 90,3

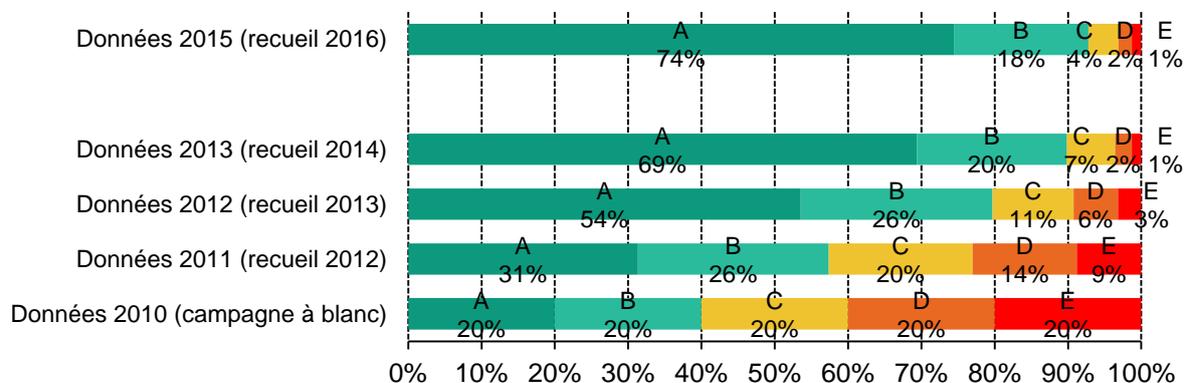
La moyenne des scores des établissements est de 90,3. Le score minimum, c'est-à-dire celui de l'établissement ayant obtenu le résultat le plus faible est de 0 et le score maximum, c'est-à-dire celui de l'établissement ayant obtenu le meilleur résultat, est de 100. Les trois quarts des établissements ont un score supérieur ou égal au premier quartile, c'est-à-dire à 86. La moitié a un score supérieur ou égal à la médiane, c'est-à-dire à 94. 47% des établissements de santé sont à 100.

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 ayant ce score.

Après 4 années de diffusion publique, cet indicateur arrive au bout de son rôle de levier de progression pour la moitié des établissements de santé.

Graphique 7 et Tableau 12. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Évolution de la répartition des établissements par classe

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICA-BMR					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Total des répondants
<b>Données IAS 2015 (recueil en 2016)</b>	1 728	425	95	43	30	2 321
<b>Données IAS 2013 (recueil en 2014)</b>	1 629	480	155	54	30	2 348
<b>Données IAS 2012 (recueil en 2013)</b>	1 430	698	295	162	85	2 670
<b>Données IAS 2011 (recueil en 2012)</b>	838	695	525	380	235	2 673



1 728 établissements sont en classe A (74% des répondants), 425 établissements sont en classe B (18% des répondants), 95 établissements sont en classe C (4% des répondants), 43 établissements sont en classe D (2% des répondants) et 30 établissements sont en classe E (1% des répondants).

Il y a toujours des établissements qui progressent, mais moins que les années précédentes.

Comme près de la moitié des établissements ont atteint le score de 100, ils ne peuvent plus s'améliorer davantage sur les critères de l'indicateur ICA-BMR.

Tableau 13. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre

	Indicateur : ICA-BMR						Nombre d'ES répondant aux deux recueils
	Augmente de classe		Reste dans la même classe		Diminue de classe		
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	
Entre les données 2013 (recueil 2014) et les données 2015 (recueil 2016)	428	19%	1 525	68%	298	13%	2 251
Entre les données 2012 (recueil 2013) et les données 2013 (recueil 2014)	626	27%	1 501	65%	185	8%	2 312
Entre les données 2011 (recueil 2012) et les données 2012 (recueil 2013)	1 166	45%	1 217	47%	224	9%	2 607

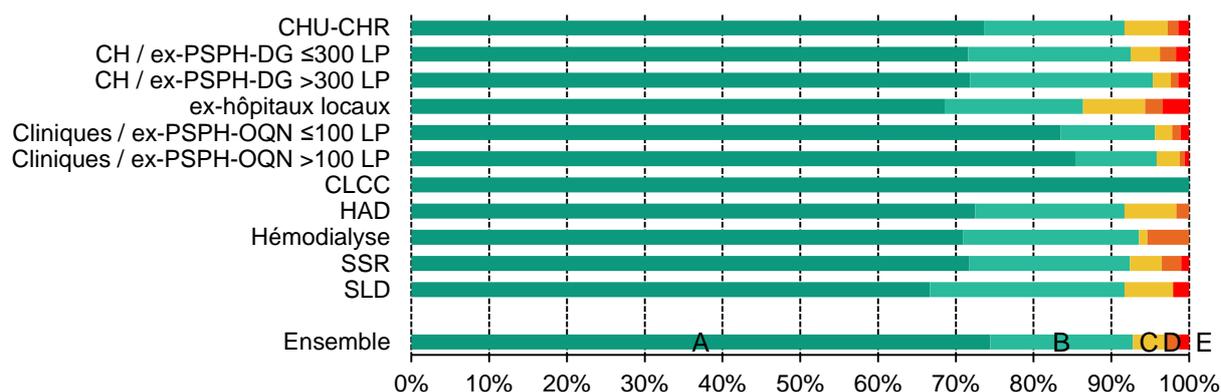
Sur les 2 251 établissements répondant à la fois à cette campagne et à la précédente, 19% ont vu leur classe s'améliorer d'une campagne à l'autre et 13% ont vu leur classe se dégrader.

Entre la campagne précédente et celle qui la précédait, il y avait 196 établissements de plus qui augmentaient de classe et 113 établissements de moins qui descendaient de classe. Il y a donc un fort ralentissement de la progression globale des établissements de santé.

En effet, une part croissante des établissements ne peuvent plus s'améliorer davantage, donc ne peuvent que se maintenir à niveau ou se dégrader.

## Informations par catégorie d'établissements

Graphique 8 et Tableau 14. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Classes par catégorie d'établissements



(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICA-BMR					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Effectifs
CHU-CHR	74%	18%	6%	1%	1%	72
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≤ à 300 lits et places	72%	21%	4%	2%	2%	292
CH publics ou ex-PSPH sous DG > à 300 lits et places	72%	23%	2%	1%	1%	213
CH ex-hôpitaux locaux	69%	18%	8%	2%	3%	264
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≤ à 100 lits et places	84%	12%	2%	1%	1%	182
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN > à 100 lits et places	85%	10%	3%	1%	1%	335
CLCC	100%	0%	0%	0%	0%	19
HAD	73%	19%	7%	2%	0%	120
Hémodialyse	71%	23%	1%	5%	0%	93
SSR	72%	21%	4%	2%	1%	683
SLD	67%	25%	6%	0%	2%	48
Ensemble - toutes catégories	74%	18%	4%	2%	1%	2 321
Effectifs totaux par classe	1 728	425	95	43	30	

Tous les CLCC sont en classe A.

Les CH ex-hôpitaux locaux sont la seule catégorie d'établissements dont moins de 90% des établissements sont en classe A ou B.

## Informations régionales

Tableau 15. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives par région

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICA-BMR					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Effectifs
Auvergne-Rhône-Alpes	72%	20%	5%	1%	1%	273
Bourgogne-Franche-Comté	64%	19%	7%	8%	2%	111
Bretagne	78%	18%	2%	1%	1%	99
Centre-Val de Loire	72%	21%	4%	1%	2%	100
Corse	67%	10%	10%	14%	0%	21
Grand-Est	69%	24%	4%	1%	1%	202
Guadeloupe	54%	25%	8%	0%	13%	24
Guyane	14%	29%	14%	29%	14%	7
Hauts-de-France	80%	14%	4%	2%	1%	189
Ile-de-France	77%	19%	3%	0%	1%	334
La Réunion - Mayotte	78%	17%	4%	0%	0%	23
Martinique	67%	27%	7%	0%	0%	15
Normandie	74%	20%	5%	0%	1%	115
Nouvelle-Aquitaine	70%	20%	5%	3%	2%	223
Occitanie	77%	19%	2%	2%	1%	230
Pays de la Loire	82%	12%	4%	2%	1%	109
Provence-Alpes-Côte d'Azur	81%	13%	3%	2%	1%	246
Ensemble - France entière	74%	18%	4%	2%	1%	2 321
Effectifs totaux par classe	1 728	425	95	43	30	

## Informations par critère

Tableau 16. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Score moyen par volet

Volet	Score moyen
Organisation (politique de maîtrise des BMR)	29 / 32
Moyens (information)	26 / 28
Actions de prévention	14 / 16
Actions de surveillance	21 / 24
Total	90 / 100

Tableau 17 Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Résultats détaillés des 27 critères composant le score

Volet	Rubrique	Résultat par critère	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
<b>Organi- sation</b>	Politique de maîtrise des BMR	O1 - Il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires actualisée dans les 5 ans dans 95% des ES.	CLCC	HAD Ex-hôpitaux locaux
		O2 - Il existe une politique de dépistage à la recherche de BMR, en fonction de l'activité, actualisée dans les 5 ans dans 83% des ES (SLD exclus).	CLCC	HAD Ex-hôpitaux local
		O3 - Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux dans 94% des ES.	CHR-CHU CLCC	HAD ; Ex-hôpitaux locaux
		O4 - Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME dans 91% des ES.	CLCC	HAD
<b>Moyens</b>	Information	M11 - Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH dans 95% des ES.	CLCC	HAD
		M12 - L'information du patient sur le fait qu'il est porteur de BMR est faite systématiquement dans 97% des ES (SLD exclus).	CLCC	CHR-CHU Ex-hôpitaux locaux CH / ex-PSPH-DG >300 LP
		M13 - Il existe une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter-établissements, intra-établissement, et en cas de réadmission actualisée dans les 5 ans dans 83% des ES.	CLCC	Ex-hôpitaux locaux SLD CH / ex-PSPH-DG ≤300 LP SSR
<b>Actions</b>	Prévention	A11 - Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées dans 90% des ES.	CLCC	HAD Ex-hôpitaux locaux

Volet	Rubrique	Résultat par critère	Catégories dont le plus d'ES satisfont le critère	Catégories dont le moins d'ES satisfont le critère
	Surveillance	A21 - Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR dans 96% des ES.	CHR-CHU CLCC	HAD Hémodialyse
		A22 - La surveillance des BMR est faite en réseau dans 73% des ES.	CLCC	Hémodialyse HAD
		A23 - Les résultats sont restitués aux secteurs d'activités dans 89% des ES.	CLCC	HAD Hémodialyse Ex-hôpitaux locaux

Tous les CLCC satisfont tous les critères. Tous les CHR-CHU satisfont deux critères.

Les catégories au sein desquelles le plus d'établissements n'atteignent pas les critères sont les CH ex-hôpitaux locaux, la HAD et dans une moindre mesure la catégorie hémodialyse.

### ► Critères les moins bien satisfaits

#### → Sur le volet Organisation

La politique de dépistage à la recherche de BMR, en fonction de l'activité, n'existe pas ou n'a pas été actualisée depuis 5 ans dans 17% des ES (SLD exclus).

