

**Indicateur n°3-3 : Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales des établissements de santé****Sous indicateur n°3-3-1: Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales**

**Finalité** : cet indicateur vise à présenter les résultats de l'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé. Depuis 2006, le code de la santé publique prévoit que tous les établissements de santé, publics et privés, établissent annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales (IN), support du calcul de cet indicateur.

Les résultats permettent d'attribuer une note sur 100 aux établissements de santé en fonction de leur activité et de les regrouper en classes de performance, de A à F, la classe A comprenant les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée et la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. Les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés en F comme non-répondants.

**Résultats** : le score agrégé-activités 2011 par classe figure dans le tableau ci-dessous :

Classe / année	Activité2010 (année de référence)	2011 Réalisé	Objectif pour l'activité 2012
% en classe A	20%	45,2%	50%
% en classe B	20%	36%	40%
% en classe C	20%	15,7%	10%
% en classe D	20%	2,4%	0%
% en classe E	20%	0,7%	0%
% en classe F	0%	0%	0%

L'indicateur score agrégé-activité 2011 a été calculé à partir des données transmises en 2012 par les établissements de santé concernés dans le cadre du recueil de leur tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales activité 2011. L'année 2010 est l'année de référence pour calculer les limites des classes de performance pour le score agrégé-activité 2011.

Le mode de construction de l'indicateur répartit de façon homogène les établissements dans les différentes classes pour la première année de mesure (2010). Ces classes ont été définies à partir d'une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé : ainsi 20% des établissements de santé ayant le meilleur score agrégé-activités définissent la classe A, les 20% d'établissements suivants constituent la classe B et il en va de même pour les trois autres classes. Pour illustration de l'objectif à atteindre : un établissement de santé dont le score agrégé-activités 2011 correspond à la classe E devra faire évoluer ses pratiques pour lui permettre de faire augmenter son score et au fil des ans, d'atteindre les classes D puis C, puis B puis A.

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

**Construction de l'indicateur** : le score agrégé-activité 2011 est un indicateur qui permet de rendre lisible en une seule fois l'ensemble des indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales. Il mesure le niveau des activités développées dans les établissements de santé pour prévenir les infections nosocomiales d'une façon plus globale que les indicateurs pris séparément.

Les indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont :

- ICALIN.2 - indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales,
- ICATB - indicateur composite de bon usage des antibiotiques (cf. sous- indicateur n° 3-3-4)
- ICA-BMR – indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes,
- ICA-LISO – indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire,
- ICSHA.2 - indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques.

Il est présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F).

Le poids relatif de chaque indicateur dans le score agrégé est fixé ainsi : ICALIN.2 (35%), ICSHA.2 (20%), ICATB (20%), ICA-BMR (10%) et ICA-LISO (15%). Ainsi la formule du score agrégé-activité 2011 est la suivante :

$$(ICALIN.2 * 0,35) + (ICSHA.2 * 0,20) + (ICATB * 0,20) + (ICA-BMR * 0,10) + (ICA-LISO * 0,15)$$

Critère d'inclusion : tous les établissements de santé.

Pour les établissements qui ne sont pas concernés par tous les indicateurs, le score est calculé en redistribuant le poids de chaque indicateur en fonction des indicateurs présents. Par exemple, si un établissement de santé n'est pas concerné par l'indicateur ICA-LISO, la formule devient :

$$(ICALIN.2 * 0,41) + (ICSHA.2 * 0,235) + (ICATB * 0,235) + (ICA-BMR * 0,12)$$

Le score agrégé n'est pas applicable pour les établissements concerné que par un seul indicateur.

Pour plus de détails techniques, se référer aux documents suivants :

- Circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 ;
- Instruction n°DGOS/PF2/2013/103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012 ;

**Sous-indicateur n°3-3-2 : indice triennal SARM du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales**

**Finalité** : l'indice triennal du SARM permet de refléter l'écologie microbienne du *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistants à la méticilline (SARM) 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. Cette bactérie multi-résistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les infections nosocomiales (IN).

La lutte contre les bactéries multi-résistantes (BMR) dans un établissement de santé, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des infections nosocomiales et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière. Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est la plus fréquente des bactéries multi-résistantes (environ 13% de l'ensemble des bactéries des infections nosocomiales). En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur risque de diffusion au sein de l'établissement, 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.

