



Préfecture de la région Ile-de-France – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**SYNTHÈSE DES BILANS ANNUELS
DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE
LES INFECTIONS NOSOCOMIALES
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

RÉGION ILE-DE-FRANCE

ANNÉE 2003

**(ET ÉLÉMENTS DE COMPARAISON
DONNÉES 2000, 2001 & 2002)**

TABLE DES MATIERES

Avant Propos	1
I - Structure de la base.....	2
II - Description de l'échantillon des établissements ayant adresse leur bilan	3
1 - Distribution des bilans : par établissement.....	3
Tableau 1 : Distribution des bilans selon le statut de l'établissement	3
Tableau 2 : Distribution des bilans selon le type de l'établissement	3
Tableau 3 : Distribution des bilans selon la taille de l'établissement	4
Tableau 4 : Distribution des bilans par département.....	4
2 - Distribution des bilans : par disciplines	4
Tableau 5 : Distribution des bilans selon le nombre de lits par spécialité	4
III - Intégration de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	5
1 - Intégration de la LIN dans l'organisation générale de l'établissement	5
a - Projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens, et budget	5
b - Communication	6
2 - Association des instances de l'établissement à la LIN	6
Tableau 6 : Avis ou consultations des instances de l'établissement	6
3 - Participation des services à la LIN.....	6
a - Les correspondants en hygiène dans les services	6
Tableau 7 : Pourcentages d'établissements ayant des correspondants en hygiène selon le type d'établissement.....	7
Tableau 8 : Pourcentages d'établissements ayant des correspondants en hygiène selon le statut de l'établissement	7
b - La collaboration avec le Comité du médicament	8
c - La collaboration avec le laboratoire de microbiologie	8
IV - Organisation de la LIN	8
1 - Le programme d'action.....	9
Tableau 9 : Existence d'un programme d'action selon le type et le statut de l'établissement	9
2 - Les réunions plénières du CLIN	9
Tableau 10 : Réunions du CLIN selon le type d'établissement.....	9
Tableau 11 : Réunions du CLIN selon le statut de l'établissement	10
Tableau 12 : Réunions du CLIN selon la taille de l'établissement.....	10
3 - Les groupes de travail du CLIN	10
Tableau 13 : Ventilation du nombre de réunions des groupes de travail selon le type et le statut de l'établissement....	11

4 - L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)	11
a - Existence d'une EOH	11
Tableau 14 : Existence d'une EOH selon le type et le statut de l'établissement	11
Tableau 15 : Nombre et répartition des EOH commune selon le type et le statut de l'établissement	12
Tableau 16 : Nombre et répartition d'une convention pour les EOH communes selon le type et le statut de l'établissement	12
b - Composition des EOH	13
Tableau 17 : Composition des EOH selon le type de l'établissement	13
c - Les effectifs des EOH	13
Tableau 18 : Effectifs des EOH par catégorie professionnelle et par type d'établissement	14
d - Conformité aux objectifs en ETP fixés par la circulaire du 29/12/2000	14
V - Actions de lutte contre les infections nosocomiales	15
1 - Prévention des risques infectieux	15
a - Prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes	15
Graphique 1 : Evolution du nombre de programmes de lutte contre les BMR adopté par les établissements	15
Graphique 2 : Evolution en nombre de lits et places en chirurgie et obstétrique couverts par le programme de lutte contre les BMR adopté par les établissements	16
b - Bon usage des antibiotiques	17
1 - Antibiothérapie de première intention	17
2 - Antibioprophylaxie chirurgicale	17
c - Surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES)	18
d - Prévention des risques infectieux liés à l'environnement	18
1 - Surveillance de l'eau	18
2 - Surveillance de l'air	18
e - Protocoles de prévention des risques infectieux	19
Tableau 19 : Protocoles de prévention des risques infectieux dans les 303 établissements	19
2 - Surveillance épidémiologique	20
a - Enquête de prévalence	20
b - Enquête d'incidence	20
Tableau 20 : Thèmes des enquêtes d'incidence réalisées dans 155 établissements	20
c - Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie	21
d - Collecte et diffusion des résultats	21
3 - Situations d'alerte	21
4 - Formation en hygiène hospitalière	21
Tableau 21 : Formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales	22
5 - Actions d'évaluation	22
Conclusion	23
Liens utiles	24

AVANT PROPOS

Ce document constitue la synthèse des bilans annuels des activités de lutte contre les infections nosocomiales en 2003 dans les établissements de santé de la région Ile-de-France.

Elle est adressée, en tout premier lieu, aux établissements de santé, comme retour d'information.

Elle sera également adressée à la cellule 'infection nosocomiale' (SD5C) du ministère, ainsi qu'au C.CLIN Paris-Nord et à l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'envoi de ce bilan aux établissements de santé sera effectué par les DDASS, en même temps que le lancement de la campagne 2005 portant sur les données 2004.

*

Certains établissements éprouvent des difficultés persistantes dans l'utilisation du logiciel sur lequel ce bilan repose (Epi info), d'autres, aucune.

De nombreuses relances ont été effectuées par les DDASS. Grâce à leur action, le taux d'exhaustivité se trouve encore en progression par rapport à l'année précédente. Par contre certains établissements ayant répondu les années précédentes (2000, 2001 & 2002) ne l'ont plus fait cette année, ce qui traduit probablement une lassitude devant les sollicitations multiples auxquelles ils sont confrontés.

Enfin, des efforts restent à accomplir quant à la fiabilité des données : de nombreuses corrections ont été effectuées, et des procédures d'analyses de cohérence, ajoutées.

*

Comme pour les années précédentes, les commentaires sont séparés de l'analyse fournie par Epi info (programmation : Dr Philippe GARNIER - DGS/SD5/5C)

Ils figurent avec une bordure à gauche.

La structure générale du bilan n'a volontairement pas été modifiée, ceci pour permettre, autant que faire se peut, des comparaisons d'une année sur l'autre. Ces comparaisons doivent être faites avec prudence, du fait de l'évolution du champ des répondants et du caractère déclaratif des données.

De ce fait, seules les modifications suffisamment nettes ont été commentées ; les analyses reposant sur des données trop fragiles ont été exclues de ce rapport.

*

I - STRUCTURE DE LA BASE

NB FINETB	TYPETAB ¹									
CLASSLITPLACES	1-CHR- CHU	2-CH- CHG	3-ET PSY	4-HL	5-CL. MCO	6-HIAA	7-SSR- SLD	8-CLCC	9-HAD	Total
de 1 à 99 lits & places			15	5	85		68			173
entre 100 et 399 lits		25	15	5	75	2	33	3	1	159
entre 400 et 799 lits	6	27	4		5	1	7			50
800 lits et plus	8	6	2				3		1	20
Total	14	58	36	10	165	3	111	3	2	402

NB FINETB	TYPETAB									
STATUT	1-CHR- CHU	2-CH- CHG	3-ET PSY	4-HL	5-CL. MCO	6-HIAA	7-SSR- SLD	8-CLCC	9-HAD	Total
PRIVE			18		142		39			199
PSPH		8	5	2	23		47	3	2	90
PUBLIC	14	50	13	8		3	25			111
Total	14	58	36	10	165	3	111	3	2	402

NB FINETB	STATUT			
CLASSLITPLACES	PRIVE	PSPH	PUBLIC	Total
de 1 à 99 lits & places	122	42	9	173
entre 100 et 399 lits	75	42	42	159
entre 400 et 799 lits	2	5	43	50
800 lits et plus	0	1	19	20
Total	199	90	113	402

Remarques :

La limite tant en terme de lits & places qu'en terme d'activité n'est pas toujours claire entre CHR-CHU et CH-CHG qui représente plus une distinction de type administrative que fonctionnelle : pour augmenter la cohérence de l'analyse et l'interprétation des résultats, des changements de classement ont parfois été nécessaires par rapport à ce qui a été déclaré.

