
Adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins.

Projet d'étude sur la spécificité des Établissements de type SSR et SLD

Pilotes :

- CCLIN Est : Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales de l'Est, Hôpitaux de Brabois - rue du Morvan - 54511 Vandoeuvre les Nancy - tel : 03 83 15 34 73 - fax : 03 83 15 39 73
- CCLIN Ouest : Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales de l'Ouest, CHU Hôtel-Dieu, 2, rue de l'Hôtel Dieu, 35064 Rennes Cedex 2 - tel : 02 99 87 35 30 - fax : 02 99 87 35 32



Sommaire

Introduction	3
Remerciements	4
Sigles et abréviations	5
Mission - Cahier des charges	6
Chapitre 1 Méthodes de travail	13
I. Composition du groupe de travail	13
II. Organisation	13
III. Méthode	13
Chapitre 2 Appréciation du risque infectieux dans les établissements de type SSR et SLD	15
I. Les indicateurs du TBIN	15
1. ICALIN.	15
2. ICSHA	16
3. ICATB	17
4. Score agrégé	18
5. Indice SARM	19
II. Les réseaux de surveillance	20
1. Accidents d'exposition au sang	20
2. BMR	21
III. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales	22
1. Caractéristiques des patients	22
2. Prévalence des patients infectés et de l'infection nosocomiale	24
3. Description des infections	25
Chapitre 3 Appréciation du risque infectieux dans les établissements de type SSR et SLD par le biais d'une enquête	28
I. Les objectifs de l'enquête	28
II. Méthodologie	28
III. Résultats	29
1. Identification de l'établissement	29
2. Origine des patients en amont	29
3. Devenir des patients en aval	30
4. Aspects structurels	31
5. Patients pris en charge et risques infectieux	34
Chapitre 4 Typologie des actes et risques infectieux	40

I. Fréquence des soins par type d'établissement	40
II. Typologie des soins urinaires	42
III. Typologie des soins respiratoires	44
IV. Typologie des soins vasculaires	46
V. Typologie des pansements	48
VI. Typologie des soins digestifs	50
VII. Typologie des soins « appareil locomoteur »	51
Chapitre 5 Propositions d'indicateurs	54
Chapitre 6 Conclusion	60
Bibliographie	61
Annexes	63

Introduction

Les premiers décrets d'application de la loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* » sont parus ces derniers mois et portent entre autres sur les indicateurs de qualité de soins. De nouveaux indicateurs rendus obligatoires par la loi HPST vont apparaître ainsi que la mise à disposition au public des résultats.

En effet, que de chemin parcouru dans les établissements de santé (ES) depuis 2004, année qui vit apparaître la 1^{ère} génération d'indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales. Au cours de ces années 2004-2010, tous les ES ont appris à connaître ces indicateurs leur permettant de progresser dans la lutte contre les IN. D'ailleurs, les résultats du TBIN en 2009 montrent encore les progrès réalisés et attestent une mobilisation croissante des établissements en matière de prévention des infections associées aux soins et, plus largement, d'amélioration de la sécurité des patients. L'évolution des cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales a connu une amélioration moyenne de l'ordre de 15 points, ce qui est considérable. L'incidence globale des infections du site opératoire, des infections à staphylocoques dorés résistants à la méticilline, des accidents exposant au sang, l'incidence, en réanimation, des infections urinaires et des pneumopathies : toutes ces incidences sont en diminution. Deux tiers des établissements réalisent désormais des enquêtes d'incidence des infections nosocomiales. Plus de 95% ont désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

Aujourd'hui, il semble nécessaire de réfléchir à une adaptation de ces indicateurs. En effet leur universalité à tous les types d'établissements n'est probablement plus adaptée. Les moyens mis en œuvre dans un CHU ne diffèrent-ils pas de ceux retrouvés dans un SLD ? Les risques infectieux entre un établissement psychiatrique et un SSR sont-ils les mêmes ?

Nous proposons dans une première partie d'exposer la situation des établissements SSR et SLD en matière de lutte contre les infections associées aux soins à travers l'évolution des indicateurs du TBIN ainsi que des résultats des enquêtes des réseaux de surveillance.

Dans une deuxième partie, nous rapportons les résultats d'une enquête nationale sur l'appréciation du risque infectieux dans les établissements SSR et SLD.

En tenant compte de la typologie des actes et risques infectieux, nous proposerons une adaptation des indicateurs.

Remerciements

Le CCLin Est et le Service de Santé Publique du CHRU de Brest remercient :

Les 841 établissements SSR et/ou SLD qui ont répondu à cette enquête nationale, et plus particulièrement les Directeurs, les Présidents de CLIN, les soignants et les équipes opérationnelles d'hygiène pour le temps consacré à colliger les données de l'enquête,

Les Drs Philippe Garnier et Luc Peyrebrune de la DGS qui ont contribué à la réalisation et à la mise en ligne du questionnaire,

Madame Marie Ertzscheid - CCLIN Ouest et Mademoiselle Sandrine Mariani - CCLIN Est qui ont contribué efficacement au suivi du travail, à l'exploitation, à l'analyse de données et à la rédaction du rapport,

Remerciements pour leur soutien à M. le Pr Ch Rabaud et M. le Dr D Talon,

Mesdames Claudepierre et Varnier, secrétaires du CCLIN Est, Madame Elizabeth Toullec secrétaire au CHRU de Brest qui ont assuré le secrétariat de l'étude.

Les membres du groupe pour leur patience et leurs expériences des établissements SSR et SLD,

Les relecteurs qui ont eu peu de temps et qui ont néanmoins accepté de relire ce rapport d'étude :

- Avril Catherine, Praticien hygiéniste ARLIN Pays de Loire, Nantes
- Couillard R, médecin, CRF Quingey (25)
- Delille Frédéric, Médecin Hygiéniste Coordonnateur Réseau LUTIN, CH Le MANS
- Jourdain Sylvie, Cadre de Santé, Service de Santé Publique-Hygiène-Evaluation/ARLIN Bretagne, Brest
- Le Guyader Annie, Praticien hygiéniste, C.H. Vitré-Fougères
- Lucas - Pineau Brigitte, Praticien CRF DIVIO, Dijon

Sigles et abréviations

AES : accident d'exposition au sang
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ARLIN : antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
AVC : accident vasculaire cérébral
BMR : bactérie multirésistante aux antibiotiques
BN : bactériémie nosocomiale
CCLIN : centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CLCC : Centre de lutte contre le cancer
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
DGS : direction générale de la santé
EBLSE : entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre élargi
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENP : enquête nationale de prévalence
EOHH : équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
ES : établissement de santé
ETP : équivalent temps plein
GCAP : Grille Commune Autonomie/dépendance
GERES : groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants
IAS : infections associées aux soins
ICALIN : indicateur composite de l'activité de lutte contre les infections nosocomiales
ICATB : indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA : indicateur de consommation de solutions hydroalcooliques
IN : infections nosocomiales
ISO : infection du site opératoire
MCO : médecine, chirurgie et obstétrique
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH : hôpitaux privés sans but lucratif participant au service public hospitalier
PUI : pharmacie à usage intérieur
RAISIN : réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
SEP : sclérose en plaques
SFHH : société française d'hygiène hospitalière
SHA : solution hydroalcoolique
SLD : soins de longue durée
SSR : soins de suite et de réadaptation
SURVISO : indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire
TBIN : tableau de bord des infections nosocomiales

Missions et cahier des charges

PROJETS D'ETUDES SUR LA SPECIFICITE DE CERTAINES CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS DE SANTE

Dans le cadre de l'adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins et des objectifs du programme national afférent, il est proposé de confier aux CCLIN et ARLIN volontaires une étude de description et d'opportunité sur des catégories d'établissements présentant des spécificités particulières.

Les sujets d'étude et les pilotes retenus sont les suivants :

- Centres d'hémodialyse : CCLIN Sud-est
- Etablissements psychiatriques : ARLIN Auvergne
- Hospitalisation à domicile : CCLIN Sud-ouest
- SSR-SLD : CCLIN Est et CCLIN Ouest
- CLCC : CCLIN Ouest

A - TRONC COMMUN AUX GROUPES D'ETUDES

Objectifs généraux :

- 1 - Etablir des fiches descriptives des catégories d'établissement à usage des GT (Groupes de Travail) spécialisés sur les indicateurs du tableau de bord des IN (TBIN)
- 2 - Evaluer la pertinence des indicateurs du TBIN pour les différentes catégories d'établissements.

Objectifs particuliers :

1 - Fiche descriptive du secteur d'activité :

a - Typologie qualitative et, si possible, quantitative des différentes modalités de soins : problématique variable selon les catégories (voire description par catégorie)

b - Description des phases de soins susceptibles d'entraîner un risque de transmission d'IN, si besoin, en fonction des différentes catégories de personnels soignants les mettant en œuvre. Il s'agit aussi de quantifier ces soins : si les cathéters sont inhérents à la dialyse, ils ne sont peut-être pas suffisamment fréquents en psychiatrie pour justifier une cotation identique de cette procédure. Une réflexion pourrait être menée pour déterminer la prévalence des gestes invasifs dans les établissements.

c - Description des principales caractéristiques logistiques des établissements de la catégorie : PUI, laboratoire de microbiologie interne ou avec convention, degré d'informatisation, etc. ; permettant de juger de la pertinence de certaines procédures incluses dans les indicateurs et reposant sur l'existence de cette logistique.

Résultats globaux attendus :

1 - Répondre aux questions suivantes :

Faut-il garder cette catégorie d'établissements ?

Si OUI :

- Justifier la spécificité dans la fiche descriptive de soins au regard du risque d'infections nosocomiales.
- Proposer une adaptation éventuelle des indices composites existants, voire leur suppression pour la catégorie (confirmation pour celles qui ne sont déjà pas concernées par ICSHA et ICATB)
- Proposer, éventuellement, des indicateurs spécifiques à cette catégorie

Si NON :

- A quelle catégorie d'établissement rattacher ce groupe d'établissements ?

2 - Cas particulier d'ICSHA :

Le Groupe d'étude recevra les résultats de l'enquête en cours sur les Opportunités d'Hygiène des Mains (OHM) desquels sera déduit le nombre de frictions / 24h qui devra être appliqué à la spécialité de la catégorie. Un avis sera demandé sur cette question.

Modalité de mise en œuvre :

1 - Constitution d'un groupe d'étude composé des professionnels du secteur, le CCLIN ou l'ARLIN assurant l'expertise en hygiène hospitalière.

La composition des groupes devra tenir compte d'une répartition régionale (ne pas se limiter aux acteurs de la région ou de l'inter région), un équilibre entre le secteur public et privé ainsi qu'entre les différentes catégories d'établissement exerçant l'activité (ne pas se limiter obligatoirement aux établissements exclusifs de la spécialité).

2 - Enquête auprès d'un large échantillon d'établissements, a priori exclusif de la spécialité (voir ci-après)

3 - Rédaction des monographies sectorielles

4 - Elaboration d'un argumentaire pour la validation des indicateurs ou des items des indices composites.

Moyens mis à disposition par la DGS :

1 - Utilisation du site internet sécurisé du Bilan des activités LIN avec possibilité :

- d'adresser un message à tous les établissements de la catégorie : demande de volontaires pour faire partie du Groupe d'Etude ou toute information en lien avec le travail du Groupe d'Etude
- d'installer un questionnaire d'enquête relié à la base de données : les établissements de la catégorie pourront y accéder avec leur login et mot de passe du Bilan LIN pour répondre au questionnaire. Un mél leur sera adressé pour leur signaler la mise en place du questionnaire et les encourager à y répondre. Le fichier final, après la clôture de l'enquête, sera transmis au Groupe d'Etude pour exploitation.

Rôle du Groupe d'étude : élaborer le questionnaire, fixer les dates de début et fin d'enquête, exploiter les résultats.

Rôle de la DGS : gestion du site (envoi des mél, installation du questionnaire, récupération du fichier de résultats). NB : Il n'est pas possible de donner des droits d'accès à des organismes extérieurs à l'administration.

2 - Mise à disposition des salles de réunion au ministère de la santé avec matériel de projection. Prévenir le plus tôt possible.

3 - Mise en œuvre de conférences téléphoniques. Prévenir le plus tôt possible.

4 - Crédits de fonctionnement :

La somme affectée par pilote est de 17 000€.

5 - Toute autre modalité facilitant le travail du Groupe d'étude : lettre de mission, lettre d'introduction etc. confirmant le mandat donné par la DGS au responsable du Groupe d'Etude et aux membres de ce groupe.

B - SPECIFICITE DE CHAQUE SECTEUR :

Si ces établissements spécialisés sont spécifiques du point de vue de leur mono activité, ces activités sont également exercées au sein d'établissements pluridisciplinaires.

La partie description - typologie, a priori, ne sera pas différente entre les établissements mono et pluridisciplinaires. Il conviendra cependant de le confirmer.

Pour la partie concernant les indicateurs, le travail d'analyse réalisé pour les établissements non disciplinaires pourra éventuellement servir à l'application d'indicateurs spécifiques dans les établissements pluridisciplinaires exerçant cette activité.

CENTRES D'HEMODIALYSE :

1 - Description et typologie :

La réforme de l'hémodialyse a transformé en établissements de santé des structures échappant auparavant à cette définition, notamment les centres d'auto dialyse et de dialyse à domicile.

La typologie du secteur sera basée sur les différentes modalités de dispensation de ces soins.

L'argumentaire sur les indicateurs devra tenir compte des différentes techniques de dialyse, sur la base de la nomenclature SAE.

2 - Pertinence des indicateurs du TBIN :

a - ICALIN : passer en revue chaque item de cet indicateur et justifier sa pertinence ou non. Proposer éventuellement de nouveaux items spécifiques à ce secteur d'activités qu'il serait pertinent d'ajouter dans un ICALIN-hémodialyse.

b - ICSHA : une étude sur le nombre d'opportunités d'hygiène des mains est en cours. Cette étude intègre 5 services d'hémodialyse. A partir des résultats qui seront disponibles en septembre 2008, le GT ICSHA sera chargé de définir le nombre de frictions utiles par type d'opportunité d'hygiène des mains et de proposer un nombre total de frictions par séance d'hémodialyse.

Le rôle de ce GT sera d'apporter une expertise professionnelle sur ce travail d'expertise technique conduite par des spécialistes des PHA et des indicateurs. Cette intervention pourra se faire soit pendant le travail du GT ICSHA, soit à l'issue de ce travail par une analyse critique des propositions finalisées.

c - Autres indicateurs existants : ce secteur d'activités a été exempté des indicateurs relatifs au bon usage des antibiotiques et aux taux de SARM. Le GT devra confirmer ou non la non pertinence de ces indicateurs.

d - Autres indicateurs spécifiques : le GT pourra proposer des indicateurs spécifiques au secteur de l'hémodialyse pour qu'ils soient intégrés au TBIN des centres d'hémodialyse.

3 - Problématique de la déclaration des bilans pour les réseaux de centres d'hémodialyse :

De nombreux réseaux se sont développés selon des profils différents : mono départemental, pluri départemental et mono région, pluri région

Il conviendra de proposer une stratégie sur les deux points suivants :

- Le bilan annuel des activités : par Centre ? Par département ? Par région ?
- L'affichage des résultats du tableau de bord : par Centre ? Par département ? Par région ?

ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES :

1 - Description et typologie :

Les soins spécifiques à cette activité sont très peu infectiogènes, voire pas du tout. Il conviendra d'évaluer la prévalence des soins à risque nosocomial. Le groupe d'étude disposera des résultats de l'enquête sur les OHM qui a mesuré la fréquence de ces principaux actes.

La spécificité des soins ambulatoires de ce secteur, quasiment exempts de soins invasifs, peut faire envisager de proposer l'exclusion de ces modalités de soins du dispositif de lutte contre les infections associés aux soins.

Certains établissements sont très spécialisés sur une problématique particulière. Il a déjà été identifié les centres de postcure alcoolique. D'autres types peuvent exister et être identifiés. Les nouvelles dispositions législatives envisagées devraient permettre d'exonérer certains établissements de santé de l'obligation d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales. Un argumentaire technique devra être réalisé pour préparer les arrêtés d'application de cette mesure.

De nombreux établissements psychiatriques gèrent des Maisons d'Accueil Spécialisés (MAS) qui sont des établissements médicosociaux. La prochaine législation devrait étendre à ces catégorie d'établissements l'obligation d'organiser la lutte contre les infections associées aux soins. Dans le cadre de cette étude, il n'est pas envisagé de faire sur les MAS la même analyse que pour les établissements de santé. Il faudra cependant inclure dans l'enquête une interrogation sur la présence de ces MAS et leurs capacités afin de mesurer l'ampleur de ces associations qui pourraient conduire à des synergies.

2 - Pertinence des indicateurs du TBIN :

A priori, même problématique que pour les centres d'hémodialyse en ce qui concerne ICALIN et ICSHA (pour ICSHA, le groupe de travail de cet indicateur a proposé de maintenir l'exclusion des JH de jour).

Pour ICATB, il pourra être fait référence utilement aux données du Bilan annuel pour évaluer la pertinence de certains items.

Pour SARM, les dernières réflexions du Comité d'orientation vont vers une exemption d'un indicateur de résultats pour les établissements ayant moins de 30 000 JH annuelles. Cela n'exclut pas forcément les établissements psychiatriques. La description du risque nosocomial doit permettre de se prononcer sur l'opportunité de cet indicateur de résultats

pour cette catégorie de soins (ce qui conduirait éventuellement à exclure les JH de psychiatrie pour les établissements pluridisciplinaires).

Il ne semble pas qu'il y ait de risques spécifiques qui nécessiteraient un indicateur spécifique à cette activité. Le Groupe d'étude devra le confirmer à partir de sa fiche descriptive.

HOSPITALISATION A DOMICILE :

1 - Description et typologie :

L'une des caractéristiques de cette modalité de soins est l'intervention de la médecine de ville. L'enquête devra déterminer si cette intervention est systématique ou non. La fiche descriptive s'attachera à décrire le rôle des professionnels libéraux et des salariés de l'établissement. Pour ces derniers, il sera tenté d'approcher la fréquence et le contenu des visites domiciliaires.

L'autre caractéristique est que les soins sont délivrés au domicile et pas dans l'enceinte confinée d'un établissement. Cet élément est à prendre en considération pour certains indicateurs liés à l'environnement (ICATB, SARM).

Il ne semble pas qu'il y ait plusieurs modalités d'intervention permettant une typologie différentielle au sein de ce secteur. A confirmer

2 - Pertinence des indicateurs du TBIN :

L'intervention du secteur libéral modifie profondément l'approche de l'évaluation de ce secteur au travers du tableau de bord. Faut-il se limiter aux interventions des salariés de l'établissement ou intégrer également l'intervention de la médecine de ville.

Dans le cadre de la définition de la nouvelle politique de la lutte contre les infections associées aux soins, il sera procédé à une généralisation de cette problématique à l'ensemble des secteurs de soins. Pour ce qui concerne la médecine de ville, le ministère va avancer avec pragmatisme, notamment en raison de notre faible expérience de ce secteur sur lequel une intervention trop directive pourrait être contre productive. Il sera probablement envisagé des expérimentations à partir de l'intervention du secteur libéral dans les établissements, notamment les HAD, les EHPAD et les hôpitaux locaux.

Dans cette perspective, il faudrait donc envisager la problématique générale des indicateurs sous le double aspect d'une évaluation globale intégrant le secteur libéral ou d'une évaluation limitée aux agents « hospitaliers ».

ICALIN dépendra beaucoup du scénario choisi.

ICSHA est clairement au cœur du problème. Faut-il intégrer l'hygiène des mains des intervenants libéraux ?

ICATB sera complexe à appliquer : s'orientera-t-il vers un indicateur limité à la prévention des BMR au sein des établissements ou vers un indicateur s'adressant à l'ensemble des secteurs de soins responsables conjointement de la « pression » sur les populations ? Même si la réflexion va rapidement démarrer à la rentrée, la question ne sera pas tranchée d'ici la fin de l'année.

SARM : c'est un indicateur essentiellement lié à la dispensation des soins en établissement. Malgré l'émergence des résistances communautaires, il n'est pas envisagé le même glissement que pour ICATB. A priori, cet indicateur devrait ne pas figurer dans le tableau de bord des IN : à confirmer.

SSR - SLD :**1 - Description et typologie :**

Pour réaliser une typologie de ce secteur très hétéroclite, il est nécessaire de s'appuyer sur les données de la SAE. En termes de capacités, nous disposons de la simple distinction entre les lits de « Soins de suite » (SS) et de « Rééducation Fonctionnelle » (RF).

En termes d'activités, sous le titre de « SSR », nous pouvons distinguer les prestations suivantes et leur fréquence :

ACTIVITES	Codes	JH (C+J)
Réadaptation fonctionnelle		10 644 997
Réadaptation fonctionnelle non spécifiée	GDE RF	3 007 748
Médecine Physique et de réadaptation (MPR)	GDE 05	5 985 645
Rééducation fonctionnelle cardiaque ou respiratoire	GDE 06	1 099 704
Rééducation fonctionnelle, sauf MPR, cardiaque ou respiratoire	GDE 07	551 900
Soins de suite		20 284 669
Soins de suite non spécifié	GDE SS	7 879 211
Maladies à évolution prolongée SSR indifférencié	GDE 01	4 529 413
Réadaptation fonctionnelle et convalescence pour personnes âgées	GDE 02	2 745 349
Convalescence, repos, régime, réadaptation non spécialisée	GDE 03	3 820 589
Convalescence, repos, régime, réadaptation, mère et enfant	GDE 04	163 038
Lutte contre la tuberculose et les pneumoconioses	GDE 08	36 182
Cures thermales (avec hospitalisation)	GDE 09	50 450
Cures médicales spécialisées pour enfants, à l'exception des MECS	GDE 10	15 066
Cures médicales spécialisées tous âges, à l'exception des MECS	GDE 11	170 054
Dont MECS, à ouverture permanente ou temporaire	GDE 12	282 972
Postcures, alcool, toxicomanie, maladies mentales	GDE 14	592 345
TOTAL SSR		30 929 666

Analyse sommaire à affiner et confirmer par l'enquête et le travail du Groupe d'étude :

- Le GDE 14 sera probablement exempté d'organisation de la LIN dans la perspective de la nouvelle législation en préparation. Cela concerne 26 établissements de la base actuelle des établissements.
- La RF est probablement homogène en matière de risque nosocomial
- Les GDE 03, 04 et 09 sont probablement assez proches de la RF
- Les GDE 01, 02 et 08 sont probablement plus proches des SLD que de la RF

- Les GDE 10, 11 et 12 demandent à être étudiés pour savoir où les classer (RF/SS à faible risque ou SLD/SS à risque moyen).

En ce qui concerne les SLD, ceux-ci sont appelés à disparaître avec la transformation des USLD en EHPAD. Il n'est probablement pas nécessaire, dans l'immédiat (nous verrons plus tard dans le cadre des EHPAD) de faire un travail spécifique sur les SLD. Il conviendrait de vérifier leur proximité, en termes de risque nosocomial, avec certaines activités listées ci-dessus pour envisager, ou non, leur assimilation à l'une des catégories qui émergera de la typologie de ce secteur.

Les établissements SSR sont, a priori, le plus souvent spécialisés dans l'une ou l'autre des groupes d'activités décrits ci-dessus. Ceci devra être confirmé par l'enquête. Si cela se confirme, il conviendra de faire une fiche descriptive pour chaque catégorie d'activités ou d'établissements qui seront finalement retenues.

Ceci va générer une charge de travail très importante et c'est la raison pour laquelle il est proposé de partager le travail entre les CCLIN Ouest et Est.

2 - Pertinence des indicateurs du TBIN :

Elle devra être analysée pour chacune des activités ou catégorie d'établissements issue de ce secteur.

CLCC :

C'est probablement la seule catégorie que l'on peut envisager de supprimer. En quoi les CLCC sont-ils différents des établissements MCO ou des établissements multidisciplinaires assurant des prestations de cancérologie ?

Il conviendra de répondre à cette question avant d'envisager la constitution du groupe d'étude. Un premier questionnaire adressé aux 20 CLCC devrait permettre de répondre rapidement à cette question.

La fiche descriptive et l'adaptation des indicateurs ne seront envisagées que si cette première enquête permet de déterminer une spécificité suffisante pour maintenir cette catégorie d'établissements.

Chapitre 1

Méthode de travail

Constitution d'un groupe de travail formé de volontaires représentants :

- les différents types d'établissements SSR et SLD
- les personnes expertes et/ou impliquées dans la lutte contre les infections associées aux soins

Une rencontre avec des représentants de Sociétés savantes était initialement prévue mais n'a pu être organisée.

