

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

INDICATEURS DU TABLEAU
DE BORD DES INFECTIONS
NOSOCOMIALES

RESULTATS DU TEST DE FAISABILITE

Juin 2005

SOMMAIRE

A.	INTRODUCTION.....	5
B.	RAPPEL.....	6
C.	METHODE.....	7
I.	CAPACITE DE MISE EN OEUVRE DES INDICATEURS SHA, SARM, VAC, ISO	7
II.	LA FIABILITE DES DONNEES DECLAREES DANS LE CAS DE L'ICALIN.....	8
III.	PROPOSITIONS D'AMELIORATION	10
D.	RESULTATS.....	11
I.	MISE EN ŒUVRE DES INDICATEURS SHA, SARM, ISO, VAC	11
➤	<i>Analyse par indicateur.....</i>	<i>11</i>
➤	<i>Analyse par items.....</i>	<i>11</i>
➤	<i>Analyse par établissement.....</i>	<i>14</i>
➤	<i>Propositions d'amélioration</i>	<i>15</i>
II.	LA FIABILITE DES DONNEES DE L'ICALIN	16
➤	<i>Analyse par items.....</i>	<i>16</i>
➤	<i>Analyse par établissement.....</i>	<i>18</i>
➤	<i>Propositions d'amélioration</i>	<i>20</i>
E.	CONCLUSIONS	21
	ANNEXE 1 : CORRESPONDANCE ENTRE LE NUMERO ET LE LIBELLE DES ITEMS DE L'ICALIN	23
	ANNEXE 2 : ANALYSE DU NOMBRE D'ITEMS DISCORDANTS PAR ETABLISSEMENT ET IMPACT SUR LE SCORE.....	24
	ANNEXE 3 : ANALYSE DES ITEMS LES MOINS CONCORDANTS	25

A. INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats du test de faisabilité du tableau de bord sur les infections nosocomiales. Ce test de faisabilité vise à étudier la capacité des établissements à mettre en œuvre les cinq indicateurs¹ qui le composent. Il est conduit sur les 36 établissements qui participent au projet COMPAQH.

Deux analyses ont été menées :

Pour l'indicateur ICALIN (Indice Composite des Activités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales), une analyse de la concordance entre les données déclarées dans le "Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales", et les données basées sur des éléments de preuve pour l'année 2003.

Pour les quatre autres indicateurs (ISO, SHA, SARM, VAC), une analyse des problèmes soulevés par leur mise en place au sein de chaque établissement.

Dans le cas de l'ICALIN, la faisabilité en termes de mise en œuvre de l'indicateur est déjà démontrée puisque les remontées d'information obtenues ces dernières années montrent que les établissements sont capables de collecter les données nécessaires à la construction de cet indicateur. Par contre, la question de la fiabilité de ces données déclarées reste entière. L'analyse de la concordance explore cette question.

Pour les quatre autres indicateurs, la question de la capacité des établissements à recueillir les données nécessaires est réellement posée. Ces indicateurs ont été construits dans un souci de pragmatisme qui fait l'hypothèse d'une mise en œuvre relativement aisée, mais il restait à confirmer cette hypothèse par un test. C'est l'objet de l'analyse des problèmes identifiés lors de leur mise en œuvre au sein des établissements du panel COMPAQH.

En regard du diagnostic général ainsi porté, des propositions d'amélioration sont établies.

¹ Pour des commodités d'expressions, nous les nommerons SHA (pour volume de produits hydro-alcooliques par journée-patients), SARM (pour taux de SARM pour 1000 journées-patient), ISO (pour taux d'infections du site opératoire), VAC (pour volume d'antibiotiques consommés pour 1000 journée-patient), et ICALIN (pour Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales).

B. RAPPEL

Le projet COMPAQH participe à une action menée par les pouvoirs publics depuis 2003. Les grandes dates sont :

- Le 21 mars 2003, saisine de l'InVS par Monsieur le Ministre de la Santé ;
- Mai 2003. Constitution d'un groupe d'experts pour développer des indicateurs (coordination Dr. JC Lucet);
- 20 janvier 2004. Colloque du ministère chargé de la santé, annonce du Ministre du tableau de bord avec cinq indicateurs;
- Février 2004. Remise du rapport InVS au Ministre;
- 16 mars 2004. Communiqué de presse du Ministre sur la généralisation des 5 indicateurs ;
- Octobre 2004. Etude de faisabilité des 5 indicateurs.

Dans ce contexte, le projet COMPAQH a tenu le rôle suivant :

Dans un premier temps, il a participé à la sélection de ces indicateurs dans le cadre du tableau de bord défini par le ministre de la santé en mars 2004.

Il a ensuite offert un canevas méthodologique pour décrire précisément chacun de ces indicateurs. Le principe du projet COMPAQH est de développer pour un indicateur donné, un cahier des charges qui précise sa justification, ses modes de construction, ses modalités de recueil et de traitement des données. En complément, des grilles de recueil sont construites pour permettre la collecte des données, d'une manière standardisée et économique en termes de charge de travail.

De mars à octobre 2004, le projet COMPAQH a participé aux cinq groupes de travail qui définissaient le contenu de chacun de ces cahiers des charges. Cette collaboration avec des experts du domaine avait pour objectif de montrer les contraintes métrologiques et de faisabilité dans la construction de ces indicateurs.

A partir d'octobre 2004, le projet COMPAQH a donc été mandaté pour tester la faisabilité de ces cinq indicateurs.

Les 5 indicateurs concernés sont :

- Le volume annuel de produits hydro-alcooliques par journée-patients (SHA),
- Le taux de SARM pour 1000 journées-patient (SARM),
- Le taux d'infections du site opératoire (ISO),
- Le volume d'antibiotiques consommés pour 1000 journée-patient (VAC),
- L'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN).

C. METHODE

L'étude s'est déroulée du 1^{er} octobre 2004 au 15 mai 2005.

I. CAPACITE DE MISE EN OEUVRE DES INDICATEURS SHA, SARM, VAC, ISO

L'analyse s'est déroulée comme suit:

1. Les Assistants de Recherche Clinique (ARC) ont contacté les différentes personnes concernées dans les 36 établissements du projet COMPAQH : président du CLIN, représentants de la pharmacie, du laboratoire de microbiologie en charge de la recherche des SARM, et autres référents si nécessaire. Ils ont présenté les cahiers des charges et l'objectif du test. Un des établissements était à cette époque dans l'impossibilité de participer au projet COMPAQH. L'étude a donc porté sur 35 établissements de santé: 24 MCO, 3 PSY, 4 SSR, 4 CLCC.
2. A la suite de ces contacts, une première liste de 16 problèmes de faisabilité a été établie collectivement au sein de l'équipe COMPAQH. Même si elle n'est pas exhaustive, cette liste permet de vérifier systématiquement l'existence ou non d'un problème prédéfini, offrant ainsi une idée de sa fréquence au sein du panel des 35 établissements. Une grille a ainsi été construite servant de base à un codage systématique de type "Oui/Non/Non applicable" (le problème existe/n'existe pas au sein de l'établissement, ou est non applicable). Une case "autre problème" a été ajoutée pour chaque indicateur. Au total, la grille est composée de 20 items et la base de données contient 700 observations. Parmi elles, 95 observations renvoient à des cas où le codage est "Non applicable" (essentiellement, le codage des problèmes pour ISO dans des établissements où il n'existe pas d'activité chirurgicale). 605 observations ont donc été analysées.
3. En complément de ce codage systématique, les ARC ont retranscrit au sein d'un document appelé "Reporting" les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des 4 indicateurs (rétrospectif 2003 ou prospectif selon les cas de figure). Ces difficultés sont de plusieurs ordres : il peut s'agir d'un des 16 problèmes identifiés. Dans ce cas, ces informations apportent des compléments à l'analyse précédente. Il peut également s'agir d'autres problèmes qui n'avaient pas été identifiés *a priori*. Il peut enfin s'agir de commentaires. A cet égard, il faut souligner que nous avons enregistré comme "problème de faisabilité" des charges de travail jugées trop lourdes, et cela même si le recueil était assuré. Il existe un caractère subjectif associé à ce jugement. Nous avons pris l'option de les enregistrer en partant de l'hypothèse que cette charge de travail est un point-clé dans le cas d'une mise en œuvre en routine. Nous avons, par contre, exclu les critiques portant sur le bien-fondé du développement de ces indicateurs (en amont de la collecte) ou leur difficulté d'interprétation (en aval de la collecte).
4. Le choix de l'acte retenu dans le cas du suivi des Infections du Site Opérateur a été parallèlement arrêté au sein des établissements suite à ces premiers contacts. Une fiche spéciale a été créée pour recueillir les informations d'une manière prospective sur l'acte opératoire. Dans le cas où l'établissement était impliqué dans une enquête RAISIN, il pouvait utiliser la fiche de collecte RAISIN.

5. Afin d'harmoniser les pratiques de codage l'ensemble des 700 observations a été revu collectivement au sein de l'équipe COMPAQH. Le traitement des données ainsi validées a ensuite été réalisé à l'aide du logiciel Excel.

II. LA FIABILITE DES DONNEES DECLAREES DANS LE CAS DE L'ICALIN

L'indicateur ICALIN est destiné à mesurer l'activité de lutte contre les infections nosocomiales sur la base du "Bilan Annuel d'Activités" (BAA) rempli par les établissements. Le BAA comprend, outre les données administratives, environ 80 items dont on peut envisager l'utilisation. Durant l'année 2004, des groupes de travail composés d'experts ont été mis en place afin de procéder à la sélection d'items prioritaires et à leur pondération (selon un critère d'importance dans les activités de lutte contre les infections nosocomiales)².

Au final, l'ICALIN est composé de 31 items, répartis en trois fonctions (O pour "Organisation"; M pour "Moyens" et A pour "Activités"), et la somme des pondérations est égale à 100.

La démarche pour réaliser l'analyse de la concordance a été la suivante :

1. Chacun des 31 items qui composent le score ICALIN a fait l'objet d'une définition d'un ou de plusieurs éléments de preuve garantissant la fiabilité des données déclarées. Ces éléments de preuve ont été rédigés dans le cahier des charges et ont servi de guide pour les ARC dans leur recueil de données.
2. Dans un second temps, les ARC ont demandé aux établissements de rassembler ces éléments de preuve. Certains (documents écrits) ont été adressés par courrier. D'autres ont nécessité des compléments d'information avec visite sur site.
3. Les ARC ont ensuite rempli en "aveugle" la grille de recueil concernant l'ICALIN (c'est à dire sans savoir ce qui avait été déclaré par l'établissement), sur la base des éléments de preuve colligés et présentés par l'établissement.
4. Sur cette base, la comparaison entre les données du bilan 2003, appelées DONNEES DECLAREES et les données retraitées, appelées DONNEES COMPAQH, a fait l'objet de l'analyse de concordance par item et par établissement.

Remarques :

1. Ce travail a pu être réalisé grâce à l'accès aux données de la base nationale des bilans de CLIN 2003 constituée et structurée par Philippe Garnier (DGS). Pour les 35 établissements participant au projet COMPAQH, 32 bilans 2003 nous ont été transmis par le ministère. Parmi eux, deux bilans ne contenaient que les données administratives. Un de ces deux bilans a pu être récupéré auprès de l'établissement. Au total, 31 bilans communs ont pu être exploités pour l'analyse de la concordance. Parmi eux, 24 MCO, 4 CLCC, 3 SSR et 0 Psy.
2. Les fichiers fournis contenaient l'ensemble des données du bilan standardisé, ce qui correspond à un peu plus de 280 variables. Le calcul du score de

² Voir à ce sujet le document réalisé par le Dr Philippe Garnier sur la méthodologie de sélection et de pondération des items.

l'ICALIN se fonde sur une centaine de variables rassemblées dans les 31 items de l'indicateur. Ce sont elles qui font l'objet de l'analyse de la concordance.

