



DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins PF2

**RAPPORT NATIONAL 2010
SUR LE TABLEAU DE BORD
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

**ICALIN 2010
ICSHA 2010
SURVISO 2010
ICATB 2010**

Score agrégé 2010

Indice triennal du SARM 2010

**LE TABLEAU DE BORD DES
INFECTIONS NOSOCOMIALES 2010**

>> Sommaire

<i>>> Vos questions, nos réponses</i>	3
<i>Les résultats nationaux</i>	9
<i>ICALIN</i>	10
<i>ICSHA</i>	12
<i>SURVISO</i>	14
<i>ICATB</i>	16
<i>Score agrégé 2010</i>	18
<i>Indice triennal du SARM</i>	20
<i>Validation des données des établissements</i>	21

>> Vos questions, nos réponses

QU'EST CE QUE LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ?

Il s'agit pour chaque établissement de santé de produire 6 indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections nosocomiales (IN). Ces indicateurs sont publics et mis à la disposition des usagers.

La progression individuelle de l'établissement de santé sur plusieurs années et son positionnement par rapport aux établissements de même catégorie permettent de mieux approcher sa performance globale dans la gestion du risque infectieux.

Par ses effets d'émulation, d'incitation ainsi que d'accompagnement des établissements en démarche de progrès, le tableau de bord vise à l'amélioration globale de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

D'OÙ VIENNENT LES DONNÉES ?

Chaque établissement de santé doit obligatoirement établir tous les ans un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) selon un modèle défini par un arrêté du Ministre chargé de la santé.

Ce bilan décrit en détail la manière dont la prévention des IN est organisée dans l'établissement ainsi que certains des résultats obtenus.

Les indicateurs sont élaborés à partir des données de ce bilan.

PUIS-JE AVOIR CONFIANCE DANS CES DONNÉES ?

Tout établissement est tenu de mettre à la disposition des autorités sanitaires **un dossier regroupant les preuves des données déclarées**.

Le remplissage du bilan s'appuie sur un cahier des charges présentant des consignes de remplissage pour éviter les erreurs d'interprétation et fiabiliser les données. Une validation des données fournies par les établissements est organisée chaque année dans toutes les régions auprès d'environ 10% des établissements de santé par les agences régionales de santé. Ce contrôle est effectué avant publication des données.

QUELS SONT LES 5 INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD 2010 (publié en 2011)

L'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : ICALIN (publié depuis 2004)

L'**ICALIN** objective l'organisation de la lutte contre les IN dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.

Ce score sur 100 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels.

L'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains : ICSHA (publié depuis 2005, actualisé en 2010) est devenu **ICSHA 2**

L'indicateur **ICSHA2** est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention de nombreuses infections nosocomiales.

Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention.

L'ICSHA2, exprimé en pourcentage, est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques consommé par l'établissement et son objectif personnalisé de consommation vers lequel les établissements doivent tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités.

L'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO) : SURVISO (publié depuis 2005)

L'indicateur **SURVISO** rend visible l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.

Il s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur opération chirurgicale. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire.

SURVISO indique la proportion des services de chirurgie de l'établissement qui se sont impliqués au cours de l'année dans une enquête épidémiologique.

En l'absence de surveillance des infections du site opératoire pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique, les établissements de santé sont exclus du score agrégé.

L'indice composite de bon usage des antibiotiques : ICATB (publié depuis 2006)

L'**ICATB** objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).

Ce score sur 20 points reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

Le score agrégé

La prévention des IN est un sujet complexe qui nécessite la mise en œuvre de nombreuses stratégies complémentaires. **Seule l'interprétation de plusieurs indicateurs permet d'avoir une vision plus globale du niveau d'engagement des établissements de santé dans ce domaine.**

C'est pourquoi le score agrégé inclut quatre indicateurs différents selon le type et l'activité des établissements (par exemple SURVISO ne concerne que les structures faisant de la chirurgie).

C'est une façon de lire différemment les 4 indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisible en une seule fois.

Pour les usagers, ce score agrégé offre par catégorie d'établissements un affichage simplifié des quatre indicateurs sous forme d'une classe de A à E et d'une note sur 100.

Résultats nationaux 2010

Tableau de bord des infections nosocomiales

Le poids relatif de chaque indicateur dans ce score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40%, ICSHA2 30%, ICATB 20%, SURVISO 10%.

COMMENT INTERPRETER CES INDICATEURS ?

Chacun des indicateurs donne lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, correspondant aux structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, correspondant à celle les plus en retard.

La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs, malgré l'obligation qui leur en est faite.

Pour faciliter la compréhension, les résultats sont présentés aussi sur internet (www.platines.sante.gouv.fr) avec une cotation en étoile, trois étoiles pour les établissements en A ou en B, à une étoile en D ou E et zéro étoile en F.

L'INDICE TRIENNAL DE SARM

Le tableau de bord relatif aux résultats de 2010 affiche un indice triennal de *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistants à la pénicilline (**SARM**). Cette bactérie multirésistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les IN.

Qu'est ce que l'indice SARM ?

Cet indice dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (SARM dits importés) et d'autre part de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Cet indice SARM, permet de refléter l'écologie microbienne de l'établissement et sa capacité à la maîtriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient et par une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques.