I. Composition du groupe de travail

BEIS Jean-Marie, médecin MPR, Centre de réadaptation Lay St Christophe (54)
BOSSER Gilles, Médecin cardiologue, Rééducation CHU Nancy (54)
CHAPUIS Catherine, Médecin hygiéniste, HCL Lyon (69)
COUILLARD R, médecin, CRF Quingey (25)
ERTZSCHEID Marie-Alix, ingénieur de santé, CCLin Ouest, Rennes (35)
FLORET Nathalie, médecin hygiéniste, ARLIN Franche-Comté, Besançon (25)
LAROYENNE Isabelle, médecin MPR, CMCR des Massues (69)
LEJEUNE Benoist, médecin santé publique, CCLin Ouest, Brest (29)
LUCAS Brigitte, médecin MPR, CRF DIVIO Dijon (21)
MARIANI Sandrine, biostatisticienne, et CCLin Est, Nancy (54)
MOREL Christine, cadre, CRF DIVIO Dijon (21)
PLANCHE Marie-Andrée, cadre de santé, Rééducation CHU Nancy (54)
RABAUD Christian, médecin infectiologue, CHU Nancy et CCLin Est, Nancy (54)
RUMEAU Francine, médecin MPR, CHU Nancy (54)
SIMON Loïc, pharmacien biologiste, CCLin Est, Nancy (54)
TALON Daniel, médecin hygiéniste, ARLIN Franche-Comté, Besançon (25)

II. Organisation

Ce travail débuté fin 2008 a été réalisé sous forme soit :

- de réunions en petits groupes de quelques personnes,
- de réunions téléphoniques,
- et surtout par échange de documents par courriels

III. Méthode

1. Bilan de la lutte contre les infections associées aux soins dans les SSR et SLD

- Analyse des données des différents réseaux de surveillance des IN concernant ces établissements
- Analyse des résultats de l'enquête nationale de prévalence de 2006

2. Elaboration d'un questionnaire national diffusé par la DGS permettant d'évaluer au sein de chaque établissement SSR et SLD les principaux risques infectieux en fonction de la nature des patients, de l'aspect structurel des établissements, du degré de perte d'autonomie des patients, de la fréquence des soins et/ou dispositifs invasifs et/ou autres porte d'entrée d'infection au moment de la prise en charge et de la fréquence des déficiences ayant un impact potentiel sur le risque infectieux.

3. Analyse du questionnaire

4. Discussion sur l'intérêt et les limites des indicateurs actuellement utilisés et proposition de nouveaux indicateurs plus spécifiques aux établissements SSR et SLD

5. Rédaction d'un rapport ayant fait l'objet d'une relecture.

Chapitre 2

Appréciation du risque infectieux dans les établissements de type SSR et SLD

Le risque infectieux rencontré dans les SSR et SLD peut être apprécié en tenant compte des résultats publiés du Tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN) national et annuel. La participation des SSR et SLD à des réseaux de surveillance d'infections nosocomiales (de type RAISIN) permet de compléter cette approche du risque infectieux.

I. Les indicateurs du TBIN (accessibles sur le site du Ministère de la Santé)

Nous rapportons ici les résultats obtenus en 2008 par les différentes catégories d'établissements de santé aux indicateurs du tableau de bord national des infections nosocomiales pour les établissements SSR et SLD.

Définition de la catégorie établissements SSR et SLD dans le tableau de bord des activités de lutte contre les infections nosocomiales (IN) :

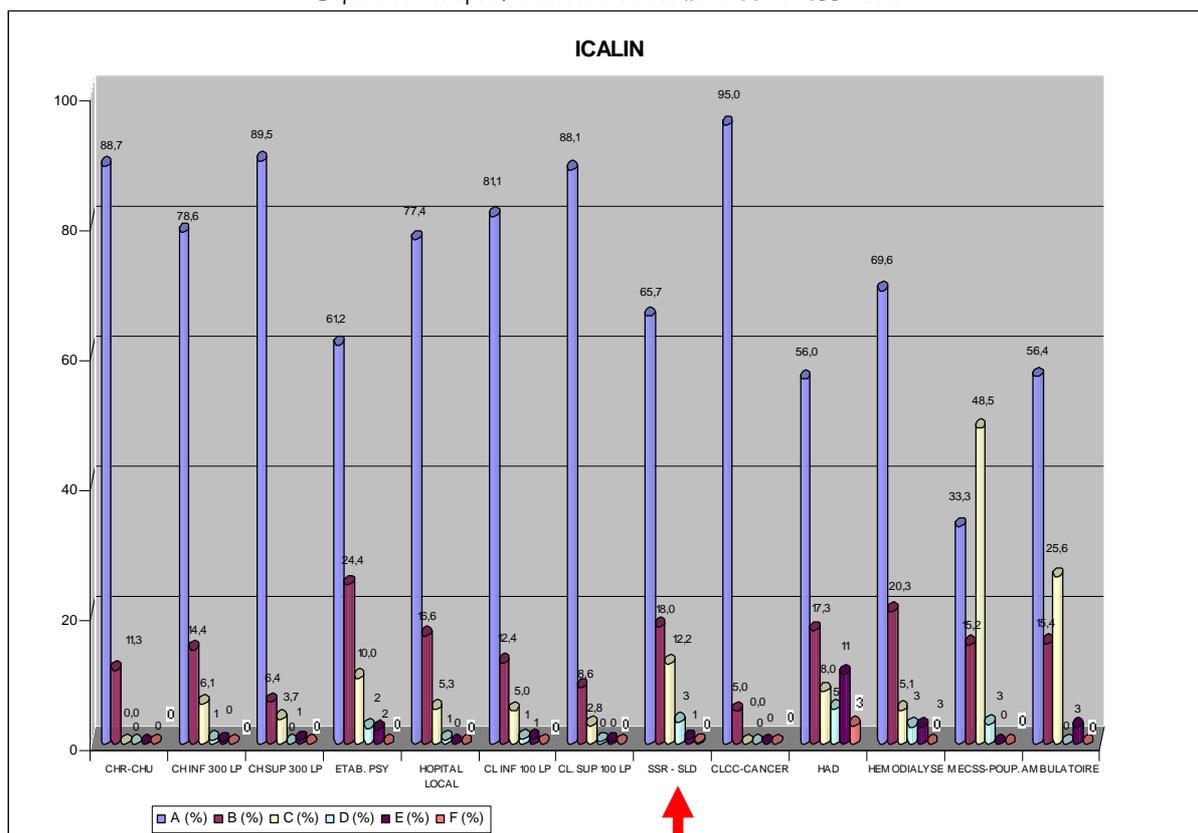
Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places. En pratique, il faut distinguer 4 types d'établissements : ceux ne réalisant que du SSR ou que du SLD, ceux ayant une activité SSR et SLD et enfin des établissements de plus grande taille ayant une activité polyvalente (médecine, chirurgie, SSR et/ou SLD).

1. ICALIN

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 oeuvre.

Ce score sur 100 points reflète du niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels, en particulier de sa Direction, de son équipe d'hygiène et de son comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou de la sous-commission de la commission médicale d'établissement en charge des mêmes attributions. Les établissements obtiennent ainsi une note entre 0 et 100 déterminant la classe A, B, C, D, E ou F.



La distribution nationale des classes par catégories montre que les SSR-SLD font parties des établissements ayant un ICALIN plus faible que les autres.

ICALIN	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%
A	256	74.2	19	57.6	68	74.7	266	77.3	609	74.9
B	51	14.8	7	21.2	15	16.5	44	12.8	117	14.4
C	31	9.0	6	18.2	8	8.8	26	7.6	71	8.7
D	5	1.4	1	3.0	0	0.0	6	1.7	12	1.5
E	2	0.6	0	0.0	0	0.0	2	0.6	4	0.5
Total	345	100.0	33	100.0	91	100.0	344	100.0	813	100.0

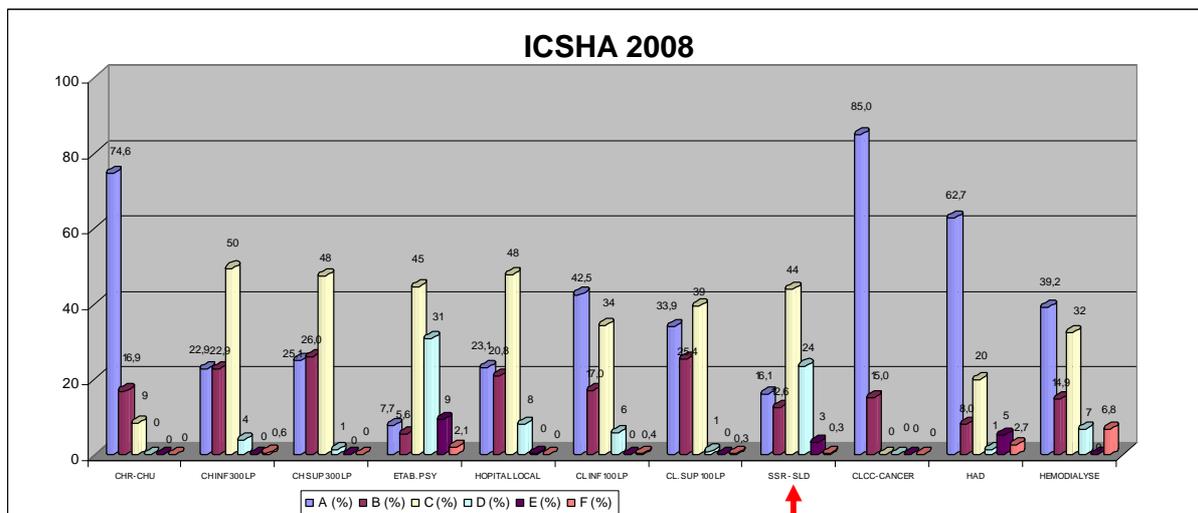
Le score ICALIN ne diffère pas entre les types d'établissements réalisant du SSR et/ou SLD.

2. ICSHA

L'indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique ou ICSHA est un marqueur indirect de la mise en oeuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention de nombreuses IN.

L'indice consommation des solutions hydro-alcooliques permet d'apprécier la quantité de solution hydro-alcoolique commandée par les établissements de santé. Chaque établissement étant classé en A, B, C, D, E ou F en fonction de sa consommation par rapport à l'objectif théorique prédéterminé.

Pour les établissements SSR-SLD, celui-ci est calculé sur la base de 5 frictions hydroalcooliques par patient et par jour en SSR et de 4 frictions si les patients sont dans un SLD.



Seulement 16,1 % des SSR-SLD ont atteint l'objectif en 2008, et placent ces établissements parmi ceux qui doivent réaliser les plus grands efforts en terme d'hygiène des mains.

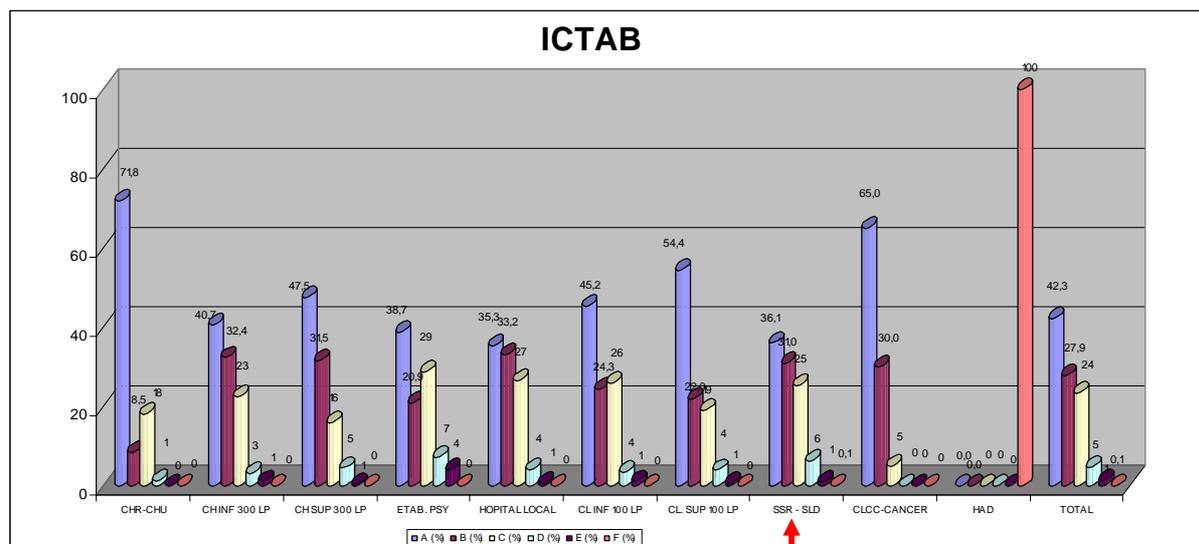
ICSHA	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%
A	56	16.2	7	21.2	15	16.5	70	20.3	148	18.2
B	45	13.0	4	12.1	12	13.2	74	21.5	135	16.6
C	152	44.1	17	51.5	60	65.9	146	42.4	375	46.1
D	79	22.9	5	15.2	4	4.4	16	4.7	104	12.8
E	12	3.5	0	0.0	0	0.0	1	0.3	13	1.6
F	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.6	2	0.2
Z	1	0.3	0	0.0	0	0.0	35	10.2	36	4.4
Total	345	100.0	33	100.0	91	100.0	344	100.0	813	100.0

Le score ICSHA est significativement différent entre les types d'établissement. Les établissements polyvalents ont de meilleurs scores ICSHA que les autres.

3. ICATB

L'ICATB ou indice composite de bon usage des antibiotiques 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 oeuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice 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.



Comme pour les hôpitaux locaux et les établissements psychiatriques, un tiers des SSR-SLD ont un dispositif conforme aux recommandations de bon usage des antibiotiques.

ICATB	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%
A	129	37.4	13	39.4	32	35.2	132	38.4	306	37.6
B	116	33.6	9	27.3	30	33.0	97	28.2	252	31.0
C	82	23.8	7	21.2	22	24.2	68	19.8	179	22.0
D	14	4.1	2	6.1	6	6.6	10	2.9	32	3.9
E	2	0.6	2	6.1	1	1.1	3	0.9	8	1.0
Z	2	0.6	0	0	0	0	34	9.9	36	4.4
Total	345	100.0	33	100.0	91	100.0	344	100.0	813	100.0

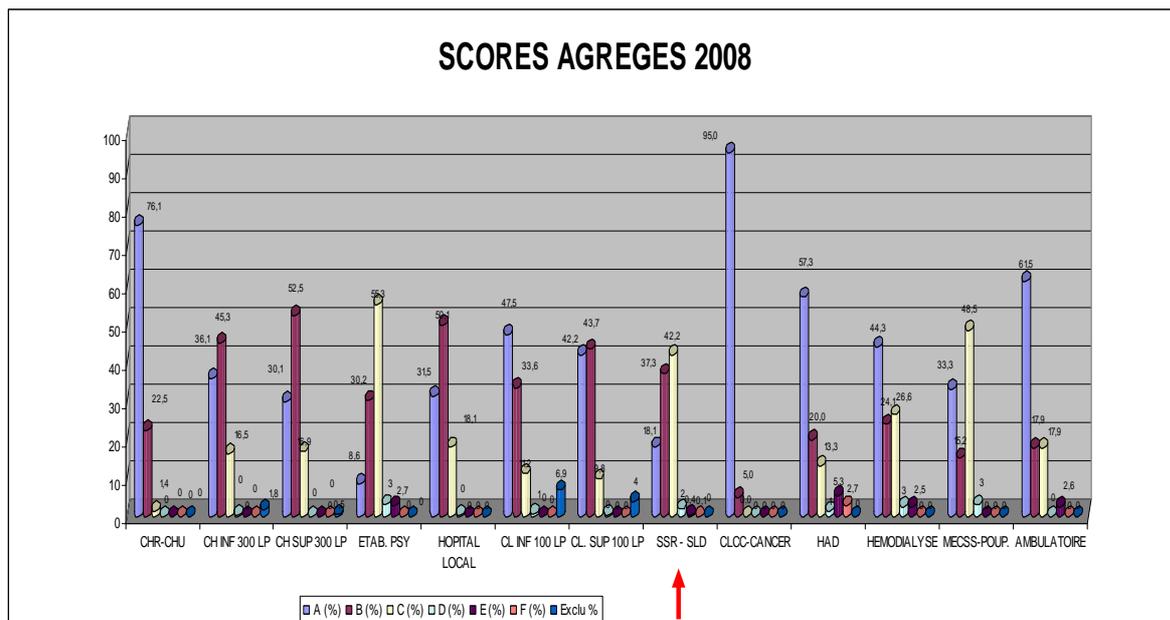
Près de 10% des établissements polyvalents avec SSR et SLD n'ont pas répondu au score ICATB.

4. Score agrégé

La prévention des IN est un sujet complexe qui nécessite la mise en oeuvre 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 tableau de bord inclut désormais quatre indicateurs différents selon le type et l'activité des établissements (par exemple SURVISO ne concerne que les structures faisant de la chirurgie).

Le Ministère chargé de la santé a développé un **score agrégé** élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs pour améliorer la lecture du tableau de bord. C'est une façon de lire différemment les 4 indicateurs du tableau bord des IN en les rendant lisibles 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.



Les SSR-SLD font partie des établissements qui disposent d'une marge de progression importante pour leur score agrégé.

5. Indice SARM

L'indice SARM, (nombre de prélèvement à visée diagnostic positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2006-2008) dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre établissement de santé, l'infection par un SARM ayant pu avoir lieu dans cet autre établissement (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, sa capacité à la maîtrise par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient (dite transmission croisée) et sa politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques.

Distribution nationale des médianes par catégorie					
Indice Triennal de SAMR 2006-2008					
Catégories d'Établissements	Médiane	Minimum	Maximum	% de répondant	Nombres d'établissements
CHR-CHU	0,51	0,18	1,69	100%	71
CH INF 300 LITS	0,51	0,05	1,75	91%	237
CH SUP 300 LITS	0,51	0,09	2,77	98%	219
HOPITAL LOCAL	0,21	0,05	1,29	45%	141
CLINIQUES MCO	0,38	0,05	1,63	89%	209
SSR-SLD	0,22	0,01	1,53	51%	350
CLCC	0,52	0,21	0,78	100%	10
Total	0,41	0,01	2,77	76,1%	1237

Les SSR-SLD semblent moins confrontés que les établissements accueillant des patients « aigus » au problème des SARM. Néanmoins la moitié des SSR-SLD n'ont pas répondu à cet indice diminuant d'autant la pertinence du résultat publié.

ICSARM	SSR seuls	SLD seuls	SSR et SLD	Ets polyvalents SSR-SLD
Min	0.01	0.04	0.04	0.05
Q1	0.13	0.07	0.18	0.34
Moyenne	0.34	0.12	0.32	0.55
Médiane	0.26	0.11	0.26	0.48
Q3	0.39	0.15	0.39	0.66
Max	1.53	0.30	0.95	2.77

Les établissements polyvalents ont un ICSARM plus élevé que les autres structures.

En conclusion, les résultats des indicateurs du tableau de bord 2008 montrent que les SSR et SLD font partie des établissements de santé pour lesquels les marges de progression seront les plus grandes à réaliser dans les prochaines années.

II. Les réseaux de surveillances

Un partenariat entre les Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales et l'Institut de Veille sanitaire a débouché sur la création du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Il a pour but, entre autre, de coordonner au niveau national la surveillance d'infections nosocomiales.

Il existe actuellement **6 réseaux nationaux** de ce type. Basés sur le volontariat des Etablissements de santé participants, ils sont ciblés sur des thématiques définies comme prioritaires. Sur des périodes variables (annuelle, 4 mois, trimestrielle ou 2 mois), chaque établissement surveille les accidents d'exposition au sang (AES), les bactéries multi résistantes (BMR), les bactériémies nosocomiales (BN), les infections du site opératoire (ISO), les infections en maternité ou en réanimation ; les 3 dernières ne concernant pas les SSR et SLD. A noter qu'il y a des établissements SSR qui participent à la surveillance des bactériémies. Sans être des indicateurs directs des infections nosocomiales, ils permettent d'apprécier la politique de lutte contre les transmissions croisées d'une part, et les efforts mis en oeuvre pour améliorer la pratique de l'antibiothérapie d'autre part.

1. AES

Les accidents d'exposition au sang (AES) font l'objet d'une surveillance obligatoire. Les CCLIN, le RAISIN et le GERES proposent une méthodologie de surveillance de ces événements pour tous les établissements de santé. En 2007, 84 établissements SSR et SLD ont participé à cette surveillance recensant 206 AES.

Taux d'AES pour 100 lits d'hospitalisation selon la nature des établissements (N=621)

	N	AES	Lits	Taux global	Min.	P 25	Médiane	P 75	Max.
CHU	37	5 139	36 681	14,0	1,2	4,2	11,6	20,4	30,7
CH/CHG	190	7 505	101 822	7,4	0,0	3,8	6,5	8,9	22,4
CHS/Psy	63	488	19 665	2,5	0,0	1,3	2,0	3,4	8,4
Hôpital local	46	121	9 913	1,2	0,0	0,7	1,2	1,6	7,4
Clinique MCO	160	1 795	26 237	6,8	0,0	4,0	6,0	8,5	45,5
Hôpital des armées	3	92	682	13,5	11,0	-	13,7	-	15,4
SSR/SLD	84	206	9 348	2,2	0,0	0,9	1,7	3,5	7,5
CLCC	9	184	1 291	14,3	1,1	12,5	15,2	17,1	18,4
Autre type	29	33	2 744	1,2	0,0	0,0	0,0	1,7	12,5

Le taux d'AES pour 100 lits d'hospitalisation en SSR- SLD est faible comme en Psychiatrie et dans les établissements locaux.

Taux d'AES pour 100 infirmier(e)s ETP selon la nature des établissements (N=382)

	N	AES	ETP	Taux global	Min.	P 25	Médiane	P 75	Max.
CHU	35	2 076	27 253,3	7,6	3,4	6,8	7,9	8,7	11,6
CH/CHG	117	2 335	35 240,0	6,6	0,0	5,3	6,7	8,1	13,3
CHS/Psy	40	213	13 379,4	1,6	0,0	1,1	2,4	5,0	15,8
Hôpital local	28	37	1 185,8	3,1	0,0	0,0	5,4	7,8	14,8
Clinique MCO	96	737	8 414,8	8,8	0,0	5,0	7,7	11,1	40,7
Hôpital des armées	2	20	347,0	5,8	4,2	-	-	-	7,1
SSR/SLD	49	101	1 308,3	7,7	0,0	3,9	7,3	12,5	50,0
CLCC	5	33	470,1	7,0	1,3	4,9	5,9	11,1	13,4
Autre type	10	18	328,4	5,5	0,0	0,0	1,8	12,5	13,3

Par contre rapporté aux nombres d'infirmiers, le taux d'AES en SSR et SLD se situe dans la fourchette haute.

Il y a peu d'accidents par rapport au nombre de patients mais comme le nombre de personnels y est faible, le risque d'AES reste élevé pour le personnel infirmier.

2. BMR

Seuls les établissements SSR ont participé à la surveillance RAISIN des BMR pour les *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (EBLSE).

BMR-Raisin 2007 – Densités d'incidence des SARM par type d'établissement*

Type	SARM	JH	INC	Nb établissements
CHU	2 222	3 765 298	0,59	50
CH	4 178	8 230 594	0,51	271
Hôpital militaire	46	77 058	0,60	5
Centre anticancéreux	46	116 090	0,40	13
Hôpital local	173	555 864	0,31	81
MCO	755	1 773 264	0,43	171
Soins de suite et de réadaptation	364	975 664	0,37	119
Établissements psychiatriques	23	497 083	0,05	26
Total*	7 841	16 188 190	0,48	752**

INC: densité d'incidence – JH: journées d'hospitalisation.

Enquête sur les spécificités des établissements SSR et SLD - 2010
BMR-Raisin 2007 – Densités d'incidence des EBLSE par type d'établissement*

Type	EBLSE	JH	INC	Nb établissements
CHU	1201	3 765 298	0,32	50
CH	1579	8 230 594	0,19	271
Hôpital militaire	30	77 058	0,39	5
Centre anticancéreux	26	116 090	0,22	13
Hôpital local	54	555 864	0,10	81
MCO	457	1 773 264	0,26	171
Soins de suite et de réadaptation	158	975 664	0,16	119
Établissements psychiatriques	6	497 083	0,01	26
Total*	3 526	16 188 190	0,22	752**

Les densités d'incidence des SARM et EBLSE dans les SSR restent globalement plus faibles dans ce type de structures par rapport aux autres établissements étudiés.

III. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales

En France, trois enquêtes de prévalence des infections nosocomiales (IN) réalisées entre 1990 et 2001 ont permis de produire des estimations régulières de la fréquence des IN dans les établissements de santé (ES). Dans le cadre du programme national de lutte contre les IN 2005-2008, le ministère de la Santé a demandé à l'Institut de veille sanitaire (InVS) de reconduire ce type d'enquête en juin 2006, afin de décrire de façon détaillée et actualisée, un jour donné, les IN survenant dans l'ensemble des services et ES français.

En 2006, 555 établissements de type SSR et SLD représentant 45539 lits ont participé à l'ENP.

1. Caractéristiques des patients
 - i. Age des patients

L'âge moyen des 358533 patients inclus dans l'enquête est de 62,3 ans.

Type de séjour	Patients	
	(N)	Moyenne
Court séjour	179 266	57,4
- dont médecine	90 415	64,6
- dont chirurgie	59 871	60,0
- dont obstétrique	22 818	23,5
- dont réanimation	6 162	53,7
SSR	68 650	68,2
SLD	61 205	82,8
Psychiatrie	47 269	46,3
Autre	1 963	40,0

Les patients de SSR ont un âge moyen supérieur à la moyenne (68,2 vs 62,3) alors que ceux de SLD ont un âge moyen très supérieur (82,8 ans).

ii. Facteurs de risques

Pour mémoire, le score de Mac Cabe égal à 1 ou 2 permet d'identifier les patients présentant une affection engageant le pronostic vital à un ou cinq ans.