Pour des raisons analogues, certains établissements ont été classés comme établissements psychiatriques du fait de leur activité, bien qu'appartenant statutairement à la catégorie CH-CHG.

¹ HL : hôpital local

HIAA : hôpital des armées

SSR-SLD : soins se suite et réadaptation – soins de longue durée

CLCC : centre de lutte contre le cancer

HAD : hospitalisation à domicile

II - DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DES ÉTABLISSEMENTS AYANT ADRESSE LEUR BILAN

Le bilan de la lutte contre les infections nosocomiales a été adressé par 303 établissements, soit 75,4 % des établissements de la région.

Le nombre de réponses est en évolution constante.

Année	2000	2001	2002	2003
% de réponses	57,6	67,4	73,1	75,4

Seuls 7 établissements n'ont pas de CLIN : il s'agit de 3 hôpitaux locaux, 3 SSR-SLD et une clinique. Deux établissements ont un correspondant d'hygiène, un autre un rapport d'activité et un autre un programme de lutte contre les bactéries multi-résistantes (BMR)

1 - Distribution des bilans : par établissement

Tableau 1 : Distribution des bilans selon le statut de l'établissement

STATUT	Nombre de bilans	Nb Total d'établissements	%
PRIVE	134	199	67
PSPH	65	90	72
PUBLIC	104	113	92
TOTAL	303	402	75,4

Tableau 2 : Distribution des bilans selon le type de l'établissement

TYPE	Nombre de bilans	Nb Total d'établissements	%
1-CHR-CHU	14	14	100
2-CH-CHG	56	58	97
3-ETABLISSEMENT PSY	26	36	72
4-HOPITAL LOCAL	8	10	80
5-CLINIQUE MCO	114	165	69
6-HOPITAL DES ARMEES	3	3	100
7-SSR-SLD	79	111	71
8-CLCC	2	3	67
9-HAD	1	2	50
TOTAL	303	402	75,4

Comme l'an passé, ce sont les établissements publics qui ont le plus souvent adressé leur rapport d'activité des CLIN, puis les PSPH et enfin les établissements privés.

Par type d'établissement, ce sont les HAD, les CLCC et les cliniques et les SSR-SLD qui ont le moins répondu.

Par rapport à l'année précédente, on note une très forte augmentation du taux de réponse des établissements psychiatriques qui passe de 54 % à 72 % de taux de réponse.

Sur les trois CLCC que compte la région, un ne répond pas depuis deux ans.

On note également une plus grande homogénéité des taux de réponse par type d'établissement,

ceux qui étaient le plus en retard comblant peu à peu cette lacune. Ceci est confirmé par l'atténuation de l'effet de taille : absents auparavant, les petits établissements répondent plus.

Tableau 3 : Distribution des bilans selon la taille de l'établissement

TAILLE	Nb bilans	Nb Total d'établissements	%
1 à 99 lits	109	173	63
100 à 399 lits	127	159	80
400 à 799 lits	48	50	96
800 lits et +	19	20	95
TOTAL	303	402	75,4

Evolution du taux de réponse des établissements de moins de 100 lits et places :

Année	2000	2001	2002	2003
%	41	57	59	63

L'établissement de 800 lits et places n'ayant pas répondu est une grosse structure publique d'HAD.

Tableau 4 : Distribution des bilans par département

DEPARTEMENTS	Nb bilans	Nb total d'établissements	% des réponses
75	57	83	69
77	25	41	61
78	46	51	90
91	29	42	69
92	39	68	57
93	38	39	97
94	36	38	95
95	33	40	83
TOTAL	303	402	75,4

2 - Distribution des bilans : par disciplines

Les établissements ayant envoyé leur bilan ont déclaré 78 215 lits et places installés, soit 87,7 % des lits et places de la région pour 2003. Ils se répartissent ainsi, selon la discipline.

Tableau 5 : Distribution des bilans selon le nombre de lits par spécialité

SPECIALITES	Lits & places avec bilan	Lits & places totaux	%
Médecine	19 338	20 657	94
Chirurgie	17 505	21 063	83
Réanimation	1 834	1 925	95
Obstétrique	3 923	4 332	91
Néonatalogie (y compris réanimation)	886	891	99
Soins de suite	12 895	15 037	86
Soins de longue durée	9 207	10 003	92
Psychiatrie	10 942	12 254	89
Urgences : lits portes	553	557	99
Hémodialyse	588	671	87

HAD	365	1 565	23
Autre (svt. chimiothérapie)	179	181	99
TOTAL	75 215	89 136	87,8

Les places d'hémodialyse recensées dans la base (671) ne sont pas toutes couvertes par un bilan émanant de leur établissement (87 %)

Au total, en 2003, 303 établissements ont adressé leur bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), soit 75,4 % des 402 établissements recensés dans la base. Ils représentent 71 361 lits et 6 854 places, répartis en 2 386 services (secteur public) ou secteurs d'activités (secteur privé) et couvrent 87,7 % des 89 136 lits et places recensés.

En 2000, les bilans d'activité des CLIN couvraient 57,6 % des lits et places des établissements :
Entre les trois années, le taux de réponse a progressé de plus de 17 points.

Parmi les établissements disposant de lits de réanimation, de chirurgie ou d'obstétrique, 39 non-répondants sont des structures privées, 6 des PSPH (ou CLCC) et 1 CH-CHG. Des efforts restent donc à faire notamment du secteur privé, malgré l'important rattrapage observé ces dernières années.

Malgré ces retards, la forte mobilisation tant des établissements que des DDASS que cette enquête requiert, on constate une nette montée en charge de cet outil de mesure.

Les données qui suivent ne tiennent compte que des établissements répondants.

III - INTÉGRATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS L'ÉTABLISSEMENT

1 - Intégration de la LIN dans l'organisation générale de l'établissement

a - Projet d'établissement, contrat d'objectifs et de moyens, et budget

- 234 établissements ont élaboré un projet d'établissement. Parmi eux, 183 établissements (78 %) ont inscrit les objectifs généraux de la LIN dans ce projet d'établissement.
- Parmi les 203 établissements du secteur public et PSPH, soumis à l'article R. 711-1-3 du CSP, 135 d'entre eux ont adopté un projet d'établissement, soit 67 % ; 101 de ces établissements, soit 75 % ont inscrit les objectifs généraux de la LIN dans ce projet d'établissement.
- 159 établissements sur les 368 hors AP-HP, ont signé un COM avec l'ARH, soit 59 %. Parmi eux, 104 établissements (75 %) ont inscrit les objectifs généraux de la LIN dans ce COM.
- 17 % des établissements ont une ligne budgétaire dédiée au fonctionnement du CLIN, outre les moyens alloués à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)

La formalisation de la LIN dans les projets d'établissement, lorsqu'ils existent, reste insuffisante (entre 75 et 80 %)

Parmi les COM signés avec l'ARH, seuls trois d'entre eux sur quatre ont inscrit des

objectifs généraux de LIN dans ce COM, alors que cette action constitue une priorité majeure - et déjà ancienne de santé publique. Notons qu'en 2001 et 2002 deux établissements sur trois se trouvaient dans ce cas.

b - Communication

- 289 établissements ont édité un livret d'accueil. Parmi eux, 241 (83 %) présentent leur stratégie de LIN dans ce livret d'accueil conformément à l'article R. 711-1-10 du CSP.
- 72 % des établissements diffusent les résultats de la surveillance épidémiologique aux services participants.