**Résultats** : l'indice triennal SARM, premier indicateur de résultats du tableau de bord des IN, est rendu sous forme d'un taux triennal (nombre de prélèvements à visée diagnostique positifs à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2009-2011) et d'une classe de performance (A à F) permettant à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie. Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 (2005 était la première année de recueil de cette information) complète l'indice triennal et reflète les efforts menés par l'établissement pour maîtriser la diffusion de ces SARM.

Le tableau suivant donne la répartition des établissements selon les classes de performance (la classe A regroupant les établissements les plus performants), calculées sur la base du taux triennal de staphylocoque doré (*aureus*) résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation:

Classes	2007-2009		2008-2010		2009-2011		Objectif
	Nombre d'établissements*	%	Nombre d'établissements*	%	Nombre d'établissements*	%	
A	112	12%	132	14%	152	16%	Augmentation
B	222	23%	232	25%	247	27%	
C	388	41%	388	41%	361	39%	
D	169	18%	152	16%	132	14%	
E	57	6%	40	4%	36	4%	
<b>Total</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>	<b>944</b>	<b>100%</b>	<b>928</b>	<b>100%</b>	

\*nombre d'établissements concernés par l'indice SARM

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

Le nombre d'établissements concernés par l'indice SARM reste stable entre 2010 et 2011. Le nombre d'établissement situés en classe A ou B augmente de 39% en 2010 à 43% en 2011.

Plus précisément, la répartition des établissements par classe du taux triennal 2009-2011 et par catégorie d'établissement est donnée dans le tableau suivant :

**Distribution nationale des classes par catégorie d'établissements des classes des taux triennal SARM  
2009-2011**

Catégories d'établissements/classes	Classes					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	28,2%	35,2%	29,6%	4,2%	2,8%	71
CH INF 300 LP	11,2%	30,8%	39,3%	13,6%	5,1%	214
CH SUP 300 LP	22,8%	22,8%	41,3%	10,7%	2,4%	206
EX HOPITAL LOCAL	7,7%	23,1%	34,6%	19,2%	15,4%	26
CL SUP 100 LP	8,2%	25,6%	45,6%	18,5%	2,1%	195
SSR-SLD	19,9%	24,5%	33,8%	17,1%	4,6%	216
<b>Total général</b>	<b>152</b>	<b>247</b>	<b>361</b>	<b>132</b>	<b>36</b>	<b>928</b>
<b>%</b>	<b>16,4%</b>	<b>26,6%</b>	<b>38,9%</b>	<b>14,2%</b>	<b>3,9%</b>	<b>100%</b>

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

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

L'évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 met en évidence une diminution du taux de SARM au cours du temps. Une baisse significative a notamment été constatée entre 2006 et 2011 pour près de 65% des CHR-CHU.

Ces résultats, qui mettent en évidence que le taux de SARM diminue au cours du temps, sont cohérents avec ceux de l'évolution du taux de patients présentant une infection à SARM lors des enquêtes de prévalence des infections réalisées en 2006 et 2012 sous l'égide du Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des infections associées aux soins (RAISIN).

Construction de l'indicateur : cet indice dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital colonisés ou infectés par cette bactérie multi-résistante (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. L'indice SARM est rendu sous forme d'un taux triennal (nombre de prélèvements à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2009-2011) afin d'obtenir des données significatives, ces événements étant peu fréquents. Un indice triennal SARM (ou taux triennal de SARM) à 0,6 par exemple, signifie, qu'en moyenne, au cours des années 2009 à 2011, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation. L'indice triennal SARM est complété par une tendance évolutive des taux annuels de SARM de l'établissement de 2006 à 2011 qui permet à l'établissement de se comparer à lui-même au cours des années.

Les classes de performance de l'indice triennal SARM reposent sur des classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classes d'établissements de santé d'une année sur l'autre. Pour les centres de lutte contre le cancer, les classes de performance ne sont pas possible à calculer (effectifs trop faibles).

Précisions méthodologiques : 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 calculée pour les établissements moins de 180 000 journées en 6 ans et pour les catégories d'établissements non concernés par l'indice triennal.