Type de séjour	Patients (N)	Age ≥65 ans		Mac Cabe 1-2		Immunodépression	
		N	%	N	%	N	%
Court séjour	179 266	89 267	49,8	53 783	30,0	22 684	12,7
- dont médecine	90 415	56 213	62,2	38 111	42,2	17 007	18,8
- dont chirurgie	59 871	29 577	49,4	12 232	20,4	4 412	7,4
- dont obstétrique	22 818	766	3,4	473	2,1	251	1,1
- dont réanimation	6 162	2 711	44,0	2 967	48,1	1 014	16,5
SSR	68 650	45 682	66,5	19 554	28,5	6 880	10,0
SLD	61 205	57 376	93,7	29 632	48,4	3 722	6,1
Psychiatrie	47 269	6 782	14,3	1 371	2,9	445	0,9
Autre	1 963	609	31,0	451	23,0	168	8,6
Total	358 353	199 716	55,7	104 791	29,2	33 899	9,5

Les SSR hébergent plus souvent des patients âgés (66,5 % ont plus de 65 ans vs 55,7% en moyenne) mais qui présentent globalement des facteurs de risque dans la moyenne nationale (28,5% ont un Mac Cabe de 1 ou 2 vs 29,2% et 10,0% sont immunodéprimés vs 9,5%). Par contre, les patients de SLD sont de loin les plus âgés, 93,7% ont plus de 65 ans et ont par conséquent une espérance de vie plus faible : la moitié ont un Mac Cabe de 1 ou 2. A contrario, l'immunodépression est plus faiblement rencontrée en SLD alors que les patients sont âgés ; ce paradoxe n'est qu'apparent car les critères d'immunodépression retenus pour l'ENP n'incluaient pas l'immunosénescence et étaient surtout liés à des pathologies rencontrées en court séjour.

iii. Exposition des patients aux dispositifs invasifs

Type de séjour	Patients (N)	Cathéter vasculaire		Sonde urinaire*		Intubation trachéotomie	
		N	%	N	%	N	%
Court séjour	179 266	72 637	40,5	28 112	15,7	5 268	2,9
- dont médecine	90 415	35 888	39,7	7 338	8,1	724	0,8
- dont chirurgie	59 871	27 443	45,8	12 637	21,1	1 697	2,8
- dont obstétrique	22 818	4 014	17,6	4 094	17,9	143	0,6
- dont réanimation	6 162	5 292	85,9	4 043	65,6	2 704	43,9
SSR	68 650	4 441	6,5	3 422	5,0	993	1,4
SLD	61 205	7 234	11,8	1 943	3,2	202	0,3
Psychiatrie	47 269	541	1,1	141	0,3	22	<0,1
Autre	1 963	1 045	53,2	105	5,3	24	1,2
Total	358 353	85 898	24,0	33 723	9,4	6 509	1,8

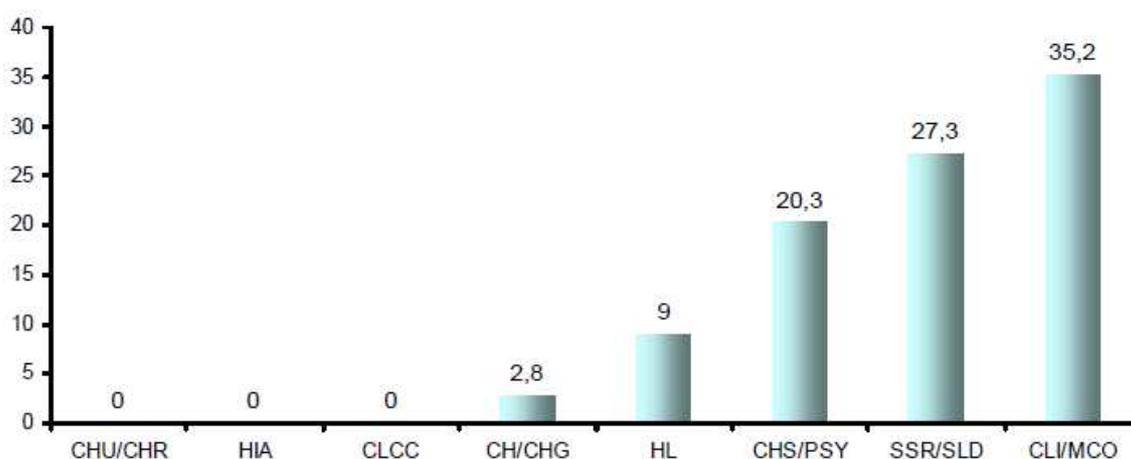
Les patients de SSR et SLD sont moins souvent porteurs de cathéter vasculaire (6,5% en SSR et 11,8 en SLD vs 24,0 en moyenne), moins porteurs de sondes urinaires (5,0% en SSR et 3,2 en SLD vs 9,4 en moyenne) et moins intubés ou trachéotomisés (1,4% en SSR et 0,3 en SLD vs 1,8 en moyenne). Au final, les patients de SSR et SLD sont moins porteurs de dispositifs invasifs, facteurs de risques identifiés des IN.

2. Prévalence des patients infectés et de l'infection nosocomiale

Type de séjour	Patients	Infectés		Infections		Infections acquises		Infections importées	
	(N)	N	%	N	%	N	%	N	%
Court séjour	179266	9549	5,33	10609	5,92	8881	4,95	1728	0,96
- dont médecine	90415	4749	5,25	5149	5,69	4114	4,55	1035	1,14
- dont chirurgie	59871	3217	5,37	3571	5,96	3089	5,16	482	0,81
- dont obstétrique	22818	203	0,89	216	0,95	198	0,87	18	0,08
- dont réanimation	6162	1380	22,40	1673	27,15	1480	24,02	193	3,13
SSR	68650	4864	7,09	5116	7,45	3354	4,89	1762	2,57
SLD	61205	2689	4,39	2808	4,59	2672	4,37	136	0,22
Psychiatrie	47269	674	1,43	693	1,47	619	1,31	74	0,16
Autre	1963	41	2,09	46	2,34	25	1,27	21	1,07
Ensemble	358353	17817	4,97	19272	5,38	15551	4,34	3721	1,04

La prévalence moyenne des patients infectés est de 4,97% en France dans les établissements de santé alors qu'elle est de 7,09% en SSR et de 4,39% en SLD. Néanmoins, la part des infections importées en SSR est plus élevée que la moyenne (2,57% vs 1,04). Au final, l'acquisition d'une infection nosocomiale en SSR et SLD n'est que très légèrement supérieure à la moyenne.

Pourcentage d'établissements n'ayant aucune infection nosocomiale selon leur catégorie :



Il faut noter que plus d'un établissement SSR et SLD sur quatre ont déclaré n'avoir aucune infection nosocomiale le jour de l'enquête.

Enquête sur les spécificités des établissements SSR et SLD - 2010

Type de séjour	2001*		2006			Évolution (%)	
	Patients	Patients infectés		Patients	Patients infectés		
	(N)	N	%	N	N		%
Court séjour	146 445	6 951	4,75	147 908	6 926	4,68	-1,3
- dont médecine	72 933	3 182	4,36	76 418	3 288	4,30	-1,4
- dont chirurgie	49 086	2 415	4,92	47 776	2 370	4,96	0,8
- dont obstétrique	18 313	185	1,01	18 356	161	0,88	-13,2
- dont réanimation	6 113	1 169	19,12	5 358	1 107	20,66	8,0
SSR	42 737	2 542	5,95	43 203	2 251	5,21	-12,4
SLD	55 370	2 791	5,04	44 720	1 860	4,16	-17,5
Psychiatrie	34 867	586	1,68	33 791	465	1,38	-18,1
Autre	71	2	2,82	1 525	19	1,25	-55,8
Total	279 490	12 872	4,61	271 147	11 521	4,25	-7,7

La comparaison avec l'ENP de 2001 montre une diminution significative de la prévalence des patients infectés : -12,4% en SSR et -17,5% en SLD entre 2001 et 2006.

3. Description des infections
i. Part relative des sites infectieux

Siège infectieux	Infection urinaire	Pneumopathie	ISO	PTM	Respi. autre	Bactér./ Septi.	ORL stomato.	Gastro-intestinal	Cathéter
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Court séjour	26,5	17,6	18,7	5,6	4,5	9,9	1,8	3,5	4,7
- dont médecine	31,4	17,3	6,2	7,6	5,9	10,6	2,9	4,2	5,5
- dont chirurgie	26,4	7,2	40,6	4,3	2,7	7,2	0,9	2,1	3,3
- dont obstétrique	27,4	0,0	26,0	4,2	0,5	7,4	0,0	1,9	2,3
- dont réanimation	11,9	43,2	9,6	2,6	4,4	13,6	1,0	4,7	5,2
SSR	39,9	9,4	13,2	12,6	7,1	2,8	4,4	2,5	0,8
SLD	30,7	14,1	2,0	19,5	14,5	1,5	5,0	2,1	0,1
Psychiatrie	21,1	12,3	3,0	24,4	10,3	0,3	19,5	0,6	0,1
Autre	19,6	21,7	13,0	10,9	6,5	13,0	2,2	8,7	0,0
Ensemble	30,3	14,7	14,2	10,2	6,8	6,4	3,6	2,9	2,8

La répartition des infections en SSR et SLD est différente par rapport à la répartition moyenne des infections dans l'ENP 2006.

En SSR, la part des infections urinaires, des ISO et des infections de peau et tissu mou est plus élevée. L'origine d'une partie des patients de SSR de rééducation en post-opératoire explique en partie cette répartition.

En SLD par contre, les infections de peau et tissu mou et les infections respiratoires (autres que les pneumopathies) sont plus fréquentes, liées vraisemblablement au grand âge des patients.

ii. Part relative des microorganismes responsables de ces infections

Enquête sur les spécificités des établissements SSR et SLD - 2010

Type de séjour	Court séjour	CS médecine	CS chirurgie	CS obstétrique	CS réanimation	SSR	SLD	Psychiatrie	Autre	Ensemble des ES
N	9760	4226	3592	180	1762	4159	1557	292	32	15800
Micro-organisme	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>E. coli</i>	22,0	24,9	22,1	36,1	13,8	28,7	28,9	33,9	15,6	24,7
<i>S. aureus</i>	17,1	17,8	17,7	15,0	14,6	20,4	25,1	19,5	40,6	18,9
<i>P. aeruginosa</i>	10,7	10,1	9,4	1,7	15,4	9,3	8,7	6,5	6,3	10
Staph. coag. nég.	8,1	8,0	8,6	2,8	8,1	4,7	1,7	4,1	0,0	6,5
Entérocoque	7,0	6,3	8,5	7,2	5,6	5,9	4,2	4,8	6,3	6,4
<i>P. mirabilis</i>	2,9	3,2	3,2	3,3	1,4	4,9	8,4	3,4	0,0	3,9
<i>K. pneumoniae</i>	3,2	3,4	2,6	3,9	3,9	4,1	3,6	2,7	0,0	3,5
Strepto. autre	3,5	3,0	4,2	10,6	2,2	2,9	2,8	2,4	6,3	3,2
<i>E. cloacae</i>	3,7	2,6	4,7	0,0	4,4	2,6	0,8	1,4	0,0	3
<i>C. albicans</i>	3,2	3,2	2,1	1,7	5,2	2,0	2,0	3,4	3,1	2,7
<i>E. aerogenes</i>	1,5	1,4	1,5	0,0	1,9	1,2	0,9	0,0	0,0	1,3
<i>K. oxytoca</i>	1,3	1,1	1,4	0,6	1,5	1,3	0,7	0,0	0,0	1,2
<i>C. non albicans</i>	1,2	1,4	0,6	1,1	2,0	0,9	1,2	2,4	3,1	1,2
<i>C. difficile</i>	1,0	1,7	0,4	0,0	0,6	1,3	1,7	0,0	0,0	1,1
<i>Morganella spp</i>	1,2	1,0	1,3	1,1	1,4	0,9	1,3	1,0	0,0	1,1
Autre	12,6	11,0	11,7	15,0	18,0	9,1	8,2	14,4	18,8	11,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Escherichia coli et *Staphylococcus aureus* sont les bactéries les plus fréquemment rencontrées dans les IN en SSR et SLD comme de façon générale dans les autres établissements de santé. Il existe donc une similitude de l'écologie bactérienne entre ces différents types de séjour.

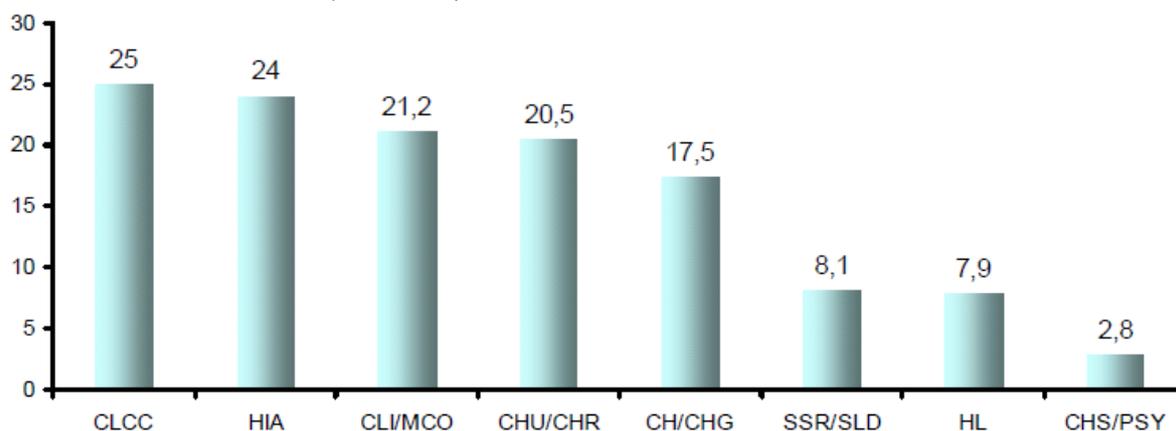
iii. Résistance bactérienne des principales bactéries

Micro-organisme	Court séjour	CS médecine	CS chirurgie	CS obstétrique	CS réanimation	SSR	SLD	Psychiatrie	Autre	Total
<i>Staphylococcus aureus</i>										
N	1673	753	635	27	258	847	390	57	13	2980
Testés (%)	96,2	95,6	96,2	92,6	98,1	92,3	93,1	93,0	84,6	94,6
Métilcilline-R (%)	44,1	52,6	35,4	40,0	47,5	59,9	74,1	41,5	81,8	49,6
<i>Pseudomonas et apparentés</i>										
N	1151	470	364	5	312	409	141	21	2	1724
Testés (%)	90,9	90,9	90,4	80,0	91,7	84,4	87,9	71,4	100,0	88,9
Ceftazidime-R (%)	26,0	27,4	20,4	25,0	30,4	21,5	24,2	26,7	50,0	22,1
<i>Entérobactéries</i>										
N	3945	1764	1512	89	580	1991	767	143	7	6853
Testés (%)	85,6	85,3	84,4	83,2	89,7	76,8	82,1	69,9	85,7	82,3
Céfotaxime-IR ou ceftriaxone-IR (%)	15,7	16,2	13,9	2,7	20,6	13,9	15,2	5,0	16,7	14,9
<i>Enterococcus faecium</i>										
N	422	156	197	7	62	138	32	10	1	603
Testés (%)	91,5	91,0	89,9	85,7	98,4	86,2	90,6	100,0	0,0	90,4
Vancomycine-R (%)	2,3	1,4	4,00	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	-	9,6

La résistance bactérienne pour les *Staphylococcus aureus* est plus fréquente en SSR (59.9%) et SLD (74.1%) qu'en moyenne au niveau national (49,6% de SARM). Par contre, il n'est pas retrouvé plus de *Pseudomonas aeruginosa* et d'entérobactéries résistants aux antibiotiques en SSR et SLD par rapport aux autres types de séjour.

iv. Pourcentage de patients traités par des antibiotiques

Enquête sur les spécificités des établissements SSR et SLD - 2010



Globalement les patients de SSR et SLD comme ceux des hôpitaux locaux sont deux à trois fois moins traités par antibiotique que les patients des autres établissements (exception de la psychiatrie).

Catégorie d'ES	Établissements	
	N	%
CHR/CHU	0	0,0
CH/CHG	3	2,9
- dont <300 lits	3	2,9
- dont ≥300 lits	0	0,0
CHS/Psy	34	33,3
HL	12	11,8
Clinique MCO	1	1,0
- dont <100 lits	1	1,0
- dont ≥100 lits	0	0,0
HIA	0	0,0
SSR/SLD	41	40,2
CLCC	0	0,0
Autre	11	10,8
Total	102	100,0

La prévalence des patients traités par antibiotique est nulle dans plus de 40% des établissements de SSR et SLD. Les SSR et SLD sont donc les établissements qui utilisent le moins les antibiotiques.

Chapitre 3

Appréciation du risque infectieux dans les établissements de type SSR et SLD par le biais d'une enquête

I. Les objectifs de l'enquête

Dans le nouveau plan national de lutte contre les infections nosocomiales (2009-2012) il apparaît nécessaire d'adapter les indicateurs aux spécificités des établissements de santé.

La réalisation d'une enquête permettra d'orienter la stratégie nationale de prévention des infections associées aux soins dans les structures comportant les lits ou places de soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou des lits de soins de longue durée (SLD).

Les objectifs principaux de ce projet, qui concerne aussi d'autres types d'établissements, sont :

- 1 - d'établir des fiches descriptives des catégories d'établissements (typologie et niveaux de risque des soins, caractéristiques logistiques des établissements),
- 2 - d'évaluer la pertinence des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales pour les différentes catégories d'établissements.

Un groupe de travail pluri professionnel incluant des représentants infirmiers, médicaux et administratifs de SSR-SLD de statuts juridiques différents (public, privé et PSPH) a été en charge de mener ce travail en lien avec la DGS.

II. Méthodologie

Le questionnaire d'enquête comporte plusieurs parties :

- description de l'établissement : catégorie, nombre de lits, nature du plateau technique...,
- caractéristiques des patients : origine des patients, devenir des patients, motifs d'hospitalisation, nombre...,
- fréquence des soins et/ou dispositifs invasifs et/ou autres portes d'entrée d'infection au moment de la prise en charge,
- fréquence de déficiences ayant un impact potentiel sur le risque infectieux.

Ce questionnaire a été mis en ligne du 01/06/2009 au 25/09/2009 permettant à l'ensemble des établissements ayant une activité SSR et/ou SLD d'y répondre. Le questionnaire est disponible dans sa totalité en annexe de ce rapport.

III. Résultats

Vous trouverez ci-dessous les principaux résultats de cette enquête. L'ensemble des résultats peut être consulté en annexe.

La base nationale de départ comportait 1803 établissements ayant une activité SSR et/ou SLD et 841 établissements ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 46,6 %.

1. Identification de l'établissement

Questions renseignées	Effectif	Pourcentage
Toutes les questions	535	65.8
Partiellement renseignés	252	31.0
Aucune renseignées	26	3.2
Total	813	100.0

A noter que 20 établissements Psychiatriques avec SSR et huit SSR ambulatoires ont été exclus de l'analyse (d'où la différence avec les 841 réponses reçues).

Catégorie de l'établissement

	Effectif	Pourcentage
SSR seuls	345	42.4
SLD seuls	33	4.1
SSR et SLD	91	11.2
Ets polyvalents SSR-SLD	344	42.3
Total	813	100.0

2. Origine des patients en amont

En moyenne 23,7% des patients pris en charge provenaient du domicile (soit 130 patients en moyenne par établissement en 2008). Plus de 90% des patients pris en charge, parmi ceux qui venaient d'un autre établissement d'hospitalisation, provenaient d'un établissement et/ou service de court séjour (de médecine ou de chirurgie).

Patients pris en charge en 2008	SSR seuls			SLD seuls			SSR et SLD			Ets polyvalents SSR-SLD			Total		
	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%
B1. Domicile	201	67 318	26,0	17	575	20,8	64	5 506	16,6	88	29 284	21,1	130	102 683	23,7
B2a. Séjour en service de médecine	240	79 805	30,9	20	666	24,1	183	15 562	46,9	186	61 654	44,3	201	157 687	36,4
B2b. Séjour en service de chirurgie	303	100 760	39,0	2	60	2,2	78	6 648	20,0	97	32 089	23,1	178	139 557	32,2
B2c. Séjour en service de réanimation	6	1 854	0,7	0	10	0,4	1	77	0,2	2	522	0,4	3	2 463	0,6
B2d. Séjour en service d'obstétrique	0	19	0,0	0	2	0,1	0	7	0,0	0	45	0,0	0	73	0,0
B3a. Un autre établissement de SSR	9	3 135	1,2	21	696	25,2	27	2 339	7,1	15	4 845	3,5	14	11 015	2,5
B3b. EHPAD ou autre établissement médicosocial	2	595	0,2	14	459	16,6	7	631	1,9	4	1 459	1,0	4	3 144	0,7
B3c. Autre origine	15	5 043	2,0	9	292	10,6	28	2 401	7,2	27	9 140	6,6	21	16 876	3,9
Total	97	258 529	100,0	10	2 760	100,0	49	33 171	100,0	52	139 038	100,0	69	433 498	100,0

Moy : moyenne

Nb pat : nombre de patients

Les SSR seuls accueillent préférentiellement des patients provenant de service de chirurgie alors que les SLD reçoivent des patients de SSR ou de médecine.

3. Devenir des patients en aval

Devenir des patients en 2008	SSR seuls			SLD seuls			SSR et SLD			Ets polyvalents SSR-SLD			Total		
	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%
C1. Retour au domicile	550	182 755	84,1	1	37	13,3	219	18 643	71,4	244	80 360	75,8	361	281 795	80,6
C2. Transfert vers un établissement médicosocial	31	10 221	4,7	6	183	65,6	31	2 632	10,1	39	12 801	12,1	33	25 837	7,4
C3. Transfert vers un service de court séjour	63	20 962	9,7	1	48	17,2	40	3 404	13,0	26	8 689	8,2	42	33 103	9,5
C4. Transfert vers un autre étab SSR ou SLD	10	3 284	1,5	0	11	3,9	17	1 414	5,4	13	4 209	4,0	11	8 918	2,6
Total	164	217 222	100,0	2	279	100,0	77	26 093	100,0	81	106 059	100,0	112	349 653	100,0

Moy : moyenne

Nb pat : nombre de patients

Plus de 80% (80,6% et 361 patients en moyenne par établissement) retournaient au domicile au sortir de l'établissement SSR. La majorité des patients de SSR rentrent à domicile alors que ceux de SLD restent.

4. Aspects structurels

a. Nombre de gériatres (en ETP) pour 100 lits par établissement

	Nombre de gériatres en ETP pour 100 lits
ETS polyvalents avec SSR/SLD	2.7
SLD seul	1.1
SSR + SLD	1.8
SSR seul	0.8

Les établissements polyvalents sont mieux dotés en gériatres que les établissements ayant une activité exclusive SSR et/ou SLD.

b. Plateau technique

Au total, 676 des 776 établissements (87%) ayant répondu à cette famille de questions disposent d'un plateau technique. Le tableau suivant établit la fréquence de la présence des locaux dédiés aux différentes activités.

Plateaux techniques	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb étab	% *	Nb étab	% *	Nb étab	% *	Nb étab	% *	Nb étab	% *
Installation de balnéothérapie	142	48.1	3	15.0	18	28.1	72	24.3	235	34.8
Locaux dédiés à la kinésithérapie	293	99.0	19	95.0	62	96.9	269	90.9	643	95.1
Locaux dédiés à l'ergothérapie	187	63.2	11	55.0	45	70.3	158	53.4	401	59.3
Locaux dédiés à des activités spécifiques	196	66.2	17	85.0	53	82.8	197	66.6	463	68.5
Locaux d'appareillage	92	31.1	0	0.0	9	14.1	76	25.7	177	26.2
Salle(s) de plâtre	79	26.7	0	0.0	10	15.6	141	47.6	230	34.0
Locaux de consultations	217	73.3	5	25.0	45	70.3	255	86.1	522	77.2
Ré-entraînement à l'effort	133	45.1	1	5.0	16	25.0	110	37.2	260	38.5
Exploration sphinctérienne	30	10.2	0	0.0	4	6.3	58	19.6	92	13.6
EMG et potentiels évoqués somesthésiques	25	8.5	0	0.0	2	3.1	51	17.2	78	11.6
Service de radiologie	96	32.4	1	5.0	25	39.1	231	78.0	353	52.2
Autres locaux du plateau technique	103	34.9	2	10.0	13	20.3	119	40.2	237	35.1

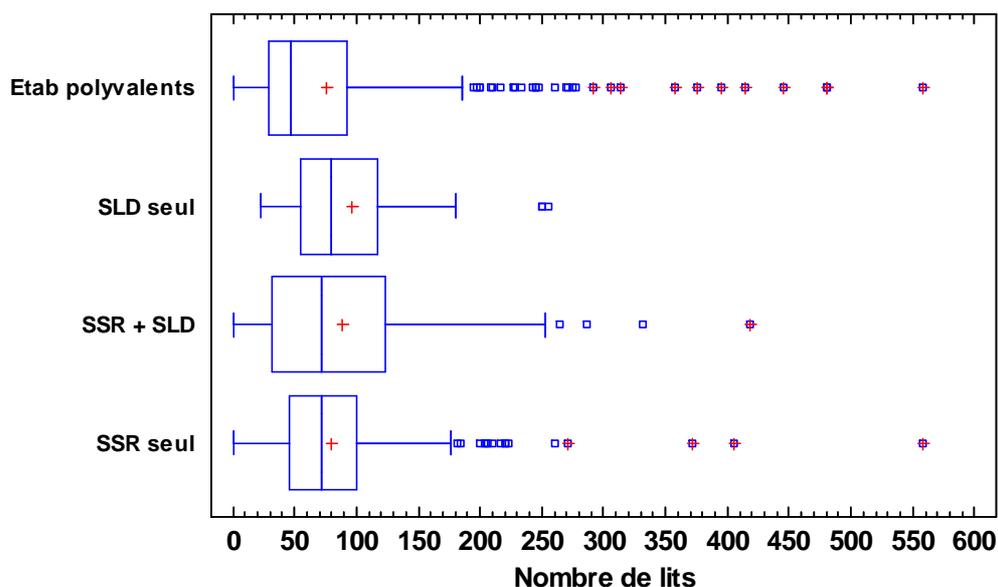
Des locaux dédiés à la kinésithérapie et à l'ergothérapie sont, comme prévu, très fréquents dans les services de rééducation. Il faut noter que la moitié des SSR dispose d'installation de balnéothérapie. Les SLD sont les moins bien dotés en plateau technique.

c. Les chambres de patients

Nombre de chambres	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Ensemble	
	Nb chambres	%	Nb chambres	%	Nb chambres	%	Nb chambres	%	Nb chambres	%
A 1 lit	15 137	71,0	1 443	63,1	4 058	67,3	11 992	63,7	32 630	67,3
A 2 lits	6 044	28,4	795	34,8	1 926	31,9	6 249	33,2	15 014	31,0
A plus de 2 lits	130	0,6	48	2,1	50	0,8	577	3,1	805	1,7
Total	21 311	100,0	2 286	100,0	6 034	100,0	18 818	100,0	48 449	100,0

En SSR et/ou SLD, plus de 30% des lits proposés sont dans des chambres à 2 lits ou plus, représentant un risque infectieux parfaitement identifié.

