



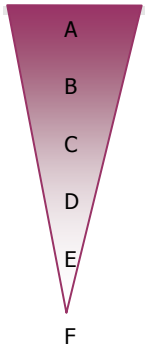
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

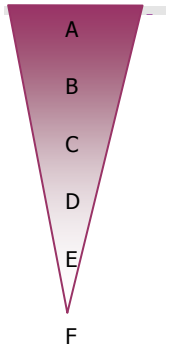
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

Annexe 3 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010





Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM, des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé et des aides au remplissage concernant les nouveaux items introduits par rapport à l'année précédente.

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

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 2010 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2011 est une actualisation du dossier de preuves 2010. 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 28 décembre 2010.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de l'ARS.

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

En cas de discordance après la validation externe par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

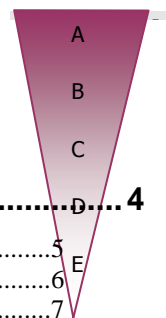


TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	5
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE.....	6
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D'ACTIONS.....	7
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.....	10
O211 : RÉUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRÉSENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITÉS.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIÈNE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 à 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 à 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PRÉVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUÊTE D'INCIDENCE OU DE PRÉVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE À PARTIR DES DONNÉES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'ÉVALUATION.....	32
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	33
ATB1 : INSTANCE CHARGÉE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN RÉFÉRENT EN ANTIBIOTHÉRAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISÉE DES MÉDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....	44
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	46
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....	48
F - NOUVEAUX ITEMS.....	51
ANNEXES.....	
TABLEAU N°1 : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRÉSENCE DES INDICATEURS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS.....	69

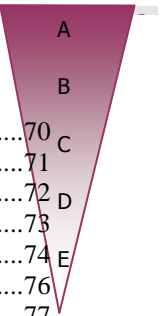
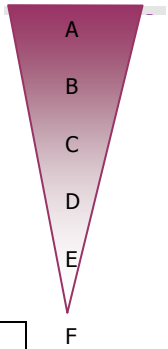


TABLEAU N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
TABLEAU N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICATB PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITÉS DE CALCUL ET DE CLASSEMENT DICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITÉS DE CALCUL DU SCORE AGRÉGÉ	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	77
TABLEAU N°10 : MÉTHODE DE CLASSEMENT DES RÉSULTATS DE L'INDICE SARM	78



A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a adopté un projet d'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'objectif ou de moyens (COM)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	D
Si oui,	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans ce Contrat d'objectifs ou de moyens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E F

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour le secteur privé, le contrat d'objectif et de moyens peut correspondre à la convention tripartite si le CPOM n'est pas encore signé.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH/ARS ou ayant signé un COM avec l'ARH/ARS qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

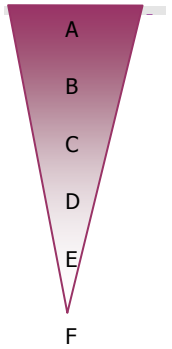
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dus figurer dans le contrat actuel).

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du CPOM ou de la convention tripartite en cours contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).



O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a été	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

ELÉMENTS DE PREUVE

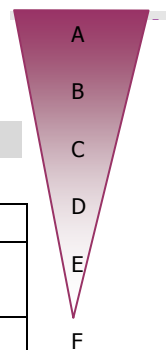
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté » pour avis, on peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis sur le programme.



O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELÉMENTS DE PREUVE

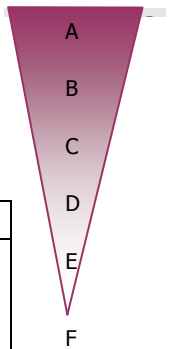
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis.

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté pour avis. On peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis.



O131 : Livret d'accueil

L'établissement a publié un livret d'accueil		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	il contient ou est distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre oui si l'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales est inscrite dans le livret d'accueil ou dans un document joint à ce dernier.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil et n'ayant pas distribué d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELÉMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été élaboré cette année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce programme de formation a été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

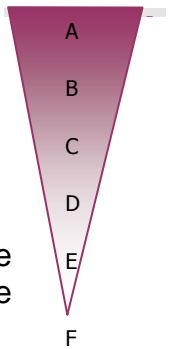
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.



O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

Nombre de réunions plénières du CLIN dans l'année	_ _ _ _ réunions
---	-------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

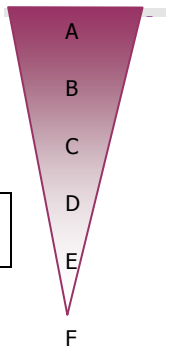
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELÉMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.



O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Nombre de réunions, de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année	_ _ _ _ réunions
---	----------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

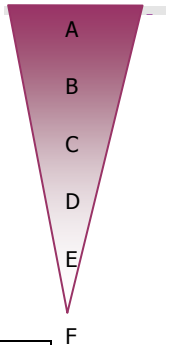
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.



O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (même s'ils n'assistent pas aux séances)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

2 points seront accordés aux établissements qui ont convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

ELÉMENTS DE PREUVE

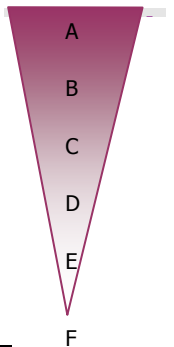
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

Remarques

Si la CRUQPC a contribué à l'élaboration du programme d'actions dans les établissements de santé publics ou a donné son avis dans les établissements privés : répondre à cette question « oui » à cette question.



O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

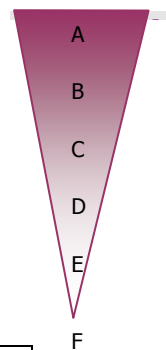
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le plan de formation continue de l'établissement.



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Un programme d'actions pour l'année 2010 en matière de lutte contre les infections nosocomiales a été élaboré par le CLIN avec l'EOH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

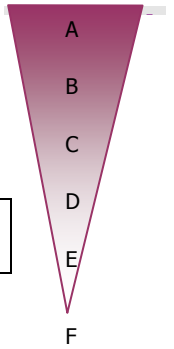
ELÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de 2009 a été élaboré par le CLIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

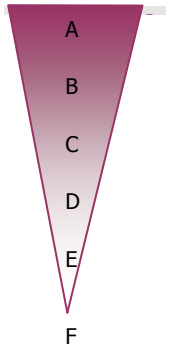
Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Eléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)


M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le total des ETP (médecins, pharmaciens, cadre infirmier, infirmier non cadre, technicien biohygiéniste et secrétaire) est égal à zéro.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELÉMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a été prévue pour les catégories de personnels suivantes :		
	• nouveaux personnels recrutés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• personnels intérimaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
	• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN.

VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre 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, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.

M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELÉMENTS DE PREUVE

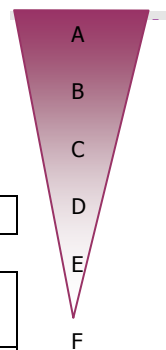
Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.



M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Il existe, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

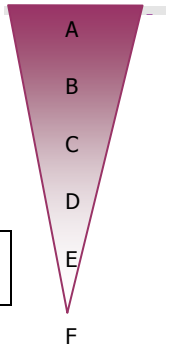
la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN



A11(1) : Protocole de prise en charge des AES

Il existe un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des accidents d'exposition au sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

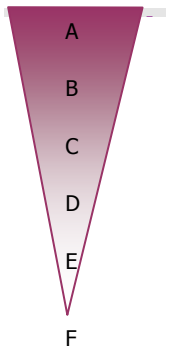
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par le service de santé au travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année	<input type="checkbox"/> , avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non
--	--

VALORISATION :

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini

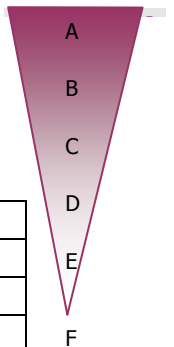
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" *avec seuil d'alerte défini de façon explicite*. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur)

Et

Bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



A 11 (3 à 5) : autres protocoles prioritaires

Thèmes	Existence du protocole
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour le thème « infection urinaire » répondre « oui » si il existe un protocole relatif au sondage urinaire.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

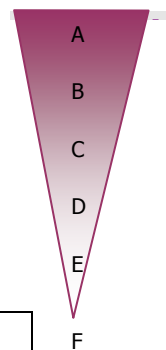
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

Ou

Pour chaque protocole, compte-rendu du CLIN ayant validé le protocole.



A12 (1 à 10) : autres protocoles

Thèmes	Existence du protocole
5) Dispositifs intravasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Technique d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Aux soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) aux antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) aux désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM à l'exclusion endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) à l'entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) à l'élimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) au circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour l'item 14 : 0,5 point sera accordé si l'établissement a répondu "oui" à la question "il existe un protocole de désinfection des endoscopes" et/ ou "oui à l'item " il existe un protocole « pour la désinfection des dispositifs médicaux à l'exclusion des endoscopes »

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

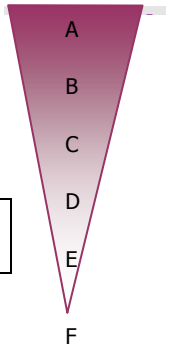
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

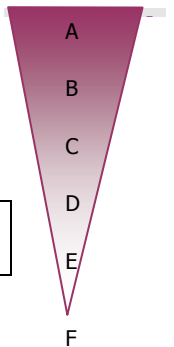
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELÉMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.



A21(2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a mené des actions de prévention des AES en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un **nouveau** matériel, de la création d'affiches didactiques etc.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

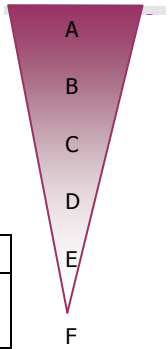
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELÉMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.



A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Il existe :	
Une liste définissant les BMR prioritaires pour l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance annuelle des Bactéries multi Résistantes dans la totalité de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un protocole sur les « techniques d'isolement » comme décrit dans le tableau A 12 « autres protocoles »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un programme de maîtrise des BMR correspond à un établissement qui a

- Une définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- Une l'organisation de la surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- un protocole sur les « Techniques d'isolement »

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

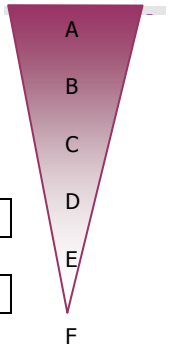
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'isolement »



A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

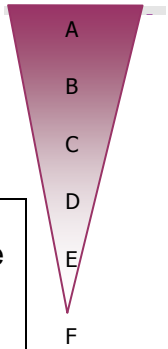
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.



A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

<p>L'établissement dispose d'un laboratoire de microbiologie</p> <p>Si oui, durant l'année, une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urines, hémocultures...) a été faite</p>	<p><input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe avec convention <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour les établissements de santé ayant une convention avec un laboratoire externe avec convention, répondre oui à la question : il existe un laboratoire de microbiologie.

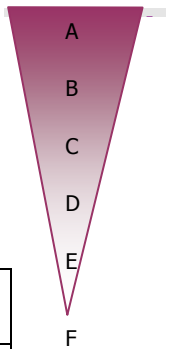
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELÉMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, correspondant à l'année du bilan.



A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont été diffusés aux services participants	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si l'une des deux actions citées a été réalisée **et** que les résultats de cette surveillance a été diffusée.

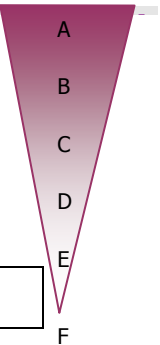
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELÉMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.



A26 : Désignation d'un responsable du signalement

L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

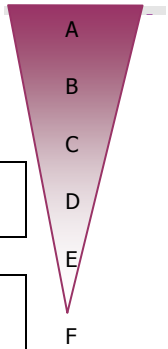
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales.

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

ELÉMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales



A31, A32 : Actions d'évaluation

Des actions d'évaluation ont été menées en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	
Un audit des pratiques (au moins) a été réalisé en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année du bilan.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année du bilan.

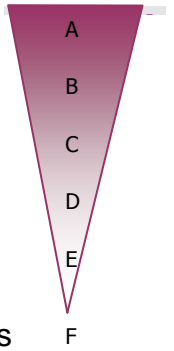
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.



B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur ICATB concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques

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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année	_ _

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

CONSIGNES DE 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.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée 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 de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de commission des antibiotiques ou si elle ne s'est pas réunie au cours de l'année du bilan (0 réunion)

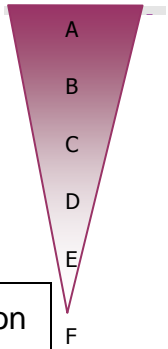
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

2 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 2 fois au cours de l'année du bilan.

4 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 3 fois ou plus au cours de l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

Il existe au sein de l'établissement <u>un référent en antibiothérapie</u> désigné par le représentant légal de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

4 points seront accordés s'il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

ELÉMENTS 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 ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

Thèmes	Existence du protocole ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu
Antibioprophylaxie chirurgicale (ne concerne que les établissements de santé disposant de services chirurgicaux et/ ou obstétricaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Cet item ne concerne que les établissements de santé ayant une activité chirurgicale, ou obstétricale.

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>) **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale ou si celui-ci n'est pas basé sur un référentiel reconnu ou s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale basé sur un référentiel reconnu **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

ELÉMENTS DE PREUVE

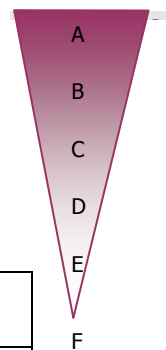
Protocole faisant référence aux recommandations de la SFAR, daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> non concerné
Si OUI, • Il est en vigueur dans le secteur des urgences	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **ou** si celui-ci ne comprend pas au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **ou** s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Les points accordés aux établissements ayant un protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **et** si celui-ci comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **et** s'il a été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office, sont attribués comme indiqué dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'existence d'une activité chirurgicale et d'un secteur des urgences :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, Dans cette liste, l'instance a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	F
Si OUI, • Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée , permettant une justification du traitement après 48-72 heures (3)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas établi de liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement.

0,25 point sera accordé aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

0 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il n'existe pas une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office **ou** si ces critères n'ont pas été validés par cette instance

0,5 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, ne précise pas une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

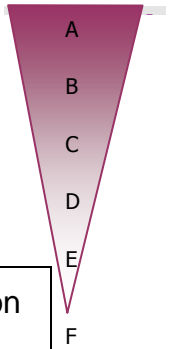
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELÉMENTS 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



ATB5a : Connexion informatique

Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

1 point sera accordé s'il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme)

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

L'information de la prescription du médicament est informatisée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	<input type="checkbox"/> Part.	<input type="checkbox"/> Total

CONSIGNES DE 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 services ou secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est **partielle** si elle ne concerne qu'une partie des services ou des secteurs d'activités.

