

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (ICALIN)

VOS QUESTIONS, NOS REPONSES

Le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales

Chaque établissement de santé doit établir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini par un texte réglementaire.

Ce document comporte de nombreux points décrivant dans le détail la manière dont la LIN est organisée en pratique dans l'établissement.

Ce bilan est public ; il peut être consulté sur demande par tous dans l'établissement ; toutefois ce document assez complexe ne permet d'avoir une idée de la situation d'un établissement que pour les spécialistes avertis. Cette consultation est donc peu fréquente.

Chaque année les établissements effectuent une saisie informatique des données de ce bilan, qui sont ensuite analysées à différents niveaux puis regroupées au Ministère de la santé.

Cette démarche s'impose à tous les établissements de santé.

Qu'est ce que le score ICALIN ?

Un groupe d'experts a été constitué par le ministère et a déterminé les points de ce bilan jugés les plus importants pour la LIN.

Ainsi 31 critères du bilan standardisé ont été sélectionnés, certains ayant un poids

(points) plus important que d'autres (cf. encart) ; ils ont été regroupés selon 3 chapitres d'importance égale : organisation, moyens et actions.

L'addition de tous ces critères permet de construire un Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : l'ICALIN.

L'organisation de la LIN dans l'établissement, en premier lieu, est reflétée surtout par l'activité du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), son programme et le bilan des activités de LIN, et la manière dont les différentes instances consultatives de l'établissement sont tenues informées à ce sujet.

Les moyens de LIN dans l'établissement, en deuxième lieu, avec en priorité la composition de « l'équipe opérationnelle d'hygiène » (EOH) chargée de la prévention des infections mais aussi l'existence de correspondants en hygiène chargés de relayer l'action de cette équipe au sein des services.

Enfin, **les actions de LIN** menées dans l'établissement constituent le dernier chapitre : mise en place des protocoles de bonnes pratiques, surveillance des infections et évaluation de la qualité des soins.

L'addition des points de ces 31 critères, conduit à un score total qui peut atteindre 100 points au maximum : c'est le score ICALIN.

L'ICALIN, c'est une note sur 100 et une classe de performance de A à E.

D'autres pays, comme la Grande-Bretagne utilisent des scores similaires pour de servir d'indicateur de qualité en matière

de LIN, qui sont également diffusés aux usagers.

Ce score est calculé automatiquement par le Ministère de la santé, pour chaque établissement, à partir des données des bilans standardisés.

Comment analyser le score ICALIN ?

Chaque année, chaque établissement peut donc être caractérisé par une note sur 100 qui résume la manière dont la LIN est organisée en son sein.

Toutefois, les différents établissements de santé ont en France des missions, une taille et des activités très différentes, depuis les établissements de référence, réalisant des soins lourds et complexes jusqu'aux établissements de proximité assurant les soins courants.

Il est donc indispensable, pour pouvoir situer la place d'un établissement en particulier, de le comparer aux autres établissements ayant des missions, une taille et des activités similaires. Ainsi, 11 catégories d'établissements similaires ont été définies.

Au sein de chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 5 classes de performance ICALIN de A à E :

- la classe A est composée de 10% d'établissements : ceux ayant les scores ICALIN les plus élevés en 2003. **Ce sont les structures les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ;**
- la classe E réunit 10% d'établissements : ceux ayant les scores ICALIN les moins élevés en 2003. Ce sont les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux.

Les classes B, C et D correspondent à des établissements en situations intermédiaires.

Ce système de classes repose sur des études statistiques classant les établissements d'une catégorie selon leur score ICALIN. Ce principe a déjà été utilisé dans les établissements de santé du Royaume-Uni.

Les bornes des classes sont différentes selon les catégories d'établissements.

Par exemple, pour la catégorie des « centres hospitaliers de plus de 300 lits », les établissements de la classe A (scores les plus élevés) ont des scores compris entre 96 et 100. Pour la catégorie des « Cliniques MCO de plus de 100 lits », les établissements de cette même classe A ont des scores compris entre 90 et 100.

Autre exemple : la classe E (scores ICALIN les plus bas) correspond pour les « centres hospitaliers de plus de 300 lits » à un score compris entre 0 et 67,65 et pour les « Cliniques MCO de plus de 100 lits », à un score compris entre 0 et 52,5.

Les bornes des classes ainsi définies ont été établies à partir des données des bilans 2003 (avant le lancement du tableau de bord) ; elles seront conservées pour le classement 2004 et les années suivantes, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre : qu'il s'agisse d'une progression ou d'un recul (cf. annexe).

Comment utiliser le résultat du score ICALIN ?

L'affichage du score ICALIN par l'établissement de santé vise à montrer son état d'avancement de la mise en place de la LIN. Il valorise les établissements les plus impliqués et incite les autres à progresser.

Il donne aussi une vue régionale des actions menées ces dernières années dans ce domaine : les ARH pourront ainsi envisager les mesures à prendre pour accompagner les établissements les plus en retard.

L'objectif de ce premier indicateur est d'inciter tous les établissements à finaliser la mise en place d'un dispositif efficace de lutte contre les infections nosocomiales.

Il permet aussi un suivi dans le temps et des comparaisons **entre établissements de même catégorie**, facteurs d'amélioration de la qualité.