Nombre de lits par type d'établissement



En moyenne, les SSR et/ou SLD disposent de 62 lits ; quelques établissements ont un nombre de lits très élevé.

d. Le laboratoire de microbiologie

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>	
	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%
En interne	9	2.7	0	0.0	4	4.7	120	36.7	133	17.1
En externe avec convention	301	90.9	28	84.8	78	91.8	189	57.8	596	76.8
En externe sans convention	21	6.3	5	15.2	3	3.5	18	5.5	47	6.1
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

Les établissements répondant disposaient d'un laboratoire en interne dans 17,1% des cas, mais il faut noter une grande disparité : 2,7% des établissements SSR exclusifs et 36,7% pour les établissements polyvalents. Pour les établissements ne disposant pas d'un laboratoire en interne, 76,8% avaient passé une convention avec un laboratoire externe précisant presque systématiquement les modalités de transmission rapide des résultats et la nécessité d'un marquage particulier des prélèvements positifs à BMR. Le marquage est une information écrite ou orale réalisée par le laboratoire et destinée au service accueillant le patient, permettant la compréhension claire et précise d'un résultat de prélèvement positif à BMR.

e. La pharmacie à usage intérieur (PUI)

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>	
	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%
Oui	262	79.2	27	81.8	80	94.1	302	92.4	671	86.5
Non	69	20.8	6	18.2	5	5.9	25	7.6	105	13.5
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

Ils disposaient dans 86,5% des cas d'une pharmacie à usage intérieur, soit dans 79,2% des cas pour les SSR exclusifs et 92,4% des cas pour les établissements à activité multiple. Les établissements ne disposant pas de PUI avaient recours très majoritairement à des pharmacies d'officine.

f. L'unité de stérilisation et locaux de désinfection

Stérilisation	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%
Oui	26	7.9	3	9.1	12	14.1	210	64.2	251	32.3
Non	305	92.1	30	90.9	73	85.9	117	35.8	525	67.7
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

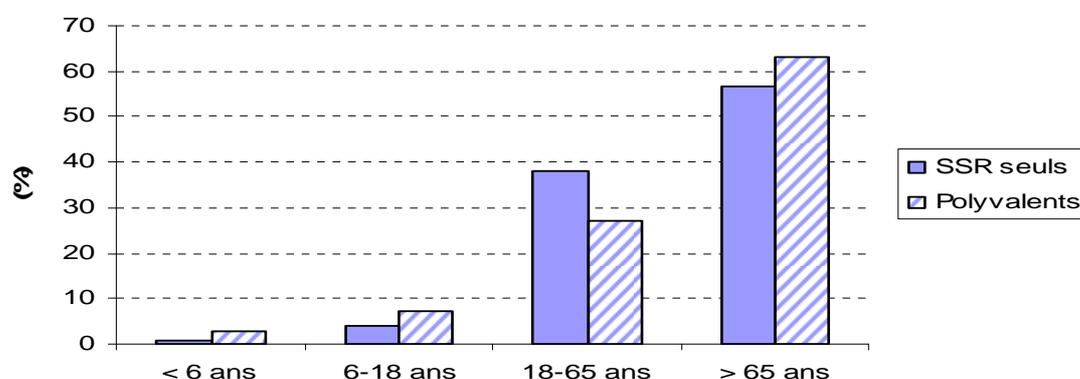
Désinfection	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	%
Oui	61	18.4	2	6.1	10	11.8	130	39.9	203	26.2
Non	92	27.8	16	48.5	33	38.8	89	27.3	230	29.7
Sans objet	178	53.8	15	45.5	42	49.4	107	32.8	342	44.1
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	326	100.0	775	100.0

Globalement un tiers des établissements disposaient d'une unité de stérilisation et 26% d'une unité de désinfection (avec local et personnel dédié) mais il faut remarquer que les SSR seuls et les SLD seuls sont moins bien équipés, probablement du fait de leur taille.

5. Patients pris en charge et risque infectieux

a. Par tranche d'âge

Les patients rencontrés en SLD appartiennent exclusivement à la tranche d'âge supérieure à 65 ans. Pour les patients de SSR, la répartition des patients pris en charge par tranches d'âge n'apparaît pas très différente selon l'activité de l'établissement (SSR uniquement *versus* polyvalent) (Figure ci-dessous) et globalement les patients de plus de 65 ans représentent 60% de l'ensemble des patients pris en charge, alors que les patients de moins de 6 ans représentent environ 2%.



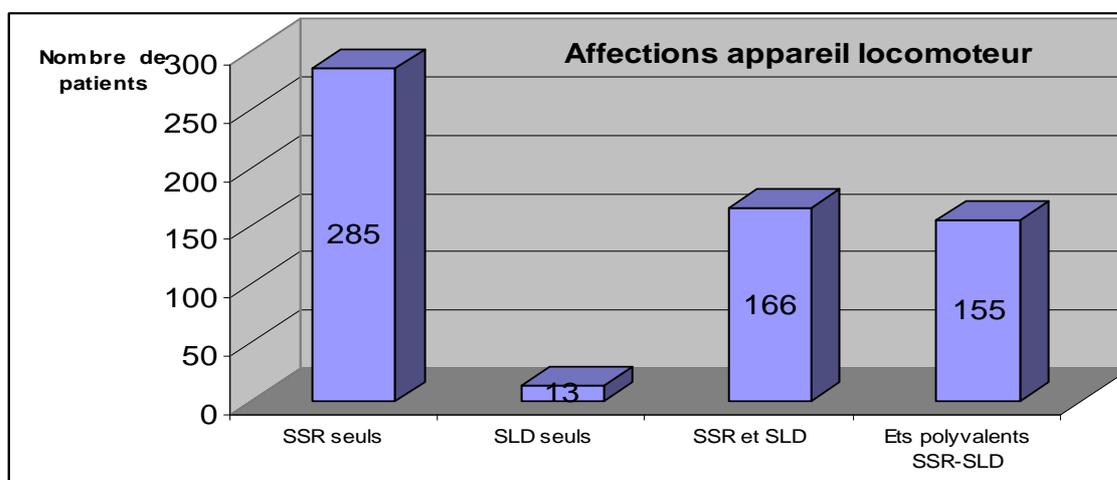
La durée de séjour des patients ou résidents entre ces structures présente de grandes variations et peut-être mesurée par le turn-over des patients par lit d'hospitalisation :

	SSR seuls	SLD seuls	SSR et SLD	Ets polyvalents SSR-SLD
Turn over	9.36/an	0.87/an	4.12/an	5.30/an

Le turn-over des patients est 10 fois plus rapide en SSR qu'en SLD.

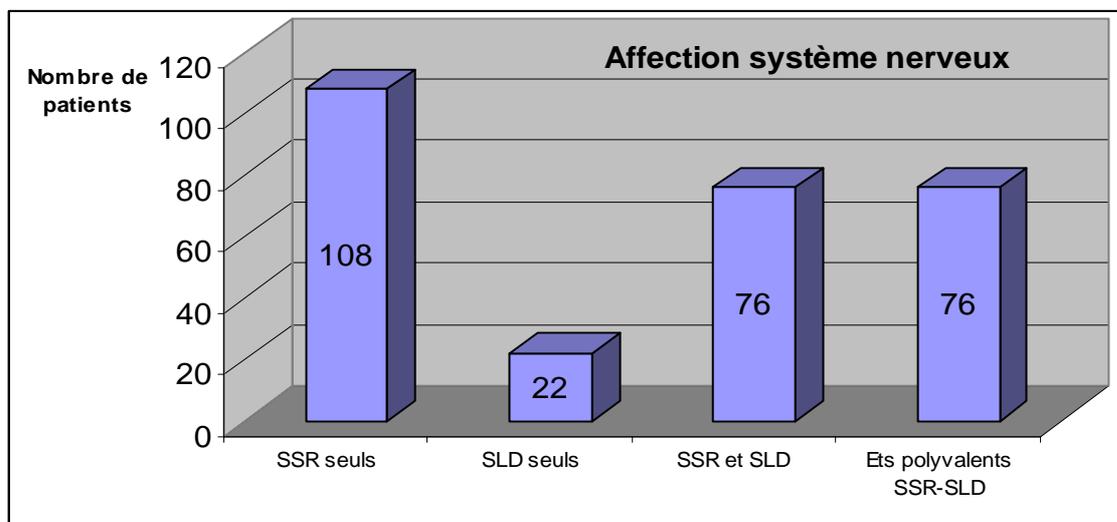
b. Par motif d'hospitalisation (nombre moyen de patients rencontrés par structure en 2008)

Affections de l'appareil locomoteur



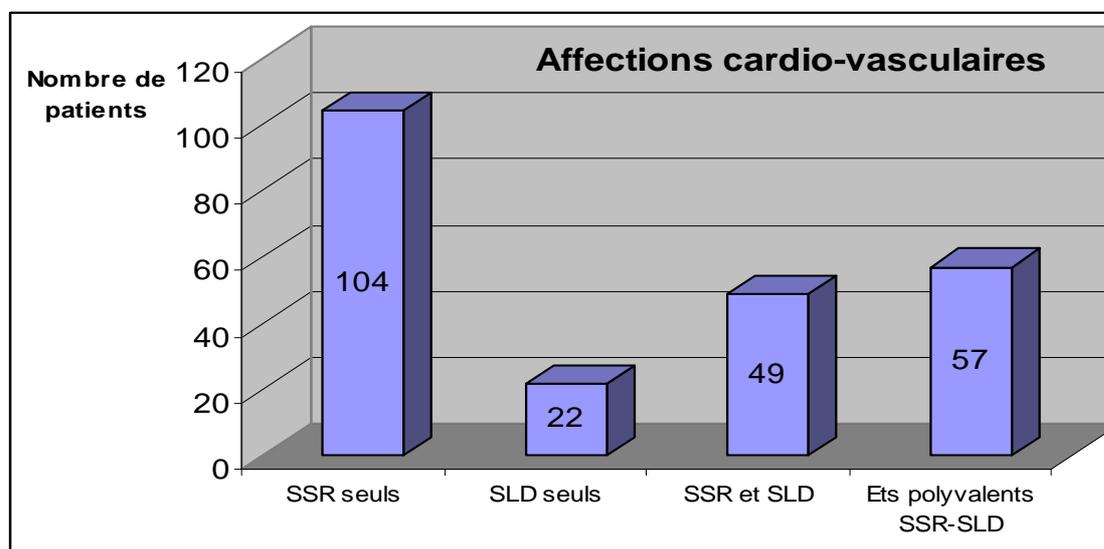
Parmi les différents types d'affections de l'appareil locomoteur, la majorité des patients ont un profil « orthopédique ». Très peu de patients amputés sont rencontrés.

Affections du système nerveux



Les patients avec SEP ou AVC représentent trois quarts des patients atteints d'une affection du système nerveux pour un quart souffrant de traumatismes cérébraux ou blessés médullaires.

Affections cardio-vasculaires



75 patients sont accueillis en moyenne chaque année par établissement SSR et/ou SLD.

Autres affections

Motif d'hospitalisation	Nombre moyen de patients rencontrés par structure en 2008
E2_4. Affections respiratoires (ex. mucoviscidose,...)	39
E2_5. Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	63
E2_6. Affections onco-hématologique	19
E2_7. Affections des brûlés	1
E2_8. Affections liées aux conduites addictives	20
E2_9. Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance	114

Les affections de la personne âgée polyopathologique sont très fréquentes et rencontrées dans tous les types de structure SSR et/ou SLD :

Motif d'hospitalisation	Type d'établissement	Nb établissements	Moyenne	Médiane
E2_9. Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	SSR seuls	325	130	22
	SLD seuls	33	77	72
	SSR et SLD	81	115	76
	Ets polyvalents SSR-SLD	326	101	27
	Sous - total	765	114	33

6. Degré de perte d'autonomie des patients pris en charge en SLD

Cette question initialement prévue uniquement pour les SLD a été renseignée aussi par les SSR.

Tous les établissements de SSR évaluent la perte d'autonomie des patients mais aussi 40% des SSR seuls, près de 90% des SSR et SLD et 57% des établissements polyvalents avec SSR-SLD.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), qui constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens, est utilisée dans 70% des mesures de dépendance.

La Grille Commune Autonomie/dépendance et PMSI (GCAP) utilitaire, qui assure le codage simultané des rubriques de la grille AGGIR et de la grille utilisée dans le cadre des résumés hebdomadaires du PMSI-SSR, est quant à elle préférée dans 30% des cas.

Répartition des patients selon score AGGIR et type d'établissements :

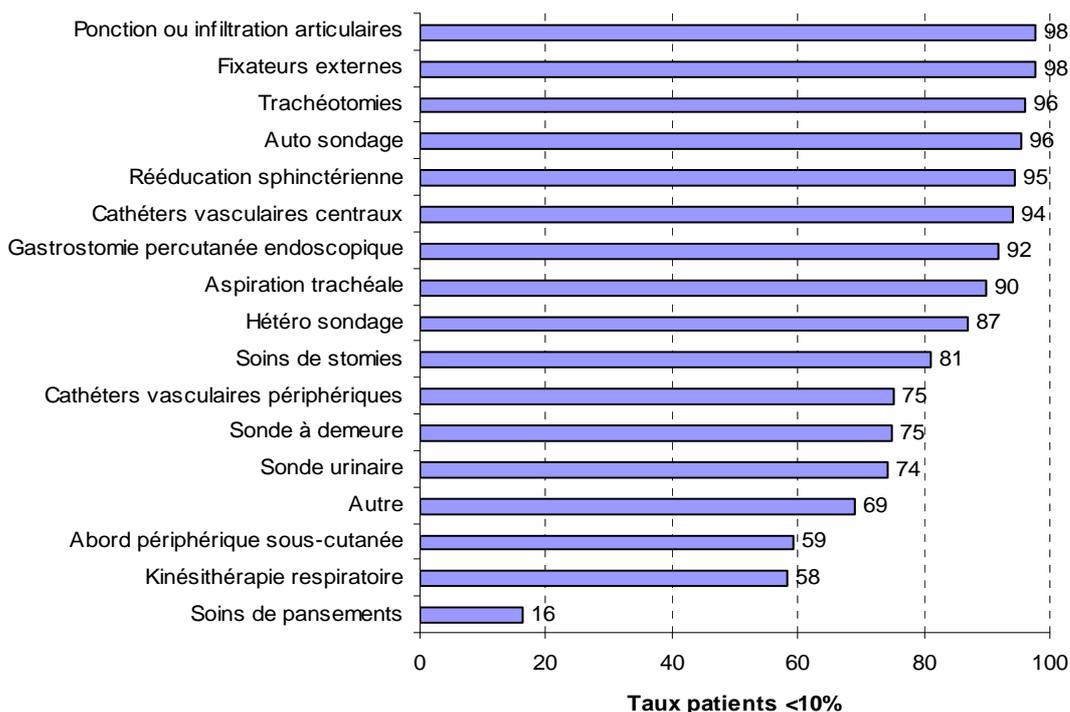
	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD	
	Nb moyen patients	%	Nb moyen patients	%	Nb moyen patients	%	Nb moyen patients	%
GIR 1 ou 2	109	28.5	69	73.4	70	53.0	83	53.2
GIR 3 ou 4	117	30.6	21	22.3	50	37.9	38	24.4
GIR 5	77	20.2	3	3.2	8	6.1	14	9.0
GIR 6	79	20.7	1	1.1	4	3.0	21	13.5
Ensemble	382	100.0	94	100.0	132	100.0	156	100.0

Les patients les plus dépendants (GIR= 1 ou 2 ou 3 ou 4) représentent 95% des patients de SLD mais aussi 59% des patients de SSR, 91% des patients des patients de SSR-SLD et 85% des établissements polyvalents avec SSR-SLD.

7. Fréquence des soins et/ou dispositifs invasifs et/ou autres portes d'entrée d'infection au moment de la prise en charge

La fréquence des risques infectieux d'origine exogène a été appréciée en créant deux classes : les établissements ayant plus de 10% de patients concernés par le risque exogène et les établissements ayant moins de 10% de patients (cf. figure suivante). Par exemple, 90% des établissements ont moins de 10% de leurs patients concernés par une aspiration trachéale.

Figure : Taux d'établissements ayant < 10% de prise en charge à un dispositif



Les soins de pansements représentent la porte d'entrée d'infections les plus fréquemment rencontrés : 84% des établissements ont plus de 10% de leurs patients concernés par ces soins de pansement.

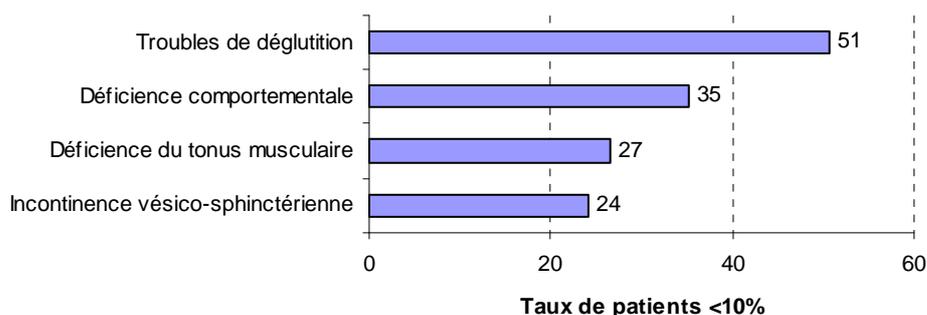
Un quart des établissements ont plus de 10% de leurs patients ayant un sondage urinaire.

Il faut noter que globalement, les risques infectieux d'origine exogène sont moins fréquents en SLD qu'en SSR, à l'exception de l'abord périphérique sous-cutané (perfusion de ré-hydratation fréquente chez la personne âgée).

8. Fréquence de déficiences ayant un impact potentiel sur le risque infectieux

La fréquence des déficiences ayant un impact sur le risque infectieux a été appréciée en créant deux classes : les établissements ayant plus de 10% de patients concernés par la fréquence des déficiences et les établissements ayant moins de 10% de patients concernés.

Figure : Taux d'établissements ayant < 10% de patient présentant un type de déficience



Les déficiences physio-pathologiques sont plus fréquentes en SSR qu'en SLD et s'expliquent probablement par le grand âge des patients rencontrés en SLD.

		SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		Ets polyvalents SSR-SLD		Total	
		Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%
H1. Troubles de déglutition	< 10%	210	66.2	6	18.2	19	23.8	145	45.2	380	50.6
	≥ 10%	107	33.8	27	81.8	61	76.3	176	54.8	371	49.4
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0
H2. Incontinence ou vidange incomplète vésico-sphinctérienne	< 10%	94	29.7	2	6.1	6	7.5	80	24.9	182	24.2
	≥ 10%	223	70.3	31	93.9	74	92.5	241	75.1	569	75.8
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0
H3. Déficience du tonus musculaire	< 10%	102	32.2	3	9.1	10	12.5	84	26.2	199	26.5
	≥ 10%	215	67.8	30	90.9	70	87.5	237	73.8	552	73.5
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0
H4. Déficience comportementale (démence)	< 10%	163	51.4	1	3.0	9	11.3	92	28.7	265	35.3
	≥ 10%	154	48.6	32	97.0	71	88.8	229	71.3	486	64.7
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0

Plus de 10% de patients de SSR sont concernés :

- par des troubles de la déglutition dans près de 82% des SSR ou
- par une incontinence urinaire dans près de 94% des établissements ou
- par une déficience du tonus musculaire dans 91% des cas et
- une déficience comportementale dans 97% des SSR.

Chapitre 4

Typologie des soins et infections associées aux soins

Ce chapitre présente la fréquence des soins¹ identifiés chez les patients hospitalisés au cours de l'année 2008. Cette présentation se limite aux établissements SSR, SLD et SSR/SLD pour lesquels chaque type de soins concerne plus \geq à **10% des patients**. Les soins sont **regroupés par « appareil »** : urinaire, vasculaire, respiratoire, digestif, peau, locomoteur. Cette description s'accompagne des chiffres relevés dans l'enquête nationale de prévalence en 2006 pour les établissements SSR /SLD tous confondus et pour les types de séjour : SLD, SSR rééducation fonctionnelle et SSR autres. Les établissements polyvalents SSR/SLD ont été exclus de ce chapitre.

La prévalence des IN pour les établissements se répartit de la façon suivante :

- Etablissements SSR : **5,89 %** ²
- Etablissements SLD : **4,03 %**
- Etablissements SSR/SLD : **6,70%**

I. Fréquence des soins par type d'établissement

Si les soins de pansements sont les plus nombreux pour l'ensemble des établissements, on observe des différences pour les autres soins entre les 3 types d'établissement. (*Cf tableau en infra*)

• Les Etablissements SSR

Les activités des soins pour $\geq 10\%$ des patients se présentent pour les établissements SSR selon la répartition suivante : les pansements pour **90% d'entre eux**, suivi de la **kinésithérapie respiratoire (40%)**, les abords périphériques sous cutanés et les soins de stomies (**25%**); puis les soins urinaires et les cathéters périphériques (**20%**) ; enfin les cathéters centraux et les aspirations endotrachéales (**près de 10%**)

Dans une moindre fréquence on note les gastrostomies (**7%**), les trachéotomies (**5%**), la rééducation sphinctérienne (**4%**) ; enfin les fixateurs externes (**3%**) et les ponctions articulaires (**2%**)

Près de 873 000 soins en SSR ont été pratiqués au cours de l'année 2008, cette estimation montre l'importance des soins techniques en SSR

• Les Etablissements SLD

Les activités des soins pour $\geq 10\%$ des patients se présentent pour les établissements SLD selon la répartition suivante : les pansements pour **73% d'entre eux**, suivi des **abords périphériques sous cutanés (63%)**, la kinésithérapie respiratoire (**42%**) ; puis les aspirations endotrachéales (**12%**), et les cathéters périphériques (**9%**)

Dans une moindre fréquence on note les soins urinaires, les gastrostomies et les soins de stomies (**6%**); enfin la rééducation sphinctérienne (**4%**)

¹ Le terme « soins » désigne ici les soins dits techniques ou les dispositifs médicaux invasifs

² Seulement 498 établissements sur 813 (61%) de la base SSR-SLD ont été retrouvés dans la base ENP

Aucun des établissements SLD enquêtés ne présente une activité $\geq 10\%$ des patients pour soins suivants : cathéters centraux, trachéotomies, fixateurs externes et ponctions articulaires

Près de 15 900 soins en SLD ont été pratiqués au cours de l'année 2008 (estimation)

- **Les Etablissements SSR/SLD**

Dans les établissements SSR/SLD, les activités des soins pour $\geq 10\%$ des patients se présentent selon la répartition suivante : les pansements pour **94% d'entre eux**, suivis des **abords périphériques sous cutanés (61%)** ; puis de la kinésithérapie respiratoire (**50%**), des cathéters périphériques (**37%**), les soins urinaires (**27%**), les aspirations endotrachéales (**18%**) et les soins de stomies (**16%**); enfin les gastrostomies et les trachéotomies (**près de 9%**)

Avec une moindre fréquence on note la rééducation sphinctérienne (**6%**), les cathéters centraux (**5%**) enfin les fixateurs externes et les ponctions articulaires (**2%**)

Près de 147 000 soins en SSR/SLD ont été pratiqués au cours de l'année 2008 (estimation)

Tableau : Fréquence des soins par type de soins ou de dispositifs médicaux invasifs pour $\geq 10\%$ des patients dans les établissements SSR, SLD et SSR/SLD

Fréquence des soins $\geq 10\%$	SSR		SLD		SSR/SLD	
	ES n (%)	Nombre de soins* en 2008 (%)	ES n (%)	Nombre de soins* en 2008 (%)	ES n (%)	Nombre de soins* en 2008 (%)
Sonde urinaire	74 (23,1)	69 127 (7,9)	2 (6,1)	202 (1,3)	27 (33,8)	15 843 (10,8)
Rééducation sphinctérienne	14 (4,4)	15 963 (1,8)	1 (3,0)	211 (1,3)	5 (6,3)	1 421 (1)
Cathéter vasculaire périphérique	69 (21,6)	72 141 (8,3)	3 (9,1)	169 (1,1)	30 (37,5)	12 204 (8,3)
Abord sous cutanée	80 (25,1)	60 203 (6,9)	21 (63,6)	3 770 (23,7)	49 (61,3)	26 471 (18)
Cathéters centraux	30 (9,4)	30 209 (3,5)	0	568 (3,6)	4 (5,0)	568 (0,4)
Trachéotomie	17 (5,3)	17 300 (2)	0	0	7 (8,8)	1 965 (1,3)
Kiné respiratoire	135 (42,3)	123 217 (14,1)	14 (42,4)	3 247 (20,4)	40 (50)	18 836 (12,8)
Aspiration trachéale	30 (9,4)	29 264 (3,4)	4 (12,1)	522 (3,3)	15 (18,8)	3 911 (2,7)
Gastrostomie percutanée	22 (6,9)	18 066 (2,1)	2 (6,1)	357 (2,2)	7 (8,8)	2 394 (1,6)
Soins de stomie	80 (25,1)	69 225 (7,9)	2 (6,1)	243 (1,5)	13 (16,3)	4006 (2,7)
Soins de pansement	284 (89%)	240 252 (27,5)	24 (72,7)	4 649 (29,3)	75 (93,8)	36 859 (25,1)
Fixateurs externes	10 (3,1)	14 032 (1,6)	0	0	2 (2,5)	1 092 (0,7)
Ponction/infiltration articulaire	7 (2,2)	7 309 (0,8)	0	0	2 (2,5)	663 (0,5)

* L'étude a également permis d'estimer le nombre de soins pratiqués en 2008, ces données quantitatives restent toutefois très approximatives

Il s'agit de la somme des soins effectués en 2008 (ou dispositif médical invasif recensé (ou estimé) concernant une proportion de patients $\geq 10\%$ des établissements enquêtés

II. Typologie des soins urinaires

« L'appareil urinaire » regroupe les pratiques de sondage et la rééducation sphinctérienne

Situation des infections nosocomiales urinaires

Tous types d'établissements SSR/SLD confondus

L'enquête nationale de prévalence de juin 2006 rapporte une fréquence d'exposition des patients aux sondes urinaires pour 1355 patients, soit 3,3% des 40 956 patients présents dans les 555 établissements SSR/SLD participants. (ENP 2006 tableaux 2 et 9)

La part relative de l'infection urinaire pour les SSR/SLD est de **38,6%**. Ce taux est le plus élevé de toutes les catégories d'établissements de santé. (ENP 2006 tableau 32)

La part relative des principaux sites infectieux par spécialité permet d'observer pour les spécialités suivantes (ENP 2006 annexe 6 p.34):

- « Soins de longue durée » (SLD) : sur un total de 2809 infections, les infections urinaires représentent **30,7%**
- « SSR réadaptation fonctionnelle » : sur un total de 3043 infections, les infections urinaires représentent **41,5%**
- « SSR autre » : sur un total de 2067 infections, les infections urinaires représentent **37,4%**

1. Etablissements SSR

Sur un total de 873 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre près de 69 100 soins en lien avec le sondage urinaire, soit près de **7,9% des soins**, tous types de sondage confondus (Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6)

Pour les 320 établissements SSR, **74 d'entre eux, soit 23 %** déclarent une fréquence \geq à 10 % de sondages urinaires pour l'année 2008. La rééducation sphinctérienne concerne 14 établissements, soit 4,4% (Doc SSR/SLD G; tableau page 12)

Parmi les établissements SSR, les différents types de sondage ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- Sondage à demeure : 61 ES, soit 21,8%
- Hétérosondage : 25 Es, soit 10,2%
- Autosondage : 11 ES, soit 4,7%

- Pour les pratiques de sondage, la sonde à demeure représente la majorité des actes, soit **6,7%** de l'ensemble des soins pratiqués en SSR. On observe une part non négligeable pour le sondage itératif en particulier pour l'hétérosondage plus fréquent que l'autosondage (3,7% Vs 1,8%).

