

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins (PF)

Bureau de la qualité
et de la sécurité des soins (PF2)

Instruction DGOS/PF2 n° 2012-101 du 1^{er} mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

NOR : ETSH1206516J

Validée par le CNP le 27 février 2012. – Visa CNP 2012-63.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : cette instruction présente aux établissements de santé la pondération des items retenus pour le calcul des indicateurs de deuxième génération du tableau de bord des infections nosocomiales ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ainsi que leur cahier des charges.

Mots clés : bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010 des établissements de santé ; simulation de calcul ; nouveaux indicateurs : ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ; cahier des charges ; pondération.

Références :

- Article R. 6111-8 du code de la santé publique (décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins) ;
- Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;
- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins ;
- Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-150 du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010 ;
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Annexes :

- Annexe I. – Évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales depuis 2009.
- Annexe II. – Cahier des charges des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR).
- Annexe III. – Répartition des points attribués pour le calcul des indicateurs ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR.
- Annexe IV. – Calendrier de la campagne de recueil 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011.

Annexe V. – Modalités de connexion au « Bilan LIN » de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé, présidents des commissions médicales d'établissement ou conférences médicales d'établissement et responsables des équipes opérationnelles d'hygiène (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les responsables des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) (pour attribution).

Contexte

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé, évoluent pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Les établissements de santé, au regard de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), conduisent des actions d'amélioration dont les résultats sont mesurés. La présente instruction marque l'étape de transition vers la nouvelle génération d'indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales prenant en compte les enseignements de la précédente version. Elle présente les modalités de cotation de trois nouveaux indicateurs qui serviront à la simulation sur les données 2010 des établissements de santé.

Enjeux

L'objectif du nouveau tableau de bord est d'élever le niveau d'exigence et d'orienter les actions prioritaires des établissements de santé sur les infections graves et évitables.

Le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010 est le support de recueil des items permettant l'élaboration des nouveaux indicateurs répondants à ces objectifs :

- ICALIN2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, version 2 ;
- ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire ;
- ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.

Description des indicateurs

ICALIN2

ICALIN2 remplace ICALIN. Il prend en compte l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Les critères de ce nouvel indicateur ont été définis au regard des nouvelles exigences réglementaires.

Ainsi, ICALIN2 prend en compte le nouveau rôle des instances dans la politique de lutte contre les infections nosocomiales et l'organisation du travail entre l'équipe opérationnelle d'hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Il privilégie une approche centrée sur le programme d'actions, avec les aspects de prévention, surveillance et d'évaluation. La pondération des items est renforcée sur les moyens et les actions, qui emportent 50 % des points.

ICA-LISO

ICA-LISO remplace SURVISO. Nouvel indicateur composite, il prend en compte l'organisation en place, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre pour la prévention des infections du site opératoire.

Les critères de ce nouvel indicateur renforcent la communication interne des résultats de la surveillance vers les professionnels impliqués dans la prise en charge des opérés.

Des objectifs sont attendus sur l'utilisation d'outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire (type check-list), sur l'actualisation des protocoles et l'évaluation des pratiques. Cet indicateur privilégie l'élargissement de la surveillance à toutes les disciplines de chirurgie et l'intérêt de participer à un réseau national.

ICA-BMR

ICA-BMR est un nouvel indicateur. Il est créé dans l'objectif de répondre aux enjeux de la situation épidémiologique actuelle et à la priorité nationale de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR).

Les critères de ce nouvel indicateur prennent en compte l'organisation de la politique de maîtrise des BMR, les moyens d'information développés au sein des établissements de santé et les actions de prévention et de surveillance mises en œuvre.

Son analyse, notamment au regard de l'indice SARM et de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques, permettra à l'établissement de définir des actions pour la maîtrise de la diffusion des BMR.

Modalités pratiques d'accès aux données de simulation

Cette instruction présente aux établissements de santé la pondération des items retenus pour le calcul des indicateurs de deuxième génération du tableau de bord des infections nosocomiales ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ainsi que leur cahier des charges.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) procède à la simulation du calcul de chacun des indicateurs, effectuée à partir de la réponse des établissements au questionnaire sur leurs activités 2010. Chaque établissement de santé disposera de ses résultats de simulation d'ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr> courant mars 2012. Les modalités de connexion sont précisées en annexe V.

En cas de discordances constatées, l'établissement de santé pourra les signaler à bilanlin@atih.sante.fr.

Utilisation des données

Ces résultats de simulation de ces nouveaux indicateurs sur les activités 2010 doivent aider les établissements à conduire leurs actions d'amélioration. L'obligation de diffusion publique, en référence à l'arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, reposera sur les données du bilan d'activité 2011.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR

ANNEXE I

ÉVOLUTION DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'arrêté du 6 janvier 2012 fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins rendu opposables.

- Trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont généralisés (1) :
- ICALIN2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, version 2. Il remplace ICALIN ;
 - ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire. Il remplace SURVISO ;
 - ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes. ICA-BMR est un nouvel indicateur.

ANNÉE	INDICATEURS	MISE À DISPOSITION pour les établissements de santé	OBLIGATION de diffusion publique
Activités 2010	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR	Oui	Non
	ICSHA2 ICATB	Oui	Oui
Activités 2011	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA2 ICATB	Oui	Oui
Activités 2012	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA2	Oui	Oui
	ICATB2	Oui	Non

(1) Un indicateur généralisé est dit d'un indicateur rendu obligatoire par arrêté pour un établissement de santé. La communication du résultat d'un indicateur généralisé est réservée uniquement à l'établissement de santé lors de la première année de généralisation. Puis, à partir de la deuxième année, la communication des résultats devient publique.

ANNEXE II

CAHIER DES CHARGES DES TROIS NOUVEAUX INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (ICALIN2, ICA-LISO ET ICA-BMR)

ICALIN2

CAHIER DES CHARGES ÉLÉMENTS DE PREUVE

Objectif du document

Ce cahier des charges définit les consignes de remplissage, les éléments de preuve de chaque item ayant servi de base à la simulation de l'indicateur ICALIN2 (indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales, version 2). Les items sont extraits des réponses des établissements au questionnaire de l'arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2010.

Les résultats de la simulation ne seront pas rendus publics mais accessibles pour chaque établissement.

Les bornes des classes de performance seront élaborées à partir de la simulation des items recueillis lors de la campagne 2011, c'est-à-dire sur l'activité 2010.

En fonction de l'organisation des établissements de santé, la CME peut avoir délégué ses attributions en matière de lutte contre les infections nosocomiales à une commission spécifique.

Dans ce cas, le terme de CME utilisée sera conservé dans le questionnaire pour parler de cette commission spécifique.

ORGANISATION

Politique et implication des instances

Équipe opérationnelle d'hygiène et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Information du public et du patient

Signalement des infections nosocomiales

MOYENS

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Matériel disponible dans le cadre de la prévention de la transmission soignés-soignants

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

Formation en hygiène hospitalière pour les prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques

ACTIONS

Protection du personnel

Hygiène des mains

Précautions standard autres que l'hygiène des mains

Précautions complémentaires

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

Prévention des risques liés à l'environnement (eau, air)

Surveillances

Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave

ORGANISATION

Politique et implication des instances

O11. Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales existent dans l'établissement de santé

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les quatre éléments.

Une politique en matière de lutte contre les infections nosocomiales existe dans l'établissement.

- Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement.
- Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS.
- Les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet médical.

Éléments de preuve

Extrait de la politique, du projet d'établissement, du projet médical, du CPOM précisant les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O12. La CME élabore le programme d'actions

- OUI NON

Éléments de preuve

Programme d'actions signé par le président de la commission médicale d'établissement de santé (établissement de santé public) par la conférence médicale (établissement de santé privé).

O13. La commission de soins infirmiers, rééducation et médiotechnique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions

- OUI NON NA

Éléments de preuve

Compte rendu de réunion de la CSIRMT pour les établissements de santé publics au cours de laquelle la CSIRMT a participé pour l'élaboration du programme.

O14. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions

- OUI NON

Éléments de preuve

Compte rendu de réunion de la CRUQPC au cours de laquelle le programme d'action a été présenté, discuté, ou compte rendu de la CME au cours de laquelle un représentant de la CRUPC était présent pour participer à l'élaboration de ce programme d'actions.

O15. Le programme d'action de lutte contre les IN est transmis au comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail (CHSCT) pour information

- OUI NON

Éléments de preuve

Compte rendu du CHSCT au cours duquel le programme d'actions a été présenté pour information, ou lettre d'information du CHSCT.

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

O12 : les points sont accordés si le programme et le rapport d'actions ont été soumis pour avis à la CME.

O13 : les points sont accordés si le programme et le rapport d'activités ont été soumis pour avis à la CSIRMT.

O14 : le point est attribué si le représentant des usagers est invité lors de séance de présentation du rapport d'activité de l'année $n-1$ et du programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'année n .

**Équipe opérationnelle d'hygiène et coordonnateur
de la gestion des risques associés aux soins**

O21. L'EOH assiste la commission ou la conférence médicale de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans la proposition du programme d'action en matière de lutte contre les IN

- OUI NON

Éléments de preuve

Il existe des comptes rendus de réunion entre la commission ou la conférence médicale de l'établissement et l'EOH portant sur le programme d'action, en présence du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ou ayant été visés par le coordonnateur.

*O22. Désignation du coordonnateur de la gestion des risques
et modalités de travail avec l'EOH*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les deux éléments.

- Le coordonnateur a été désigné par le représentant légal en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement, dans les établissements publics, ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés.
- Les modalités de travail entre EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées.