La prescription informatisée est **totale** si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités.

VALORISATION

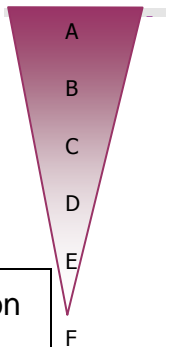
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

1 point sera accordé s'il existe une informatisation partielle de la prescription du médicament.

2 points seront accordés s'il existe une informatisation totale de la prescription du médicament.

ELÉMENTS DE PREUVE

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

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 adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

VALORISATION

0 point sera accordé si l'établissement n'a pas prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

1 point sera accordé si l'établissement a prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

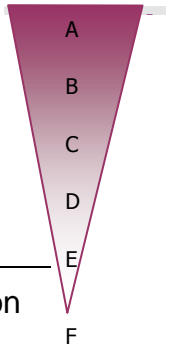
ELÉMENTS DE PREUVE

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 un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement qui n'a pas réalisé d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

2,5 points seront accordés à l'établissement qui a réalisé une évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

ELÉMENTS 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.

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (9)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	
• Résultats annuels (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	F
J01A - Tétracyclines	_ _ _ _
J01B - Phénicolés	_ _ _ _
J01C - Pénicillines	_ _ _ _
J01D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_ _ _ _
J01E - Sulfamides et Triméthoprime	_ _ _ _
J01F - Macrolides et apparentés	_ _ _ _
J01G - Aminosides	_ _ _ _
J01M - Fluoroquinolones	_ _ _ _
J01X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_ _ _ _
TOTAL des DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'élément de preuve pour l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation est constitué par les résultats qui seront inscrits dans le tableau ci-dessus.

Répondre OUI s'il est utilisé la méthodologie nationale publiée par la « circulaire N°DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville »

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ou si cette surveillance est réalisée selon une autre méthode.

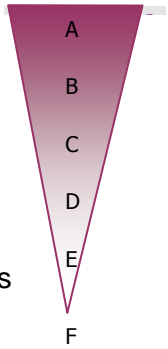
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat 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.



C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

MECSS
Centres de post cure alcoolique

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans le tableau n°8)

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

L'indicateur ICSHA se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Etablissements (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.

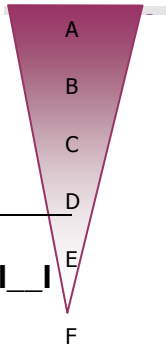
Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2.

Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

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, en soins de suite et en réadaptation ;
- les séances de transfusion sanguine, et de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux 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 ;
 - la dialyse péritonéale en centre ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.



Volume en litres de SHA commandé au cours de l'année

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres)

_____ | _____, _____

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 du bilan.

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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet :

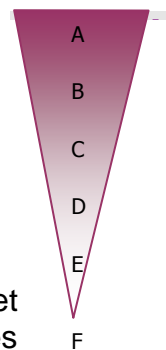
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

VALORISATION

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe n°7.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur SURVISO ne concerne que les activités chirurgicales ou obstétricales et les structures la pratiquant. En sont donc exclues, sauf cas particulier, les catégories suivantes :

4 – Etablissements Psy
5 – ex Hôpitaux locaux
9 – SSR-SLD
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

La discipline chirurgicale est l'unité statistique. On considère qu'un établissement dispose d'une discipline chaque fois qu'il possède au moins un service, un secteur d'activité ou un pôle ayant tout ou partie de son activité dans cette discipline. Les disciplines ou regroupement de disciplines à prendre en compte sont les suivants :

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

Depuis 2007, les établissements réalisant des actes de chirurgie et n'ayant pas fait de surveillance des infections du site opératoire (ISO) sont exclus du score agrégé.

Surveillance des infections du site opératoire

VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010 • Préciser dans combien de disciplines chirurgicales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _ _ _ _ _

Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Renseigner les items relatifs à la surveillance des Infections du site opératoire , s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO fondée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELÉMENTS DE PREUVE

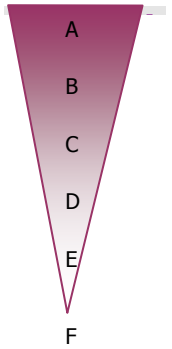
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

- un document fourni par un réseau détaillant la liste des spécialités participantes.

et (dans les deux cas)

- un document attestant que les chirurgiens concernés par les actes suivis ont été associés à la surveillance (courrier ou mail d'envoi des résultats aux chirurgiens ou compte-rendu de réunion où ces résultats ont été analysés avec les chirurgiens ou rapport d'activité du service ou pôle incluant les taux d'attaque ou attestation des chirurgiens).



E – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements 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 :

4 – Etablissement psychiatrique
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des 3 ans sont classés en « **Non concerné** ».

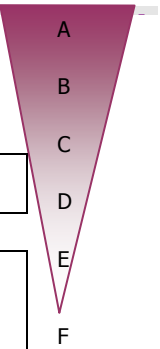
Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de 3 ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « **DI** » (Données Insuffisantes).

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 Etablissements (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'indicateur SARM



X.1 - SARM

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	_ _ _ _
--	---------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

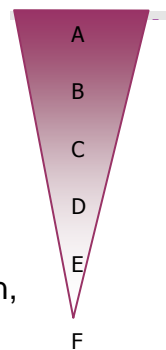
- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$$

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

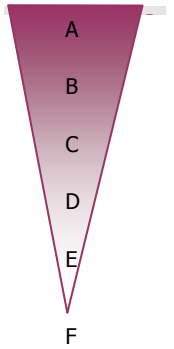


Journées d'hospitalisation

Journées d'hospitalisation prises en compte : MCO, SSR, SLD (extraites de la SAE)

ELÉMENTS DE PREUVE

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

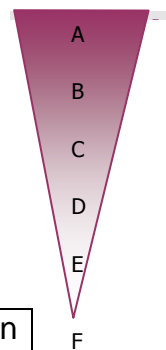


Les nouveaux items

Introduction : tous les nouveaux items introduits par rapport au bilan standardisé de l'activité de l'année 2009 correspondant à l'arrêté du 08 mai 2008 ne font pas l'objet d'aide au remplissage.

Une prochaine circulaire précisera la valorisation des items constituant les indicateurs de processus dits de deuxième génération. Ces nouveaux indicateurs seront en simulation pour la campagne 2011 : ils ne feront pas l'objet de diffusion publique par établissement. Ils sont accessibles sur le site de recueil du bilan.

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, les décrets relatifs à la commission médicale d'établissement, ou conférence médicale d'établissements et celui concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sont les éléments fondateurs de ces nouveaux items et un accent sera mis sur la prévention des infections graves et évitables dont les infections du site opératoire et la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.



Correspondants pour la lutte contre les événements indésirables

Il existe dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants pour la lutte contre les événements indésirables :

médicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non
paramédicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non

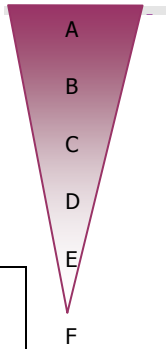
AIDE AU REMPLISSAGE

Il s'agit de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Les événements indésirables associés aux soins sont définis dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre ces événements.

Répondre « **oui** » lorsque tous les services, des pôles, et les secteurs d'activité sont dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **non** » lorsque aucun service, aucun pôle, et aucun secteur d'activité dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas de figure



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

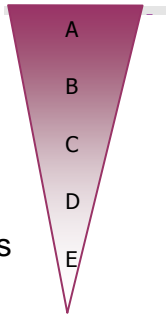
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En cours <input type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------------

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'article R. 6111-4 pour la désignation du coordonnateur.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est un membre de l'EOH répondre : "OUI"



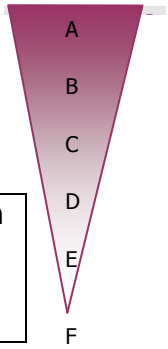
Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins dont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est assurée par :

voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O
autre, préciser :	

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'instruction n°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Les contrats de pôles

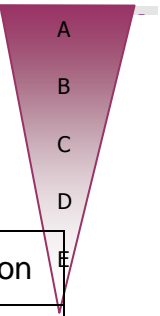
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/> > 50% des pôles	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	--	------------------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque ces objectifs sont inscrits dans tous les contrats de pôles

Répondre « **non** » lorsque ces objectifs ne sont inscrits dans aucun des contrats de pôle

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas



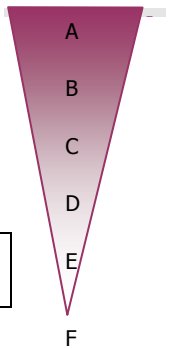
Équipement de protection et matériel sécurisé

L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque **tous** les pôles, ou les secteurs d'activités concernés en sont dotés.

Répondre « **non** » dans le cas contraire.



Immunsation/vaccination des personnels de santé

Il existe une procédure de vérification de l'immunsation vis-à-vis de l'hépatite B des personnels exposés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

La référence réglementaire est l'article L.3111-4 :

"Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunsée contre l'hépatite B".

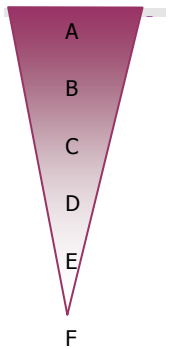
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

Pour la grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

se référer au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales publiés chaque année selon l'avis du Haut conseil de la santé publique

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>



Prévention de la transmission croisée

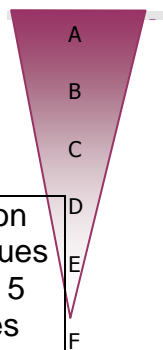
Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Air»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Utilisation d'outils d'aide à l'observance	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux centraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur chambres implantables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters sous-cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _
Pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (intubation ou trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	I _ _ II _ _
Désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

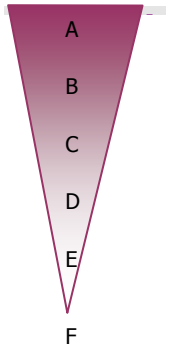
Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour le thème « Infection urinaire sur sonde urinaire » :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques, sur chambres implantables dont aiguille de Huber, sur cathéters sous-cutanés :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et paraclinique



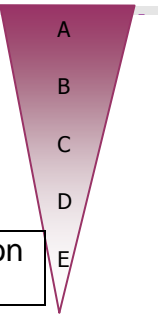
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 et /ou paraclinique

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHE, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention des infections du site opératoire

Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Protocole de préparation cutanée de l'opéré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ I _ I _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

L'outil d'aide à l'observance doit prendre en compte les éléments suivants

- La préparation cutanée ;
- Le bon usage de l'antibio-prophylaxie ;
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Surveillance des infections du site opératoire

<p>Ce système de surveillance est sous la forme d'une déclaration (simple recensement des cas, sans recueil systématique de données pour la totalité des patients opérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

AIDE AU REMPLISSAGE

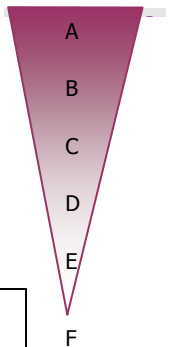
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _
--	--

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

<p>Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui, National ISO/RAISIN _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau _ _ _ _



Surveillance des bactéries Multi résistantes

Ce système de surveillance est un recensement des cas à partir des données du laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

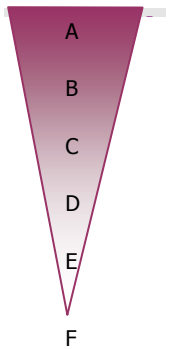
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

Ce système de surveillance permet de calculer un taux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau	<input type="checkbox"/> Oui, National/CCLIN/ARLIN (BMR/RAISIN) <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau <input type="checkbox"/> Non
--	---



Analyse des causes des évènements infectieux graves

Il existe un protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Année de la dernière analyse des causes réalisée à partir d'un signalement interne
|_|_|||_|_|

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.

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale
- une infection profonde du site opératoire
- infections à bactéries multi résistantes
- cas groupés

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

Indicateurs spécifiques à l'hémodialyse

Les indicateurs suivants concernent uniquement les établissements de santé ayant une activité de dialyse chronique

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur fistule artérioveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène du bras pour les patients porteurs d'une fistule artérioveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information relative au risque infectieux du patient porteur d'une fistule artérioveineuse ou d'un cathéter pour épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désinfection des générateurs de dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le suivi de la Protéine C Réactive est réalisé Oui Non

Il existe une surveillance des infections et bactériémies sur voies d'abord vasculaire (fistules artérioveineuses et CVC) pour un patient dialysé Oui Non

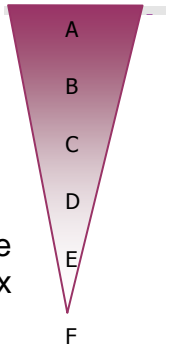
Si oui

Dans le cadre d'un réseau formalisé Oui (RAISIN/CCLIN/ARLIN),
 Oui Autre réseau
 Non

Si non :

Une analyse interne des données est faite Oui Non

Proportion de patients porteurs d'une fistule artérioveineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois I _ I _ I _ I , _ I _ I



AIDE AU REMPLISSAGE

Protocole de branchement (fistule artérioveineuse ou cathéter) :

- Le protocole de branchement doit mentionner les 4 temps de l'antisepsie du site avant ponction de fistule artérioveineuse (FAV) ou branchement sur cathéter veineux central (CVC) et l'hygiène des mains du patient après le débranchement.

- Il doit également recommander que le branchement sur cathéters veineux centraux soit réalisé de préférence en **binôme**.

Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés

Existence d'un suivi sérologique VHB-VHC systématique et régulier selon les recommandations en vigueur

Le suivi systématique et régulier de la Protéine C Réactive est réalisé

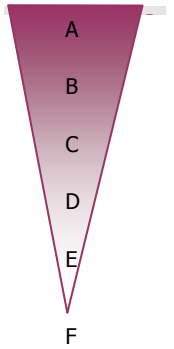
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois :

Analyse de dossiers sur une semaine des patients dialysés depuis plus de 6 mois (file active de patients) et hors patients en situation de repli

Numérateur : Nombre de dossiers de patients dialysés sur fistules artério-veineuses (natives ou prothétiques)

Dénominateur : Nombre de dossiers de patients inclus.