- L'autosondage est essentiellement observé chez les patients atteints d'affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, alors que le sondage à demeure se répartit pratiquement à parts égales quel que soit le type d'affection.

- Les soins urinaires sont principalement observés chez les patients atteints **d'affections du système nerveux**, suivis des affections de l'appareil locomoteur, des personnes âgées polypathologiques, des « autres affections » et des affections cardiovasculaires.

2. Etablissements SLD

Sur un total de 15 900 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre 200 soins en lien avec le sondage urinaire, soit près de **1,3% des soins**, tous types de sondage confondus (Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6)

Pour les 33 établissements SLD, **2 d'entre eux, soit 6.1%** déclarent une fréquence \geq à 10 % de sondages urinaires pour l'année 2008. La rééducation sphinctérienne concerne 1 établissement, soit 3,0% (Doc SSR/SLD G ; tableau page 12)

Parmi les établissements SLD, les différents types de sondage ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- Sondage à demeure : 4 ES, soit 13,8%
- Hétérosondage : 1 Es, soit 5,9%

- Autosondage : aucun (*Les 33 établissements ont précisé la pratique de l'autosondage pour une fréquence inférieure à 10%**)

De toutes les catégories d'établissement, on observe que le sondage urinaire est moins pratiqué en établissements SLD

- Pour les pratiques de sondage, la sonde à demeure représente la majorité des actes, soit 4,4%. Pour le sondage itératif, on note que **l'autosondage est plus fréquent** que l'hétérosondage (6,9% Vs 1,1%). Ceci paraît étonnant et pas du tout ce qui est observé en SLD habituellement où l'état de dépendance des résidents rend très rares les résidents pouvant effectuer un autosondage. La question a-t-elle été bien comprise ?

- *L'autosondage est essentiellement observé chez **les patients atteints d'affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux**, jamais pour les affections cardiovasculaires et les personnes âgées polyopathologiques

3. Etablissements SSR-SLD

Sur un total de 147 000 soins recensés en 2008 en SSR/SLD, on dénombre 15 850 soins en lien avec le sondage urinaire, soit près de **10,8% des soins**, tous types de sondage confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 8*).

Pour les 80 établissements SSR/SLD, **27 d'entre eux, soit 33,8%** déclarent une fréquence \geq à 10 % de sondages urinaires pour l'année 2008. La rééducation sphinctérienne concerne 5 établissements, soit 6,3% (*Doc SSR/SLD G ; tableau page 12*)

Parmi les établissements SSR/SLD, les différents types de sondage ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- Sondage à demeure : 23 ES, soit 30,3%
- Hétérosondage : 12 Es, soit 20,0%
- Autosondage : 1 ES, soit 1,8%

Ce sont les établissements SSR/SLD qui pratiquent le plus le sondage urinaire.

- Pour les pratiques de sondage, la sonde à demeure représente la majorité des actes, soit **8,3%**. Le sondage itératif concerne **5,7%** des actes, l'hétérosondage étant plus fréquent que l'autosondage (5.0% Vs 0,7%).

- L'autosondage est essentiellement observé chez les patients atteints d'affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, alors que le sondage à demeure se répartit pratiquement à parts égales quel que soit le type d'affection.

- Les soins urinaires sont principalement observés chez les patients atteints **d'affections de l'appareil locomoteur**», suivis des personnes âgées polyopathologiques, des affections du système nerveux, des « autres affections » et des affections cardiovasculaires.

III. Typologie des soins respiratoires

Les soins « respiratoires» regroupent les trachéotomies, la kinésithérapie respiratoire, les aspirations trachéales. L'aérosolthérapie n'a pas été exploré même si c'est un soin potentiellement pourvoyeur d'IAS.

Situation des infections nosocomiales respiratoires

Tous types d'établissements SSR/SLD confondus

L'enquête nationale de prévalence de juin 2006 rapporte une fréquence d'exposition des patients aux intubations/trachéotomie pour 511 patients soit de **1,2 %** des 40 956 patients présents dans les 555 établissements SSR/SLD participants. (ENP 2006 tableaux 2- 9)

La part relative de pneumopathies pour les SSR/SLD est de **7,4%** (ENP 2006 tableau 32)

La part relative des principaux sites infectieux par spécialité permet d'observer pour les spécialités suivantes (ENP 2006 annexe 6 p.34):

- « Soins de longue durée » (SLD) : sur un total de 2809 infections, les pneumopathies représentent **14,1%**
- « SSR réadaptation fonctionnelle » : sur un total de 3043 infections, les pneumopathies représentent **8,1%**
- « SSR autre » : sur un total de 2067 infections, les pneumopathies représentent **11,2%**

1. Etablissements SSR

Sur un total de 873 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre près de 45 000 soins en lien avec l'appareil respiratoire, soit **19,5% des soins**, tous types de soins confondus (Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6).

Parmi les 319 établissements SSR, les différents types de soins ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- **Kinésithérapie respiratoire : 135 ES, soit 42,3%**
- Aspirations endotrachéales : 30 ES, soit 9,4%
- Trachéotomie : 17 ES, soit 5,3%

- Les pratiques de kinésithérapie respiratoire en SSR concernent successivement les patients atteints **d'affections de l'appareil locomoteur et « autres affections »** ; suivis des personnes âgées polypathologiques ; puis des affections cardiovasculaires ; enfin des affections du système nerveux.

- Les trachéotomies et les aspirations endotrachéales sont retrouvées successivement pour les patients atteints **d'affections du système nerveux et « autres affections »** ; suivis des personnes âgées polypathologiques ; puis des affections cardiovasculaires ; enfin des affections de l'appareil locomoteur.

2. Etablissements SLD

Sur un total de près de 15 900 soins recensés en 2008 en SLD, on dénombre près de 3 770 soins en lien avec l'appareil respiratoire, soit **23,7% des soins**, tous types de soins confondus (Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6) On observe que les pneumopathies représentent **14,1%** des infections en SLD (ENP 2006) .

Parmi les 33 établissements SLD, les différents types de soins ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- **Kinésithérapie respiratoire : 14 ES, soit 42,4%**
- Aspirations endotrachéales : 4 ES, soit 12,1%
- Trachéotomie : **aucun établissement**

- Les pratiques de kinésithérapie respiratoire en SLD concernent successivement les **patients atteints d'affections cardiovasculaires** ; suivis des « autres affections », des personnes âgées polypathologiques ; puis des affections de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux.

- Les aspirations endotrachéales sont retrouvées successivement chez **les personnes âgées polypathologiques** ; suivies des affections du système nerveux et « autres affections » ; puis des affections de l'appareil locomoteur et des affections cardiovasculaires.

3. Etablissements SSR/SLD

Sur un total de près de 147 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre près de 24 700 soins en lien avec l'appareil respiratoire, soit **16,8% des soins**, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*)

Parmi les 80 établissements SSR/SLD, les différents types de soins ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- **Kinésithérapie respiratoire : 40 ES, soit 50,0%**
- Aspirations endotrachéales : 15 ES, soit **18,8%**
- Trachéotomie : 7 ES, soit 8,8%

- Les pratiques de kinésithérapie respiratoire en SSR/SLD concernent successivement les **patients atteints d'affections cardiovasculaires et « autres affections »** ; suivis des personnes âgées polypathologiques et des affections du système nerveux ; puis des affections de l'appareil locomoteur.

- Les aspirations endotrachéales sont retrouvées successivement pour **des personnes âgées polypathologiques**, suivies des « autres affections », des affections cardiovasculaires et du système nerveux ; enfin des affections de l'appareil locomoteur.

- Les trachéotomies sont retrouvées successivement pour « **autres affections** », suivi des patients atteints d'affections cardiovasculaires et les personnes âgées polypathologiques.

IV. Typologie des soins vasculaires

Les soins « vasculaires » regroupent les cathéters veineux périphériques, les cathéters sous-cutanés et les cathéters centraux

Situation des infections nosocomiales sur cathéter vasculaire

Tous types d'établissements SSR/SLD confondus

L'enquête nationale de prévalence de juin 2006 rapporte une fréquence d'exposition aux cathéters vasculaires pour 2 032 patients, soit **5,0 %** des 40 956 patients présents dans les 555 établissements SSR/SLD participants. (*ENP 2006 tableaux 2- 9*)

La part relative des cathéters pour les SSR/SLD est de **1,0%**. (*ENP 2006 tableau 32*). La prévalence des cathéters vasculaires pour les cathéters suivants est la suivante :

- Cathéter veineux périphérique : 0,92% (n=375)
- Cathéter sous-cutané : 1,72% (n=704)
- Cathéter central : 2,19% (n=896)

La prévalence des cathéters vasculaires par spécialité permet d'observer pour les spécialités suivantes (*ENP 2006 annexe 5 p.31*):

- « Soins de longue durée » (SLD) : sur un total de 61 205 patients, les infections sur cathéter représentent **11,82%**, parmi lesquelles :
 - les cathéters veineux : 0,73%
 - **les cathéters sous-cutanés : 10,89%**
 - les cathéters veineux centraux : soit 0,17%
- « SSR, rééducation et réadaptation fonctionnelle » sur un total de 41 666 patients, les infections sur cathéter représentent **4,79%** parmi lesquelles :
 - les cathéters veineux : 1,32%
 - les cathéters sous-cutanés : 1,94%
 - les cathéters veineux centraux : 1,49%
- « SSR, autre » sur un total de 26 984 patients, les infections sur cathéter représentent **9,06%** parmi lesquelles :
 - les cathéters veineux : 2,09%
 - les cathéters sous-cutanés : 3,66%
 - les cathéters veineux centraux : 3,11%

1. Etablissements SSR

Sur un total de 873 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre près de **162 550 soins** en lien avec l'appareil vasculaire, soit près de **18,7% des soins**, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*)

Parmi les 319 établissements SSR, les différents types de soins ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- Cathéters veineux périphériques : 69 ES, soit **21,6%**
- **Cathéters sous cutanés : 80 ES, soit 25,1%**
- Cathéters vasculaires centraux : 30 ES, soit **9,4%**

- Les **cathéters veineux périphériques** en SSR concernent successivement **les patients atteints d'affections cardiovasculaires** ; suivis de « autres affections » ; puis des affections de l'appareil locomoteur et des personnes âgées polypathologiques ; enfin des affections du système nerveux.

- Les **cathéters sous cutanés** en SSR concernent successivement **les personnes âgées polypathologiques**, suivis de « autres affections » et des affections cardiovasculaires ; puis des affections de l'appareil locomoteur ; enfin des affections du système nerveux.

- Les **cathéters vasculaires centraux** en SSR concernent successivement les patients atteints de « autres affections » ; suivi des personnes âgées polypathologiques ; puis des affections cardiovasculaires et des affections de l'appareil locomoteur ; enfin des affections du système nerveux.

2. Etablissements SLD

Sur un total de 15 900 soins recensés en 2008 en SLD, on dénombre près de **4 500 soins** en lien avec l'appareil vasculaire, soit près de **28,4% des soins**, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 7*)

Les **cathéters sous cutanés** représentent la **deuxième activité** des soins après les pansements en SLD (Cf tableau en supra). On observe que les cathéters sous-cutanés représentent **10,89%** des infections en SLD (Enquête ENP 2006).

Parmi les 33 établissements SLD, les différents types de soins ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- Cathéters veineux périphériques : 3 ES, soit 9,1%
- **Cathéters sous cutanés : 21 ES, soit 63,6%**
- Cathéters vasculaires centraux : **aucun** (*Les 33 établissements ont précisé la présence de patients porteurs de cathéters centraux, pour une fréquence inférieure à 10%**)

- Les **cathéters veineux périphériques** en SLD concernent une minorité de patient successivement : **les patients atteints d'affections du système nerveux** ; suivis des personnes âgées polypathologiques. Pratiquement aucun cathéter central n'est signalé dans « autres affections », les affections des appareils cardiovasculaire et locomoteur.

- Les pratiques de cathéters sous cutanés concernent successivement **les personnes âgées polypathologiques** ; suivis des affections cardiovasculaires ; puis de « autres affections » et des affections du système nerveux ; enfin des affections de l'appareil locomoteur.

- *Les **cathéters vasculaires centraux** en SLD concernent successivement **les affections de l'appareil locomoteur et « autres affections »** ; suivis des personnes âgées polypathologiques, des affections cardiovasculaires et du système nerveux.

3. Etablissements SSR/SLD

Sur un total de 147 000 soins recensés en 2008 en SSR/SLD, on dénombre près de **39 250 soins** en lien avec l'appareil vasculaire, soit près de **26,7% des soins**, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*)

Parmi les 80 établissements SSR/SLD, les différents types de soins ont été précisés pour une fréquence \geq à 10% :

- Cathéters veineux périphériques : 30 ES, soit 37,5%
- **Cathéters sous cutanés : 49 ES, soit 61,3%**
- Cathéters vasculaires centraux : 4 ES, soit 5,0%

- Les **cathéters veineux périphériques** en SSR/SLD concernent successivement **les patients atteints de « autres affections », des affections cardiovasculaires et des personnes âgées polypathologiques** ; suivis des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux.

- Les **cathéters sous cutanés** en SSR/SLD concernent pratiquement à parts égales **les personnes âgées polypathologiques, les patients atteints des affections cardiovasculaires, de l'appareil locomoteur et du système nerveux** ; suivis de « autres affections ».

- Les **cathéters vasculaires centraux** en SSR/SLD concernent une minorité de patients : successivement **les patients atteints de « autres affections » et les personnes âgées polypathologiques**, puis les affections cardiovasculaires, de l'appareil locomoteur et les du système nerveux.

V. Typologie des pansements

L'étude menée en 2008 dans les établissements SSR/SLD présente les pansements sans distinction des types de plaies, aiguës ou chroniques.

Situation des infections nosocomiales peau/tissu mous

Tous types d'établissements SSR/SLD confondus

L'enquête nationale de prévalence de juin 2006 rapporte pour les SSR/SLD la part relative des infections de la peau et des tissus mous (PTM) de **14,1%** (ENP 2006 tableau 32)

La part relative des principaux sites infectieux par spécialité permet d'observer pour les spécialités suivantes (ENP 2006 annexe 6 p.34):

- « **Soins de longue durée** » (SLD) : sur un total de 2809 infections, les infections PTM représentent **19,5%**
- « **SSR réadaptation fonctionnelle** » : sur un total de 3043 infections, les infections PTM représentent **12,3%**
- « **SSR autre** » : sur un total de 2067 infections, les infections PTM représentent **13,1%**

On observe une part non négligeable des infections PTM, toutes spécialités de type SSR ou SLD confondues, qui place **ces infections au troisième rang**, après les infections urinaires et les ISO (ENP 2006).

1. Etablissements SSR

Sur un total de 873 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre près de **240 250 pansements**, soit **27,5% des soins**, tous types de soins confondus (Doc SSR/SLD 2008 - tableau page 6). Il s'agit du type de soins le plus fréquemment pratiqué en SSR.

Sur les 319 établissements SSR, **89%** estiment une fréquence des pansements \geq à 10%

- Les pratiques de pansement en SSR concernent successivement **les patients atteints d'affections de l'appareil locomoteur** ; suivis des affections cardiovasculaires et des personnes âgées polypathologiques ; puis « autres affections » et des affections du système nerveux.

2. Etablissements SLD

Sur un total de près de 15 900 soins recensés en 2008 en SLD, on dénombre près de **4 650 pansements**, soit **29,3% des soins**, tous types de soins confondus (Doc SSR/SLD 2008 - tableau page 6). Il s'agit du type de soins le plus fréquemment pratiqué en SLD.

Les pansements représentent donc près de 30% de l'activité de soins en SLD. On observe en parallèle que les infections PTM représentent près de 20% des infections en SLD dans l'ENP 2006

Sur les 33 établissements SLD, **73%** estiment une fréquence des pansements \geq à 10%

- Les pratiques de pansement en SLD concernent successivement **les patients atteints d'affections cardiovasculaires** ; suivis des personnes âgées polypathologiques et « autres affections » ; puis des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur.

3. Etablissements SSR/SLD

Sur un total de près de 147 000 soins recensés en 2008 en SSR/SLD, on dénombre près de **36 860 pansements**, soit **25,1% des soins**, tous types de soins confondus (Doc SSR/SLD 2008 - tableau page 6). Il s'agit de l'activité la plus fréquente de tous les soins pratiqués en SSR/SLD

Sur les 80 établissements SLD, **94%** estiment une fréquence des pansements \geq à 10%

- Les pratiques de pansement en SSR/SLD concernent successivement **les patients atteints d'affections cardiovasculaires** ; suivis des « autres affections » et des affections de

l'appareil locomoteur ; puis des affections du système nerveux et des personnes âgées polypathologiques

VI. Typologie des soins digestifs

Les soins « digestifs » regroupent les gastrotomies percutanées endoscopiques et les soins de stomie

Situation des infections nosocomiales Gastro-intestinales

Tous types d'établissements SSR/SLD confondus

L'enquête nationale de prévalence de juin 2006 rapporte une fréquence d'exposition des patients à une intervention chirurgicale pour 9 455 patients soit **23,1%** ou au moins un dispositif invasif pour 3 296 patients soit de **8,0 %** des 40 956 patients présents dans les 555 établissements SSR/SLD participants. (*ENP 2006 tableau 8*)

La part relative des principaux sites infectieux par spécialité permet d'observer pour les spécialités suivantes (*ENP 2006 annexe 6 p.34*):

- « Soins de longue durée » (SLD) : sur un total de 2 809 infections, les infections Gastro-intestinales représentent **2,1%**
- « SSR réadaptation fonctionnelle » : sur un total de 3 043 infections, les infections Gastro-intestinales représentent **2,1%**
- « SSR autre » : sur un total de 2 067 infections, les infections Gastro-intestinales représentent **3,2%**

1. Etablissements SSR

Sur un total de 873 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*):

- près de **18 100 gastrotomies percutanées endoscopiques**, soit **2,1%** des soins
- près de **69 225 soins de stomies**, soit **7,9%** des soins

Sur les 319 établissements SSR, **7%** d'entre eux estiment une fréquence des **gastrostomies** percutanées par voie endoscopique \geq à **10%** et pour **25%** d'entre eux une fréquence des **soins de stomie** \geq à **10%**

- Les pratiques de gastrostomies percutanées en SSR concernent successivement **les patients atteints des affections du système nerveux** ; suivis des personnes âgées polypathologiques ; puis des affections de l'appareil locomoteur et « autres affections » ; enfin des affections cardiovasculaires.

- Les soins de stomie en SSR concernent successivement **les personnes âgées polypathologiques** et « autres affections » ; suivis des affections cardiovasculaires ; puis des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux.

2. Etablissements SLD

Sur un total de près de 15 900 soins recensés en 2008 en SLD, on dénombre, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*) :

- près de **360 gastrotomies percutanées endoscopiques**, soit **2,2%** des soins,

- près de **245 soins de stomies**, soit **1,5% des soins**

Sur les 33 établissements SLD, **6%** d'entre eux estiment une fréquence des **gastrostomies percutanées par voie endoscopique et des soins de stomie** \geq à 10%

- Les pratiques de gastrostomies percutanées en SLD concernent essentiellement les **patients atteints de « autres affections »** ; suivis des personnes âgées polypathologiques, plus rarement des affections du système nerveux.
- Les soins de stomie en SSR concernent successivement **des personnes âgées polypathologiques** ; suivies des « autres affections », des affections de l'appareil locomoteur et cardiovasculaires ; puis des affections du système nerveux.

3. Etablissements SSR/SLD

Sur un total de près de 147 000 soins recensés en 2008 en SSR/SLD, on dénombre tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*) :

- près de **2 395 gastrostomies percutanées endoscopiques**, soit **1,6% des soins**,
- près de **4 000 soins de stomies**, soit **2,7% des soins**

Sur les 80 établissements SSR/SLD, **9%** estiment une fréquence des **gastrostomies percutanées par voie endoscopique** \geq à 10% et pour **16%** d'entre eux une fréquence des **soins de stomie** \geq à 10

- Les pratiques de gastrostomies percutanées en SSR/SLD concernent successivement les patients **atteints des affections du système nerveux et « autres affections »** ; suivis des personnes âgées polypathologiques, des affections cardiovasculaires et de l'appareil locomoteur
- Les soins de stomie en SSR/SLR concernent successivement « **autres affections** » ; suivies des affections du système nerveux et cardiovasculaires ; puis des affections de l'appareil locomoteur et des personnes âgées polypathologiques

VII. Typologie des soins « appareil locomoteur »

Les soins « appareil locomoteur» regroupent les fixateurs externes et les ponctions ou infiltrations articulaires

Situation des infections nosocomiales « Os et articulations » *Tous types d'établissements SSR/SLD confondus*

L'enquête nationale de prévalence de juin 2006 rapporte une fréquence d'exposition des patients à une intervention chirurgicale pour 9 455 patients soit **23,1%** ou au moins un dispositif invasif pour 3 296 patients soit de **8,0 %** des 40 956 patients présents dans les 555 établissements SSR/SLD participants. (*ENP 2006 tableaux2- 8*)

La part relative des principaux sites infectieux par spécialité permet d'observer pour les spécialités suivantes (*ENP 2006 annexe 6 p.34*):

- « Soins de longue durée » (SLD) : sur un total de 2809 infections, les infections « Os/articulations » représentent **0,9%**
- « SSR réadaptation fonctionnelle » sur un total de 3043 infections, les infections « Os/articulations » représentent **3,2%**
- « SSR autre » sur un total de 2067 infections, les infections « Os/articulations » représentent **2,4%**

1. Etablissements SSR

Sur un total de 873 000 soins recensés en 2008 en SSR, on dénombre, tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*):

- près de **14 000 fixateurs externes**, soit **1,6% des soins**,
- près de **7 310 ponctions ou infiltrations articulaires**, soit **0,8% des soins**

Sur les 319 établissements SSR, à **peine 3%** d'entre eux estiment une fréquence des **fixateurs externes** \geq à 10% des patients et à **peine 2%** d'entre eux une fréquence des **ponctions articulaires** \geq à 10%

- Les fixateurs externes en SSR concernent en majorité les **affections de l'appareil locomoteur** ; suivis des affections cardiovasculaires et du système nerveux ; puis « autres affections » et des personnes âgées polypathologiques.

- Les ponctions ou infiltrations articulaires en SSR concernent successivement les **affections de l'appareil locomoteur** ; suivies des affections du système nerveux et des personnes âgées polypathologiques ; plus rarement des affections cardiovasculaires et « autres affections ».