**Sous-indicateur n°3-3-3 : Prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé**

**Finalité** : le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 définit des objectifs quantifiés et opérationnels à atteindre pour 2012 tant au plan national qu'au niveau des établissements de santé. Il s'articule également autour de six grandes orientations dont l'une prévoit d'optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention.

Dans ce contexte, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales a été renouvelée en 2012. Elle permet de renforcer la sensibilisation et la formation des établissements de santé à la surveillance des infections nosocomiales et de produire des estimations régulières de la fréquence des infections nosocomiales (IN) dans les établissements de santé et d'en décrire les caractéristiques.

**Résultats** : la prévalence des patients infectés (PPI) et la prévalence des IN (PIN) ont été calculées pour 100 patients. Le risque d'IN associé aux caractéristiques des patients et à leur exposition aux dispositifs invasifs a été exprimé par des ratios de prévalence des patients infectés (PPI).

En 2006, 2337 établissements publics et privés français, représentant 94% des lits d'hospitalisation et 358 353 patients, ont été inclus. En 2012, 1938 établissements de santé, représentant 90.6% des lits d'hospitalisation et 300 330 patients, ont été inclus.

Les résultats de l'enquête nationale de prévalence 2012 ont été comparés, à périmètre constant, à ceux de la précédente enquête, menée en 2006, sur les 1 718 établissements de santé ayant participé aux deux enquêtes. Cette analyse montre une forte diminution de 21% dans les services de type soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD) ou psychiatrie. Des évolutions plus contrastées sont observées selon le type d'établissement et de séjour, notamment en court séjour où la prévalence des patients infectés est restée stable entre 2006 et 2012.

Catégorie d'établissement de santé	2006*			2012			Évolution (%)	Objectif
	Patients	Infectés (toutes IN)		Patients	Infectés (toutes IN)			
		Effectif	Effectif		%	Effectif		
CHR/CHU	52 129	3 424	6,6	49 534	3 716	7,5	14,2	Diminution de la prévalence des patients infectés
CH/CHG	114 172	5 776	5,1	103 613	5 238	5,1	-0,1	
Établissements psychiatriques	24 430	489	2	26 209	315	1,2	-40	
Hôpitaux locaux	12 801	695	5,4	5 978	321	5,4	-1,1	
Cliniques (MCO)	48 351	1 834	3,8	48 121	1 982	4,1	8,6	
HIA	2 024	108	5,3	1 554	114	7,3	37,5	
Soins de suite et de réadaptation – soins de longue durée	25 668	1 556	6,1	29 732	1 511	5,1	- 16,2	
Centres de lutte contre le cancer	2 086	197	9,4	2 213	220	9,9	5,3	
<b>Total</b>	<b>281 661</b>	<b>14 079</b>	<b>5,0</b>	<b>266 954</b>	<b>13 417</b>	<b>5,0</b>	<b>0,5</b>	

Sources : INVS/Raisin, Enquêtes nationales de prévalence, France, 2006 et 2012

\* Analyse à champ constant entre 2006 et 2012. Les pourcentages d'évolution correspondent à des évolutions relatives

Sur l'ensemble des établissements enquêtés en 2012, 15 180 patients présentaient une ou plusieurs IN actives le jour de l'enquête, soit une prévalence des patients infectés de 5,1%, c'est-à-dire un patient hospitalisé sur 20. Environ 3 infections sur 4 étaient acquises dans l'établissement réalisant l'enquête, une infection sur 4 étant importée d'un autre établissement. Les 3 micro-organismes les plus fréquemment responsables d'une IN étaient *Escherichia coli* (17,6% des souches résistantes aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération), *Staphylococcus aureus* (38,1% des souches résistantes à la méticilline) et *Pseudomonas aeruginosa*.

### Enquête nationale de prévalence 2012

Catégorie d'établissements de santé	Patients		PPI %	PIN %	PIN	PIN
	Effectif	%			acquises %	importées %
CHR/CHU	56 506	18,8	7,5	8,1	6,6	1,2
CH/CHG	113 004	37,6	5,1	5,4	4	1,2
Établissements psychiatriques	30 960	10,3	1,3	1,3	1	0,2
Hôpitaux locaux	7 194	2,4	5,8	6	3,6	1,9
Cliniques (MCO)	53 180	17,7	4	4,2	3	0,9
HIA	1 572	0,5	7,3	7,8	5,9	1,4
Soins de suite et de réadaptation	34 838	11,6	5,3	5,5	2,5	2,5
Soins de longue durée	809	0,3	5,1	5,1	4,3	0,5
Centres de lutte contre le cancer	2 267	0,8	10	11	8,9	1,5
<b>Total</b>	<b>300 330</b>	<b>100</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>	<b>3,9</b>	<b>1,2</b>

Source : INVS .