La formalisation de la LIN dans le livret d'accueil est en constante augmentation depuis 2000 :

Année	2000	2001	2002	2003
%	39	58	77	83

2 - Association des instances de l'établissement à la LIN

- 260 établissements (86 %) ont élaboré en 2003 un programme d'action, conformément à l'alinéa 2 de l'article R. 711-1-2 du CSP.
- 251 établissements (83 %) ont rédigé un rapport d'activité sur les activités de l'année 2002.
- 234 établissements (77 %) ont élaboré un programme d'action pour 2003 et rédigé un rapport d'activité sur les activités de l'année 2002.
- Quand le programme a été élaboré ou/et le rapport rédigé, l'avis ou la consultation des instances de l'établissement, prévu à l'article R. 711-1-3 du CSP, a été sollicité dans les conditions décrites dans le tableau ci dessous.

Tableau 6 : Avis ou consultations des instances de l'établissement

INSTANCES	Programme et Rapport	Soit
Avis commission médicale d'établissement (CME)	175/ 234	75 %
Avis commission du service de soins infirmiers (CSSI) ⁽¹⁾	50/ 87	58 %
Avis conseil d'administration (CA) ⁽²⁾	100/ 234	43 %
Avis comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	112/ 234	48 %
Toutes les instances ⁽²⁾	66/ 234	28 %

(1) : L'art. R. 711-1-3 du CSP ne prévoit l'avis du CSSI que dans les établissements publics de santé. Les données relatives à l'avis du CSSI ne concernent que ces derniers. Ceci explique les changements de dénominateur.

(2) : La consultation du CA est incluse de fait pour les établissements de l'AP-HP : le siège de l'AP-HP définit la LIN de ses établissements.

L'avis de la CME est sollicité dans trois cas sur quatre. Même si c'est l'instance la plus souvent consultée, des progrès restent à faire, d'autant que ces chiffres sont stables depuis 2000.

Le fait que le CSSI soit consulté, comme en 2001, seulement plus d'une fois sur deux constitue une anomalie préoccupante : la LIN ne concerne pas les seuls médecins mais bien l'ensemble du personnel soignant.

3 - Participation des services à la LIN

a - Les correspondants en hygiène dans les services

233 établissements, soit 77 % ont désigné des correspondants d'hygiène dans les services de soins : dans 80 % des correspondants médicaux, dans 90 % des correspondants paramédicaux et dans 73 % des deux.

Tableau 7 : Pourcentages d'établissements ayant des correspondants en hygiène selon le type d'établissement

TYPE	Nombre d'étab.	% d'étab. avec correspondant d'hygiène	dont % avec	
			Correspondant médical	Correspondant paramédical
1-CHR-CHU	14	100	100	100
2-CH-CHG	56	96	94	94
3-ETABLISSEMENT PSY	26	73	84	90
4-HOPITAL LOCAL	8	50	50	100
5-CLINIQUE MCO	114	71	69	88
6-HOPITAL DES ARMEES	3	100	100	100
7-SSR-SLD	79	70	78	86
8-CLCC	2	100	50	100
9-HAD	1	100	0	100
TOTAL	303	77	80	90

Tableau 8 : Pourcentages d'établissements ayant des correspondants en hygiène selon le statut de l'établissement

STATUT	Nombre d'établissements	% d'étab. avec correspondant d'hygiène	dont % avec	
			Correspondant médical	Correspondant paramédical
PRIVE	134	64	71	85
PSPH	65	79	73	90
PUBLIC	104	92	92	95
TOTAL	303	77	80	90

Rapporté au 2 386 services de cet échantillon, 1 417 d'entre eux ont un correspondant médical et 1 768 services ont un correspondant paramédical.

Ce sont les établissements psychiatriques, les cliniques MCO et les SSR-SLD qui disposent le moins souvent de correspondants en hygiène, à l'inverse des CHR-CHU et des hôpitaux des armées.

L'évolution de ce critère est faible, mais elle peut être expliquée en partie par la difficulté de recrutement de personnel :

Année	2000	2001	2002	2003
% avec correspondant médical ou paramédical	66	75	76	77

Parmi les établissements disposant de lits de réanimation, de chirurgie ou d'obstétrique, on a :

TYPE	1-CHR-CHU	2-CH-CHG	5-CLINIQUE MCO	6-HOPITAL DES ARMEES	8-CLCC	Total

CORHYG +	14	51	70	3	2	140
CORHYG -	0	1	31	0	0	32
Total	14	52	101*	3	2	172

Parmi les catégories précitées, seules 29* cliniques disposent de lits de réanimation ; quatre d'entre elles n'ont pas de correspondants d'hygiène.

b - La collaboration avec le Comité du médicament

269 établissements ont un comité du médicament (89 %)

- dans 266 de ces établissements (99 %), un représentant du comité du médicament est membre du CLIN (art. R711-1-4 du CSP)
- dans 194 de ces établissements (72 %), ce comité collabore avec le CLIN pour le bon usage des antibiotiques.

Ces chiffres évoluent peu. Lorsque l'hôpital est doté d'un comité du médicament, celui-ci est bien représenté au CLIN.

c - La collaboration avec le laboratoire de microbiologie

285 établissements (94 %) disposent d'un laboratoire interne ou d'une convention avec un laboratoire externe.

Dans 249 de ces établissements (87 %), les données du laboratoire de microbiologie ont été utilisées pour la surveillance des IN.

IV - ORGANISATION DE LA LIN

Sur les 303 établissements de cet échantillon,

- 296 ont constitué un CLIN (98 %)
- 231 établissements (76 %) adhèrent à l'un des réseaux suivants (total supérieur à 100 %)
 - 219 au C-CLIN,
 - 34 à un réseau régional d'hygiène,
 - 39 à un groupement de CLIN,
 - 49 à un autre type de réseau de LIN.

L'adhésion à un réseau actif dans la LIN est un élément fondamental et est maintenant reconnu officiellement comme indicateur de qualité.

Sur trois années, on note une augmentation en volume des établissements participants :

Année	2001	2002	2003
Participation	191 (72)	213 (76)	231 (76)
C.CLIN Nb. (% CLIN)	175 (67)	203 (74)	219 (73)
Réseau Hyg Nb. (% CLIN)	17 (7)	29 (10)	34 (11)
Gpe de CLIN Nb. (% CLIN)	38 (14)	40 (15)	39 (13)
Autre Nb. (% CLIN)	24 (9)	41 (15)	49 (16)

A noter également :

- Pour les établissements SSR-SLD de l'AP-HP la participation à un réseau de CLIN

gériatrique.

- Un inter-CLIN psychiatrique qui a récemment été mis en place (et dont les modalités d'adhésion ou de participation sont disponibles au C-CLIN Paris-Nord – voir lien, en fin de rapport)

1 - Le programme d'action

260 établissements (86 %) ont élaboré un programme d'action fixant les objectifs prioritaires en matière de lutte contre les IN. Ils se répartissent de la manière suivante.

Tableau 9 : Existence d'un programme d'action selon le type et le statut de l'établissement

TYPE	PRIVE		PSPH		PUBLIC		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-CHR-CHU	-	-	-	-	14	100	14	100
2-CH-CHG	-	-	6	86	48	98	54	96
3-ETABLISSEMENT PSY	10	91	4	100	10	91	24	92
4-HOPITAL LOCAL	-	-	1	100	4	57	5	63
5-CLINIQUE MCO	84	86	14	88	-	-	98	86
6-HOPITAL DES ARMEES	-	-	-	-	3	100	3	100
7-SSR-SLD	18	72	25	74	16	80	59	75
8-CLCC	-	-	2	100	-	-	2	100
9-HAD	-	-	1	100	-	-	1	100
TOTAL	112	84	53	82	95	91	260	86

Par exemple, dans la catégorie SSR-SLD, ont élaboré un programme d'action 16 établissements publics, soit 80 % ; 25 établissements PSPH, soit 74 % ; 18 établissements privés, soit 72 %.

Des efforts restent à faire pour les cliniques MCO et les SSR-SLD. Toutefois, on constate l'augmentation progressive du nombre d'établissement élaborant un programme d'action, même si le nombre évolue peu en pourcentage.