#### → Sur le volet Moyens

La procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter-établissements, intra-établissement, ou en cas de réadmission actualisée n'existe pas ou n'a pas été actualisée depuis 5 ans dans 17% des ES.

#### → Sur le volet Actions

La surveillance des BMR n'est pas faite en réseau dans 27% des ES.

### ► Évolutions depuis le précédent recueil

Le score moyen à ICA-BMR a augmenté de +1,7 points entre les recueils 2014 (données 2013) et 2016 (données 2015), passant de 88,6 à 90,3.

L'amélioration est portée par les critères suivants :

- +0,7 point dû à l'existence d'une procédure permettant à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées ;
- +0,4 point dû à l'existence d'une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter-établissements, intra-établissement, et en cas de réadmission actualisée dans les 5 ans ;
- +0,3 point dû à l'existence d'une politique de dépistage à la recherche de BMR, en fonction de l'activité, actualisée dans les 5 ans ;
- +0,2 point dû à l'existence d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux ;
- +0,2 point dû à la surveillance des BMR en réseau.

En revanche, les résultats se dégradent quant à la restitution des résultats aux secteurs d'activités, ce qui impacte négativement l'évolution du score ICA-BMR à hauteur de -0,2 point.

Il y a également une légère dégradation de la restitution à la CME des résultats de la surveillance des BMR.

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

- Après 4 années de diffusion publique, la mission de cet indicateur est maintenant bien avancée et sa marge de progression semble plus limitée impliquant d'engager une réflexion pour qu'à moyen terme il soit refondé.
  - ▶ Le score moyen est de 90/100.
  - ▶ La moitié des établissements ont atteint l'excellence du point de vue de cet indicateur.
  - ▶ Pour les quelques établissements devant encore s'améliorer (par exemple les 11% d'établissement de santé dont le score demeure inférieur à 75), d'autres leviers d'amélioration que cet indicateur sont à envisager.
- Les critères sur lesquels quelques établissements (notamment HAD et CH ex-hôpitaux locaux) pourraient encore s'améliorer sont :
  - ▶ la surveillance des BMR en réseau ;
  - ▶ l'existence d'une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter-établissements, intra-établissement, et en cas de réadmission actualisée dans les 5 ans ;
  - ▶ l'existence d'une politique de dépistage à la recherche de BMR, en fonction de l'activité, actualisée dans les 5 ans.
- Il faut cependant souligner de moins bons résultats sur quelques rares critères, notamment une diminution de la restitution des résultats aux secteurs d'activités.

# Indicateur « ICSHA.2 »

## Description et mode d'évaluation

L'indicateur ICSHA.2, présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à E), est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique.

L'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques est calculé sur la base d'un objectif personnalisé de consommation de l'établissement. Ces objectifs personnalisés sont stabilisés pour la 3ème année consécutive.

## Analyse nationale des informations recueillies

- 2 678 établissements étaient concernés par l'indicateur ICSHA.2.

Pour 9 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 insuffisantes » (DI) et exclus de l'analyse. Être classé « DI » n'est pas pénalisant pour ces établissements.

- 13 autres établissements sont non-répondants.

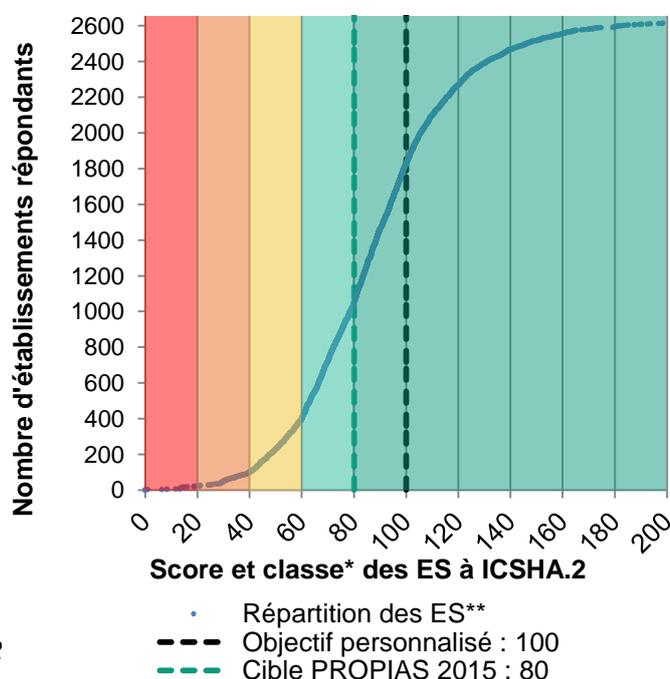
Les 2 656 établissements restants ont recueilli les données permettant le calcul de l'indicateur ICSHA.2.

**Tableau 18 et Graphique 9. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale**

<b>Nombre d'établissements répondants (hors DI) : 2 656</b>	
Score minimum	0%
1er quartile	68%
Médiane	87%
3 <sup>e</sup> quartile	105%
Score maximum	2430%

\* De 0 à moins de 20 : classe E (rouge)  
De 20 à moins de 40 : classe D (orange)  
De 40 à moins de 60 : classe C (jaune)  
De 60 à moins de 80 : classe B (vert clair)  
À partir de 80 : classe A (vert foncé)

\*\* 41 établissements ont un score supérieur à 2



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

Le score minimum, c'est-à-dire celui de l'établissement obtenant le pire résultat, est de 0% : cet établissement n'a pas commandé de PHA, ou n'a pas conservé de justificatif pour le prouver.

La médiane est de 87 : la moitié des établissements ont commandé une quantité de PHA supérieure à 87% de leur objectif personnalisé. Cette médiane reflète mieux la dispersion des données que le score moyen, car ici le score moyen serait démesurément impacté par les valeurs extrêmes d'établissements ayant largement dépassé leur objectif personnalisé.

La distribution des scores ressemble à celle d'une loi normale. Les valeurs proches de la médiane sont les plus fréquentes. Plus un score est éloigné de la médiane et moins il y a d'établissements proches de ce score.

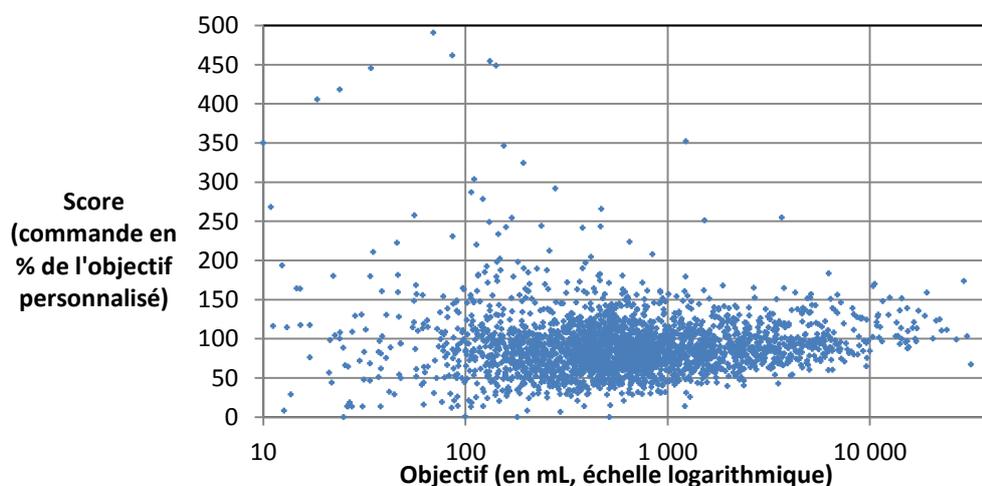
61% des établissements sont en classe A, c'est-à-dire ont commandé une quantité de PHA supérieure ou égale à 80% de leur objectif personnalisé. Cette classe A est la cible désignée par le PROPIAS 2015, qui demande à tout établissement de consommer une quantité de PHA représentant au moins 80% de son objectif personnalisé.

Les trois quarts des établissements ont un score supérieur ou égal au premier quartile, c'est-à-dire ont commandé une quantité de PHA supérieure ou égale à 68% de leur objectif personnalisé. Un quart a un score supérieur ou égal au troisième quartile, c'est-à-dire ont commandé une quantité de PHA dépassant d'au moins 5% leur objectif personnalisé (car  $105\% = 100\% + 5\%$ ).

Près du tiers des établissements (31%) ont dépassé leur objectif personnalisé. En particulier, 41 établissements ont commandé une quantité de PHA représentant plus du double de leur objectif personnalisé. Le score maximum, c'est-à-dire celui de l'établissement obtenant le meilleur score, est de 2 430% : cet établissement a commandé 24 fois la quantité de PHA visée par son objectif personnalisé.

Une limite de l'indicateur ICSHA.2 est le fait que le calcul se fonde sur les quantités commandées. Pour y pallier, la nouvelle version « ICSHA.3 » de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques, en expérimentation cette année, est fondé sur les quantités de PHA délivrées et non plus commandées.

**Graphique 10. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Les scores sont moins dispersés pour les établissements ayant des objectifs élevés**



Plus l'objectif est élevé, moins les scores sont éloignés de 100, au-dessus comme en-dessous. Il s'agit potentiellement d'un effet de compensation entre services. Les établissements aux objectifs élevés sont ceux comptant le plus de services en leur sein ou dont les activités occasionnent des objectifs élevés en termes de nombre de frictions par jour. Plus il y a de services, plus les écarts des commandes d'un service comparativement à ses objectifs auraient de possibilités d'être atténués ou contrebalancés par les commandes des autres services.

Il serait intéressant sur ce point de connaître la consommation de PHA de chaque service isolément au sein d'un établissement.

Graphique 11 et Tableau 19. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Évolution de la répartition des établissements par classe

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICSHA.2					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Total des répondants
<b>Données IAS 2015 (recueil en 2016)</b>	1 607	647	300	79	23	2 656
<b>Données IAS 2014 (recueil en 2015)</b>	1 516	681	346	91	23	2 657
<b>Données IAS 2013 (recueil en 2014)</b>	1 291	773	444	142	18	2 668



1 607 établissements sont en classe A (61% des répondants hors DI), c'est-à-dire ont commandé en 2015 une quantité de PHA supérieure ou égale à 80% de leur objectif personnalisé. 647 établissements sont en classe B (24% des répondants hors DI), c'est-à-dire ont commandé en 2015 une quantité de PHA comprise entre 60% et 80% de leur objectif personnalisé. 300 établissements sont en classe C (11% des répondants hors DI), c'est-à-dire ont commandé en 2015 une quantité de PHA comprise entre 40% et 60% de leur objectif personnalisé. 79 établissements sont en classe D (3% des répondants hors DI), c'est-à-dire ont commandé en 2015 une quantité de PHA comprise entre 20% et 40% de leur objectif personnalisé. 23 établissements sont en classe E (1% des répondants hors DI), c'est-à-dire n'ont commandé en 2015 qu'une quantité de PHA inférieure à 20% de leur objectif personnalisé.