3. Définitions de la concordance

Nous définissons la concordance de deux manières :

Il y a "concordance stricte" uniquement lorsque la (ou les) réponse(s) faites pour la (ou les) variable(s) qui compose un item sont exactement les mêmes, en données déclarées et en données COMPAQH.

Il y a concordance au niveau du score lorsque le nombre de points accordés à partir des données déclarées et le nombre de points accordés à partir des données COMPAQH est identique.

Dans la suite du texte lorsque nous ne précisons pas qu'il s'agit d'une "concordance stricte" il est question, par défaut, du second type de concordance.

4. L'analyse de la concordance sur le score (second type) a amené à considérer plusieurs situations :

Lorsque le nombre de points par items est le même dans les deux cas, il a été jugé qu'il y avait concordance.

Lorsque le nombre de points par items des données déclarées est supérieur au nombre de points des données COMPAQH, il a été jugé qu'il y avait "sur-évaluation",

Lorsque le nombre de points par items des données déclarées est inférieur au nombre de points des données COMPAQH, il a été jugé qu'il y avait "sous-évaluation".

Exemple :

Item n°1, "Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN dans l'année 2003?"

La valorisation 0 est accordée lorsque le CLIN s'est réuni 0 fois en 2003.

La valorisation 2 est accordée lorsque le CLIN s'est réuni 1 ou 2 fois en 2003.

La valorisation 6 est accordée lorsque le CLIN s'est réuni 3 fois ou plus en 2003.

Si l'établissement a répondu 3 et que dans les éléments de preuves on peut retrouver effectivement 3 réunions, il y a concordance stricte.

Si l'établissement a répondu 5 et que dans les éléments de preuves on peut retrouver effectivement 3 réunions, il n'y a pas concordance stricte mais concordance, puisque les deux réponses rapportent le même nombre de points (6 points).

De même, si l'établissement a répondu 2 et que dans les éléments de preuves on peut retrouver effectivement 1 réunion : il n'y a pas concordance stricte mais encore concordance car ces deux réponses rapportent le même nombre de points (2 points).

Si l'établissement a répondu 2 et que dans les éléments de preuves on peut retrouver effectivement 3 réunions, il n'y a pas concordance stricte mais "sous-évaluation".

Si l'établissement a répondu 4 et que dans les éléments de preuves on peut retrouver effectivement 2 réunions, il n'y a pas concordance stricte mais "sur-évaluation".

Pour les items combinant plusieurs variables et plusieurs modalités d'attribution de points, la concordance a été analysée sur chacune des modalités d'attribution des points, et à un niveau global.

Exemple :

Item n°4, "Equipe opérationnelle d'hygiène"

La valorisation 6 est accordée lorsque les ETP médicaux spécifiquement dédiés à l'hygiène sont supérieurs (strictement) à 0.

La valorisation 6 est accordée lorsque les ETP paramédicaux spécifiquement dédiés à l'hygiène sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires sont accordés lorsque les ETP médicaux **et** paramédicaux spécifiquement dédiés à l'hygiène sont supérieurs (strictement) à 0.

La valorisation 2 est accordée lorsque les ETP techniciens bio-hygiénistes **ou** de secrétaires spécifiquement dédiés à l'hygiène sont supérieurs (strictement) à 0.

Au final, l'item est coté sur 16 points et il y a 4 manières de les obtenir (ETP médicaux, ETP paramédicaux, ETP médicaux et paramédicaux, ETP techniciens ou secrétaires).

Il y a concordance stricte lorsque les nombres d'ETP sont exactement les mêmes dans les deux types de collecte des données. Dans les autres cas, il n'y a pas concordance stricte.

Il y a concordance sur le score concernant les ETP médicaux si en déclaratif comme sur la base des éléments de preuve le nombre d'ETP est simultanément égal à 0 ou supérieur à 0. Si le nombre d'ETP médicaux spécifiquement dédiés à l'hygiène est supérieur à 0 en déclaratif et égal à 0 sur la base des éléments de preuve il y a "surévaluation".

Pour évaluer la concordance globale, on a calculé la moyenne de concordance de chacune des 4 variables.

5. Les données ont été traitées sous les logiciels Excel et SAS 8.1.

III. PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Nous concluons nos analyses sur la capacité de mise en oeuvre des indicateurs par les établissements et sur la fiabilité des données déclarées, par des propositions d'amélioration. Il s'agit :

- **Dans le cas de l'ICALIN**, sur les items où la concordance est jugée faible, de revoir l'élément de preuve proposé, ou la cotation, ou les consignes de remplissage ou la formulation de la question dans le Bilan d'Activité Annuel.
- **Dans le cas des indicateurs SHA, SARM, VAC et ISO**, d'améliorer les modes de recueil au niveau des consignes définies dans les cahiers des charges correspondants, ou de l'organisation des établissements.

D. RESULTATS

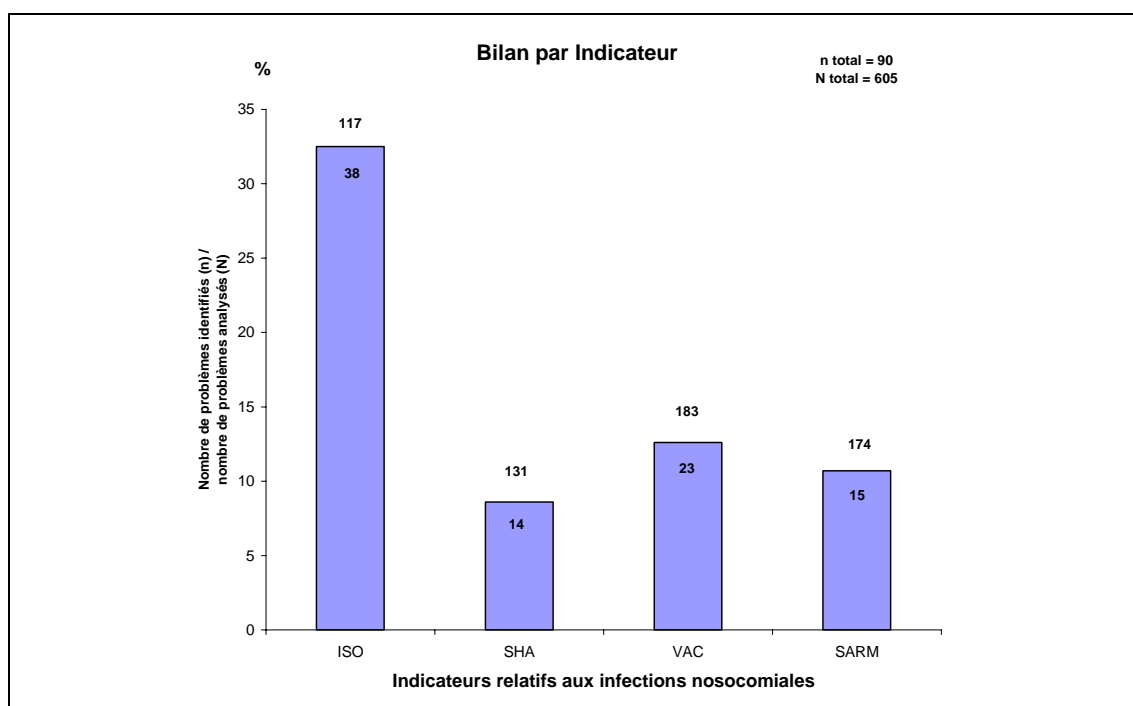
I. MISE EN ŒUVRE DES INDICATEURS SHA, SARM, ISO, VAC

Le codage systématique rapporte un **taux moyen de 14,9%** de problèmes identifiés (90/605).

➤ ANALYSE PAR INDICATEUR

L'analyse par indicateur montre que la majorité des problèmes se concentre sur l'indicateur ISO (32,5%) (cf. Figure 1). Les autres sont par ordre décroissant VAC (12,6%), SARM (10,7%) et SHA (8,6%).

Figure 1. Bilan par indicateur



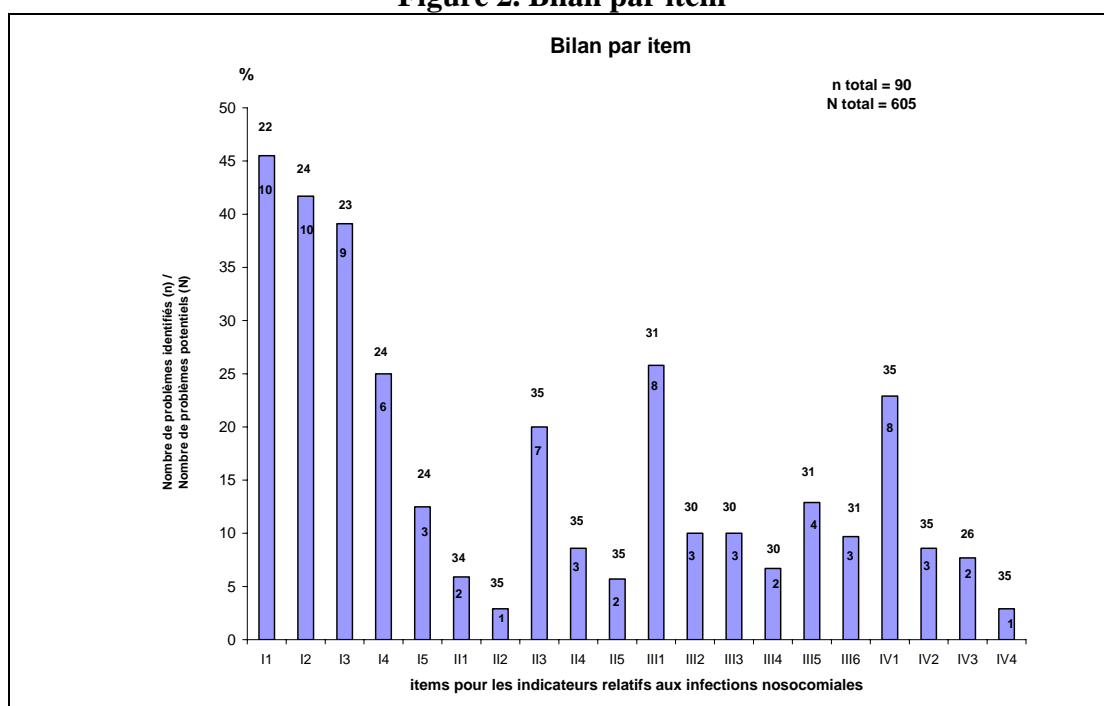
➤ ANALYSE PAR ITEMS

L'**analyse par items** montre que les problèmes se focalisent principalement sur (cf. Tableau 1 et Figure 2) :

- Le recueil des RUM correspondants aux actes opératoires qui font l'objet du suivi dans le cas des ISO (45,5%) (item I.1). Il s'agit concrètement d'une difficulté d'obtention de l'ensemble des RUM correspondants aux 100 actes opératoires;
- L'identification des actes par rapport au codage proposé dans le cas des ISO (41,7%) (item I.2) ; il s'agit des difficultés observées dans le codage de la fiche décrivant l'acte opératoire (fiche COMPAQH et/ou RAISIN) et de la cohérence avec le RUM correspondant ;

- Le recueil des données 30 jours après la sortie du patient pour diagnostiquer une ISO (39,1%) (item I.3). Il faut souligner que ce chiffre tient compte des efforts des établissements pour initier une demande auprès de médecins correspondants pour obtenir cette information ;
- La déclinaison de la consommation d'antibiotiques par service (25,8%) (Item III.1) ;
- La période de recueil annuelle qui apparaît inadaptée pour arriver au suivi de 100 actes dans le cas de l'indicateur ISO (25%) (Item I.4)³ ;
- La distinction dans les demandes de prélèvement de SARM entre ceux à visée diagnostique, et ceux à visée de dépistage (22,9%) (Item IV.1) ;
- La cohérence entre le dénominateur et le numérateur dans le cas des SHA (20%) (Item II.3).