Année	2000	2001	2002	2003
Nb.	206	210	239	260
%	86	79	85	86

2 - Les réunions plénières du CLIN

L'article R. 711-1-6 du CSP prévoit que le CLIN doit se réunir au moins 3 fois par an. Sur les 296 établissements qui ont constitué un CLIN, le nombre de réunions du CLIN s'établit de la manière suivante.

Tableau 10 : Réunions du CLIN selon le type d'établissement

TYPE	Nombre d'étab.	% à 0 réunion	% entre 0 et 2 réunions	% à 3 réunions et +
1-CHR-CHU	14	0	7	93
2-CH-CHG	56	0	14	86
3-ETABLISSEMENT PSY	26	4	23	73
4-HOPITAL LOCAL	5	33	40	60
5-CLINIQUE MCO	113	3	22	75
6-HOPITAL DES ARMEES	3	0	0	100

7-SSR-SLD	76	8	29	63
8-CLCC	2	0	0	100
9-HAD	1	0	0	100
TOTAL	296	3	22	75

Tableau 11 : Réunions du CLIN selon le statut de l'établissement

STATUT	Nombre d'étab.	% à 0 réunion	% entre 0 et 2 réunions	% à 3 réunions et +
PRIVE	133	5	29	67
PSPH	64	5	22	73
PUBLIC	99	1	12	87
TOTAL	296	3	22	75

Un établissement sur quatre réunit son CLIN moins de 3 fois par an. En nombre d'établissements, ce sont surtout les cliniques MCO et les SSR qui réunissent leur CLIN le moins souvent.

Ces données varient peu depuis 2000.

Tableau 12 : Réunions du CLIN selon la taille de l'établissement

TAILLE	Nombre d'étab.	% à 0 réunion	% entre 0 et 2 réunions	% à 3 réunions et +
1 à 99 lits	104	6	34	61
100 à 399 lits	125	2	21	78
400 à 799 lits	48	4	6	90
800 lits et +	19	0	0	100
TOTAL	296	3	22	75

L'effet de taille joue sur le nombre de réunions du CLIN. Celui-ci semble se stabiliser pour les très grosses structures ; c'est parmi les établissements compris entre 100 et 399 lits qu'il est le plus élevé.

3 - Les groupes de travail du CLIN

En plus des réunions du CLIN, 246 établissements organisent des groupes de travail (81 %) qui ont tenu un total de 3 688 réunions.

Le nombre de groupes de travail ainsi que celui des établissements qui les animent constituant un indicateur indirect de LIN, il est normal au vu des éléments précédents que ces chiffres soient en augmentation de puis 2000. Cette augmentation reflète également un effet de structure : le nombre de bilans adressé augmente lui aussi, mais cette augmentation traduit également une plus forte mobilisation des établissements.

Année	2000	2001	2002	2003
Nb. Etab.	173	214	222	246
Nb. Gpes	1 852	2 723	3 239	3 688

Les groupes de travail sont fréquents (83 %) et permettent probablement une approche plus fine et plus réactive des problèmes concrets qui peuvent se poser à l'établissement, selon son type d'activité.

Tableau 13 : Ventilation du nombre de réunions des groupes de travail selon le type et le statut de l'établissement

TYPE	PRIVE	PSPH	PUBLIC	TOTAL
1-CHR-CHU			17%	17%
2-CH-CHG		6%	33%	39%
3-ETS PSY	2%	0%	4%	7%
4-HOP. LOCAL		0%	0%	0%
5-CLIN. MCO	13%	3%		16%
6-HOP. MIL.			2%	2%
7-SSR-SLD	3%	6%	8%	18%
8-CLCC		1%		1%
9-HAD		0%		0%
TOTAL	18%	18%	64%	100%

4 - L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)

L'article R. 711-1-9 du CSP dispose que : 'Chaque établissement de santé (...) constitue une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (...) Les établissements de santé peuvent satisfaire à l'obligation de se doter d'une telle équipe (...) par la voie d'une action de coopération inter-établissements'.

Par ailleurs, la circulaire DGS/DHOS/E2 2000/645 du 29 décembre 2000 précisait les objectifs de moyens en personnel de l'EOH à atteindre en 3 ans. Ces objectifs sont de 1 ETP d'IDE pour 400 lits et de 1 ETP de médecin ou de pharmacien pour 800 lits.

a - Existence d'une EOH

L'article 2 du décret 99-1034 du 6 décembre 1999 fixe au 31 décembre 2001 le délai pour la création d'une EOH.

Au 31 décembre 2003, 209 établissements, soit 69 %, déclarent disposer d'une EOH. Parmi eux, 71 déclarent que cette EOH est commune à d'autres établissements (34 %)

Ce chiffre varie peu par rapport aux données 2000.

Tableau 14 : Existence d'une EOH selon le type et le statut de l'établissement

TYPE	PRIVE		PSPH		PUBLIC		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-CHR-CHU	-	-	-	-	14	100	14	100
2-CH-CHG	-	-	5	71	48	98	53	95
3-ETABLISSEMENT PSY	7	64	2	50	7	64	16	62
4-HOPITAL LOCAL	-	-	1	100	3	43	4	50
5-CLINIQUE MCO	64	65	13	81	-	-	77	68
6-HOPITAL DES ARMEES	-	-	-	-	3	100	3	100
7-SSR-SLD	6	24	18	53	15	75	39	49
8-CLCC	-	-	2	100	-	-	2	100
9-HAD	-	-	1	100	-	-	1	100
TOTAL	77	58	42	65	90	87	209	69

Il est important de souligner l'effort régulier consenti par les établissements privés depuis 2000

Année / Nb. (%/statut) EOH	2000	2001	2002	2003
PRIVE	52 (46)	61 (51)	71 (56)	77 (58)
PSPH	24 (60)	36 (64)	41 (70)	42 (65)
PUBLIC	75 (87)	80 (89)	84 (88)	90 (87)

Parmi les établissements disposant de lits de réanimation, de chirurgie ou d'obstétrique, on retrouve la même répartition que pour celle des correspondants en hygiène hospitalière : **31 cliniques privées entrant dans cette catégorie n'ont pas encore d'EOH, contre un seul CH.**

Globalement, un établissement sur trois dispose d'une EOH partagée (34 %) Ce sont les PSPH qui adoptent le plus volontiers cette forme d'organisation (52 %) Le nombre d'établissements ayant une EOH partagée est passé de 59 en 2001 à 71 en 2003, par contre, en pourcentage, ils restent pratiquement inchangés depuis 2001.

Le partage de l'EOH peut constituer un moyen de réduire l'impact du manque de personnel qualifié et d'améliorer les pratiques par échange d'expérience ("benchmarking") Il devrait être encouragé.

Tableau 15 : Nombre et répartition des EOH commune selon le type et le statut de l'établissement

TYPE	PRIVE		PSPH		PUBLIC		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-CHR-CHU	-	-	-	-	0	0	0	0
2-CH-CHG	-	-	3	60	17	35	20	38
3-ETABLISSEMENT PSY	2	29	2	100	0	0	4	25
4-HOPITAL LOCAL	-	-	-	-	3	100	3	75
5-CLINIQUE MCO	24	38	5	39	-	-	29	38
6-HOPITAL DES ARMEES	-	-	-	-	0	0	0	0
7-SSR-SLD	1	17	11	61	2	13	14	36
8-CLCC	-	-	0	0	-	-	0	0
9-HAD	-	-	1	100	-	-	1	100
TOTAL	27	35	22	52	22	24	71	34

Tableau 16 : Nombre et répartition d'une convention pour les EOH communes selon le type et le statut de l'établissement

TYPE	PRIVE		PSPH		PUBLIC		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-CHR-CHU	-	-	-	-	0	0	0	0
2-CH-CHG	-	-	2	67	15	88	17	85
3-ETABLISSEMENT PSY	-	-	2	100	0	0	2	50
4-HOPITAL LOCAL	-	-	-	-	3	100	3	100
5-CLINIQUE MCO	12	50	4	80	-	-	16	55
6-HOPITAL DES ARMEES	-	-	-	-	0	0	-	-
7-SSR-SLD	0	0	7	64	1	50	8	57
8-CLCC	-	-	0	0	-	-	-	-
9-HAD	-	-	0	0	-	-	-	-
TOTAL	12	44	15	68	19	86	46	65

Au total :

* Malgré le rattrapage observé depuis 2001, les établissements privés et PSPH restent moins pourvus en EOH que la moyenne des établissements, équipés dans plus des deux tiers des cas. En terme de type d'établissements, ce sont les établissements SSR/SLD, les établissements psychiatriques et les cliniques MCO qui sont le plus en retard.

