

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
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 (SDPF)

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

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

NOR : AFSH1307115J

Validée par le CNP le 15 mars 2013. – Visa CNP 2013-69.

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

Résumé : recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2012 dans les établissements de santé, et simulation de calcul de l'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2.

Mots clés : bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2012 – cahier des charges – calendrier des indicateurs – pondération des items – référents risques et infections associées aux soins des ARS.

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 dans les établissements de santé) ;

Arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe (questionnaire) ;

Arrêté du 5 mars 2013 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.

Textes abrogés :

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

Instruction DGOS/PF2 n° 2012-286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire DGOS/PF2 n° 2012-134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe IV.

Annexes :

Annexe I. – Calendrier de la campagne de recueil 2013 relative au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012.

Annexe II. – Évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Annexe III. – Cahier des charges des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (avec aide au remplissage et éléments de preuve des données déclarées).

Annexe IV. – Pondération des indicateurs et score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales pour les activités 2012.

Annexe V. – Limites des classes de performance.

Annexe VI. – Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) – Cahier des charges et répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur.

Annexe VII. – Modalités de connexion au site « Bilan LIN » de l'ATIH.

Annexe VIII. – Modalités de contrôle et de validation des données déclarées.

La ministre des affaires sociales 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 d'établissement de santé ; Mesdames et Messieurs les présidents de commission médicale d'établissement et aux conférences médicales d'établissement (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les responsables des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales CCLIN (pour information).

I. – OBJECTIFS DU TEXTE

En application de l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Cette instruction et ses annexes définissent les modalités pratiques de recueil du bilan d'activité de l'année 2012, et mettent à disposition le cahier des charges et la pondération des items des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales calculés à partir de ce recueil.

1. Indicateurs soumis à diffusion publique en 2013 (des données d'activité 2012)

La campagne de recueil 2013 constitue la troisième année de recueil des items permettant de calculer les indicateurs de la version 2 du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de transparence et de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé : ICALIN2, ICSHA.2, ICA-LISO, ICA-BMR, indice SARM, ICATB et le score agrégé activités 2012. La diffusion publique des résultats de ces indicateurs est prévue pour novembre 2013 (cf. annexe I).

2. Indicateur en simulation en 2013 (des données d'activité 2012)

Le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2012 est également le support de recueil des items permettant l'élaboration d'un nouvel indicateur : l'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2. Cet indicateur vise à améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques et a été développé en lien avec les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Les items de cet indicateur (cf. annexe VI) ont été présentés aux établissements dès juillet 2012 afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs précités. Les établissements auront à disposition les résultats de simulation sur les données 2012. La diffusion publique de cet indicateur est prévue en 2014 (données 2013).

II. – MODALITÉS PRATIQUES DE RECUEIL DU BILAN D'ACTIVITÉS DE L'ANNÉE 2012

1. Établissements de santé

Les établissements doivent se référer à l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Le recueil des déclarations du bilan standardisé des établissements de santé se fait sur le site Internet sécurisé de l'ATIH « Bilan LIN » accessible par le lien suivant : <http://bilanlin.atih.sante.fr>. Les modalités de connexion, notamment la gestion des comptes, sont décrites en annexe VII.

L'attention des établissements est attirée sur la qualité des données déclarées dans la SAE et qui serviront au calcul de certains indicateurs (cf. annexe IV). Pour information, la SAE collectée en 2013, sur les données 2012, sera la dernière sous la forme actuelle. En effet, au printemps 2014, pour la collecte des données 2013, l'enquête SAE présentera un nouveau format. Cette refonte vise une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements pour les utilisateurs et une simplification du recueil des données pour les établissements, notamment en s'appuyant sur les autres recueils réglementaires (notamment le PMSI).

La date limite de déclaration est fixée au vendredi 3 mai 2013. Le site bloquera automatiquement les saisies à cette date, mais permettra la consultation des déclarations.

Une assistance technique est mise à disposition des établissements par l'ATIH sur le site sécurisé de recueil au lien bilanlin@atih.sante.fr

2. Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS transmettront aux établissements de santé, au plus tard le 22 mars 2013 :

- la présente instruction et ses huit annexes ;
- une lettre de transmission qui précisera :
 - l'adresse Internet permettant de télécharger différents documents (guide utilisateur, arrêté relatif au bilan standardisé, instruction et ses annexes : <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html> – rubrique « Tableau de bord des infections nosocomiales/La campagne 2013 ») ;
- les coordonnées de la personne responsable du dossier à l'ARS ou à la délégation territoriale (nom et adresse électronique) ;
- l'obligation pour l'établissement de santé de mettre à disposition de l'ARS les éléments de preuve définis dans le « cahier des charges » et correspondant aux indicateurs définis dans l'arrêté du 5 mars 2013 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.

Les directeurs généraux des ARS définiront les modalités de transmission aux établissements de ces documents qui devront garantir la saisine officielle du représentant légal de l'établissement pour l'application de ces directives. Ils veilleront à adresser ces instructions de façon exhaustive à tous les établissements de santé de leur région. Une attention particulière sera portée aux établissements HAD (hospitalisation à domicile), d'hémodialyse et MECSS (maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé) en rappelant qu'ils sont également concernés par le remplissage d'un bilan (art. R. 6111-8 du CSP).

Le référent « risques et infections associées aux soins » de l'ARS désigné par le directeur général de l'ARS, responsable de la gestion des déclarations des établissements de la région :

- apportera son concours à l'ATIH pour valider les changements de la base nationale concernant les établissements de leur région (nouvel établissement, fusion, suppression) ;
- s'assurera de l'exhaustivité des déclarations des établissements de sa région. L'ATIH assurera la relance des établissements n'ayant pas rempli leur bilan ;
- autorisera, si nécessaire, l'établissement à modifier ses données, après verrouillage de la période de saisie ;
- effectuera pour les établissements de santé de sa région :
 - si nécessaire, les demandes de modifications des données administratives des établissements en lien avec l'ATIH ;
 - la validation administrative des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales ;
 - pour 10 % des établissements de santé, la validation des données du bilan déclarées par les établissements de santé après contrôle des éléments de preuve selon la procédure précisée en annexe VIII. Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale 2013 pour le contrôle de la qualité des données ou déclarations sur les indicateurs généralisés des établissements de santé (HAS-DGOS) et vise à améliorer la fiabilité des données déclarées.

Le « cahier des charges » (cf. annexe III) définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations. Ces éléments ne concernent que les items en lien avec les indicateurs définis dans l'arrêté du 5 mars 2013.

3. Accès aux données

Pour les indicateurs soumis à diffusion publique : les établissements de santé accèdent à leurs propres résultats définitifs sur le site de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (<http://bilanlin.atih.sante.fr>).

Les référents régionaux des ARS accèdent sur ce site à une synthèse régionale des résultats du bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de leur région et des résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Les C-CLIN accèdent aux résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales des établissements de leur interrégion, et les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) ceux de leur région.

Pour les données de simulation : chaque établissement de santé disposera de ses résultats de simulation sur le site (<http://bilanlin.atih.sante.fr>) courant octobre 2013. Seuls les établissements de santé ont accès à ces résultats de simulation afin de leur permettre de conduire leurs actions d'amélioration.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la direction générale de l'offre de soins.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

ANNEXE I

CALENDRIER DE LA CAMPAGNE DE RECUEIL 2013 RELATIVE AU BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR L'ANNÉE 2012

DATES	ACTIONS
Janvier-février 2013	Actualisation et mise en ligne par l'ATIH sur le site bilan LIN (http://bilanlin.atih.sante.fr) de la base nationale des établissements de santé concernés par le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R. 6111-8 du code de la santé publique.
Mars 2013	Publication de l'arrêté et de l'instruction relatifs au bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2012 (campagne de recueil 2013).
Du 25 mars au 5 mai 2013	Saisie des données par les établissements de santé sur le site bilan LIN.
25, 30 avril et 3 mai 2013	Envoi des courriels par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2012.
Du 6 mai au 21 septembre 2013	Validation administrative des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS (+/- contrôle et validation des éléments de preuve). Validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans.
Du 1 ^{er} au 12 octobre 2013	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2012 par l'ATIH.
15 octobre 2013	Envoi par l'ATIH d'un courriel informant de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé.
Du 15 octobre au 2 novembre 2013	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS.
Semaine 46	Calcul définitif des indicateurs par l'ATIH et clôture de la campagne de recueil 2013.
Semaine 47 (18 au 24 novembre 2013)	Envoi par l'ATIH d'un courriel aux établissements de santé informant de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2012.
Semaine 47 ou 48 (18 ou 25 novembre 2013)	Publication des résultats définitifs.

ANNEXE II

ÉVOLUTION DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'arrêté du 5 mars 2013 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 rendus opposables.

Le tableau de bord des infections nosocomiales de la campagne de recueil 2013 est composé de sept indicateurs généralisés.

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 santé lors de la première année de généralisation. Puis à partir de la deuxième année, la communication des résultats devient publique.

ANNÉE	INDICATEURS	MISE À DISPOSITION pour les établissements de santé	OBLIGATION de diffusion publique
Activités 2010	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR	Oui	Non
	ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Activités 2011	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Activités 2012	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
	ICATB.2	Oui	Non
Activités 2013	ICALIN2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB.2 Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui

ANNEXE III

CAHIER DES CHARGES DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Objectif du document

Ce cahier des charges définit les consignes de remplissage, les éléments de preuve de chaque item des données déclarées dans le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année 2012 (campagne de recueil 2013).

En fonction de l'organisation des établissements de santé, la commission ou la conférence médicale d'établissement (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 usité sera conservé dans le questionnaire pour parler de cette commission spécifique.

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Les éléments de preuve réunis lors de la campagne de recueil 2012 peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste, etc.).

Le dossier de preuves de la campagne 2013 est une actualisation du dossier de preuves 2012. Ces éléments de preuve ne concernent que les items permettant de calculer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales définis dans l'arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des personnels des ARS chargés du contrôle qualité du recueil.