2. Etablissements SLD

Sur un total de près de 15 900 soins recensés en 2008 en SLD, on note l'**absence** de fixateurs externes même pour une activité inférieure à 10% pour l'ensemble des établissements SLD. Les infiltrations ou les ponctions articulaires sont **rarement pratiquées** dans les 33 établissements SLD enquêtés

3. Etablissements SSR/SLD

Sur un total de près de 147 000 soins recensés en 2008 en SSR/SLD, on dénombre tous types de soins confondus (*Doc SSR/SLD 2008 -tableau page 6*) :

- près de **1 090 fixateurs externes**, soit **0,7% des soins**,
- près de **660 ponctions ou infiltrations articulaires**, soit **0,5% des soins**

Sur les 80 établissements SSR/SLD, à **peine 2,5%** d'entre eux estiment une fréquence des **fixateurs externes et des ponctions articulaires** \geq à 10%

- Les fixateurs externes en SSR concernent essentiellement les patients atteints d'**affections de l'appareil locomoteur** ; suivis des affections du système nerveux et

« autres affections ». Ils ne sont jamais retrouvés pour les affections cardiovasculaires et les personnes âgées polypathologiques

- Les ponctions ou infiltrations articulaires en SSR concernent successivement les patients atteints **d'affections cardiovasculaires, des personnes âgées polypathologiques et des affections de l'appareil locomoteur** ; suivies des affections du système nerveux et « autres affections ».

=====

Chapitre 5

Propositions d'indicateurs

« Ce qui est simple est faux, ce qui est compliqué est inutilisable » Paul Valery

Evaluation des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales du précédent programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales au regard de leur « utilisation » en établissements SSR/SLD non affiliés à un établissement de santé polyvalent :

Le choix de ces indicateurs se fonde sur leur :

- **pertinence**, reflet d'une dimension de la performance jugée importante ;
- **lisibilité** vis-à-vis des usagers et des professionnels ;
- **faisabilité** : capacité de l'établissement à collecter les données de manière autonome compte tenu de la charge de travail demandé et des systèmes existants ;
- **utilité** : capacité à offrir des possibilités d'action et d'amélioration ;
- **champ d'application** : le critère est-il applicable à tous les établissements ou à tous les secteurs lorsque le critère ne concerne qu'une activité telle que chirurgie, obstétrique, réanimation, médecine.

	pertinence	lisibilité	faisabilité	utilité	Champ d'application
ICALIN	4	0	7	4	2
ICSHA	7	7	5	7	7
ICATB	7	2	4	7	2
SURVISO	1	2	7	2	2
SARM	2	7	2	2	2

(1 : pas du tout pertinent, à 9 : tout à fait pertinent)

Remarque : les SSR non chirurgicaux et l'extrême majorité des SLD ne sont pas concernés par SURVISO (cf. données TBIN 2008/9)

Dans le cas de services SSR ou SLD au sein d'établissements de santé polyvalents, les indicateurs à prendre en compte sont ceux de l'établissement ; nous ne proposons pas d'appliquer pour les services concernés d'indicateurs spécifiques par type d'activités.

Notre proposition ne concerne que des indicateurs « modifiés » pour les établissements SSR / SLD isolés.

Parmi les objectifs quantifiés nous retenons :

ICSHA et l'augmentation de la consommation des PHA

Les protocoles d'antibiothérapie

La réévaluation de la prescription des antibiotiques

La détection des phénomènes infectieux graves avec leurs signalements

La surveillance vaccinale des professionnels de santé

ICSHA

Cet indicateur concerne l'ensemble des professionnels de santé de l'ES et s'inscrit dans le cadre de la prévention primaire des IAS.

Deux questions :

1° celle de l'évaluation des opportunités => nombre de frictions /jour/patient

Actuellement :

SSR : 5

SLD : 4

2° pour les établissements SSR / SLD isolés (non affiliés à un établissement polyvalent, se posent les possibilités de recueil de l'information (cf. pharmacie ou services économiques chargés de l'approvisionnement en PHA)

En 2008, moins de 30% des établissements étaient en A ou B

Notre proposition : la bonne évaluation de ICSHA nous incite à le garder inchangé, sous réserve de pouvoir l'adapter en fonction de la charge de travail ; mais nous sommes bien conscients qu'un indicateur trop ciblé par type d'activité serait difficile à gérer.

ICATB

Cet indicateur concerne quasi exclusivement les médecins prescripteurs.

Cet indicateur est composé de 11 critères :

L'existence d'une commission des antibiotiques : les missions de cette commission devraient être intégrées dans la commission des médicaments, qui devrait exister dans tous les ES y compris SSR/SLD.

Le référent ATB : en fonction de son mode de fonctionnement, celui-ci pourrait être un référent interne à l'ES ou externe ; la proposition est qu'en fonction de la taille de l'ES ou de l'absence de compétence dans ce domaine, l'ES devrait faire appel à un référent externe à l'ES par convention avec un autre ES SSR/SLD ou ES polyvalent du territoire de santé.

La connexion informatique : ce critère ne peut être qu'optionnel dans la mesure où cette disposition entre dans la politique d'établissement, en sachant qu'à terme tous les ES devraient en bénéficier.

La prévention : globalement ce critère doit être retenu dans ces différentes composantes (Protocole d'antibiothérapie ; Liste des ATB disponibles ; liste des ATB à dispensation contrôlée ; contrôle de la prescription avec durée de prescription limitée.

Surveillance de la consommation des ATB : l'existence d'une informatisation de la pharmacie facilitera la surveillance des consommations d'ATB.

Evaluation de la prescription

Formation à la prescription des ATB : devrait s'intégrer dans le cadre général de la formation continue dans l'ES SSR /SLD

Notre proposition : ICATB allégé n'exigeant pas actuellement de connexion informatique tant pour la prescription que pour le suivi des consommations.

SURVISO

A part la faisabilité, il nous est apparu que cet indicateur est peu adapté aux ES SSR / SLD ; il concerne les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

En dehors des ES SSR / SLD à orientation post chirurgicale, la surveillance des ISO devrait être intégrée dans le dispositif de signalement en tant que de besoin.

Notre proposition : pas d'indicateur SURVISO pour les ES SSR/SLD, sauf cas particulier.

SARM/BMR

L'indicateur SARM est exprimé en SARM / 100 journées d'hospitalisation.

1° dans les SSR et les SLD les séjours sont en moyenne très longs,

- 2° la fréquence d'isolement de SARM, sauf situation particulière, est rare,
 3° nombre d'établissements s'adressent pour les examens de biologie à des laboratoires extérieurs - prestataires - 435 / 469 soit 92% des ES dont 29 déclarent ne pas avoir signé de convention avec le laboratoire,
 4° en 2007, 49,6 % des SSR/SLD étaient en A ou B - sur 705 répondants. Ces résultats sont peu différents de ceux observés pour les hôpitaux locaux.

La meilleure connaissance des SARM et d'une façon générale des BMR passe par la qualité du diagnostic microbiologique, du diagnostic clinique et un système de surveillance efficient. Il faut en particulier différencier ce qui relève de l'infection de ce qui relève du portage, et procéder à l'élimination des doublons.

Il nous est apparu que l'indicateur SARM est peu pertinent de façon globale pour les ES SSR/SLD seuls, dont l'utilité est très relative.

L'indicateur SARM est par ailleurs très restrictif au regard de l'ensemble des BMR.

Le suivi des BMR entre plutôt dans le cadre de la vigilance BMR, caractérisée par un signalement interne en relation avec le laboratoire prenant en charge les examens de bactériologie - en principe tous les laboratoires devraient être informatisés et devraient « sortir » les listes de germes identifiés. De ce fait la mise en place d'un système d'alerte auprès de l'ES est possible ; ce qui devrait se résoudre dans le cadre d'une convention entre le laboratoire prestataire et l'ES.

Notre proposition : Bien que la connaissance de l'incidence des SARM a été retenue dans les objectifs quantifiés nationaux pour le PROPIN 2009-2012, nous proposons un indicateur qualitatif SARM-BMR plus adapté aux ES SSR/SLD.

- Existence d'une vigilance BMR (incluant les SARM) dans l'ES :
- Existence d'une convention entre l'ES et le laboratoire :
- Existence d'un système d'alerte microbiologique au sein du laboratoire :

Le tout étant associé au dispositif de signalement externe.

« ICALIN »

Le score ICALIN du Tableau de Bord nous est apparu très « lourd » pour les ES SSR/SLD

En 2007, 57,3 % des ES SSR/SLD étaient en catégorie A et 21% en B notablement moins que les autres catégories d'ES - mis à part les hôpitaux locaux et les ES de psychiatrie.

Par ailleurs certains items valant ε sont cotés au maximum en particulier ceux qui concernent les moyens - M1, M2 & M3. Ceci n'incite pas les ES à faire les efforts de mise en œuvre de moyens suffisants pour être efficace...

Plutôt que de retenir l'ICALIN, nous proposons un bouquet d'indicateurs.

Les protocoles

Quatre items pour cet indicateur :

1° L'existence de protocoles validés par l'ES (CME, commission chargée de la prévention des IAS) et réactualisés tous les cinq ans (cf. date de validation)

Et en plus l'existence de protocoles concernant :

- 2° Le sondage urinaire
- 3° Les abords périphériques et sous cutanés
- 4° Les pansements

La fréquence de ces actes de soins justifie que nous les isolions de l'ensemble des protocoles.

Pour les ES pratiquant beaucoup d'actes de soins (chez au moins 10% des patients de l'ES par type d'actes -cf. supra ³)

- 66000 sondages urinaires au total dans l'année soit en moyenne 140 par an / ES

³ Nous avons interrogé les Etablissements en les classant en fonction d'un seuil de 10 pour cent d'actes réalisés dans l'année par type d'actes.

- 84000 poses de cathéters périphériques soit en moyenne 180 par an / ES
- 90000 poses de perfusion sous cutanée soit en moyenne 192 par an / ES

Les audits de pratiques professionnelles.

Les difficultés pour ces types d'ES de pratiquer des audits nous incitent à proposer deux Items :

- 1° la politique d'évaluation des pratiques professionnelles est organisée dans l'ES.
- 2° un audit de pratiques est réalisé une fois par an.

La formation

Il nous est apparu fondamental d'évaluer la politique de formation à la prévention des IAS de l'établissement.

Celui-ci devrait concerner l'ensemble des professionnels en s'assurant qu'en cinq années, tout le personnel médical et paramédical a pu bénéficier de formation « prévention des IAS » ; ce qui explique la quotité de 20% par an.

- 1° le plan de formation de l'ES inclut la prévention des IAS
- 2° la cotation en fonction des personnels concernés serait la suivante :

Professionnels	aucun	< 20 %	≥ 20 %
Médecins	0	1	2
IDE	0	1	2
autres	0	1	2

Les AES

L'indicateur AES est intégré au PROPIN ; le taux d'AES en SSR/SLD est de 2,2 pour 100 lits d'hospitalisation (Surveillance des AES -RAISIN 2007) en 7^{ème} position des ES.

Les services de médecine du personnel sont chargés en relation avec les EOH de la mise en œuvre de cette surveillance. Il s'avère que dans les ES à statut privé cette surveillance est loin d'être effective, de même dans les établissements à petit effectif.

Nous proposons pour cet indicateur quatre Items :

1. L'information des professionnels est donnée pour la conduite en cas d'AES,
2. la prise en charge des professionnels est organisée,
3. les dispositifs de prévention des AES sont mis en place,
4. le taux de vaccination des professionnels de santé est connu.

Les vaccinations

Deux items compte tenu des obligations et recommandations vaccinales des professionnels de santé.

La politique de vaccination contre les infections respiratoires est définie dans l'ES :

1. pour le personnel
2. pour les malades

Les personnes ressources

L'idéal serait que les ES isolés s'intègrent dans un réseau de professionnels de l'IAS - EOH inter établissement, convention avec d'autres ES...

Deux Items :

1. L'ES bénéficie d'une EOH interne ou externe -par convention
2. L'ES a désigné dans chaque service ou unité des correspondants en prévention des IAS - HH (médecins et paramédicaux).

Récapitulatif

Indicateurs	Items	Sur	Cotation
ICSHA	cf. tableau de bord - ES SSR/SLD	%	
	résultat en fonction de l'objectif personnalisé de l'ES		
ICATB	existence d'une commission des antibiotiques dépendante de la commission médicale d'établissement	1	
	le référent ATB	1	
	la connexion informatique - optionnel -	1	
	protocoles d'antibiothérapie	1	
	liste des ATB disponibles	1	
	liste des ATB à dispensation contrôlée	1	
	contrôle de la prescription avec durée de prescription limitée	1	
	surveillance de la consommation des ATB	1	
	Formation à la prescription des ATB	1	
	Total		
BMR-SARM	existence d'une vigilance BMR (incluant les SARM) dans l'ES	1	
	existence d'une convention entre l'ES et le laboratoire	1	
	existence d'un système d'alerte microbiologique au sein du laboratoire	1	
	Total		

Bouquet-ensemble d'indicateurs			
<i>Protocoles</i>	l'existence de protocoles validés par l'ES (CME, commission chargée de la prévention des IAS) et réactualisés tous les cinq ans (cf. date de validation)	1	
	le sondage urinaire	1	
	les abords périphériques et sous cutanés	1	
	les pansements	1	
	Total		

<i>Audits</i>	la politique d'évaluation des pratiques professionnelles est organisée dans l'ES.	1			
	un audit de pratiques professionnelles est réalisé une fois par an	1			
	Total				
<i>Formation</i>	le plan de formation de l'ES inclut la prévention des IAS	1			
	la cotation en fonction des personnels concernés serait la suivante	6			
	Professionnels	aucun	< 20%	≥ 20 %	
	Médecins	0	1	2	2
	IDE	0	1	2	2
	autres	0	1	2	2
	Total				
<i>AES</i>	L'information des professionnels est donnée pour la conduite en cas d'AES	1			
	la prise en charge des professionnels est organisée	1			
	les dispositifs de prévention des AES sont mis en place	1			
	le taux de vaccination des professionnels de santé est connu	1			
	Total				
<i>Vaccinations</i>	L'information des professionnels est donnée pour la conduite en cas d'AES,	1			
	la prise en charge des professionnels est organisée	1			
	les dispositifs de prévention des AES sont mis en place	1			
	le taux de vaccination des professionnels de santé est connu	1			
	Total				
<i>Personnes ressources</i>	L'ES bénéficie d'une EOH interne ou intérêts ou externe - par convention	1			
	L'ES a désigné dans chaque service ou unité des correspondants en prévention des IAS - HH (médecins et paramédicaux)	1			
	Total				

Chapitre 6

Conclusions

Cette étude de description et d'opportunité qui s'inscrit dans le cadre de l'adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins et des objectifs du programme national afférent, montre qu'il est probablement nécessaire de faire évoluer les indicateurs du tableau de bord national pour les SSR et SLD.

Les 841 établissements de ce type qui ont répondu à cette enquête ont permis de mieux cerner les risques infectieux encourus par ces patients, qui sont en général plus âgés, présentant davantage de facteurs de risques et séjournant plus longtemps que le « patient standard ».

La lecture des résultats des dernières années des tableaux de bord de la lutte contre les IN montre que les SSR et SLD font partie des établissements qui ont une importante marge de progression à réaliser. Néanmoins, il semble opportun de proposer des indicateurs plus adaptés à l'environnement structurel et à la nature des patients accueillis dans les SSR et SLD :

- ICSHA inchangé,
- ICATB allégé,
- Indicateur SARM remplacé par indicateur BMR,
- Indicateur ICALIN remplacé par un bouquet d'indicateurs comprenant des items explorant différents aspects de la lutte contre les IN : audits formations, AES, vaccination, personnes ressources.

Cette adaptation des indicateurs du TBIN pour les établissements SSR et SLD permettra de conserver une dynamique forte dans la lutte contre les IN tout en proposant des outils plus adaptés que ceux proposés aujourd'hui.

Bibliographie

Rates of adherence to hand hygiene and gloving practices in 2 french rehabilitation hospitals by differentiation between single contacts and series of successive contacts with patients or the environment. EVEILLARD M., RABJEAU A., PRADELLE MT., RAYMOND F., JOLY-GUILLOU ML., BRUNEL P., *Infection control and hospital epidemiology*, 2010 ; 31 (8) ; 878-879

Epidémies hivernales de gastro-entérites aiguës en France, bilan de trois saisons (2006/2007, 2007/2008 et 2008/2009). CARRILLO-SANTISTEVE P., AMBERT-BALAY K., ARENA C., POUJOL I., CAILLERE N., DELMAS G., JOURDAN-DA SILVA N., *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2010 ; 31-32 ; 349-352

Evaluation de la procédure d'éducation à l'hygiène des mains de patients hospitalisés en médecine physique et de réadaptation. BARROIS B., RIBINIK P., DAVENNE B., HASSANI O., NEUSY MC., BOUREAU H., FRANCOISE C., QUESNOT A., KURER V., DESMOND S., *Hygiènes*, 2010 ; XVIII ; 3 ; 219-224

Direct costs associated with a hospital-acquired outbreak of rotaviral gastroenteritis infection in a long term care institution. PIEDNOIR E., BORDERAN GC., BORGEY F., THIBON P., LESELLIER P., LESERVOISIER R., VERGER P., LE COUTOUR X., *Journal of hospital infection*, 2010 ; 75 ; 4 ; 295-298

Colonization of residents and staff of a long-term-care facility and adjacent acute-care hospital geriatric unit by multiresistant bacteria. MARCH A., ASCHBACHER R., DHANJI H., LIVERMORE DM., BOTTCHEA A., SLEGHEL F., MAGGI S., NOALE M., LARCHER C., WOODFORD N., *Clinical microbiology and infection*, 2010 ; 16 ; 7 ; 934-944

Hand hygiene in long-term care facilities: a multicenter study of knowledge, attitudes, practices, and barriers. ASHRAF MS., HUSSAIN SW., AGARWAL N., ASHRAF S., EL-KASS G., HUSSAIN R., NEMAT H., HALLER N., PEKMEZARIS R., SISON C., *Infection control and hospital epidemiology*, 2010 ; 31 ; 7 ; 758-762

Outbreak of Adenovirus type 4 infection in a long-term care facility for the elderly. KANDEL R., SRINIVASAN A., D'AGATA EM., LU X., ERDMAN D., JHUNG M., *Infection control and hospital epidemiology*, 2010 ; 31 ; 7 ; 755-757

Successful control of an outbreak of *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing *K. pneumoniae* at a long-term acute care hospital. MUNOZ-PRICE LS., HAYDEN MK., LOLANS K., WON S., CALVERT K., LIN M., STEMER A., WEINSTEIN RA., *Infection control and hospital epidemiology*, 2010 ; 31 ; 4 ; 341-347

Assessing the incidence of gastroenteritis among elderly people living in long term care facilities. KIRK MD., HALL GV., VEITCH M., BECKER N., *Journal of hospital infection*, 2010 ; 76 ; 1 ; 12-17

Identification of CTX-M beta-lactamases in *Escherichia coli* from hospitalized patients and residents of long-term care facilities. URBAN C., MARIANO N., BRADFORD PA., TUCKMAN

M., SEGAL-MAURER S., WEHBEH W., GRENNER L., COLON-URBAN R., JOHNSTON B., JOHNSON JR., Diagnostic microbiology and infectious disease, 2010 ; 66 ; 4 ; 402-406

Couvertures vaccinales anti-pneumococcique et antitétanique chez les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées de Bourgogne et Franche-Comté, France, 2009. TIV M., CLINARD F., GUTHMANN JP., GAVAZZI G., LEGRIS C., TILLIER C., VAUX S., LEPOUTRE A., AHO LS., FOURNEL I., Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2010 ; 4 ; 25-28

Nursing home-associated infections in department of Veterans affairs community living centers. TSAN L., LANGBERG R., PHILLIPS Y., PIERCE J., HOJLO C., GIBERT C., GAYNES R., MONTGOMERY O., BRADLEY S., DANKO L., American journal of infection control, 2010 ; 38 ; 6 ; 461-466

Mesures de prévention et de contrôle des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation. INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE QUEBEC ; Santé et services sociaux Québec ; 2009 ; 1-81

Kit BMR pour les établissements accueillant des personnes âgées. CCLIN SUD-EST ANTENNE AUVERGNE DU CCLIN SUD-EST ; 2009 ; 1-50

Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales. Résultats dans la population des sujets de 65 ans et plus, France, 2006. LIETARD C., LEJEUNE B., ROTHAN-TONDEUR M., METZGER MH., THIOLET JM., COIGNARD B., Bulletin épidémiologique hebdomadaire ; 2009 ; 31-32 ; 344-348

Le risque infectieux en gériatrie. ROTHAN-TONDEUR M., PAUTE J., GRESSIER T. Soins Gerontologie ; 2008 ; 72 ; 18

Prévention du risque infectieux dans les établissements de médecine physique et de réadaptation pour enfants et adolescents. LAROYENNE I., CHAPUIS C., Hygiènes, 2008 ; XVI ; 2 ; 151-157

Décret 2008-377 du 17/04/08 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, Journal Officiel du 20/04/2008

Décret 2008-376 du 17/04/2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, Journal Officiel du 20/04/2008

Prévention des infections en rééducation. PESKINE A., LAWRENCE C., LAURENT-VANNIER A., EMC Kinésithérapie Médecine physique Réadaptation, 2007 ; 26-539-A-10 ; 1-5

Control of an ACC-1-producing Klebsiella pneumoniae outbreak in a physical medicine and rehabilitation unit. OHANA S., DENYS P., GUILLEMOT D., LORTAT-JACOB S., RONCO E., ROTTMAN M., BUSSEL B., GAILLARD JL., LAWRENCE C., Journal of hospital infection, 2006 ; 63 : 1 ; 34-38

Annexes

C-CLIN Est



CENTRES DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Mai 2009

SPECIFICITES DES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR) ET DE SOINS DE LONGUE DUREE (SLD)

Le « Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2012 » fixe l'objectif suivant : « Adapter l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d'établissements ».

Dans ce cadre, la Direction Générale de la Santé a lancé une série d'études, par secteur d'activité ou catégorie d'établissements, pour disposer des informations utiles afin de préparer l'adaptation des directives nationales à leur problématique.

Dans ce cadre, le CCLIN-Est et le Service de Santé publique du CHRU de Brest ont été chargés de réaliser **une étude nationale sur les spécificités des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD)**.

Le questionnaire suivant s'adresse à tous les établissements ayant une activité de SSR et/ou de SLD.

Remarque :

Pour faciliter le travail de recueil des informations, il n'est pas posé de questions qui figurent dans la SAE et que nous utiliserons pour compléter l'analyse de vos réponses.

Enquête sur les spécificités des établissements SSR et SLD

A-Identification de l'établissement

- A1 Personne contact (ayant renseigné le questionnaire qui suit) :
- A2 Fonction de la personne contact :
- A3 Adresse électronique de la personne contact :
- A4 N° téléphone de la personne contact :

A5 Catégories de l'établissement : 1 - SSR seuls 2 - SLD seuls 3 - SSR et SLD

A6 Votre établissement est un établissement à vocation uniquement gériatrique ?
oui non

B- Origine des patients en amont

Indiquer le nombre de patients pris en charge en 2008 (mettre 0 si pas de patients)

Domicile

B1 Domicile

Services de court séjour

B2a - Séjour en service de médecine

B2b - Séjour en service de chirurgie

B2c - Séjour en service de réanimation

B2d - Séjour en service d'obstétrique

Autre établissement

B3a - Un autre établissement de SSR

B3b - EHPAD ou autre établissement médicosocial

B3c - Autre origine

C- Devenir des patients après rééducation

Les patients ayant séjourné dans votre établissement en 2008 sont sortis vers (exprimé en nombre de patients, mettre 0 si pas de patients correspondant)

C1 - Retour au domicile

C2 - Transfert vers un établissement médicosocial

C3 - Transfert vers un service de court séjour

C4 - Transfert vers un autre établissement SSR ou SLD

D- Aspects structurels

D0 Nombre d'ETP de gériatres dans votre établissement ,

D1 Existe-t-il un plateau technique ? oui non

Si oui, préciser

D1a - Installation de balnéothérapie oui non

D1b - Locaux dédiés à la kinésithérapie oui non

D1c - Locaux dédiés à l'ergothérapie oui non

D1d - Locaux dédiés à des activités spécifiques oui non

(type atelier de cuisine, salles de classe, animation, ...)

D1e - Locaux d'appareillage oui non

D1f - Salle(s) de plâtre oui non

D1g - Locaux de consultations oui non

D1h - Ré-entraînement à l'effort oui non

D1i - Exploration sphinctérienne oui non

D1j - EMG et potentiels évoqués somesthésiques oui non

D1k - Service de radiologie oui non

D1l - Autres locaux du plateau technique oui non

D1l1 - Autre 1 (préciser) :

D1l2 - Autre 2 (préciser) :

D2 Les chambres

D2_1 Nombre de chambres à 1 lit :

D2_2 Nombre de chambres à 2 lits :

D2_3 Nombre de chambres à plus de 2 lits :

D3 - Votre établissement dispose des services d'un laboratoire...

a - ..En interne b - ..En externe avec convention c - ..En externe sans convention

D3a - **Si** convention, celle-ci prévoit-elle des modalités de transmission rapide des résultats dans la journée ? oui non

D3b - **Si** labo interne ou avec convention, le labo signale-t-il un prélèvement positif à BMR par un marquage particulier (*) des résultats ? oui non

* marquage = information écrite ou orale réalisée par le laboratoire et destinée au service accueillant le patient, permettant la compréhension claire et précise d'un résultat de prélèvement positif à BMR.

D4 - Existe-t-il une pharmacie à usage interne (PUI) ? oui non

Si non, quelles sont les modalités de fournitures des médicaments ?