* Pour ces dernières, la sélection par lits de réanimation, de chirurgie ou d'obstétrique accentue cette notion : certaines cliniques privées pratiquant ces activités à plus haut risque 'nosocomial' ne se sont pas dotés d'équipe opérationnelle d'hygiène, ni même parfois de correspondant d'hygiène hospitalière.

* Le partage d'une EOH avec d'autres établissements pourrait compenser cette lacune et permettre d'utiliser au mieux le manque de personnel. La possibilité de passer convention entre établissements reste peu utilisée.

b - Composition des EOH

L'article R. 711-1-9 du CSP dispose que l'EOH comporte du personnel 'notamment médical, pharmaceutique et infirmier'. Chaque EOH devrait comprendre dans ses effectifs d'une part du temps médical ou pharmaceutique et, d'autre part, du temps infirmier. Dans ce cas, l'analyse considérera que l'EOH est 'conforme'.

Tableau 17 : Composition des EOH selon le type de l'établissement

TYPE	Nb d'étab.	Nb d'EOH	% d'EOH conformes	% d'EOH sans Méd/Phar	% d'EOH sans IDE	% d'EOH sans Méd/Phar ni IDE
1-CHR-CHU	14	14	100	0	0	0
2-CH-CHG	56	53	79	17	4	0
3-ETABLISSEMENT PSY	26	16	69	19	13	0
4-HOPITAL LOCAL	8	4	75	0	0	25
5-CLINIQUE MCO	114	77	66	16	9	9
6-HOPITAL DES ARMEES	3	3	100	0	0	0
7-SSR-SLD	79	39	72	13	5	10
8-CLCC	2	2	50	0	50	0
9-HAD	1	1	0	0	0	100
TOTAL	303	209	73	14	7	6

Sur les 206 EOH, 151 sont 'conformes' (73 %)

Ces chiffres ne varient pratiquement pas depuis 2000. Les cliniques MCO, les établissements psychiatriques et les SSR-SLD sont en retard. A noter également un CLCC, sur les deux ayant répondu, ne satisfait pas aux critères.

c - Les effectifs des EOH

Ces données, plus fines sont également les plus incertaines. L'analyse de la base a montré des cas de surestimation manifeste : les interprétations sont donc plus délicates, malgré le retraitement de certaines données manifestement aberrantes.

Les 209 EOH sont composées de 278 ETP totaux, dont 60 ETP de médecins et pharmaciens et

122 ETP de cadres infirmiers et d'IDE.

Il faut ajouter à ces effectifs, 15 ETP non occupés mais inscrits au budget.

Tableau 18 : Effectifs des EOH par catégorie professionnelle et par type d'établissement

TYPE	Médec.	Pharm.	Cadre Inf.	IDE	Techn.	Secrét	Autres	TOTAL	RATIO (1)
1-CHR-CHU	7	4	17	4	14	8	1	56	4,22
2-CH-CHG	11	10	31	11	16	13	6	97	3,73
3-ETABLISSEMENT PSY	1	2	4	5	<1	3	3	17	3,34
4-HOPITAL LOCAL	0	<1	<1	1	0	<1	0	1	1,48
5-CLINIQUE MCO	7	7	12	13	5	3	4	52	3,43
6-HOPITAL DES ARMEES	1	1	1	2	2	1	0	7	6,75
7-SSR-SLD	5	4	13	6	4	3	7	43	3,24
8-CLCC	1	<1	1	0	1	1	<1	4	7,85
9-HAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
TOTAL	34	27	80	43	41	31	218	278	3,56

(1) Ratio d'ETP totaux pour 1 000 lits et places.

La moyenne des effectifs d'une EOH est de 3,56 ETP pour 1 000 lits et places.

Ce sont les CLCC et les HIAA ayant répondu qui ont les taux les plus importants, suivis par les CHR-CHU. Les différences s'estompent d'année en année pour les autres types d'établissement.

Depuis 2000, le ratio pour 1 000 lits et places semble baisser, encore plus cette année. Manque de personnel et difficultés budgétaires ou meilleure déclaration / retraitement des données ?

Année	2000	2001	2002	2003
ETP pour 1 000 lits & places	4,9	4,4	4,4	3,6

d - Conformité aux objectifs en ETP fixés par la circulaire du 29/12/2000

- Objectif d'un ETP d'IDE pour 400 lits

La région comprend 67 établissements de plus de 400 lits, dont 48 ont au moins un ETP d'IDE (72 %) En 2000, le taux était de 74 %. Ce dernier chiffre annule la lente augmentation constatée les années précédentes.

- Objectif d'un ETP de médecin ou pharmacien pour 800 lits

La région comprend 19 établissements de plus de 800 lits, dont 7 ont au moins un ETP de médecin ou / et pharmacien (37 %) En 2000, le taux était de 63 %.

V - ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

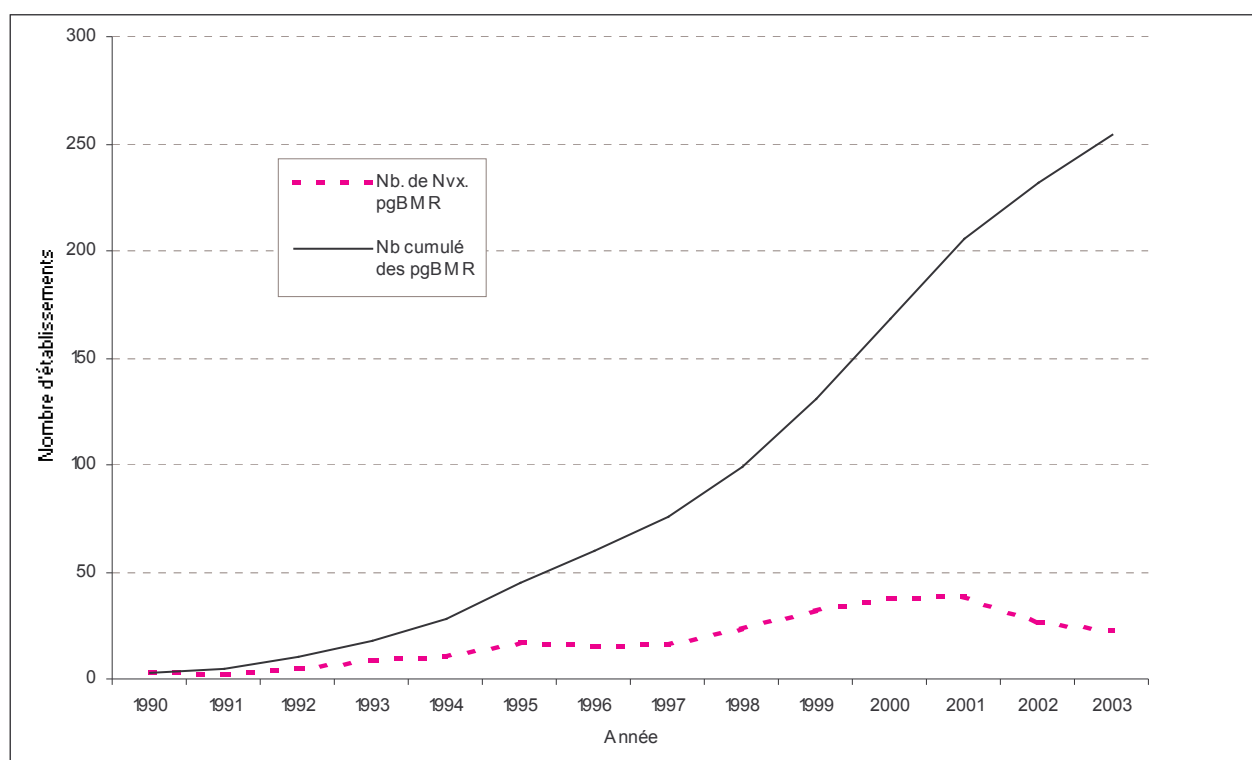
1 - Prévention des risques infectieux

a - Prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes

- 239 établissements (79 %) disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR. Parmi eux, 147 établissements (62 %) ont actualisé ou évalué ce programme en 2003.

L'adoption d'un programme de lutte contre les BMR est en progression constante comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 1 : Evolution du nombre de programmes de lutte contre les BMR adopté par les établissements



- En 2003, parmi les seuls établissements (93) qui ont une activité de réanimation 90 d'entre eux, soit 97 % disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

On se rapproche d'une couverture exhaustive : de 88 % de couverture en 2000, on est passé à un taux de 95 % en 2001 et de 97 % en 2002 et en 2003.

Les trois établissements non couverts sont des cliniques privées.

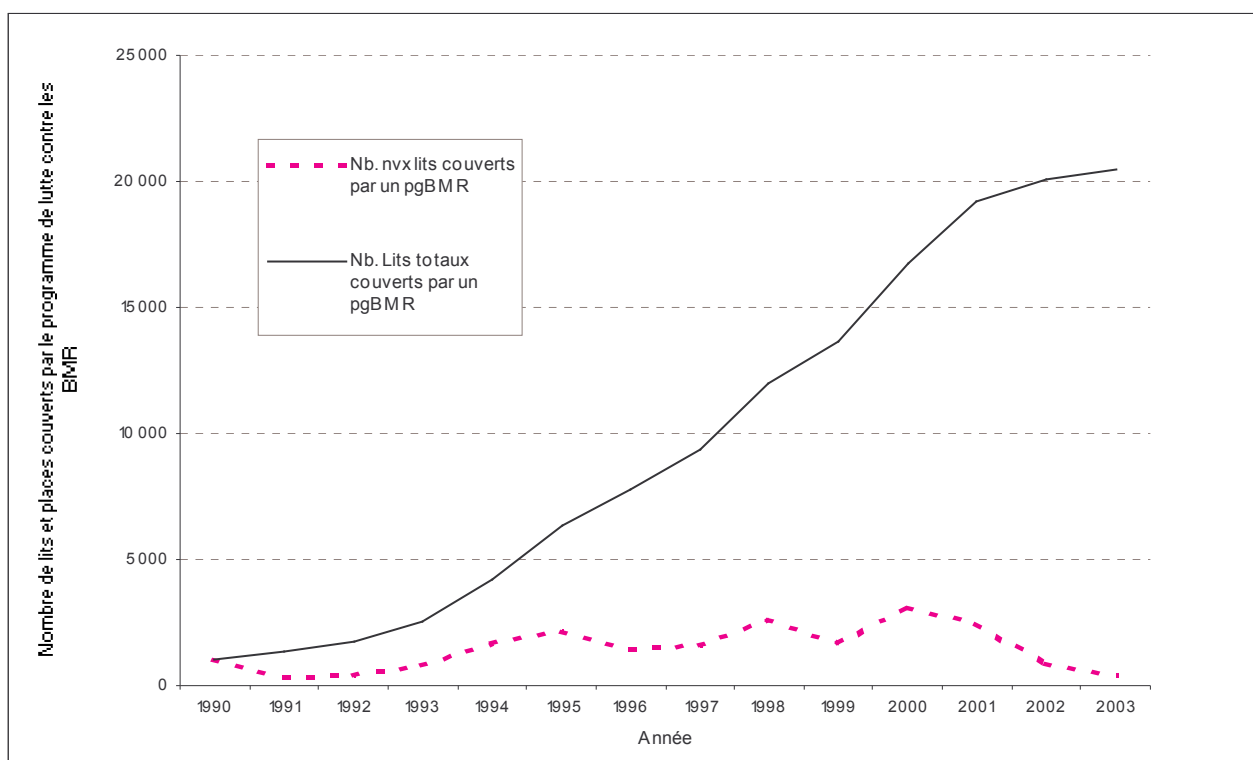
Parmi les établissements ayant un programme BMR, 67 (75 %) ont actualisé ou évalué ce programme.

- Parmi les seuls établissements (173) qui ont une activité de chirurgie ou / et de gynécobobstétrique 145 d'entre eux (84 %) disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR. Parmi eux, 93 établissements (64 %) ont actualisé ou évalué ce programme en 2003.

Là aussi, on note une progression constante : 73 % en 2000 et 79 % en 2001.

L'évolution, en nombre de lits couverts figure ci-dessous (bilans 2002 et 2003)

Graphique 2 : Evolution en nombre de lits et places en chirurgie et obstétrique couverts par le programme de lutte contre les BMR adopté par les établissements



Tous les établissements publics correspondant à cette situation ont élaboré un programme sauf deux, l'augmentation est donc due au rattrapage des établissements privés et PSPH. Seuls deux maternités PSPH n'ont pas de programme.

Le rattrapage des petites structures peut être vérifié par la moindre croissance de la courbe en nombre de lits par rapport à celle en nombre d'établissements.

Le tri par taille, montre que 32 établissements de moins de 100 lits, 15 entre 100 et 400 lits et un de 400 – 800 lits ont élaboré un programme entre 2002 et 2003.

Le nombre de lits et places ainsi couvert est de 20 480, pour 25 426 lits et places installés en chirurgie, médecine et obstétrique, soit 81 %. A noter cependant que le nombre de lits total a diminué dans la région.

Les établissements privés continuent, malgré leur récent dynamisme à avoir un retard à rattraper, comme vu plus haut.

- Parmi les 79 établissements exclusifs de SSR ou SLD, 63 d'entre eux (80 %) disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

Parmi eux, 38 établissements (60 %) ont actualisé ou évalué ce programme en 2003.

Progression des programmes de lutte contre les BMR pour cette catégorie d'établissement :

Année	2000	2001	2002	2003
% SSR-SLD avec pgBMR	42	61	67	80

Les taux d'actualisation et l'évaluation des programmes sont assez voisins d'une année sur l'autre.

b - Bon usage des antibiotiques

1 - Antibiothérapie de première intention

- 140 établissements (46 %) ont élaboré des protocoles sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

Parmi eux 1 seul établissement a actualisé ou évalué ses protocoles au cours de l'année 2003.