Ce calcul repose sur le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostique (nombre de SARM déclarés), quelque soit le lieu d'acquisition (souches importées et acquises) rapportés à 1000 journées d'hospitalisation.

Un indice SARM à 0,6 par exemple, signifie, qu'en moyenne, au cours des années 2008 à 2010, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation.

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation de résistances acquises à plusieurs familles d'antibiotiques, elles ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques utilisables en thérapeutique. La multirésistance est une étape vers l'impasse thérapeutique. La multirésistance peut concerner toutes les bactéries : aussi bien celles donnant des infections communautaires en ville (ex. : pneumocoques, bacilles de la tuberculose) et que des infections nosocomiales (IN).

La lutte contre les BMR repose sur la politique de prévention des IN et la maîtrise de la résistance aux antibiotiques. C'est une priorité nationale.

S. aureus résistant à la pénicilline (SARM) est la plus fréquente des BMR (environ 13 % de l'ensemble des bactéries des IN).

En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène notamment lorsque la résistance à la méticilline est associée aux glycopeptides, de leur risque de diffusion au sein de l'hôpital et dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

Pourquoi un indice triennal ?

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation a été calculé à partir de l'ensemble des isolats cliniques identifiés dans un établissement de santé au cours des années 2008, 2009 et 2010.

Il est nécessaire d'utiliser un tel indice car les variations annuelles au sein d'un même établissement sont importantes d'une année à l'autre ; l'indice triennal permet de « lisser » ces variations.

Interprétation de l'indice SARM publié avec les résultats 2010

Il dépend en effet d'une part, du nombre d'hospitalisation des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) et d'autre part de la politique mise en œuvre dans l'établissement de santé en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM.

Après des études complémentaires de l'InVS, le taux triennal a été complété par une classe de performance calculée à partir du taux triennal SARM 2005-2007. L'étude de la tendance évolutive des taux annuels de SARM de 2005 à 2010 est également disponible pour l'établissement. Le taux triennal SARM et la classe de performance reflètent le risque de colonisation à SARM qui dépend du type d'activités réalisées, par le type de patients pris en charge (notamment de patients porteurs de SARM importés).

En résumé :

- Le taux et la classe permettent à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie.
- L'évolution de tendance des taux annuels est le reflet des efforts menés par l'établissement pour maîtriser la diffusion de ces SARM.

L'indice SARM est un indicateur de résultat aussi il n'est pas intégré au score agrégé.

Quels établissements sont concernés ?

Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. Cependant, cette mesure ne peut avoir de sens dans les établissements qui identifient très peu de SARM en raison de la nature et/ou du volume de leur activité.

Cet indice triennal n'est donc pas calculé pour les établissements ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an et pour les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse ».

L'évolution de tendance des taux annuels de SARM n'est pas calculé pour les établissements moins de 180 000 journées en 6 ans et pour les catégories d'établissements non concernés par le taux triennal.

En tenant compte également des fermetures, créations et fusions d'établissements de santé ne permettant pas à tous les établissements d'avoir déclaré leur nombre de SARM sur les trois années, cet indice a pu être calculé pour 944 établissements sur les 2763 concernés par le tableau de bord des IN en 2010.

Des progrès significatifs depuis 2001, mais qui restent insuffisants

Selon les données du réseau Bactéries multirésistantes (BMR)-Raisin 2008, l'incidence globale pour 1 000 journées d'hospitalisation, tous établissements confondus, est passée de 0,62 en 2004 à 0,45 en 2008 soit une baisse de 27% en 5 ans. (source : http://www.invs.sante.fr/publications/2010/bmr_raisin_2008/rapport_bmr_raisin_2008.pdf)

D'après les données du réseau EARSS¹ pendant de nombreuses années, la France se situait parmi les pays européens ayant les plus fortes proportions de SARM au sein de l'espèce staphylocoque doré. La baisse de ce taux de résistance constatée en 2006, 2007 s'est confirmée en 2008 et en 2009. En effet, la France a un taux de résistance < 25% alors que ce dernier se situait depuis le début de la surveillance européenne entre 25 et 50%.

Comment aider les établissements à améliorer leur résultat ?

La situation nationale est donc en amélioration et en faveur de l'impact des actions (indicateurs, campagne sur l'hygiène des mains, surveillance...) tout en restant à un niveau n'autorisant aucun relâchement. C'est pourquoi, dans le cadre du « Plan stratégique national pour la prévention des infections associées aux soins », il est prévu de renforcer les actions mises en œuvre pour la maîtrise des BMR dans un nouveau programme qui se déclinera sur l'ensemble des secteurs de soins (établissements de santé, établissements médicosociaux et soins de ville).

VOUS ÊTES USAGER

Vous êtes usager, que pouvez-vous faire ?

En tant qu'usager, l'attention à son hygiène personnelle, en particulier lors d'une hospitalisation est très importante. Il faut ainsi se laver les mains après être allé aux toilettes, avant les repas ou après s'être mouché. Vous pouvez aussi utiliser des produits hydro-alcooliques (PHA) à conditions de respecter les précautions d'emploi. Enfin, il faut veiller à ne pas toucher les dispositifs qui servent aux soins tels qu'un cathéter, une sonde urinaire, ou tout autre matériel de soins, pour ne pas risquer de les contaminer.