L'amélioration depuis la campagne précédente est limitée. La répartition des établissements par classe a varié, mais de façon limitée.

Tableau 20. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre

	Indicateur : ICSHA.2						Nombre d'ES répondant aux deux recueils successifs
	Augmente de classe		Reste dans la même classe		Diminue de classe		
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	
<b>Entre les données 2014 (recueil 2015) et les données 2015 (recueil 2016)</b>	479	18%	1 812	70%	307	12%	2 598
	628	24%	1 704	65%	271	10%	2 603

## → Les résultats de l'indicateur ne progressent plus.

70% des établissements restent dans la même classe qu'au recueil précédent. C'est le cas de la plupart des établissements en A, mais aussi de nombreux établissements qui ne soient pas encore en A.

Les établissements qui avaient les moins bons résultats demeurent derrière : 36% des B passent en A, ce qui n'est le cas que de 15% des établissements qui étaient en C, 9% des établissements qui étaient en D et d'un seul établissement qui était en E.

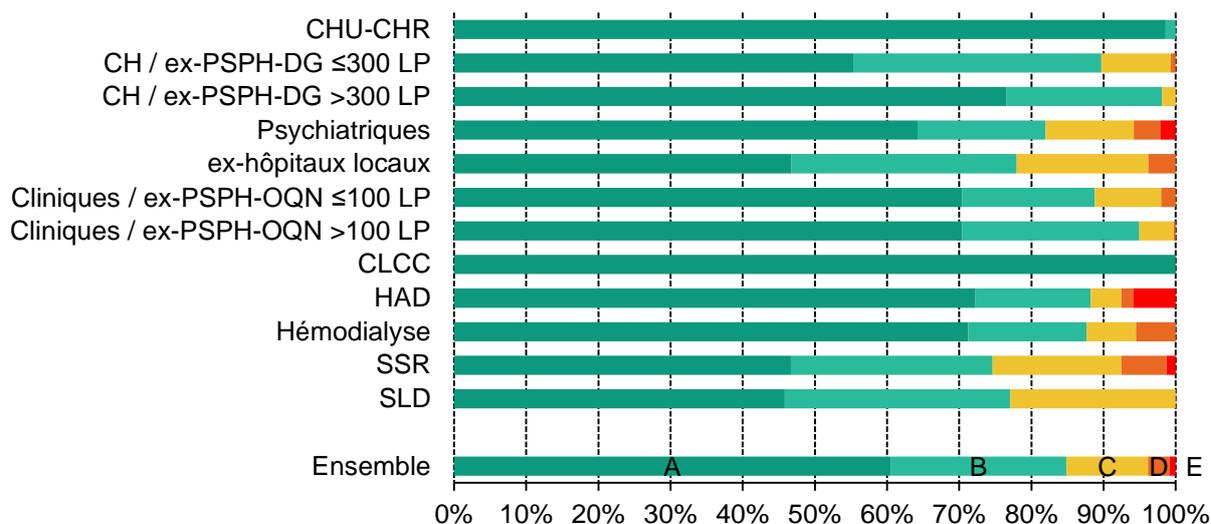
## → Les établissements ayant de mauvais résultats sont des établissements qui se relâchent et non des établissements restés à la traîne

Les établissements qui améliorent leur classe sont 149 de moins qu'entre la campagne précédente et la pénultième. Les établissements dont la classe se dégrade sont plus 36 de plus.

Sur les 23 établissements classés E à cette campagne, seuls 6 étaient déjà classés E à la campagne précédente ; 15 sont des établissements dont les résultats se sont dégradés. Similairement, près de la moitié des établissements classés D étaient mieux classés lors la campagne précédente mais se sont dégradés depuis.

## Informations par catégorie d'établissements

Graphique 12 et Tableau 21. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Classes par catégorie d'établissements (en %)



(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICSHA.2					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Effectifs
CHU-CHR	99%	1%	0%	0%	0%	72
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≤ à 300 lits et places	55%	34%	10%	1%	0%	291
CH publics ou ex-PSPH sous DG > à 300 lits et places	77%	22%	2%	0%	0%	213
CHS - CH psychiatriques	64%	18%	12%	4%	2%	327
CH ex-hôpitaux locaux	47%	31%	18%	4%	0%	263
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≤ à 100 lits et places	70%	18%	9%	2%	0%	196
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN > à 100 lits et places	70%	24%	5%	0%	0%	335
CLCC	100%	0%	0%	0%	0%	18
HAD	72%	16%	4%	2%	6%	119
Hémodialyse	71%	16%	7%	5%	0%	73
SSR	47%	28%	18%	6%	1%	701
SLD	46%	31%	23%	0%	0%	48
Ensemble - France entière	61%	24%	11%	3%	1%	2 656
Effectifs totaux par classe	1 607	647	300	79	23	

Tous les CLCC et les CHU-CHR sauf un CHU sont en classe A.

8% des HAD et des SSR et 6% des établissements psychiatriques sont en classe D ou E, donc atteignent moins de 40% de leur objectif personnalisé. Les catégories HAD, SSR et CHS - CH psychiatriques représentent ensemble 79% des établissements classés « D » ou « E ». Ces catégories ne représentent que 43% de l'ensemble des établissements répondants (hors DI).

Ces résultats nécessiteraient une analyse des pratiques dans ces secteurs pour mieux en comprendre la cause.

## Informations régionales

Tableau 22. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives par région (en %)

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICSHA.2					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Effectifs
Auvergne-Rhône-Alpes	54%	25%	17%	4%	0%	321
Bourgogne-Franche-Comté	52%	29%	16%	2%	0%	122
Bretagne	38%	32%	23%	8%	0%	120
Centre-Val de Loire	54%	25%	11%	5%	5%	113
Corse	52%	22%	17%	4%	4%	23
Grand-Est	57%	29%	11%	2%	1%	225
Guadeloupe	88%	4%	8%	0%	0%	25
Guyane	100%	0%	0%	0%	0%	6
Hauts-de-France	75%	19%	5%	1%	1%	216
Ile-de-France	72%	17%	8%	2%	2%	386
La Réunion - Mayotte	77%	19%	0%	4%	0%	26
Martinique	87%	7%	0%	7%	0%	15
Normandie	47%	37%	14%	1%	1%	125
Nouvelle-Aquitaine	55%	25%	15%	4%	1%	249
Occitanie	61%	26%	10%	2%	1%	277
Pays de la Loire	53%	33%	9%	5%	0%	126
Provence-Alpes-Côte d'Azur	68%	21%	8%	4%	0%	281
Ensemble - toutes catégories	61%	24%	11%	3%	1%	2 656
Effectifs totaux par classe	1 607	647	300	79	23	

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

- 61% des établissements sont en classe A, donc satisfont l'exigence du PROPIAS 2015 d'atteindre au moins 80% de leur objectif personnalisé.
  - Près du tiers des établissements ont dépassé leur objectif personnalisé.
  - Les CLCC et les CHU-CHR ont d'excellents résultats.
  - Les établissements obtenant de moins bons résultats appartiennent principalement aux catégories HAD, SSR et CHS - CH psychiatriques.
- Dans sa forme actuelle, la marge de progression de cet indicateur est réduite, il demeure néanmoins nécessaire d'exercer une veille maintenant des objectifs dans ce qui forme un axe prioritaire dans la lutte contre les IAS.
  - La répartition par classe ne s'améliore que peu.
  - Les établissements obtenant de moins bons résultats ne sont pas des établissements qui tardent à se mettre à niveau, mais plutôt des établissements dont les résultats se sont dégradés par rapport à la campagne précédente.

## Indicateur « ICSHA.3 »

L'année 2016 a vu l'expérimentation de la 3ème version de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA.3).

Cet indicateur, en simulation, est novateur tant dans son organisation que dans sa restitution. Il a pour objectif de mieux calquer aux réalités du terrain et de remplir de manière plus efficiente les objectifs que doivent intégrer les indicateurs, à savoir permettre le pilotage interne des établissements, la transparence pour les usagers et la régulation aux niveaux régional et national.

Pour arriver à ces objectifs ambitieux a été mise en place une double organisation de la restitution des résultats, fixant :

- une accentuation sur des activités prioritaires (indicateurs de secteurs) ;
- la visualisation de l'action de l'établissement (indicateur global établissement).

Cela permet ainsi de mieux informer les usagers, d'obtenir une régulation nationale et régionale plus fine, en lien avec des priorités développées aux différents échelons territoriaux, et de favoriser un meilleur pilotage interne, en ciblant des secteurs de soins à valoriser pour l'excellence de leurs résultats, ainsi que des secteurs obtenant de moins bons résultats où des actions doivent être impérativement menées.

ICSHA.3 a également marqué d'autres innovations comme la nécessaire revalorisation des objectifs de consommation (qui progressent globalement de plus de 20%), mais également l'introduction d'objectifs pour l'imagerie médicale. Ces innovations contribuent également à rendre cet indicateur en phase avec une lutte plus efficace contre la transmission croisée des bactéries et donc de limiter les infections nosocomiales et de prévenir de l'antibiorésistance. Enfin, ICSHA.3 valide le rapprochement toujours plus réaffirmé du réel, en préférant le consommé au facturé.

Les établissements de santé ont particulièrement été sensibles à ces nouvelles orientations et ont été force de proposition en réagissant massivement avec près de neuf cents propositions et remarques sur les 2 636 établissements soumis au recueil. Validant ainsi les fondamentaux de cet indicateur mais également combien la version proposée était perfectible, cette implication des établissements montre que la très attendue nouvelle version d'ICSHA est aussi source de nombreux enjeux tant intra-établissement qu'inter-établissements.

L'analyse, la validation et l'intégration de ces nombreuses contributions, formant un préalable de démocratie sanitaire à la diffusion publique, conduisent la Haute autorité de santé à retirer cette version de l'expérimentation en 2017 pour proposer, dans les prochains mois, des correctifs fiabilisant cette troisième version d'ICSHA pour les futures campagnes.

### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « ICSHA.3 »

- Cette année, le recueil de l'indicateur était en expérimentation et n'est pas lié au dispositif IFAQ.
- Les établissements ont fortement communiqué, avec un tiers des établissements de santé soit près de 900 établissements qui ont transmis des propositions et remarques sur ICSHA.3
- L'analyse, la validation et l'intégration de ces nombreuses contributions conduisent la Haute autorité de santé à retirer cette version de l'expérimentation en 2017 pour proposer, dans les prochains mois, des correctifs fiabilisant cette troisième version d'ICSHA pour les futures campagnes.

# Indicateur « ICALIN 2 »

## Description et mode d'évaluation

L'indicateur ICALIN.2 est la deuxième version de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales. L'indicateur ICALIN.2, présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance (A à E), objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.

## Analyse nationale des informations recueillies

Le recueil de l'indicateur ICALIN.2 était facultatif en 2016. 1 392 établissements ont participé au recueil et disposaient de données suffisantes pour le calcul de l'indicateur.