L'antibiothérapie de première intention reste insuffisamment représentée dans les protocoles : la progression depuis 3 ans reste faible (37 % en 2000, 40 % en 2001 et 42 % en 2002)

2 - Antibio prophylaxie chirurgicale

- Parmi les 173 établissements qui ont une activité chirurgicale ou / et de gynéco-obstétrique, 158 d'entre eux (91 %) ont élaboré des protocoles sur l'antibio prophylaxie chirurgicale. Seuls 3 établissements ont actualisé ou évalué ses protocoles.
- Parmi les 5 établissements qui ont une activité de gynéco-obstétrique sans activité de chirurgie, 4 établissements (80 %) ont élaboré des protocoles sur l'antibio prophylaxie chirurgicale. Aucun établissement n'a actualisé ou évalué ses protocoles.
- Parmi les 79 établissements qui ont une activité de chirurgie sans activité de gynéco-obstétrique, 70 d'entre eux (89 %) ont élaboré des protocoles sur l'antibio prophylaxie chirurgicale. Aucun établissements n'a actualisé ou évalué ses protocoles.
- Parmi les 89 établissements qui ont une activité de chirurgie et de gynéco-obstétrique, 84 d'entre eux (94 %) ont élaboré des protocoles sur l'antibio prophylaxie chirurgicale. Seuls 3 établissements ont actualisé ou évalué ses protocoles.

Ces chiffres varient peu depuis 2000. Il faut considérer également que certains effectifs sont faibles, rendant les interprétations délicates, notamment par rapport à l'effet de structure.

Le taux d'actualisation et/ou d'évaluation, particulièrement faible - que ce soit en antibiothérapie de première intention ou en antibio prophylaxie - peut trouver une explication dans le fait que celles-ci ont eu lieu en les années précédentes (environ 50 %, pour les deux aspects)

c - Surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

- 286 établissements (94 %) ont un système de signalement des AES ainsi qu'un protocole de prise en charge, en collaboration avec la médecine du travail.
- Parmi ceux-ci, 218 établissements (72 %) ont mené des actions de prévention des AES au cours de l'année.
- Parmi les seuls établissements (173) qui ont une activité de chirurgie ou/ et de gynéco-obstétrique 167 établissements (99 %) ont un système de signalement ainsi qu'un protocole de prise en charge des AES, en collaboration avec la médecine du travail.

Evolution contrastée des taux par rapport aux années précédentes : stagnation pour l'ensemble des structures mais augmentation nette pour les établissements de chirurgie ou d'obstétrique :

Année / %	2000	2001	2002	2003
Surv & Prév. AES	67	66	65	72
Surv & Prév. AES si chir. ou Obst.	71	91	94	99

d - Prévention des risques infectieux liés à l'environnement

1 - Surveillance de l'eau

- 202 établissements disposent de fontaines réfrigérantes. Parmi eux 146 établissements (72 %) effectuent une surveillance de l'eau de ces fontaines, pour laquelle 126 établissements disposent d'un seuil d'alerte (86 %)
- Parmi les 173 établissements ayant une activité de chirurgie ou / et de gynéco-obstétrique 162 d'entre eux effectuent une surveillance des postes de lavage des mains en chirurgie (94 %), pour laquelle 152 établissements utilisent un seuil d'alerte (94 %)
- Les réseaux d'eau chaude sanitaire font l'objet d'une surveillance dans 287 établissements (95 %), parmi lesquels 270 disposent d'un seuil d'alerte (94 %)

Ce sont les fontaines réfrigérantes qui ont bénéficié des progrès les plus importants. Par contre on observe une progression plus lente des autres dispositifs liés à l'eau mais où le taux de couverture est déjà élevé :

Année / % (dont % avec seuil d'alerte)	2000	2001	2002	2003
Fontaines réfrigérantes	46 (72)	61 (76)	70 (81)	72 (86)
Eau chaude sanitaire	91 (83)	91 (90)	92 (91)	95 (94)
Postes lavage des mains (Chir & Obst.)	91 (86)	92 (88)	90 (90)	94 (94)

2 - Surveillance de l'air

- Dans 180 établissements, il existe des secteurs où l'air est contrôlé. L'air a fait l'objet d'une surveillance dans 170 de ces établissements (94 %) Parmi eux, 155 disposent d'un seuil d'alerte (91 %)

Le nombre d'établissements où l'air est contrôlé augmente régulièrement, ainsi que la mise en place de seuils d'alerte :

Année / %	2000	2001	2002	2003
Surveillance air	61	90	93	94
... avec seuil	79	86	87	91

e - Protocoles de prévention des risques infectieux

Le tableau 21 présente les résultats de l'enquête sur 23 protocoles de prévention des risques infectieux.

Les colonnes 'actualisés' et 'évalués' sont calculées sur le nombre de protocoles existants.

La colonne 'Résultats diffusés' est calculée sur le nombre de protocoles évalués.

- *141 établissements (soit près d'un établissement sur deux) ont réalisé ou évalué un ou plusieurs de ces protocoles dans le cadre d'une participation à un réseau (C-CLIN, Réseau régional d'hygiène etc.)*

Ces chiffres sont quasiment identiques à ceux de 2001.

Tableau 19 : Protocoles de prévention des risques infectieux dans les 303 établissements

THEMES	Nb existants	% Existants	% Actualisés	% Evalués	% Résult. diffusés
Lavage des mains	293	97	42	33	78
Précautions standards	247	82	30	14	85
Prép. opéré	154	92	39	22	85
Sondage urinaire	239	79	30	17	70
Disp. intr. vasc.	190	63	27	16	68
Hémocultures	148	49	21	12	53
Ventil. artif.	64	34	9	9	67
Tech. isolement	250	83	39	24	89
M. C. J.	196	65	30	20	73
Escarres	166	55	24	12	70
Pansements	174	57	25	13	77
Antiseptiques	179	59	34	12	68
Désinfectants	203	67	34	11	74
Ttt Disp. méd.	205	88	48	24	94
Entretien locaux	283	93	47	31	83
Elimin. déchets	270	90	42	28	84
Circuit linge	233	78	35	20	83
Maint. ttt air	115	63	31	18	86
Hygiène en radio	97	44	21	6	83
Hyg. en hémodialyse	30	67	33	20	83
Hyg. expl. fonct.	57	34	12	7	100
Hyg. en laboratoire	71	62	13	6	50
Hyg. en pharmacie	104	34	28	19	90

Nota : les pourcentages se rapportent aux établissements effectivement concernés par le thème. Exemple : les 30 établissements ayant un protocole d'intervention en hémodialyse représentent effectivement 67 % des établissements ayant des places d'hémodialyse recensés dans la base.

Les protocoles les plus souvent *évalués* concernent le lavage des mains, l'entretien des locaux, l'élimination des déchets, les techniques d'isolement et la préparation de l'opéré.

Ces évaluations, pour 2003, ne dépassent pas un cas sur trois.

A noter l'important effort d'évaluation de l'usage des solutions hydro-alcolique (SHA) :

- Adoption par les hôpitaux de l'AP-HP des SHA.
- Enquête du C-CLIN Paris-Nord montrant l'efficacité des SHA contre les IN et notamment les BMR (2001 – 2003, 9 établissements, à confirmer par d'autres études)

Lorsque cette évaluation est faite, les résultats ne sont pas toujours communiqués aux services concernés : ce manque de communication en interne devrait faire l'objet d'une plus grande attention de la part des établissements.

2 - Surveillance épidémiologique

a - Enquête de prévalence

56 établissements (19 %) représentant au total 262 services hospitaliers ont réalisé une enquête de prévalence au cours de l'année 2003.

L'enquête nationale de prévalence de 2001² explique la forte diminution de ce type d'enquête en 2002 et 2003. L'ordre de grandeur est d'un établissement sur cinq.

b - Enquête d'incidence

155 établissements (51 %) ont réalisé une enquête d'incidence au cours de l'année 2003.

Tableau 20 : Thèmes des enquêtes d'incidence réalisées dans 155 établissements

THEMES	Nombre d'établ.	% réalisés avec réseau	Nombre de services
Tout type d'infections	81	9	350
Inf. site opératoire	85	51	225
Pneumopathies nosocomiales	52	5	160
Infections urinaires nosocomiales	73	8	343
Infections sur cathéter	66	21	224
Bactériémies nosocomiales	68	19	615
Autres	56	19	442

173 établissements ont une activité de chirurgie ou/et d'obstétrique, disposant de 747 services de chirurgie et d'obstétrique. Parmi ces établissements, 85 ont réalisé une enquête sur les infections du site opératoire (49 %), disposant de 454 services de chirurgie et d'obstétrique. Parmi ces services, 225 d'entre eux ont participé à l'enquête sur les infections du site opératoire du C.CLIN.