Figure 2. Bilan par item



³ Le début du suivi des 100 actes a été plus ou moins rapide selon les établissements. Cette raison, associée au rythme de réalisation des actes, fait que certains établissements n'ont pas encore terminé 6 mois après le début de l'enquête le suivi de 100 actes consécutifs. Nous avons dans ces cas extrapolé leur capacité à répondre à une demande qui est, rappelons-le, établie sur une base annuelle.

Tableau 1. Analyse par items

Items	Nom	Pb Identifiés/Analysés (%)
I1	ISO-recueil des RUM (difficulté d'obtention)	45,5
I2	ISO-identification des actes par rapport à leur codage	41,7
III1	VAC-déclinaison du vac par service	25,8
I4	ISO-période de recueil inadaptée pour arriver aux 100 actes	25
IV1	SARM-distinction prélèvements diagnostics/dépistages	22,9
II3	SHA-incohérence num/dénom qd plusieurs secteurs d'activité	20
III5	VAC-incohérence num/dénom	12,9
I5	ISO-autres	12,5
III2	VAC-difficulté de compréhension des données à saisir	10
III3	VAC-incohérence des DDJ OMS/usage en France	10
III6	VAC-autres	9,7
II4	SHA-variabilité stockage commandes sha avant distrib aux services	8,6
II5	SHA-autres	8,6
IV2	SARM-dédoublonnage	8,6
IV3	SARM-incohérence num/dénom qd labo d'analyse externe	7,7
III4	VAC-saisie en UCD	6,7
II1	SHA-liste Prodhybase non exhaustive	5,9
IV4	SARM-autres	2,9
II2	SHA-distribution de certaines SHA par l'économat	2,9

L'analyse des « Reportings » apporte par indicateur les éléments complémentaires suivants.

- Pour l'indicateur ISO :
 - Le contrôle de l'exhaustivité du nombre d'actes inclus, c'est-à-dire la vérification qu'il s'agit bien des 100 actes identifiés sur les RUM et sur la fiche de suivi spécialement conçue, représente une charge de travail très lourde ;
 - Ce contrôle devient impossible lorsque le DIM ne veut pas donner les RUM pour cause de confidentialité, ou par simple refus ;
 - Les incohérences du codage de l'acte au niveau de la fiche décrivant l'acte opératoire suivi et des RUM empêchent de s'assurer de l'exhaustivité chronologique des 100 actes ;
 - Dans certains cas, le choix de l'acte opératoire retenu correspond à une pratique opératoire de faible fréquence (moins de 100 actes par an) ;
 - Lorsque l'acte choisi correspond à une pose de matériel le recueil des données après la sortie du patient est encore plus problématique que dans le cas général (consultation à 30 j mais aussi à 1 an) ;
 - Dans le cas des études RAISIN utilisant la feuille de recueil CCLIN-NORD, il existe un problème de précision sur la phase postopératoire (on ne sait pas si c'est une consultation ou un autre contact, la date du recueil à 30 jours n'est pas clairement précisée).

- Pour l'indicateur VAC :
 - Les difficultés à répertorier par service le volume d'antibiotiques consommés. Les 8 services concernés expriment des difficultés sur la distinction entre secteurs (MCO et SSR principalement), et sur la classification de la réanimation et de la néonatalogie au sein des services MCO ;
 - Dans certains cas, le recueil des données est manuel sans connaissance du stock et d'un découpage analytique par service ;
 - La charge de travail est parfois difficilement assumée par le pharmacien pour la saisie en UCD ;
 - Certains pharmaciens ont rencontré des difficultés pour convertir les grammes en DDD (III4) ;

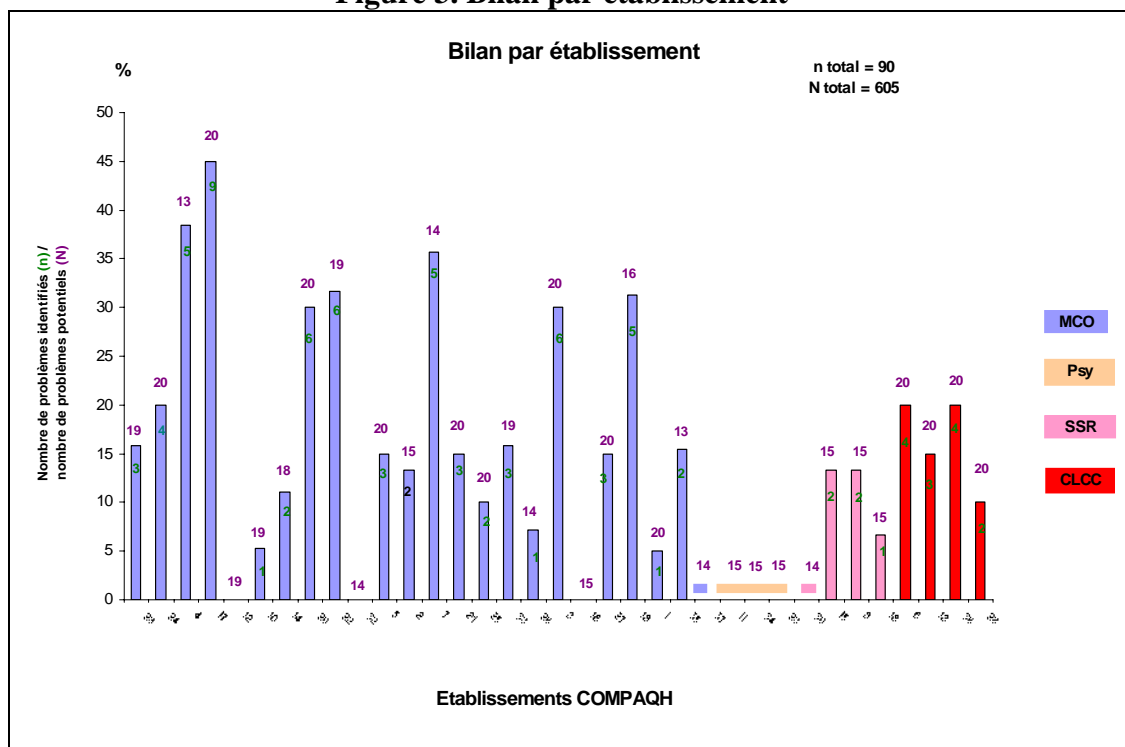
Ces deux derniers points soulignent qu'une certaine adaptation des pratiques est nécessaire pour faire tourner en routine l'indicateur.

- Pour l'indicateur SARM :
 - L'absence de précision dans la feuille de demande du motif du prélèvement (diagnostic/dépistage) nécessiterait de remonter au dossier du patient et/ou d'interroger les prescripteurs de la demande, charge de travail jugée trop lourde dans un exercice en routine.
- Pour l'indicateur SHA :
 - Un produit (Stérilium) est présent dans la liste émise par la SFHH et non sur la liste Prodhabase ;
 - Pour certains établissements il semble plus facile de relever la distribution que la commande ;
 - Des laboratoires pharmaceutiques proposent gratuitement des produits pendant des périodes d'évaluation ce qui perturbe le comptage du numérateur ;
 - Il existe un problème de cohérence numérateur/dénominateur car l'activité ambulatoire est exclue du dénominateur alors qu'elle est incluse au numérateur ;
 - Il existe un problème de stockage des produits qui perturbe le comptage du numérateur.
- Pour les indicateurs SARM et SHA :
 - Il a été difficile dans certains établissements publics d'obtenir les informations nécessaires à la construction du dénominateur (nombre de journées patient).

➤ ANALYSE PAR ETABLISSEMENT

L'analyse par établissement montre une forte variabilité (entre 0 et 45% de problèmes identifiés) (cf. Figure 3). Elle se retrouve inégalement entre les secteurs d'activité : 17,1% en MCO, 16,3% pour les CLCC, 8,5% pour les SSR, 0% pour les Psy. En MCO (24 ES), la médiane est à 15%.

Figure 3. Bilan par établissement



➤ PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

Suite à l'analyse des problèmes rencontrés, plusieurs propositions peuvent être faites pour améliorer la mise en œuvre des indicateurs dans les établissements de santé au moment de leur généralisation. Ces propositions sont de deux ordres :

Au niveau des établissements :

- Proposer aux établissements d'améliorer la compréhension de la demande, et de faire figurer dans les feuilles de demande adressées au laboratoire de microbiologie le motif de la demande (demande à des fins diagnostiques ou de dépistage) ;
- Impliquer plus fortement les services administratifs et gestionnaires à adresser les données nécessaires au dénominateur dans SARM et SHA ;
- Porter une attention toute particulière au choix de l'acte opératoire dans l'indicateur ISO. Celui-ci doit s'établir sur des critères de fréquence, de faisabilité (collaboration du service chirurgical), et de pertinence (suivi d'un acte pour lequel des améliorations sont possibles) ;
- Lors d'une phase d'évaluation de nouveaux produits hydro-alcooliques, la consommation de SHA pourra être incluse s'il y a des éléments de preuve attestant la quantité de produits effectivement donnée à titre gratuit par les entreprises pharmaceutiques ;
- Fixer une règle sur le pourcentage de produits stockés dans le cas de SHA (par exemple, un seuil maximum de stockage pourrait être proposé).

Au niveau des cahiers des charges :

- Revoir la pertinence d'exclure du dénominateur de SHA et SARM les journées d'ambulatoire, d'hospitalisation de semaine et de jour, et les séances ;

- Préciser la définition des services pour harmoniser la ventilation de la consommation d'antibiotiques par service ;
- Revoir la formulation de la demande à visée de dépistage et diagnostique dans le cas de SARM.

II. LA FIABILITE DES DONNEES DE L'ICALIN

➤ ANALYSE PAR ITEMS

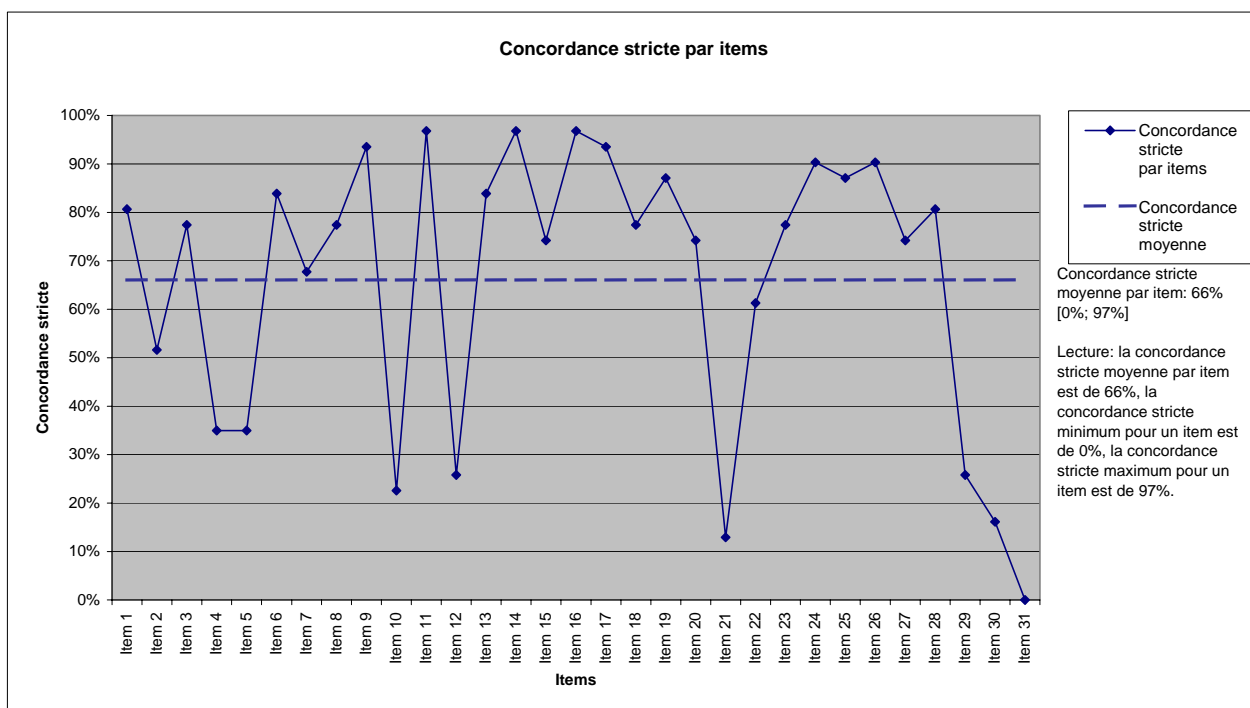
1. Analyse de la concordance stricte :

Il s'agit de comparer les données déclarées et les données COMPAQH.