ANNEXES

N°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

N°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN

N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS

N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

N°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

N°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

N°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

Tableau n°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
9 – SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

Catégories / (année de l'étalonnage)	ICALIN (2003)	ICSHA2 (2010)	ICATB (2006)	SURVISO (2005)
1 – CHR-CHU	+	+	+	+
2 – CH-CHG < 300 lits	+	+	+	+/-
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	+	+	+	+/-
4 – Etablissements Psy	+	+	+	
5 – ex Hôpitaux locaux	+	+	+	
6 – Cliniques MCO < 100 lits	+	+	+	+/-
7 – Cliniques MCO ≥ 100 lits	+	+	+	+/-
9 – SSR-SLD	+	+	+	
10 – CLCC-CANCER	+	+	+	+/-
11 – HAD	+	+		
12 – Hémodialyse	+	+		
13 - MECSS	+			
14 - Ambulatoire chirurgical	+	+		+
Ambulatoire non chirurgical	+	+		
Centre de postcure alcoolique exclusif	+			

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1	
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				1	
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement				1,5	
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			6		
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail			4		
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN			2		
	O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue		1					
O3 Outils de gestion de la LIN	O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN		9					
	O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN		4					
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière	M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0		33	16		6	
		M12 – Nombre temps plein paramédical > 0					6	
		M13 – M11 > 0 et M12 > 0					2	
		M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0					2	
	M2 Formation du personnel	M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants				2		
		M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0				3		
		M23 – Formation des personnels infirmiers > 0				3		
		M24 – Formation des autres personnels permanents > 0				1		
	M3 Correspondants	M31 – Correspondants en hygiène médicaux				4		
		M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux				4		
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles	A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)		34	15		10	
		A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)					5	
	A2 Surveillance	A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)				3		
		A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques				4		
		A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance				3		
		A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie				1		
		A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services				1		
		A26 - Désignation d'un responsable du signalement				2		
	A3 Evaluation	A31 – Réalisation d'un type d'évaluation				2		
		A32 – dont un audit de pratique				3		

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

CLASSES DE RESULTATS

$$\boxed{E} < \leq \boxed{D} < \leq \boxed{C} < \leq \boxed{B} < \leq \boxed{A}$$

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°5 : Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » ⁽¹⁾	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique					1
			ICATB5b-Prescription du médicament informatisée ⁽²⁾				3	2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention ⁽⁴⁾	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques ⁽³⁾		8		2	2
		ICATB4	ICATB4a-Liste d'antibiotiques disponibles					0,25
			ICATB4b-Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée				1	0,5
			ICATB4c-Contrôlée avec durée limitée					0,25
	A2-Surveillance	ICATB8	Surveillance de la consommation des antibiotiques				2,5	2,5
	A3-Evaluation	ICATB7	Evaluation de la prescription des antibiotiques			2,5	2,5	

⁽¹⁾ - ICATB1 - Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

⁽²⁾ - ICATB5b - Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

⁽³⁾ - ICATB 3 - Protocoles relatifs aux antibiotiques : non = 0 point, oui = pondération suivante :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

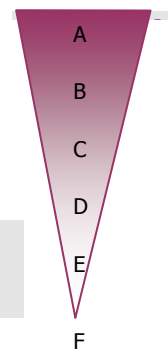


Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 20/20 (voir tableau n°5)

CLASSES	E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A
----------------	--

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15.25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17.00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15.5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15.78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA2

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).

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

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

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

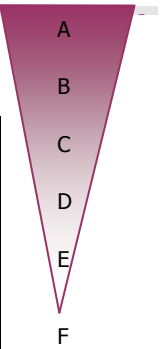


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres 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 au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA2 en pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

À faire valider

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

La valeur de SURVISO est fixée à partir du pourcentage de disciplines chirurgicales participant à la surveillance des ISO :

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GÉNÉRALE

Quand les établissements sont concernés par les 4 indicateurs, la formule du score agrégé est :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA2} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS :

La formule est adaptée en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs. Les points du ou des indicateurs absents sont redistribués au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.

1 - CH et Cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA2 + ICATB) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA2} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 – HAD, Hémodialyse, ambulatoire non-chirurgical : (ICALIN + ICSHA2)

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA2} \times 0,429)$$

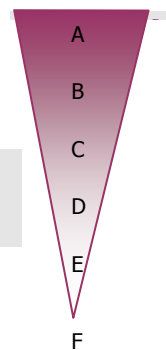
3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,5) + (\text{ICSHA2} \times 0,375) + (\text{SURVISO} \times 0,125)$$

4 - MECSS, et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47



**Tableau n°9 : Limites de classes du score agrégé
par catégorie d'établissements**

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

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

L'indice SARM est calculé à partir de l'indice triennal SARM 2008 - 2010

Le calcul des limites de classes, pour chaque catégorie d'établissement :

- Percentile 10 : limite A –B
- Percentile 30 : limite B – C
- Percentile 70 : limite C – D
- Percentile 90 : limite D - E

La distribution initiale (indice triennal 2007 – 2009) dans chaque catégorie d'établissements, est ainsi : 10% - 20% - 40% - 20% - 10%

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005 – 2007 sont appliquées à l'indice triennal 2007 - 2009

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

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification



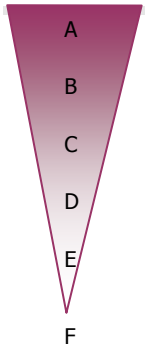
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

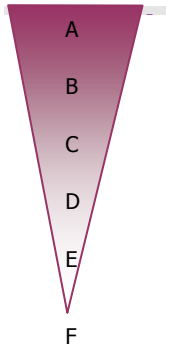
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

Annexe 3 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010





Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM, des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé et des aides au remplissage concernant les nouveaux items introduits par rapport à l'année précédente.

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

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 2010 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2011 est une actualisation du dossier de preuves 2010. 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 28 décembre 2010.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de l'ARS.

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

En cas de discordance après la validation externe par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

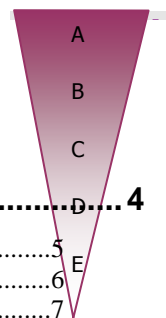


TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	5
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE.....	6
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D'ACTIONS.....	7
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.....	10
O211 : RÉUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRÉSENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITÉS.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIÈNE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 à 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 à 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PRÉVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUÊTE D'INCIDENCE OU DE PRÉVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE À PARTIR DES DONNÉES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'ÉVALUATION.....	32
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	33
ATB1 : INSTANCE CHARGÉE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN RÉFÉRENT EN ANTIBIOTHÉRAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISÉE DES MÉDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....	44
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	46
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....	48
F - NOUVEAUX ITEMS.....	51
ANNEXES.....	
TABLEAU N°1 : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRÉSENCE DES INDICATEURS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS.....	69

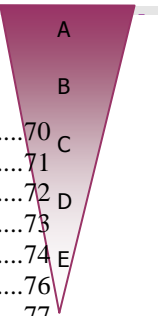
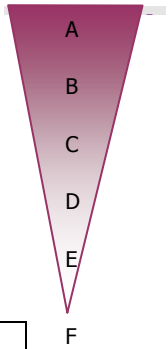


TABLEAU N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
TABLEAU N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICATB PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITÉS DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITÉS DE CALCUL DU SCORE AGRÉGÉ	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	77
TABLEAU N°10 : MÉTHODE DE CLASSEMENT DES RÉSULTATS DE L'INDICE SARM	78



A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a adopté un projet d'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'objectif ou de moyens (COM)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	D
Si oui,	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans ce Contrat d'objectifs ou de moyens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E F

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour le secteur privé, le contrat d'objectif et de moyens peut correspondre à la convention tripartite si le CPOM n'est pas encore signé.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH/ARS ou ayant signé un COM avec l'ARH/ARS qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

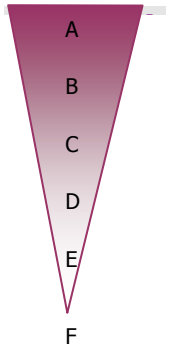
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dus figurer dans le contrat actuel).

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du CPOM ou de la convention tripartite en cours contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).



O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a été	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

ELÉMENTS DE PREUVE

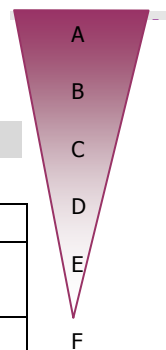
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté » pour avis, on peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis sur le programme.



O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELÉMENTS DE PREUVE

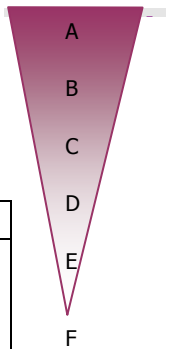
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis.

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté pour avis. On peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis.



O131 : Livret d'accueil

L'établissement a publié un livret d'accueil		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	il contient ou est distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre oui si l'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales est inscrite dans le livret d'accueil ou dans un document joint à ce dernier.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil et n'ayant pas distribué d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELÉMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été élaboré cette année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce programme de formation a été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

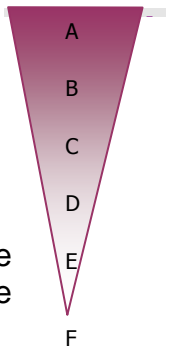
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.



O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

Nombre de réunions plénières du CLIN dans l'année	_ _ réunions
---	------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

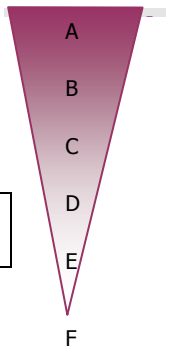
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELÉMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.



O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Nombre de réunions, de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année	_ _ réunions
---	----------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

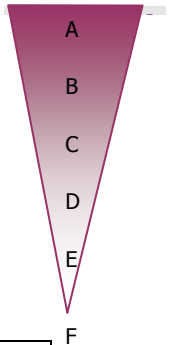
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.



O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (même s'ils n'assistent pas aux séances)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

2 points seront accordés aux établissements qui ont convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

ELÉMENTS DE PREUVE

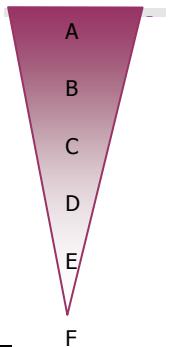
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

Remarques

Si la CRUQPC a contribué à l'élaboration du programme d'actions dans les établissements de santé publics ou a donné son avis dans les établissements privés : répondre à cette question « oui » à cette question.



O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

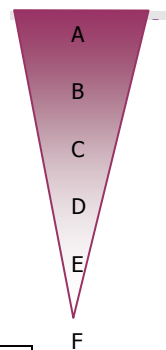
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le plan de formation continue de l'établissement.



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Un programme d'actions pour l'année 2010 en matière de lutte contre les infections nosocomiales a été élaboré par le CLIN avec l'EOH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

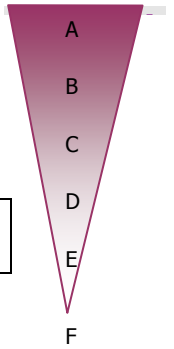
ELÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de 2009 a été élaboré par le CLIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

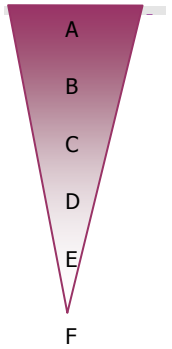
Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Eléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)


M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le total des ETP (médecins, pharmaciens, cadre infirmier, infirmier non cadre, technicien biohygiéniste et secrétaire) est égal à zéro.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELÉMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a été prévue pour les catégories de personnels suivantes :		
	• nouveaux personnels recrutés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• personnels intérimaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
	• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN.

VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre 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, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.

M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _ _	_ _ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _ _	_ _ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _ _	_ _ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELÉMENTS DE PREUVE

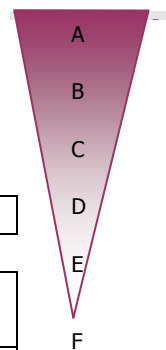
Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.



M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Il existe, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

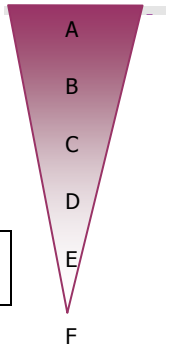
la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN



A11(1) : Protocole de prise en charge des AES

Il existe un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des accidents d'exposition au sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

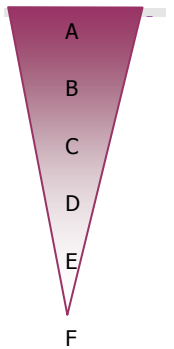
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par le service de santé au travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année	<input type="checkbox"/> , avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non
--	--

VALORISATION :

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini

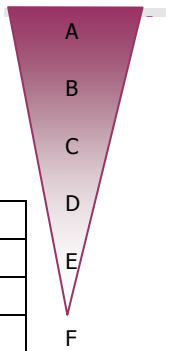
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" avec seuil d'alerte défini de façon explicite. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur)

Et

Bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



A 11 (3 à 5) : autres protocoles prioritaires

Thèmes	Existence du protocole
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour le thème « infection urinaire » répondre « oui » si il existe un protocole relatif au sondage urinaire.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

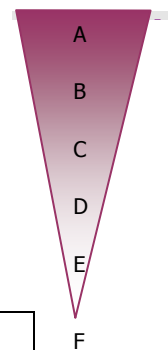
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

Ou

Pour chaque protocole, compte-rendu du CLIN ayant validé le protocole.



A12 (1 à 10) : autres protocoles

Thèmes	Existence du protocole
5) Dispositifs intravasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Technique d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Aux soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) aux antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) aux désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM à l'exclusion endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) à l'entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) à l'élimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) au circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour l'item 14 : 0,5 point sera accordé si l'établissement a répondu "oui" à la question "il existe un protocole de désinfection des endoscopes" et/ ou "oui à l'item " il existe un protocole « pour la désinfection des dispositifs médicaux à l'exclusion des endoscopes »

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

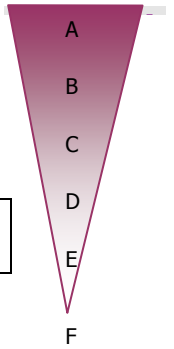
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

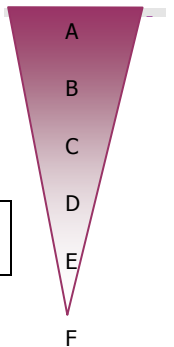
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELÉMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.



A21(2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a mené des actions de prévention des AES en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un **nouveau** matériel, de la création d'affiches didactiques etc.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

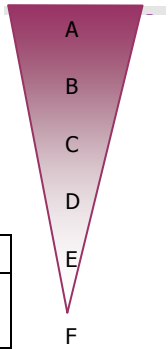
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELÉMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.