Éléments de preuve

Il existe une procédure écrite précisant les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Si le coordonnateur de la gestion des risques est le praticien en hygiène hospitalière, cette activité doit être spécifiée dans la fiche de poste du praticien en hygiène, précisant le temps dédié à l'activité de coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins.

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

021 : les points sont accordés même si le coordonnateur n'a pas été désigné (O22 = non)

Information du public et du patient

*O31. La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins »
auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales*

OUI NON

Éléments de preuve

Il existe un modèle de présentation de ces indicateurs et des modalités de diffusion qui respectent les dispositions réglementaires en vigueur. Exemples de modalités de diffusion :

- par voie d'affichage ;
- dans le hall d'accueil ;
- à proximité du bureau des entrées ou des urgences ;
- dans le livret d'accueil ;
- sur le site Internet.

*O32. L'information relative à la lutte contre les IN
figure dans le livret d'accueil*

OUI NON

Éléments de preuve

L'extrait ou le feuillet inséré du livret d'accueil remis à jour avec les indicateurs et l'information synthétique relative aux infections nosocomiales est disponible.

*O33. Il existe un protocole d'information du patient en cas de signalement
interne et externe d'infection nosocomiale*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les deux éléments (signalement interne et externe).

- Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne d'infection nosocomiale.
- Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement externe d'infection nosocomiale.

Éléments de preuve

Le protocole d'information systématique du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale est validé par la CME et par l'EOH.

Cette modalité d'information du patient peut être intégrée au protocole de signalement interne et externe des infections nosocomiales de l'établissement.

Signalement des infections nosocomiales

*O41. Il existe une procédure de signalement
interne et externe d'infection nosocomiale*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les deux éléments.

- Il existe une procédure de signalement interne d'infection nosocomiale.
 Il existe une procédure de signalement externe d'infection nosocomiale.

Éléments de preuve

Protocoles/procédures de signalement interne et externe d'infections nosocomiales datés et validés par la commission ou la conférence médicale de l'établissement.

*O42. Le nom du responsable du signalement
est transmis à l'ARS et au CCLIN*

- OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les deux éléments (ARS et CCLIN).

Éléments de preuve

Le courrier ou mail de désignation du responsable du signalement auprès de l'ARS et du CCLIN de l'interrégion. L'établissement peut fournir la copie d'écran du logiciel e-SIN (système de dématérialisation du signalement externe des IN).

O43. Il existe une procédure de gestion de crise formalisée

Éléments de preuve

Protocole d'organisation de la gestion de crise daté et validé par le responsable de l'établissement.

Si le protocole/procédure précisant les modalités d'organisation de la gestion de crise est commun à plusieurs événements (ex. : inclus dans le plan blanc), il doit être vérifié que le cas d'événement infectieux nosocomial est mentionné.

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

O43 : cet item correspond à la question : « Une cellule de crise a été constituée et clairement identifiée sur l'établissement ».

MOYENS

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

	CATÉGORIES de personnel dans l'EOH	NOMBRE D'ETP spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement	NOMBRE D'ETP ayant un diplôme en hygiène hospitalière
M11	Médecin	___, ___ ETP	___, ___ ETP
	Pharmacien	___, ___ ETP	___, ___ ETP
M12	Cadre infirmier	___, ___ ETP	___, ___ ETP
	Infirmier non cadre	___, ___ ETP	___, ___ ETP
M13	Technicien en hygiène	___, ___ ETP	___, ___ ETP
	Secrétaire	___, ___ ETP	
	Autre personnel permanent, précisez :	___, ___ ETP	___, ___ ETP

AIDE AU REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter les correspondants en hygiène, ni le représentant légal, ni le pharmacien qui transmet des résultats, ni le responsable du signalement des IN si ce dernier n'est pas le praticien en hygiène).

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

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

Éléments de preuve

Fiches de postes de l'ensemble des membres déclarés comme ayant du temps dédié à l'EOH.
Facture d'honoraires d'un intervenant libéral précisant le temps d'intervention pour la lutte contre les infections nosocomiales.

*M14. Il existe un réseau de correspondants
dans les secteurs d'activités*

OUI PARTIELLEMENT NON

Répondre « oui » si tous les secteurs d'activités ont un correspondant pour l'EOH. Il peut s'agir de correspondants médicaux ou paramédicaux pour l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ils peuvent être correspondants pour d'autres activités (événements indésirables associés aux soins, hémovigilance...).

Répondre « non » si aucun secteur d'activité n'a de correspondant pour l'EOH.

Répondre « partiellement » dans le cas contraire.

Éléments de preuve

Compte rendu de réunions avec les correspondants pour l'EOH (feuille de présence des réunions de l'année + liste des correspondants médicaux et/ou paramédicaux pour l'EOH).

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

M14 : la réponse « oui » correspond aux établissements de santé pour lesquels soit :

a) Le nombre de correspondants paramédicaux en hygiène hospitalière est égal au nombre de services ; soit :

b) Le nombre de correspondants médicaux en hygiène hospitalière est égal au nombre de services.

La réponse « partiellement » correspond aux établissements de santé pour lesquels le nombre de correspondants paramédicaux ou le nombre de correspondants médicaux est supérieur à zéro et le nombre de correspondants médicaux et/ou paramédicaux est inférieur au nombre de services de l'établissement.

La réponse « non » correspond aux établissements n'ayant aucun correspondant médical ou paramédical.

**Matériel disponible dans le cadre de la prévention
de la transmission soignés/soignants**

*M21. L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs
dans tous les secteurs d'activités concernés*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a mis à disposition le matériel de sécurité pour gestes invasifs dans tous les secteurs d'activités à risque définis à partir de la liste établie par le service de santé au travail.

*M22. L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle
dans tous les secteurs d'activités concernés*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a mis à disposition les équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités à risque définis à partir de la liste établie par le service de santé au travail.

Éléments de preuve (M21 ; M22)

À partir des listes établies par le service de santé au travail, demander, auprès de la pharmacie ou des services logistiques, les services ayant commandé ce type de matériel (matériel dit de sécurité pour gestes invasifs et équipements de protection individuelle).

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels.

*M31. Une formation en hygiène hospitalière
pour les nouveaux personnels recrutés est prévue*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a bien une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement du personnel même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de l'année du bilan. La formation doit avoir été validée par l'EOH ou être prévue comme dispensée par l'EOH.

Spécificité pour le secteur HAD

M31. La convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière

OUI NON

Répondre « oui » seulement si la formation a été validée par l'EOH ou est prévue comme dispensée par l'EOH.

Éléments de preuve

Descriptif des dispositions prévues, à l'arrivée d'un nouveau personnel, pour le former aux mesures adoptées par l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

M32. Une formation pour les intérimaires et pour les étudiants (médicaux et paramédicaux) est prévue

OUI NON NA

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les deux éléments.

- Pour les intérimaires : l'établissement de santé dont la durée d'emploi des intérimaires est d'une journée (par exemple, dans les établissements de santé de psychiatrie) doit prévoir le rappel des recommandations à appliquer en matière de prévention des infections nosocomiales lors de leur accueil auprès des professionnels de santé des différents secteurs d'activité.
- Pour les étudiants (médicaux et paramédicaux) : l'établissement de santé doit prévoir le rappel des recommandations à appliquer en matière de prévention des infections nosocomiales lors de leur accueil auprès des professionnels de santé des différents secteurs d'activité.

AIDE AU REMPLISSAGE

Pour le nombre d'heures :

Toute formation validée par l'EOH ou dispensée par celle-ci est comptabilisée.

À titre d'exemple, les formations dispensées pendant les « transmissions » des équipes de soins pour répondre à une question urgente, la participation des personnels aux réunions organisées par le CCLIN/ARLIN sont comptabilisés. Une personne peut avoir bénéficié de plusieurs formations au cours de l'année. Chaque formation pour cette même personne sera prise en compte.

M33. Le personnel médical a bénéficié d'une formation validée par l'EOH

Nombre total de personnels (médecins ou pharmaciens, sages-femmes) formés |_|_|_|

M34. Le personnel infirmier a bénéficié d'une formation validée par l'EOH

Nombre total de personnels infirmiers formés |_|_|_|

M35. Les autres personnels permanents ont bénéficié d'une formation

Nombre total de personnels permanents autres formés |_|_|_|

Éléments de preuve (M32 ; M33 ; M34 ; M35)

Validation par l'EOH du contenu des différentes formations, si cette dernière ne les a pas dispensées.

Et :

- a) Convocations aux formations en hygiène hospitalière ou feuilles de présence aux sessions de formation permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées ; ou
- b) Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la formation continue de l'année permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées ; ou
- c) Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées.

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

- la formation est considérée comme validée par l'EOH si le CLIN a validé le programme de formation continue ;
- la formation est considérée comme validée par l'EOH si le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement.

Formation en hygiène hospitalière pour les prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques

M36. Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques

OUI NON NA

AIDE AU REMPLISSAGE

Les établissements de type HAD ne sont pas concernés.

Les fonctions logistiques concernent le nettoyage, la désinfection des locaux, les maintenances préventive ou curative de l'air et de l'eau, le traitement du linge, transport des prélèvements biologiques, l'alimentation, les entreprises de travaux.

Éléments de preuve

Le cahier des charges ou le protocole de rédaction des cahiers des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques prévoit la formation des agents à l'hygiène hospitalière.

AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES PROTOCOLES ET LES MÉTHODES D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

On entend par « protocole institutionnel » un protocole validé applicable à tous les secteurs d'activités.