Tout élément de preuve manquant fera considérer l'item comme absent et sa valorisation sera mise à zéro.

Si la discordance demeure après l'étape de validation des éléments de preuve par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

SOMMAIRE

ICALIN 2

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 standards autres que 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 évènement infectieux grave

ICA-LISO

ORGANISATION

Équipe opérationnelle d'hygiène

Chirurgiens

Commission ou conférence médicale

Système d'information

Prévention

ACTIONS

Actions – Surveillance

Actions – Évaluation des pratiques

ICA-BMR

ORGANISATION

Organisation en matière de politique de prévention des bactéries multirésistantes (BMR)

MOYENS

Moyens d'information

ACTIONS

Actions – Prévention

Actions – Surveillance

INDICE SARM

ICSHA 2

ICATB

ORGANISATION

MOYENS

ACTIONS

ICALIN 2

INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES VERSION 2

ORGANISATION (O)

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. Le programme d'actions élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN

OUI NON

Éléments de preuve

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

O13. La commission de soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions de lutte contre les IN (pour les établissements publics uniquement)

OUI NON

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 de lutte contre les IN

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 CRUQPC était présent pour participer à l'élaboration de ce programme d'actions.

O15. Le programme d'actions 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.

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'actions 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'actions 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.

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

Répondre « oui », si l'établissement présente au minimum une modalité de diffusion.

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.
- Transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil.
- Mise en ligne sur le site Internet de l'établissement de santé.
- Autre, précisez (obligatoire).

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 présentant une information synthétique relative aux infections nosocomiales est disponible.

O33. Il existe une procédure 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).

- La procédure mentionne l'information du patient en cas de signalement interne d'infection nosocomiale.
- La procédure mentionne l'information du patient en cas de signalement externe d'infection nosocomiale.

Éléments de preuve

La procédure d'information systématique du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale est validée par la CME et par l'EOH.

Cette modalité d'information du patient peut être intégrée à la procédure 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

Procédures de signalement interne et externe d'infections nosocomiales datées et validées 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 de la page d'authentification du responsable signalement de l'application e-SIN (système de dématérialisation du signalement externe des IN).

O43. Il existe une procédure de gestion de crise formalisée

OUI NON

Éléments de preuve

Procédure d'organisation de la gestion de crise datée et validée 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'évènement infectieux nosocomial est mentionné.

MOYENS (M)

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Aide au remplissage

Ne compter que le personnel spécifiquement dédié 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 de santé, 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.

	CATÉGORIES de personnel dans l'EOH	NOMBRE D'ETP spécifiquement dédiés 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

	CATÉGORIES de personnel dans l'EOH	NOMBRE D'ETP spécifiquement dédiés à la LIN intervenant dans l'établissement	NOMBRE D'ETP ayant un diplôme en hygiène hospitalière
M13	Technicien en hygiène	___, ___ ETP	___, ___ ETP
	Secrétaire	___, ___ ETP	
	Autre personnel permanent, précisez :	___, ___ ETP	___, ___ ETP

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 tous 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 les autres cas.

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).

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 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 lors de 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

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.

OUI NON Non concerné

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.

OUI NON Non concerné

M33 à M35. Une formation pour les personnels médecins ou pharmaciens, sages-femmes, personnels infirmiers et autres personnels permanents est prévue

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 comptabilisées. Une personne peut avoir bénéficié de plusieurs formations au cours de l'année. Chaque formation pour cette même personne sera prise en compte.

	CATÉGORIES professionnelles	NOMBRE TOTAL de personnels formés	NOMBRE TOTAL d'heures de formation
M33	Médecins ou pharmaciens, sages-femmes	_ _ _	_ _ _
M34	Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _
M35	Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _

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.

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

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.

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

OUI NON

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.

ACTIONS (A)

Aide au remplissage pour les protocoles ou procédures
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 2012, on tiendra compte des années 2012, 2011, 2010, 2009 et 2008).

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.

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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

L'année du bilan, la procédure 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
de la grippe des professionnels de santé l'année du bilan*

OUI NON

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

OUI NON

Éléments de preuve (A13, A14, A15)

Le taux de couverture de l'année du bilan 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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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 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 standards autres que hygiène des mains

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

OUI NON

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

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

Éléments de preuve

Protocole institutionnel, validé et daté.

A32. Une évaluation des pratiques relative aux précautions standards 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 standards 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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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.

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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 « air » ou « gouttelettes » 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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

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

OUI NON

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

OUI NON

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

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.

OUI NON Non concerné

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

OUI NON Non concerné

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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, d'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.

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 sur cathéters veineux centraux*

OUI NON Non concerné

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.

Répondre « NA » seulement si « NA » a été coché en A53.

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 sur les dispositifs intravasculaires ou sous-cutanés a été faite dans les cinq ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques ; cocher l'évaluation réalisée.

- 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. Pour les établissements concernés par ICALISO et ayant répondu « oui » à l'item LISO 15, le thème doit être différent de la préparation cutanée de l'opéré.

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. Pour les établissements concernés par ICALISO et ayant répondu « oui » à l'item LISO 15, le thème doit être différent de la préparation cutanée de l'opéré.

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

A61. Il existe une démarche préventive liée à l'eau et à l'air (valable pour tous les établissements sauf HAD)

Il existe une démarche préventive liée à l'eau.

OUI NON

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

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

Question filtre : il existe au moins un secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement en dehors du bloc opératoire (1) (flux laminaire...).

OUI NON

Si « oui », préciser s'il existe une démarche préventive liée à l'air (valable pour les établissements ayant au moins un secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement en dehors du bloc opératoire, du bloc obstétrical).

(1) Pour le bloc opératoire et le bloc obstétrical, les questions relatives à l'air sont à remplir à LISO7 : ne pas remplir ici ces questions, mais se reporter à la partie liée à la prévention des infections du site opératoire.

L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique ou du taux d'empoussièrement l'année du bilan.

OUI NON

Si « oui », préciser si :

Un seuil d'alerte est défini pour la surveillance de l'air.

Il existe un protocole de conduite à tenir en cas de résultats non satisfaisants.

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 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 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 (hors ISO, BMR et 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 fait.

Si « oui », préciser :

Tous types d'infections Pneumopathies nosocomiales Infections urinaires nosocomiales

Infections sur cathéter Bactériémies nosocomiales

Autre, préciser (obligatoire)

A73. La surveillance des IN (hors ISO, BMR et AES) se fait dans le cadre d'un réseau

OUI NON

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

A74. Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR et AES) ont été rendus aux secteurs d'activités participants

OUI NON

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

A75. Les résultats des surveillances (hors ISO, BMR et 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 et AES). La fréquence de rendu est au moins annuelle.

Éléments de preuve (A72, A73, A74, A75)

Compte-rendu des résultats aux secteurs d'activités 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.

Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave

A81. Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave

OUI NON

Aide au remplissage

On entend par protocole d'analyse des causes des évènements infectieux graves, l'existence d'une démarche dans l'établissement vis-à-vis de cette méthode. L'établissement se questionne de l'intérêt d'une telle démarche lorsqu'un évènement infectieux grave se produit.

À titre d'exemple, un évènement 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 évènement 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 morbi-mortalité, 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 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
CRUQPC	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

INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

(Concerne uniquement les établissements de santé ayant une activité de chirurgie, ou d'obstétrique.)

ORGANISATION (O)

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'exams 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 à la 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.

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 remontée des données administratives des patients, les facteurs de risque liés à l'intervention chirurgicale, et la remontée 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 remonter 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. A titre d'exemple, il s'agit des check-lists, d'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.

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 2012, on tiendra compte des années 2012, 2011, 2010, 2009 et 2008).

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 périopératoire

OUI NON

Répondre « oui », seulement si l'outil est présent dans tous les secteurs du bloc opératoire et du bloc obstétrical et précise les trois 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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

Éléments de preuve

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

- 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 au bloc opératoire et au bloc obstétrical

OUI NON

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

- L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique ou du taux d'empoussièrement l'année du bilan.
- Pour cette surveillance de l'air, un seuil d'alerte 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 ou le taux d'empoussièrement 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.

- 2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

OUI NON

Répondre « oui », seulement s'il existe un protocole relatif à 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.

- 2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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.

ACTIONS (A)

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 l'année du bilan

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 100 interventions de la discipline surveillée.

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

LISO12. Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire, au 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 aux secteurs d'activités

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 ou le rapport commenté par l'EOH.

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

INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

(Ne concerne pas les MECSS, l'ambulatoire et les centres de post-cure alcoolique exclusifs.)

ORGANISATION

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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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 ou 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.

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

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

OUI NON

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.

MOYENS

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 ou 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 (exemple : tout support d'information destiné aux patients colonisés ou infectés par une BMR, protocole précisant l'information à donner au patient porteur).

BMR M13. Il existe une procédure 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 une procédure d'information dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans et comportant les trois éléments.

Lors de transfert interétablissement.

En intraétablissement.

En cas de réadmission.

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

Éléments de preuve

Protocole ou procédure 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

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, en 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 multi-résistantes. 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.

INDICE SARM

(Staphylococcus aureus résistant à la pénicilline)

Aide au remplissage pour l'indice SARM

a) Établissements de santé concernés :

Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. Cependant, cet indice ne peut avoir de sens dans les établissements de santé qui identifient très peu de SARM en raison du volume de leur activité, ni pour certaines catégories d'établissements.

Ainsi, cet indice triennal est calculé pour :

- les établissements de santé ayant réalisé plus de 90 000 journées d'hospitalisation complète sur les trois années considérées ;
- toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes : les établissements psychiatriques, les HAD, les centres d'hémodialyse, les MECSS, les établissements ambulatoires, et les centres post-cure alcoolique exclusifs.

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des trois ans sont classés en « non concerné ».

Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de trois ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « DI » (données insuffisantes).

b) Extraction des journées d'hospitalisation à partir de la SAE :

L'indicateur SARM se calcule à partir des journées d'hospitalisation. Les établissements fournissent déjà ces données dans la statistique annuelle des établissements (SAE), l'ATIH utilise ces données.