En tant que patient ou visiteur, n'hésitez pas à poser des questions. Par exemple, vous pouvez faire préciser la signification des indicateurs et demander les résultats de l'établissement. Toute question est bienvenue, comme de savoir qui peut et/ou doit utiliser les PHA quand ils sont mis à disposition dans la chambre.

Pour atteindre les objectifs fixés dans le programme national, il faut aussi agir sur le comportement des soignants. Des études montrent le rôle incitatif des responsables des services mais aussi la place de l'usager dans cette approche pédagogique.

L'hygiène, et en particulier celle des mains, est une démarche qui doit être encouragée et enseignée à tous dans la vie courante en vue d'améliorer la santé de chacun.

Vos représentants au sein des établissements de santé

Il existe, au sein des établissements, des représentants des usagers qui siègent à la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge. Ils sont en mesure d'interroger les spécialistes de l'établissement, sur la politique de prévention des IN

¹ European Antimicrobial Resistance Surveillance System (<http://www.rivm.nl/earss/>)

Résultats nationaux 2010 Tableau de bord des infections nosocomiales

en général et d'hygiène des mains en particulier et les actions d'améliorations prévues. Vous pouvez demander leurs coordonnées et leur faire part de vos remarques.

REMERCIEMENTS

Le ministère en charge de la santé remercie les établissements de santé pour leur participation à la collecte des données et les groupes d'experts ayant contribué au développement de ces indicateurs.

Il tient aussi à remercier les référents régionaux, les personnels des ARS pour leur travail notamment de validation des données, ainsi que les CCLIN et les ARLIN pour les actions conduites pour accompagner les établissements.

Le ministère chargé de la santé remercie particulièrement les personnels de l'ATIH qui ont permis de réussir cette année de transition vers les nouveaux indicateurs et qui portent désormais la gestion des données

Pour avoir accès aux résultats des établissements de santé :

<http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Pour en savoir plus sur les infections nosocomiales et le tableau de bord :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html>

et

<http://www.sante-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>

Pour en savoir plus sur vos droits :

<http://www.securitesoins.fr/>

Pour en savoir plus sur les données épidémiologiques :

<http://www.invs.sante.fr/raisin>

Les résultats nationaux

Les résultats individuels du tableau de bord des infections nosocomiales de chaque établissement de santé sont diffusés en ligne dans le dossier infections nosocomiales du site du ministère chargé de la santé

<http://www.icalin.sante.gouv.fr/> (pour tous les établissements de santé) et sur le site www.platines.sante.gouv.fr (pour les établissements de santé de type MCO et SSR)

ICALIN, ICSHA2, ICATB et score agrégé :

Pour chaque catégorie, les établissements concernés ont été répartis en 5 classes de performance de A à F :

- la classe A est composée des établissements ayant les scores les plus élevés. Ce sont les structures les plus en avance selon l'indicateur ;
- la classe E réunit les établissements ayant les scores les moins élevés. Ce sont les structures les plus en retard selon l'indicateur ;
- les classes B, C et D correspondent à des établissements en situation intermédiaire ;
- la classe F correspond aux « non répondants » (lorsque l'établissement n'a pas envoyé de bilan d'activité ou que les données n'étaient pas utilisables). Pour ICSHA, la classe F peut correspondre à l'absence de données déclarées à la SAE en 2009.

SURVISO : les établissements de santé ayant une activité de chirurgie qui n'ont pas mis en place de surveillance des infections du site opératoire sont exclus du tableau de bord.

SARM : Cet indicateur est présenté sous la forme d'un taux, d'une classe de performance et d'une évolution de tendance des taux annuels de 2005 à 2010.

- Les établissements de santé situés en classe de performance A sont les établissements de santé qui ont un taux de SARM le plus bas.
- Les établissements de santé en classe de performance E sont les établissements qui ont un taux de SARM le plus haut.

Résultats nationaux 2010

Tableau de bord des infections nosocomiales

ICALIN

L'Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales est calculé sur 100.

ICALIN 2010	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	2233	329	154	31	15	1	2763
Pourcentage	80,82%	11,91%	5,57%	1,12%	0,54%	0,04%	100%
ICALIN 2009	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	2200	356	170	34	17	3	2780
Pourcentage	79,1%	12,8%	6,1%	1,2%	0,6%	0,1%	100%
ICALIN 2008	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	2085	429	223	45	27	3	2812
Pourcentage	74,15%	15,26%	7,93%	1,60%	0,96%	0,11%	100,00%
ICALIN 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	1893	516	298	55	31	14	2807
Pourcentage	67,4%	18,4%	10,6%	2,0%	1,1%	0,5%	100,0%
ICALIN 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	1577	690	403	87	29	24	2810
Pourcentage	56.1%	24.5%	14.3%	3.1%	1.0%	0.9%	100%
ICALIN 2005	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	913	872	691	182	79	68	2805
Pourcentage	32.5%	31.1%	24.6%	6.5%	2.8%	2.4%	100%
ICALIN 2004	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements	324	646	976	369	155	331	2 801
Pourcentage	11.6%	22.2%	34.7%	13.2%	5.5%	11.8%	100%