L'actualisation d'un protocole n'est pas systématiquement accompagnée d'une évaluation de l'observance de ce protocole.

Une relecture de ce dernier par l'EOH, en collaboration avec le service de santé au travail ou autre service compétent, constitue une actualisation de ce protocole pour vérifier le respect des recommandations nationales. Il est ainsi vérifié l'adéquation entre le protocole de l'établissement et les recommandations nationales. Pour répondre à « Actualisation ou réalisation dans les cinq dernières années », vous devez prendre en compte les cinq ans avant l'année du bilan inclus (ex. : si le bilan est celui de l'année 2010, on tiendra compte des années 2010, 2009, 2008, 2007 et 2006).

La méthode d'évaluation des pratiques (audit, visite de risque, scénarios, revue de morbi-mortalité...) doit avoir été validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN ou par une société savante. Les critères de l'évaluation (les questions, par exemple, pour un audit) peuvent avoir été élaborés par l'établissement.

ACTIONS

Protection du personnel

A11. Un protocole de prise en charge en urgence des accidents d'exposition au sang (AES) est actualisé dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Protocole « de prise en charge en urgence en cas d'AES » daté et validé.

A12. Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B)

OUI NON

Éléments de preuve

Le protocole de vérification du statut immunitaire du personnel existe vis-à-vis du VHB (hors des situations des AES).

A13. Il existe une surveillance de la couverture vaccinale annuelle de la grippe des professionnels de santé

OUI NON

A14. Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole des professionnels de santé

OUI NON

A15. Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche des professionnels de santé

OUI NON

- Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle des professionnels de santé.
- Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la coqueluche des professionnels de santé.

Éléments de preuve (A13 ; A14 ; A15)

Le taux de couverture de l'année des professionnels de santé pour les différents micro-organismes (extrait du rapport d'activité du service de santé au travail).

Hygiène des mains

A21. Un protocole d'hygiène des mains est actualisé dans les cinq dernières années

- OUI NON

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole d'hygiène des mains dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si oui, préciser l'année d'actualisation du protocole.

- 2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Un protocole relatif à l'hygiène des mains actualisé dans les cinq dernières années (daté et validé).

A22. Le suivi de la consommation en solutions ou gels hydro-alcooliques fait l'objet d'une rétro-information par secteur d'activité au moins une fois par an

- OUI NON

Répondre « oui » seulement si la rétro-information concerne tous les secteurs d'activités pour lesquels il a été défini au niveau national un nombre de frictions par jour et par patient et par discipline (médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation...).

Éléments de preuve

Compte rendu de réunion du rendu relatif à la rétro-information concernant la consommation en PHA aux secteurs d'activités. Cette rétro-information doit être au minimum annuelle. L'envoi d'un rapport commenté par l'EOH de cette consommation est accepté.

A23. Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les cinq dernières années

- OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

Éléments de preuve

Un rapport daté de l'évaluation.

Précautions standard autres que l'hygiène des mains

A31. Il existe un protocole actualisé dans les cinq dernières années relatif aux précautions standard

- OUI NON

Répondre « oui », seulement s'il existe un protocole relatif aux précautions standard dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

- 2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Protocole institutionnel, validé et daté.

A32. Une évaluation des pratiques relative aux précautions standard autre que l'hygiène des mains a été réalisée dans les cinq ans

- OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

Éléments de preuve

Rapport daté de l'évaluation des pratiques professionnelles relative aux précautions standard autres que l'hygiène des mains.

Précautions complémentaires

A41. Il existe un protocole actualisé dans les cinq dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »

OUI NON

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole relatif aux précautions « contact » dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole « contact » :

2010 2009 2008 2007 2006

A42. Il existe un protocole actualisé dans les cinq dernières années relatif aux précautions complémentaires de type « air » et « gouttelettes »

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les deux éléments.

Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air » dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « gouttelettes » dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole « air » :

2010 2009 2008 2007 2006

Et l'année d'actualisation du protocole « gouttelettes » :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Protocoles institutionnels, validés et datés.

A43. Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

Éléments de preuve

Rapport daté de l'évaluation des pratiques professionnelles relative aux précautions contact

A44. Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes » a été faite dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » a été faite dans les cinq dernières années.

Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « gouttelettes » a été faite dans les cinq dernières années.

Éléments de preuve

Rapports datés de l'évaluation des pratiques professionnelles relative aux précautions « air » et « gouttelettes ».

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

A51. Il existe un protocole, associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde, actualisé dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention de l'infection urinaire sur sonde dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

A52. Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés actualisé dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur dispositifs sous-cutanés.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

A53. Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable actualisé dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur chambre implantable.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve (A51 ; A52 ; A53)

Protocoles institutionnels, validés et datés.

AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES OUTILS D'AIDE À L'OBSERVANCE ET LA MÉTHODE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

Un outil d'aide à l'observance a pour objectif de favoriser le respect des recommandations nationales en matière de prévention de l'infection considérée. À titre d'exemple, il s'agit des check-lists, aide-mémoire...

Les éléments de ces outils d'aide à l'observance sont indiqués dans la circulaire du DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

La surveillance clinique peut être notée sur un autre document inclus dans le dossier du patient, distinct des autres documents d'outils d'aide à l'observance utilisés.

La méthode d'évaluation des pratiques (audit, visite de risque, scénarios, revue de morbi-mortalité...) doit avoir été validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN ou par une société savante. Les critères de l'évaluation (les questions, par exemple, pour un audit) peuvent avoir été élaborés par l'établissement.

A54. Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :

- la pose en condition d'asepsie ;
- la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
- la surveillance clinique.

A55. Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique ou sur chambre implantable ou sur des dispositifs sous-cutanés

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :

- la pose en condition d'asepsie ;
- la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
- la surveillance clinique.

Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique.

Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur chambre implantable.

Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur dispositifs sous-cutanés.

A56. Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections des infections sur cathéters veineux centraux

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :

- le choix de site de pose ;
- la pose en condition d'asepsie chirurgicale ;
- la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
- la surveillance clinique.

Éléments de preuve (A54 ; A55 ; A56)

Outils validés et datés.

A57. Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

A58. Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires (voie veineuse périphérique, cathéters veineux centraux, chambre implantable) ou sous-cutanés a été réalisée dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

- Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur voie veineuse périphérique.
- Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur cathéters veineux centraux.
- Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur chambre implantable.
- Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur dispositifs sous-cutanés.

A59. Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

Éléments de preuve (A57 ; A58 ; A59)

Rapports datés de l'évaluation des pratiques professionnelles relatifs aux thèmes évalués : prévention des infections urinaires sur sonde urinaire, prévention des dispositifs intravasculaires (voie veineuse périphérique, cathéters veineux centraux, chambre implantable...) et prévention des infections sous-cutanées.

Prévention des risques liés à l'environnement (eau, air)

A6. Il existe une démarche préventive liée à l'eau et à l'air

OUI NON NA

Répondre « oui » seulement si l'établissement a tous les éléments pour l'eau et l'air, si l'établissement est concerné pour l'air ou pour l'eau seulement.

L'eau

- Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique l'année du bilan.
- Pour cette surveillance microbiologique de l'eau, un seuil d'alerte est défini.
- Un protocole de conduite à tenir en cas de résultats non satisfaisants existe.
- Il existe une maintenance préventive du réseau d'eau chaude sanitaire dans l'établissement, l'année du bilan.

Et l'air

- S'il existe au moins un secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement en dehors du bloc opératoire (flux laminaire...).

*Pour le bloc opératoire et le bloc obstétrical,
les questions relatives à l'air sont à remplir à LISO7*

- L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique l'année du bilan.
- Pour cette surveillance microbiologique de l'air, un seuil d'alerte défini est défini.
- Un protocole de conduite à tenir en cas de résultats non satisfaisants existe.
- Il existe une maintenance préventive de l'air dans les secteurs à traitement d'air maîtrisé, cette année.
- NA (s'il n'existe pas de secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement).

Éléments de preuve

L'établissement de santé doit pouvoir fournir le carnet sanitaire relatif à l'eau chaude sanitaire contenant la surveillance microbiologique de la qualité de l'eau chaude sanitaire.

L'établissement doit pouvoir fournir le carnet sanitaire « air » des zones à traitement d'air maîtrisé contenant la surveillance microbiologique de la qualité de l'air de ces zones à traitement d'air maîtrisé.

Surveillances

A71. Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail

- OUI NON

Éléments de preuve

Extrait du rapport du service de santé au travail où est indiqué le taux d'AES.

AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES SURVEILLANCES

Ne sont pas prises en compte ici les surveillances faisant l'objet déjà d'une valorisation (infection du site opératoire, BMR, AES).

L'établissement de santé participe à un réseau pour la surveillance. Il peut s'agir du réseau national animé par le RAISIN ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie doit être validée par plusieurs établissements. Celle-ci doit être écrite, préciser les critères d'inclusion, d'exclusion, les définitions des infections et les modalités de calcul du taux d'infection doivent être décrites.

Pour l'enquête de prévalence, la restitution peut être collective à tout l'établissement.

Pour les surveillances, l'envoi d'un rapport commenté par l'EOH est considéré comme une restitution des résultats.

Si l'organisation de l'établissement prévoit que la restitution des résultats se fait à un groupe de travail ou une commission spécifique à la prévention des infections nosocomiales, les points pour la restitution à la CME des résultats sont accordés.

*A72. Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence
a été réalisée dans l'année du bilan (autre qu'ISO ou BMR ou AES)*

Une enquête de prévalence a été réalisée l'année du bilan.