L'attention des établissements est attirée sur l'importance que revêt le remplissage de la SAE, notamment pour les établissements disposant de plusieurs sites qui doivent veiller à la parfaite concordance entre les données transmises sous leur entité juridique et celles fournies par chacun des sites.

Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul de l'indice SARM.

c) Sont incluses les souches de SARM :

- isolées de prélèvements à visée diagnostique, c'est-à-dire de tous les prélèvements sauf ceux à visée de dépistage ;
- chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie et ceci quel que soit le mode d'admission dans le service (direct, en urgence, par transfert) et le mode de sortie (à domicile, transfert externe ou décès).

Chaque patient avec au moins une souche de SARM isolée d'un prélèvement à visée diagnostique dans l'année dans l'établissement ne doit être compté qu'une seule fois (dédoublonnage), même en cas de séjours multiples. Un doublon correspond ici à « toute souche de SARM isolée chez un patient pour lequel une souche de SARM a déjà été prise en compte dans l'année, quel que soit son antibiotype et quel que soit le site de prélèvement ».

d) Sont exclues les souches de SARM isolées de :

- prélèvements à visée de dépistage tels que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (exemple : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques) ;
- prélèvements environnementaux (surfaces...).

Nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique : |_|_|_|_|

Nombre de prélèvements bactériologiques à visée diagnostique effectués pour l'établissement au cours de l'année : |_|_|_|_|

Éléments de preuve

Une liste ou récapitulatif des prélèvements positifs daté de l'année du bilan, établis par le laboratoire de microbiologie est présentée.

ICSHA 2

INDICATEUR DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques commandés par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (convertis en litres) : |_|_|_|_|_|, |_|_|

Aide au remplissage

Ne concerne pas les centres de post-cure alcoolique exclusifs et les MECSS.

Comptabiliser les quantités achetées au cours de l'année par la pharmacie à usage interne et/ou le service économique ou chargé des achats de l'établissement au cours de l'année.

Ne pas compter les consommations des établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS, maison de retraite...) gérés par l'établissement.

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul pour 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil disponible sur le site Internet http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

Éléments de preuve

Factures, datant de l'année du bilan, de produits hydro-alcooliques (solutés ou gels).

ICATB

INDICATEUR DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Ne concerne pas les HAD, l'hémodialyse, les MECSS, l'ambulatorio et les centres de post-cure alcoolique exclusifs.

ORGANISATION

Aide au remplissage

Existence de l'instance : il existe une instance dont la composition est disponible et qui est officiellement chargée, par le responsable légal de l'établissement ou le président d'une autre instance dont elle est l'émanation, du bon usage des antibiotiques.

Nombre de réunions : compter les réunions effectives de cette instance quand elle a une existence autonome ou, dans les petits établissements, le nombre de réunions d'une commission au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques de l'établissement.

ATB01. L'établissement a une instance, propre ou partagée avec d'autres structures, chargée d'impulser et de coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques (commission des antibiotiques de la circulaire)

OUI NON

Si oui, préciser le nombre de réunions de cette instance l'année du bilan : |_|_|_|_|

Éléments de preuve

Comptes-rendus des réunions de l'instance spécifique ou, dans les petits établissements, des réunions des instances en faisant office.

MOYENS

ATBM2. Il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement

OUI NON

Si oui, quelle est sa discipline ? (1) |__|

(1) Numéro de la discipline du référent en antibiothérapie : 1 – Infectiologue ; 2 – Interniste ; 3 – Anesthésiste-réanimateur ou réanimateur médical ; 4 – Hygiéniste ; 5 – Biologiste ; 6 – Pharmacien ; 7 – Généraliste ; 8 – Autre.

Éléments de preuve

Acte du représentant légal de l'établissement désignant nommément le référent en antibiothérapie. Ce document doit comporter le nom du référent et la mention « référent en antibiothérapie ».

ATBM5a. Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie

OUI NON

Aide au remplissage

Répondre « oui », si, au minimum, le système d'information de l'établissement permet aux services prescripteurs et à la pharmacie à usage intérieur d'accéder aux données individuelles du laboratoire de microbiologie.

Éléments de preuve

La liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme) est présentée.

ATBM5b. L'information de la prescription du médicament est informatisée

OUI PARTIELLEMENT NON

Aide au remplissage

Le système d'information doit permettre une prescription informatisée de l'ensemble des médicaments au sein du service, avec une transmission automatique des données à la pharmacie à usage interne (PUI) pour tout ou partie des secteurs d'activités de l'établissement.

La prescription informatisée est partielle si elle ne concerne qu'une partie des secteurs d'activités. La prescription informatisée est totale si elle concerne tous les secteurs d'activités.

Éléments de preuve

L'établissement fournit un exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.

ATBM6. Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques

OUI NON

Répondre oui, seulement si l'établissement a bien une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel, même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de l'année du bilan. Cette procédure doit être prévue par l'établissement et a été approuvée par la commission chargée du bon usage des antibiotiques.

Éléments de preuve

Il peut s'agir de sessions de formation, de la distribution systématique d'un guide du prescripteur, ou de tout autre moyen permettant de donner aux nouveaux prescripteurs les moyens d'appliquer les dispositions adaptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

Il existe un support documentaire institutionnel sur le sujet et au moins une séance de formation/information sur le sujet a été organisée si l'établissement a accueilli dans l'année du bilan un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.

ACTIONS

ATBA3a (= LISO9). Il existe un protocole d'antibioprophylaxie validé par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu actualisé dans les cinq ans

OUI NON

Répondre « oui », seulement s'il existe un protocole relatif à 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 :

- 2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

Éléments de preuve

Protocole institutionnel daté et validé.

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.

ATBA3b. Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections

- OUI NON

Répondre oui, seulement si le protocole sur l'antibiothérapie de première intention comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement :

Si oui, préciser s'il est en vigueur dans le secteur des urgences :

- OUI NON Non concerné

Éléments de preuve

Protocole validé et daté par la commission des antibiotiques ou l'instance faisant office ou compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole.

ATBA4. Il existe une liste des antibiotiques disponible dans l'établissement

- OUI NON

Si oui, dans cette liste, l'instance ci-dessus a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par l'instance.

- OUI NON

Si oui, les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

- OUI NON

Éléments de preuve

Liste des antibiotiques disponibles : liste validée par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office ou compte-rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste.

Liste des antibiotiques à dispensation contrôlée : liste avec définition des critères de prescription portant une validation par la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office ou compte-rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste et des critères de prescription.

Durée limitée : il existe un support de prescription nominatif transmis à la PUI (pharmacie à usage interne) avec une durée limitée à 72 heures maximum pour les antibiotiques à dispensation contrôlée.

ATBA7. Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année du bilan

- OUI NON

Éléments de preuve

Résultats de l'évaluation dans un document validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office ou compte-rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office au cours de laquelle les résultats de l'évaluation ont été présentés.

ATBA8. Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières (DDJ)

- OUI NON

Éléments de preuve

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les résultats par familles d'antibiotiques ou compte-rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office au cours de laquelle les résultats de la surveillance de la consommation ont été présentés.

ANNEXE IV

PONDÉRATION DES INDICATEURS ET SCORE AGRÉGÉ DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES POUR LES ACTIVITÉS 2012

Le document explicite la pondération de chaque item servant au calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Les items sont extraits des réponses des établissements au questionnaire relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2012 et des données de la SAE 2012.

SOMMAIRE

ICALIN2
ICA-LISO
ICA-BMR
INDICE SARM
ICSHA2
ICATB
SCORE AGRÉGÉ – ACTIVITÉS 2012

PONDÉRATION ICALIN2

Explications sur la redistribution des points par type établissement pour ICALIN2

D'une façon générale, les points sont redistribués en fonction de la catégorie d'établissement afin que chaque établissement qui répond « oui » à tous les items ait un total = 100 et un établissement qui répondrait « non » à tous les items ait bien un total = 0.

Ainsi, quand un établissement n'est pas concerné par un item (= non applicable), par défaut cet item ne lui rapporte aucun point. Logiquement, les points attribués pour un autre type d'établissement sont donc redistribués sur d'autres items.

Ainsi, par exemple, en O13 il y a 1 point pour les établissements publics, les établissements privés ne pouvant répondre à cet item ; le point est redistribué en O11 (0,5) et O12 (0,5).

Donc O11 vaut 2 pour les établissements publics et 2,5 pour les établissements privés à condition d'avoir répondu « oui ».

En cas de réponse négative, l'item vaut 0 que ce soit un établissement public ou privé.

Résumé des points « redistribués » pour la saisie des données 2012 et règles de calcul ou de cohérence à l'exception des MECCS et CPA les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile

Les MECSS, les CPA, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A53 à A58 (prévention des infections associées aux gestes invasifs). Les points sont redistribués au sein des autres items de la partie actions d'ICALIN2.