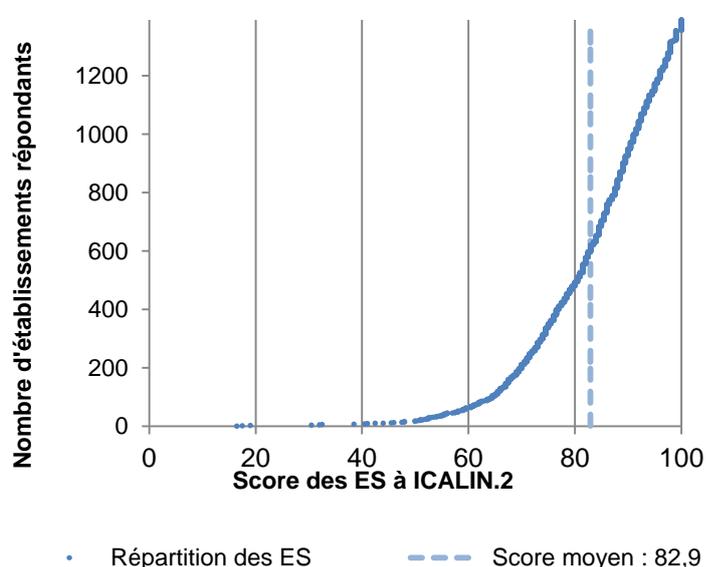
3 autres établissements ne disposaient pas des données suffisantes. Les 1 376 établissements restants n'ont pas participé au recueil.

Lors du dernier recueil facultatif de l'indicateur ICALIN.2, en 2014 sur données 2013, le résultat de l'indicateur facultatif était pris en compte dans le dispositif IFAQ. Le dispositif IFAQ est une source de financement pour de nombreux établissements. 62% des établissements avaient choisi de participer au recueil en 2014.

Cette année, le recueil facultatif de l'indicateur d'ICALIN.2 n'est pas lié au dispositif IFAQ. 50% des établissements ont participé au recueil en 2016.

**Tableau 23 et Graphique 13. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » (hors données insuffisantes) - Données IAS 2015 (recueil facultatif en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale**

<i>Nombre d'établissements répondants (hors DI) : 1 392</i>	
Score moyen	82,9
Score minimum	17
1 <sup>er</sup> quartile	75
Médiane	85
3 <sup>e</sup> quartile	92
Score maximum	100



Le score minimum est de 17, c'est-à-dire que les établissements répondants à ce recueil facultatif ont tous un score supérieur ou égal à 17. Le score maximum, c'est-à-dire celui de l'établissement obtenant le meilleur score, est de 100.

Ce recueil étant facultatif, les données remontées par les établissements ne font pas l'objet de contrôles. C'est pourquoi les résultats individuels des établissements ne seront pas diffusés publiquement pour cette campagne. L'affichage public sur Scope Santé conservera les données de l'activité 2014 (recueil 2015).

Ce recueil sur la base du volontariat ne garantit 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. Il n'est possible de comparer que les établissements répondant au recueil les deux années.

**Tableau 24. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » (hors données insuffisantes) - Évolution de la répartition des ES par classe**

(en nombre d'établissements)	Indicateur : ICALIN.2					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Total des répondants
<b>Données IAS 2015 (recueil en 2016)</b>	1 149	150	52	28	13	1 392
<b>Données IAS 2014 (recueil en 2015) - Uniquement ES répondants (hors DI) aussi au recueil facultatif 2016</b>	1 103	152	70	26	24	1 375

1 149 établissements sont en classe A. 150 établissements sont en classe B. 52 établissements sont en classe C. 28 établissements sont en classe D. 13 établissements sont en classe E.

L'amélioration depuis la campagne précédente est limitée, au sein des établissements ayant répondu à ce recueil.

**Tableau 25. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » (hors données insuffisantes) - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre**

	Indicateur : ICALIN.2						Nombre d'ES répondant aux deux recueils successifs
	Augmente de classe		Reste dans la même classe		Diminue de classe		
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	
<b>Entre les données 2014 (recueil 2015) et les données 2015 (recueil 2016)</b>	168	12%	1 096	80%	111	8%	1 375

Parmi les établissements qui répondent au deux recueils, 4 sur 5 restent dans la même classe.

Parmi les établissements qui ont changé de classe, 2 sur 5 descendent de classe.

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

- Cette année, le recueil de l'indicateur est facultatif et n'est pas lié au dispositif IFAQ.
  - La moitié des établissements ont choisi de participer quand même au recueil.
- L'amélioration depuis la campagne précédente est limitée, pour les établissements répondants aux deux recueils.

# Indicateur « BN-SARM »

## Description et mode d'évaluation

Le score principal « Bactériémies Nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline » (BN-SARM) est un indicateur de processus. Sont nosocomiales les bactériémies acquises dans l'établissement au cours du séjour du patient. L'indicateur BN-SARM présente la proportion d'analyse approfondie des causes parmi les épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM identifiés comme potentiellement évitables.

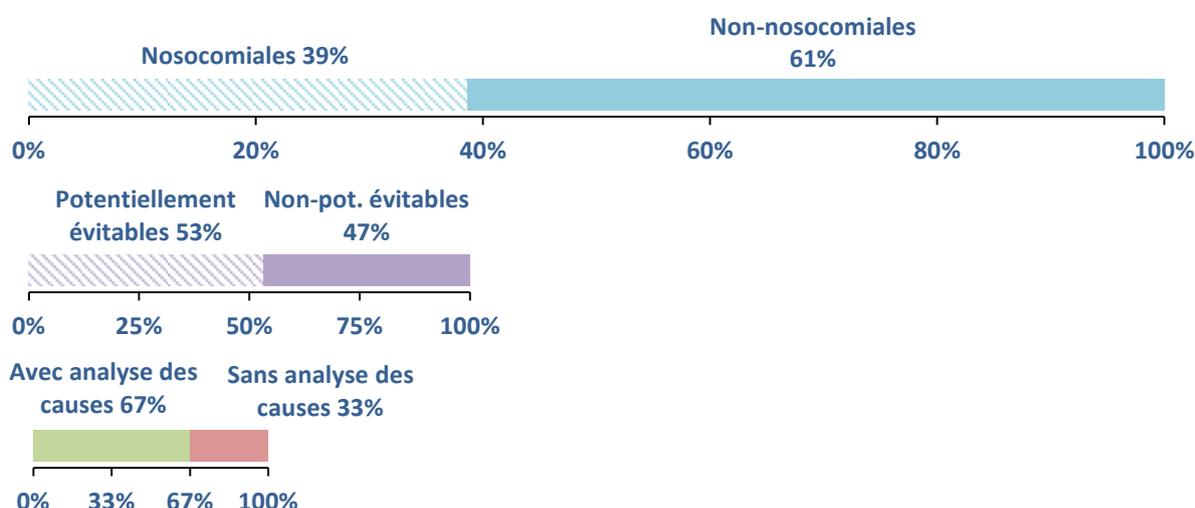
L'exposition au risque de SARM variant en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, le score principal est assorti d'un score complémentaire : le taux d'épisodes nosocomiaux parmi l'ensemble des bactériémies à SARM. Ce score complémentaire est un indicateur de résultat, reflétant le recrutement et les activités de l'établissement de santé. Il aide à l'interprétation du score principal.

Deux campagnes de simulation ont permis de préciser les éléments constitutifs de cet indicateur. En raison des modifications opérées du développement de cet indicateur, les résultats de cette campagne ne peuvent être comparés aux résultats des campagnes de simulation.

## Analyse nationale des informations recueillies

2 261 établissements étaient concernés par l'indicateur BN-SARM. 2 254 établissements (99,6%) ont recueilli les données permettant le calcul de cet indicateur ; les 7 autres établissements sont « non-répondants ».

**Graphique 14. Indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Étapes successives de répartition des bactériémies à SARM recensées**



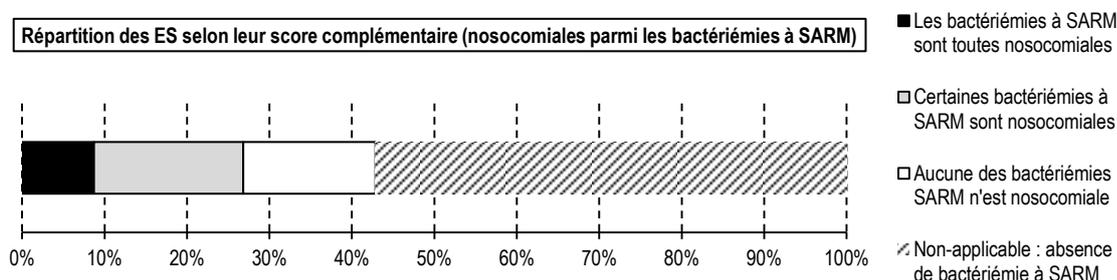
Sur les 4 863 bactériémies à SARM recensées par les établissements répondants, 1 877 bactériémies étaient nosocomiales (39%). Parmi ces 1 877 bactériémies nosocomiales à SARM, 998 ont été identifiées comme étant potentiellement évitables (53% des nosocomiales). Le score principal de l'indicateur BN-SARM porte sur ces 998 bactériémies nosocomiales à SARM identifiées comme étant potentiellement évitables.

### ► Score complémentaire :

Le score complémentaire est un indicateur de résultat, permettant de compléter l'interprétation qui est faite du score principal pour un établissement donné, en prenant raisonnablement en compte les caractéristiques du recrutement. Cet indicateur de résultat n'est pas ajusté.

Il serait bénéfique en termes de santé publiques de minimiser le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM, donc que le score complémentaire soit le plus proche possible de zéro.

**Graphique 15. Score complémentaire de l'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Répartition des établissements selon la proportion d'épisodes de bactériémies nosocomiales parmi celles à SARM**



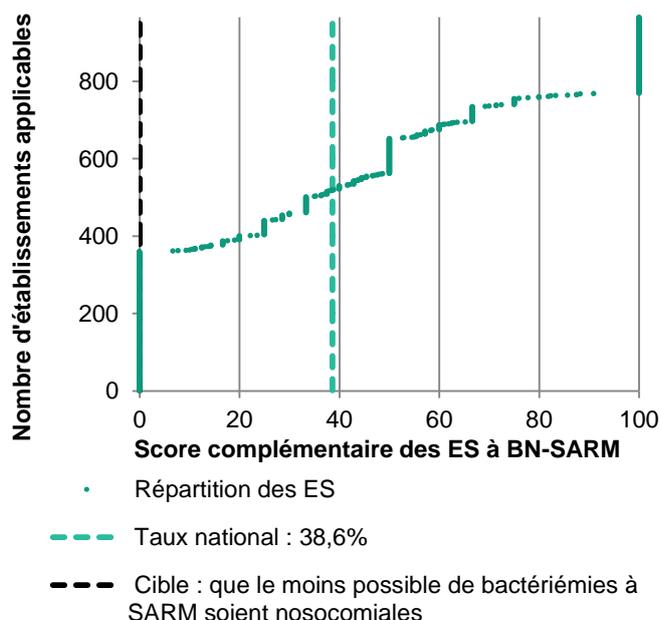
1 288 établissements (57% des répondants, hachurés dans le graphique ci-dessus) n'ont recensé aucune bactériémie à SARM. Ces établissements sont « non-applicables » (NA) au score complémentaire.