- OUI NON

Une enquête d'incidence a été réalisée l'année du bilan.

- OUI NON

Répondre « oui » si un type d'enquête a été faite.

Si « oui », précisez :

- Tous types d'infections nosocomiales.
- Pneumopathies nosocomiales.
- Infections urinaires nosocomiales.
- Infections sur cathéter.
- Bactériémies nosocomiales.
- Autres (1) (Préciser).

A73. La surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau

- OUI NON

Répondre « oui » si au moins une surveillance (hors ISO, BMR, AES) a été faite dans le cadre d'un réseau.

*A74. Les résultats de la surveillance (hors ISO ou BMR ou AES)
ont été rendus aux services participants*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si les résultats de la surveillance sont restitués à tous les secteurs d'activité ayant participé à l'enquête de prévalence ou à l'enquête d'incidence (hors ISO, BMR, AES).

A75. Les résultats des surveillances (hors ISO, BMR, AES) sont présentés en CME

OUI NON

Répondre « oui » seulement si les résultats de la surveillance sont restitués à la CME pour toutes les surveillances (hors ISO, BMR, AES). La fréquence de rendu est au moins annuelle.

Éléments de preuve : (A72 ; A73 ; A74 ; A75)

Compte rendu des résultats aux secteurs d'activité participant à la surveillance dans le cadre du réseau de surveillance.

Compte rendu des rendus des résultats des surveillances aux secteurs concernés. Pour l'enquête de prévalence, il peut s'agir d'un rendu envoyé à tous les secteurs d'activité de l'établissement.

Compte rendu de réunion de CME au cours de laquelle sont présentés les résultats des surveillances.

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN, l'item A74 sera comptabilisé lorsque l'établissement a répondu « les résultats de la surveillance sont diffusés aux services participants (c'est-à-dire quelle que soit la surveillance) ».

L'item A75 sera comptabilisé si la CME a donné son avis sur le rapport d'activités du CLIN.

Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave

A8. Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'événement infectieux grave

OUI NON

Aide au remplissage : on entend par « protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves » l'existence d'une démarche dans l'établissement vis-à-vis de cette méthode. L'établissement se questionne quant à l'intérêt d'une telle démarche lorsqu'un événement infectieux grave se produit.

À titre d'exemple, un événement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale ;
- une infection profonde du site opératoire ;
- des infections à bactéries multirésistantes ;
- des cas groupés...

Cet événement infectieux grave a été détecté par le système de signalement interne ou par tout autre système d'informations (surveillance...).

Les méthodes utilisées pour cette analyse des causes sont, à titre d'exemple : une revue-morbimortalité, la méthode Alarm, l'analyse de scénarios...

Éléments de preuve :

- un document de l'établissement atteste que celui-ci se pose la question de l'analyse approfondie des causes en lien avec le risque infectieux ;
- ou le rapport d'une analyse approfondie des causes en lien avec le risque infectieux.

GLOSSAIRE

AES : accident d'exposition au sang.

ARLIN : antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

ARS : agence régionale de la santé.

BMR : bactéries multirésistantes.

CCLIN : centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales.

CHSCT : comité technique de sécurité et des conditions de travail.

CME : commission ou conférence médicale d'établissement.

CPOM : contrat d'objectifs et de moyens.

CRUQPEC : commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

CSIRMT : commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

CVC : cathéters veineux centraux.

EOH : équipe opérationnelle d'hygiène.

ETP : équivalent temps plein.

GREPHH : groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière.

HAD : hospitalisation à domicile.

HAS : Haute Autorité de santé.

ISO : infection du site opératoire.

LIN : lutte contre les infections nosocomiales.

PHA : produits hydro-alcooliques.

RAISIN : réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales.

SAE : statistique annuelle d'établissement.

VHB : virus de l'hépatite B.

ICA-LISO
CAHIER DES CHARGES ICA-LISO
Éléments de preuve

SOMMAIRE

ORGANISATION
MOYENS
ACTIONS - PRÉVENTION
ACTIONS - SURVEILLANCE
ACTIONS - ÉVALUATION DES PRATIQUES

ORGANISATION

Équipe opérationnelle d'hygiène

LISO1. L'EOH est destinataire des données de la surveillance des infections du site opératoire (ISO)

OUI NON

Éléments de preuve

Pour les disciplines ayant déclaré une surveillance, l'EOH peut donner le taux d'infection.

Chirurgiens

LISO2. Les chirurgiens sont systématiquement impliqués dans la validation clinique des ISO

OUI NON

Si « oui », préciser le nombre de disciplines participantes

AIDE AU REMPLISSAGE POUR L'IMPLICATION DES CHIRURGIENS
DANS LA VALIDATION CLINIQUE DES ISO

La validation clinique des infections du site opératoire peut être accompagnée de prélèvements bactériologiques, d'examen complémentaires radiologiques. Ces éléments contribuent à la définition de validation des ISO par le chirurgien.

Éléments de preuve

Pour chacune des disciplines ayant fait l'objet d'une surveillance, l'établissement présente des mails, des comptes rendus des réunions au cours desquelles les infections du site opératoire ont été validées par les chirurgiens.

Commission ou conférence médicale

LISO3. Les résultats de la surveillance sont restitués à la commission ou conférence médicale au moins une fois par an

OUI NON

Éléments de preuve

Compte rendu de réunion de la commission ou conférence médicale au cours de laquelle ont été présentés les résultats des surveillances des ISO ou présentation des rapports commentés par l'EOH.

MOYENS

Système d'information

LISO4. Le suivi des infections du site opératoire se fait en utilisant le système d'information hospitalier

OUI PARTIELLEMENT NON

Répondre « oui » seulement si le système informatique permet la récupération des données administratives des patients, les facteurs de risques liés à l'intervention chirurgicale et la récupération des données des examens complémentaires aidant au diagnostic clinique des infections du site opératoire par le chirurgien.

Répondre « partiellement » si le système d'information permet de ne récupérer qu'une partie des informations ci-dessus précisées.

Éléments de preuve

Protocoles indiquant les modalités d'extraction des données des différents items compilés à partir du système d'information ou listing des ISO.

AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES OUTILS D'AIDE À L'OBSERVANCE, LES PROTOCOLES ET LA MÉTHODE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

Un outil d'aide à l'observance a pour objectif de favoriser le respect des recommandations nationales en matière de prévention de l'infection considérée. À titre d'exemple, il s'agit des check-lists, aide-mémoire...

Les éléments de ces outils d'aide à l'observance sont indiqués dans la circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. La surveillance clinique peut être notée sur un autre document inclus dans le dossier du patient, distinct des autres documents d'outils d'aide à l'observance utilisés.

On entend par « protocole institutionnel » un protocole validé applicable à tous les secteurs d'activités.

L'actualisation d'un protocole n'est pas systématiquement accompagnée d'une évaluation de l'observance de ce protocole. Pour répondre à « Actualisation ou réalisation dans les cinq dernières années », prendre en compte les cinq ans avant l'année du bilan inclus (ex. : si le bilan est celui de l'année 2010, on tiendra compte des années 2010, 2009, 2008, 2007 et 2006).

Une relecture de ce dernier par l'EOH, en collaboration avec le service de santé au travail ou autre service compétent, constitue une actualisation de ce protocole pour vérifier le respect des recommandations nationales. Il est ainsi vérifié l'adéquation entre le protocole de l'établissement et les recommandations nationales.

La méthode d'évaluation des pratiques (audit, visite de risque, scénarios, revue de morbi-mortalité...) doit avoir été validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN ou par une société savante. Les critères de l'évaluation (les questions, par exemple, pour un audit) peuvent avoir été élaborés par l'établissement.

Prévention

*LISO5. Il existe un outil d'aide à l'observance
des mesures de prévention du risque péri-opératoire*

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'outil est présent dans tous les secteurs du bloc opératoire et du bloc obstétrical et précise les éléments suivants :

- la préparation cutanée ;
- le bon usage de l'antibioprophylaxie ;
- la surveillance clinique (la surveillance clinique du site opératoire n'est pas systématiquement sur le même document que les premiers éléments).

Éléments de preuve

Outils validés et datés.

*LISO6. Il existe un protocole relatif à l'hygiène spécifique au bloc opératoire,
au bloc obstétrical actualisé dans les cinq ans*

OUI NON

Répondre « oui », seulement s'il existe un protocole relatif à l'hygiène spécifique au bloc opératoire, au bloc obstétrical et dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Tout protocole décrivant les spécificités en hygiène au bloc opératoire, au bloc obstétrical :

- respect de la marche en avant ;
- tenue des professionnels dans les secteurs blocs opératoires, blocs obstétricaux ;

- charte de fonctionnement du bloc opératoire ;
- entretien des dispositifs médicaux au bloc opératoire.

LISO7. Il existe une démarche préventive liée à l'air

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a tous les éléments.

- L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique l'année du bilan.
- Pour cette surveillance microbiologique de l'air, un seuil d'alerte défini est défini.
- Un protocole de conduite à tenir en cas de résultats non satisfaisants existe.
- Il existe une maintenance préventive de l'air dans les secteurs à traitement d'air maîtrisé l'année du bilan.

Éléments de preuve

L'établissement doit pouvoir fournir le carnet sanitaire « air » des zones à traitement d'air maîtrisé contenant la surveillance microbiologique de la qualité de ces zones.