O13 → 1 point redistribué en O11 et O12

Calcul réalisé sous condition du oui et du non

Si O11 = oui alors = 2,5

Si O11 = non alors = 0

Si O12 = oui alors = 2

Si O12 = non alors = 0

O15 → règle de cohérence avec O12

Si O15 = oui et O12 = non alors O15 = 0

O31 → si « autre » alors champ texte obligatoire à remplir

M11 et M12 → validation du calcul avec 10 % de marge pour le calcul du ratio

M13 → oui si somme des ETP > 0 (quel que soit le nombre de lits ou places de l'établissement)

M32 → point redistribué en M31

Calcul réalisé sous condition du « oui » du « non » et du « non concerné »

Si M32 = oui + non ou non + non ou non + non concerné alors 0 point redistribué et M32 = 0

Si M32 = oui + non concerné alors M32 = 1 (pas de point redistribué en M31)

Si M32 = non concerné + non concerné alors le point est redistribué en M31 et M32 = 0
si M31 = oui alors M31 = 3
si M31 = non alors M31 = 0

M 36 pour les HAD → 2 points redistribués en M31, M33 et M34

Calcul réalisé sous condition du « oui » du « non »

Si M31 = oui alors = 3
Si M31 = non alors = 0
Si M33 = oui alors = 1,5
Si M33 = non alors = 0
Si M34 = oui alors = 1,5
Si M34 = non alors = 0

A53 → 1 point redistribué en A31 et A32

Calcul réalisé sous condition du « oui » du « non »

Si A31 = oui alors = 1,5
Si A31 = non alors = 0
Si A32 = oui alors = 2,5
Si A32 = non alors = 0

A56 → 2 points redistribués en A52 et A58

Calcul réalisé sous condition → l'item A56 est « non concerné » si A53 est « non concerné »

Calcul réalisé sous condition du « oui » du « non »

Si A52 = oui alors = 2
Si A52 = non alors = 0
Si A58 = oui alors = 5
Si A58 = non alors = 0

A61 pour les HAD → 3 points sont redistribués en A32, A55, A58

Si A32 = oui alors = 3
Si A32 = non alors = 0
Si A55 = oui alors = 2
Si A55 = non alors = 0
Si A58 = oui alors = 5
Si A58 = non alors = 0

PONDÉRATION ICALIN2 – 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	Le programme d'action élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN				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	1	1
	O15	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information				0,5	0,5	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			4	2	2	2	2
	O22	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées				2	2	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			4	1	1	1	1
	O32	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil				1	1	1	1
	O33	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale				2	2	2	2
Signalement	O41	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale			6	3	3	3	3
	O42	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN				1	1	1	1
	O43	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée				2	2	2	2

¹ Pour les établissements de santé privés, le point est redistribué en O11 et O12

PONDÉRATION ICALIN2 – MOYENS

Items		ICALIN.2 - MOYENS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets
Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH ¹	100	30	20	8	8	8	8
	M12	Respect des ratios en personnel para médical IDE de l'EOH ²				8	8	8	8
	M13	Il existe un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un autre personnel permanent ³				1,5	1,5	1.5	1.5
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités ⁴				2,5	2,5	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	1	1
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés				1	1	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

¹ 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

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 IDE ou cadre pour 400 lits
Pour les établissements ayant uniquement des places, les points sont attribués s'ils ont au moins dédié, 1 personnel paramédical dédié (IDE ou cadre).

³ Si « Oui » : si somme des ETP > 0 (quelque soit le nombre de lits ou places de l'établissement)

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 médicaux (médecin, pharmacien, sage-femme) ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

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

⁸ Pour les établissements de santé de type « HAD », les deux points sont redistribués en M31 ; M33 et M34

PONDÉRATION ICALIN2 – ACTIONS

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS et dialyse à domicile CPA ¹				
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années	100	50	4 (6 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	1	1	1.5				
	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	0,5	0,5	1				
	A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe				1	1	1	1	2				
	A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole				1	1	1	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	0,5	0,5	0,5				
Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années			100	50	6 (8 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	1	1	4		
	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	1,5	1,5	0		
	A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années						3,5	3,5	3,5	3,5	4		
Les précautions standard ²	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard					100	50	3 (4 pour HAD, les NA, pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	1	1,5	2
	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	2,5	2
Les précautions complémentaires	A41	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »	100	50					6 (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	1	1	2
	A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes »								1	1	1	1	2
	A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années								2	2	2	2	3
	A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes » a été faite dans les 5 dernières années								2	2	2	2	3

1 CPA : centre de cure post-alcoolique

2 Précautions « standard » autre que l'hygiène des mains

Items	ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile CPA
La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	100	50	17 (19 pour HAD, 16 pour NA, 2 pour MECSS, autodialyse, dia à domicile et CPA) ¹	1	1	1	1	0
	A52				1	1	1	2	0
	A53				1	1	1	0 (NA) ²	0
	A54				1	1	1	1	0
	A55				1	1	2	1	0
	A56				2	2	2	0 (NA) ³	0
	A57				4	4	4	4	0
	A58				4	4	5	5	0
	A59				2	2	2	2	2

¹ Les MECSS, les CPA, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A 53 à A 58 (prévention des infections associées aux gestes invasifs). Les points sont redistribués au sein des autres items de la partie actions d'ICALIN.2.

² Le point est redistribués en A31 et A32.

³ Les deux points de l'item A 56 sont redistribués en A 52 et A 58 – cet item est NA quand A53 est NA

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile et CPA
Environnement	A61	Il existe une démarche de prévention liée à l'environnement (eau, air)	100	50	3 ¹ (0 pour HAD, 4 pour MECSS autodia, dia à domicile et CPA)	3	3	0 (NA) ²	3	4
	Surveillance	A71			Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	7 (10 pour MECSS autodialyse et dialyse à domicile et CPA)	0,5	0,5	0,5	0,5
A72		Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR et AES)			2,5		2,5	2,5	2,5	3
A73		Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau			1		1	1	1	1
A74		Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR et AES) ont été rendus à tous les services participants			2		2	2	2	3
A75		Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR et AES) sont présentés en CME			1		1	1	1	2
Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave	A81	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave			4	4	4	4	4	6

¹Plusieurs 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 ou 4 points de l'item A61 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 redistribués aux items A55, A58, et A32

² Pour les établissements de santé de type « HAD », les 3 points de A61 sont redistribués en A 32, A 55 et A 58

PONDÉRATION ICA-LISO

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 ¹	Les chirurgiens sont systématiquement 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 ²	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 ³	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 ⁴	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance					16	
		LISO.11	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau						6
		LISO.12	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire et/ou bloc obstétrical						4
		LISO.13	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité participants						4
	Évaluation des pratiques	LISO.14	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années					12	
		LISO.15	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années						12

¹ Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des ISO dans :

- 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

² Sont accordés :

- 10 points aux établissements de santé ayant répondu « oui »
- 5 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement »

³ Sont accordés :

- 4 points aux établissements pour lesquels il existe une maintenance préventive du bloc opératoire, du bloc obstétrical et une surveillance de l'empoussièrement 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
 - a) soit une maintenance préventive,
 - b) soit une surveillance microbiologique ou une surveillance du taux d'empoussièrement 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 (pas de contrôles ou ayant des contrôles sans seuil d'alerte défini)

⁴ Sont accordés :

- 16 points si toutes les disciplines sont surveillées
- 12 points : $\geq 75\%$ et $< 100\%$ des disciplines
- 8 points : entre $\geq 50\%$ et $< 75\%$ des disciplines
- 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.

PONDÉRATION ICA-BMR

Items		ICA-BMR		total	N1	N2	N0	
Organisation	Politique de maîtrise des BMR	BMR - O1	Il existe un protocole avec une liste des 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 des BMR sont restitués à la CME				8	
Moyens	Information	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 qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées		40	24	16	16
	Surveillance A.2	BMR - A21	Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR				10	
		BMR - A22	La surveillance des BMR est faite en réseau				6	
		BMR - A23	Les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités	8				

CALCUL DE L'INDICE SARM

L'indice SARM est un indice triennal, pour 1 000 journées d'hospitalisation, il est calculé à partir des données des années 2010, 2011 et 2012 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2010, 2011 et 2012}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2010, 2011 et 2012}}$$

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

Classes de performance de l'indice SARM

Les classes de performance reposent sur les classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre.

Classes de performance $A < P10 \leq B < P30 \leq C < P70 \leq D < P90 \leq E$

CATÉGORIES	P10	P30	P70	P90
CHR-CHU	0,321	0,472	0,662	0,812
CH INF 300 lits et places	0,219	0,394	0,705	0,990
CH SUP 300 lits et places	0,318	0,435	0,729	1,007
Ex-hôpital local	0,068	0,139	0,309	0,511
Clinique MCO	0,110	0,239	0,547	0,911
SSR-SLD	0,072	0,152	0,360	0,749

NB. – Les CLCC n'ont pas de classe de performance car sont trop peu nombreux pour que cinq classes aient une signification.

Évolution de tendance des taux annuels de SARM de 2007 à 2012

L'analyse de l'évolution des taux annuels est le reflet de la politique de l'établissement pour lutter contre cette bactérie multirésistante.

L'évolution de tendance permet à l'établissement de se comparer à lui-même au cours des années.

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

CALCUL D'ICSHA2

Les catégories « maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée » (MECSS), et « centres de postcure alcoolique exclusifs » ne sont pas concernées par cet indicateur.

Calcul de l'indicateur :

Numérateur = volume en litres de PHA commandé pour l'année.

Dénominateur = objectif personnalisé de volume de PHA à consommer pour l'année correspondant à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité (voir tableau n° 2).

Calcul du dénominateur : un nombre minimal de frictions par jour et par patient est fixé pour chaque spécialité (tableau n° 1).

L'exigence en termes de nombre de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité augmente chaque année, conformément aux travaux d'expertise réalisés lors du passage à la version 2 d'ICSHA.

Tableau n° 1 : nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité

SPÉCIALITÉS	NOMBRE
HOSPITALISATION COMPLÈTE ET DE SEMAINE	
Médecine	7,5
Chirurgie	9
Réanimation	40
USI-USC	21
Obstétrique	11
Accouchement sans césarienne	10

SPÉCIALITÉS	NOMBRE
Accouchement avec césarienne	6
Soins de suite et réadaptation fonctionnelle	6,5
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	9
HAD (par jour)	3,5
Urgences (par passage)	2
HOSPITALISATION DE JOUR	
Hôpital de jour de médecine	2,5
Hôpital de jour de chirurgie	2
Hôpital de jour d'obstétrique	3,5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et réadaptation fonctionnelle	2,5
Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	6
Séance de chimiothérapie	3,5

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé :

Tableau n° 2

CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISÉ DE CONSOMMATION		
Variables	Résultats par spécialité	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2012)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x nombre minimal de frictions par jour (tableau n° 1)		
x 0,003 litre de PHA (correspondant à 1 friction)		

L'objectif personnalisé de l'établissement correspond à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité. Il correspond au minimum à atteindre pour la technique de friction hydro-alcoolique.