Les 966 autres établissements répondants ont recensés au moins une bactériémie à SARM.

- Dans 197 de ces 966 établissements (en noir dans le graphique ci-dessus), toutes les bactériémies à SARM recensées étaient nosocomiales. Le score complémentaire de ces établissements est donc de 100% de nosocomiales parmi leurs bactériémies à SARM.
- Dans 361 de ces 966 établissements (en blanc dans le graphique ci-dessus), aucune des bactériémies à SARM recensées n'était nosocomiales. Le score complémentaire de ces établissements est donc de 0% de nosocomiales parmi leurs bactériémies à SARM.
- Les 408 établissements restants (en gris dans le graphique ci-dessus) ont recensés à la fois des bactériémies nosocomiales et des bactériémies non-nosocomiales parmi leurs bactériémies à SARM.

**Tableau 26 et Graphique 16. Score complémentaire de l'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale**

<b>Nombre d'établissements répondants applicables</b>		<b>966</b>
Taux national		38,6%
Score minimum		0%
1 <sup>er</sup> quartile		0%
Médiane		33,3%
3 <sup>e</sup> quartile		66,7%
Score maximum		100%



Au niveau national, 4 épisodes de bactériémies à SARM sur 10 sont nosocomiaux.

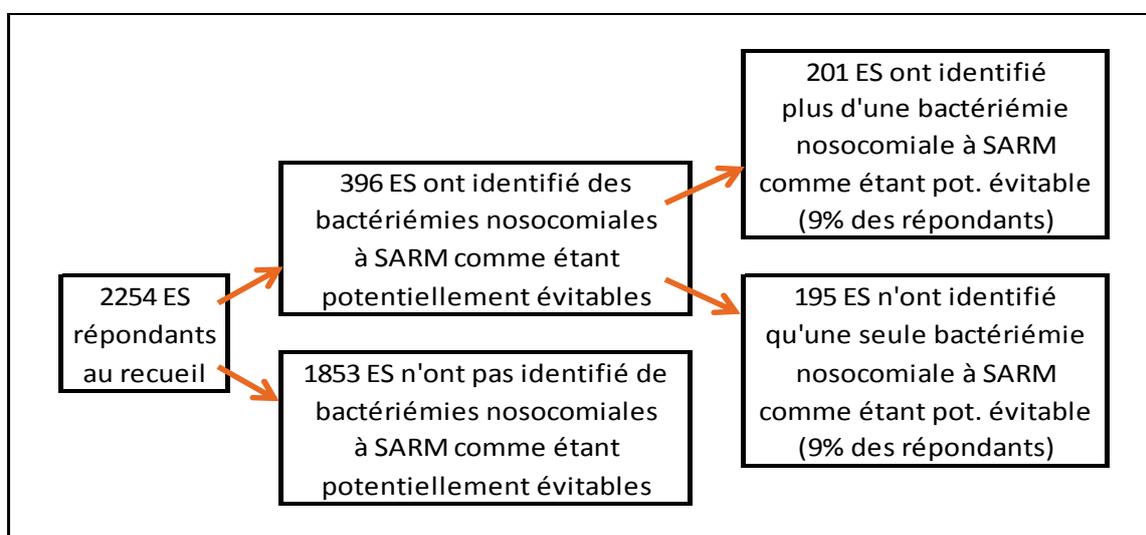
La fréquence des valeurs extrêmes au score complémentaire s'explique en grande partie par le faible nombre de bactériémies à SARM observées dans les établissements concernés :

- Parmi les 197 établissements dont toutes les bactériémies à SARM étaient nosocomiales, 66% n'ont connu qu'une seule bactériémie à SARM et seuls 3% ont connu plus de 5 bactériémies à SARM.
- Parmi les 361 établissements dont aucune bactériémie à SARM n'était nosocomiale, 45% n'ont connu qu'une seule bactériémie à SARM et seuls 10% ont connu plus de 5 bactériémies à SARM.

### ► Score principal

Le score principal n'est applicable qu'à 396 (18%) des 2 254 établissements répondants au recueil des données. 1 858 ES (82%) établissements répondants n'ont identifié aucun épisode de bactériémies nosocomiales à SARM comme potentiellement évitables. Ils sont donc « non-applicables » (NA) pour le score principal. Parmi eux, 1 288 établissements n'ont recensé aucun épisode de bactériémies à SARM. 361 autres n'ont recensé aucun épisode nosocomial parmi leurs bactériémies nosocomiales à SARM. Les 209 restants n'ont identifié aucun de leurs épisodes nosocomiaux comme étant potentiellement évitable.

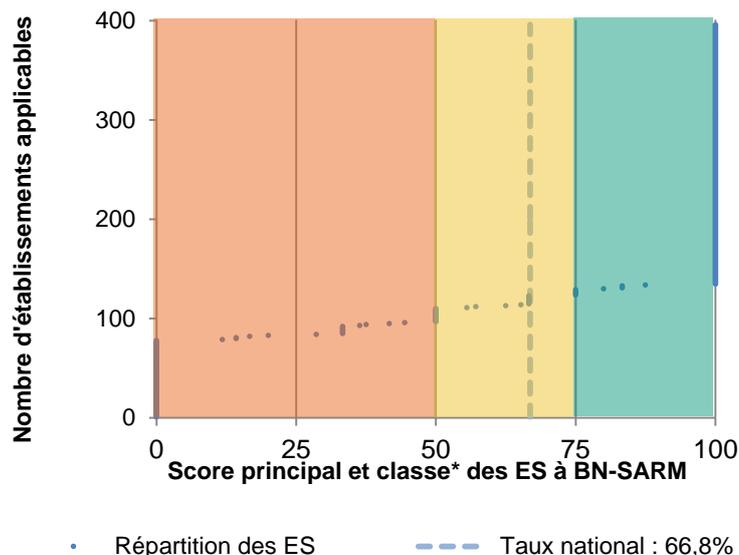
**Graphique 17. Score principal de l'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Imputabilité de la classe de l'ES à la qualité et la sécurité de ses soins**



195 établissements, soit la moitié des établissements applicables, ne présentent qu'un seul épisode de bactériémie nosocomiale à SARM identifié comme potentiellement évitable. Pour ces établissements ne présentant qu'un épisode, soit leur épisode unique a fait l'objet d'une analyse approfondie des causes, soit pas. Par conséquent, dans la plupart des établissements applicables, la proportion d'analyse approfondie des causes est binaire et le score est donc soit à 100% soit à 0%.

Tableau 27 et Graphique 18. Score principal de l'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale

Nombre d'établissements répondants applicables	
	396
Taux national	66,8%
Score minimum	0%
1er quartile	50%
Médiane	100%
3e quartile	100%
Score maximum	100%



\* Classe verte : score de 75 à 100  
 Classe jaune : score de 50 à moins de 75  
 Classe orange : score de 0 à moins de 50

Parmi les établissements où le score principal est applicable, seuls 9 établissements présentent plus de 10 cas de bactériémies nosocomiales à SARM identifiées comme potentiellement évitables.

Du fait de ces faibles effectifs, la classe de l'indicateur BN-SARM n'est statistiquement significative<sup>8</sup> que pour 8 établissements. Dans tous les autres établissements, la marge d'erreur est telle que le résultat n'est pas représentatif de la qualité et la sécurité des soins sur cet indicateur.

#### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « BN-SARM »

- Cet indicateur est diffusé publiquement pour la première fois. Le score principal est un indicateur de processus. Le score complémentaire est un indicateur de résultat.
- Le score principal est applicable dans 18% des établissements de santé répondants et dans la moitié des cas l'analyse porte sur un seul épisode de bactériémie nosocomiale à SARM identifié comme étant potentiellement évitable.
- La comparabilité des résultats est limitée en raison de la variabilité de la proportion des bactériémies nosocomiales à SARM qui ont été identifiées comme potentiellement évitables par les établissements eux-mêmes.

<sup>8</sup> Un établissement est significativement classé Vert s'il y a moins de 5% de vraisemblance qu'une autre bactériémie nosocomiale à SARM identifiée comme potentiellement évitable ait moins de 75% de chance de faire l'objet d'une analyse des causes.

Un établissement est significativement classé Jaune s'il y a moins de 5% de vraisemblance qu'une autre bactériémie nosocomiale à SARM identifiée comme potentiellement évitable ait moins de 50% de chance de faire l'objet d'une analyse des causes et s'il y a moins de 5% de vraisemblance qu'une autre bactériémie nosocomiale à SARM identifiée comme potentiellement évitable ait plus de 75% de chance de faire l'objet d'une analyse des causes.

Un établissement est significativement classé Orange s'il y a moins de 5% de vraisemblance qu'une autre bactériémie nosocomiale à SARM identifiée comme potentiellement évitable ait plus de 50% de chance de faire l'objet d'une analyse des causes.

# Résultats 2016 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « IAS » dans le cadre de l'orientation nationale inspection-contrôle (ONIC)

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 recalcul par l'ATIH du score du ou des indicateurs contrôlés 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 plusieurs indicateurs 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

Dans les faits, cette année 2 758 établissements ont répondu sur les 2 771 concernés par le recueil.

Au total 298 établissements ont été contrôlés en 2016 par les ARS. Cela représente 10,8% des établissements qui étaient concernés par le recueil du Bilan LIN, ce qui remplit les objectifs formalisés par l'ONIC de 10% de contrôle.

Le contrôle d'un établissement peut porter sur un ou plusieurs indicateurs, 1 044 indicateurs au total ont été contrôlés. Les contrôles ont inclus en moyenne 3,5 indicateurs chacun (de 2,5 à 4,5 indicateurs en moyenne selon les régions).

Ces chiffres doivent néanmoins être nuancés par indicateur et par région. Selon les régions, de 5,9% à 100% d'établissements ont été contrôlés sur au moins un indicateur, avec pour le nombre d'indicateurs inclus par contrôle des moyennes régionales allant de 2,5 à 4,5.

**Tableau 28. Contrôle qualité du recueil - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Nombre de contrôles par indicateur et atteinte des objectifs de contrôle par les ARS.**

Indicateur	Établissements contrôlés		Région ou les contrôles ont représenté moins de 10% des ES répondants concernés par l'indicateur
	Effectifs	% des concernés répondants à l'indicateur	
ICATB.2	254	12,0%	6
ICA-BMR	266	11,5%	6
ICSHA.2	262	9,8%	8
BN-SARM	236	11,3%	8
Tous indicateurs obligatoires diffusés publiquement	298	10,8%	7
ICALIN.2	26	recueil et contrôle facultatifs	

Aucun contrôle n'a porté sur l'indicateur ICSHA.3, car il était en simulation. L'indicateur ICALIN.2 ayant fait l'objet d'un recueil facultatif cette année, les ARS n'étaient pas tenues d'effectuer des contrôles. Les résultats de contrôle d'ICALIN.2 sont donc présentés à but informatif.