PPI : prévalence des patients infectés ; PIN = prévalence des infections nosocomiales.

Note : l'origine de 793 infections était indéterminée (4.9%)

Construction de l'indicateur : dans le cadre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, l'Institut de veille sanitaire (INVS) a reconduit en 2012 une enquête nationale de prévalence. Cette enquête a été proposée entre mai et juin à tous les établissements de santé volontaires, privés ou publics, en suivant un protocole standardisé. Il s'agissait d'une enquête de prévalence réalisée à une date donnée, incluant tous les services d'hospitalisation complète et tous les patients hospitalisés depuis au moins 24 heures.

Pour chaque patient étaient recueillis les caractéristiques de l'établissement (type, statut et taille), la spécialité du service d'accueil, les caractéristiques du patient (âge, sexe, indice de Mac Cabe, statut immunitaire, affection maligne ...), les informations sur l'hospitalisation du patient et les facteurs de risques liés à sa prise en charge (intervention chirurgicale dans les 30 derniers jours, présence de dispositifs invasifs...). Pour chaque IN étaient documentés la localisation infectieuse, l'origine (acquise dans l'établissement ou importée d'un autre établissement), la date de diagnostic, le(s) micro-organisme(s) identifié(s) et certaines caractéristiques de résistance aux antibiotiques ; trois IN au maximum pouvaient être décrites pour chaque patient.

Le taux de prévalence est le nombre de patients infectés ou le nombre d'IN rapporté au nombre de patients en hospitalisation complète présents un jour donné dans les établissements enquêtés.

Précisions méthodologiques : l'enquête nationale de prévalence 2012 a documenté les caractéristiques de 300 330 patients dans 1938 établissements de santé. Avec une couverture globale représentant 90,6% des lits d'hospitalisation en France, elle est proche de l'exhaustivité et aucun intervalle de confiance n'a été calculé. Cette forte participation autorise une description précise des caractéristiques un jour donné des patients hospitalisés, des dispositifs invasifs auxquels ils sont exposés, et de leurs éventuelles IN. Elle constitue une référence utile pour identifier les infections les plus fréquentes et les groupes de patients les plus exposés au risque nosocomial, et prioriser les mesures de prévention tant au niveau local que national.

L'ensemble des résultats est consultable sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence/ENP-2012>

**Sous-indicateur n°3-3-4 : Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)**

L'objectif défini par le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 est que 100% des établissements de santé disposent d'un suivi de la consommation des antibiotiques. Dans ce cadre, un indicateur composite, mesurant la politique de bon usage des antibiotiques dans l'établissement de santé a été mis en place. Les établissements sont regroupés dans des classes de performance, de A à F, qui reflètent le niveau d'avancement de la structure au regard de l'indicateur, la classe A regroupant les établissements les plus performants.

**Finalité** : L'indicateur ambitionne d'objectiver le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques, en analysant les moyens mobilisés et les actions qu'il a mis en œuvre.

**Réalisation de l'indicateur** : Les évolutions calculées figurent dans le tableau ci-dessous :

Etablissement / Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Objectif
% en classe A	12,89%	28,0%	42,3%	54,2%	65,1%	68,8%	<b>80%</b>
% en classe B	19,3%	25,6%	27,9%	26,1%	22%	20,5%	<b>15 %</b>
% en classe C	38,7%	34,3%	23,6%	16,4%	10,9%	8,9%	<b>4%</b>
% en classe D	19,3%	9,3%	4,8%	2,2%	1,4%	1,2%	<b>1%</b>
% en classe E	9,0%	2,4%	1,3%	0,9%	0,6%	0,7%	<b>0%</b>
% en classe F	0,8%	0,4%	0,1%	0,1%	0%	0%	<b>0%</b>

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

Les objectifs sont définis à partir de l'évolution constatée au cours des dernières années.