La concordance stricte moyenne par item est de **66%**.

14 items (n°2, 4, 5, 7, 10, 12, 15, 20, 21, 22, 27, 29, 30, et 31) ont une concordance stricte inférieure à 75%. Ce sont eux qui font l'objet d'une analyse approfondie⁴.

Figure 4. Concordance stricte par item



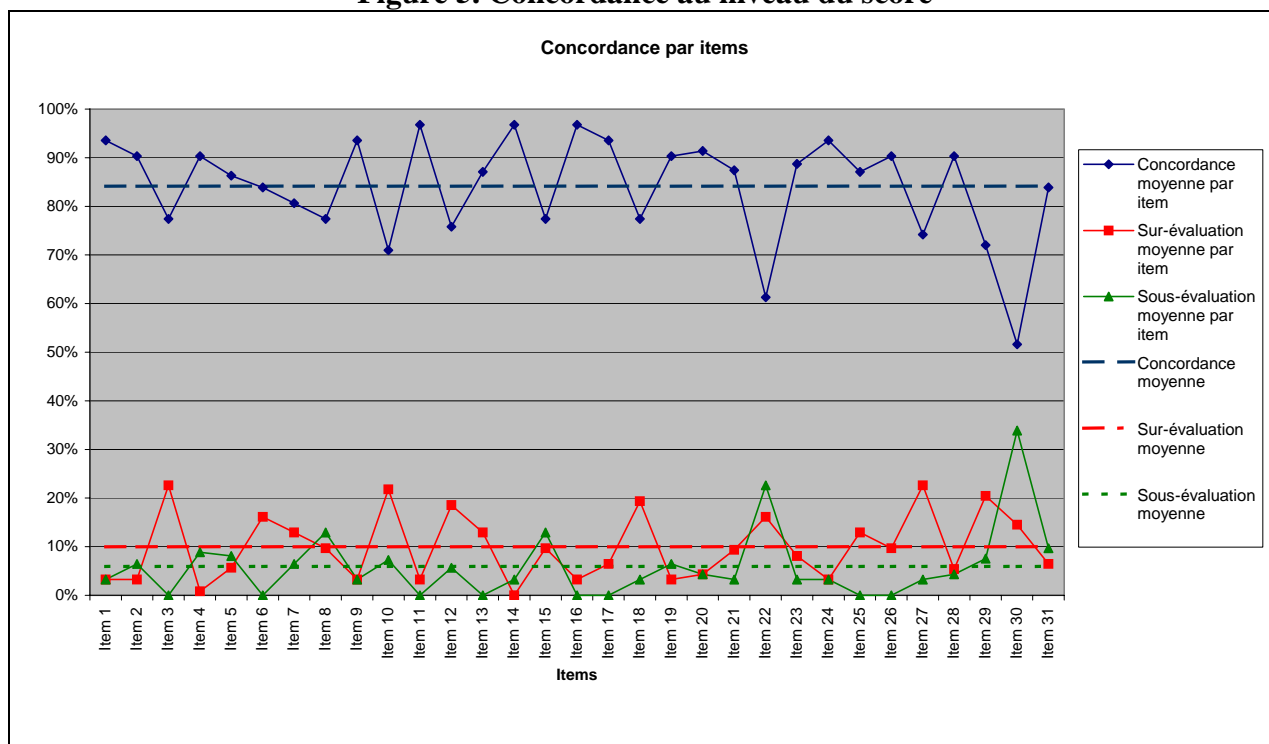
2. Analyse de la concordance au niveau du SCORE :

Il s'agit de comparer les scores obtenus au niveau des données déclarées et des données COMPAQH.

La concordance moyenne des scores par items s'établit à **84%**. La sur-évaluation moyenne est de 10%, et la sous-évaluation de 6%.

⁴ Le libellé exact des items figure en annexe 1 de ce document

Figure 5. Concordance au niveau du score



- 13 items ont une concordance comprise entre 90 et 100% (items n°1, 2, 4, 9, 11, 14, 16, 17, 19, 20, 24, 26, 28) ;
- 8 items une concordance comprise entre 80 et 90% (items n°5, 6, 7, 13, 21, 23, 25, 31) ;
- 8 items une concordance comprise entre 70 et 80% (items n°3, 7, 8, 10, 12, 15, 18, 27, 29), parmi lesquels 3 items ont une concordance comprise entre 70 et 75% (items n°10, 27 et 29) ;
- 1 item a une concordance comprise entre 60 et 70% (items n° 22) ;
- 1 item a une concordance comprise entre 50 et 60% (item n°30).

Par rapport à l'analyse de la concordance stricte on remarque donc :

- Que 6 items (n°10, 22, 27, 29, 30 et 31) ont dans les deux analyses une concordance inférieure à 75% ;
- Que 8 items (n°2, 4, 5, 7, 12, 15, 20 et 21) apparaissent comme étant faiblement concordant au sens strict (inférieur à 75%) mais concordant au niveau du score (supérieur à 75%).

L'analyse fine des 14 items les plus faiblement concordants est présentée en ANNEXE 2. Les six items faiblement concordants au sens strict et au niveau du score sont : Avis sur le programme d'action (10), Protocole de réseau (22), Formation en hygiène pour le personnel de l'établissement (29), Consultation du CLIN pour le programme de formation continue (27), Actions d'évaluation (30), Evaluation des protocoles (31).

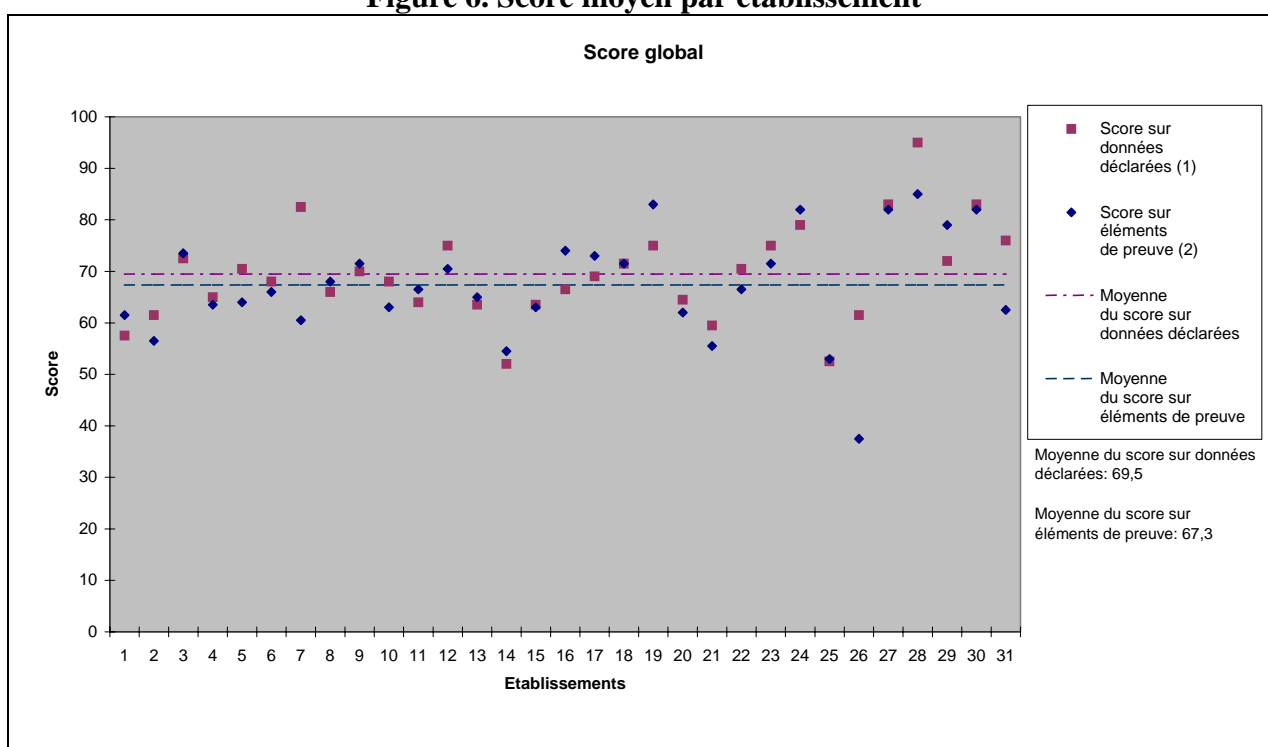
➤ ANALYSE PAR ETABLISSEMENT

1. Variations du score moyen :

Sur les données déclarées, dans l'échantillon, la moyenne du score est de 69,5 (minimum 52, maximum 95). La moitié des établissements ont eu plus de 69. 3,1% des établissements ont un score supérieur ou égal à 95. 0% ont un score inférieur à 52. En comparaison, au niveau de l'échantillon national, la moyenne du score est de 62,9 (minimum 0, maximum 100 ; 2,6% des établissements ont un score supérieur ou égal à 95 ; et 28% des établissements ont un score inférieur à 52).

Sur les données COMPAQH, la moyenne du score est de 67,3 (minimum 37,5 maximum 85). La moitié des établissements ont eu plus de 66,5. 0% ont un score supérieur à 95. 3,1% des établissements ont un score inférieur à 52.

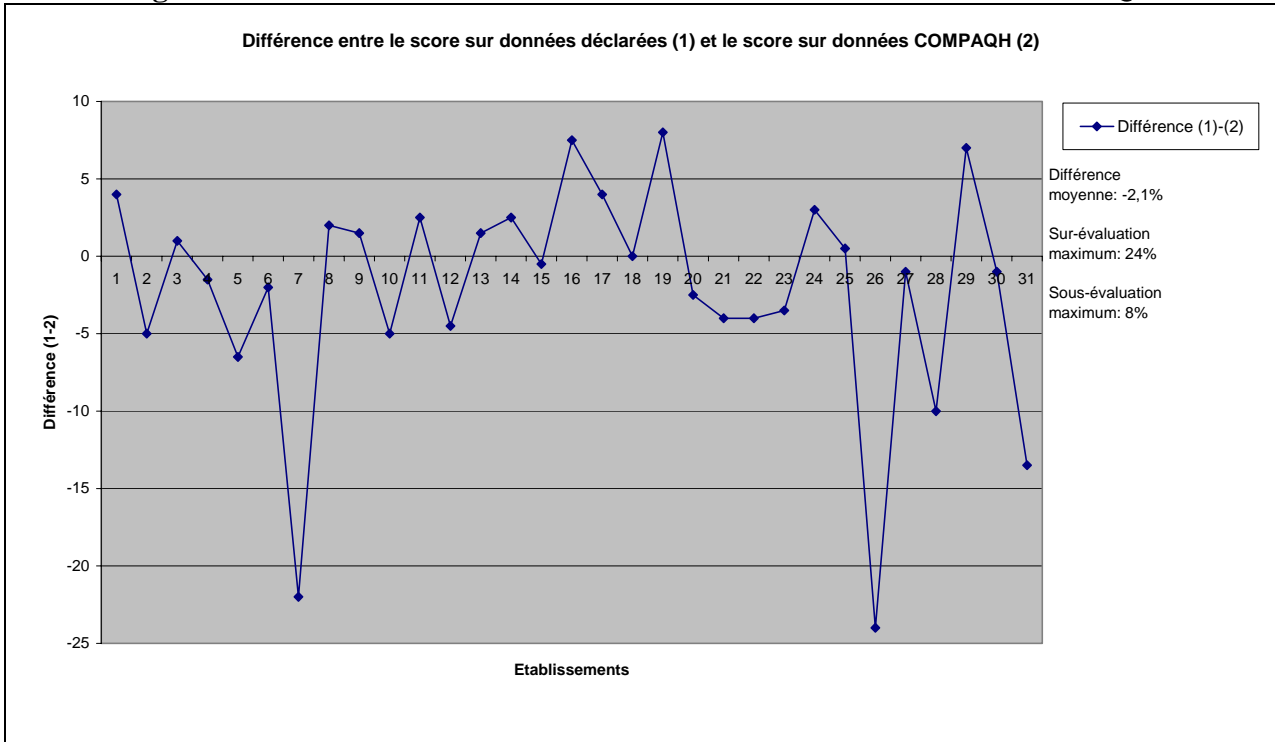
Figure 6. Score moyen par établissement



En passant d'un mode déclaratif à un mode de recueil avec éléments de preuve, en moyenne, le score global diminue -2,1%. Pour un établissement la diminution a été de 24% par rapport au score initial, tandis que le score d'un autre établissement a augmenté de 8%. La moitié des établissements a perdu plus de 1%.