Les autres indicateurs ont chacun été inclus dans 79% à 89% des contrôles. 12,0% des établissements répondants concernés par l'indicateur ICATB.2 ont été contrôlés ; c'est le cas de 11,5% des établissements concernés par l'indicateur ICA-BMR ; 11,3% pour BN-SARM ; 9,8% ICSHA.2. L'objectif de 10% de contrôles n'est donc pas atteint pour l'indicateur ICSHA.2.

7 ARS ont contrôlé moins de 10% des établissements de leurs régions. S'y ajoutent deux autres ARS, ayant contrôlés au moins 10% des établissements de leurs régions, sans avoir pour autant contrôlé au moins 10% des établissements concernés répondants pour chacun des indicateurs obligatoires diffusés publiquement.

Suite aux contrôles, 10 établissements demeuraient divergents, c'est-à-dire des établissements refusant les conclusions du contrôle de l'ARS. Cela représente 3,4% des contrôles.

Les 1 044 indicateurs contrôlés dans les 298 établissements ont conduit à modifier 327 scores, soit près d'un indicateur contrôlé sur trois (31%) par les ARS. Il s'agit dans 134 cas d'une augmentation du score (13% des indicateurs contrôlés) et dans 192 cas d'une diminution du score (18% des indicateurs contrôlés).

Plus de la moitié de ces modifications de score ont abouti à un changement de classe. Les contrôles ont conduit à 181 changements de classe. Il s'agit dans 53 cas d'une augmentation de la classe d'un indicateur ; 124 diminutions de la classe d'un indicateur ; 3 suppressions d'un score ; 1 création d'un score.

Une tendance de fond se dégage de l'analyse qualitative des retours d'expérience de ces contrôles, les ARS sont de plus en plus engagées dans une démarche d'information voire de formations, initiée à l'occasion de ces contrôles, en apportant leur expertise aux structures contrôlées. La diversité des structures contrôlées s'ancre dans un territoire où seules les ARS sont à même de prendre en compte leurs spécificités locales. Cet élément, qui transparaît dans les retours d'expérience des ARS, ne transpire pas dans les chiffres mais devra être pris en compte pour les campagnes de recueil à venir.

Le maintien d'un objectif minimum de 10% d'établissements contrôlés par indicateur et par région chaque année paraît être un objectif largement accessible et totalement justifié par la nécessité de fiabilisation du recueil des indicateurs particulièrement dans le contexte de l'intégration des indicateurs dans les dispositifs du compte qualité (certification) et dans les IFAQ.

Si nous nous intéressons particulièrement au dispositif IFAQ pour la liste des indicateurs et les catégories d'établissements concernées telles que l'arrêté du 3 mai 2016 les définit<sup>9</sup>, nous constatons que les contrôles ARS ont conduit à la baisse de 55 indicateurs sur 473 indicateurs contrôlés dans des établissements rentrant dans le dispositif IFAQ soit près de 12% des contrôles, qui conduisent à une baisse de la dotation complémentaire, alors que les augmentations de classe permettant une augmentation de la dotation IFAQ ne représentent que 15 contrôles soit 3%.

Ainsi, la fiabilisation des indicateurs dans le cadre de la démarche d'amélioration de qualité et de la sécurité des soins, autant dans un aspect d'alimentation du compte qualité que pour la dotation complémentaire IFAQ doit devenir un axe majeur avec des objectifs valides.

---

<sup>9</sup> Arrêté du 3 mai 2016 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

# Table des illustrations

Tableaux 1 et 2. Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Synthèse par indicateur .....	9
Tableau 3. Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Attribution des indicateurs par catégorie d'établissements.....	16
Tableau 4 et Graphique 3. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale .....	17
Graphique 4 et Tableau 5. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Évolution de la répartition des établissements par classe .....	18
Tableau 6. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre.....	18
Graphique 5 et Tableau 7. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Classes par catégorie d'établissements (en %) .....	19
Tableau 8. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives par région (en %) .....	20
Tableau 9. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Score moyen par volet.....	21
Tableau 10. Indicateur composite de bon usage des antibiotiques « ICATB.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Résultats détaillés des 27 critères composant le score .....	21
Tableau 11 et Graphique 6. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale .....	27
Graphique 7 et Tableau 12. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Évolution de la répartition des établissements par classe .....	28
Tableau 13. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre.....	29
Graphique 8 et Tableau 14. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Classes par catégorie d'établissements .....	29
Tableau 15. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives par région .....	31
Tableau 16. Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Score moyen par volet.....	32
Tableau 17 Indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes « ICA-BMR » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Résultats détaillés des 27 critères composant le score..	32
Tableau 18 et Graphique 9. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale ....	35
Graphique 11 et Tableau 19. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Évolution de la répartition des établissements par classe.....	37
Tableau 20. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre.....	37

Graphique 12 et Tableau 21. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Classes par catégorie d'établissements (en %) ....	38
Tableau 22. Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques « ICSHA.2 » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives par région (en %) .....	40
Tableau 23 et Graphique 13. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » (hors données insuffisantes) - Données IAS 2015 (recueil facultatif en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale .....	43
Tableau 24. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » (hors données insuffisantes) - Évolution de la répartition des ES par classe.....	44
Tableau 25. Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales « ICALIN.2 » (hors données insuffisantes) - Variabilité de la classe d'une campagne sur l'autre .....	44
Tableau 26 et Graphique 16. Score complémentaire de l'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale ..	46
Tableau 27 et Graphique 18. Score principal de l'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM « BN-SARM » - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Statistiques descriptives et variabilité nationale .....	48
Tableau 28. Contrôle qualité du recueil - Données IAS 2015 (recueil en 2016) - Nombre de contrôles par indicateur et atteinte des objectifs de contrôle par les ARS. ....	50
Tableau 29. Indicateurs IAS par campagne .....	55
Tableau 30. Catégories d'établissements du thème IAS .....	57
Tableau 31. Sous catégories pour lesquelles l'attribution des indicateurs est adaptée à l'activité réelle ..	58
Tableau 32. Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité.....	65
Tableau 33. L'objectif personnalisé de consommation est calculé pour chaque spécialité.....	66

# Annexes

# Annexe 1. Évolution des indicateurs IAS recueillis

Tableau 29. Indicateurs IAS par campagne

Année	Indicateurs	Mise à disposition pour les établissements de santé	Obligation de diffusion publique
Données 2010 (recueil 2011)	ICALIN.2 (simulation) ICA-LISO (simulation) ICA-BMR (simulation)	Oui	Non
	ICALIN ICSHA.2 ICATB SURVISO Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Données 2011 (recueil 2012)	ICALIN.2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Données 2012 (recueil 2013)	ICALIN.2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
	ICATB.2 (simulation)	Oui	Non
Données 2013 (recueil 2014)	ICSHA.2 ICATB.2 ICA-BMR	Oui	Oui
	ICALIN.2 (optionnel) BN-SARM (simulation)	Oui	Non

Année	Indicateurs	Mise à disposition pour les établissements de santé	Obligation de diffusion publique
Données 2014 (recueil 2015)	ICSHA.2 ICALIN.2 ICA-LISO	Oui	Oui
	BN-SARM (simulation)	Oui	Non
Données 2015 (recueil 2016)	ICSHA.2 ICA-BMR ICATB. 2 BN-SARM	Oui	Oui
	ICALIN 2 facultatif ICSHA.3 (simulation)	Oui	Non

## Annexe 2. 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 30. 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	Centre de dialyse ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places. Centre 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 31. Sous catégories pour lesquelles l'attribution des indicateurs est adaptée à l'activité réelle**

CPP	Centre de post cure psychiatrique (> 80% de leurs activités en lits et places)
CBV	Centre 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, hormis « Ambulatoire PSY SSR ou MCO » dont les établissements sont affectés à la catégorie d'établissement correspondant à l'activité réelle dominante (SSR ; CHS - CH psychiatriques ; Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous Objectif Quantifié National ; etc.).

## Annexe 3. Calendrier de la campagne 2016

Dates	Actions
Février – Mars 2016	Actualisation de la base nationale Bilan LIN par l'ATIH des établissements de santé concernés par le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R 6111-8 du code de la santé publique
Avril 2016	Publication de l'arrêté annuel Bilan LIN par le ministère chargé de la santé Envoi par la HAS d'un courrier mails aux responsables du Bilan LIN, aux représentants légaux des établissements et aux référents IAS des ARS pour information sur la mise en ligne sur le site de la HAS des documents relatifs à la campagne 2016. Mise à disposition par la HAS sur son site des documents relatifs au bilan d'activité de prévention des Infections Associées aux Soins 2015 (campagne de recueil 2016) Cahier des charges Grilles de remplissage et consignes de recueil Fiches descriptives des indicateurs incluant les modalités de calcul des indicateurs
25 avril au 5 juin 2016	Ouverture de la plate-forme et saisie des données par les établissements de santé sur le site Bilan LIN
23 mai, 30 mai et 2 juin 2016	Envoi des courriels par l'ATIH aux établissements n'ayant pas saisi ou validé leur bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2015
8 juin au 9 octobre 2016	Validation administrative des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS Réalisation du contrôle qualité dans le cadre de l'Orientation nationale inspection-contrôle et validation des éléments de preuve par les ARS Validation du bilan par les établissements de santé en cas de modifications des bilans
13 au 23 octobre 2016	Intégration des données SAE par l'ATIH pour le calcul des indicateurs Calcul des indicateurs du tableau de bord 2015 par l'ATIH
du 24 octobre au 6 novembre 2016	Envoi par l'ATIH d'un courriel informant de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS
7 au 18 novembre 2016	Calcul définitif des indicateurs par l'ATIH et clôture de la campagne de recueil 2016
À partir du 21 novembre 2016	Envoi par l'ATIH d'un courriel aux établissements de santé informant de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2015 Rédaction du rapport

# Annexe 4. Fiches descriptives des indicateurs recueillis

## Fiche descriptive de l'indicateur ICATB 2

### ► Définition

Cet indicateur est calculé sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance (A à E). Il vise à améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques et a été développé en lien avec les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Les items de cet indicateur ont été présentés aux établissements dès juillet 2012 afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs précités. Il correspond à une évolution d'ICATB version 1. Les résultats d'ICATB, 1ère version, ne peuvent pas être comparés à ceux d'ICATB.2.

Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.

### ► Justification

La juste prescription est un pan majeur de la lutte contre l'antibiorésistance qui est un axe prioritaire du nouveau programme national d'actions de prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS, 2015) et du plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

Les recommandations issues du rapport « Tous ensemble, sauvons les antibiotiques »<sup>10</sup> paru en juin 2015 font de la lutte contre l'antibiorésistance une priorité nationale.

Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes, maîtrise des coûts).

### ► Diffusion publique

Cet indicateur est diffusé publiquement, Il a été diffusé publiquement pour la première fois, dans sa version 2 en novembre 2014. Son recueil est biennal.