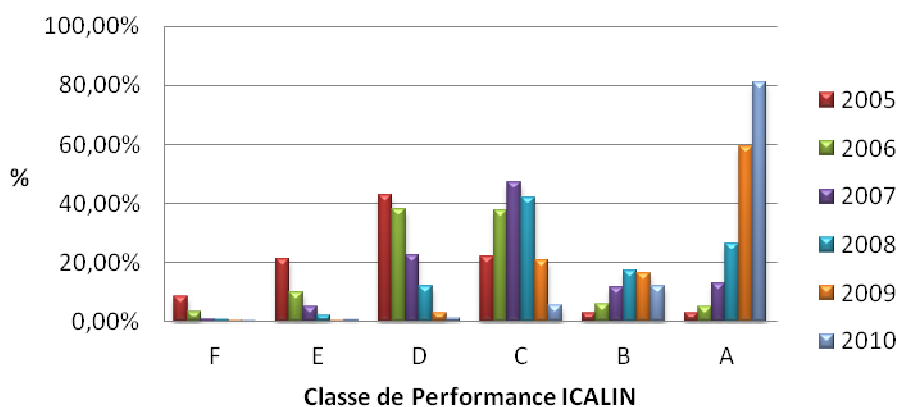
Publiés pour la septième année, un seul établissement n'a pas transmis ses données 2010. Près de 93% des établissements sont en classe A et en B en 2010.

Résultats nationaux 2010
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie

Catégorie d'établissements / classes	ICALIN 2010						Effectif
	A(%)	B(%)	C(%)	D (%)	E(%)	F(%)	
CHR-CHU	87,3%	9,9%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300 LP	87,0%	7,3%	4,8%	0,6%	0,3%	0,0%	331
CH SUP 300 LP	91,9%	7,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	211
ETAB. PSY	67,8%	20,8%	9,0%	0,7%	1,7%	0,0%	289
HOPITAL LOCAL	87,2%	9,6%	2,6%	0,6%	0,0%	0,0%	313
CL INF 100 LP	86,6%	8,9%	4,0%	0,4%	0,0%	0,0%	224
CL SUP 100 LP	91,6%	7,2%	0,9%	0,0%	0,3%	0,0%	333
SSR-SLD	74,1%	16,2%	7,6%	1,7%	0,4%	0,0%	710
CLCC-CANCER	95,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
HAD	62,0%	12,0%	15,0%	7,0%	4,0%	0,0%	100
HEMODIALYSE	78,8%	10,6%	4,7%	3,5%	1,2%	1,2%	85
MECSS-POUP.	47,1%	14,7%	38,2%	0,0%	0,0%	0,0%	34
AMBULATOIRE-	73,8%	14,3%	9,5%	2,4%	0,0%	0,0%	42
Total général	80,82%	11,9%	5,57%	1,12%	0,54%	0,04%	2763

Evolution par classe de performance de l'indicateur ICALIN entre 2004 et 2010



Année	Classe de performance ICALIN					
	F	E	D	C	B	A
2004	11,8%	5,5%	13,2%	34,8%	23,1%	11,6%
2005	2,4%	2,8%	6,5%	24,6%	31,1%	32,5%
2006	0,9%	1,0%	3,1%	14,3%	24,6%	56,1%
2007	0,5%	1,1%	2,0%	10,6%	18,3%	67,5%
2008	0,11%	0,96%	1,60%	7,93%	15,26%	74,15%
2009	0,11%	0,61%	1,22%	6,12%	12,81%	79,14%
2010	0,04%	0,54%	1,12%	5,57%	11,91%	80,82%

Résultats nationaux 2010 Tableau de bord des infections nosocomiales

ICSHA

L'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques est calculé sur 100.

ICSHA2 2010	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	1369	551	438	222	72	6	2658
Pourcentage	51,5%	20,7%	16,5%	8,4%	2,7%	0,2%	51,5%
ICSHA 2009	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	1571	434	547	78	11	4	2645
Pourcentage	59,4%	16,4%	20,7%	2,9%	0,4%	0,2%	100,0%
ICSHA 2008	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	710	465	1126	320	56	19	2696
Pourcentage	26,3%	17,2%	41,8%	11,9%	2,1%	0,7%	100,0%
ICSHA 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	345	313	1277	607	134	17	2693
Pourcentage	12,8%	11,6%	47,4%	22,5%	5,0%	0,6%	100%
ICSHA 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	141	162	1019	1036	270	84	2712
Pourcentage	5,2%	6%	37,5%	38,2%	10,0%	3,1%	100%
ICSHA 2005	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	83	76	606	1193	585	234	2777
Pourcentage	3,0%	2,7%	21,8%	43,0%	21,1%	8,4%	100%