Extraction des journées d'hospitalisation à partir de la SAE :

L'indicateur ICSHA2 se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la statistique annuelle des établissements (SAE), l'ATIH utilise ces données. Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2. Le score ICSHA2 sera classé « DI » lorsque les données de la SAE seront manquantes.

L'attention des établissements est attirée sur l'importance que revêt le remplissage de la SAE, notamment pour les établissements disposant de plusieurs sites qui doivent veiller à la parfaite concordance entre les données transmises sous leur entité juridique et celles fournies par chacun des sites.

En 2014, la SAE évoluera afin de collecter la bonne information au bon niveau, d'alléger la charge de collecte des établissements et de répondre aux besoins des utilisateurs. La SAE collectée en 2013, sur les données 2012, est donc la dernière sous la forme actuelle. Au printemps 2014, pour la collecte des données 2013, l'enquête SAE présentera un nouveau format. Le recueil de la SAE s'effectuera notamment au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie), alors que les niveaux de recueil sont différents actuellement entre public et privé.

Journées d'hospitalisation prises en compte au dénominateur d'ICSHA2 :

Il est pris en compte (selon définitions des bordereaux SAE) :

- hospitalisation complète et de semaine : les journées réalisées en médecine, en chirurgie, en gynécologie-obstétrique, en soins de suite (SS), en réadaptation (SR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;

- les journées d'hospitalisation de jour en médecine, en chirurgie, en obstétrique et en réadaptation ;
- les séances de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- les journées réalisées en unités de réanimation, en unité de soins intensifs-soins continus ;
- les séances d'hémodialyse (adultes et enfants) prises en compte concernent :
 - l'hémodialyse en centre et en unités de dialyse médicalisées ;
 - les autres techniques d'épuration extrarénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.

PONDÉRATION ICATB

		ICATB		Total	N1	N2	N0	
Organisation	Organisation de la politique	ATB01 ¹	L'établissement a une instance, propre ou partagée avec d'autres structures, chargée d'impulser et de coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques (Commission des antibiotiques de la circulaire)	100	20	20	20	
	Moyens	Humains	ATBM2		Il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement	40		20
Connexion informatique		ATBM5a	Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie		15			5
		ATBM5b ²	L'information de la prescription du médicament est informatisée					10
Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques			5	5		
Actions	Prévention A.1	ATBA3a ³	Un protocole d'antibioprophylaxie validé par l'instance (NA si l'ES n'a pas de chirurgie)		10	10	10	
		ATBA3b ⁴	Il existe un protocole, validé par l'instance citée à l'item ATB01, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections					
		ATBA4a	Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement		30	5	1,25	
	ATBA4b	Si oui, Il existe une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée	2,5					
	ATBA4c	Si oui, les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures	1,25					
	Surveillance A.2	ATBA8	Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ)		12,5	12,5		
	Evaluation A-3	ATBA7	Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année du bilan		12,5	12,5		

¹ Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point (x5), deux réunions par an = 2 points (x5), supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points (x5)

² Prescription du médicament informatisée : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point (x5), informatisation totale = 2 points (x5).

³ et ⁴

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie (= LISO 9)	2,5	2,5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	5	7,5	7,5	10
3b appliqué aux urgences	2,5	-	2,5	-
TOTAL	10	10	10	10

PONDÉRATION SCORE AGRÉGÉ POUR LES ACTIVITÉS 2012

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

Répartition du score agrégé lorsque tous les indicateurs sont présents pour l'ES : ICALIN2, ICSHA2, ICATB, ICA-BMR et ICA-LISO

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN2} * 0,35) + (\text{ICSHA2} * 0,20) + (\text{ICATB} * 0,20) + (\text{ICA-BMR} * 0,10) + (\text{ICA-LISO} * 0,15)$$

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN2, ICSHA2, ICATB et ICA-BMR

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN2} * 0,41) + (\text{ICSHA2} * 0,235) + (\text{ICATB} * 0,235) + (\text{ICA-BMR} * 0,12)$$

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN2, ICSHA2 et ICA-BMR

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN2} * 0,54) + (\text{ICSHA2} * 0,31) + (\text{ICA-BMR} * 0,15)$$

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN2, ICSHA2 et ICA-LISO

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN2} * 0,50) + (\text{ICSHA2} * 0,29) + (\text{ICA-LISO} * 0,21)$$

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN2 et ICSHA.2

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN2} * 0,64) + (\text{ICSHA2} * 0,36)$$

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN2 + ICA-BMR

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN2} * 0,78) + (\text{ICA-BMR} * 0,22)$$

Remarque :

Les établissements pour lesquels ICALIN2 et/ou ICSHA2 n'ont pu être calculés pour cause de données SA manquantes n'ont pas de score agrégé.

ICSHA2 est plafonné à 100 % pour le calcul du score agrégé.

ANNEXE V

LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE

1. Année de référence pour les limites de performance

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 ont évolué en 2010 (1) 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 (2).

L'année 2010 est donc l'année de référence pour le calcul des limites de classe des nouveaux indicateurs.

Les tableaux ci-après présentent les limites des classes pour chacun des indicateurs en fonction des catégories d'établissements.

2. Répartition des classes de performance

Les classes de l'indicateur ICSHA2 (indice de consommation de produits hydro-alcooliques) ont évolué en 2011 afin d'être plus linéaires ($E < 20 \% \leq D < 40 \% \leq C < 60 \% \leq B < 80 \% \leq A$). Dans une perspective d'homogénéisation, cette répartition des classes de performance est étendue aux autres indicateurs version 2.

Ainsi, depuis 2012, les indicateurs ICALIN2 (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, version 2), ICA-LISO (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections du site opératoire), ICA-BMR (indicateur composite d'activité de lutte contre les bactéries multi-résistantes) et score agrégé sont présentés avec la même répartition des classes.

Pour ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques) et l'indice triennal SARM qui sont des indicateurs de première génération, l'ancienne répartition des classes de performance leur est conservée ($E < 10 \% \leq D < 30 \% \leq C < 70 \% \leq B < 90 \% \leq A$).

3. Cas particulier des centres de postcure alcoolique et des centres ambulatoires

Les centres de postcure alcoolique et les centres de type ambulatoire ne sont pas concernés par tous les indicateurs, la pondération pour le calcul des indicateurs tient compte de ces spécificités. Ces établissements, pour l'affichage, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR/SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits...) en fonction de leur activité.

4. Définition des catégories d'établissement

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

INTITULÉ des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux. Centres hospitaliers universitaires.
CH-CHG < à 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
CH-CHG ≥ à 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
Établissements psychiatriques	Établissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie.
Ex-hôpitaux locaux	Ex-hôpitaux locaux publics. Établissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale.

(1) 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.

(2) 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.

INTITULÉ des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
Cliniques MCO < à 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines. Établissements MCO PSPH par concession sous OQN.
Cliniques MCO ≥ à 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines. Établissements MCO PSPH par concession sous OQN.
SSR-SLD	Établissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80 % du total de ses lits et places.
CLCC-CANCER	Établissements classés Centre de lutte contre le cancer.
HAD	Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant (> 80 % de leurs activités en lits et places).
HEMODIALYSE	Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places.
MECSS	Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour).
CPA *	Centres de postcure alcoolique exclusive.
AMBULATOIRE *	Établissements dont le nombre de places représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places.
<p>* Ces établissements, pour l'affichage, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR/SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits...) en fonction de leur activité.</p>	

5. Indicateurs

Catégories	ICALIN.2	ICSHA.2	ICATB	ICA-BMR	SARM	ICA-LISO
CHR-CHU	+	+	+	+	+	+/-
CH-CHG < 300 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
CH-CHG ≥ 300 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
Etablissements Psy	+	+	+	+		
Ex Hôpitaux locaux	+	+	+	+	+/-	
Cliniques MCO < 100 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
SSR-SLD	+	+	+	+	+/-	
CLCC-CANCER	+	+	+	+		+/-
HAD	+	+		+		
Hémodialyse	+	+/-		+		
MECSS	+					
CPA	+					
Ambulatoire	+	+				+/-

LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICALIN2

Définition des classes $E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$

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

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

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

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
CHR-CHU	< 69,5	de 69,5 à < 73	de 73 à < 76,5	de 76,5 à < 81	≥ 81
CH < 300 lits et places	< 56	de 56 à < 64,5	de 64,5 à < 71	de 71 à < 78	≥ 78
CH ≥ 300 lits et places	< 62,5	de 62,5 à < 70	de 70 à < 76,5	de 76,5 à < 82,5	≥ 82,5
Établissements psychiatriques	< 44,2	de 44,2 à < 51,4	de 51,4 à < 58,6	de 58,6 à < 66	≥ 66
Ex-hôpital local	< 48,7	de 48,7 à < 56,4	de 56,4 à < 63,5	de 63,5 à < 70	≥ 70
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 58,1	de 58,1 à < 68,5	de 68,5 à < 74,3	de 74,3 à < 80,9	≥ 80,9
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 63	de 63 à < 69,9	de 69,9 à < 76,5	de 76,5 à < 84,8	≥ 84,8
SSR-SLD	< 45,5	de 45,5 à < 55	de 55 à < 62	de 62 à < 70	≥ 70
CLCC-CANCER	< 73,3	de 73,3 à < 78,8	de 78,8 à < 84,2	de 84,2 à < 89,2	≥ 89,2
HAD	< 30,9	de 30,9 à < 41,5	de 41,5 à < 54	de 54 à < 67,6	≥ 67,6
Hémodialyse	< 60,1	de 60,1 à < 64,6	de 64,6 à < 70,5	de 70,5 à < 77,2	≥ 77,2
MECSS	< 47,7	de 47,7 à < 53,7	de 53,7 à < 60,4	de 60,4 à < 70	≥ 70

Exemple : un CH de moins de 300 lits avec un score ICALIN2 à 70 sera classé en C.

LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICA-LISO

Définition des classes $E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010. Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique.