LISO8. Il existe un protocole de préparation cutanée de l'opéré actualisé dans les cinq ans

OUI NON

Répondre « oui », seulement s'il existe un protocole relatif à la préparation cutanée de l'opéré dans toutes les disciplines chirurgicales et dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

LISO9. Il existe un protocole d'antibioprophylaxie actualisé dans les cinq ans

OUI NON

Répondre « oui », seulement si il existe un protocole relatif l'antibioprophylaxie dans chaque discipline chirurgicale et dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve (LISO8 ; LISO9)

Protocoles institutionnels datés et validés.

Pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ambulatoire, ce protocole doit préciser les consignes prodiguées aux patients en cas de douche préopératoire, si cette dernière doit être réalisée au domicile du patient.

À titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

LISO 6 : cet item sera mis à zéro. Tous les établissements de santé sont donc équivalents pour cet item.

Actions - Surveillance

AIDE AU REMPLISSAGE

La surveillance est synonyme du calcul d'un taux. Ce taux est constitué d'un numérateur et d'un dénominateur. Le numérateur correspond aux infections du site opératoire (ISO). Le dénominateur est au minimum le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans l'année pour chaque discipline surveillée. Il peut être calculé à partir de données issues du système d'information de l'établissement (PMSI, informatisation du bloc opératoire, logiciels administratifs, etc.).

L'établissement de santé fait partie d'un réseau pour la surveillance des ISO. Il peut s'agir du réseau national (ISO-RAISIN) ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie doit être validée par plusieurs établissements. Celle-ci doit être écrite, préciser les critères d'inclusion, d'exclusion, les définitions des infections du site opératoire et les modalités de calcul du taux des infections du site opératoire.

LISO10. Une surveillance des ISO a été réalisée

OUI NON

Si « Oui », préciser le nombre de disciplines dans lesquelles la surveillance est en place :

Éléments de preuve

Présentation des taux d'ISO pour au minimum cent interventions de la discipline surveillée.

LISO11. Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau

Répondre « Oui » seulement si le réseau correspond à la définition donnée dans l'aide au remplissage.

Éléments de preuve

Présentation du rapport des résultats de l'établissement issu du réseau de surveillance.

LISO12. Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire, bloc obstétrical

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si les résultats de toutes les disciplines surveillées sont restitués au bloc opératoire et/ou au bloc obstétrical lors de réunions. L'envoi de rapport commenté par l'EOH est considéré comme une restitution des résultats.

Éléments de preuve

Le compte rendu de la réunion au cours de laquelle les résultats de la surveillance sont restitués au bloc opératoire et/ou au bloc obstétrical.

LISO13. Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si les résultats de toutes les disciplines surveillées sont restitués aux secteurs d'activités participants. L'envoi de rapport commenté par l'EOH est considéré comme une restitution des résultats.

Éléments de preuve

Le compte rendu de la réunion au cours de laquelle les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités.

Actions. - Évaluation des pratiques

AIDE AU REMPLISSAGE

La méthode d'évaluation des pratiques (audit, visite de risque, scénarios, revue de morbi-mortalité...) doit avoir été validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN ou par une société savante. Les critères de l'évaluation (les questions, par exemple, pour un audit) peuvent avoir été élaborés par l'établissement.

LISO14. Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

LISO15. Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les cinq dernières années

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

Éléments de preuve (LISO14 ; LISO15)

Rapport daté de l'évaluation des pratiques concernées. L'évaluation a été faite dans les cinq dernières années avec une méthode validée par la HAS, le CCLIN/ARLIN ou une société savante.

GLOSSAIRE

EOH : équipe opérationnelle d'hygiène.
ISO : infection du site opératoire.
CME : commission ou conférence médicale d'établissement.
HAS : haute autorité de santé.
CCLIN : centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales.
ARLIN : antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.
ISO-RAISIN : surveillance nationale des infections du site opératoire dans les établissements de santé.

ICA-BMR

CAHIER DES CHARGES ICA-BMR

Éléments de preuve

SOMMAIRE

ORGANISATION en matière de politique de prévention des bactéries multirésistantes (BMR).
MOYENS D'INFORMATION.
ACTIONS - Prévention.
ACTIONS - Surveillance.

ORGANISATION

En matière de politique de prévention des bactéries multirésistantes (BMR)

*BMR O1. Il existe un protocole
avec une liste de BMR prioritaires actualisée dans les cinq ans*

OUI NON

Répondre « Oui », seulement s'il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « Oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Protocoles institutionnels datés et validés définissant ces bactéries multirésistantes dites prioritaires. La liste des BMR est en fonction de l'épidémiologie nationale, régionale et de l'établissement.

*BMR O2. Il existe une politique de dépistage,
en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les cinq ans*

OUI NON

Répondre « Oui », seulement s'il existe un protocole définissant la politique de dépistage dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans.

Si « Oui », préciser l'année d'actualisation du protocole.

Éléments de preuve

Document validé et daté précisant les patients pour lesquels un dépistage de la colonisation ou de l'infection par une BMR doit être réalisé en systématique. Ce dépistage est fonction des facteurs de risque du patient, de la discipline ou du secteur d'activités de prise en charge du patient.

*BMR O3. Il existe un plan activable en cas de détection
d'un phénomène émergent à haut risque infectieux*

Éléments de preuve

Protocole validé précisant la conduite à tenir en cas de phénomène à haut risque infectieux émergent. Ce protocole peut être une annexe du plan blanc. Dans ce cas, doivent être mentionnées les spécificités de l'activation en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux par rapport au plan blanc général.

BMR O4. Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME

OUI NON

Éléments de preuve

Compte rendu de la CME au cours de laquelle les résultats de la surveillance des BMR sont présentés.

MOYENS D'INFORMATION

*BMR M11. Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie,
le secteur d'activités et l'EOH*

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si l'information est tracée.

Éléments de preuve

Procédure validée précisant les modalités de transmission de l'information d'une colonisation ou d'une infection d'un patient porteur d'une BMR entre le laboratoire, le secteur d'activités où est hospitalisé le patient et l'EOH.

La transmission d'information peut être papier, informatique, téléphonique.

L'établissement fournit un exemple de traçabilité de cette transmission d'information.

BMR M12. L'information du patient sur le fait qu'il est porteur de BMR est faite systématiquement

OUI NON

Éléments de preuve

Document prouvant que cette information est prévue (ex. : tout support d'information destinés aux patients colonisés ou infectés par une BMR, protocole précisant l'information à donner au patient porteur).

BMR M13. Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé dans les cinq ans

OUI NON

Répondre « Oui », seulement s'il existe un protocole d'information dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans et comportant les trois éléments.

Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert interétablissement.

Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR intra-établissement.

Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR en cas de réadmission.

Si « Oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :

2010 2009 2008 2007 2006

Éléments de preuve

Protocole validé et daté prévoyant les trois situations :

- le transfert dans le même établissement (entre secteurs d'activités, services, vers les services médico-techniques) ;
- vers un autre établissement (sanitaire ou médico-social) ;
- et en cas de réadmission d'un patient connu pour être colonisé ou infecté par une bactérie multi-résistante.

ACTIONS - PRÉVENTION

BMR A11. Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si la traçabilité est assurée.

Éléments de preuve

Procédure de vérification par l'EOH de la mise en place des précautions recommandées lors d'une colonisation ou d'infection d'un patient par une BMR datée et validée par l'EOH.

La vérification par l'EOH peut se faire par un mail demandant si les recommandations ont été mises en place, par téléphone, par un déplacement de l'EOH. Le protocole doit préciser ces modalités de vérification. La traçabilité de cette vérification doit être assurée.

L'établissement de santé présente un exemple de la traçabilité assurée pour vérifier si les recommandations en cas de colonisation ou d'infection par une BMR d'un patient sont mises en place.

ACTIONS - SURVEILLANCE

AIDE AU REMPLISSAGE

L'établissement de santé appartient à un réseau pour la surveillance des bactéries multirésistantes. Il peut s'agir du réseau national (BMR-RAISIN) ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie doit être validée par plusieurs établissements. Celle-ci doit être écrite, préciser les critères d'inclusion, d'exclusion, les définitions des BMR et les modalités de calcul du taux de BMR.

BMR A21. Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR

OUI NON

Répondre « Oui » s'il existe un taux de BMR calculé par journée d'hospitalisation ou par entrée.

Éléments de preuve

Présentation du taux de BMR.

BMR A22. La surveillance des BMR est faite en réseau

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si le réseau correspond à la définition donnée dans l'aide au remplissage.

Éléments de preuve

Présentation du rapport des résultats de l'établissement issu du réseau de surveillance.

BMR A23. Les résultats sont restitués aux secteurs d'activités

OUI NON

Répondre « Oui » seulement si les résultats de la surveillance BMR sont restitués à tous les secteurs d'activités.

Éléments de preuve

Compte rendu de la réunion au cours de laquelle les résultats de surveillance sont restitués ou le rapport commenté par l'EOH.

ANNEXE III

RÉPARTITION DES POINTS ATTRIBUÉS POUR LE CALCUL DES INDICATEURS ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR

Le calcul des nouveaux indicateurs ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR est réalisé à partir des items extraits des réponses des établissements au questionnaire de l'arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2010.