- 3 établissements ont une différence comprise entre +5 et +10 points entre les données déclarées et les données COMPAQH (le score sur éléments de preuve est supérieur de 5 à 10 points pour ceux-là) ;
- 11 établissements ont une différence comprise dans +0 et +5 points ;
- 12 établissements ont une différence comprise entre +0 et -5 points ;
- 2 établissements ont une différence comprise entre -10 et -5 points ;
- 1 établissement a une différence comprise entre -15 et -10 points,
- 2 établissements ont une différence comprise entre -25 et -20 points.

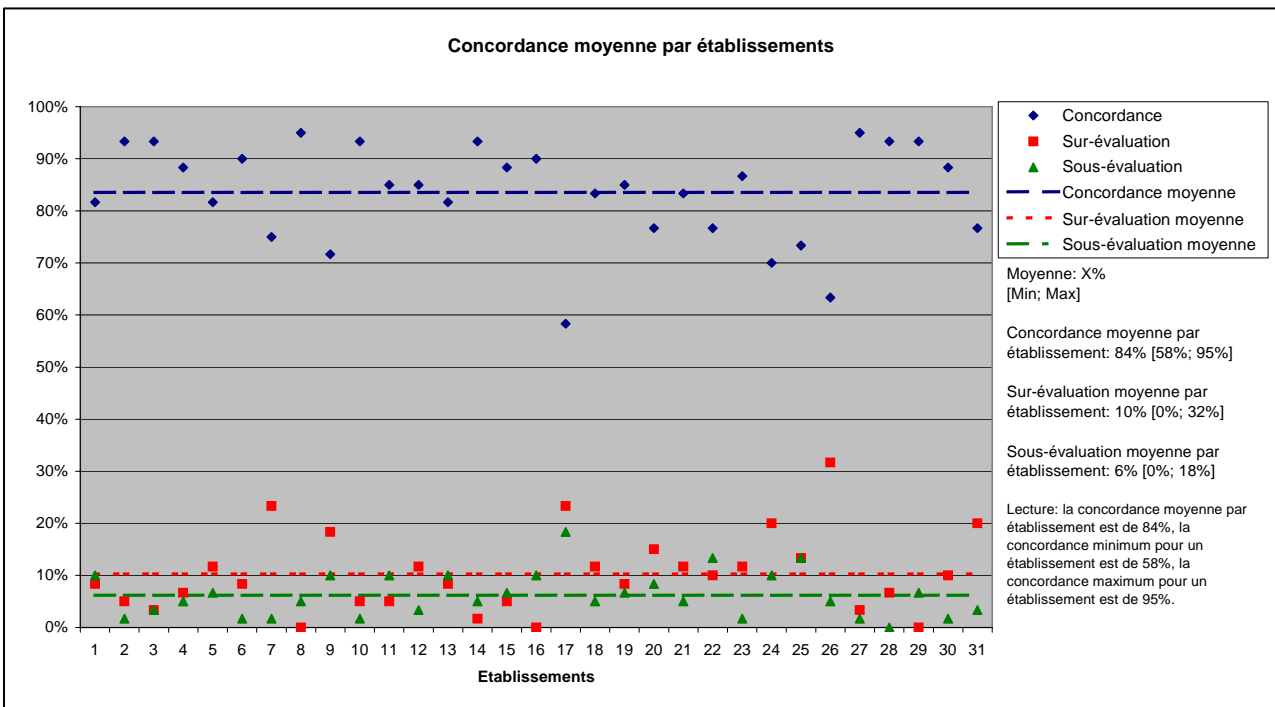
Figure 7. Différences entre les données déclarées et les données COMPAQH



En moyenne, il y a 1,8 item sous-évalué (minimum 0, maximum 6), mais 3,2 sur-évalués par établissement (minimum 0, maximum 10) (le tableau présentant ces données - nombre d'items sous- ou sur-évalués, différence entre le score sur données déclarées et le score sur données COMPAQH - figurent en annexe 2).

2. Analyse de la concordance moyenne par établissement :

Figure 8. Concordance moyenne par établissement



La concordance moyenne par établissement est de 84%. La sur-évaluation moyenne est de 10% tandis que la sous-évaluation moyenne est de 6%.

➤ PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Il faut retenir en synthèse que :

- 14 items ont une concordance stricte inférieure à 75% (items n°2, 4, 5, 7, 10, 12, 15, 20, 21, 22, 27, 29, 30, et 31) ;
- Parmi ces 14 items, la non-concordance a un impact sur le score uniquement pour les items n°10, 22, 27, 29, 30, et 31 (concordance inférieure à 75%). Il s'agit de : Avis sur le programme d'action, Protocole de réseau, Formation en hygiène pour le personnel de l'établissement, Consultation du CLIN pour le programme de formation continue, Actions d'évaluation, Evaluation des protocoles ;
- Il n'existe pas de phénomène de sur-déclaration observé.

L'analyse fine des 6 items dont la concordance stricte et la concordance sur le score sont inférieures à 75% (items n°10, 22, 27, 29, 30, et 31) permet de faire 2 propositions :

- Afin d'éviter une sur-pondération des items faiblement concordants une solution serait de réduire leur implication dans le score global. Néanmoins, il faut noter que seuls les items n°29, 30 et 31 attribuent 2 points ou plus.
- De manière générale les items les moins concordants sont sans doute aussi ceux pour lesquels les éléments de preuve ont été les plus difficiles à retrouver pour l'établissement. Cela peut conduire d'une part à essayer d'affiner la demande des éléments de preuve, d'autre part à attirer l'attention des établissements pour les années futures sur la mise à disposition de ces éléments.

E. CONCLUSIONS

- **Premier point, les établissements de santé du panel COMPAQH montrent en général leur capacité à collecter les données nécessaires aux 4 indicateurs SHA, SARM, ISO, VAC.**

Il existe un taux moyen de 14,9% de problèmes identifiés sur les 35 établissements de santé participants.

Ce constat est encourageant dans la mesure où ces établissements représentent un échantillon hétérogène, renvoyant à des cas de figure différents tant en termes d'activité que de caractéristiques juridiques et structurelles.

Par nature, la majorité des problèmes se concentre sur l'indicateur ISO (32,5%). Les problèmes principaux sont les suivants :

- Pour le taux d'ISO, la difficulté de recueil de l'information concernant la consultation à 30 jours (et à 365 jours en cas de pose de matériel) ;
- Pour le taux d'ISO, la difficulté à vérifier l'exhaustivité entre les actes enregistrés sur les fiches de déclaration de l'ISO et le codage des RUM ;
- Des incohérences entre dénominateur et numérateur sur SHA et SARM liées à l'exclusion de ce même dénominateur de l'hospitalisation ambulatoire et l'hospitalisation de semaine alors que peu d'établissements arrivent à les distinguer, et donc à les exclure, au niveau du numérateur ;
- La difficulté à enregistrer une consommation d'antibiotique par service ;
- La difficulté d'établir le caractère diagnostic ou préventif de la recherche de SARM, faute d'informations précises sur la feuille de demande adressée au laboratoire.

Enfin, notons que la variabilité inter-établissement semble forte (de 0 à 45% de problèmes de faisabilité rencontrés dans les établissements).

- Second point, la fiabilité des données déclarées dans le cas de l'ICALIN est en moyenne bonne.

La concordance au niveau des items entre les données déclarées et les données retraitées après observation des éléments de preuve est de 66%. La concordance au niveau des scores est de 84%.

Aucune pratique de surévaluation systématique des données déclarées n'est observable dans les établissements. Cependant, il faut noter que l'analyse est fondée sur les déclarations établies en 2003, donc sans véritable enjeu.

- Troisième point, afin d'améliorer tant la capacité de mettre en œuvre les quatre premiers indicateurs que la fiabilité des données déclarées dans le cas de l'ICALIN, des propositions sont faites.

Notamment, les 14 des 31 items qui présentent la concordance la plus faible (inférieure à 75%) ont fait l'objet d'une analyse approfondie. 6 apparaissent avoir une concordance au niveau du score inférieure à 75% : Avis sur le programme d'action,

Protocole de réseau, Formation en hygiène pour le personnel de l'établissement, Consultation du CLIN pour le programme de formation continue, Actions d'évaluation, Evaluation des protocoles.

Une à deux réunions avec les groupes de travail concernés afin de statuer sur la prise en compte des modifications proposées devrait permettre d'améliorer la faisabilité de mise en œuvre des indicateurs du tableau de bord. Même si cette question ne devrait pas comporter de difficultés majeures car des procédures de contrôle sont déjà envisagées, il restera également à s'assurer de la fiabilité des données déclarées pour les quatre indicateurs SHA, SARM, VAC et ISO.

D'une manière générale, ces résultats montrent que le développement des indicateurs dans leurs formes actuelles est faisable, moyennant des ajustements. L'indicateur qui pose le plus de difficultés est celui de l'infection du site opératoire.

**ANNEXE 1 : CORRESPONDANCE ENTRE LE NUMERO ET LE
LIBELLE DES ITEMS DE L'ICALIN**

- Item 1 :** Réunions CLIN (O211)
- Item 2 :** Réunions des groupes de travail (O212)
- Item 3 :** Adhésion à un réseau (O221)
- Item 4 :** Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) (M1a1 M12, M13, M14)
- Item 5 :** Correspondants en hygiènes médicaux et paramédicaux (M31, M32)
- Item 6 :** Projet d'établissement (O111)
- Item 7 :** Contrat d'objectifs et de moyens (O112)
- Item 8 :** Livret d'accueil (O131)
- Item 9 :** Elaboration d'un programme d'action (O31)
- Item 10 :** Avis sur le programme d'action (O121)
- Item 11 :** Rapport d'activité (O32)
- Item 12 :** Avis sur le rapport d'activité (O122)
- Item 13 :** Programme de maîtrise des BMR (A22)
- Item 14 :** Comité du médicament (O132)
- Item 15 :** Protocole sur l'antibiothérapie de première intention (A11)
- Item 16 :** Signalement des accidents d'exposition au sang (A21)
- Item 17 :** Protocole de prise en charge des AES (A11)
- Item 18 :** Actions de prévention des AES (A21)
- Item 19 :** Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS) (A11)
- Item 20 :** Protocoles prioritaires (A11)
- Item 21 :** Autres protocoles (A1)
- Item 22 :** Protocole de réseau (O222)
- Item 23 :** Enquête d'incidence ou de prévalence (A23)
- Item 24 :** Surveillance à partir des données du laboratoire (A24)
- Item 25 :** Diffusion des résultats de la surveillance (A25)
- Item 26 :** Programme de formation continue en hygiène hospitalière (O133)
- Item 27 :** Consultation du CLIN pour le programme de formation continue (O223)
- Item 28 :** Formation en hygiène pour les nouveaux professionnels (M21)
- Item 29 :** Formation en hygiène pour le personnel de l'établissement (M22, M23, M24)
- Item 30 :** Actions d'évaluation (A32, A33)
- Item 31 :** Evaluation des protocoles (A31)

**ANNEXE 2 : ANALYSE DU NOMBRE D'ITEMS DISCORDANTS
PAR ETABLISSEMENT ET IMPACT SUR LE SCORE**

Etablissement	Nombre d'items sous-évalués	Nombre d'items sur-évalués	Différence entre les scores
1	6	4	4
2	0	1	-5
3	1	2	1
4	1	2	-1,5
5	1	3	-6,5
6	0	3	-2
7	0	8	-22
8	3	0	2
9	2	5	1,5
10	1	1	-5
11	3	2	2,5
12	1	5	-4,5
13	2	2	1,5
14	1	0	2,5
15	2	1	-0,5
16	3	0	7,5

Etablissement	Nombre d'items sous-évalués	Nombre d'items sur-évalués	Différence entre les scores
17	4	6	4
18	2	2	0
19	1	2	8
20	4	4	-2,5
21	1	7	-4
22	3	4	-4
23	0	2	-3,5
24	2	7	3
25	5	6	0,5
26	3	10	-24
27	1	2	-1
28	0	1	-10
29	2	0	7
30	0	3	-1
31	1	6	-13,5

ANNEXE 3 : ANALYSE DES ITEMS LES MOINS CONCORDANTS

Il s'agit des 14 items pour lesquels la concordance stricte peut être jugée faible (inférieure à 75%) : les items n°2, 4, 5, 7, 10, 12, 15, 20, 21, 22, 27, 29, 30, et 31.