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
CHR-CHU	< 59	de 59 à < 68,8	de 68,8 à < 79,2	de 79,2 à < 85	≥ 85
CH < 300 lits et places	< 60	de 60 à < 70	de 70 à < 76	de 76 à < 83	≥ 83
CH 300 lits et places	< 65	de 65 à < 73	de 73 à < 79	de 79 à < 85	≥ 85

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 59	de 59 à < 68	de 68 à < 78	de 78 à < 86	≥ 86
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 66	de 66 à < 74,2	de 74,2 à < 82	de 82 à < 87	≥ 87
CLCC-CANCER	< 78,8	de 78,8 à < 84	de 84 à < 88,2	de 88,2 à < 92	≥ 92

LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICA-BMR

Définition des classes $E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2 809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
CHR-CHU	< 70	de 70 à < 84	de 84 à < 92	de 92 à < 100	= 100
CH < 300 lits et places	< 48	de 48 à < 64	de 64 à < 76	de 76 à < 88	≥ 88
CH ≥ 300 lits et places	< 64	de 64 à < 78	de 78 à 86	de 86 à < 94	≥ 94
Établissements psychiatriques	< 26	de 26 à < 48	de 48 à < 64	de 64 à < 84	≥ 84
Ex-hôpital local	< 32	de 32 à < 48	de 48 à < 62	de 62 à < 78	≥ 78
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 48	de 48 à < 68	de 68 à < 78	de 78 à < 92	≥ 92
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 56	de 56 à < 72	de 72 à < 86	de 86 à < 94	≥ 94
SSR-SLD	< 40	de 40 à < 57,2	de 57,2 à < 70	de 70 à < 86	≥ 86
CLCC-CANCER	< 74,4	de 74,4 à < 84	de 84 à < 92	de 92 à < 100	= 100
HAD	< 4	de 4 à < 16	de 16 à < 38,8	de 38,8 à < 63,2	≥ 63,2
Hémodialyse	< 33,2	de 33,2 à < 54	de 54 à < 70	de 70 à < 82	≥ 82

LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICATB

Définition des classes $E < P10 \leq D < P30 \leq C < P70 \leq B < P90 \leq A$

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centiles 10 - 30 - 70 - 90) à partir des données des bilans 2006 (réalisé sur 2 290 établissements).

La classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques.

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
CHR-CHU	< 55	de 55 à < 68,75	de 68,75 à < 85	de 85 à < 90	≥ 90,00
CH < 300 lits et places	< 17,6	de 17,6 à < 35,31	de 35,31 à < 61,25	de 61,25 à < 76,25	≥ 76,25
CH ≥ 300 lits et places	< 32,45	de 32,45 à < 48,75	de 48,75 à < 70	de 70 à < 85	≥ 85,00

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
Établissements psychiatriques	< 10	de 10 à < 25,30	de 25,30 à < 57,5	de 57,5 à < 70,9	≥ 70,9
Ex-hôpitaux locaux	< 0,3	de 0,3 à < 11	de 11 à < 36,85	de 36,85 à < 61,25	≥ 61,25
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 16,25	de 16,25 à < 36,25	de 36,25 à < 62,5	de 62,5 à < 77,5	≥ 77,5
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 25	de 25 à < 46,25	de 46,25 à < 67,5	de 67,5 à < 78,9	≥ 78,9
SSR-SLD	< 1,25	de 1,25 à < 20	de 20 à < 52,5	de 52,5 à < 71,25	≥ 71,25
CLCC-CANCER	< 31,95	de 31,95 à < 49,75	de 49,75 à < 70,75	de 70,75 à < 79,15	≥ 79,15

LIMITES DE CLASSES SCORE AGRÉGÉ – ACTIVITÉS 2012

Définition des classes $E < P20 \leq D < P40 \leq C < P60 \leq B < P80 \leq A$

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

Le score agrégé étant la sommation des niveaux de performance réalisés dans chaque domaine évaluée par les cinq indicateurs (ICALIN2, ICSHA2, ICATB, ICA-BMR et ICA-LISO), le calcul des limites de classes est réalisé selon la formule du score agrégé et appliquée aux valeurs des limites équivalentes.

CATÉGORIES d'établissements de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
CHR-CHU	< 55,18	de 55,18 à < 66,02	de 66,02 à < 76,86	de 76,86 à < 85,10	≥ 85,10
CH < 300 lits et places	< 40,92	de 40,92 à < 54,54	de 55,54 à < 68,10	de 68,10 à < 79,80	≥ 79,80
CH ≥ 300 lits et places	< 48,52	de 48,52 à < 61,00	de 61,00 à < 73,23	de 73,23 à < 84,30	≥ 84,03
Établissements psychiatriques	< 28,29	de 28,29 à < 42,18	de 42,18 à < 59,32	de 59,32 à < 72,40	≥ 72,40
Ex-hôpital local	< 28,58	de 28,58 à < 40,87	de 40,87 à < 56,23	de 56,23 à < 71,25	≥ 71,25
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 41,24	de 41,24 à < 56,23	de 56,23 à < 70,01	De 70,01 à < 81,92	≥ 81,92
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 46,55	de 46,55 à < 60,05	de 60,05 à < 73,18	de 73,18 à < 83,91	≥ 83,91
SSR-SLD	< 28,45	de 28,45 à < 43,51	de 43,51 à < 60,26	de 60,26 à < 74,56	≥ 74,56
CLCC-CANCER	< 55,31	de 55,31 à < 66,53	de 66,53 à < 78,05	de 78,05 à < 86,85	≥ 86,85
HAD	< 23,49	de 23,49 à < 37,21	de 37,21 à < 53,58	de 53,58 à < 70,78	≥ 70,78
Hémodialyse	< 43,63	de 43,63 à < 55,38	de 55,38 à < 67,17	de 67,17 à < 78,79	≥ 78,79

Exemple de la construction des classes pour les CHR-CHU :

La formule du score agrégé pour un établissement concerné par les cinq indicateurs est :

Score agrégé = (ICALIN2 * 0,35) + (ICSHA2 * 0,20) + (ICATB * 0,20) + (ICA-BMR * 0,10) + ICA-LISO * 0,15).

Les limites de classe de performance A pour les CHR-CHU pour chaque indicateur sont : ICALIN2 ≥ 81 ; ICSHA2 ≥ 80 ; ICATB ≥ 90 ; ICA-BMR = 100 ; ICA-LISO ≥ 85.

La limite de classe de performance A du score agrégé pour tous les CHU-CHR est donc : (81 × 0,35) + (80 × 0,20) + (90 × 0,20) + (100 × 0,10) + (85 × 0,15) soit 85,10.

ANNEXE VI

INDICATEUR COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES (ICATB.2)

Cahier des charges et répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

Cette annexe présente les nouveaux objectifs, le cahier des charges et la pondération des items pour l'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB.2).

1. Objectifs

L'indicateur a été élaboré afin d'améliorer la prise en charge des patients et de prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques.

Sur la base des résultats des établissements, des expériences régionales et nationales et selon les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2009-2013, le groupe de travail *ad hoc* de la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville (COSPIN) a défini des objectifs permettant d'améliorer la prise en charge des patients et de prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques :

- l'intégration du bon usage dans la politique de l'établissement, *via* le programme d'actions bon usage des médicaments de la commission ou conférence médicale de l'établissement ;
- l'accès pour chaque prescripteur à un conseil diagnostic et thérapeutique ;
- une collaboration formalisée entre les différents acteurs ;
- la définition d'une procédure d'alerte pour une réévaluation de l'antibiothérapie en fonction d'une priorisation des risques (molécules, micro-organismes, sites infectieux) ;
- le fait de pouvoir disposer de connexion informatique et d'une informatisation de la prescription, ainsi que d'un référent compétent avec un temps d'activité identifié ;
- la formation des nouveaux prescripteurs ;
- la définition d'une liste d'antibiotiques « ciblés » à réévaluer, suivre et dispenser nominativement, comportant en priorité les carbapénèmes, céphalosporines de troisième génération et les fluoroquinolones ;
- la définition de protocoles d'antibiothérapie de première intention sur les principaux sites d'infection, actualisés tous les trois ans, en raison du caractère d'évolution des micro-organismes ;
- une vigilance accrue sur les durées longues d'antibiothérapies et la définition des modalités de contrôle-réévaluation au sein de l'établissement ;
- l'utilisation de test d'orientation diagnostic aux urgences ;
- la surveillance de la consommation rapportée à l'activité (cette surveillance pouvant être effectuée en réseau) et la confrontation des données de surveillance de consommation à celles de résistances des bactéries ;
- une évaluation des pratiques relativement fréquentes en raison du caractère d'évolution des micro-organismes, pouvant prendre différentes formes, des plus simples, la molécule est adéquate, à des évaluations plus complètes comme sur la désescalade de traitement ;
- l'importance de la restitution des résultats de surveillance et d'évaluation des pratiques aux services participants et à la commission ou conférence médicale de l'établissement. Des résultats qui présentent une analyse des données et les pistes d'amélioration à entreprendre.

Le groupe a ensuite traduit les objectifs à atteindre en questions et a défini les éléments de preuve. Il y a eu ensuite un ordonnancement des objectifs en matière d'organisation à mettre en place, de moyens à mobiliser et d'actions à conduire et enfin une pondération pour aboutir à une note sur 100.

Les informations relatives à ICATB.2 (cahier des charges et pondération) ont été présentées aux établissements dès juillet 2012 (1) afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs précités.

Les établissements auront à disposition les résultats de simulation sur les données 2012. La diffusion publique de cet indicateur est prévue en 2014 (données 2013).

Il est rappelé que les évaluations de pratiques demandées sur le bon usage des antibiotiques et les autres indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont utilisables en termes d'évaluation de pratiques professionnelles pour répondre à la certification et/ou au développement professionnel continu selon les choix des professionnels et des établissements de santé.

2. Cahier des charges

Ne concerne pas les HAD, l'hémodialyse, les MECSS, l'ambulatoire et les centres de post-cure alcoolique exclusifs).

(1) Instruction DGOS/PF2 n° 2012-286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire DGOS/PF2 n° 2012-134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe IV.