A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Il existe :	
Une liste définissant les BMR prioritaires pour l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance annuelle des Bactéries multi Résistantes dans la totalité de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un protocole sur les « techniques d'isolement » comme décrit dans le tableau A 12 « autres protocoles »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un programme de maîtrise des BMR correspond à un établissement qui a

- Une définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- Une l'organisation de la surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- un protocole sur les « Techniques d'isolement »

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

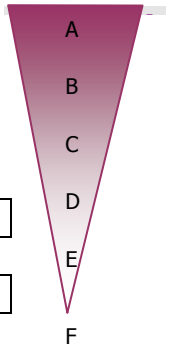
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'isolement »



A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

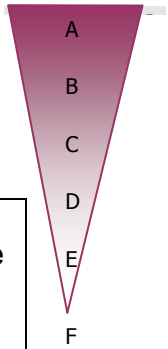
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.



A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

<p>L'établissement dispose d'un laboratoire de microbiologie</p> <p>Si oui, durant l'année, une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urines, hémocultures...) a été faite</p>	<p><input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe avec convention <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour les établissements de santé ayant une convention avec un laboratoire externe avec convention, répondre oui à la question : il existe un laboratoire de microbiologie.

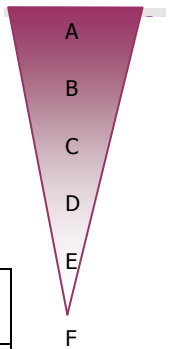
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELÉMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, correspondant à l'année du bilan.



A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont été diffusés aux services participants	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si l'une des deux actions citées a été réalisée **et** que les résultats de cette surveillance a été diffusée.

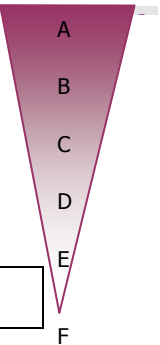
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELÉMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.



A26 : Désignation d'un responsable du signalement

L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

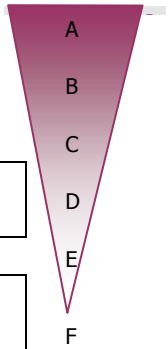
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales.

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

ELÉMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales



A31, A32 : Actions d'évaluation

Des actions d'évaluation ont été menées en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	
Un audit des pratiques (au moins) a été réalisé en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année du bilan.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année du bilan.

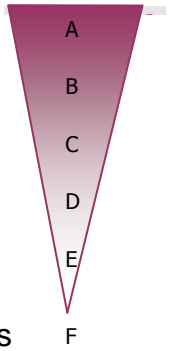
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.



B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur ICATB concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques

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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année	_ _

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

CONSIGNES DE 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.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée 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 de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de commission des antibiotiques ou si elle ne s'est pas réunie au cours de l'année du bilan (0 réunion)

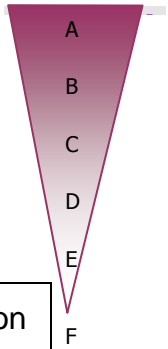
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

2 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 2 fois au cours de l'année du bilan.

4 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 3 fois ou plus au cours de l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

Il existe au sein de l'établissement <u>un référent en antibiothérapie</u> désigné par le représentant légal de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

4 points seront accordés s'il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

ELÉMENTS 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 ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

Thèmes	Existence du protocole ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu
Antibioprophylaxie chirurgicale (ne concerne que les établissements de santé disposant de services chirurgicaux et/ ou obstétricaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Cet item ne concerne que les établissements de santé ayant une activité chirurgicale, ou obstétricale.

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>) **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale ou si celui-ci n'est pas basé sur un référentiel reconnu ou s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale basé sur un référentiel reconnu **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

ELÉMENTS DE PREUVE

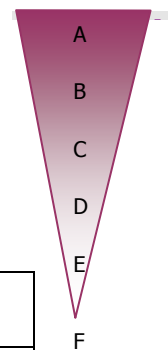
Protocole faisant référence aux recommandations de la SFAR, daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> non concerné
Si OUI, • Il est en vigueur dans le secteur des urgences	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **ou** si celui-ci ne comprend pas au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **ou** s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Les points accordés aux établissements ayant un protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **et** si celui-ci comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **et** s'il a été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office, sont attribués comme indiqué dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'existence d'une activité chirurgicale et d'un secteur des urgences :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	Dans cette liste, l'instance a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	<ul style="list-style-type: none"> Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures (3) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas établi de liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement.

0,25 point sera accordé aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

0 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il n'existe pas une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office **ou** si ces critères n'ont pas été validés par cette instance

0,5 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, ne précise pas une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

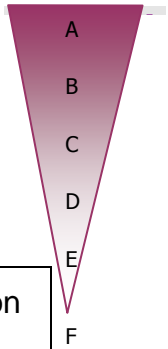
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELÉMENTS 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



ATB5a : Connexion informatique

Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

1 point sera accordé s'il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme)

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

L'information de la prescription du médicament est informatisée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	<input type="checkbox"/> Part.	<input type="checkbox"/> Total

CONSIGNES DE 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 services ou secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est **partielle** si elle ne concerne qu'une partie des services ou des secteurs d'activités.

La prescription informatisée est **totale** si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités.

VALORISATION

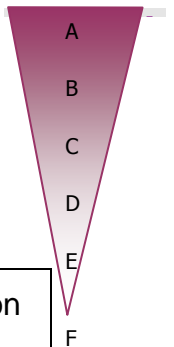
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

1 point sera accordé s'il existe une informatisation partielle de la prescription du médicament.

2 points seront accordés s'il existe une informatisation totale de la prescription du médicament.

ELÉMENTS DE PREUVE

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

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 adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

VALORISATION

0 point sera accordé si l'établissement n'a pas prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

1 point sera accordé si l'établissement a prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

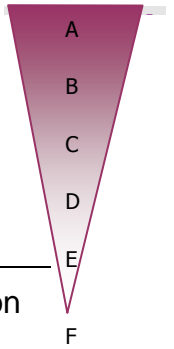
ELÉMENTS DE PREUVE

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 un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement qui n'a pas réalisé d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

2,5 points seront accordés à l'établissement qui a réalisé une évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

ELÉMENTS 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.

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (9)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	
• <u>Résultats annuels</u> (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	F
J01A - Tétracyclines	_ _ _ _
J01B - Phénicolés	_ _ _ _
J01C - Pénicillines	_ _ _ _
J01D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_ _ _ _
J01E - Sulfamides et Triméthoprime	_ _ _ _
J01F - Macrolides et apparentés	_ _ _ _
J01G - Aminosides	_ _ _ _
J01M - Fluoroquinolones	_ _ _ _
J01X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_ _ _ _
TOTAL des <u>DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation</u> , toutes familles d'antibiotiques confondues	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'élément de preuve pour l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation est constitué par les résultats qui seront inscrits dans le tableau ci-dessus.

Répondre OUI s'il est utilisé la méthodologie nationale publiée par la « circulaire N°DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville »

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ou si cette surveillance est réalisée selon une autre méthode.

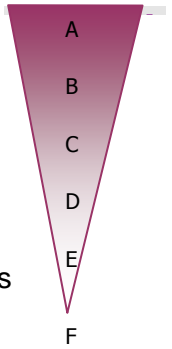
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat 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.



C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

MECSS
Centres de post cure alcoolique

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans le tableau n°8)

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

L'indicateur ICSHA se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Etablissements (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.

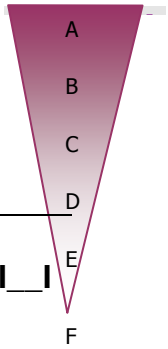
Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2.

Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

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, en soins de suite et en réadaptation ;
- les séances de transfusion sanguine, et de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux 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 ;
 - la dialyse péritonéale en centre ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.



Volume en litres de SHA commandé au cours de l'année

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres)

_____ | _____, _____

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 du bilan.

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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet :

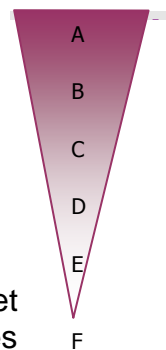
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

VALORISATION

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe n°7.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur SURVISO ne concerne que les activités chirurgicales ou obstétricales et les structures la pratiquant. En sont donc exclues, sauf cas particulier, les catégories suivantes :

4 – Etablissements Psy
5 – ex Hôpitaux locaux
9 – SSR-SLD
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

La discipline chirurgicale est l'unité statistique. On considère qu'un établissement dispose d'une discipline chaque fois qu'il possède au moins un service, un secteur d'activité ou un pôle ayant tout ou partie de son activité dans cette discipline. Les disciplines ou regroupement de disciplines à prendre en compte sont les suivants :

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

Depuis 2007, les établissements réalisant des actes de chirurgie et n'ayant pas fait de surveillance des infections du site opératoire (ISO) sont exclus du score agrégé.

Surveillance des infections du site opératoire

VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010 • Préciser dans combien de disciplines chirurgicales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Renseigner les items relatifs à la surveillance des Infections du site opératoire , s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO fondée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELÉMENTS DE PREUVE

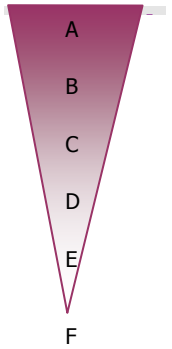
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

- un document fourni par un réseau détaillant la liste des spécialités participantes.

et (dans les deux cas)

- un document attestant que les chirurgiens concernés par les actes suivis ont été associés à la surveillance (courrier ou mail d'envoi des résultats aux chirurgiens ou compte-rendu de réunion où ces résultats ont été analysés avec les chirurgiens ou rapport d'activité du service ou pôle incluant les taux d'attaque ou attestation des chirurgiens).



E – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements 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 :

4 – Etablissement psychiatrique
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des 3 ans sont classés en « **Non concerné** ».

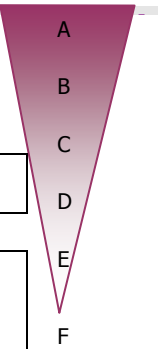
Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de 3 ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « **DI** » (Données Insuffisantes).

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 Etablissements (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'indicateur SARM



X.1 - SARM

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	_ _ _ _
--	---------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

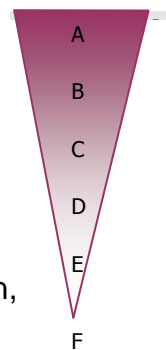
- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$$

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

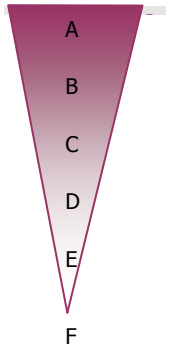


Journées d'hospitalisation

Journées d'hospitalisation prises en compte : MCO, SSR, SLD (extraites de la SAE)

ELÉMENTS DE PREUVE

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

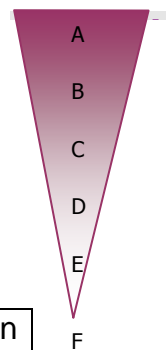


Les nouveaux items

Introduction : tous les nouveaux items introduits par rapport au bilan standardisé de l'activité de l'année 2009 correspondant à l'arrêté du 08 mai 2008 ne font pas l'objet d'aide au remplissage.

Une prochaine circulaire précisera la valorisation des items constituant les indicateurs de processus dits de deuxième génération. Ces nouveaux indicateurs seront en simulation pour la campagne 2011 : ils ne feront pas l'objet de diffusion publique par établissement. Ils sont accessibles sur le site de recueil du bilan.

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, les décrets relatifs à la commission médicale d'établissement, ou conférence médicale d'établissements et celui concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sont les éléments fondateurs de ces nouveaux items et un accent sera mis sur la prévention des infections graves et évitables dont les infections du site opératoire et la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.



Correspondants pour la lutte contre les événements indésirables

Il existe dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants pour la lutte contre les événements indésirables :

médicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non
paramédicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non

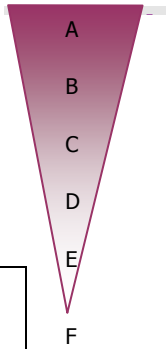
AIDE AU REMPLISSAGE

Il s'agit de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Les événements indésirables associés aux soins sont définis dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre ces événements.

Répondre « **oui** » lorsque tous les services, des pôles, et les secteurs d'activité sont dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **non** » lorsque aucun service, aucun pôle, et aucun secteur d'activité dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas de figure



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

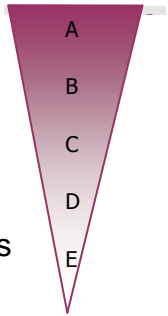
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En cours <input type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------------

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'article R. 6111-4 pour la désignation du coordonnateur.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est un membre de l'EOH répondre : "OUI"



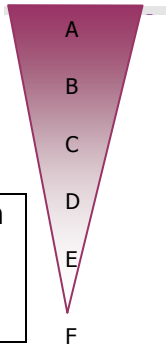
Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins dont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est assurée par :

voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O
autre, préciser :	

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'instruction n°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Les contrats de pôles

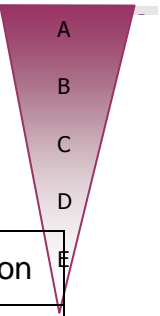
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/> > 50% des pôles	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	--	------------------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque ces objectifs sont inscrits dans tous les contrats de pôles

Répondre « **non** » lorsque ces objectifs ne sont inscrits dans aucun des contrats de pôle

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas



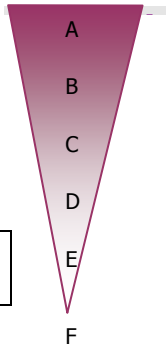
Équipement de protection et matériel sécurisé

L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque **tous** les pôles, ou les secteurs d'activités concernés en sont dotés.

Répondre « **non** » dans le cas contraire.



Immunsation/vaccination des personnels de santé

Il existe une procédure de vérification de l'immunsation vis-�-vis de l'hépatite B des personnels exposés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

La référence réglementaire est l'article L.3111-4 :

"Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunsée contre l'hépatite B".