Les résultats de la simulation ne seront pas rendus publics mais accessibles pour chaque établissement sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr>

ORGANISATION

Items		ICALIN 2 - ORGANISATION	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets						
Politique et Implication des instances	O11	Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les IN existent dans l'établissement de santé	100	20	6	2	2,5	*	*						
	O12	La CME élabore le programme d'actions				1,5	2	*	*						
	O13	La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico- technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	0 (NA) ¹	*	*						
	O14	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	1	*	*						
	O15	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information				0,5	0,5	*	*						
EOH	O21	L'EOH assiste la CME en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans la proposition du programme d'actions en matière de lutte contre les IN			100	20	4	2	2	*	*				
	O22	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées						2	2	*	*				
Information des usagers et du patient	O31	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales					100	20	4	1	1	*	*		
	O32	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil								1	1	*	*		
	O33	Il existe un protocole d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale								2	2	*	*		
Signalement	O41	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale	100	20					6	3	3	*	*		
	O42	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN								1	1	*	*		
	O43	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée								2	2	*	*		
¹ Pour les établissements de santé privés, le point est redistribué en O11 et O12 * appliquer la cotation en fonction du statut public ou privé															

Items		ICALIN 2 - MOYENS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets	
Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH ²	30		20	8	8	*		
	M12	Respect des ratios en personnel para médical IDE de l'EOH ³				8	8	*		
	M13	Il existe un temps de secrétariat dédié				1,5	1,5	*		
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités ⁴				2,5	2,5	*		
Matériel	M21	L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés			2		1	1	*	
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés					1	1	*	
Formation du personnel	M31	Il existe une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants ou pour le secteur HAD la convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière			8		2	2	3	3
	M32	Il existe une formation pour les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres...)					1	1	1	0 (NA) ⁵
	M33	Au moins 25% du personnel médical ⁶ a bénéficié d'une formation validée par l'EOH					1	1	1,5	1
	M34	Au moins 25% du personnel infirmier ⁷ a bénéficié d'une formation validée par l'EOH					1	1	1,5	1
	M35	Il existe une formation pour les autres personnels permanents (au moins 1 personne formée)					1	1	1	1
	M36	Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques					2	2	0 (NA) ⁸	2

² Pour les établissements ayant des lits et places : le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits en partant des équations suivantes : 1 ETP médecin ou pharmacien pour 800 lits
Pour les établissements de santé ayant une activité uniquement fondée sur des places : les points sont accordés si le nombre d'ETP médecin ou pharmacien est supérieur à 0

³ Pour les établissements ayant des lits et places : le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits en partant des équations suivantes : 1 ETP IDE ou cadre pour 400 lits
Pour les établissements ayant uniquement des places, les points sont attribués s'ils ont moins 1 personnel médical dédié, 1 personnel paramédical dédié

⁴ Si « Oui » : 2,5 points ; si « partiellement » = 1 point ; si « non » = 0 point

⁵ Si l'établissement n'est pas concerné le point est redistribué en M31

⁶ Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnels médical (médecin, pharmacien, sage-femme) ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

Définition	Bordereaux SAE 2011	références SAE 2011
personnels médecins +pharmaciens	Q20A Q20B	Q20A:Q42+T42 Q20B: 042+Q42+R42+T42
Personnels sage-femme	Q23	G20

⁷ Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnels paramédical ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

Les bordereaux utilisés sont les suivants :

Définition	Bordereaux SAE 2011	références SAE 2011
Personnels infirmiers	Q23	G6+G8+G9+G10+G11+G12

⁸ Pour les établissements de santé de type « HAD », les deux points sont distribués en M31 et M34

* Appliquer la cotation en fonction du statut public ou privé

Items		ICALIN 2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets						
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années	50		4	1	1	*	*						
	A12	Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B)				0,5	0,5	*	*						
	A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe				1	1	*	*						
	A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et /ou de l'immunisation pour la rougeole				1	1	*	*						
	A15	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et /ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche				0,5	0,5	*	*						
Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années			50		6	1	1	*	*				
	A22	Le suivi de la consommation en solutions ou gels hydro-alcooliques fait l'objet d'une rétro-information par secteurs d'activités au moins une fois par an						1,5	1,5	*	*				
	A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années						3,5	3,5	*	*				
Les précautions standard	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard					50		3 (4 pour HAD)	1	1	*	*		
	A32	Une évaluation des pratiques relative aux précautions « standard » autres que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans								2	2	3	*		
Les précautions complémentaires	A41	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »							50		6	1	1	*	*
	A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes»										1	1	*	*
	A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été réalisée dans les 5 dernières années										2	2	*	*
	A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes» a été réalisée dans les 5 dernières années										2	2	*	*

La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	Il existe un protocole associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde actualisé dans les 5 dernières années			1	1	*	*
	A52	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés actualisé dans les 5 dernières années			1	1	*	2
	A53	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable actualisé dans les 5 dernières années			1	1	*	*
	A54	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire			1	1	*	*
	A55	Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique ou sur chambre implantable ou sur des dispositifs sous-cutanés dans les 5 dernières années		17 (19 pour HAD)	1	1	2	2
	A56	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux			2	2	*	0 (NA) ¹⁰
	A57	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les 5 dernières années.			4	4	*	*
	A58	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires ou de prévention de l'infection sur dispositif sous-cutané a été réalisée dans les 5 dernières années			4	4	5	5
	A59	Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les 5 dernières années.			2	2	*	*
	Environnement	A60	Il existe une démarche de prévention lié à l'environnement (eau, air)		3 ¹¹ (0 pour HAD)	3	3	0 (NA) ¹²

Surveillance	A71	Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	7	0,5	0,5	*	*
	A72	Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR, AES)		2,5	2,5	*	*
	A73	Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau		1	1	*	*
	A74	Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR; AES) ont été rendus à tous les services participants		2	2	*	*
	A75	Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR, AES) sont présentés en CME		1	1	*	*
Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave	A8	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave	4	4	4	*	*

⁹ Précautions standard autre que l'hygiène des mains

¹⁰ Les deux points de l'item A 56 sont redistribués en A 52 et A 58

¹¹ Plusieurs cas :

- Pour les établissements ayant répondu « oui » à la question « il existe un traitement d'air maîtrisé dans l'établissement » et qui sont non concernés par l'indicateur ICA-LISO, les 3 points sont accordés si l'établissement répond à tous les critères eau et air
- Pour les établissements de santé concernés par ICA-LISO, la maintenance de l'air est valorisée dans l'indicateur ICA-LISO. les 3 points de l'item A.6 sont alors accordés pour la maintenance de l'eau chaude sanitaire si l'établissement répond à tous les critères eau
- Pour les établissements HAD, non concernés par l'environnement, les 3 points sont ventilés vers les items A55, A58, et A32

¹² Les points de A6 sont redistribués en A 32, A 55 et A 58

* appliquer la cotation en fonction du statut public ou privé

items		ICA-LISO		Total	N1	N2	N3				
Moyens Organisation	EOH	LISO.1	L'EOH est destinataire des données de la surveillance	100	16	16	4				
	Chirurgiens	LISO.2 ¹³	Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des infections du site opératoire				8				
	CME	LISO.3	Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME au moins une fois par an				4				
Moyens d'information	LISO.4 ¹⁴	Le suivi des infections du site opératoire se fait en utilisant le système d'information hospitalier	10		10	10					
Actions	Prévention	LISO.5	Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire		74	30	20	4			
		LISO.6	Il existe un protocole relatif à l'hygiène au bloc opératoire actualisé dans les 5 dernières années					4			
		LISO.7 ¹⁵	Il existe une maintenance préventive de l'air au bloc opératoire					4			
		LISO.8	Il existe un protocole de préparation cutanée de l'opéré actualisé dans les 5 dernières années					4			
		LISO.9	Il existe un protocole d'antibioprophylaxie actualisé dans les 5 dernières années					4			
	Surveillance	LISO.10 ¹⁶	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance					16	6	4	4
		LISO.11	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau								
		LISO.12	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire et/ou bloc obstétrical								
		LISO.13	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité participants								
	Évaluation des pratiques	LISO.14	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années					12	24	12	12
		LISO.15	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années								
<p>¹³ Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des ISO dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 8 points - Entre 75% et 99% des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 6 points - Entre 50% et 74% des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 4 points - Dans au moins une discipline chirurgicale ou obstétricale mais moins de 50% strictement de disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 2 points <p>¹⁴ Sont accordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 points aux établissements de santé ayant répondu « oui » - 5 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement » <p>¹⁵ Sont accordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 points aux établissements pour lesquels il existe une maintenance préventive du bloc opératoire, du bloc obstétrical et une surveillance de l'empoussièrément de la qualité de l'air (ou une surveillance microbiologique de l'air avec un seuil d'alerte défini) - 2 points aux établissements de santé pour lesquels il existe <ul style="list-style-type: none"> a) soit une maintenance préventive, b) soit une surveillance microbiologique ou une surveillance du taux d'empoussièrément de la qualité de l'air au bloc opératoire, bloc obstétrical avec un seuil d'alerte défini. - 0 point aux établissements de santé n'ayant pas de maintenance préventive ou de contrôles microbiologique (pas de contrôles microbiologiques ou ayant des contrôles microbiologiques sans seuil d'alerte défini) <p>¹⁶ Sont accordés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 points si toutes les disciplines sont surveillées (recensement ou calcul de taux) - 12 points : ≥ 75% et <100% des disciplines (recensement ou calcul du taux) - 8 points : entre ≥50% et <75 % des disciplines (recensement ou calcul du taux) - 4 points : < 50% des disciplines et au moins une discipline - 0 point est accordé si l'établissement de santé n'a pas mis en place un système de surveillance pour au moins une discipline chirurgicale ou obstétricale. Il sera considéré comme exclus pour le score agrégé 											