### ► Type d'indicateur

- Indicateur de processus
- Indicateur composite
- Ajustement sur le type d'activité

### ► Résultat : score chiffré

ICATB.2 est composé de trois chapitres Organisation (O : 16 points), moyens (M : 38 points) actions (A : 46 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 27 items relatifs :

- à l'Organisation :
  - politique et programme d'actions sur les antibiotiques
  - accès à un conseil en antibiothérapie
  - collaboration entre le référent antibiotique et les autres acteurs
- aux Moyens :
  - informatiques (connexion des différents secteurs d'activité, prescription informatisée)
  - humains (référent antibiotique)
  - de formation des nouveaux prescripteurs

---

<sup>10</sup> Rapport « Tous ensemble, sauvons les antibiotiques », Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. Rapporteurs Jean CARLET et Pierre Le COZ, Juin, 2015

- aux Actions :
  - de prévention (liste d'antibiotiques ciblés, protocoles antibiothérapie...)
  - de surveillance de la consommation d'antibiotiques
  - d'évaluation de la prescription des antibiotiques

### ► Critères d'inclusion

Établissement ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.

### ► Critères d'exclusion

- Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD).
- Les établissements de psychiatrie (CHS - CH psychiatriques).
- Les centres de post cure psychiatrique (CPP).
- Les centres de post cure alcoolique (CPA).
- Les établissements d'hémodialyse et centres d'auto dialyse exclusifs.
- Les établissements ambulatoires.
- Les maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS).
- Les centres de basse vision (CBV).

### ► Mode d'évaluation de l'indicateur

Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.

Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité des indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation nationale inspection-contrôle avec validation des éléments de preuve.

### ► Classe de performance et tendance évolutive

Les résultats sont rendus par catégories d'établissements de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) sous forme de classe de performance de A à E.

- la classe A comprend les établissements obtenant les meilleurs résultats, c'est-à-dire ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ;
- la classe E, les structures obtenant les moins bons résultats, c'est-à-dire les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques ;
- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants.

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les quintiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé (1er, 2ème, 3ème et 4ème quintiles) à partir des données des bilans 2012 (réalisés sur 2456 établissements).

Définition des classes	$E < 1er\ quintile \leq D < 2ème\ quintile \leq C < 3ème\ quintile \leq B < 4ème\ quintile \leq A$
------------------------	--

Ces bornes de classes n'ont pas changé au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

# Fiche descriptive de l'indicateur ICA-BMR

## ► Définition

Cet indicateur présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance (A à E) objective l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement.

## ► Justification

Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques.

## ► Diffusion publique

Cet indicateur a été diffusé publiquement pour la première fois en 2012. Son recueil est biennal depuis 2014.

## ► Type d'indicateur

Indicateur de processus  
Indicateur composite  
Ajustement sur le type d'activité

## ► Résultat : score chiffré

ICA-BMR est composé de trois sous chapitres Organisation (32 points) ; Moyens (28 points) et Actions (40 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 11 critères relatifs :

- à l'Organisation avec la définition d'une politique de maîtrise des BMR qui définit la liste des BMR prioritaires, d'une politique de dépistage des BMR en fonction de l'activité et enfin d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux.
- aux Moyens d'information :
  - entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH ;
  - du patient
  - lors d'un transfert inter, intra établissement et en cas de réadmission
- aux Actions en termes de :
  - prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées lors d'une colonisation ou infection d'un patient par une BMR
  - la surveillance des taux

## ► Critères d'inclusion

- Centres hospitaliers universitaires (CHU-CHR).
- Centres hospitaliers publics ou ex-PSPH sous DG.
- Centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux.
- Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous Objectif Quantifié National.
- SSR et SLD.
- Centres de lutte contre le cancer (CLCC).
- Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD).
- Établissements d'hémodialyse et centres d'auto dialyse exclusifs.

## ► Critères d'exclusion

- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS).
- Établissements exclusivement ambulatoires.
- Établissements de psychiatrie (CHS - CH psychiatriques).
- Centres de postcure psychiatrique (CPP).

- Centres de postcure alcoolique (CPA).
- Centres de basse vision (CBV).

### ► Mode d'évaluation de l'indicateur

Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.

Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation nationale inspection-contrôle avec validation des éléments de preuve.

### ► Classe de performance et tendance évolutive

Les résultats sont rendus par catégories d'établissements de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) sous forme de classe de performance de A à E.

- la classe A comprend les établissements obtenant les meilleurs résultats, c'est-à-dire ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ;
- la classe E, les structures obtenant les moins bons résultats, c'est-à-dire les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques ;
- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants.

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les quintiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé (1er, 2ème, 3ème et 4ème quintiles) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2809 établissements).

Définition des classes	$E < 1er\ quintile \leq D < 2ème\ quintile \leq C < 3ème\ quintile \leq B < 4ème\ quintile \leq A$
------------------------	--

Ces bornes de classes ne changent pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression d'une régression.

## Fiche descriptive de l'indicateur ICSHA2

### ► Définition

L'indicateur ICSHA.2 présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à E) 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 reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon.

L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multirésistantes. L'objectif personnalisé est défini en fonction du type d'activité de l'établissement de santé et du nombre de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jour et par patient. Le nombre de friction a augmenté de façon progressive sur 4 ans pour certaines activités puis est resté stable.

### ► Diffusion publique

L'indicateur ICSHA2, deuxième version de l'indicateur, a été diffusé publiquement pour la première fois en 2011. Son recueil est annuel.

### ► Type d'indicateur

- Indicateur de moyens
- Ajustement sur les types

### ► Résultat : score chiffré

L'ICSHA.2, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement.

Ce rapport en pourcentage est transformé en score sur 100 pour harmoniser l'affichage avec les autres indicateurs tous exprimés en score sur 100.

### ► Critères d'inclusion

Tous les établissements de santé à l'exception de ceux identifiés dans les critères d'exclusion.

### ► Critères d'exclusion

- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS).
- Établissements de postcure alcoolique exclusive.
- Centres d'auto dialyse exclusifs.

### ► Modes d'évaluation de l'indicateur

Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé et diffusé par voie réglementaire. Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.

### → Calcul de l'indicateur

- Numérateur = Volume en litres de PHA commandé pour l'année.
- Dénominateur = Objectif personnalisé de volume de PHA à consommer pour l'année correspondant à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité (voir tableau n°2).

- Calcul du dénominateur : Un nombre minimal de frictions par jour et par patient est fixé pour chaque spécialité (tableau n°1).

**Tableau 32. Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité**

Spécialités	Nb
<b>HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE</b>	
Médecine	8
Chirurgie	9
Réanimation	40
USI-USC	28
Obstétrique	12
Accouchement sans césarienne	14
Accouchement avec césarienne	8
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	7
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	10
HAD (par jour)	4
Urgences (par passage)	2
<b>HOSPITALISATION DE JOUR</b>	
Hôpital de jour de médecine	3
Hôpital de jour de chirurgie	3
Hôpital de jour d'obstétrique	5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	3
Bloc chirurgical (par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	8
Séance de chimiothérapie	5

Tableau 33. L'objectif personnalisé de consommation est calculé pour chaque spécialité

CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
Variables	Résultats par spécialité	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2013)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

L'objectif personnalisé de l'établissement correspond à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité. Il correspond au minimum à atteindre pour la technique de friction hydro-alcoolique.

### → Extraction des journées d'hospitalisation à partir de la SAE :

L'indicateur ICSHA.2 se calcule à partir des journées d'hospitalisation par spécialité. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Établissements (SAE), l'ATIH utilise ces données. Seules les données fournies par la SAE sont prises en compte pour le calcul d'ICSHA.2. Le score ICSHA.2 sera classé « DI » (données insuffisantes) lorsque les données de la SAE seront manquantes.

### → Journées d'hospitalisation prises en compte au dénominateur d'ICSHA.2 :

Il est pris en compte (selon définitions des bordereaux SAE) :

- Hospitalisation complète et de semaine : les journées réalisées en médecine, en chirurgie, en gynécologie-obstétrique, en soins de suite (SS), en réadaptation (SR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;
- Les journées d'hospitalisation de jour en médecine, en chirurgie, en obstétrique, en réadaptation, en psychiatrie et à domicile ;
- Les séances de chimiothérapie sont prises en compte ;
- Les passages en accueil des urgences ;
- Les journées réalisées en unités de réanimation, en unité de soins intensifs - soins continus ;
- Les séances d'hémodialyse (adultes et enfants) prises en compte concernent :
  - l'hémodialyse en centres et en unités de dialyse médicalisées ;
  - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
  - la dialyse réservée aux vacanciers.

	AIDE AU REMPLISSAGE SAE 2015	
Définition	Bordereaux sae 2015	references SAE 2015
Medecine HC	MCO	(A5+A4) - ((REA: A6+B6)+(PERINAT: D5)+(REA: D13+A17+B17)+(PERINAT: C5))
Chirurgie HC	MCO	B5+B4
Réanimation	REA PERINAT	A6+B6 D5
USI-USC	REA PERINAT	D13+A17+B17 C5
Obstétrique HC	MCO	C5+C4
SSR HC	SSR	F22
SLD HC	USLD	A2
Psychiatrie HC	PSY	B13+E13
Psychiatrie HDJ	PSY	I13+J13
Hemodialyse (séances)	DIALYSE	C4+C5+C6+C19+C20
HAD (journées)	HAD	A12
Urgences (passages)	URGENCES	A18+A28
Médecine HJ	MCO	A7
Chirurgie HJ	MCO	B7
Obstétrique HJ	MCO	C7
SSR HJ	SSR	I22
bloc chirurgical	MCO	B3+B7
Accouchement sans césarienne	PERINAT	A6-A8
Accouchement avec césarienne	PERINAT	A8
Séance de chimiothérapie	CANCERO	A10+B10
personnels médecins +pharmaciens	Q20	S1+U1
personnel sage-femmes	Q23	G21
personnel infirmiers	Q23	G7+G9+G10+G11+G12+G13

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation nationale inspection-contrôle avec validation des éléments de preuve.

# Fiche descriptive de l'indicateur ICALIN2

## ► Définition

Pour chaque établissement le score ICALIN.2 (Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales version 2) remplace l'indicateur composite d'activité de lutte contre les Infections Nosocomiales version 1). Cet indicateur présenté sous la forme d'un score sur 100 et d'une classe de performance (A à E) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre.

Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales.

## ► Justification

Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements de santé à finaliser 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 sécurité.

## ► Diffusion Publique

Le recueil de cet indicateur est facultatif en 2016 (bilan 2015)

Cet indicateur a été diffusé publiquement pour la première fois en 2012. Son recueil avec DP est biennal depuis la campagne 2014.

## ► Type d'indicateur

- Indicateur de processus
- Indicateur composite
- Ajustement sur le type d'activité

## ► Résultats : score chiffré

Il est calculé à partir de trois chapitres organisation (O : 20 points) Moyens (M : 30 points) et Actions (A : 50 points) pour un total de 100 points à partir de 55 critères relatifs :

- L'Organisation :
  - La politique et l'implication des instances,
  - L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène,
  - L'information des usagers et du patient
  - Le signalement des infections nosocomiales
- Les Moyens :
  - Humains :
  - Matériel :
  - Formation du personnel :
- Les Actions de prévention et d'évaluation relatives à :
  - Protection du personnel,
  - Hygiène des mains,
  - Précautions standard et complémentaires,
  - Infections associées aux gestes invasifs,
  - Environnement,
  - Surveillance

## ► Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave.

## ► Critères d'inclusion

Tous les établissements de santé.