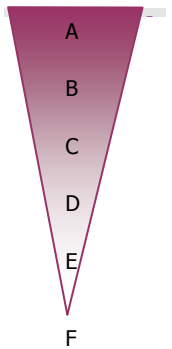
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

Pour la grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

se référer au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales publiés chaque année selon l'avis du Haut conseil de la santé publique

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>



Prévention de la transmission croisée

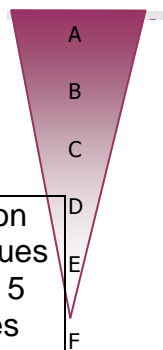
Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Air»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Utilisation d'outils d'aide à l'observance	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux centraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur chambres implantables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters sous-cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _
Pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (intubation ou trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	I _ _ II _ _
Désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

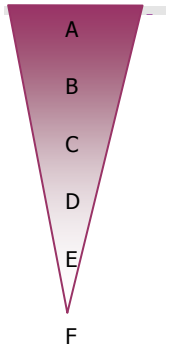
Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour le thème « Infection urinaire sur sonde urinaire » :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques, sur chambres implantables dont aiguille de Huber, sur cathéters sous-cutanés :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et paraclinique



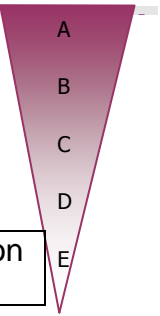
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 et /ou paraclinique

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHE, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention des infections du site opératoire

Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Protocole de préparation cutanée de l'opéré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

L'outil d'aide à l'observance doit prendre en compte les éléments suivants

- La préparation cutanée ;
- Le bon usage de l'antibio-prophylaxie ;
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Surveillance des infections du site opératoire

<p>Ce système de surveillance est sous la forme d'une déclaration (simple recensement des cas, sans recueil systématique de données pour la totalité des patients opérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

AIDE AU REMPLISSAGE

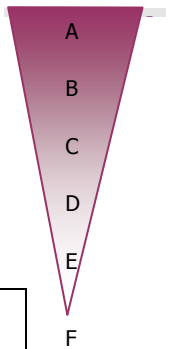
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _
--	--

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

<p>Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui, National ISO/RAISIN _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau _ _ _ _



Surveillance des bactéries Multi résistantes

Ce système de surveillance est un recensement des cas à partir des données du laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

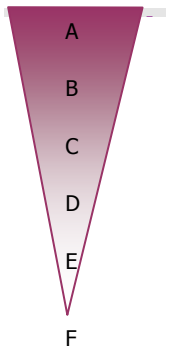
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

Ce système de surveillance permet de calculer un taux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau	<input type="checkbox"/> Oui, National/CCLIN/ARLIN (BMR/RAISIN) <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau <input type="checkbox"/> Non
--	---



Analyse des causes des évènements infectieux graves

Il existe un protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Année de la dernière analyse des causes réalisée à partir d'un signalement interne
|_|_|||_|_|

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.

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale
- une infection profonde du site opératoire
- infections à bactéries multi résistantes
- cas groupés

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

Indicateurs spécifiques à l'hémodialyse

Les indicateurs suivants concernent uniquement les établissements de santé ayant une activité de dialyse chronique

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur fistule artério-veineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène du bras pour les patients porteurs d'une fistule artério-veineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information relative au risque infectieux du patient porteur d'une fistule artério-veineuse ou d'un cathéter pour épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désinfection des générateurs de dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le suivi de la Protéine C Réactive est réalisé Oui Non

Il existe une surveillance des infections et bactériémies sur voies d'abord vasculaire (fistules artério-veineuses et CVC) pour un patient dialysé Oui Non

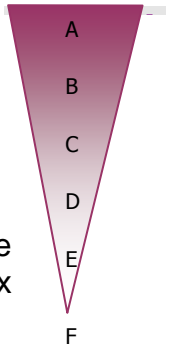
Si oui

Dans le cadre d'un réseau formalisé Oui (RAISIN/CCLIN/ARLIN),
 Oui Autre réseau
 Non

Si non :

Une analyse interne des données est faite Oui Non

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois I _ I _ I _ I , _ I _ I



AIDE AU REMPLISSAGE

Protocole de branchement (fistule artérioveineuse ou cathéter) :

- Le protocole de branchement doit mentionner les 4 temps de l'antisepsie du site avant ponction de fistule artérioveineuse (FAV) ou branchement sur cathéter veineux central (CVC) et l'hygiène des mains du patient après le débranchement.

- Il doit également recommander que le branchement sur cathéters veineux centraux soit réalisé de préférence en **binôme**.

Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés

Existence d'un suivi sérologique VHB-VHC systématique et régulier selon les recommandations en vigueur

Le suivi systématique et régulier de la Protéine C Réactive est réalisé

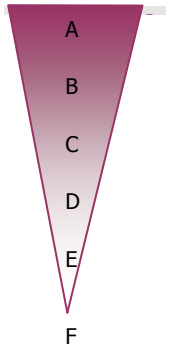
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois :

Analyse de dossiers sur une semaine des patients dialysés depuis plus de 6 mois (file active de patients) et hors patients en situation de repli

Numérateur : Nombre de dossiers de patients dialysés sur fistules artério-veineuses (natives ou prothétiques)

Dénominateur : Nombre de dossiers de patients inclus.



ANNEXES

N°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

N°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN

N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS

N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

N°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

N°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

N°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

Tableau n°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
9 – SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

Catégories / (année de l'étalonnage)	ICALIN (2003)	ICSHA2 (2010)	ICATB (2006)	SURVISO (2005)
1 – CHR-CHU	+	+	+	+
2 – CH-CHG < 300 lits	+	+	+	+/-
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	+	+	+	+/-
4 – Etablissements Psy	+	+	+	
5 – ex Hôpitaux locaux	+	+	+	
6 – Cliniques MCO < 100 lits	+	+	+	+/-
7 – Cliniques MCO ≥ 100 lits	+	+	+	+/-
9 – SSR-SLD	+	+	+	
10 – CLCC-CANCER	+	+	+	+/-
11 – HAD	+	+		
12 – Hémodialyse	+	+		
13 - MECSS	+			
14 - Ambulatoire chirurgical	+	+		+
Ambulatoire non chirurgical	+	+		
Centre de postcure alcoolique exclusif	+			

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	0,5
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement					1,5
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN				2	
	O3 Outils de gestion de la LIN		O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue			3	1	
O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN			13	9				
O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN	4							
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0	33	16		6	
			M12 – Nombre temps plein paramédical > 0				6	
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0				2	
			M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0				2	
	M2 Formation du personnel		M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants		9		2	
			M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0				3	
			M23 – Formation des personnels infirmiers > 0				3	
			M24 – Formation des autres personnels permanents > 0				1	
	M3 Correspondants		M31 – Correspondants en hygiène médicaux		8		4	
			M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux				4	
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	34	15		10	
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)				5	
	A2 Surveillance		A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)		14		3	
			A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques				4	
			A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance				3	
			A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie				1	
			A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services				1	
			A26 - Désignation d'un responsable du signalement				2	
	A3 Evaluation		A31 – Réalisation d'un type d'évaluation		5		2	
			A32 – dont un audit de pratique				3	

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

F

CLASSES DE RESULTATS **E** < ≤ **D** < ≤ **C** < ≤ **B** < ≤ **A**

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°5 : Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » ⁽¹⁾	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique					1
			ICATB5b-Préscription du médicament informatisée ⁽²⁾				3	2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention ⁽⁴⁾	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques ⁽³⁾		8		2	2
		ICATB4	ICATB4a-Liste d'antibiotiques disponibles					0,25
			ICATB4b-Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée				1	0,5
			ICATB4c-Contrôlée avec durée limitée					0,25
	A2-Surveillance	ICATB8	Surveillance de la consommation des antibiotiques				2,5	2,5
A3-Evaluation	ICATB7	Evaluation de la prescription des antibiotiques		2,5	2,5			

⁽¹⁾ - ICATB1 - Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

⁽²⁾ - ICATB5b - Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

⁽³⁾ - ICATB 3 - Protocoles relatifs aux antibiotiques : non = 0 point, oui = pondération suivante :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

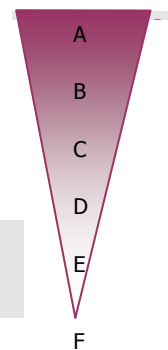


Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 20/20 (voir tableau n°5)

CLASSES	E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A
----------------	--

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15.25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17.00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15.5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15.78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA2

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).

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

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

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

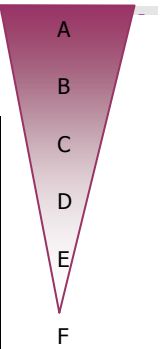


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres 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 au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA2 en pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

À faire valider

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

La valeur de SURVISO est fixée à partir du pourcentage de disciplines chirurgicales participant à la surveillance des ISO :

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GÉNÉRALE

Quand les établissements sont concernés par les 4 indicateurs, la formule du score agrégé est :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA2} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS :

La formule est adaptée en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs. Les points du ou des indicateurs absents sont redistribués au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.

1 - CH et Cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA2 + ICATB) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA2} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 – HAD, Hémodialyse, ambulatoire non-chirurgical : (ICALIN + ICSHA2)

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA2} \times 0,429)$$

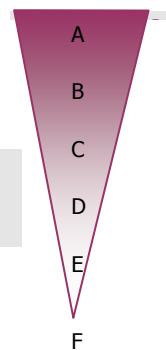
3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,5) + (\text{ICSHA2} \times 0,375) + (\text{SURVISO} \times 0,125)$$

4 - MECSS, et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47



**Tableau n°9 : Limites de classes du score agrégé
par catégorie d'établissements**

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

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

L'indice SARM est calculé à partir de l'indice triennal SARM 2008 - 2010

Le calcul des limites de classes, pour chaque catégorie d'établissement :

- Percentile 10 : limite A –B
- Percentile 30 : limite B – C
- Percentile 70 : limite C – D
- Percentile 90 : limite D - E

La distribution initiale (indice triennal 2007 – 2009) dans chaque catégorie d'établissements, est ainsi : 10% - 20% - 40% - 20% - 10%

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005 – 2007 sont appliquées à l'indice triennal 2007 - 2009

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

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification



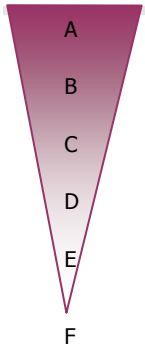
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

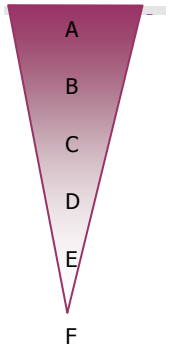
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

Annexe 3 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010





Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM, des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé et des aides au remplissage concernant les nouveaux items introduits par rapport à l'année précédente.

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

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 2010 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2011 est une actualisation du dossier de preuves 2010. 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 28 décembre 2010.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de l'ARS.

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

En cas de discordance après la validation externe par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

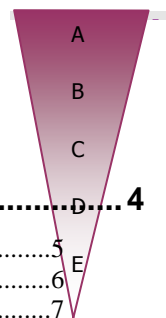


TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	5
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE.....	6
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D'ACTIONS.....	7
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.....	10
O211 : RÉUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRÉSENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITÉS.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIÈNE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 à 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 à 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PRÉVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUÊTE D'INCIDENCE OU DE PRÉVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE À PARTIR DES DONNÉES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALLEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'ÉVALUATION.....	32
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	33
ATB1 : INSTANCE CHARGÉE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN RÉFÉRENT EN ANTIBIOTHÉRAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISÉE DES MÉDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....	44
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	46
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....	48
F - NOUVEAUX ITEMS.....	51
ANNEXES.....	
TABLEAU N°1 : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRÉSENCE DES INDICATEURS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS.....	69

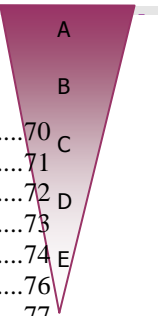
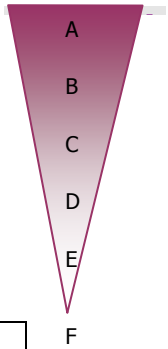


TABLEAU N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
TABLEAU N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICATB PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITÉS DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITÉS DE CALCUL DU SCORE AGRÉGÉ	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	77
TABLEAU N°10 : MÉTHODE DE CLASSEMENT DES RÉSULTATS DE L'INDICE SARM	78



A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a adopté un projet d'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'objectif ou de moyens (COM)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	D
Si oui,	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans ce Contrat d'objectifs ou de moyens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E F

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour le secteur privé, le contrat d'objectif et de moyens peut correspondre à la convention tripartite si le CPOM n'est pas encore signé.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH/ARS ou ayant signé un COM avec l'ARH/ARS qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

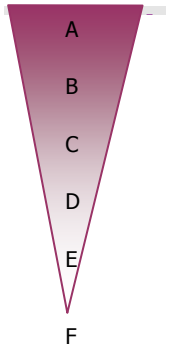
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dus figurer dans le contrat actuel).

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du CPOM ou de la convention tripartite en cours contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).



O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a été	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

ELÉMENTS DE PREUVE

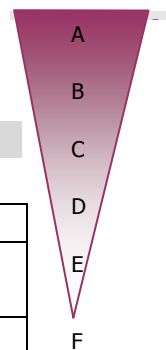
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté » pour avis, on peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis sur le programme.



O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELÉMENTS DE PREUVE

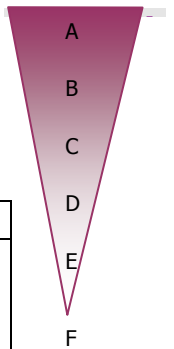
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis.

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté pour avis. On peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis.



O131 : Livret d'accueil

L'établissement a publié un livret d'accueil		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	il contient ou est distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre oui si l'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales est inscrite dans le livret d'accueil ou dans un document joint à ce dernier.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil et n'ayant pas distribué d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELÉMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été élaboré cette année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce programme de formation a été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

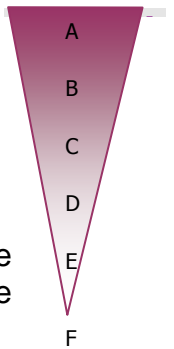
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.



O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

Nombre de réunions plénières du CLIN dans l'année	_ _ _ _ réunions
---	-------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

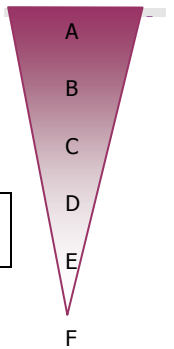
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELÉMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.



O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Nombre de réunions, de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année	_ _ réunions
---	----------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

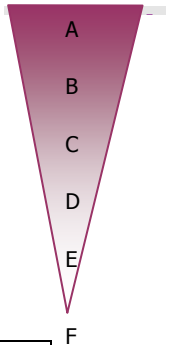
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.



O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (même s'ils n'assistent pas aux séances)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

2 points seront accordés aux établissements qui ont convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

ELÉMENTS DE PREUVE

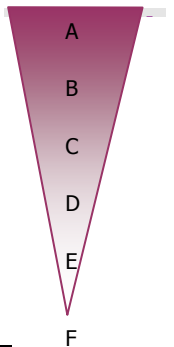
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

Remarques

Si la CRUQPC a contribué à l'élaboration du programme d'actions dans les établissements de santé publics ou a donné son avis dans les établissements privés : répondre à cette question « oui » à cette question.