Items		ICA- BMR		total	N2	N1	N0
Organisation	Politique de maîtrise des BMR	BMR - O1	Il existe une liste définissant les bactéries multi-résistantes prioritaires actualisée dans les 5 dernières années	100	32	32	8
		BMR - O2	Il existe une politique de dépistage en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les 5 dernières années				8
		BMR - O3	Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux				8
		BMR - O4	Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME				8
Moyens	D'informations	BMR - M11	Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités, et l'EOH		28	28	16
		BMR - M12	L'information du patient sur la colonisation de BMR est faite systématiquement				4
		BMR - M13	Il existe un/ ou des protocole(s) d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé(s) dans les 5 dernières années				8
Actions	Prévention A.1	BMR - A11	Il existe une procédure de vérification par l'EOH de la mise en place des précautions recommandées lors d'une colonisation ou d'infection d'un patient par une BMR		40	16	16
	Surveillance A.2	BMR - A21	Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux				10
		BMR - A22	Cette surveillance est faite en réseau				6
		BMR - A23	Les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités	8			

ANNEXE IV

CALENDRIER DE LA CAMPAGNE DE RECUEIL 2012 RELATIVE AU BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR L'ANNÉE 2011

DATES	ACTIONS
Février 2012	Constitution de la base nationale des établissements de santé par l'ATIH et les ARS concernés par le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R. 6111-8 du code de la santé publique
Avril 2012	Publication de l'arrêté et de la circulaire relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2011 (campagne de recueil 2012)
16 avril – 1 ^{er} juin 2012	Saisie des données par les établissements de santé sur le site dédié bilan LIN (http://bilanlin.atih.sante.fr)
18, 28 et 30 mai 2012	Envoi d'un message par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011
4 juin – 21 septembre 2012	Validation des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS et validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans
1 ^{er} -12 octobre 2012	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2011 par l'ATIH
15 octobre 2012	Envoi d'un message par mail par l'ATIH de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé
15 octobre au 2 novembre 2012	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS
Mi-novembre 2012	Envoi par mail par l'ATIH de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2011 aux des établissements de santé
Fin novembre 2012	Publication des résultats définitifs

ANNEXE V

MODALITÉS DE CONNEXION AU « BILAN LIN » DE L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

I. – GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU RÉGIONAL

À partir de février 2012, la gestion des comptes EPMSI est réalisée sur la plate-forme de gestion PLAGE. Dorénavant, les comptes EPMSI seront appelés les comptes PLAGE.

Pour accéder à BILANLIN (<http://bilanlin.atih.sante.fr>), tout utilisateur doit avoir un compte PLAGE et un rôle dans le domaine « BILANLIN ». Les comptes et l'attribution des rôles de « contrôleur » ou (exclusif) de « lecteur » sont gérés *via* PLAGE (<http://pasrel.atih.sante.fr/plage/>).

Ce sont les comptes PLAGE qui ont le rôle « administrateur » dans le « domaine administration » qui peuvent affecter les rôles aux utilisateurs.

Deux possibilités :

- l'utilisateur est déjà titulaire d'un compte PLAGE : un « administrateur » dans le domaine « administration » doit attribuer à cette personne le rôle de « contrôleur » ou de « lecteur » dans le domaine « BILANLIN » ;
- l'utilisateur n'est pas titulaire d'un compte PLAGE : un « administrateur » dans le domaine « administration » doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle « contrôleur » ou de « lecteur » dans le domaine « BILANLIN ».

Un « contrôleur » pourra valider les données d'un établissement... Un « lecteur » ne pourra que visualiser les données.

Attention : il ne faut attribuer qu'un seul rôle : soit « contrôleur », soit « lecteur ». Si les deux rôles sont attribués, le compte ne pourra pas se connecter.

1. La personne a déjà un compte PLAGE

Un « administrateur » dans le domaine « administration » doit attribuer le rôle de « contrôleur » ou de « lecteur ».

Seul un administrateur dans le domaine « administration » peut le faire.

Pour cela l'« administrateur » doit se connecter à <http://pasrel.atih.sante.fr/plage/> (PLAGE) puis :

- aller dans le menu « gestion des utilisateurs > utilisateurs de votre région » ;
- effectuer une recherche par « nom » ou par « id », puis sélectionner l'utilisateur concerné ;
- dans la zone « domaine-statut-champ », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- dans l'onglet « domaine-rôle », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher les rôles « contrôleur » ou « lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- pour valider ces modifications, l'« administrateur » doit impérativement cliquer sur « enregistrer », en bas de la zone Utilisateur.

Important : la sélection d'un « domaine » fait apparaître l'élément sélectionné en bleu foncé. Vous ne pouvez pas cocher directement un « domaine ». Pour cocher certains éléments, vous devez cliquer sur l'intitulé du texte.

2. La personne n'a pas de compte PLAGE

Pour que cette personne puisse se connecter, un « administrateur » dans le domaine « administration » doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle de « contrôleur » ou de « lecteur ».

Pour cela l'« administrateur » doit se connecter à <http://pasrel.atih.sante.fr/plage/> (PLAGE) puis :

- aller dans le menu « gestion des utilisateurs > utilisateurs de votre région » ;
- cliquer sur « nouveau » en bas de la page (dans la zone « utilisateur »). Renseigner les informations « utilisateur » puis « enregistrer » ;
- rechercher l'utilisateur à partir de son nom dans les critères de recherche. Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste ;
- dans la zone « domaine-statut-champ », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- dans l'onglet « domaine-rôle », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher les rôles « contrôleur » ou « lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- pour valider ces modifications, l'« administrateur » doit impérativement cliquer sur « enregistrer », en bas de la zone « utilisateur ».

Important : la sélection d'un « domaine », fait apparaître l'élément sélectionné en bleu foncé. Vous ne pouvez pas cocher directement un domaine. Pour cocher certains éléments, vous devez cliquer sur l'intitulé du texte.

Remarque : la suppression des rôles dans un domaine pour un compte se fait de la même manière en décochant et en enregistrant.

Gestion des utilisateurs
Utilisateurs de votre région
Mes paramètres
Messagerie

Utilisateur

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Organisation

Adresse

Mot de passe

Mot de passe (ressaisir)

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Créer un nouveau compte :

- Cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur).
- Renseigner les informations Utilisateur.
- Cliquer sur Enregistrer

Gestion des utilisateurs
Utilisateurs de votre région
Admins principaux des établissements
Liste des établissements
Contrôleurs des ES
Recherche
Mes paramètres

Identifiant	Nom	Prénom	Courriel
03722	Alirca	Jacques	Testland
03722	DUTEST	Jacques	Testland
1053	Admin	Jacques	Testland
19923	Admin	Jacques	Testland

Domaine-Statut-Champ

Domaine-Rôle

Domaines

- Administration
- PHSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTRÔLE
- OMEDIT
- AGORA
- DUALHAS
- SNATH
- BILANLIN
- ARBUST
- ANCRE
- H2012NUMERIQUE
- SATISFACTION
- RECOMPOSITION
- GENPI

BILANLIN ma

attribution

Utilisateur

Identifiant

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Organisation

Adresse

Mot de passe

Mot de passe (ressaisir)

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1)

- Rechercher l'utilisateur à partir de son Nom dans les Critères de recherche et Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste
- Dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine «BILANLIN » et cocher à droite attribution à l'utilisateur

The screenshot shows a web application interface for user management. At the top, there is a table listing users with columns for name, ID, and status. Below this is a form for creating or editing a user, with fields for identification number, name, prenom, email, telephone, organization, address, and passwords. To the right of the form are two tree views: 'Domaine-Statut-Champ' and 'Domaine-Rôle'. The 'Domaine-Rôle' view shows a tree structure where 'BILANLIN' is selected, and the 'Contrôleur' role is checked. A callout box with a black border contains the following text:

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

- Dans l'onglet **Domaine-Rôle**, sélectionner le **Domaine « BILANLIN »** et cocher les Rôles « **Contrôleur** » ou « **Lecteur** »
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur

GLOSSAIRE

PLAGE : acronyme de **PL**ate-forme de **G**estion pour l'accès des services en ligne.

BILANLIN : service en ligne de remontée du bilan des infections liées aux soins.

Compte PLAGE : tout utilisateur référencé sur la plate-forme de gestion PLAGE. Chaque utilisateur est identifié par un numéro d'Id qui lui permet de se connecter aux applications gérées par l'ATIH.

Domaine : ce terme peut correspondre à la fois à certaines applications (PMSI, AGORA, ICARE, ANCRE, ISTATISFACTION, BILANLIN...) ou bien à des fonctions (« administration », « contrôle... »).

Il s'agit, donc, de « domaine applicatifs et fonctionnels ».

Statut : ex-DGF/ex-OQN.

Champ : MCO/SSR/PSY/HAD.

Rôle : gestionnaire de fichier, lecteur, opérateur de saisie, valideur...

Domaine-Statut-Champ : par exemple, PMSI-ex-DGF-MCO. Parfois, certains « domaines » (BILANLIN, par ex.) n'ont pas de notion de champ ni de statut.

Niveau : il s'agit des niveaux hiérarchiques établissement – régional – national.

II. – GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ÉTABLISSEMENTS

À partir de février 2012, la gestion des comptes EPMSI est réalisée sur la plate-forme de gestion PLAGE. Dorénavant, les comptes EPMSI seront appelés les comptes PLAGE.

Pour accéder à BILANLIN (<http://bilanlin.atih.sante.fr>), tout utilisateur doit avoir un compte PLAGE et un rôle dans le domaine « BILANLIN ». Les comptes et l'attribution des rôles de « gestionnaire de fichiers » ou (exclusif) de « lecteur » sont gérés *via* PLAGE (<http://pasrel.atih.sante.fr/plage/>).