D4a PUI d'un autre établissement de santé oui non

D4b - Pharmacie d'officine oui non

D5 - Une unité de stérilisation est-elle disponible ? oui non

Si oui :

D5a En interne à l'établissement oui non

D5b Dans un autre établissement de santé oui non

D5c Chez un prestataire privé oui non

D6 Existe-t-il une unité de désinfection (local spécifique, personnel dédié) ?

oui non SO

SO =Sans Objet

E- Patients pris en charge et risque infectieux

E1 - Nombre de patients par tranche d'âge pris en charge en 2008 par votre établissement :

E1_1 Enfants de moins de six ans

E1_2 Enfants de 6 ans inclus à 18 ans

E1_3 Adultes de 18 ans inclus et de moins de 65 ans

E1_4 Adultes de 65 ans et +

E2 - Nombre de patients par motif d'hospitalisation :

A partir des catégories de patients définies par les articles D.6123-118 du Code de la santé publique relatifs aux conditions d'implantation et D.6124-177-10 à D.177-10-53 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement, applicables à l'activité de soins de suite et de

réadaptation, indiquer le nombre de patients en 2008 dans chacune des catégories (mettre 0 si pas pris en charge), un patient pouvant appartenir à une ou plusieurs catégories :

E2_1 *Affections de l'appareil locomoteur*

- E2_1A dont Orthopédiques
- E2_1B dont Amputés

E2_2 *Affections du système nerveux*

- E2_2A dont traumatismes cérébraux
- E2_2B dont blessés médullaires
 - E2_2B1 dont blessés médullaires « haut »
 - E2_2B2 dont blessés médullaires « bas »
- E2_2C Autres pathologies (AVC, SEP, etc.)

E2_3 *Affections cardio-vasculaires*
(ex. post chirurgie cardiaque, post infarctus du myocarde...)

E2_4 *Affections respiratoires (ex. mucoviscidose, ...)*

E2_5 *Affections du système digestif, métabolique et endocrinien*

E2_6 *Affections onco-hématologiques*

E2_7 *Affections des brûlés*

E2_8 *Affections liées aux conduites addictives*

E2_9 *Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance*

F- Degré de perte d'autonomie des patients pris en charge en SLD et SSR à vocation gériatrique :

F_1 Nombre de patients pris en charge et classés en GIR 1 ou 2 :

F_2 Nombre de patients pris en charge et classés en GIR 3 ou 4 :

F_3 Nombre de patients pris en charge et classés en GIR 5 :

F_4 Nombre de patients pris en charge et classés en GIR 6 :

G- Fréquence des soins et/ou dispositifs invasifs et/ou autres portes d'entrée d'infection au moment de la prise en charge

Quel est la proportion de patients pris en charge bénéficiant des actes suivants (cocher la bonne réponse) ?

- | | |
|---|--|
| G01 Sonde urinaire | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| <i>Dont... (préciser si possible):</i> | |
| G01a Sonde à demeure | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G01b Hétéro sondage | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G01c Auto sondage | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G02 Cathéters vasculaires périphériques | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G03 Abord périphérique sous-cutanée | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G04 Cathéters vasculaires centraux | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G05 Fixateurs externes | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G06 Trachéotomies | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G07 Gastrostomie percutanée endoscopique | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G08 Soins de stomies | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G09 Soins de pansements | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G10 Kinésithérapie respiratoire | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G110 Aspiration trachéale | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G12 Ponction ou infiltration articulaires | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G13 Rééducation sphinctérienne | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G14 Autre 1 (préciser) : | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |
| G15 Autre 2 (préciser) : | <input type="checkbox"/> < 10% <input type="checkbox"/> >= 10% |

G14A Autre 1 :

G14B Autre 2 :

H- Fréquence de déficiences ayant un impact potentiel sur le risque infectieux

Quel est la proportion de patients pris en charge présentant les facteurs de risques suivants (cocher la bonne réponse) ?

H1 Troubles de déglutition < 10% >= 10%

- H2 Incontinence (ou vidange incomplète) vésico-sphinctérienne < 10% >= 10%
- H3 Déficience du tonus musculaire < 10% >= 10%
- H4 Déficience comportementale (démence) < 10% >= 10%

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire. Vous devez maintenant le saisir sur le site internet sécurisé <https://www.bilanlin.sante.gouv.fr>

Pour info de l'ARLIN.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne :

La dépendance totale ou lourde, GIR 1 et 2

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes :
- d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

La dépendance partielle ou légère, GIR 3 et 4

- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe comprend aussi des personnes sans problème de locomotion, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

La dépendance très légère, GIR 5

- Le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

L'absence de dépendance, GIR 6

- Le GIR 6 regroupe les personnes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Enquête sur les spécificités des établissements SSR et SLD

A. Identification de l'établissement

Questions renseignées	Effectif	Pourcentage
Toutes les questions	535	65.8
Partiellement renseignés	252	31.0
Aucune renseignées	26	3.2
Total	813	100.0

A noter que 20 Psy avec SSR et huit SSR ambulatoires ont été retirés de l'analyse (d'où la différence avec les 841 établissements des analyses précédentes : 813=841-28)

A5. Catégorie de l'établissement :

	Effectif	Pourcentage
SSR seuls	345	42.4
SLD seuls	33	4.1
SSR et SLD	91	11.2
ES polyvalents SSR-SLD	344	42.3
Total	813	100.0

A6. Votre établissement est un établissement à vocation uniquement gériatrique?

	Effectif	Pourcentage
Oui	136	16.7
Non	677	83.3
Total	813	100.0

B. Origine des patients en amont

26 (3.1%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions B.

Nombre de patients pris en charge en 2008 :

	SSR seuls			SLD seuls			SSR et SLD			ES polyvalents SSR-SLD			Total		
	<i>Moy</i>	<i>Nb pat</i>	<i>%</i>	<i>Moy</i>	<i>Nb pat</i>	<i>%</i>	<i>Moy</i>	<i>Nb pat</i>	<i>%</i>	<i>Moy</i>	<i>Nb pat</i>	<i>%</i>	<i>Moy</i>	<i>Nb pat</i>	<i>%</i>
B1. Domicile	201	67 318	26,0	17	575	20,8	64	5 506	16,6	88	29 284	21,1	130	102 683	23,7
B2a. Séjour en service de médecine	240	79 805	30,9	20	666	24,1	183	15 562	46,9	186	61 654	44,3	201	157 687	36,4
B2b. Séjour en service de chirurgie	303	100 760	39,0	2	60	2,2	78	6 648	20,0	97	32 089	23,1	178	139 557	32,2
B2c. Séjour en service de réanimation	6	1 854	0,7	0	10	0,4	1	77	0,2	2	522	0,4	3	2 463	0,6
B2d. Séjour en service d'obstétrique	0	19	0,0	0	2	0,1	0	7	0,0	0	45	0,0	0	73	0,0
B3a. Un autre établissement de SSR	9	3 135	1,2	21	696	25,2	27	2 339	7,1	15	4 845	3,5	14	11 015	2,5
B3b. EHPAD ou autre établissement médicosocial	2	595	0,2	14	459	16,6	7	631	1,9	4	1459	1,0	4	3 144	0,7
B3c. Autre origine	15	5 043	2,0	9	292	10,6	28	2 401	7,2	27	9140	6,6	21	16 876	3,9
Total	97	258 529	100,0	10	2 760	100,0	49	33 171	100,0	52	139 038	100,0	69	433 498	100,0

Moy : moyenne

Nb pat : nombre de patients

C. Devenir des patients après rééducation

34 (2,8%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions C.

Les patients ayant séjourné dans votre établissement en 2008 sont sortis vers (exprimé en nombre de patients) :

	SSR seuls			SLD seuls			SSR et SLD			ES polyvalents SSR-SLD			Total		
	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%	Moy	Nb pat	%
C1. Retour au domicile	550	182 755	84,1	1	37	13,3	219	18 643	71,4	244	80 360	75,8	361	281 795	80,6
C2. Transfert vers un établissement médicosocial	31	10 221	4,7	6	183	65,6	31	2 632	10,1	39	12 801	12,1	33	25 837	7,4
C3. Transfert vers un service de court séjour	63	20 962	9,7	1	48	17,2	40	3 404	13,0	26	8 689	8,2	42	33 103	9,5
C4. Transfert vers un autre étab SSR ou SLD	10	3 284	1,5	0	11	3,9	17	1 414	5,4	13	4 209	4,0	11	8 918	2,6
Total	164	217 222	100,0	2	279	100,0	77	26 093	100,0	81	106 059	100,0	112	349 653	100,0

Moy : moyenne

Nb pat : nombre de patients

D. Aspects structurels

38 (4.5%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions D.

D0. Nombre d'ETP de gériatres dans votre établissement

	SSR seuls	SLD seuls	SSR et SLD	ES polyvalents SSR-SLD	Total
Nb d'établissements	330	33	85	326	774
Moyenne	0.7	1.1	1.7	2.1	1.4
Médiane	0.0	0.9	1.0	1.0	0.5

Répartition du taux d'ETP de gériatres pour 100 lits par type d'établissement

	%
Autres avec SSR/SLD	2.7
SLD seul	1.1
SSR + SLD	1.8
SSR seul	0.8

D1. Existe-t-il un plateau technique ?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%
Oui	296	89.4	20	60.6	64	75.3	296	90.5	676	87.1
Non	35	10.6	13	39.4	21	24.7	31	9.5	100	12.9
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

Si oui, précisez (* : taux de réponses « oui » pour le type d'établissement associé)

Plateaux techniques	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb étab	% *	Nb étab	% *	Nb étab	% *	Nb étab	% *	Nb étab	%*
Installation de balnéothérapie	142	48.1	3	15.0	18	28.1	72	24.3	235	34.8
Locaux dédiés à la kinésithérapie	293	99.0	19	95.0	62	96.9	269	90.9	643	95.1
Locaux dédiés à l'ergothérapie	187	63.2	11	55.0	45	70.3	158	53.4	401	59.3
Locaux dédiés à des activités spécifiques	196	66.2	17	85.0	53	82.8	197	66.6	463	68.5
Locaux d'appareillage	92	31.1	0	0.0	9	14.1	76	25.7	177	26.2
Salle(s) de plâtre	79	26.7	0	0.0	10	15.6	141	47.6	230	34.0
Locaux de consultations	217	73.3	5	25.0	45	70.3	255	86.1	522	77.2
Ré-entraînement à l'effort	133	45.1	1	5.0	16	25.0	110	37.2	260	38.5
Exploration sphinctérienne	30	10.2	0	0.0	4	6.3	58	19.6	92	13.6
EMG et potentiels évoqués somesthésiques	25	8.5	0	0.0	2	3.1	51	17.2	78	11.6
Service de radiologie	96	32.4	1	5.0	25	39.1	231	78.0	353	52.2
Autres locaux du plateau technique	103	34.9	2	10.0	13	20.3	119	40.2	237	35.1

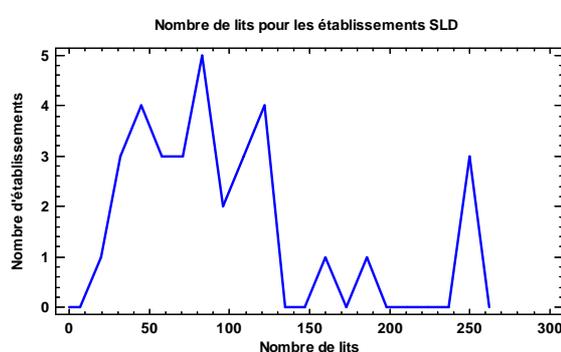
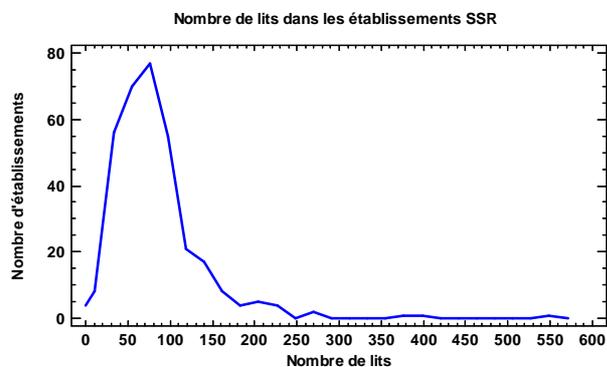
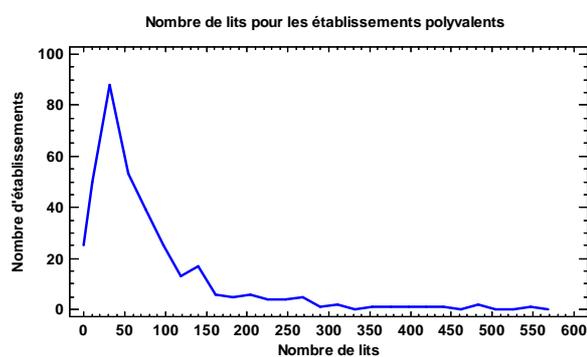
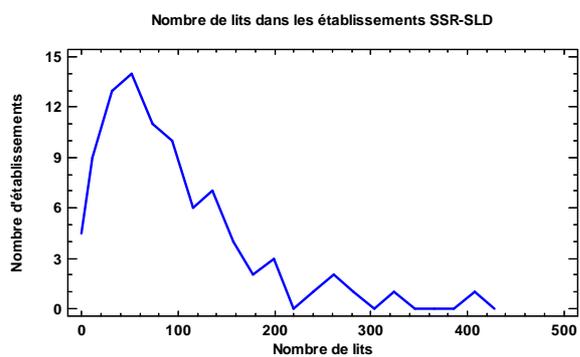
Autres plateaux techniques	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%
Bloc opératoire	43	39.1	0	0.0	0	0.0	1	1.0	44	20.0
Orthophonie	8	7.3	0	0.0	2	16.7	18	18.6	28	12.7
Activité physique	3	2.7	0	0.0	0	0.0	12	12.4	15	6.8
Endoscopie - Fibroscopie	17	15.5	0	0.0	2	16.7	5	5.2	24	10.9
Psychomotricité	10	9.1	1	100.0	1	8.3	18	18.6	30	13.6
Echographie	3	2.7	0	0.0	2	16.7	10	10.3	15	6.8
Isocinétisme	7	6.4	0	0.0	3	25.0	19	19.6	29	13.2
Radiologie	10	9.1	0	0.0	1	8.3	0	0.0	11	5.0
Exploration fonctionnelle	9	8.2	0	0.0	1	8.3	11	11.3	21	9.5
Piscine	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.1	3	1.4
Total	110	100.0	1	100.0	12	100.0	97	100.0	220	100.0

D2. Les chambres

Nombre de chambres	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
A 1 lit	46	40	44	41	48	35
A 2 lits	18	12	24	15	23	20
A plus de 2 lits	0	0	0	0	1	0

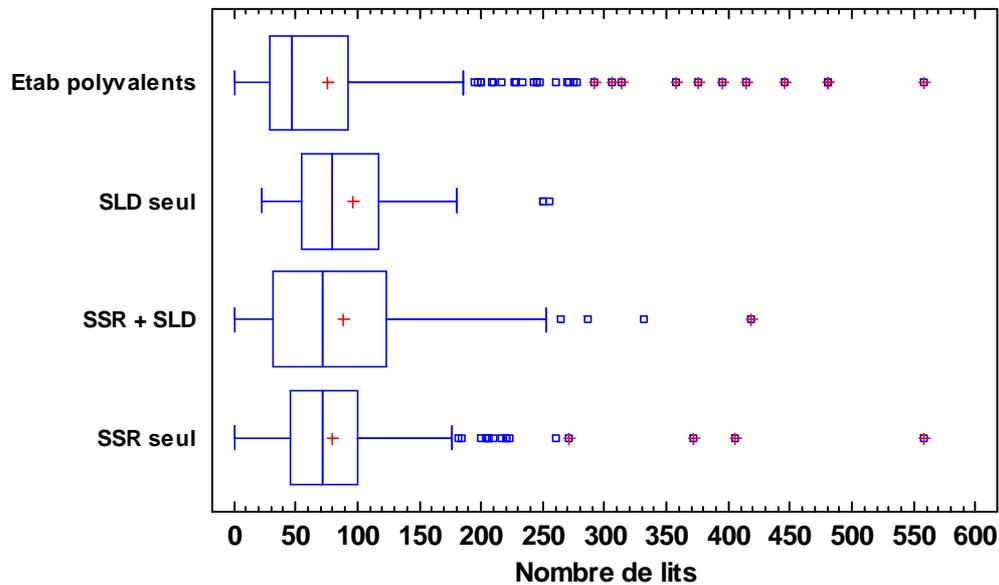
Nombre de chambres	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Ensemble	
	Nb chambres	%	Nb chambres	%	Nb chambres	%	Nb chambres	%	Nb chambres	%
A 1 lit	15 137	71,0	1 443	63,1	4 058	67,3	11 992	63,7	32 630	67,3
A 2 lits	6 044	28,4	795	34,8	1 926	31,9	6 249	33,2	15 014	31,0
A plus de 2 lits	130	0,6	48	2,1	50	0,8	577	3,1	805	1,7
Total	21 311	100,0	2 286	100,0	6 034	100,0	18 818	100,0	48 449	100,0

Distribution du nombre de lits par type d'établissement



Le nombre de lits est statistiquement différents selon le type d'établissement ($p < 0.001$).

Nombre de lits par type d'établissement



D3. Votre établissement dispose des services d'un laboratoire...

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%
En interne	9	2.7	0	0.0	4	4.7	120	36.7	133	17.1
En externe avec convention	301	90.9	28	84.8	78	91.8	189	57.8	596	76.8
En externe sans convention	21	6.3	5	15.2	3	3.5	18	5.5	47	6.1
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

D3a. Si convention, celle-ci prévoit-elle des modalités de transmission rapide des résultats dans la journée?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%
Oui	294	97.7	28	100.0	73	93.6	185	97.9	580	97.3
Non	7	2.3	0	0.0	5	6.4	4	2.1	16	2.7
Total	301	100.0	28	100.0	78	100.0	189	100.0	596	100.0

D3b. Si labo interne ou avec convention, le labo signale-t-il un prélèvement positif à BMR par un marquage particulier (*) des résultats ?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>	
	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%
Oui	295	95.5	26	92.9	72	87.8	297	96.1	690	94.8
Non	14	4.5	2	7.1	10	12.2	12	3.9	38	5.2
Total	309	100.0	28	100.0	82	100.0	309	100.0	728	100.0

* marquage : information écrite ou orale réalisée par le laboratoire et destinée au service accueillant le patient, permettant la compréhension claire et précise d'un résultat de prélèvement positif à BMR.

D4. Existe-t-il une pharmacie à usage interne (PUI) ?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>	
	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%
Oui	262	79.2	27	81.8	80	94.1	302	92.4	671	86.5
Non	69	20.8	6	18.2	5	5.9	25	7.6	105	13.5
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

Si non, quelles sont les modalités de fournitures des médicaments ?

D4a. PUI d'un autre établissement de santé

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>		<i>Nb</i>	
	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%	<i>étab</i>	%
Oui	16	23.5	0	0.0	1	20.0	3	12.0	20	19.2
Non	52	76.5	6	100.0	4	80.0	22	88.0	84	80.8
Total	68	100.0	6	100.0	5	100.0	25	100.0	104	100.0

D4b. Pharmacie d'officine

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%
Oui	59	85.5	6	100.0	4	80.0	22	88.0	91	86.7
Non	10	14.5	0.0	0.0	1	20.0	3	12.0	14	13.3
Total	69	100.0	6	100.0	5	100.0	25	100.0	105	100.0

D5. Une unité de stérilisation est-elle disponible ?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%
Oui	26	7.9	3	9.1	12	14.1	210	64.2	251	32.3
Non	305	92.1	30	90.9	73	85.9	117	35.8	525	67.7
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	327	100.0	776	100.0

Si oui :

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%	<i>Nb</i> <i>étab</i>	%
En interne à l'établissement	6	22,2	0	0,0	3	25,0	158	74,9	167	66,0
Dans un autre établissement	17	63,0	3	100,0	8	66,7	44	20,9	72	28,5
Chez un prestataire privé	4	14,8	0	0,0	1	8,3	9	4,3	14	5,5
Total	27	100,0	3	100,0	12	100,0	211	100,0	253	100,0

D6. Existe-t-il une unité de désinfection (local spécifique, personnel dédié) ?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	<i>n</i>	% *	<i>n</i>	% *	<i>n</i>	% *	<i>n</i>	% *	<i>n</i>	%
Oui	61	18.4	2	6.1	10	11.8	130	39.9	203	26.2
Non	92	27.8	16	48.5	33	38.8	89	27.3	230	29.7
Sans objet	178	53.8	15	45.5	42	49.4	107	32.8	342	44.1
Total	331	100.0	33	100.0	85	100.0	326	100.0	775	100.0

Existe-t-il une unité de désinfection (Question D6) :

a. selon les plateaux techniques existant ?

Unité de désinfection	Endoscopie - Fibroscopie		Exploration sphinctérienne		Exploration fonctionnelle		Bloc opératoire		Total	
	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%	Nb etab	%
Oui	12	50,0	41	44,6	12	57,1	28	63,6	93	51,4
Non	9	37,5	30	32,6	5	23,8	11	25,0	55	30,4
Sans opinion	3	12,5	21	22,8	4	19,0	5	11,4	33	18,2
Total	24	100,0	92	100,0	21	100,0	44	100,0	181	100,0

b. selon le nombre de lits ?

SSR seuls

Unité de désinfection	1er centile	5e centile	10e centile	25e centile	50e centile	75e centile	90e centile	95e centile	99e centile
Oui	10	35	42	60	84	130	176	220	405
Non	0	26	35	47	70	101	128	160	372

SLD seuls

Unité de désinfection	1er centile	5e centile	10e centile	25e centile	50e centile	75e centile	90e centile	95e centile	99e centile
Oui	30	30	30	30	65	100	100	100	100
Non	30	30	32	53	73	107	120	256	256

SSR et SLD

Unité de désinfection	1er centile	5e centile	10e centile	25e centile	50e centile	75e centile	90e centile	95e centile	99e centile
Oui	52	52	73	103	150	287	375	418	418
Non	7	18	22	38	73	124	176	242	265

ES polyvalents SSR-SLD

Unité de désinfection	1er centile	5e centile	10e centile	25e centile	50e centile	75e centile	90e centile	95e centile	99e centile
Oui	10	17	20	30	60	114	230	306	480
Non	3	10	14	30	45	90	171	209	248

c. selon le score ICALIN ?

Score ICALIN

Unité de désinfection	1er centile	5e centile	10e centile	25e centile	50e centile	75e centile	90e centile	95e centile	99e centile
Oui	59.5	76.0	83.0	89.0	95.5	99.0	100.0	100.0	100.0
Non	29.5	54.5	63.8	74.0	89.3	96.0	99.0	100.0	100.0
Sans opinion	29.0	56.5	68.0	80.5	89.5	95.5	99.0	99.5	100.0

Score ICALIN classé

Unité de désinfection	A		B		C		D		E		Total	
	Nb etab	%										
Oui	173	30,0	20	17,4	9	13,2	1	8,3	0	0,0	203	26,2
Non	154	26,7	37	32,2	32	47,1	5	41,7	2	50,0	230	29,7
Sans objet	249	43,2	58	50,4	27	39,7	6	50,0	2	50,0	342	44,1
Total	576	100,0	115	100,0	68	100,0	12	100,0	4	100,0	775	100,0

E. Patients pris en charge et risque infectieux

42 (5.0%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions E.