ORGANISATION

ATBO1. Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques

OUI NON

Aide au remplissage

En fonction de l'organisation des établissements de santé, la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME) peut avoir délégué ses attributions en matière de bon usage des antibiotiques/anti-infectieux à une commission spécifique. Cette commission spécifique est alors officiellement chargée, par le président de la CME, du bon usage des antibiotiques.

Dans ce cas, le terme CME usité sera conservé dans le questionnaire pour la désigner.

Éléments de preuve

Extrait du programme qualité et sécurité des soins de la commission ou de la conférence médicale d'établissement.

ATBO2. Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie

OUI NON

Éléments de preuve

Tout document indiquant le nom des personnes ressources assurant ce conseil diagnostique et thérapeutique et les modalités de contact en interne et en externe de l'établissement.

ATBO3. Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue, le cas échéant, sont définies

OUI NON

Éléments de preuve

Tout document ou procédure qui formalise les modalités de collaboration (par exemple charte, règlement intérieur, convention entre établissements, etc.) entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue, le cas échéant.

ATBO4. Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie

OUI NON

Répondre « oui », seulement si l'alerte précise les modes de réception et d'intervention de cette alerte et si elle est priorisée en fonction d'au moins un des éléments ci-dessous :

- Des antibiotiques « ciblés ».
- Un ou des micro-organismes précisés.
- Un ou des sites infectieux précisés (ex. : hémocultures positives).

Aide au remplissage

Une alerte se traduit par une action spécifique auprès des personnes destinataires de cette dernière. Elle a pour objectif une réévaluation de la prescription du patient par le prescripteur, le référent antibiotique, l'infectiologue selon la procédure en place dans l'établissement. Elle peut être réalisée par différents moyens (téléphone, informatique, réunion). Les antibiotiques « ciblés » entraînent une dispensation nominative, une nécessité de réévaluation à 48 heures-72 heures et un suivi de la consommation (voir ATBA1).

Éléments de preuve

Tout document ou procédure validé par la CME et daté décrivant les acteurs, objectifs, modalités de l'alerte et actions à déclencher.

MOYENS

ATBM1. Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie

OUI NON

Aide au remplissage

Répondre « oui », si le système d'information de l'établissement permet aux secteurs d'activités prescripteurs et à la pharmacie à usage intérieur d'accéder aux données individuelles du laboratoire de microbiologie.

Éléments de preuve

La liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme) est présentée.

ATBM2. La prescription des antibiotiques est informatisée

OUI Partiellement NON

Aide au remplissage

Le système d'information doit permettre une prescription informatisée de l'ensemble des médicaments au sein du service, avec une transmission automatique des données à la pharmacie à usage intérieur (PUI) pour tout ou partie des secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est partielle si elle ne concerne qu'une partie des secteurs d'activités. La prescription informatisée est totale si elle concerne tous les secteurs d'activités.

Éléments de preuve

L'établissement fournit un exemple de transmission des données de la prescription à la PUI, des copies d'écran.

ATBM3. Il existe un référent ou des référents en antibiothérapie, au sein de l'établissement ou partagés, entre plusieurs établissements, désignés par les représentants légaux du ou des établissements

OUI NON

Si oui, quelle est sa discipline ? (1) |_|

(1) Numéro de la discipline du référent en antibiothérapie : 1 – Infectiologue ; 2 – Interniste ; 3 – Anesthésiste-réanimateur ou réanimateur médical ; 4 – Hygiéniste ; 5 – Biologiste ; 6 – Pharmacien ; 7 – Généraliste ; 8 – Autre spécialité médicale.

Éléments de preuve

Fiche de poste ou lettre de mission de ce référent en antibiothérapie précisant le temps dédié à ses missions.

Si le référent antibiotique est partagé entre plusieurs établissements, convention entre ces établissements.

ATBM4. Le ou les référents en antibiothérapie

M4a : a une compétence adaptée à ses missions

OUI NON

Répondre « oui », si le référent a un DESC ou un DU d'antibiothérapie ou une attestation de formation en maladie infectieuse.

M4b : ses compétences sont actualisées régulièrement.

OUI NON

Répondre « oui », s'il assiste, chaque année, à des congrès, réunions professionnelles en lien avec les antibiotiques...

Éléments de preuve

Attestation de compétences.

Tout document attestant de l'actualisation des compétences.

ATBM5. Nombre d'ETP spécifiquement affectés au référent antibiotique intervenant dans l'établissement

|_|_|, |_|_| ETP

Aide au remplissage

Le temps de travail se comprend comme le temps dédié à son activité de référent.

1 vacation = 0,1 ETP.

Objectif cible :

1 vacation pour 400 lits de SSR/SLD ou psychiatrie.

3 vacations pour 400 lits de MCO.

ATBM6. Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques

OUI NON

Répondre « oui », si l'établissement a une procédure de formation disponible. Cette procédure doit être prévue par l'établissement et approuvée par la commission CME.

Éléments de preuve

Il peut s'agir de sessions de formation ou de tout autre moyen permettant de donner aux nouveaux prescripteurs les moyens d'appliquer les dispositions adaptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

Présentation du socle de formation validé par la CME.

ACTIONS

Actions de prévention

ATBA1. Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement

OUI NON

Répondre « oui », seulement si les antibiotiques « ciblés » répondent à tous les critères suivants :

- Leur prescription entraîne une dispensation nominative.
- Une réévaluation à 48 h-72 h est nécessaire.
- Leur consommation est suivie.

Et ils appartiennent aux classes suivantes :

- Les céphalosporines de troisième génération.
- Les carbapénèmes.
- Les fluoroquinolones.
- Autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement.

Éléments de preuve

Liste des antibiotiques répondant à ces différents critères.

ATBA2. Il existe un protocole validé par la CME sur l'antibiothérapie de première intention des principaux sites d'infection en termes de fréquence

OUI NON

Répondre « oui », seulement s'il existe un protocole, actualisé tous les trois ans, sur l'antibiothérapie de première intention qui concerne les principaux sites d'infections en termes de fréquence dans l'établissement et précise la durée de traitement pour chacune des indications.

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

2012 2011 2010 2009 2008 Avant 2008

Éléments de preuve

Protocole daté et validé par la CME.

ATBA3. Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient

OUI NON

Éléments de preuve

Tout document ou protocole précisant les modalités de traçabilité de l'argumentation pour toute antibiothérapie poursuivie plus de sept jours.

ATBA4. Les modalités de contrôle-réévaluation des prescriptions d'antibiotiques sont déterminées par l'établissement

OUI NON

Aide au remplissage

Les contrôles peuvent consister, par exemple, en une vérification, lors de la dispensation initiale, du renouvellement ou de la réévaluation de la présence d'une argumentation microbiologique, de la conformité à des protocoles d'antibiothérapie, de l'obtention de l'avis du référent, de l'adaptation aux données du suivi thérapeutique.

Éléments de preuve

Tout document précisant les modalités de contrôle des prescriptions d'antibiotiques à l'initialisation ou au renouvellement éventuel ainsi que les modalités de réévaluation des traitements.

ATBA5. Des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence

OUI NON

Aide au remplissage

Il peut s'agir par exemple des tests d'orientation diagnostique pour les angines dans les services d'urgence.

Éléments de preuve

Bon de commande à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et exemple d'un résultat anonymisé de tests d'orientation diagnostique obtenu aux urgences.

ACTIONS DE SURVEILLANCE

ATBA6. Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité

OUI NON

Aide au remplissage

La surveillance de la consommation permet des évaluations de pratiques et de prioriser des actions. Cette surveillance porte au minimum sur les antibiotiques « ciblés ». Elle fait l'objet d'une présentation périodique des résultats aux prescripteurs et à la CME.

Éléments de preuve

Tout document présentant les résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les résultats par familles d'antibiotiques et par antibiotiques « ciblés » présentant l'analyse des résultats et la priorisation des actions à conduire (évaluation de pratiques, etc.).

ATBA7. Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau

OUI NON

Aide au remplissage

L'établissement de santé fait partie d'un réseau pour la surveillance de la consommation des antibiotiques : il peut s'agir du réseau national ATB-RAISIN ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie (critères d'inclusion, d'exclusion, définitions du calcul de la consommation des antibiotiques) doit être validée par plusieurs établissements.

Éléments de preuve

Tout document attestant de la participation à un réseau de surveillance de la consommation des antibiotiques.

ATBA8. Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques

OUI NON

Aide au remplissage

La confrontation des données de surveillance de consommation d'antibiotiques avec celles de la résistance bactérienne aux antibiotiques peut permettre d'expliquer :

1° L'incidence élevée de souches bactériennes résistantes par une consommation élevée d'antibiotiques.

Exemple : *E. coli* résistant à la ciprofloxacine et consommation de fluoroquinolones.

2° La consommation de certains antibiotiques de deuxième intention par une écologie microbienne locale.

Exemples :

- consommation de glycopeptides due à une incidence élevée du *S. aureus* résistant à la méticilline ;
- consommation de carbapénèmes due à une incidence élevée d'entérobactéries ou de *P. Aeruginosa* résistant aux céphalosporines de troisième génération.

Éléments de preuve

Tout document attestant de travaux relatifs à la confrontation des consommations d'antibiotiques à l'écologie microbienne.

ATBA9. Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes

OUI NON

Aide au remplissage

À titre d'exemple, une discipline est la cardiologie, la diabétologie, la rhumatologie, la médecine interne....

Éléments de preuve

Tout document attestant de la restitution, aux disciplines participantes, des résultats de surveillance de la consommation d'antibiotiques ainsi que les pistes d'actions d'amélioration.

ATBA10. Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME

OUI NON

Éléments de preuve

Tout document attestant de la restitution à la CME des résultats de surveillance de la consommation d'antibiotiques ainsi que les pistes d'actions d'amélioration proposées.