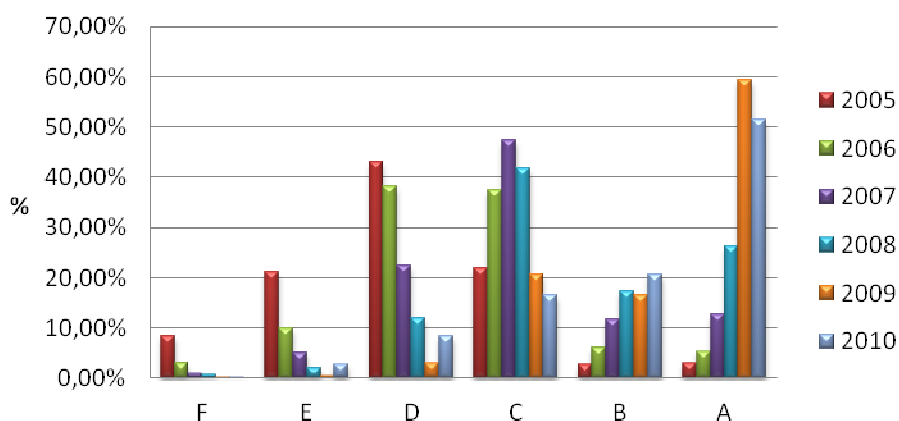
* établissements concernés par ICSHA

ICSHA2 2010 est marqué par d'une double évolution. D'une part, une augmentation du niveau d'exigences en termes de nombre de frictions par jour, par patient et par activité, et d'autre part par une modification des classes de performance. Ces classes de performance 2010 sont plus linéaires.

En dépit de tous ces changements, et l'épidémie de grippe de l'hiver 2009 (qui explique la forte augmentation d'ICSHA en 2009), le nombre d'établissements en classe de performance A et B est de 72,2% en 2010 contre 75,5% en 2009.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICSHA2 2010						Total général
	A	B	C	D	E	F	
01-CHR-CHU	94,4%	2,8%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	71
02-CH INF 300 LP	51,1%	28,7%	16,3%	2,1%	0,9%	0,9%	331
02-CH SUP 300 LP	68,7%	24,2%	6,2%	0,9%	0,0%	0,0%	211
03-ETAB. PSY	32,5%	21,1%	16,8%	17,9%	11,8%	0,0%	280
04-HOPITAL LOCAL	53,0%	17,6%	20,1%	8,9%	0,3%	0,0%	313
05-CL INF 100 LP	64,3%	20,5%	11,2%	3,1%	0,9%	0,0%	224
05-CL SUP 100 LP	61,6%	26,4%	10,8%	0,6%	0,0%	0,6%	333
07-SSR-SLD	32,9%	19,9%	26,3%	16,6%	4,3%	0,0%	674
08-CLCC-CANCER	90,0%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
09-HAD	78,0%	9,0%	5,0%	5,0%	3,0%	0,0%	100
10-HEMODIALYSE	51,3%	14,5%	19,7%	11,8%	1,3%	1,3%	76
12-AMBULATOIRE	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25
Total général	51,5%	20,7%	16,5%	8,4%	2,7%	0,2%	2658

Evolution par classe de performance de l'indicateur ICHSA entre 2005 et 2010



Année	Classe de performance ICHSA					
	F	E	D	C	B	A
2005	8,4%	21,1%	43,0%	21,8%	2,7%	3,0%
2006	3,1%	10,0%	38,2%	37,5%	6,0%	5,2%
2007	0,9%	5,0%	22,5%	47,3%	11,6%	12,8%
2008	0,7%	2,1%	11,9%	41,8%	17,2%	26,3%
2009	0,2%	0,4%	2,9%	20,7%	16,4%	59,4%
2010	0,2%	2,7%	8,4%	16,5%	20,7%	51,5%

Résultats nationaux 2010

Tableau de bord des infections nosocomiales

SURVISO

SURVISO mentionne le nombre de disciplines pouvant regrouper plusieurs services chirurgicaux réalisant une surveillance des infections du site opératoire (ISO).

SURVISO 2010	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	997	1001
Pourcentage	99,6%	100%
SURVISO 2009	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	1010	1024
Pourcentage	98,6%	100%
SURVISO 2008	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	1010	1048
Pourcentage	96,4	100%
SURVISO 2007	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	905	1064
Pourcentage	85,1%	100%
SURVISO 2006	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	788	1102
Pourcentage	71,5%	100%
SURVISO 2005	Surveillance des ISO	Total des établissements concernés
Nombre d'établissements	669	1121
Pourcentage	59,7%	100%

Publiés pour la sixième année, les résultats de SURVISO montrent une progression du nombre d'établissements de santé ayant mis en place une surveillance des infections du site opératoire.

Seuls 4 établissements en 2010 (contre 14 en 2009, 38 établissements en 2008 et 159 établissements en 2007) n'ont pas réalisé pas d'enquête de surveillance des infections sur site opératoire : tous ont été accompagnés par les régions pour mettre en place une surveillance et la plupart se sont engagés pour la surveillance 2011.

Un établissement de santé n'a pas réalisé cette surveillance car son activité chirurgicale a été arrêtée en cours d'année.

Résultats nationaux 2010

Tableau de bord des infections nosocomiales

Ces 4 établissements sont par définition exclus du classement du score agrégé pour absence de surveillance des ISO (voir score agrégé).

Pour la première année, cet indicateur est associé à une classe de performance dont la répartition par catégorie d'établissement est présentée dans le tableau ci-dessous.