O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

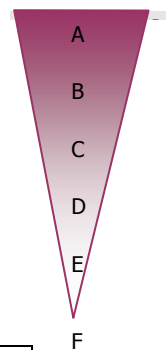
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le plan de formation continue de l'établissement.



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Un programme d'actions pour l'année 2010 en matière de lutte contre les infections nosocomiales a été élaboré par le CLIN avec l'EOH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

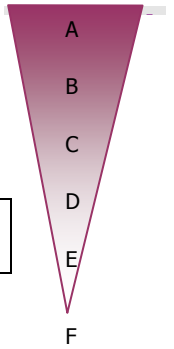
ELÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de 2009 a été élaboré par le CLIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

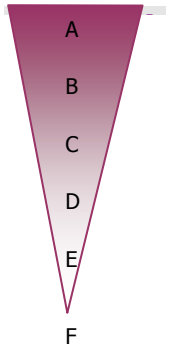
Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Eléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)


M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le total des ETP (médecins, pharmaciens, cadre infirmier, infirmier non cadre, technicien biohygiéniste et secrétaire) est égal à zéro.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELÉMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a été prévue pour les catégories de personnels suivantes :		
	• nouveaux personnels recrutés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• personnels intérimaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
	• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN.

VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre 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, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.

M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _ _	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELÉMENTS DE PREUVE

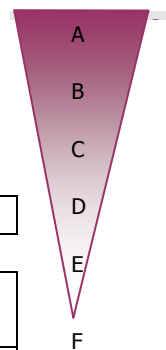
Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.



M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Il existe, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

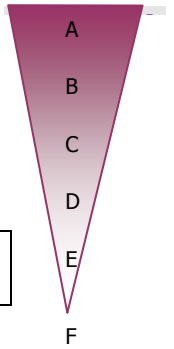
la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN



A11(1) : Protocole de prise en charge des AES

Il existe un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des accidents d'exposition au sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

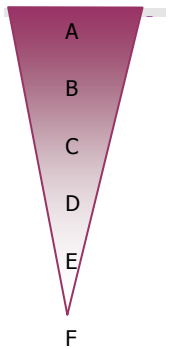
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par le service de santé au travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année	<input type="checkbox"/> , avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non
--	--

VALORISATION :

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini

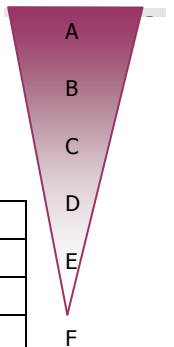
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" *avec seuil d'alerte défini de façon explicite*. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur)

Et

Bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



A 11 (3 à 5) : autres protocoles prioritaires

Thèmes	Existence du protocole
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour le thème « infection urinaire » répondre « oui » si il existe un protocole relatif au sondage urinaire.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

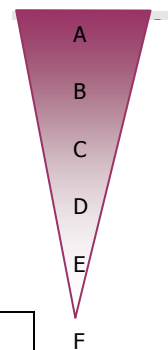
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

Ou

Pour chaque protocole, compte-rendu du CLIN ayant validé le protocole.



A12 (1 à 10) : autres protocoles

Thèmes	Existence du protocole
5) Dispositifs intravasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Technique d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Aux soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) aux antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) aux désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM à l'exclusion endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) à l'entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) à l'élimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) au circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour l'item 14 : 0,5 point sera accordé si l'établissement a répondu "oui" à la question "il existe un protocole de désinfection des endoscopes" et/ ou "oui à l'item " il existe un protocole « pour la désinfection des dispositifs médicaux à l'exclusion des endoscopes »

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

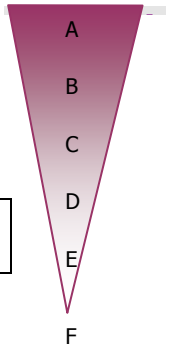
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

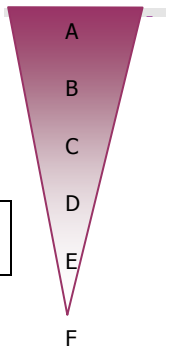
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELÉMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.



A21(2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a mené des actions de prévention des AES en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un **nouveau** matériel, de la création d'affiches didactiques etc.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

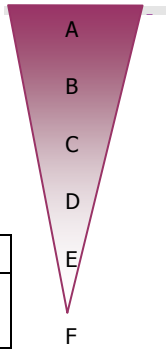
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELÉMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.



A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Il existe :	
Une liste définissant les BMR prioritaires pour l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance annuelle des Bactéries multi Résistantes dans la totalité de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un protocole sur les « techniques d'isolement » comme décrit dans le tableau A 12 « autres protocoles »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un programme de maîtrise des BMR correspond à un établissement qui a

- Une définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- Une l'organisation de la surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- un protocole sur les « Techniques d'isolement »

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

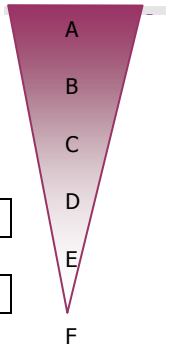
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'isolement »



A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

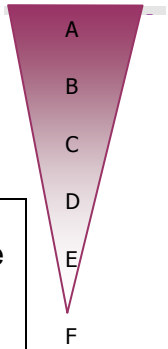
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.



A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

<p>L'établissement dispose d'un laboratoire de microbiologie</p> <p>Si oui, durant l'année, une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urines, hémocultures...) a été faite</p>	<p><input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe avec convention <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour les établissements de santé ayant une convention avec un laboratoire externe avec convention, répondre oui à la question : il existe un laboratoire de microbiologie.

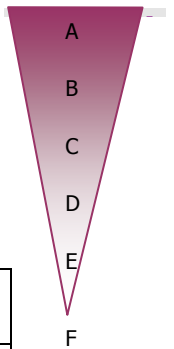
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELÉMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, correspondant à l'année du bilan.



A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont été diffusés aux services participants	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si l'une des deux actions citées a été réalisée **et** que les résultats de cette surveillance a été diffusée.

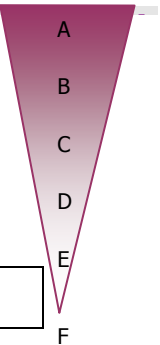
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELÉMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.



A26 : Désignation d'un responsable du signalement

L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

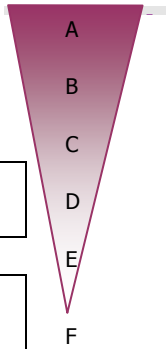
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales.

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

ELÉMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales



A31, A32 : Actions d'évaluation

Des actions d'évaluation ont été menées en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	
Un audit des pratiques (au moins) a été réalisé en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année du bilan.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année du bilan.

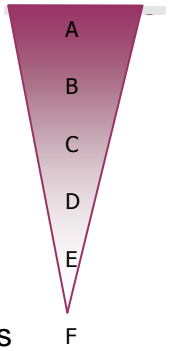
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.



B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur ICATB concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques

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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année	_ _

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

CONSIGNES DE 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.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée 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 de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de commission des antibiotiques ou si elle ne s'est pas réunie au cours de l'année du bilan (0 réunion)

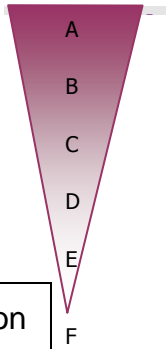
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

2 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 2 fois au cours de l'année du bilan.

4 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 3 fois ou plus au cours de l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

Il existe au sein de l'établissement <u>un référent en antibiothérapie</u> désigné par le représentant légal de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

4 points seront accordés s'il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

ELÉMENTS 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 ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

Thèmes	Existence du protocole ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu
Antibioprophylaxie chirurgicale (ne concerne que les établissements de santé disposant de services chirurgicaux et/ ou obstétricaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Cet item ne concerne que les établissements de santé ayant une activité chirurgicale, ou obstétricale.

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>) **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale ou si celui-ci n'est pas basé sur un référentiel reconnu ou s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale basé sur un référentiel reconnu **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

ELÉMENTS DE PREUVE

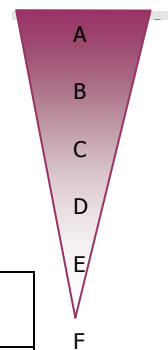
Protocole faisant référence aux recommandations de la SFAR, daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> non concerné
Si OUI, • Il est en vigueur dans le secteur des urgences	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **ou** si celui-ci ne comprend pas au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **ou** s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Les points accordés aux établissements ayant un protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **et** si celui-ci comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **et** s'il a été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office, sont attribués comme indiqué dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'existence d'une activité chirurgicale et d'un secteur des urgences :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	Dans cette liste, l'instance a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	<ul style="list-style-type: none"> Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures (3) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas établi de liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement.

0,25 point sera accordé aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

0 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il n'existe pas une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office **ou** si ces critères n'ont pas été validés par cette instance

0,5 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, ne précise pas une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

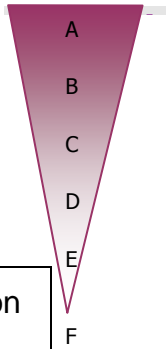
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELÉMENTS 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



ATB5a : Connexion informatique

Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

1 point sera accordé s'il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme)

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

L'information de la prescription du médicament est informatisée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	<input type="checkbox"/> Part.	<input type="checkbox"/> Total

CONSIGNES DE 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 services ou secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est **partielle** si elle ne concerne qu'une partie des services ou des secteurs d'activités.

La prescription informatisée est **totale** si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités.

VALORISATION

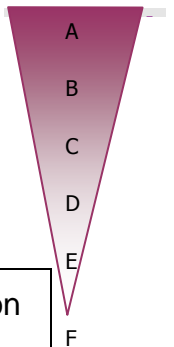
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

1 point sera accordé s'il existe une informatisation partielle de la prescription du médicament.

2 points seront accordés s'il existe une informatisation totale de la prescription du médicament.

ELÉMENTS DE PREUVE

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

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 adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

VALORISATION

0 point sera accordé si l'établissement n'a pas prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

1 point sera accordé si l'établissement a prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

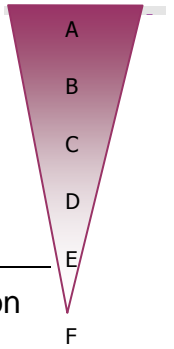
ELÉMENTS DE PREUVE

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 un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement qui n'a pas réalisé d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

2,5 points seront accordés à l'établissement qui a réalisé une évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

ELÉMENTS 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.

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (9)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	
• <u>Résultats annuels</u> (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	F
J01A - Tétracyclines	_ _ _ _
J01B - Phénicolés	_ _ _ _
J01C - Pénicillines	_ _ _ _
J01D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_ _ _ _
J01E - Sulfamides et Triméthoprime	_ _ _ _
J01F - Macrolides et apparentés	_ _ _ _
J01G - Aminosides	_ _ _ _
J01M - Fluoroquinolones	_ _ _ _
J01X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_ _ _ _
TOTAL des <u>DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation</u> , toutes familles d'antibiotiques confondues	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'élément de preuve pour l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation est constitué par les résultats qui seront inscrits dans le tableau ci-dessus.

Répondre OUI s'il est utilisé la méthodologie nationale publiée par la « circulaire N°DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville »

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ou si cette surveillance est réalisée selon une autre méthode.

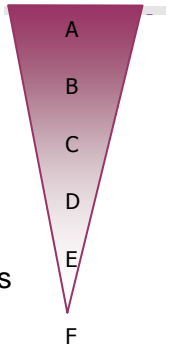
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat 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.



C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

MECSS
Centres de post cure alcoolique

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans le tableau n°8)

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

L'indicateur ICSHA se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Etablissements (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.

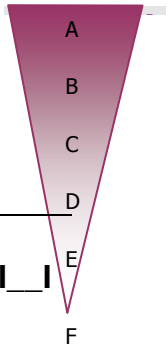
Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2.

Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

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, en soins de suite et en réadaptation ;
- les séances de transfusion sanguine, et de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux 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 ;
 - la dialyse péritonéale en centre ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.



Volume en litres de SHA commandé au cours de l'année

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres)

| _ | _ | _ | _ | _ | , | _ | _ |

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 du bilan.

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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet :

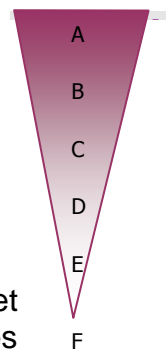
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

VALORISATION

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe n°7.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur SURVISO ne concerne que les activités chirurgicales ou obstétricales et les structures la pratiquant. En sont donc exclues, sauf cas particulier, les catégories suivantes :

4 – Etablissements Psy
5 – ex Hôpitaux locaux
9 – SSR-SLD
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

La discipline chirurgicale est l'unité statistique. On considère qu'un établissement dispose d'une discipline chaque fois qu'il possède au moins un service, un secteur d'activité ou un pôle ayant tout ou partie de son activité dans cette discipline. Les disciplines ou regroupement de disciplines à prendre en compte sont les suivants :

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

Depuis 2007, les établissements réalisant des actes de chirurgie et n'ayant pas fait de surveillance des infections du site opératoire (ISO) sont exclus du score agrégé.

Surveillance des infections du site opératoire

VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010 • Préciser dans combien de disciplines chirurgicales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Renseigner les items relatifs à la surveillance des Infections du site opératoire , s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO fondée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELÉMENTS DE PREUVE

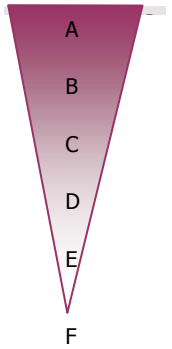
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

- un document fourni par un réseau détaillant la liste des spécialités participantes.

et (dans les deux cas)

- un document attestant que les chirurgiens concernés par les actes suivis ont été associés à la surveillance (courrier ou mail d'envoi des résultats aux chirurgiens ou compte-rendu de réunion où ces résultats ont été analysés avec les chirurgiens ou rapport d'activité du service ou pôle incluant les taux d'attaque ou attestation des chirurgiens).



E – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements 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 :

4 – Etablissement psychiatrique
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des 3 ans sont classés en « **Non concerné** ».

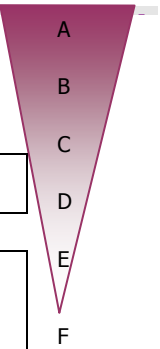
Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de 3 ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « **DI** » (Données Insuffisantes).