Le score ICALIN : et ensuite ?

La diffusion du score ICALIN est une première réponse, symboliquement très importante, à la demande légitime des usagers d'information et de transparence.

Il propose une première vision objective de la façon dont les établissements de santé en France ont pris en compte la prévention des infections nosocomiales : moyens spécifiquement alloués, volonté des responsables, et implication des professionnels.

L'ICALIN concerne tous les établissements de santé, publics et privés.

Cette première étape résulte des actions fortes menées en France par les associations d'usagers de la santé pour mieux connaître la réalité des infections nosocomiales, mais aussi la volonté des professionnels de santé de disposer d'outils utiles pour eux-mêmes, et pour l'information des patients et des usagers.

L'ICALIN est le premier des 5 indicateurs qui constitueront d'ici 2008 le tableau de bord des infections nosocomiales. Le tableau de bord complet offrira une vision d'ensemble de la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé.

Comment interpréter le score ICALIN ?

La survenue d'une infection nosocomiale résulte de nombreux facteurs, en particulier :

- la fragilité du patient, liée à sa maladie ou à son âge ;
- la lourdeur et la complexité des soins dont il a besoin ;
- le respect par les professionnels de santé qui le prennent en charge des règles de bonne pratique.
- l'attention spécifiquement portée à la prévention des infections nosocomiales.

De ce fait, un score ICALIN parfait (100 points) ne signifie pas qu'il n'existe pas de risque infectieux dans l'établissement, mais **indique que l'établissement a mis en place un dispositif maximum** pour limiter ce risque.

De même l'appartenance à la classe E ne signifie pas qu'aucune mesure de prévention n'est prise mais que la structure est en retard dans l'organisation de la prévention par rapport aux autres établissements de même nature en France.

Une prise en charge de qualité est évidemment possible dans les établissements de classe E. D'ailleurs dans 5 des 7 catégories d'établissements ayant une activité de court séjour, la borne de la classe E correspond à un ICALIN tout de même supérieur à 50 sur 100.

Devant le score ICALIN d'un établissement en particulier, un usager doit se poser 4 questions pour une bonne interprétation :

- Quelle est la valeur de ce score par rapport au maximum de 100 défini par les experts en France ?
- De quelle catégorie cet établissement fait-il partie ?
- Dans quelle classe (de A à E) cet établissement est-il situé au sein de cette catégorie ?

- Comment ce score (et cette classe) ont-ils évolué d'une année sur l'autre (dynamique de l'établissement) ?

Le score ICALIN propose à l'utilisateur un éclairage synthétique d'un problème complexe ; il repose sur des faits concrets ; il peut être l'occasion de mieux échanger avec les professionnels de santé auxquels l'utilisateur s'adresse pour juger du risque infectieux qui le concerne, en commençant par son médecin traitant.

Puis-je avoir confiance dans ces données ?

Un cahier des charges a été élaboré par des experts : il précise la nécessité et la nature des éléments de preuve que doivent fournir les établissements pour attester de la fiabilité des données qu'ils transmettent dans le bilan d'activité annuel.

La qualité des données et les difficultés pour les recueillir ont été évaluées/mesurées dans le cadre d'une vaste étude scientifique portant sur la mesure de la performance et soutenue par le ministère de la santé : le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière COMPAQH.

Ainsi, dans l'étude COMPAQH, qui a comparé en 2003 les données spontanément fournies par un échantillon d'établissements avec les mêmes données recueillies avec leurs éléments de preuve par des enquêteurs indépendants, le score ICALIN paraît un indicateur robuste et fiable (un taux de concordance de 84% ; déviations faibles : 10% de surestimation et 6% de sous estimation).

Par ailleurs, des vérifications et des contrôles de données des bilans sont définis et organisés chaque année par les services déconcentrés de l'Etat.

En conclusion ?

L'affichage public des données de l'ICALIN marque une étape importante de l'évolution de la LIN en France.

Il s'agit du tout début de cette démarche qui va élaborer, en partenariat avec tous les acteurs de notre système de santé, un système d'information qui aura la confiance de chacun.

Comme tout nouveau système, il rencontrera probablement des écueils qu'il faudra surmonter. Les indicateurs devront aussi évoluer dans le temps.

On peut cependant envisager avec confiance cette nouvelle étape d'amélioration de la qualité des soins, issue d'une vaste concertation et d'expertises multiples, associant l'Institut de Veille Sanitaire et les nouvelles instances nationales en France : Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTIN-ILS) et le Groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, instances dans lesquelles siègent désormais un représentant des usagers.

Le programme national de Lutte contre les Infections Nosocomiales a pour objectif que d'ici 2008, tous les établissements de santé aient fait progresser leur score ICALIN, et qu'aucun d'eux à ce terme ne fasse plus partie de la dernière classe de résultats telle qu'elle a été définie à partir des données 2003.

D'autres actions d'amélioration des pratiques, la promotion de la recherche en matière de LIN, et aussi l'amélioration de la prise en charge des patients infectés pour réduire les conséquences possibles de certaines infections, sont entreprises (voir le dossier de presse en ligne).

Au-delà du tableau de bord, une meilleure information, une écoute plus attentive des usagers à propos des infections nosocomiales sont nécessaires, via des sites Internet officiels en particulier.