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	SURVISO 2010						Total général
	A	B	C	D	E	F	
CHR-CHU	50,0%	22,4%	20,7%	3,4%	3,4%	0,0%	58
CH INF 300 LP	63,8%	15,4%	16,0%	1,6%	2,7%	0,5%	188
CH SUP 300 LP	50,5%	27,9%	14,4%	5,3%	1,9%	0,0%	208
ETAB. PSY	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
CL INF 100 LP	55,3%	8,5%	17,1%	7,5%	11,6%	0,0%	199
CL SUP 100 LP	52,4%	11,0%	16,3%	11,3%	8,2%	0,9%	319
SSR-SLD	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
CLCC-CANCER	80,0%	5,0%	15,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
AMBULATOIRE-CHIR	57,1%	0,0%	28,6%	0,0%	14,3%	0,0%	7
Total général	553	153	163	67	61	4	1001
%	55,2%	15,3%	16,3%	6,7%	6,1%	0,4%	100%

Résultats nationaux 2010 Tableau de bord des infections nosocomiales

ICATB

L'indice composite de bon usage des antibiotiques est calculé sur 20 points.

ICATB 2010	A	B	C	D	E	F	
Nombre d'établissements**	1600	540	269	34	14	0	2457
Pourcentage	65,1%	22,0%	10,9%	1,4%	0,6%	0%	100,0%
ICATB 2009	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements**	1356	654	411	56	23	3	2503
Pourcentage	54,2%	26,1%	16,4%	2,2%	0,9%	0,1%	100,0%
ICATB 2008	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements**	1079	711	603	122	32	3	2550
Pourcentage	42,3%	27,9%	23,6%	4,8%	1,3%	0,1%	100%
ICATB 2007	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements*	720	656	882	238	61	11	2568
Pourcentage	28%	25,6%	34,3%	9,3%	2,4%	0,4%	100%
ICATB 2006	A	B	C	D	E	F	Total*
Nombre d'établissements*	336	503	1008	502	235	22	2606
Pourcentage	12,89%	19,30%	38,67%	19,26%	9,01%	0,84%	100%

* *Etablissements concernés par ICATB*

C'est la cinquième année de publication de l'indicateur ICATB

Près de 87% des établissements de santé sont classés en A ou en B. Cependant, des améliorations sont encore attendues puisque 2% sont en classes D ou E. Pour ces établissements, les pré-requis nécessaires au bon usage des antibiotiques sont à mettre en place (commission des antibiotiques, référent en antibiothérapie, protocole sur l'antibiothérapie et liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée).

Il est à noter que pour un établissement, la validation des données par l'ARS a abouti à la mise à zéro de certains items faute de consensus entre l'établissement et l'ARS.

Résultats nationaux 2010
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie							
Catégorie d'établissements / classes	ICATB 2010						Effectif (n)
	A	B	C	D	E	F	
CHR-CHU	71,8%	9,9%	15,5%	2,8%	0,0%	0,0%	71
CH INF 300 LP	63,7%	21,1%	13,9%	0,6%	0,6%	0,0%	331
CH SUP 300 LP	72,0%	19,9%	7,1%	0,9%	0,0%	0,0%	211
ETAB. PSY	64,6%	17,1%	11,8%	4,3%	2,1%	0,0%	280
HOPITAL LOCAL	59,4%	29,7%	9,9%	0,6%	0,3%	0,0%	313
CL INF 100 LP	67,0%	21,9%	10,3%	0,4%	0,4%	0,0%	224
CL SUP 100 LP	74,2%	17,7%	6,3%	1,2%	0,6%	0,0%	333
SSR-SLD	59,6%	25,5%	13,2%	1,3%	0,3%	0,0%	674
CLCC-CANCER	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20
Total	1600	540	269	34	14	0	2457

Score agrégé 2010

Le score agrégé est calculé sur 100.

Score agrégé 2010	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements *	1716	760	253	24	5	1	2759
Pourcentage	62,2%	27,5%	9,2%	0,9%	0,2%	0,04%	100,0%
Score agrégé 2009	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements *	1671	757	313	18	4	3	2766
Pourcentage	60,4%	27,4%	11,3%	0,7%	0,1%	0,1%	100%
Score agrégé 2008	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements *	895	1087	739	32	18	3	2774
Pourcentage	32,3%	39,2%	26,6%	1,1%	0,6%	0,1%	100%
Score agrégé 2007	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	433	922	1198	68	14	14	2635
Pourcentage	16,4%	35%	45,5%	2,6%	0,5%	0,5%	100%
Score agrégé 2006	A	B	C	D	E	F	Total
Nombre d'établissements*	136	538	1857	231	24	24	2810
Pourcentage	4,8 %	19,1%	66,1%	8,2%	0,85%	0,85%	100%

- *Les établissements de santé ne faisant pas de surveillance des infections du site opératoire des patients opérés sont exclus du score agrégé. Ils ne sont pas comptabilisés dans ce tableau*

La distribution des établissements apporte les enseignements suivants :

- Un seul établissement de santé n'a pas répondu au bilan standardisé sur 2763
- Près de 90% des établissements de santé sont classés en A ou B cette année. Ceci est le reflet de l'implication des établissements dans la prévention des infections nosocomiales.