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 Etablissements (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'indicateur SARM



X.1 - SARM

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	_ _ _ _
--	---------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

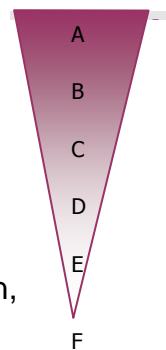
- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$$

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

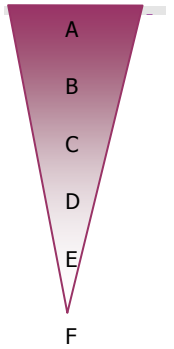


Journées d'hospitalisation

Journées d'hospitalisation prises en compte : MCO, SSR, SLD (extraites de la SAE)

ELÉMENTS DE PREUVE

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

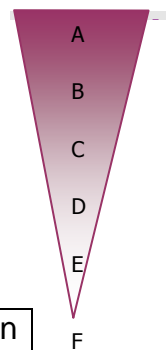


Les nouveaux items

Introduction : tous les nouveaux items introduits par rapport au bilan standardisé de l'activité de l'année 2009 correspondant à l'arrêté du 08 mai 2008 ne font pas l'objet d'aide au remplissage.

Une prochaine circulaire précisera la valorisation des items constituant les indicateurs de processus dits de deuxième génération. Ces nouveaux indicateurs seront en simulation pour la campagne 2011 : ils ne feront pas l'objet de diffusion publique par établissement. Ils sont accessibles sur le site de recueil du bilan.

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, les décrets relatifs à la commission médicale d'établissement, ou conférence médicale d'établissements et celui concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sont les éléments fondateurs de ces nouveaux items et un accent sera mis sur la prévention des infections graves et évitables dont les infections du site opératoire et la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.



Correspondants pour la lutte contre les événements indésirables

Il existe dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants pour la lutte contre les événements indésirables :

médicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non
paramédicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non

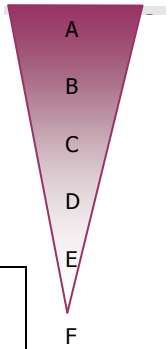
AIDE AU REMPLISSAGE

Il s'agit de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Les événements indésirables associés aux soins sont définis dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre ces événements.

Répondre « **oui** » lorsque tous les services, des pôles, et les secteurs d'activité sont dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **non** » lorsque aucun service, aucun pôle, et aucun secteur d'activité dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas de figure



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

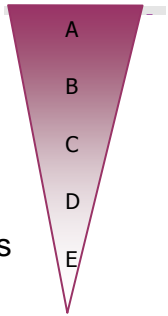
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En cours <input type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------------

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'article R. 6111-4 pour la désignation du coordonnateur.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est un membre de l'EOH répondre : "OUI"



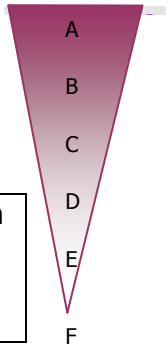
Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins dont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est assurée par :

voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O
autre, préciser :	

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'instruction n°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Les contrats de pôles

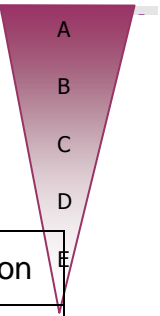
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/> >50% des pôles	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	---	------------------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque ces objectifs sont inscrits dans tous les contrats de pôles

Répondre « **non** » lorsque ces objectifs ne sont inscrits dans aucun des contrats de pôle

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas



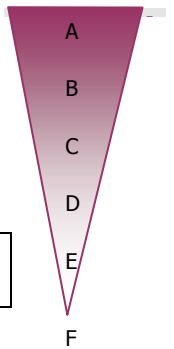
Équipement de protection et matériel sécurisé

L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque **tous** les pôles, ou les secteurs d'activités concernés en sont dotés.

Répondre « **non** » dans le cas contraire.



Immunsation/vaccination des personnels de santé

Il existe une procédure de vérification de l'immunsation vis-à-vis de l'hépatite B des personnels exposés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

La référence réglementaire est l'article L.3111-4 :

"Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunsée contre l'hépatite B".

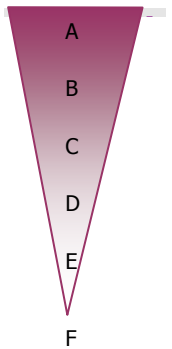
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

Pour la grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

se référer au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales publiés chaque année selon l'avis du Haut conseil de la santé publique

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>



Prévention de la transmission croisée

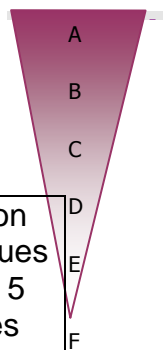
Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Air»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Utilisation d'outils d'aide à l'observance	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux centraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur chambres implantables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters sous-cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _
Pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (intubation ou trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	I _ _ II _ _
Désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

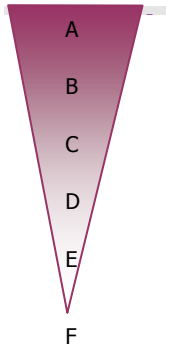
Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour le thème « Infection urinaire sur sonde urinaire » :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques, sur chambres implantables dont aiguille de Huber, sur cathéters sous-cutanés :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et paraclinique



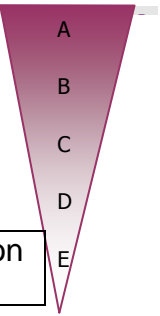
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 et /ou paraclinique

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHE, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention des infections du site opératoire

Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Protocole de préparation cutanée de l'opéré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

L'outil d'aide à l'observance doit prendre en compte les éléments suivants

- La préparation cutanée ;
- Le bon usage de l'antibio-prophylaxie ;
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Surveillance des infections du site opératoire

<p>Ce système de surveillance est sous la forme d'une déclaration (simple recensement des cas, sans recueil systématique de données pour la totalité des patients opérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

AIDE AU REMPLISSAGE

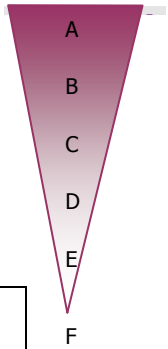
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _
--	--

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

<p>Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui, National ISO/RAISIN _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau _ _ _ _



Surveillance des bactéries Multi résistantes

Ce système de surveillance est un recensement des cas à partir des données du laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

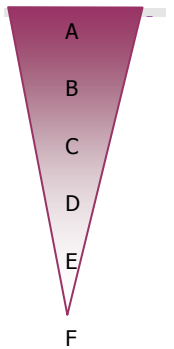
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

Ce système de surveillance permet de calculer un taux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau	<input type="checkbox"/> Oui, National/CCLIN/ARLIN (BMR/RAISIN) <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau <input type="checkbox"/> Non
--	---



Analyse des causes des évènements infectieux graves

Il existe un protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Année de la dernière analyse des causes réalisée à partir d'un signalement interne
|_|_|||_|_|

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.

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale
- une infection profonde du site opératoire
- infections à bactéries multi résistantes
- cas groupés

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

Indicateurs spécifiques à l'hémodialyse

Les indicateurs suivants concernent uniquement les établissements de santé ayant une activité de dialyse chronique

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur fistule artérioveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène du bras pour les patients porteurs d'une fistule artérioveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information relative au risque infectieux du patient porteur d'une fistule artérioveineuse ou d'un cathéter pour épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désinfection des générateurs de dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le suivi de la Protéine C Réactive est réalisé Oui Non

Il existe une surveillance des infections et bactériémies sur voies d'abord vasculaire (fistules artérioveineuses et CVC) pour un patient dialysé Oui Non

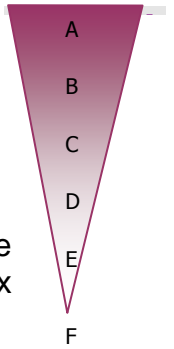
Si oui

Dans le cadre d'un réseau formalisé Oui (RAISIN/CCLIN/ARLIN),
 Oui Autre réseau
 Non

Si non :

Une analyse interne des données est faite Oui Non

Proportion de patients porteurs d'une fistule artérioveineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois I _ I _ I _ I , _ I _ I



AIDE AU REMPLISSAGE

Protocole de branchement (fistule artérioveineuse ou cathéter) :

- Le protocole de branchement doit mentionner les 4 temps de l'antisepsie du site avant ponction de fistule artérioveineuse (FAV) ou branchement sur cathéter veineux central (CVC) et l'hygiène des mains du patient après le débranchement.

- Il doit également recommander que le branchement sur cathéters veineux centraux soit réalisé de préférence en **binôme**.

Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés

Existence d'un suivi sérologique VHB-VHC systématique et régulier selon les recommandations en vigueur

Le suivi systématique et régulier de la Protéine C Réactive est réalisé

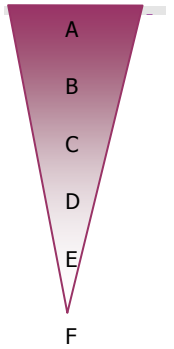
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois :

Analyse de dossiers sur une semaine des patients dialysés depuis plus de 6 mois (file active de patients) et hors patients en situation de repli

Numérateur : Nombre de dossiers de patients dialysés sur fistules artério-veineuses (natives ou prothétiques)

Dénominateur : Nombre de dossiers de patients inclus.



ANNEXES

N°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

N°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN

N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS

N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

N°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

N°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

N°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

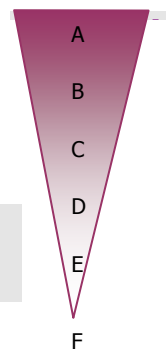


Tableau n°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
9 – SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

Catégories / (année de l'étalonnage)	ICALIN (2003)	ICSHA2 (2010)	ICATB (2006)	SURVISO (2005)
1 – CHR-CHU	+	+	+	+
2 – CH-CHG < 300 lits	+	+	+	+/-
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	+	+	+	+/-
4 – Etablissements Psy	+	+	+	
5 – ex Hôpitaux locaux	+	+	+	
6 – Cliniques MCO < 100 lits	+	+	+	+/-
7 – Cliniques MCO ≥ 100 lits	+	+	+	+/-
9 – SSR-SLD	+	+	+	
10 – CLCC-CANCER	+	+	+	+/-
11 – HAD	+	+		
12 – Hémodialyse	+	+		
13 - MECSS	+			
14 - Ambulatoire chirurgical	+	+		+
Ambulatoire non chirurgical	+	+		
Centre de postcure alcoolique exclusif	+			

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1	
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				1	
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement				1,5	
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			6		
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail			4		
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN			2		
	O3 Outils de gestion de la LIN		O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN			9		
O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN			4					
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0	33	16		6	
			M12 – Nombre temps plein paramédical > 0				6	
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0				2	
			M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0				2	
	M2 Formation du personnel					M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants	2	
						M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0	3	
						M23 – Formation des personnels infirmiers > 0	3	
						M24 – Formation des autres personnels permanents > 0	1	
	M3 Correspondants					M31 – Correspondants en hygiène médicaux	4	
						M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux	4	
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	34	15		10	
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)				5	
	A2 Surveillance					A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)	3	
						A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques	4	
						A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance	3	
						A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie	1	
						A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services	1	
						A26 - Désignation d'un responsable du signalement	2	
	A3 Evaluation					A31 – Réalisation d'un type d'évaluation	2	
						A32 – dont un audit de pratique	3	

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

CLASSES DE RESULTATS

$$\boxed{E} < \leq \boxed{D} < \leq \boxed{C} < \leq \boxed{B} < \leq \boxed{A}$$

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°5 : Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » ⁽¹⁾	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique					1
			ICATB5b-Prescription du médicament informatisée ⁽²⁾				3	2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention ⁽⁴⁾	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques ⁽³⁾		8		2	2
		ICATB4	ICATB4a-Liste d'antibiotiques disponibles					0,25
			ICATB4b-Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée				1	0,5
			ICATB4c-Contrôlée avec durée limitée					0,25
	A2-Surveillance	ICATB8	Surveillance de la consommation des antibiotiques				2,5	2,5
A3-Evaluation	ICATB7	Evaluation de la prescription des antibiotiques		2,5	2,5			

⁽¹⁾ - ICATB1 - Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

⁽²⁾ - ICATB5b - Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

⁽³⁾ - ICATB 3 - Protocoles relatifs aux antibiotiques : non = 0 point, oui = pondération suivante :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

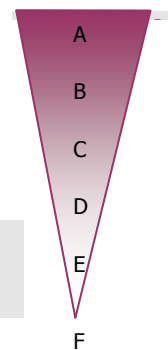


Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 20/20 (voir tableau n°5)

CLASSES	E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A
----------------	--

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15.25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17.00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15.5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15.78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA2

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).

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

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

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

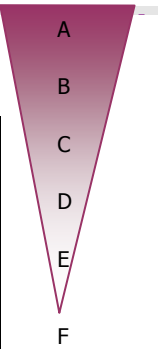


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres 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 au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA2 en pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

À faire valider

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

La valeur de SURVISO est fixée à partir du pourcentage de disciplines chirurgicales participant à la surveillance des ISO :

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GÉNÉRALE

Quand les établissements sont concernés par les 4 indicateurs, la formule du score agrégé est :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA2} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS :

La formule est adaptée en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs. Les points du ou des indicateurs absents sont redistribués au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.

1 - CH et Cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA2 + ICATB) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA2} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 – HAD, Hémodialyse, ambulatoire non-chirurgical : (ICALIN + ICSHA2)

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA2} \times 0,429)$$

3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,5) + (\text{ICSHA2} \times 0,375) + (\text{SURVISO} \times 0,125)$$

4 - MECSS, et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47

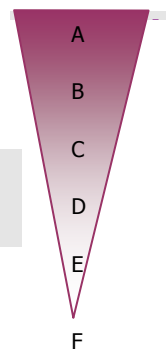


Tableau n°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

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

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

L'indice SARM est calculé à partir de l'indice triennal SARM 2008 - 2010

Le calcul des limites de classes, pour chaque catégorie d'établissement :

- Percentile 10 : limite A – B
- Percentile 30 : limite B – C
- Percentile 70 : limite C – D
- Percentile 90 : limite D - E

La distribution initiale (indice triennal 2007 – 2009) dans chaque catégorie d'établissements, est ainsi : 10% - 20% - 40% - 20% - 10%

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005 – 2007 sont appliquées à l'indice triennal 2007 - 2009

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

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification



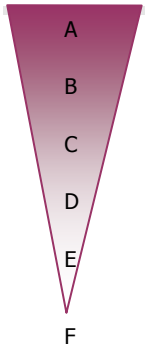
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

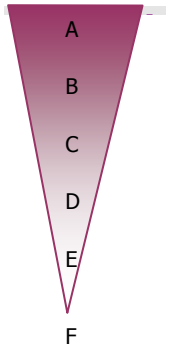
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

Annexe 3 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010





Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM, des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé et des aides au remplissage concernant les nouveaux items introduits par rapport à l'année précédente.