Item n°2 : Réunions des groupes de travail.

Cet item s'intéresse au nombre de réunions de groupes de travail qui eurent lieu en 2003. Il est valorisé entre 0 et 4 points : 0 s'il n'y a pas eu de réunion, 1 s'il y a eu moins de réunions de groupes de travail que de réunions plénières et 4 s'il y a eu plus de réunions de groupes de travail que de réunions plénières. Cet item fait donc intervenir aussi la réponse apportée à la question précédente sur le nombre de réunions plénières du CLIN durant l'année 2003.

On peut analyser la concordance stricte de cet item à partir des réponses faites à propos des réunions plénières du CLIN et des réunions de groupes de travail. Les premières sont strictement concordantes à 82% tandis que les secondes le sont uniquement à 52%.

Il semblerait que les établissements aient des difficultés à rassembler les éléments de preuve concernant les réunions de groupes de travail.

Néanmoins, cette différence n'a que peu d'impact sur la valorisation de cet item, puisque sur données déclarées ou sur données COMPAQH celui-ci reste le même dans 90% des cas.

Item n°4 : Equipe opérationnelle d'hygiène

Libellé de l'item :

Indiquer le nombre d'équivalents temps plein (ETP) spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales et intervenant au sein de l'établissement :

Consignes de remplissage :

NE COMPTER QUE LE PERSONNEL DEDIE A LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES, à l'exclusion de tout autre personnel.

Si ce personnel partage son temps, au sein de l'établissement, avec d'autres activités, ne compter que la part consacrée à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si ce personnel est partagé avec d'autres établissements associés, ne compter que la part consacrée au sein de votre établissement.

Valorisation :

La valorisation 6 sera accordée aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

La valorisation 6 sera accordée aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

Deux points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux et le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements dont les ETP techniciens, bio-hygiénistes ou de secrétaires spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

Eléments de preuve :

Organigramme ou composition avec ETP ou fiches de postes avec mention de l'EOH validé(e)(es) par la Direction.

Source de données :

Direction.

Analyse :

Cet item fait donc intervenir un nombre de variables important, et la comparaison stricte est très discriminante (19% de concordance stricte).

On peut l'analyser à partir des réponses faites pour chacune des catégories :

- les ETP médecins sont concordants strictement à 74% (c'est à dire que le nombre d'ETP médecins est exactement le même sur données déclarées et sur données COMPAQH dans 74% des cas),
- les ETP pharmaciens sont concordants strictement à 74%,
- les ETP cadres infirmiers sont concordants strictement à 84%,
- les ETP infirmiers non cadres sont concordants strictement à 65%,

les ETP techniciens sont concordants strictement à 94%,

les ETP secrétaires sont concordants strictement à 77%,

les ETP autres personnels sont concordants strictement à 94% (cette information est donnée à titre indicatif car la réponse à cette variable n'intervient pas dans l'item lui-même).

Pour approfondir l'analyse (notamment pour permettre d'évaluer le sens et l'ampleur des discordances), nous indiquons, dans le tableau ci-dessous, la différence minimum, maximum, la valeur du 1^{er} quartile, la moyenne, l'écart-type et la concordance stricte moyenne pour chacune des 7 variables ci-dessous.

	Différence ETP médecins	Différence ETP pharmaciens	Différence ETP cadres infirmiers	Différence ETP infirmiers	Différence ETP tech biohygiéniste	Différence ETP secrétaires	Différence ETP autre pers
Minimum	-1,2	-0,6	-1	-0,9	-0,45	-4,59	-1
Maximum	0	1	0	2	0	0,5	0
1er quartile	-0,1	0	0	0	0	0	0
Moyenne	-0,16	0	-0,13	0,04	-0,02	-0,13	-0,03
Ecart-type	0,33	0,25	0,31	0,49	0,09	0,84	0,18
Concordance stricte moyenne	74%	74%	84%	65%	94%	77%	94%

Néanmoins, la différence entre les données déclarées et les données COMPAQH ne joue pas beaucoup au niveau du score. Entre les données déclarées et les données COMPAQH :

- le nombre de points est le même dans 90% des cas pour les 6 points que rapportent les ETP médecins et pharmaciens,
- le nombre de points est le même dans 90% des cas pour les 6 points que rapportent les ETP cadres et infirmiers,
- le nombre de points est le même dans 90% des cas pour les 6 points que rapportent les ETP médecins et pharmaciens,
- le nombre de points est le même à 94% des cas pour les 2 points supplémentaires accordés lorsqu'il y a simultanément ETP médecins/pharmaciens et ETP cadres/infirmiers,
- le nombre de points est le même dans 87% des cas pour les 2 points accordés s'il y a des ETP bio-hygiénistes ou secrétaires.

Au total, la concordance basée sur le nombre de points du score est de 90% pour cet item.

Item n°5 : Correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène

Libellé de l'item :

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		I _ I _ I _ I
Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants en hygiène ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	au moins un correspondant médical	I _ I _ I services
	au moins un correspondant paramédical	I _ I _ I services

Consignes de remplissage :

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans 0 service.

La valorisation 0 sera accordée aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans 0 service.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

Un point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

Un point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

Eléments de preuve :

Liste des membres validée par la direction, la direction des soins ou le président de CME.

Source de données :

Direction , Direction des Soins ou Président de CME.

La concordance stricte de cet item est de 35%, celle-ci s'explique par :

- une concordance stricte de 52% concernant le nombre total de services,
- une concordance stricte de 100% pour la réponse à la question "Existe-t-il des correspondants en hygiène?",
- une concordance stricte de 68% pour le nombre de services avec au moins un correspondant médical,
- une concordance stricte de 55% pour le nombre de services avec au moins un correspondant paramédical.

Au niveau du nombre de points accordés :

- pour les 3 points concernant un correspondant médical, la concordance est vérifiée dans 81% des cas,
- pour les 3 points concernant un correspondant paramédical, la concordance est vérifiée dans 97% des cas,
- pour le point supplémentaire concernant le nombre de services avec un correspondant médical, la concordance est vraie dans 84% des cas,

- de même pour le nombre de services avec un correspondant paramédical.

Au total la concordance basée sur le nombre de points du score est de 86% pour cet item.

Item n°7 : Contrat d'objectifs et de moyens

Libellé de l'item :

L'établissement a-t-il signé un <i>Contrat d'Objectifs et de Moyens</i> (COM) avec l'ARH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, Le COM signé avec l'ARH définit-il des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH, ou ayant signé un COM avec l'ARH n'y définissant pas des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH, en y définissant des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Éléments de preuve :

Extrait du contrat d'objectif et de moyens.

Source de données :

Direction.

Analyse :

La concordance stricte de cet item est de 68%. Celle-ci s'explique par :

- une concordance stricte de 87% concernant la signature d'un COM avec l'ARH,
- une concordance stricte de 68% pour la définition à l'intérieur du COM d'objectifs et de moyens en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Au niveau du nombre de points accordés la concordance est de 81%. On peut donc penser que les réponses apportées en déclaratif et sur la base des éléments de preuve, ont souvent été différentes, mais que les modifications faites n'ont pas eu beaucoup d'impact sur le score.

Item n°10 : Avis sur le programme d'action

Libellé de l'item :

En 2003, un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, ce programme d'action a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) (secteur public uniquement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) (ou équivalent dans le secteur privé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, ou ayant un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis que d'une seule ou d'aucune instance (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles).

La valorisation 1 sera accordée à l'établissement ayant un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH, lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles).

Eléments de preuve :

Compte-rendus des instances (CME, CSSI, CA, CHSCT ou équivalents de chacune d'entre elles) où est notifié l'avis, ou éventuellement le Procès-verbal des séances au cours desquelles les programmes ont été examinés si aucune instance n'a émis un avis.

Source de données :

Direction.

Analyse :

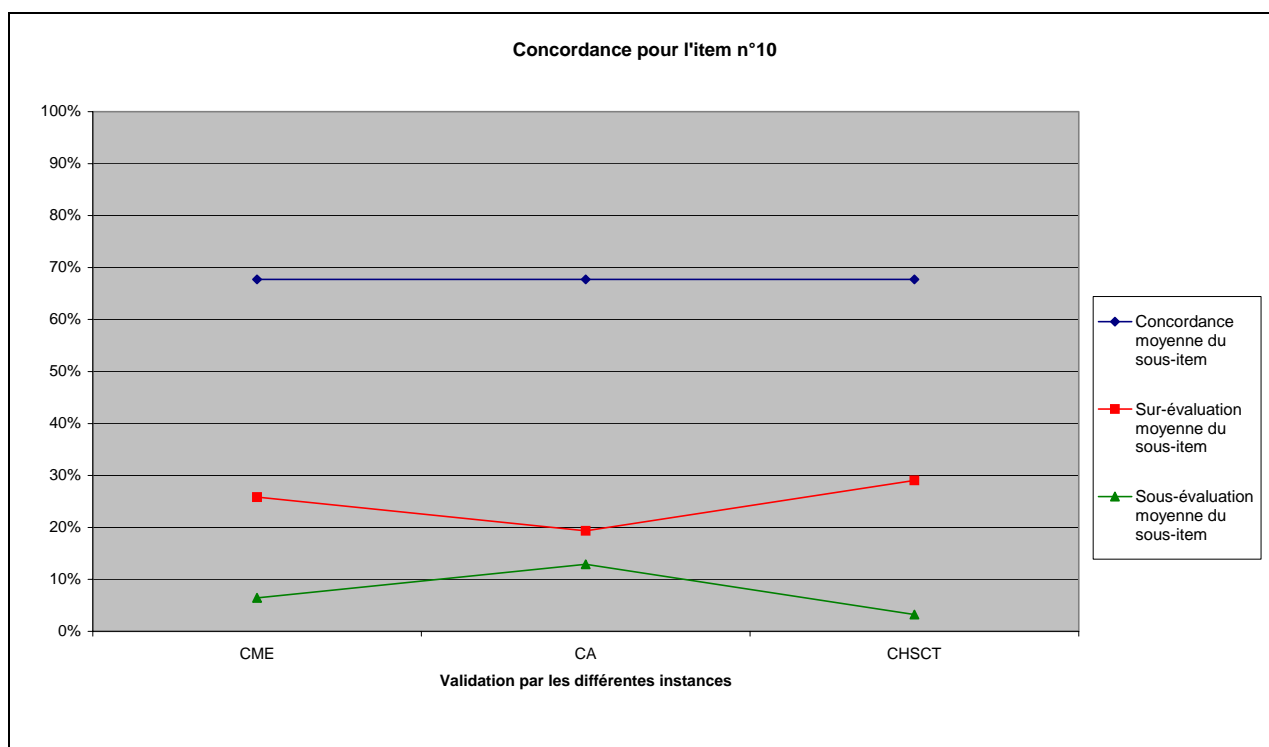
La concordance stricte est faible (de l'ordre de 35%), sans doute à cause :

du nombre élevé de variables que fait intervenir l'item (existence d'un programme d'action, avis de la CME, du CA, du CHSCT).

d'une concordance stricte assez faible au niveau de chaque variable (la variable "existence d'un programme d'action" a une concordance stricte de 94%, "l'avis de la CME" une concordance stricte de 68%; "avis du CA", concordance stricte de 61% et "l'avis du CHSCT" concordance stricte de 65%)

Au niveau du score, les réponses qui influent sont à parts égales celles concernant le CA, CHSCT et la CME (concordance de 68%).