Résultats nationaux 2010
Tableau de bord des infections nosocomiales

Distribution nationale des classes par catégorie								
Catégorie d'établissements / classes	Score agrégé 2010							Effectif (n)
	A	B	C	D	E	F	Exclus	
CHR-CHU	95,8%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	71
CH INF 300	67,4%	26,0%	6,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	331
CH SUP 300	82,9%	16,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	211
ETAB. PSY	39,4%	38,1%	20,1%	1,0%	1,4%	0,0%	0%	289
HOPITAL LOC	66,1%	31,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	313
CL. INF 100	75,9%	21,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	224
CL. SUP 100	78,4%	18,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	333
SSR-SLD	44,8%	38,6%	14,9%	1,5%	0,1%	0,0%	0%	710
CLCC-CANCER	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	20
HAD	66,0%	17,0%	12,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0%	100
HEMODIALYSE	55,3%	24,7%	15,3%	3,5%	0,0%	1,2%	0%	85
MECSS-POUP.	47,1%	14,7%	38,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	34
AMBULATOIRE Chirurgicale	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	7
AMBULATOIRE NON Chir	68,6%	14,3%	14,3%	2,9%	0,0%	0,0%	0%	35
TOTAL	62,11%	27,51%	9,16%	0,87%	0,18%	0,04%	0,14%	2763

Indice triennal du SARM

L'indice SARM, (nombre de prélèvement à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2008-2010) dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre hôpital (SARM dits importés) et d'autre part de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques.

Pour la première année, en fonction des catégories d'établissement, une classe de performance est associée à ce taux triennal de SARM. La classe de performance et ce taux triennal reflètent le risque d'acquisition d'un SARM dans un établissement de santé.

Ce risque d'acquisition dépend de type d'activités réalisées, du type de patients pris en charge et notamment du nombre de patients venant dans l'établissement déjà porteur de ce SARM.

Une évolution de tendance des taux annuels du taux de SARM entre 2005 et 2010 (2005 était la première année de recueil de cette information) a été calculée.

Cette évolution de tendance ne peut être calculée que pour les établissements de santé pour lesquels les données existent depuis 2005. Elle reflète les efforts engagés par l'établissement pour la maîtrise de cette bactérie multi-résistante.

Taux triennal SARM 2010	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements *	132	232	388	152	40	944
Pourcentage	14%	24,6%	41,1%	16,1%	4,2%	100,0%
Taux triennal SARM 2009	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements *	112	222	388	169	57	948
Pourcentage	11,8%	23,4	40,9	17,8	6	100,0%

*nombre d'établissements concernés par l'indice SARM

Distribution nationale des classes par catégorie des taux triennal SARM 2008-2010						
Catégorie d'établissements / classes	Taux triennal SAMR 2010					Total général
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	18,3%	35,2%	35,2%	5,6%	5,6%	71
CH INF 300 LP	10,8%	29,7%	36,9%	18,0%	4,5%	222
CH SUP 300 LP	19,0%	23,8%	41,9%	11,4%	3,8%	210
HOPITAL LOCAL	8,3%	13,9%	47,2%	13,9%	16,7%	36
CLINIQUE MCO	5,0%	25,0%	47,0%	20,0%	3,0%	200
SSR-SLD	20,5%	17,6%	40,0%	19,0%	2,9%	205
TOTAL GÉNÉRAL	14,0%	24,6%	41,1%	16,1%	4,2%	944

Résultats nationaux 2010

Tableau de bord des infections nosocomiales

Le nombre d'établissements concernés par l'indice SARM reste stable en 2009 et 2010. Le nombre d'établissement situés en classe A ou B augmente de 35% en 2009 à 38,6% en 2010.

Le tableau suivant présente l'évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2005 et 2010 par catégorie d'établissement de santé.

Catégorie d'établissement/ Évolution annuelle	Évolution de tendance des taux annuels de SARM de 2005 à 2010			
	Augmentation significative	Pas de différence significative	Baisse significative	Total général
CHR-CHU	4,2%	26,8%	69,0%	71
CH INF 300 LP	14,4%	54,3%	31,3%	208
CH SUP 300 LP	9,2%	37,4%	53,4%	206
HOPITAL LOCAL	23,5%	44,1%	32,4%	34
CL SUP 100 LP	23,0%	50,3%	26,7%	187
SSR-SLD	15,5%	63,5%	21,0%	181
CLCC-CANCER	0,0%	36,4%	63,6%	11
Total général	14,6%	48,7%	36,7%	898

Les deux tableaux (répartition par classes de performance et évolution de tendance) mettent en évidence que le taux de SARM diminue au cours du temps.

Validation des données des établissements

Chaque année, un contrôle des données déclarées par les établissements de santé est mené par les ARS.

Pour les données 2010, 247 établissements ont fait l'objet d'une validation des données. Au total, entre 2005 et 2010, 1248 établissements de santé ont fait l'objet d'une validation.

La validation permet avant tout d'assurer que les données rendues publiques sont les plus fiables possibles ; elle a souvent été l'occasion d'accompagner des établissements dans la démarche d'évaluation.

ANNEXE TECHNIQUE : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS

L'objectif était de pouvoir affecter chaque établissement dans une catégorie la plus homogène possible tout en limitant autant que possible le nombre de catégories pour rendre l'affichage compréhensible. Les catégories retenues sont les suivantes :

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale
Etablissements Psychiatriques	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie
Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places
MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
Ambulatoire	- Établissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICALIN

CLASSES	$E < P10 \leq D < P30 \leq C < P70 \leq B < P90 \leq A$
---------	---

		Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
CHR-CHU		65,75	86	94,25	97,75
CH- CHG	moins de 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
	plus de 300 lits	67.5	79	89	95.5
Etablissements Psy		36	50.65	73	84.45
Hôpitaux locaux		16.4	31.5	59	74.1
Clinique s MCO	moins de 100 lits	36	55	73	85.1
	plus de 100 lits	52	63.5	79.5	89
SSR-SLD		23	45	69.5	82
CLCC-CANCER		63.7	72.7	85.1	94.3
HAD		19	28.75	49.75	64.5
Hémodialyse		29.6	51.4	69.7	80.35
MECSS		26.5	38.25	78	84.5
Ambulatoire		28.5	43.2	71.2	76

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux.