Ce sont les comptes PLAGE qui ont le rôle « administrateur » dans le domaine « administration » qui peuvent affecter les rôles aux utilisateurs.

Deux possibilités :

- l'utilisateur est déjà titulaire d'un compte PLAGE : un « administrateur » dans le domaine « administration » (souvent le DIM) doit attribuer à cette personne le rôle de « gestionnaire de fichier » ou de « lecteur » dans le domaine « BILANLIN » ;
- l'utilisateur n'est pas titulaire d'un compte PLAGE : un « administrateur » dans le domaine « administration » (souvent le DIM) doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle « gestionnaire de fichier » ou de « lecteur » dans le domaine « BILANLIN » ;
- un « gestionnaire de fichier » pourra saisir les données, télécharger les fichiers et transmettre les fichiers. Un « lecteur » ne pourra que visualiser les données et télécharger les fichiers.

Attention : il ne faut attribuer qu'un seul rôle soit « gestionnaire de fichier » soit « lecteur ». Si les deux rôles sont attribués, le compte ne pourra pas se connecter.

3. La personne a déjà un compte PLAGE

Un « administrateur » dans le domaine « administration » doit attribuer le rôle de « gestionnaire de fichiers » ou de « lecteur ».

Seul un administrateur dans le domaine « administration » peut le faire.

Pour cela l'« administrateur » doit se connecter à <http://pasrel.atih.sante.fr/plage/> (PLAGE) puis :

- aller dans le menu [gestion des utilisateurs > utilisateurs de votre établissement] ;

- effectuer une recherche par « nom » ou par « id. », puis sélectionner l'utilisateur concerné ;
- dans la zone « domaine-statut-champ », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document) ;
- dans l'onglet « domaine-rôle », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher les « rôles » « gestionnaire des fichiers » ou « lecteur » (cf. copie d'écran en fin de ce document) ;
- pour valider ces modifications, l'« administrateur » doit impérativement cliquer sur « enregistrer », en bas de la zone « utilisateur ».

Important : la sélection d'un « domaine », fait apparaître l'élément sélectionné en bleu foncé. Vous ne pouvez pas cocher directement un domaine. Pour cocher certains éléments, vous devez cliquer sur l'intitulé du texte.

4. La personne n'a pas de compte PLAGE

Pour que cette personne puisse se connecter, un « administrateur » dans le domaine « administration » doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle de « gestionnaire de fichiers » ou de « lecteur ».

Pour cela l'« administrateur » doit se connecter à <http://pasrel.atih.sante.fr/plage/> (PLAGE) puis :

- aller dans le menu [gestion des Utilisateurs > utilisateurs de votre établissement] ;
- cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone « utilisateur »). Renseigner les informations « utilisateur » puis « enregistrer » ;
- rechercher l'utilisateur à partir de son « nom » dans les « critères de recherche ». Sélectionner l'« utilisateur » dans la grille de liste ;
- dans la zone « domaine-statut-champ », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher « attribution à l'utilisateur » (cf. copie d'écran en fin de ce document) ;
- dans l'onglet « domaine-rôle », sélectionner le « domaine » « BILANLIN » et cocher les « rôles » « gestionnaire des fichiers » ou « lecteur » (cf. copie d'écran en fin de ce document) ;
- pour valider ces modifications, l'« administrateur » doit impérativement cliquer sur enregistrer, en bas de la zone « utilisateur ».

Important : la sélection d'un « domaine », fait apparaître l'élément sélectionné en bleu foncé. Vous ne pouvez pas cocher directement un « domaine ». Pour cocher certains éléments, vous devez cliquer sur l'intitulé du texte.

Remarque : La suppression des rôles dans un domaine pour un compte se fait de la même manière en décochant et en enregistrant.

The screenshot shows the 'Gestion des utilisateurs' interface. On the left, there are navigation links: 'Gestion des utilisateurs', 'Utilisateurs de votre établissement', 'Mes paramètres', and 'Messagerie'. The main area is titled 'Utilisateur' and contains a form with the following fields: 'Nom', 'Prénom', 'Courriel', 'Téléphone', 'Organisation' (with a dropdown menu showing 'ATIH'), 'Adresse', 'Mot de passe', and 'Mot de passe (ressaisi)'. There is a checkbox for 'Modification du mot de passe'. At the bottom of the form, there are three buttons: 'Nouvel', 'Supprimer', and 'Enregistrer'. A callout box on the right contains the following text: 'Créer un nouveau compte :', 'Cliquez sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur).', 'Renseignez les informations Utilisateur.', and 'Cliquez sur Enregistrer'. Arrows point from the callout box to the 'Nouvel' and 'Enregistrer' buttons.

Utilisateur

Identifiant: 36697
Nom: ESSA
Prénom: essai
Courriel:
Téléphone:
Organisation: ATIH
Adresse:
Mot de passe:
Mot de passe (ressaisir):
 Modification du mot de passe

Domaine-Statut-Champ

Domaine	Statut	Champ
<input type="checkbox"/> Administration		
<input checked="" type="checkbox"/> PMSI		
<input type="checkbox"/> ATH		
<input type="checkbox"/> ENC		
<input type="checkbox"/> CARESTAN		
<input type="checkbox"/> CONTROLE		
<input type="checkbox"/> OMEDIT		
<input type="checkbox"/> AGORA		
<input type="checkbox"/> QUALIAS		
<input type="checkbox"/> SINATH		
<input checked="" type="checkbox"/> ICARE		
<input type="checkbox"/> ARBUSJ		
<input type="checkbox"/> ANCRE		
<input type="checkbox"/> H2012		
<input type="checkbox"/> ISATISFACTION		
<input checked="" type="checkbox"/> BILANLIN		
<input checked="" type="checkbox"/> RECOMPOSITION		
<input type="checkbox"/> GENPI		

Domaine-Rôle

Domaine	Rôle
<input type="checkbox"/> Administration	
<input type="checkbox"/> PMSI	
<input type="checkbox"/> ATH	
<input type="checkbox"/> ENC	
<input type="checkbox"/> CARESTAN	
<input type="checkbox"/> CONTROLE	
<input type="checkbox"/> OMEDIT	
<input type="checkbox"/> AGORA	
<input type="checkbox"/> QUALIAS	
<input type="checkbox"/> SINATH	
<input checked="" type="checkbox"/> ICARE	
<input type="checkbox"/> ARBUSJ	
<input type="checkbox"/> ANCRE	
<input type="checkbox"/> H2012	
<input type="checkbox"/> ISATISFACTION	
<input checked="" type="checkbox"/> BILANLIN	
<input checked="" type="checkbox"/> RECOMPOSITION	
<input type="checkbox"/> GENPI	

Buttons: Nouveau, Supprimer, Enregistrer

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1)

- Rechercher l'utilisateur à partir de son Nom dans les Critères de recherche et Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste
- Dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher à droite attribution à l'utilisateur

Utilisateur

Identifiant: 36697
Nom: ESSA
Prénom: essai
Courriel:
Téléphone:
Organisation: ATIH
Adresse:
Mot de passe:
Mot de passe (ressaisir):
 Modification du mot de passe

Domaine-Statut-Champ

Domaine	Statut	Champ
<input type="checkbox"/> Administration		
<input checked="" type="checkbox"/> PMSI		
<input type="checkbox"/> ATH		
<input type="checkbox"/> ENC		
<input type="checkbox"/> CARESTAN		
<input type="checkbox"/> CONTROLE		
<input type="checkbox"/> OMEDIT		
<input type="checkbox"/> AGORA		
<input type="checkbox"/> QUALIAS		
<input type="checkbox"/> SINATH		
<input checked="" type="checkbox"/> ICARE		
<input type="checkbox"/> ARBUSJ		
<input type="checkbox"/> ANCRE		
<input type="checkbox"/> H2012		
<input type="checkbox"/> ISATISFACTION		
<input checked="" type="checkbox"/> BILANLIN		
<input checked="" type="checkbox"/> RECOMPOSITION		
<input type="checkbox"/> GENPI		

Domaine-Rôle

Domaine	Rôle
<input type="checkbox"/> Administration	
<input checked="" type="checkbox"/> Gestionnaire des fichiers (G)	
<input checked="" type="checkbox"/> Lecteur	

Buttons: Nouveau, Supprimer, Enregistrer

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Gestionnaire des fichiers » ou « Lecteur »
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur

GLOSSAIRE

PLAGE : acronyme de PLAtforme de GEstion pour l'accès des services en ligne.

BILANLIN : service en ligne de remontée du bilan des infections liées aux soins.

Compte PLAGE : tout utilisateur référencé sur la plate-forme de gestion PLAGE. Chaque utilisateur est identifié par un numéro d'Id qui lui permet de se connecter aux applications gérées par l'ATIH.

Domaine : ce terme peut correspondre à la fois à certaines applications (PMSI, AGORA, ICARE, ANCRE, ISATISFACTION, BILANLIN, ...) ou bien à des fonctions (« administration », Contrôle...). Il s'agit, donc, de « domaine applicatifs et fonctionnels ».

Statut : ex-DGF/ex-OQN.

Champ : MCO/SSR/PSY/HAD.

Rôle : gestionnaire de fichier, lecteur, opérateur de saisie, valideur...

Domaine-statut-champ : par exemple, PMSI-ex-DGF-MCO. Parfois, certains « domaines » (BILANLIN, par ex.) n'ont pas de notion de champ ni de statut

Niveau : il s'agit des niveaux hiérarchiques « établissement », « régional », « national ».