La sous-évaluation pour chacun des sous-items est du même ordre qu'au niveau global (entre 3 et 13% au lieu de 6%), tandis que la surévaluation est supérieure à la moyenne globale (entre 13 et 26% au lieu de 10%).



Item n°12 : Avis sur le rapport d'activité

Libellé de l'item :

Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente (2002), a-t-il été élaboré par le CLIN ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, ce programme d'action a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (ou équivalent dans le secteur privé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN, ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN, celui-ci n'a été soumis

à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

La valorisation 0,5 sera accordée à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente (2002) élaboré par le CLIN, lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 instances (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

Eléments de preuve :

Compte-rendus des instances (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles) où est notifié l'avis.

Source de données :

Direction.

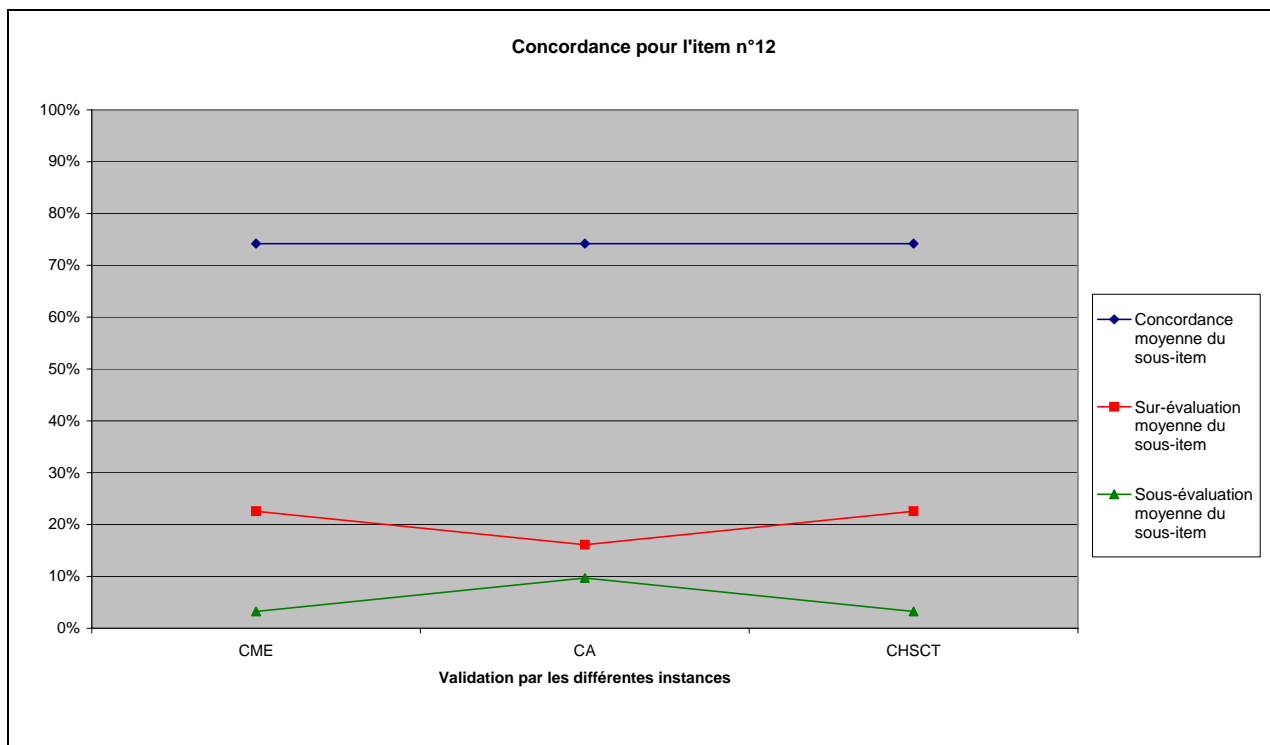
Analyse :

La concordance stricte est faible (de l'ordre de 48%) sans doute à cause :

du nombre élevé de variables que fait intervenir l'item (existence d'un rapport d'activité, avis de la CME, du CA, du CHSCT).
d'une concordance stricte assez faible au niveau de chaque variable (la variable "existence d'un programme d'action" a une concordance stricte de 97%, "l'avis de la CME" une concordance stricte de 71%; "avis du CA", concordance stricte de 68% et "l'avis du CHSCT" concordance stricte de 74%)

Au niveau du score, les réponses qui posent problèmes sont à parts égales celles concernant le CA, CHSCT et la CME (concordance de 74%).

La sous-évaluation pour chacun des sous-items est du même ordre qu'au niveau global des 31 items (entre 3 et 10% au lieu de 6%), tandis que la surévaluation est supérieure à la moyenne globale (entre 13 et 23% au lieu de 10%).



Item n°15 : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Libellé de l'item :

Existe-t-il des protocoles ⁽¹⁾ sur l'antibiothérapie de première intention ⁽²⁾ dans les principales infections ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, ont-ils été évalués en 2003 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Consignes de remplissage :

(1) Réalisés ou validés par le CLIN, l'EOH ou le comité du médicament, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

(2) Il s'agit de la prescription d'antibiotiques à usage curatif avant ou en absence d'antibiogramme ou de documentation bactériologique.

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements où il n'existe pas de protocole sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

La valorisation 2 sera accordée aux établissements où il existe des protocoles sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

Eléments de preuve :

Protocole d'antibiothérapie daté et validé par le CLIN ou compte-rendu du CLIN dans lequel le protocole a été validé.

Source de données :

Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

Analyse :

La concordance stricte globale est de 74% et la concordance au niveau du score de 77%, la sur-évaluation moyenne est de 10% et la sous-évaluation moyenne de 13%.

Item n°20 : Protocoles prioritaires**Libellé de l'item :**

Thèmes des protocoles	Protocoles existants	Application évaluée en 2003
1) Hygiène des mains		
2) Précautions "standard"		
4) Sondage urinaire		

Valorisation :

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 0 sera accordée aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 2 sera accordée aux établissements si le protocole existe.

Eléments de preuve :

Protocoles datés et validés par l'EOH, le CLIN ou le président du CLIN.

Source de données :

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

Analyse :

La concordance stricte globale est de 74% (97% de concordance stricte pour le protocole sur l'hygiène des mains, 81% de concordance stricte pour le protocole sur les précautions standards, et 87% de concordance stricte pour le protocole sur le sondage urinaire). La concordance au niveau du score global est de 91% (97, 87 et 90% de concordance pour chacun des protocoles).

Item n°21 : Autres protocoles

Libellé de l'item :

Thèmes des protocoles	Protocoles existants	Application évaluée en 2003
5) Dispositifs intra-vasculaires		
8) Techniques d'isolement		
10) Escarres		
11) Pansements		
12) Antiseptiques		
13) Désinfectants		
14) Traitement des dispositifs médicaux (endoscopes, matériel médico-chir., ..)		
15) Entretien des locaux		
16) Elimination des déchets		
17) Circuit du linge		

Valorisation :

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 0 sera accordée aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque thème concernant les protocoles, la valorisation 0,5 sera accordée aux établissements si le protocole existe.

Eléments de preuve :

Protocoles datés et validés par l'EOH, le CLIN ou le président du CLIN.

Source de données :

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

Analyse :

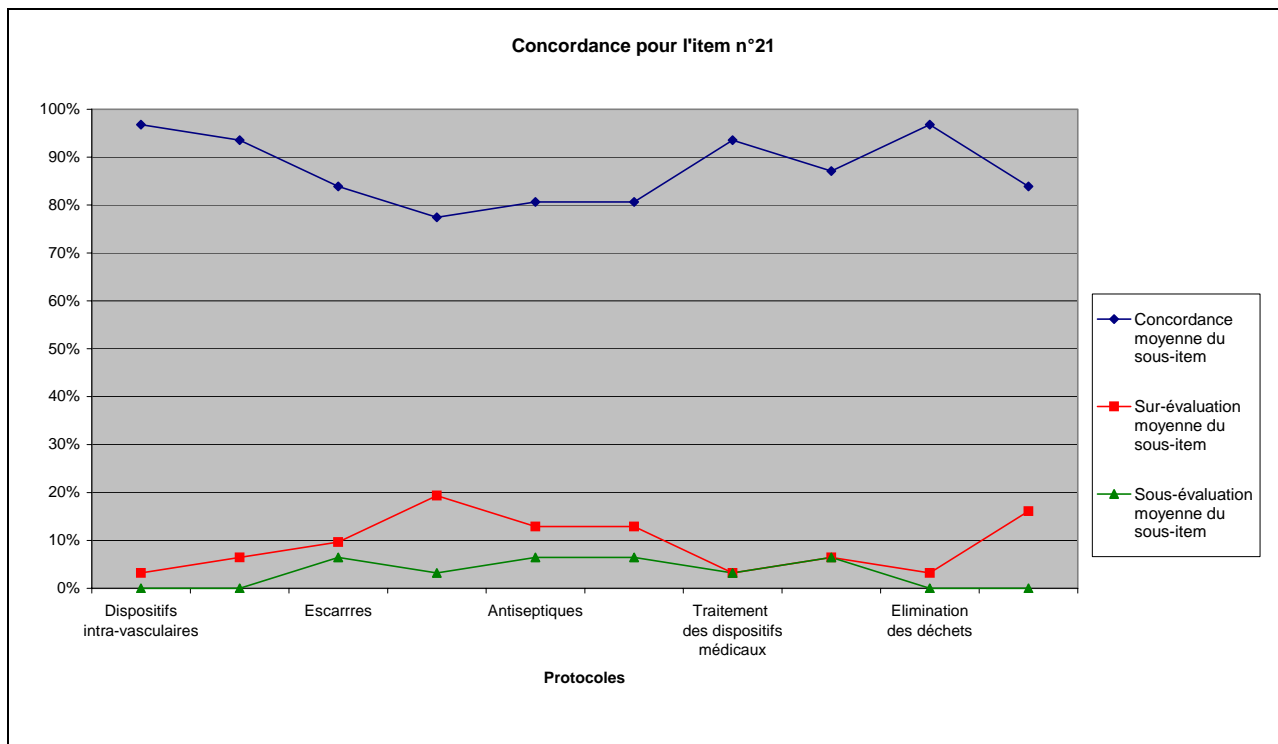
La concordance stricte globale est faible (13%) en raison du nombre élevé de variable (10 au total, 1 par protocole) :

- 2 protocoles ont une concordance stricte inférieure à 50% (protocole sur les escarres, concordance stricte de 26% et protocole sur les pansements, concordance stricte de 48%),
- 2 protocoles ont une concordance stricte comprise entre 50 et 60% (protocole sur les antiseptiques, concordance stricte de 58%, protocole sur les désinfectants, concordance stricte de 58%),
- 1 protocole a une concordance stricte comprise entre 70 et 80% (protocole sur le circuit du linge, concordance stricte de 61%),

- 2 protocoles ont une concordance stricte comprise entre 80 et 90% (protocole sur les traitements des dispositifs médicaux, concordance de 87%, protocole sur l'entretien des locaux, concordance de 87% et protocole sur l'élimination des déchets, concordance de 84%),
- 1 protocole a une concordance stricte supérieur à 90% (protocole sur les techniques d'isolement, concordance stricte de 94%).