ANNEXE TECHNIQUE : ICSHA2

Définition des classes : $E < 20\% \leq D < 40\% \leq C < 60\% \leq B < 80\% \leq A$

Tableau: Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité

Spécialités	Nb
Médecine	7
Chirurgie	9
Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la Médecine - Chirurgie) :	40
USI-USC (frictions supplémentaires par rapport à la Médecine - Chirurgie)	7
Obstétrique	9
Soins de suite	6
Réadaptation fonctionnelle	5,5
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	7
HAD (par jour)	2,5
Urgences (par passage)	2
Hôpital de jour de médecine	1
Hôpital de jour de chirurgie	1
Hôpital de jour d'obstétrique	1
Hôpital de jour de soins de suite et de réadaptation	0,5
Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	2
Accouchement sans césarienne	3
Accouchement avec césarienne	2
Séance de chimiothérapie	1
Séance de transfusion sanguine	1

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur. Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES ICATB

CLASSES		E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A			
Catégories d'établissements de santé		Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
CHR-CHU		11.00	13.75	17.00	18.00
CH-CHG	< 300 lits	3.52	7.062	12.25	15.25
	≥ 300 lits	6.49	9.75	14.00	17.00
Etablissements Psy		2.00	5.06	11.50	14.18
Hôpitaux locaux		0.06	2.22	7.37	12.25
Cliniques MCO	< 100 lits	3.25	7.25	12.5	15.5
	≥ 100 lits	5.00	9.25	13.50	15.78
SSR-SLD		0.25	4.00	10.50	14.25
CLCC-CANCER		6.39	9.95	14.15	15.83
HAD		NON CONCERNES			
Hémodialyse					
MECSS					
Ambulatoire					

ANNEXE TECHNIQUE : SURVISO CLASSE DE PERFORMANCE

La classe de performance est égale à A lorsque l'établissement surveille 100% des disciplines de son établissement.

$100\% < B \leq 75\%$

$75\% < C \leq 50\%$

$50\% < D < 1$ seule discipline

La classe de performance est égale à E lorsque l'établissement ne surveille qu'une seule discipline (sauf si le nombre de discipline total est égal à 1 ou 2).

ANNEXE TECHNIQUE : LIMITE DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ

CLASSES	$E < P10 \leq D < P30 \leq C < P70 \leq B < P90 \leq A$
---------	---

Catégories d'établissements	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	47,30	65,15	77,70	88,10
2 – CH-CHG < à 300 lits	31,32	49,06	67,05	81,65
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	43,49	58,35	72,60	86,20
4 – Etablissements Psy	24,87	41,43	65,17	79,89
5 – Hôpitaux locaux	14,01	29,77	54,36	73,15
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	27,65	46,25	64,70	80,54
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	35,80	51,65	68,30	82,38
9 – SSR-SLD	17,15	37,74	62,50	78,88
10 – CLCC-CANCER	41,87	56,03	71,19	84,55
11 – HAD	19,43	33,58	54,15	71,15
12 – Hémodialyse	25,48	46,51	65,54	80,20
13 - MECSS	26,50	38,25	78,00	84,50
14 - Ambulatoire non chirurgical	24,85	41,83	66,40	77,72
14 - Ambulatoire chirurgical	22,25	37,23	58,73	68,88
14 – Ambulatoire psychiatrique	28,5	43,2	71,2	76

ANNEXE TECHNIQUE : INDICE SARM

CLASSES	E > P90 ≥ D > P70 ≥ C > P30 ≥ B > P10 ≥ A
---------	---

Catégories	Percentile 90 (P90)	Percentile 70 (P70)	Percentile 30 (P30)	Percentile 10 (P10)
01 - CHR -CHU	0,812	0,662	0,472	0,321
02 - CH INF 300	0,990	0,705	0,394	0,219
02 6 CH SUP 300	1,007	0,729	0,435	0,318
04- HOPITAL LOCAL	0,511	0,309	0,139	0,068
05- MCO	0,911	0,547	0,239	0,110
07 - SSR - SLD	0,749	0,360	0,152	0,072

NB : les CLCC n'ont pas de classe de performance car sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
BMR	Bactéries multi résistantes
C.CLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
ICALIN	Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques
ICSHA	Indice de consommation de produits hydro-alcooliques
InVS	Institut de veille sanitaire
PHA	Produit hydro-alcoolique
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SURVISO	Surveillance des infections du site opératoire

CONTACTS

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGÉ DE LA SANTÉ
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Tél : 33(0) 1 40 56 60 00
<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

**Portail téléphonique d'information sur le tableau de bord
des infections nosocomiales**

Info' Ministère

0820 03 33 33

(0,12 € TTC / min)

Ouvert du lundi au samedi de 9h00 à 19h00