ACTIONS D'ÉVALUATION

ATBA11. Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années

Préciser la thématique :

- | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 11a. Le respect de la molécule recommandée | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| 11b. La posologie de l'antibiotique | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| 11c. La durée de l'antibiothérapie | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| 11d. Réévaluation à 72 h, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste...) | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

Aide au remplissage

Utilisation de méthode validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN, OMEDIT ou par une société savante pour l'évaluation des pratiques (audit, revue de morbi-mortalité...). Les critères de l'évaluation (par exemple, les questions utilisées dans un audit) peuvent avoir été élaborés par l'établissement.

Éléments de preuve

Tout document daté attestant de la conduite de ces évaluations.

ATBA12. Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes

OUI NON

ATBA13. Les résultats des évaluations sont présentés en CME

OUI NON

Éléments de preuve (ATBA12. ATBA13)

Tout document attestant de la restitution des résultats des évaluations à la commission ou la conférence médicale de l'établissement et aux disciplines participantes ainsi que les actions à mettre en place en fonction des résultats des évaluations.

3. Pondération ICATB.2

Fonctions	Items	ICATB.2	Total	N1	N2	N3
Organisation	Politique	ATB01	100	16	4	4
	Accès à conseil	ATB02			4	
		ATB03			8	4
	Alerte	ATB04			4	4
Moyens	Informatique	ATBM1		38	12	6
		ATBM2				6
	Humains	ATBM3			4	
		ATBM4a			2	
		ATBM4b			2	
		ATBM5			8	
	Formation	ATBM6			10	10
Actions	Prévention	ATBA1		46	18	4
		ATBA2				4
		ATBA3				5
		ATBA4				3
		ATBA5				2
	Surveillance	ATBA6	2			
		ATBA7	2			
		ATBA8	10		2	
		ATBA9	2			
		ATBA 10	2			
	Evaluation-audit	ATBA11a	18		2	
		ATBA11b			2	
		ATBA11c			2	
ATBA11d		3				
ATBA12		5				
ATBA13		4				

¹ Sont accordés : 6 points aux établissements de santé ayant répondu « oui », 3 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement »

² Le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits et places en partant des équations suivantes : 0,1 ETP pour 400 lits de SRR/SLD ou psychiatrie et 0,3 ETP pour 400 lits de MCO (validation du calcul avec 10% de marge)

ANNEXE VII

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 de « 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.

- Créer un nouveau compte :
- Cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur).
 - Renseigner les informations Utilisateur.
 - Cliquer sur Enregistrer

Utilisateur	Identifiant	Nom	Prénom	Courriel	Téléphone	Organisation	Adresse	Mot de passe	Mot de passe (ressaisir)
DUTEST	33722	DUTEST	Alicia			ATIH			

Domaine-Statut-Champ	Domaine-Rôle
<input type="checkbox"/> Administration	
<input type="checkbox"/> PMSI	
<input type="checkbox"/> ATH	
<input type="checkbox"/> ENC	
<input type="checkbox"/> CABESTAN	
<input type="checkbox"/> CONTROLE	
<input type="checkbox"/> OMEEDIT	
<input type="checkbox"/> AGORA	
<input type="checkbox"/> QUALHS	
<input type="checkbox"/> SNATH	
<input checked="" type="checkbox"/> ICARE	
<input type="checkbox"/> ARBUST	
<input type="checkbox"/> ANCRE	
<input type="checkbox"/> H2012H.NUMERIQUE	
<input checked="" type="checkbox"/> ISATISFACTION	
<input type="checkbox"/> RECOMPOSITION	
<input type="checkbox"/> GENP	

- 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

Domaine-Statut-Champ	Domaine-Rôle
<input type="checkbox"/> Administration	<input type="checkbox"/> Administrateur
<input type="checkbox"/> PMSI	<input checked="" type="checkbox"/> Contrôleur
<input type="checkbox"/> ATH	<input type="checkbox"/> Lecteur
<input type="checkbox"/> ENC	
<input type="checkbox"/> CABESTAN	
<input type="checkbox"/> CONTROLE	
<input type="checkbox"/> OMEEDIT	
<input type="checkbox"/> AGORA	
<input type="checkbox"/> QUALHS	
<input type="checkbox"/> SNATH	
<input checked="" type="checkbox"/> ICARE	
<input type="checkbox"/> ARBUST	
<input type="checkbox"/> ANCRE	
<input type="checkbox"/> H2012H.NUMERIQUE	
<input type="checkbox"/> ISATISFACTION	
<input checked="" type="checkbox"/> BILANLIN	
<input type="checkbox"/> RECOMPOSITION	
<input type="checkbox"/> GENP	

- 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 PLAt-forme 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 domaines 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 exemple) 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 fichiers », 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.

- Créer un nouveau compte :
- Cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur).
 - Renseigner les informations Utilisateur.
 - Cliquer sur 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

- 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

Les personnes peuvent maintenant se connecter à <http://bilanlin.atih.sante.fr> avec les comptes PLAGE.

GLOSSAIRE

PLAGE : acronyme de PLate-forme 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, ISTATISFACTION, BILANLIN...) ou bien à des fonctions (administration, contrôle...). Il s'agit, donc, de domaines 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 exemple) n'ont pas de notion de champ ni de statut.

Niveau : il s'agit des niveaux hiérarchiques Établissement – Régional – National.

ANNEXE VIII

MODALITÉS DE CONTRÔLE ET DE VALIDATION DES DONNÉES DÉCLARÉES

1. Contexte

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins et la transparence avec la diffusion publique des résultats des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins généralisés par la DGOS et la HAS.

Dans ce contexte, une orientation nationale de contrôle coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à partir de 2013 à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins dits « généralisés » (1).

Le champ de ce contrôle qualité du recueil des indicateurs couvre le contrôle des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Il vise à :

- fiabiliser les résultats des indicateurs généralisés rendus opposables aux établissements de santé en particulier afin de garantir la validité de l'information diffusée publiquement et utilisée au sein des dispositifs de contractualisation ARS/établissement de santé et d'incitation financière à la qualité (expérimental en 2014) ;
- valider l'organisation de l'établissement de santé au regard des exigences sur la lutte contre les infections nosocomiales et discuter des priorités identifiées par l'établissement de santé.

2. Méthodologie

2.1. Champ du contrôle

Tous les établissements de santé, publics et privés (CHU-CHR, centres hospitaliers, ex. : hôpital local, cliniques, pour les activités MCO, SSR, CLCC HAD et santé mentale), sont concernés par le tableau de bord des infections nosocomiales, et par conséquent, peuvent faire l'objet d'un contrôle qualité de ce recueil.

Ce contrôle est organisé par l'ensemble des régions françaises (métropole et outre-mer).

2.2. Sélection des établissements à contrôler

Depuis 2006, 10 % des établissements de santé au niveau national font l'objet d'une validation externe par les ARS à partir de l'analyse des éléments de preuve des données déclarées par l'établissement (contrôle sur pièce et/ou sur site).

En 2013, dans le cadre de l'ONC, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % au niveau de chaque région.

2.3. Sélection des indicateurs à contrôler

Les indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil sont les indicateurs recueillis en 2013 cités dans l'arrêté du 5 mars 2013 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité sécurité des soins.

Dans le cadre des IN, pour chaque établissement contrôlé, le contrôle peut porter sur un ou plusieurs indicateurs du tableau de bord des IN en fonction du plan d'inspection régional. Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- pour les établissements de santé n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN : le contrôle porte sur l'ensemble des indicateurs IN renseignés par l'établissement (ce nombre est fonction de la catégorie d'établissement) ;
- pour les établissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN : le contrôle porte sur un, plusieurs ou la totalité des indicateurs renseignés par l'établissement. Ce choix relève de l'ARS qui veillera cependant à maintenir une cohérence dans les indicateurs contrôlés : contrôler systématiquement l'indicateur ICALIN.2, ne pas dissocier les trois indicateurs complémentaires de lutte contre les BMR (ICATB, ICA-BMR, indice SARM)...

2.4. Modalités de validation

La validation des données déclarées par l'établissement consiste à contrôler que les éléments de preuve définis dans le cahier des charges (annexe III de l'instruction) confirment les déclarations de l'établissement. Les données déclarées peuvent être éditées à partir du site Internet de recueil des déclarations.

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

En l'absence ou refus de communication des éléments de preuves par un établissement, la valorisation des items correspondants sera mise à zéro automatiquement pour le calcul des indicateurs.

Le cadre du contrôle s'organise à la convenance des services qui en sont chargés en liaison avec les établissements sélectionnés : dans l'établissement au cours d'une visite spéciale ou d'une visite pour une autre occasion, ou lors d'une réunion au siège de l'ARS ou de la délégation territoriale.

De même, à la convenance des services qui en sont chargés et selon la disponibilité des établissements, la validation pourra se limiter au strict remplissage de la « liste de validation » ou être l'occasion de faire le point sur la prévention des infections associées aux soins au sein de l'établissement, dans le cadre d'une démarche d'accompagnement des établissements.

La validation des éléments de preuve devra faire l'objet d'un « constat de validation », qui pourra être la « liste de validation des données ». La double signature de ce document par le représentant légal de l'établissement et par le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sera indispensable qu'en cas de divergence avec les déclarations de l'établissement. La date à laquelle l'établissement devra avoir changé les données devra être précisée.

Si l'établissement approuve le « constat de validation », les corrections seront apportées par l'établissement directement sur le site Internet BILANLIN. Le référent « risques et infections associées aux soins » de l'ARS validera ensuite ces modifications.

Si l'ARS n'approuve pas le « constat de validation » pour cause de discordance, le ou les items concernés seront égaux à zéro.

Les validations et les corrections devront être réalisées avant le 21 septembre 2013.

3. Outils d'aide à la validation

Le cahier des charges

Il définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations. Le cahier des charges 2012 ne comprend les éléments de preuve que pour les items permettant le calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales soumis à diffusion publique en 2013.

La grille de contrôle

Une liste de validation des données ou « grille de contrôle » est mise à la disposition des agents responsables de cette validation sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr>. Elle reprend de façon synthétique les éléments contenus dans le cahier des charges.

La liste des établissements tirés au sort par l'ATIH

Cette liste est disponible pour chaque région sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr>.