Au niveau du nombre de points rapportés, la concordance est relativement bonne (comprise entre 77 et 97%, en moyenne 87%).

La sous-évaluation pour chacun des sous-items est inférieure en moyenne à celle du niveau globale (3% au lieu de 6%), de même pour la sur-évaluation (9% au lieu de 10%).



Item n°22 : Protocole de réseau

Libellé de l'item :

Un ou plusieurs de ces protocoles ont-ils été réalisés ou évalués à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau (CCLIN, réseau régional d'hygiène ...) ?

Oui Non

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas réalisé ou évalué un de ces protocoles à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant réalisé ou évalué un de ces protocoles à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau.

Eléments de preuve :

Un des protocoles comprend des référentiels au réseau ou une évaluation utilisant les outils mis à disposition par le réseau.

Source de données :

Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

Analyse :

La concordance stricte est de l'ordre de 61%. Au niveau du nombre de points, cet item apparaît plus souvent sous-évalué que sur-évalué: la concordance est de 61%, la sur-évaluation est de l'ordre de 16% tandis que la sous-évaluation est de 23%.

Item n°27 : Consultation du CLIN pour le programme de formation continue**Libellé de l'item :**

Un programme de formation continue en hygiène hospitalière a-t-il été inscrit en 2003 dans le plan de formation de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, le CLIN a-t-il été consulté ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation de l'établissement, ou ayant inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation continue en hygiène hospitalière sans avoir consulté le CLIN.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant inscrit un programme de formation continue en hygiène hospitalière en 2003 dans le plan de formation de l'établissement en ayant consulté le CLIN.

Eléments de preuve :

Compte-rendu du CLIN où est présenté le plan de formation continue en hygiène hospitalière.

Source de données :

Directeur ou Président de CLIN.

Analyse :

La concordance stricte est de l'ordre de 74% (90% de concordance stricte pour l'inscription d'un programme de formation continue en hygiène hospitalière dans le plan de formation de l'établissement, 74% de concordance stricte pour la consultation du CLIN). Au niveau du nombre de points, cet item apparaît assez nettement sur-évalué (à 23%). La concordance est de 74% et la sous-évaluation de 3%.

Item n°29 : Formation en hygiène pour le personnel de l'établissement

Libellé de l'item :

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année 2003 par le personnel de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I
Personnels infirmiers	I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I
Autres personnels permanents	I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant formé aucun médecin, pharmacien, personnel infirmier ou tout autre personnel permanent au cours de l'année 2003.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de l'année 2003.

La valorisation 3 sera accordée aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de l'année 2003.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant formé au moins 1 personne autre personnel permanent.

Eléments de preuve :

Programme de formation ou rapport de la Formation Continue.

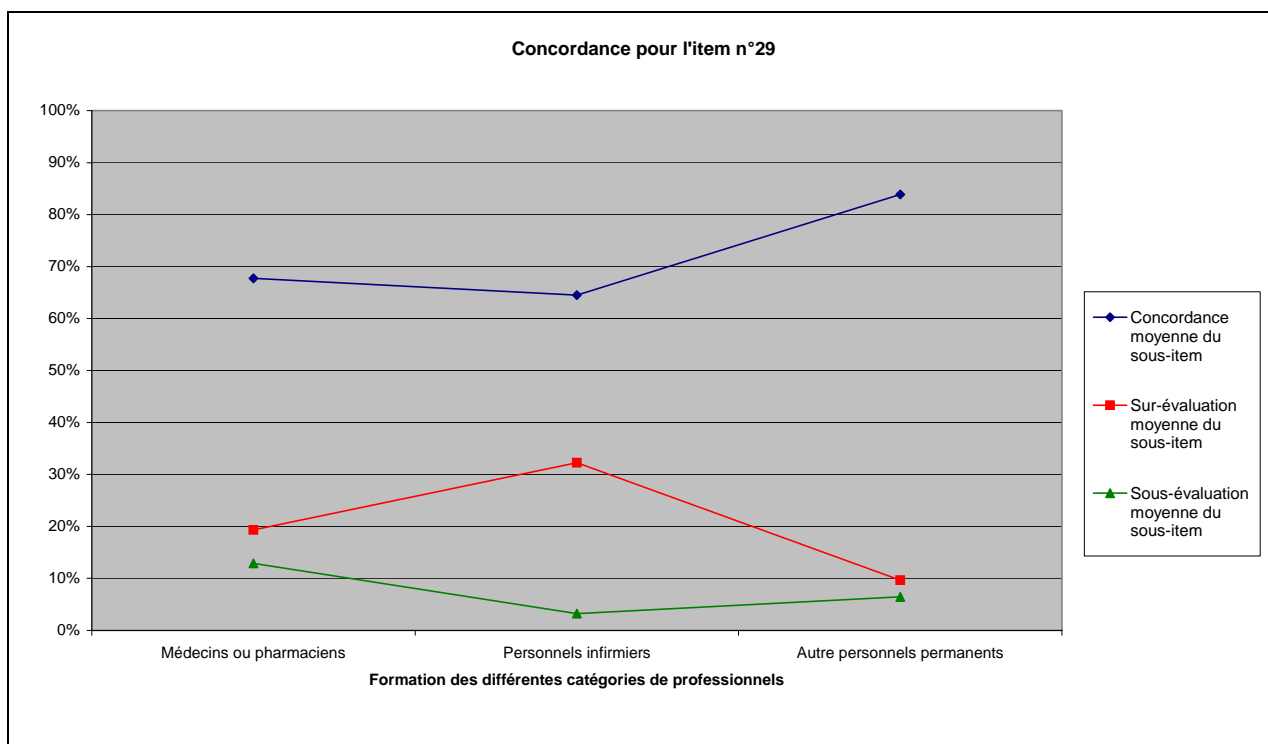
Source de données :

Directeur ou service formation.

Analyse :

La concordance stricte de cet item est faible (26%). Concernant les variables qui composent l'item, la concordance stricte est toujours inférieure à 50% (concernant le nombre de médecins ou pharmaciens formés, la concordance stricte est de 48%; pour le personnel infirmier elle est de 42% et pour les autres personnels, de 39%).

La concordance au niveau du nombre de points dans le score s'établit à 72%. La formation de "Autres personnels permanents" semble assez bien déclarée puisque la concordance est de 84%. Les éléments de preuve proposés semblent donc être corrects (du moins pour cette catégorie de professionnels). Par contre, la formation des médecins/pharmaciens et des personnels infirmiers est inférieure à la moyenne (68% et 65%) mais dans le premier cas la sur-évaluation est moins importante que dans le second cas (19 contre 32%).



Item n°30 : Actions d'évaluation

Libellé de l'item :

Des actions d'évaluation ont-elles été menées durant l'année 2003 (en dehors des évaluations de l'application des protocoles déjà signalées) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, Y a-t-il eu des audits de pratiques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il eu d'autres actions d'évaluation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Valorisation :

La valorisation 0 sera accordée aux établissements n'ayant pas mené d'action d'évaluation durant l'année 2003 (en dehors des évaluations de l'application des protocoles déjà signalées).

La valorisation 2 sera accordée aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année 2003.

La valorisation 1 sera accordée aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année dont un audit de pratique.

Eléments de preuve :

Résultats d'évaluation – Compte rendu de l'évaluation, Compte rendu d'audit ou rapport d'audit.

Source de données :

Directeur, Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

Analyse :

La concordance stricte de cet item est faible (16%), et la concordance au niveau du score global un peu plus élevée (52%). De manière plus précise, dans 58% des cas 2 points ont été accordés sur la base des données déclarées comme sur la base des données COMPAQH, mais dans seulement 45% des cas 1 point supplémentaire sur la base des données déclarées comme sur la base des données COMPAQH concernant la pratique d'au moins un audit clinique.

Item n°31 : Evaluation des protocoles**Libellé de l'item :**

Cet item complète les items précédents n°15, 20 et 21.

Valorisation :

La valorisation 2 sera accordée aux établissements qui auront réalisé l'évaluation durant l'année 2003 d'au moins un des protocoles des items n°15, n°20 et n°21.

Eléments de preuve :

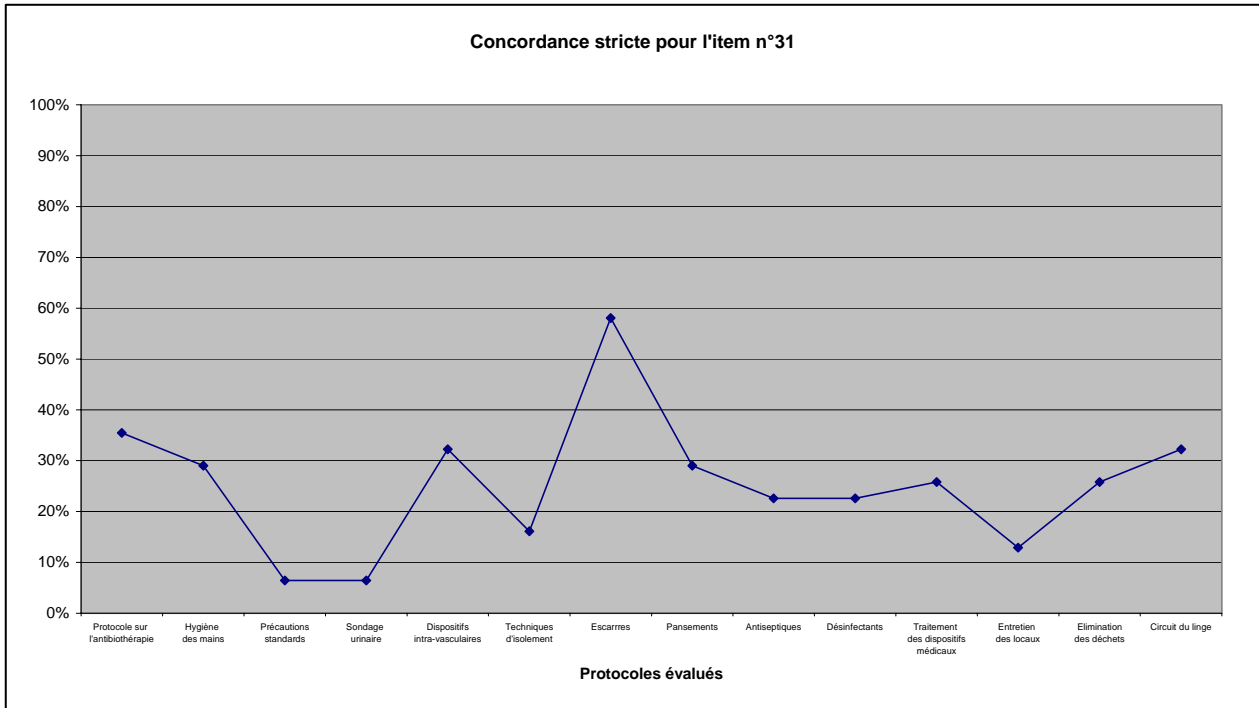
Résultats d'évaluation – Compte rendu de l'évaluation, Compte rendu d'audit ou rapport d'audit.

Source de données :

Directeur, Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou à défaut le président du CLIN.

Analyse :

Pour chacun des protocoles, la concordance stricte est comprise entre 6 et 58%.



Pour autant, l'impact sur le score de la différence entre les réponses déclarées et les réponses COMPAQH est assez faible : le score est identique dans 74% des cas, sur-évalué dans 19% des cas et sous-évalué dans 6% des cas.