² Au cours de l'année 2001, 168 établissements (63 %) ont réalisé une enquête de prévalence concernant au total 1 489 services hospitaliers. Rapport & résumé disponibles sur le site du C-CLIN Paris-Nord.

c - Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie

Sur les 285 établissements disposant d'un laboratoire interne ou ayant une convention avec un laboratoire externe 249 établissements (87 %) ont utilisé les données du laboratoire de microbiologie pour une surveillance des infections nosocomiales.

Dans 184 établissements, cette surveillance concernait les BMR et d'autres germes (78 %) Dans 56 établissements, cette surveillance concernait uniquement les BMR (23 %) Dans 6 établissements, cette surveillance concernait exclusivement d'autres germes (2 %)

La surveillance des BMR portait sur l'ensemble des services dans 236 établissements (97 %)

d - Collecte et diffusion des résultats

219 établissements (72 %) organisent une diffusion des résultats de la surveillance épidémiologique (enquêtes, résultats du laboratoire) aux services qui y participent.

Ces taux restent faibles mais augmentent depuis 2000 :

Année	2000	2001	2002	2003
% diffusion tous services	62	68	67	72

L'absence de diffusion aux services participants à l'enquête traduit un défaut d'organisation.

3 - Situations d'alerte

105 établissements ont connu 380 situations d'alerte.

31 établissements ont sollicité une expertise extérieure dans 38 situations d'alerte.

69 établissements ont fait un signalement externe (DDASS, C-CLIN) dans 176 situations d'alerte.

Le nombre d'alerte est en constante augmentation depuis 2000, ainsi que le nombre de signalement :

Année	2000	2001	2002	2003
Nb. d'alertes	139	268	357	380
Nb. de signalements	28	32	52	69

4 - Formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été inscrit dans le plan de formation continue de 225 établissements (74 %) et le CLIN a été consulté dans 86 % des cas.

Une formation en hygiène est prévue dans :

155 établissements (51 %) pour le nouveau personnel recruté,

51 établissements (17 %) pour le personnel intérimaire,

82 établissements (27 %) pour les étudiants.

Tableau 21 : Formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales

Personnels	Nombre de personnes formées	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	1 904	5 056
Personnels infirmiers	14 753	41 271
Autres personnels permanents	10 517	32 555
Autres personnels intérimaires	8 511	35 640
TOTAL	35 685	114 521

Pour les données 2000, nous reprenons le tableau du bilan antérieur :

Personnels	Nombre de personnes formées	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	1 223	2 648
Personnels infirmiers	6 994	18 530
Autres personnels permanents	4 390	19 369
Autres personnels intérimaires	3 612	6 800
TOTAL	16 219	47 347

L'augmentation du personnel formé entre 2000 et 2003 profite surtout au personnel infirmier ainsi qu'aux autres catégories de personnel.

Le nombre global d'heures de formation a plus que doublé mais il traduit également l'augmentation du nombre d'établissements ayant fourni leur bilan depuis 4 ans.

5 - Actions d'évaluation

146 établissements (48 %) ont mené des actions d'évaluation au cours de l'année 2003 :

- 57 uniquement sous forme d'audit (39 %)
- 56 uniquement sous une autre forme d'évaluation (38 %)
- 30 avec un audit et une autre forme d'évaluation (21 %)

Sur l'ensemble des établissements, 87 établissements (29 %) ont réalisé un audit des bonnes pratiques.

Ce critère n'est pas toujours bien rempli car pas toujours bien compris.

L'évaluation est naturellement à encourager. L'apport du C.CLIN et des sociétés savantes est fondamental. Hors effet de structure, les chiffres varient peu, mais la répétition, chaque année des actions d'évaluation portera ses fruits.

CONCLUSION

Entre 2000 et 2003, le nombre d'établissements ayant répondu a progressé de plus de 17 points, traduisant une adhésion croissante des établissements au questionnaire, même si de nombreuses relances se sont avérées nécessaires.

Par rapport aux bilans précédents

Des points restant à améliorer

- Une intégration encore insuffisante de la LIN dans les contrats d'objectifs et de moyens signés avec l'ARH, bien qu'en lente augmentation depuis 2000.
- Un nombre d'EOH qui évolue peu d'une année sur l'autre (plus de deux établissements sur trois) Parmi ceux-ci, un établissement sur trois la partage avec un ou plusieurs autres établissements. Ce chiffre varie peu bien que cette organisation permette de réduire l'impact du manque de personnel et de mettre en commun les pratiques. Le privé reste en retard malgré son récent rattrapage.
- Une communication à développer, notamment en interne (surveillance épidémiologique)
- Le personnel soignant qui reste de façon persistante insuffisamment associé lors des instances officielles.
- L'actualisation et l'évaluation des programmes restent les points faibles pour l'ensemble des établissements, y compris chez ceux effectuant des activités les plus à risque.

De nombreux points positifs

- Depuis un an : forte adhésion des établissements psychiatriques (et des petites structures en général) dans l'établissement de leur bilan.
- Poursuite du rattrapage des établissements privés et PSPH observé depuis 2001 dans la constitution d'EOH.
- La participation active à un réseau de LIN : deux établissements sur trois participent aux travaux du C-CLIN Paris-Nord. La constitution de réseaux spécialisés (CLIN gériatrique et CLIN psychiatrique) montre que cette démarche continue à se développer fortement.
- La lutte contre les BMR se développe de façon continue depuis 2000 : plus de 8 établissements sur 10 disposent d'un programme de maîtrise de la diffusion des BMR. La presque totalité des établissements qui ont une activité de réanimation (97 %) disposent d'un tel programme. Les établissements pratiquant de la chirurgie ou de l'obstétrique ont un programme de lutte contre les BMR dans 84 % des cas. La participation croissante de petites structures à la lutte contre les BMR se poursuit.
- La meilleure prise en compte des risques liés à l'environnement (air, eau) se poursuit.
- Le nombre global d'heures de formation en augmentation continue depuis 2000 (mais il traduit également l'augmentation du nombre d'établissements ayant fourni leur bilan) Les effets cumulés de la formation est garante d'une amélioration future de la LIN.

Deux faits marquants cette année, apparemment contradictoires :

- Atténuation progressive des critères touchant au statut de l'établissement, voir quelquefois à son type d'activité : il semble au vu de cet indicateur global, que la lutte contre les infections nosocomiales soient de mieux en mieux intégrée dans l'activité de base d'un établissement, quel qu'il soit.
- Mais, persistance d'importants signes de faiblesse pour certaines cliniques privées lorsque l'on s'intéresse aux "lits à risque" (réanimation, chirurgie et obstétrique), notamment au regard de l'absence de correspondants d'hygiène, d'EOH et de programme de lutte contre les BMR.

L'évolution naturelle de la lutte contre les infections nosocomiales conduit à affiner progressivement les indicateurs retenus.

LIENS UTILES

C-CLIN Paris-Nord

<http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/welcomebis.htm>

Nosobase

<http://nosobase.chu-lyon.fr>

Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN)

http://www.invs.sante.fr/publications/2002/raisin_oct_2002/index.html

Prise en compte du risque infectieux lié aux dispositifs médicaux en dehors des établissements de santé

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infect_soins/sommaire.htm

ANAES

www.anaes.fr

Directeur de la publication : Michel PELTIER

Conception : Dr Luc PEYREBRUNE

(C) Impression : DRASS Ile-de-France

Dépôt légal : à parution

ISSN : en cours