Publié pour la sixième année en 2012, 89,3% des établissements de santé sont classés en A ou en B pour le bilan des activités 2011 de lutte contre les infections nosocomiales. Cependant, des améliorations sont encore attendues pour 10,8% des établissements se situant en classe C, D ou E. Pour ces établissements, les pré-requis nécessaires au bon usage des antibiotiques sont notamment à mettre en place (commission des antibiotiques, référent en antibiothérapie, protocole sur l'antibiothérapie et liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée).

De 2006 à 2011, la majorité des établissements a mis en place non seulement les pré-requis nécessaires au bon usage des antibiotiques mais également des actions de prévention, surveillance et d'évaluation de la prescription d'antibiotiques. Les gains d'une année sur l'autre sont désormais faibles entre 2010 et 2011, y compris pour la répartition entre la classe A et B. Pour le recueil d'activités 2012, un indicateur de 2<sup>e</sup> génération (ICATB.2) en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, plus exigeants sur les actions et les résultats, sera testé pour une diffusion publique en 2014 (activités 2013).



## Distribution nationale des classes par catégorie

Catégories d'établissements/classes	ICATB 2011					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	76,1%	5,6%	16,9%	1,4%	0,0%	71
CH INF 300 LP	63,3%	24,2%	9,4%	2,1%	0,9%	330
CH SUP 300 LP	71,2%	22,6%	5,3%	1,0%	0,0%	208
ETAB. PSY	63,4%	16,4%	15,8%	2,4%	2,1%	292
EX HOPITAL LOCAL	72,0%	19,0%	8,0%	1,0%	0,0%	300
CL INF 100 LP	69,8%	24,7%	5,6%	0,0%	0,0%	215
CL SUP 100 LP	72,0%	18,5%	7,4%	1,8%	0,3%	336
SSR-SLD	68,7%	21,9%	7,8%	0,6%	1,0%	703
CLCC-CANCER	78,9%	5,3%	15,8%	0,0%	0,0%	19
<b>Total général</b>	<b>1702</b>	<b>506</b>	<b>219</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>2474</b>
<b>%</b>	<b>68,8%</b>	<b>20,5%</b>	<b>8,9%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,7%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

**Construction de l'indicateur :** L'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) mesure le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. L'ICATB a été construit à partir du bilan standardisé annuel d'activités de lutte contre les infections nosocomiales, que remplissent les établissements de santé, en sélectionnant les items qui permettent de répondre à ces trois questions : quelle est l'organisation à mettre en place, quels sont les moyens à mobiliser, quelles sont les actions à mettre en œuvre pour promouvoir le bon usage des antibiotiques ? ICATB est ainsi composé de 3 sous-indices, Organisation (O), Moyens (M) et Actions (A), pondérés de façon identique pour un total de 20 :

Les résultats sont rendus par catégories d'établissements de santé (CHU, CLCC, clinique MCO de plus ou moins 100 lits et places etc.), sous forme de classe de performance de A à F.

- 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 ;
- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants, en classe F.

Certaines catégories d'établissements sont considérées comme « non concernées » par cet indicateur, soit en raison d'un mode de prescription à usage externe, soit quand l'essentiel des soins comporte peu de prescriptions d'antibiotiques. Il s'agit des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), des maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées (MECSS), des établissements d'hémodialyse et des établissements ambulatoires.

**Précisions méthodologiques :** Les bornes des classes de A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé (centile 10 – 30 – 70 - 90) à partir des données des bilans 2006 (réalisé sur 2290 établissements). Ces bornes de classes ne changent pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression. Par exemple, la construction des classes pour les centres hospitaliers de moins de 300 lits (réalisé sur 327 établissements en 2006) est la suivante : les centiles 10, 30, 70 et 90 de la base nationale 2006 sont définis à partir des scores d'ICATB :

- les 10% d'établissements les moins bons ont un score inférieur ou égal à 3,52 sur 20 ;
- les 30% d'établissements moyens ont un score inférieur ou égal à 7,062 sur 20 ;
- les 70% d'établissements assez bons ont un score inférieur ou égal à 12,25 sur 20 ;
- les 90% d'établissements les meilleurs ont un score inférieur ou égal à 15,25 sur 20.

La définition de l'indicateur est identique depuis 2006.