### ► Critères d'exclusion

Aucun établissement de santé n'est exclu.

### ► Mode d'évaluation de l'indicateur

Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.

Une grille de recueil et des consignes de remplissage définissant les attentes pour chacun des critères constitutifs de l'indicateur sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation nationale inspection-contrôle avec validation des éléments de preuve.

### ► Classe de performance et tendance évolutive

Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance de A à E par catégories d'établissements de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ....) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements.

- la classe A comprend les établissements obtenant les meilleurs résultats, c'est-à-dire ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ;
- la classe E, les structures obtenant les moins bons résultats, c'est-à-dire les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques ;
- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants.

### → Limites des classes de l'indicateur ICALIN.2

Définition des classes	$E < 1^{\text{er}} \text{ quintile} \leq D < 2^{\text{ème}} \text{ quintile} \leq C < 3^{\text{ème}} \text{ quintile} \leq B < 4^{\text{ème}} \text{ quintile} \leq A$
------------------------	--

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les quintiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> quintiles) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changent pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

# Fiche descriptive de l'indicateur BN-SARM

## ► Définition

Le score principal « bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM) est un indicateur de processus. Il présente la proportion d'épisodes<sup>11</sup> de bactériémies nosocomiales (acquises dans l'établissement au cours du séjour du patient), considérés comme potentiellement évitables, ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes.

L'exposition au risque de SARM variant en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, le score principal est assorti d'un score complémentaire : le taux d'épisodes nosocomiaux parmi l'ensemble des bactériémies à SARM, indicateur de résultat qui reflète le recrutement et les activités de l'établissement de santé, et aide à l'interprétation du score principal.

## ► Justification

Objectif de l'indicateur : inciter à la réalisation d'analyses des causes de toute bactériémie nosocomiale à SARM conduisant l'établissement à s'améliorer pour tendre vers un nombre de bactériémies nosocomiales évitables à SARM nul.

Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes (BMR), et de gestion du risque associé à ces bactéries. Il incite également à une coopération entre les structures de soins. Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. En particulier, il est recommandé aux structures d'HAD de réaliser l'analyse des cas de bactériémies à SARM survenant au cours du séjour et de se rapprocher, chaque fois que possible, des établissements d'amont pour réaliser l'analyse des causes en cas de survenue d'un évènement dont l'origine n'apparaît pas clairement.

L'analyse des cas difficiles pourra être regroupée en s'appuyant sur l'expertise des structures régionales (CClin-Arlin).

## ► Diffusion publique

Suite aux 2 années de simulation, l'indicateur « BN-SARM » (scores principal et complémentaire) est désormais un indicateur dont le recueil des données permettant son calcul est obligatoire et diffusé publiquement.

## ► Type d'indicateur

- un indicateur de processus (score principal)
- un indicateur de résultat (score complémentaire)

## ► Résultat : score chiffré

Chaque épisode de bactériémie nosocomiale à SARM doit faire l'objet d'une analyse préliminaire par l'EOH en lien avec le clinicien afin d'identifier parmi les épisodes ceux qui sont « potentiellement évitables ». Ces derniers devront faire l'objet d'une analyse approfondie (systémique) des causes par une méthode appropriée (RMM, REX,...). Dans le score un patient n'est pris en compte qu'une seule fois (élimination des « doublons ») ; en cas de survenue de plusieurs épisodes chez un même patient dans l'année, un seul d'entre eux est donc comptabilisé.

Le score principal est exprimé par le rapport du nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquises dans l'établissement au cours du séjour du patient), relevé à partir des données du laboratoire de microbiologie et identifiés potentiellement évitables par l'EOH, et qui ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes, au nombre total d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM acquises dans l'établissement et identifiés comme potentiellement évitables.

---

<sup>11</sup> Un épisode de bactériémie nosocomiale à SARM est défini par la survenue d'une ou plusieurs hémocultures positives à SARM chez le même patient, survenant (c'est-à-dire prélevée) plus de 48 heures après son admission dans l'établissement.

*Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM identifiés potentiellement évitables ayant fait l'objet d'une analyse des causes (4)*

.....

*Nombre total d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM potentiellement évitables relevé dans l'année (3)*

Le score complémentaire du taux d'épisodes de BN à SARM permet d'aider les établissements à interpréter le résultat du score principal.

*Nombre d'épisodes de bactériémie nosocomiale à SARM (2)*

.....

*Nombre total d'épisodes de bactériémies à SARM relevé dans l'année (1)*

### ► Critères d'inclusion

Les établissements concernés par le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur sont ceux qui n'appartiennent pas aux catégories citées dans les critères d'exclusion.

### ► Critères d'exclusion

Les catégories suivantes ne sont pas concernées par le recueil des données permettant le calcul de cet indicateur :

- les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS) ;
- l'ambulatoire exclusif ;
- la psychiatrie (centres hospitaliers - CH psychiatriques) ;
- les centres de post cure alcoolique exclusifs (CPA) ;
- les centres de post cure psychiatrique (CPP) ;
- les soins de longue durée (SLD) ;
- les centres d'auto dialyse exclusifs et les secteurs de « dialyse réservée aux vacanciers » ;
- les centres de basse vision (CBV).

### ► Mode d'évaluation

Nombre d'épisodes de bactériémies à SARM identifiés dans l'année (étape 1) : |\_\_|\_\_|

Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquis dans l'établissement) au cours de l'année (étape 2) : |\_\_|\_\_|

Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquis dans l'établissement) identifiés potentiellement évitables au cours de l'année (étape 3) |\_\_|\_\_|

Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquis dans l'établissement) identifiés potentiellement évitables et ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes au cours de l'année (étape 4) : |\_\_|\_\_|

Ce nouvel indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé (art. R. 6111-8 du CSP).

Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation nationale inspection-contrôle avec validation des éléments de preuve.

## ► Classe de performance et tendance évolutive

### → Score principal

<b>Score principal :</b> Proportion d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) identifiés potentiellement évitables ayant fait l'objet d'une analyse des causes, parmi l'ensemble des BN-SARM potentiellement évitables recensés dans l'année.	N% (n=x/y)
---	---------------

Pour les établissements ayant un nombre de bactériémies à SARM nosocomiales identifiées potentiellement évitables égal à 0 (et a fortiori un nombre de bactériémies nosocomiales à SARM ou de bactériémies à SARM égal à 0), ce score est restitué « non-applicable (NA) ».

Le résultat du score principal est exprimé sous forme du degré d'atteinte de l'objectif de gestion du risque SARM, par un code couleur vert, jaune ou orange si respectivement 75-100%, 50-75%, ou <50% des épisodes identifiés potentiellement évitables ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes.

<b>Score principal :</b> Trois couleurs de classe indépendantes de la catégorie d'établissements		
100% ≥ Vert ≥ 75%	75% > Jaune ≥ 50%	50% > Orange si ≥ 0

### → Score complémentaire

Le risque de survenue d'infection invasive (bactériémies) à SARM au cours d'un séjour hospitalier dépend du type de patients pris en charge (notamment de patients arrivants déjà porteurs de SARM), du type d'activités réalisées et de l'efficacité des mesures de prévention prises chez les porteurs de SARM. Le score complémentaire reflète ainsi le recrutement de l'établissement et le risque nosocomial d'infection à SARM à partir du nombre total annuel d'épisodes de bactériémies à SARM recensés dans l'établissement.

Pour les établissements ayant un nombre de bactériémies à SARM égal à 0, ce score est restitué « non-applicable » (NA).

L'impact de la diffusion publique de ces deux scores sera évalué suite à la première campagne de recueil.

# Annexe 5. 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 CAPES ;
- 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 (cf. annexe 2) 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 2016 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 indicateurs 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 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 9 octobre 2016.

## 3. Outils d'aide à la validation

### ► 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, 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.

### ► 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.

### ► 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>

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 2016 des indicateurs du thème Infections Associées aux Soins (IAS), HAS, [https://applications.atih.sante.fr/bilanlin/uploads/documentation/2016/Cahier\\_des\\_charges.pdf](https://applications.atih.sante.fr/bilanlin/uploads/documentation/2016/Cahier_des_charges.pdf)

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_grille\\_de\\_recueil\\_icatb\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_icatb_2.pdf)

Fiche descriptive de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_fiche\\_descriptive\\_icatb\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_icatb_2.pdf)

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves de l'indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_grille\\_de\\_recueil\\_ica-bmr.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_ica-bmr.pdf)

Fiche descriptive de l'indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_fiche\\_descriptive\\_ica-bmr.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_ica-bmr.pdf)

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 2 (ICSHA.2) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_grille\\_de\\_recueil\\_icsha2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_icsha2.pdf)

Fiche descriptive de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICSHA.2) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_fiche\\_descriptive\\_icsha\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_icsha_2.pdf)

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves de l'indicateur "Bactériémie Nosocomiale à Staphylococcus aureus Résistant à la Méricilline" (BN-SARM) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_grille\\_de\\_recueil\\_bn-sarm\\_dp.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_bn-sarm_dp.pdf)

Fiche descriptive de l'indicateur "Bactériémie Nosocomiale à Staphylococcus aureus Résistant à la Méricilline" (BN-SARM) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_fiche\\_descriptive\\_bn-sarm.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_bn-sarm.pdf)

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 3 (ICSHA.3) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_grille\\_de\\_recueil\\_icsha3.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_icsha3.pdf)

Fiche descriptive de l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA.3) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016,

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_fiche\\_descriptive\\_icsha\\_3.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_icsha_3.pdf)

Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_grille\\_de\\_recueil\\_icalin\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_grille_de_recueil_icalin_2.pdf)

Fiche descriptive de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2) - Campagne 2016, données 2015, Haute autorité de santé, mars 2016, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016\\_has\\_fiche\\_descriptive\\_icalin\\_2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/2016_has_fiche_descriptive_icalin_2.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;jsessionid=8CE61CBAC7F416E306A5F7B84090FF0B.tpdila17v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000023086417&idArticle=&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8CE61CBAC7F416E306A5F7B84090FF0B.tpdila17v_2?cidTexte=JORFTEXT000023086417&idArticle=&categorieLien=id)

Instruction DGS/RI1/ DGOS/PF2/DGCS/2015-212 du 15 juin 2015 relative à la mise en 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](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° 2015-1511 du 19 novembre 2015 relatif au contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé, NOR AFSH1520666D, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/11/19/AFSH1520666D/jo/texte>

Arrêté du 15 avril 2016 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 AFSH1607111A, [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000032439344](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000032439344)

Arrêté du 3 mai 2016 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 AFSH1607732A, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032539995&categorieLien=id>

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](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](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](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](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](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/avisrapportsdocteurs?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](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,



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)