E1. Nombre de patients par tranche d'âge pris en charge en 2008 par votre établissement :

Classes d'âges	Type d'établissement	Nb établissements	Moyenne	Médiane
Enfants de moins de six ans	SSR seuls	329	6	0
	SLD seuls	33	0	0
	SSR et SLD	84	0	0
	ES polyvalents SSR-SLD	326	20	0
	Sous - total	772	11	0
Enfants de 6 ans inclus à 18 ans	SSR seuls	329	27	0
	SLD seuls	33	0	0
	SSR et SLD	83	2	0
	ES polyvalents SSR-SLD	326	45	0
	Sous - total	771	31	0
Adultes de 18 ans inclus et de moins de 65 ans	SSR seuls	329	285	181
	SLD seuls	33	8	3
	SSR et SLD	83	75	19
	ES polyvalents SSR-SLD	326	224	32
	Sous - total	771	224	63
Adultes de 65 ans et +	SSR seuls	329	451	421
	SLD seuls	33	98	80
	SSR et SLD	83	307	264
	ES polyvalents SSR-SLD	326	371	238
	Sous - total	771	386	291

E2. Nombre de patients par motif d'hospitalisation :

Motif d'hospitalisation	Type d'établissement	Nb établissements	Moyenne	Médiane
E2_1. Affections de l'appareil locomoteur	SSR seuls	325	285	164
	SLD seuls	33	13	1
	SSR et SLD	80	166	77
	ES polyvalents SSR-SLD	326	155	50
	Sous - total	764	205	73
E2_1a. dont Orthopédiques	SSR seuls	246	289	175
	SLD seuls	17	13	5
	SSR et SLD	63	148	65
	ES polyvalents SSR-SLD	210	182	63
	Sous - total	536	222	93
E2_1b. dont Amputés	SSR seuls	239	21	3
	SLD seuls	19	1	1
	SSR et SLD	62	9	1
	ES polyvalents SSR-SLD	206	6	2
	Sous - total	526	13	2
E2_2. Affections du système nerveux	SSR seuls	325	108	50
	SLD seuls	33	22	13
	SSR et SLD	80	76	33
	ES polyvalents SSR-SLD	326	76	18
	Sous - total	764	88	29
E2_2a. dont traumatismes cérébraux	SSR seuls	214	12	0
	SLD seuls	22	1	0
	SSR et SLD	58	5	0
	ES polyvalents SSR-SLD	182	9	0
	Sous - total	476	9	0
E2_2b. dont blessés médullaires	SSR seuls	208	14	0
	SLD seuls	21	0	0
	SSR et SLD	58	4	0
	ES polyvalents SSR-SLD	180	10	0
	Sous - total	467	11	0

Motif d'hospitalisation	Type d'établissement	Nb établissements	Moyenne	Médiane
E2_2b1. dont blessés médullaires 'haut'	SSR seuls	65	20	5
	SLD seuls	6	1	1
	SSR et SLD	10	10	2
	ES polyvalents SSR-SLD	34	28	1
	Sous - total	115	20	2
E2_2b2. dont blessés médullaires 'bas'	SSR seuls	68	23	11
	SLD seuls	6	1	1
	SSR et SLD	10	14	2
	ES polyvalents SSR-SLD	35	18	2
	Sous - total	119	19	4
E2_2c. Autres pathologies (AVC, SEP, etc)	SSR seuls	252	90	48
	SLD seuls	24	21	15
	SSR et SLD	71	63	30
	ES polyvalents SSR-SLD	224	69	26
	Sous - total	571	75	32
E2_3. Affections cardio-vasculaires	SSR seuls	325	104	19
	SLD seuls	33	22	1
	SSR et SLD	81	49	27
	ES polyvalents SSR-SLD	326	57	16
	Sous - total	765	75	18
E2_4. Affections respiratoires (ex. mucoviscidose, ...)	SSR seuls	325	58	5
	SLD seuls	33	6	0
	SSR et SLD	80	28	14
	ES polyvalents SSR-SLD	326	26	4
	Sous - total	764	39	5
E2_5. Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	SSR seuls	325	89	13
	SLD seuls	33	19	2
	SSR et SLD	80	38	27
	ES polyvalents SSR-SLD	326	47	11
	Sous - total	764	63	13

Motif d'hospitalisation	Type d'établissement	Nb établissements	Moyenne	Médiane
E2_6. Affections onco-hématologique	SSR seuls	325	25	0
	SLD seuls	33	8	2
	SSR et SLD	81	15	4
	ES polyvalents SSR-SLD	326	15	1
	Sous - total	765	19	1
E2_7. Affections des brûlés	SSR seuls	326	2	0
	SLD seuls	33	0	0
	SSR et SLD	82	2	0
	ES polyvalents SSR-SLD	326	0	0
	Sous - total	767	1	0
E2_8. Affections liées aux conduites addictives	SSR seuls	325	14	0
	SLD seuls	33	1	0
	SSR et SLD	81	8	0
	ES polyvalents SSR-SLD	326	32	0
	Sous - total	765	20	0
E2_9. Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	SSR seuls	325	130	22
	SLD seuls	33	77	72
	SSR et SLD	81	115	76
	ES polyvalents SSR-SLD	326	101	27
	Sous - total	765	114	33

Répartition du nombre de patients présentant une affection de l'appareil locomoteur par type d'établissement

Affection de l'appareil locomoteur	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%
Oui	92 520	35,8	421	15,3	13 305	40,1	50 660	36,4	156 906	36,2
Non	166 009	64,2	2 339	84,7	19 866	59,9	88 378	63,6	276 592	63,8
Total	258 529	100,0	2 760	100,0	33 171	100,0	139 038	100,0	433 498	100,0

F. Degré de perte d'autonomie des patients pris en charge en SLD :

69 (8.2%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions F.

F0. Existe-t-il une évaluation de la dépendance des patients dans votre établissement ?

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%
Oui	129	40.4	30	100.0	71	88.8	182	57.4	412	55.2
Non	190	59.6	0	0.0	9	11.3	135	42.6	334	44.8
Total	319	100.0	30	100.0	80	100.0	317	100.0	746	100.0

Nombre de non répondants à la question F0 ayant répondu à la question A5 : 66.

F0a. Si oui, à quel titre ?

	Nb étab	%
Grille AGGIR	287	69.8
Grille GCAP (PMSI)	124	30.2
Total	411	100.0

Nombre de patients pris en charge et classés en :

	SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR- SLD	
	Nb moyen patients	%	Nb moyen patients	%	Nb moyen patients	%	Nb moyen patients	%
GIR 1 ou 2	109	28.5	69	73.4	70	53.0	83	53.2
GIR 3 ou 4	117	30.6	21	22.3	50	37.9	38	24.4
GIR 5	77	20.2	3	3.2	8	6.1	14	9.0
GIR 6	79	20.7	1	1.1	4	3.0	21	13.5
Ensemble	382	100.0	94	100.0	132	100.0	156	100.0

Croisement de la grille AGGIR avec nombre de patients par motif d'hospitalisation et par type d'établissement.

F0a : Titre de l'évaluation de la dépendance des patients

	Appareil locomoteur		Système nerveux		Cardio-vasculaire		Personne âgée polypathologique		Autres		Total	
	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%
Grille AGGIR	1 539	69,2	461	71,2	17 758	69,8	38 718	69,8	30 607	69,8	89 083	66,4
Grille GCAP	2 392	30,8	276	28,8	10 677	30,2	14 176	30,2	17 534	30,2	45 055	33,6
Total	3 931	100.0	737	100.0	28 435	100.0	52 894	100.0	48 141	100.0	134 138	100,0

Nombre de patients pris en charge et classé en :

	Appareil locomoteur		Système nerveux		Cardio-vasculaire		Personne âgée polypathologique		Autres		Total	
	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%
GIR 1 ou 2	1514	1,8	434	0,5	16481	19,64	36876	43,9	28614	34,1	83 919	100,0
GIR 3 ou 4	1480	1,8	433	0,5	16056	19,75	35656	43,8	27691	34,1	81 316	100,0
GIR 5	1187	2,3	211	0,4	9914	19,4	22093	43,2	17691	34,6	51 096	100,0
GIR 6	883	2,3	170	0,4	8454	21,9	15407	39,9	13683	35,5	38 597	100,0

G. Fréquence des soins et/ou dispositifs invasifs et/ou autres portes d'entrée d'infection au moment de la prise en charge

59 (7.0%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions G.

		SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
		étab	%	étab	%	étab	%	étab	%	étab	%
G01. Sonde urinaire	< 10%	246	76.9	31	93.9	53	66.3	230	71.2	560	74.1
	>= 10%	74	23.1	2	6.1	27	33.8	93	28.8	196	25.9
	Sous-total	320	100.0	33	100.0	80	100.0	323	100.0	756	100.0
<i>G01a. Sonde à demeure</i>	< 10%	219	78.2	25	86.2	53	69.7	197	70.9	494	74.5
	>= 10%	61	21.8	4	13.8	23	30.3	81	29.1	169	25.5
	Sous-total	280	100.0	29	100.0	76	100.0	278	100.0	663	100.0
<i>G01b. Hétéro sondage</i>	< 10%	219	89.8	16	94.1	48	80.0	201	85.5	484	87.1
	>= 10%	25	10.2	1	5.9	12	20.0	34	14.5	72	12.9
	Sous-total	244	100.0	17	100.0	60	100.0	235	100.0	556	100.0
		SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
		étab	%	étab	%	étab	%	étab	%	étab	%
<i>G01c. Auto sondage</i>	< 10%	225	95.3	17	100.0	54	98.2	213	94.7	509	95.5
	>= 10%	11	4.7	0	0.0	1	1.8	12	5.3	24	4.5
	Sous-total	236	100.0	17	100.0	55	100.0	225	100.0	533	100.0
G02. Cathéters vasculaires périphériques	< 10%	250	78.4	30	90.9	50	62.5	239	73.1	569	75.3
	>= 10%	69	21.6	3	9.1	30	37.5	88	26.9	190	24.7
	Sous-total	319	100.0	33	100.0	80	100.0	327	100.0	759	100.0
G03. Abord périphérique sous-cutané	< 10%	239	74.9	12	36.4	31	38.8	168	51.9	450	59.5
	>= 10%	80	25.1	21	63.6	49	61.3	156	48.1	306	40.5
	Sous-total	319	100.0	33	100.0	80	100.0	324	100.0	756	100.0
G04. Cathéters vasculaires centraux	< 10%	289	90.6	33	100.0	76	95.0	311	96.0	709	93.8
	>= 10%	30	9.4	0	0.0	4	5.0	13	4.0	47	6.2

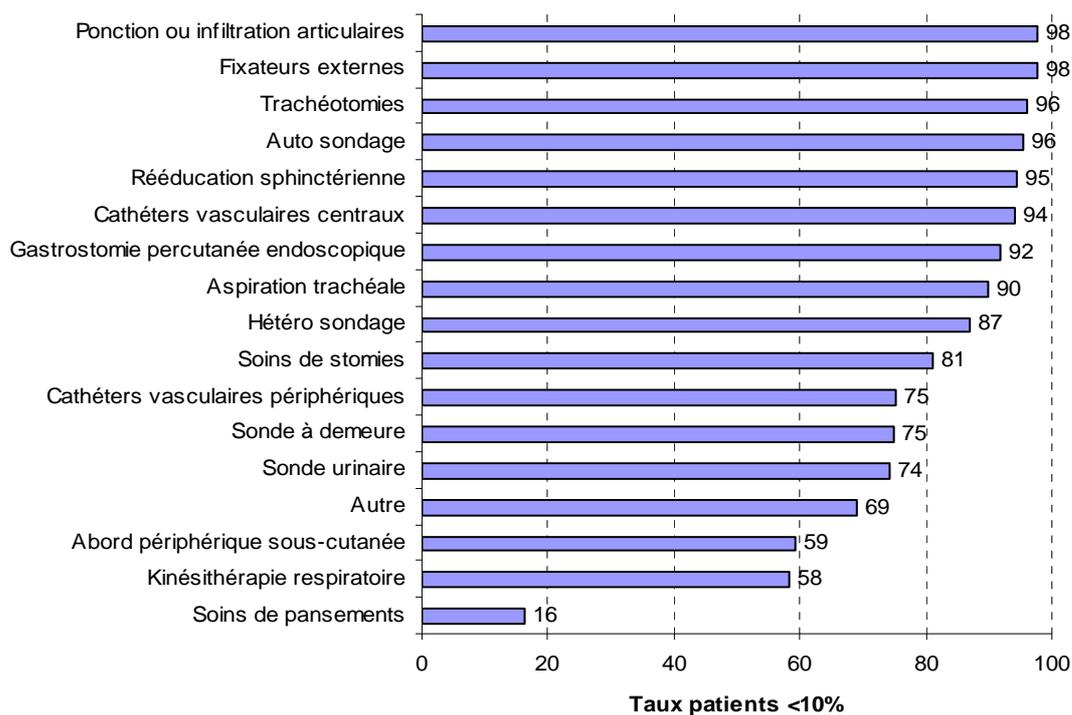
	Sous-total	319 100.0	33 100.0	80 100.0	324 100.0	756 100.0
G05. Fixateurs externes	< 10%	309 96.9	33 100.0	78 97.5	318 98.1	738 97.6
	>= 10%	10 3.1	0 0.0	2 2.5	6 1.9	18 2.4
	Sous-total	319 100.0	33 100.0	80 100.0	324 100.0	756 100.0
G06. Trachéotomies	< 10%	302 94.7	33 100.0	73 91.3	317 97.8	725 95.9
	>= 10%	17 5.3	0 0.0	7 8.8	7 2.2	31 4.1
	Sous-total	319 100.0	33 100.0	80 100.0	324 100.0	756 100.0
G07. Gastrostomie percutanée endoscopique	< 10%	298 93.1	31 93.9	73 91.3	292 89.8	694 91.6
	>= 10%	22 6.9	2 6.1	7 8.8	33 10.2	64 8.4
	Sous-total	320 100.0	33 100.0	80 100.0	325 100.0	758 100.0
G08. Soins de stomies	< 10%	239 74.9	31 93.9	67 83.8	273 84.3	610 80.7
	>= 10%	80 25.1	2 6.1	13 16.3	51 15.7	146 19.3
	Sous-total	319 100.0	33 100.0	80 100.0	324 100.0	756 100.0
G09. Soins de pansements	< 10%	35 11.0	9 27.3	5 6.3	69 21.3	118 15.6
	>= 10%	284 89.0	24 72.7	75 93.8	255 78.7	638 84.4
	Sous-total	319 100.0	33 100.0	80 100.0	324 100.0	756 100.0

		SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
		<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>	<i>Nb</i>	<i>%</i>
		<i>étab</i>		<i>étab</i>		<i>étab</i>		<i>étab</i>		<i>étab</i>	
G10. Kinésithérapie respiratoire	< 10%	184	57.7	19	57.6	40	50.0	193	59.6	436	57.7
	>= 10%	135	42.3	14	42.4	40	50.0	131	40.4	320	42.3
	Sous-total	319	100.0	33	100.0	80	100.0	324	100.0	756	100.0
G11. Aspiration trachéale	< 10%	289	90.6	29	87.9	65	81.3	295	91.0	678	89.7
	>= 10%	30	9.4	4	12.1	15	18.8	29	9.0	78	10.3
	Sous-total	319	100.0	33	100.0	80	100.0	324	100.0	756	100.0
G12. Ponction ou infiltration articulaires	< 10%	312	97.8	33	100.0	78	97.5	316	97.2	739	97.6
	>= 10%	7	2.2	0	0.0	2	2.5	9	2.8	18	2.4
	Sous-total	319	100.0	33	100.0	80	100.0	325	100.0	757	100.0
G13. Rééducation sphinctérienne	< 10%	305	95.6	32	97.0	75	93.8	303	93.5	715	94.6
	>= 10%	14	4.4	1	3.0	5	6.3	21	6.5	41	5.4

	Sous-total	319	100.0	33	100.0	80	100.0	324	100.0	756	100.0
G14-G15. Autre	< 10%	75	72.8	8	80.0	20	74.1	86	72.3	189	73.0
	>= 10%	28	27.2	2	20.0	7	25.9	33	27.7	70	27.0
	Sous-total	103	100.0	10	100.0	27	100.0	119	100.0	259	100.0

Autres actes	Nb étab	%
Chambre implantable GO4	4	12,5
Ponction	5	15,6
Aérosolthérapie G10	6	18,8
Sonde nasogastrique	9	28,1
Escarres	5	15,6
Alimentation parentérale	3	9,4
Total	32	100,0

Figure 1 : Taux de patients ayant une prise en charge à un dispositif < 10%



Fréquence des soins au moment de la prise en charge) par les questions E (nombre de patients par motif d'hospitalisation) par type d'établissement.

Etablissements SSR

Fréquence de soins >=10%	Affections de										Total	
	Appareil locomoteur		Système nerveux		Cardio-vasculaire		Personne âgée polypathologique		Autres			
	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%
G01 Sonde urinaire	23 749	8,4	15 323	10,8	6 035	6,0	11 497	7,7	12 523	6,3	69 127	7,9
G01a Sonde à demeure	17 683	6,3	10 906	7,7	6 633	6,6	11 863	7,9	11 333	5,7	58 418	6,7
G01b Hétéro sondage	15 043	5,3	8 798	6,2	1 727	1,7	2 521	1,7	4 026	2,0	32 115	3,7
G01c Auto sondage	7 001	2,5	5 094	3,6	1 432	1,4	501	0,3	1 930	1,0	15 958	1,8
G02 CV périph.	23 372	8,3	7 893	5,5	10 616	10,6	12 010	8,0	18 250	9,2	72 141	8,3
G03 Abord périph. sous-cutanée	17 422	6,2	7 842	5,5	6 951	6,9	14 175	9,5	13 813	7,0	60 203	6,9
G04 CV centraux	5 260	1,9	1 673	1,2	3 287	3,3	6 635	4,4	13 354	6,8	30 209	3,5
G05 Fixateurs externes	6 455	2,3	2 202	1,5	1 720	1,7	1 142	0,8	2 513	1,3	14 032	1,6
G06 Trachéotomies	3 023	1,1	4 266	3,0	1 758	1,7	3 289	2,2	4 964	2,5	17 300	2,0
G07 Gastrostomie percutanée endoscopique	5 278	1,9	5 396	3,8	307	0,3	3 309	2,2	3 776	1,9	18 066	2,1
G08 Soins de stomies	18 758	6,6	8 418	5,9	7 705	7,7	15 345	10,2	18 999	9,6	69 225	7,9
G09 Soins de pansements	88 157	31,2	33 311	23,4	29 474	29,3	40 130	26,8	49 180	24,9	240 252	27,5
G10 Kinésithérapie respiratoire	34 882	12,4	17 141	12,0	19 068	19,0	20 432	13,6	31 694	16,0	123 217	14,1
G11 Aspiration trachéale	6 898	2,4	6 079	4,3	3 078	3,1	4 513	3,0	8 696	4,4	29 264	3,4
G12 Ponction ou infiltration articulaires	3 680	1,3	1 486	1,0	293	0,3	1 202	0,8	648	0,3	7 309	0,8
G13 Rééducation sphinctérienne	5 450	1,9	6 672	4,7	406	0,4	1 342	0,9	2 093	1,1	15 963	1,8
Total	282 111	100,0	142 500	100,0	100 490	100,0	149 906	100,0	197 792	100,0	872 799	100,0

Etablissements SLD

Fréquence de soins >=10%	Affections de											
	Appareil locomoteur		Système nerveux		Cardio-vasculaire		Personne âgée polypathologique		Autres		Total	
	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%
G01 Sonde urinaire	6	0,3	63	2,8	2	0,1	105	1,6	26	0,8	202	1,3
G01a Sonde à demeure	39	2,2	116	5,2	90	5,0	247	3,7	202	6,1	694	4,4
G01b Hétéro sondage	4	0,2	56	2,5	0	0,0	84	1,2	25	0,8	169	1,1
G01c Auto sondage	643	35,8	326	14,6	0	0,0	0	0,0	123	3,7	1 092	6,9
G02 CV périph.	4	0,2	56	2,5	0	0,0	84	1,2	25	0,8	169	1,1
G03 Abord périph. sous-cutanée	220	12,3	436	19,5	472	26,2	1 891	28,0	751	22,8	3 770	23,7
G04 CV centraux	100	5,6	57	2,5	46	2,6	193	2,9	172	5,2	568	3,6
G05 Fixateurs externes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
G06 Trachéotomies	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
G07 Gastrostomie percutanée endoscopique	0	0,0	17	0,8	0	0,0	177	2,6	163	4,9	357	2,2
G08 Soins de stomies	26	1,4	17	0,8	24	1,3	130	1,9	46	1,4	243	1,5
G09 Soins de pansements	399	22,2	619	27,7	590	32,7	2 069	30,6	972	29,5	4 649	29,3
G10 Kinésithérapie respiratoire	323	18,0	401	17,9	486	27,0	1 365	20,2	672	20,4	3 247	20,4
G11 Aspiration trachéale	30	1,7	59	2,6	33	1,8	332	4,9	68	2,1	522	3,3
G12 Ponction ou infiltration articulaires	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
G13 Rééducation sphinctérienne	1	0,1	15	0,7	60	3,3	80	1,2	55	1,7	211	1,3
Total	1 795	100,0	2 238	100,0	1 803	100,0	6 757	100,0	3 300	100,0	15 893	100,0

Etablissements SSR-SLD

Fréquence de soins >=10%	Affections de										Total	
	Appareil locomoteur		Système nerveux		Cardio-vasculaire		Personne âgée polypathologique		Autres			
	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%
G01 Sonde urinaire	5 717	11,9	2 814	11,5	1 484	10,4	3 368	10,1	2 460	9,1	15 843	10,8
G01a Sonde à demeure	4 350	9,1	2 485	10,1	1 000	7,0	2 540	7,6	1 895	7,0	12 270	8,3
G01b Hétéro sondage	2 270	4,7	1 186	4,8	393	2,8	2 500	7,5	1 008	3,7	7 357	5,0
G01c Auto sondage	643	1,3	326	1,3	0	0,0	0	0,0	123	0,5	1 092	0,7
G02 CV périph.	3 475	7,3	1 609	6,6	1 376	9,7	3 081	9,2	2 663	9,9	12 204	8,3
G03 Abord périph. sous-cutané	8 850	18,5	4 336	17,7	2 657	18,7	6 440	19,3	4 188	15,6	26 471	18,0
G04 CV centraux	100	0,2	57	0,2	46	0,3	193	0,6	172	0,6	568	0,4
G05 Fixateurs externes	643	1,3	326	1,3	0	0,0	0	0,0	123	0,5	1 092	0,7
G06 Trachéotomies	536	1,1	253	1,0	197	1,4	429	1,3	550	2,0	1 965	1,3
G07 Gastrostomie percutanée endoscopique	524	1,1	602	2,5	191	1,3	438	1,3	639	2,4	2 394	1,6
G08 Soins de stomies	1 055	2,2	805	3,3	439	3,1	657	2,0	1 050	3,9	4 006	2,7
G09 Soins de pansements	12 366	25,8	5 769	23,5	3 823	26,9	7 827	23,4	7 074	26,3	36 859	25,1
G10 Kinésithérapie respiratoire	5 488	11,5	2 936	12,0	2 105	14,8	4 346	13,0	3 961	14,7	18 836	12,8
G11 Aspiration trachéale	757	1,6	615	2,5	374	2,6	1 417	4,2	748	2,8	3 911	2,7
G12 Ponction ou infiltration articulaires	250	0,5	78	0,3	92	0,6	188	0,6	55	0,2	663	0,5
G13 Rééducation sphinctérienne	827	1,7	347	1,4	30	0,2	26	0,1	191	0,7	1 421	1,0
Total	47 851	100,0	24 544	100,0	14 207	100,0	33 450	100,0	26 900	100,0	146 952	100,0

Autres établissements polyvalents

Fréquence de soins >=10%	Affections de											
	Appareil locomoteur		Système nerveux		Cardio-vasculaire		Personne âgée polypathologique		Autres		Total	
	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%	Nb pat	%
G01 Sonde urinaire	23 162	10,0	13 437	9,8	7 239	10,3	16 160	11,1	12 650	9,8	72 648	10,2
G01a Sonde à demeure	19 769	8,5	11 115	8,1	6 213	8,8	14 440	9,9	10 651	8,3	62 188	8,7
G01b Hétéro sondage	9 183	4,0	5 776	4,2	3 229	4,6	5 331	3,6	5 390	4,2	28 909	4,0
G01c Auto sondage	6 677	2,9	4 006	2,9	1 181	1,7	1 307	0,9	2 166	1,7	15 337	2,1
G02 CV périph.	17 631	7,6	10 437	7,6	4 650	6,6	11 825	8,1	9 833	7,6	54 376	7,6
G03 Abord périph. sous-cutané	24 792	10,7	16 431	12,0	10 221	14,5	23 125	15,8	17 947	13,9	92 516	12,9
G04 CV centraux	6 840	2,9	3 627	2,6	959	1,4	2 092	1,4	2 380	1,8	15 898	2,2
G05 Fixateurs externes	4 219	1,8	3 113	2,3	237	0,3	523	0,4	612	0,5	8 704	1,2
G06 Trachéotomies	4 226	1,8	3 260	2,4	254	0,4	809	0,6	1 222	0,9	9 771	1,4
G07 Gastrostomie percutanée endoscopique	7 371	3,2	6 255	4,6	3 025	4,3	5 511	3,8	5 858	4,5	28 020	3,9
G08 Soins de stomies	12 980	5,6	7 929	5,8	4 412	6,3	8 564	5,9	9 176	7,1	43 061	6,0
G09 Soins de pansements	47 835	20,6	23 789	17,4	16 178	23,0	31 611	21,6	28 150	21,9	147 563	20,6
G10 Kinésithérapie respiratoire	21 087	9,1	11 679	8,5	8 315	11,8	13 547	9,3	14 701	11,4	69 329	9,7
G11 Aspiration trachéale	10 857	4,7	6 415	4,7	2 871	4,1	4 970	3,4	4 805	3,7	29 918	4,2
G12 Ponction ou infiltration articulaires	7 266	3,1	4 657	3,4	564	0,8	2 545	1,7	1 039	0,8	16 071	2,2
G13 Rééducation sphinctérienne	8 393	3,6	5 176	3,8	865	1,2	3 795	2,6	2 241	1,7	20 470	2,9
Total	232 288	100,0	137 102	100,0	70 413	100,0	146 155	100,0	128 821	100,0	714 779	100,0

H. Fréquence de déficiences ayant un impact potentiel sur le risque infectieux

64 (7.6%) établissements n'ont pas répondu à la famille de questions H.

		SSR seuls		SLD seuls		SSR et SLD		ES polyvalents SSR-SLD		Total	
		Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%	Nb étab	%
H1. Troubles de déglutition	< 10%	210	66.2	6	18.2	19	23.8	145	45.2	380	50.6
	>= 10%	107	33.8	27	81.8	61	76.3	176	54.8	371	49.4
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0
H2. Incontinence ou vidange incomplète) vésico-sphinctérienne	< 10%	94	29.7	2	6.1	6	7.5	80	24.9	182	24.2
	>= 10%	223	70.3	31	93.9	74	92.5	241	75.1	569	75.8
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0
H3. Déficience du tonus musculaire	< 10%	102	32.2	3	9.1	10	12.5	84	26.2	199	26.5
	>= 10%	215	67.8	30	90.9	70	87.5	237	73.8	552	73.5
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0
H4. Déficience comportementale (démence)	< 10%	163	51.4	1	3.0	9	11.3	92	28.7	265	35.3
	>= 10%	154	48.6	32	97.0	71	88.8	229	71.3	486	64.7
	Sous-total	317	100.0	33	100.0	80	100.0	321	100.0	751	100.0

Figure 2 : Taux de patients ayant une déficience <10%