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

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 2010 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2011 est une actualisation du dossier de preuves 2010. 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 28 décembre 2010.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de l'ARS.

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

En cas de discordance après la validation externe par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

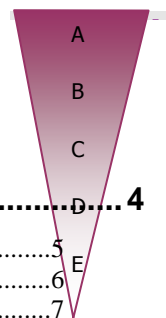


TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	5
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE.....	6
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D'ACTIONS.....	7
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.....	10
O211 : RÉUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRÉSENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITÉS.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIÈNE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 à 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 à 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PRÉVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUÊTE D'INCIDENCE OU DE PRÉVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE À PARTIR DES DONNÉES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALLEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'ÉVALUATION.....	32
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	33
ATB1 : INSTANCE CHARGÉE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN RÉFÉRENT EN ANTIBIOTHÉRAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISÉE DES MÉDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....	44
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	46
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....	48
F - NOUVEAUX ITEMS.....	51
ANNEXES.....	
TABLEAU N°1 : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRÉSENCE DES INDICATEURS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS.....	69

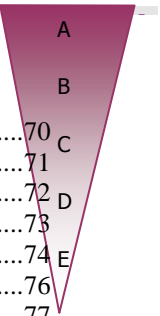
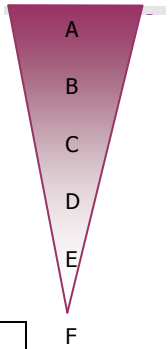


TABLEAU N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
TABLEAU N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICATB PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITÉS DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITÉS DE CALCUL DU SCORE AGRÉGÉ	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	77
TABLEAU N°10 : MÉTHODE DE CLASSEMENT DES RÉSULTATS DE L'INDICE SARM	78



A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a adopté un projet d'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'objectif ou de moyens (COM)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	D
Si oui,	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans ce Contrat d'objectifs ou de moyens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E F

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour le secteur privé, le contrat d'objectif et de moyens peut correspondre à la convention tripartite si le CPOM n'est pas encore signé.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH/ARS ou ayant signé un COM avec l'ARH/ARS qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

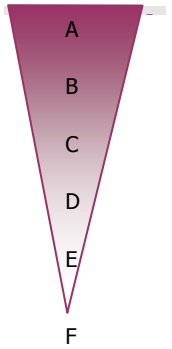
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dus figurer dans le contrat actuel).

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du CPOM ou de la convention tripartite en cours contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).



O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a été	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

ELÉMENTS DE PREUVE

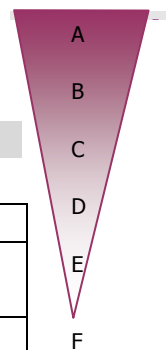
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté » pour avis, on peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis sur le programme.



O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELÉMENTS DE PREUVE

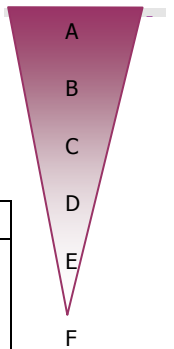
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis.

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté pour avis. On peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis.



O131 : Livret d'accueil

L'établissement a publié un livret d'accueil		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	il contient ou est distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre oui si l'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales est inscrite dans le livret d'accueil ou dans un document joint à ce dernier.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil et n'ayant pas distribué d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELÉMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été élaboré cette année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce programme de formation a été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

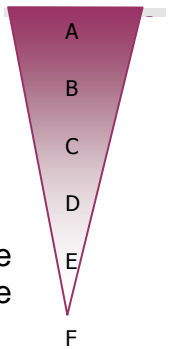
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.



O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

Nombre de réunions plénières du CLIN dans l'année	_ _ _ _ réunions
---	-------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

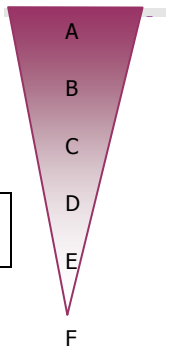
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELÉMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.



O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Nombre de réunions, de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année	_ _ réunions
---	----------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

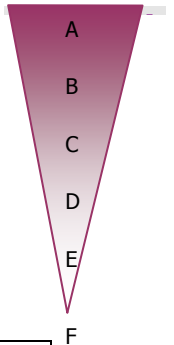
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.



O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (même s'ils n'assistent pas aux séances)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

2 points seront accordés aux établissements qui ont convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

ELÉMENTS DE PREUVE

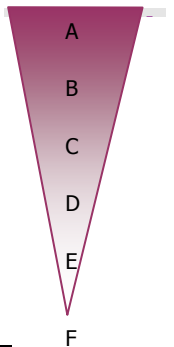
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

Remarques

Si la CRUQPC a contribué à l'élaboration du programme d'actions dans les établissements de santé publics ou a donné son avis dans les établissements privés : répondre à cette question « oui » à cette question.



O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

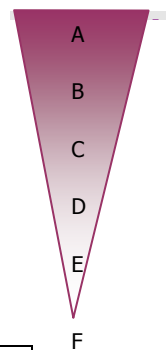
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le plan de formation continue de l'établissement.



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Un programme d'actions pour l'année 2010 en matière de lutte contre les infections nosocomiales a été élaboré par le CLIN avec l'EOH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

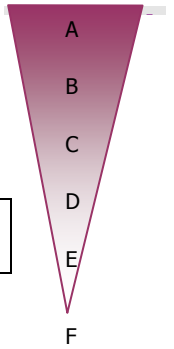
ELÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de 2009 a été élaboré par le CLIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

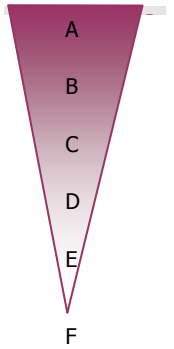
Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Éléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)



M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le total des ETP (médecins, pharmaciens, cadre infirmier, infirmier non cadre, technicien biohygiéniste et secrétaire) est égal à zéro.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELÉMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a été prévue pour les catégories de personnels suivantes :		
	• nouveaux personnels recrutés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• personnels intérimaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
	• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN.

VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

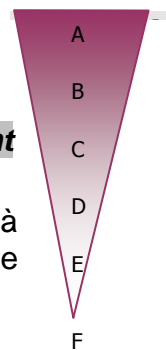
0,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre 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, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.



M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELÉMENTS DE PREUVE

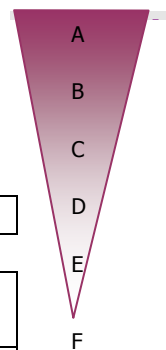
Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.



M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Il existe, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

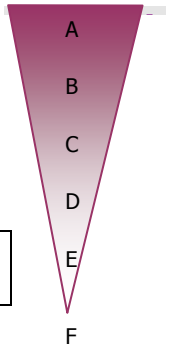
la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN



A11(1) : Protocole de prise en charge des AES

Il existe un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des accidents d'exposition au sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

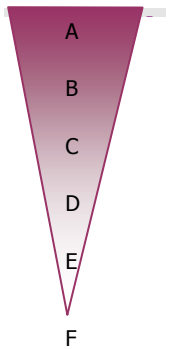
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par le service de santé au travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année	<input type="checkbox"/> , avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non
--	--

VALORISATION :

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini

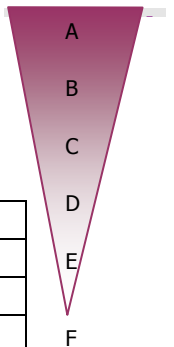
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" *avec seuil d'alerte défini de façon explicite*. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur)

Et

Bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



A 11 (3 à 5) : autres protocoles prioritaires

Thèmes	Existence du protocole
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour le thème « infection urinaire » répondre « oui » si il existe un protocole relatif au sondage urinaire.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

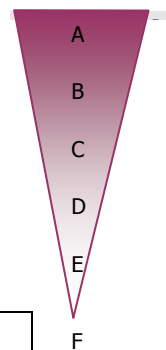
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

Ou

Pour chaque protocole, compte-rendu du CLIN ayant validé le protocole.


A12 (1 à 10) : autres protocoles

Thèmes	Existence du protocole
5) Dispositifs intravasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Technique d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Aux soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) aux antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) aux désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM à l'exclusion endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) à l'entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) à l'élimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) au circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour l'item 14 : 0,5 point sera accordé si l'établissement a répondu "oui" à la question "il existe un protocole de désinfection des endoscopes" et/ ou "oui à l'item " il existe un protocole « pour la désinfection des dispositifs médicaux à l'exclusion des endoscopes »

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

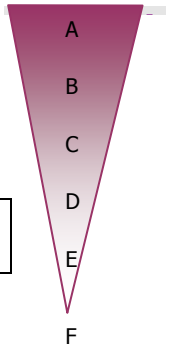
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

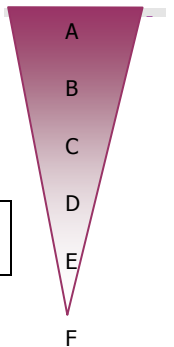
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELÉMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.



A21(2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a mené des actions de prévention des AES en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un nouveau matériel, de la création d'affiches didactiques etc.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

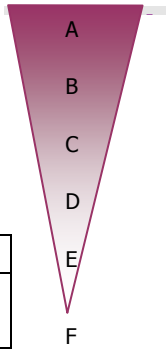
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELÉMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.



A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Il existe :	
Une liste définissant les BMR prioritaires pour l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance annuelle des Bactéries multi Résistantes dans la totalité de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un protocole sur les « techniques d'isolement » comme décrit dans le tableau A 12 « autres protocoles »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un programme de maîtrise des BMR correspond à un établissement qui a

- Une définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- Une l'organisation de la surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- un protocole sur les « Techniques d'isolement »

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

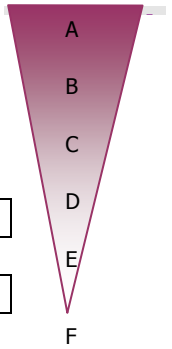
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'isolement »



A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ? Oui Non

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ? Oui Non

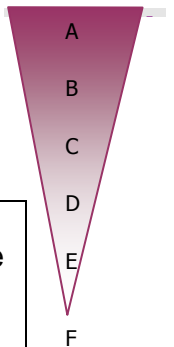
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.



A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

<p>L'établissement dispose d'un laboratoire de microbiologie</p> <p>Si oui, durant l'année, une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urines, hémocultures...) a été faite</p>	<p><input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe avec convention <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour les établissements de santé ayant une convention avec un laboratoire externe avec convention, répondre oui à la question : il existe un laboratoire de microbiologie.

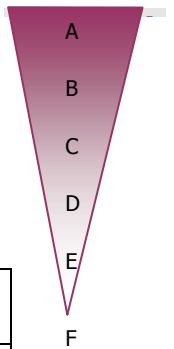
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELÉMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, correspondant à l'année du bilan.



A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont été diffusés aux services participants	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si l'une des deux actions citées a été réalisée **et** que les résultats de cette surveillance a été diffusée.

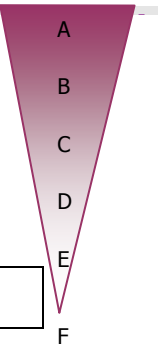
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELÉMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.



A26 : Désignation d'un responsable du signalement

L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

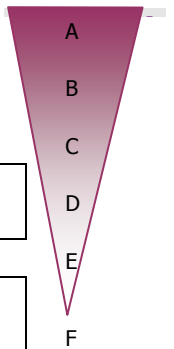
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales.

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

ELÉMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales



A31, A32 : Actions d'évaluation

Des actions d'évaluation ont été menées en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	
Un audit des pratiques (au moins) a été réalisé en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année du bilan.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année du bilan.

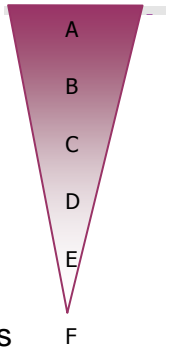
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.



B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur ICATB concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques

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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année	_ _

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

CONSIGNES DE 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.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée 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 de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de commission des antibiotiques ou si elle ne s'est pas réunie au cours de l'année du bilan (0 réunion)

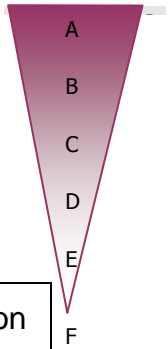
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

2 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 2 fois au cours de l'année du bilan.

4 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 3 fois ou plus au cours de l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

Il existe au sein de l'établissement <u>un référent en antibiothérapie</u> désigné par le représentant légal de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

4 points seront accordés s'il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

ELÉMENTS 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 ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

Thèmes	Existence du protocole ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu
Antibioprophylaxie chirurgicale (ne concerne que les établissements de santé disposant de services chirurgicaux et/ ou obstétricaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Cet item ne concerne que les établissements de santé ayant une activité chirurgicale, ou obstétricale.

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>) **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale ou si celui-ci n'est pas basé sur un référentiel reconnu ou s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale basé sur un référentiel reconnu **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

ELÉMENTS DE PREUVE

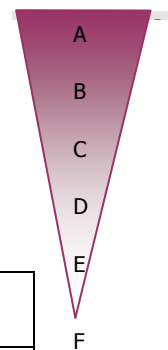
Protocole faisant référence aux recommandations de la SFAR, daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> non concerné
Si OUI, • Il est en vigueur dans le secteur des urgences	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **ou** si celui-ci ne comprend pas au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **ou** s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Les points accordés aux établissements ayant un protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **et** si celui-ci comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **et** s'il a été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office, sont attribués comme indiqué dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'existence d'une activité chirurgicale et d'un secteur des urgences :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, Dans cette liste, l'instance a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 (3)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas établi de liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement.

0,25 point sera accordé aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

0 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il n'existe pas une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office **ou** si ces critères n'ont pas été validés par cette instance

0,5 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, ne précise pas une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

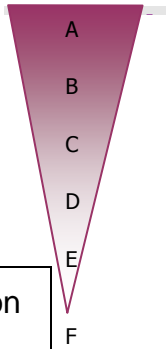
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELÉMENTS 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



ATB5a : Connexion informatique

Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

1 point sera accordé s'il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme)

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

L'information de la prescription du médicament est informatisée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	<input type="checkbox"/> Part.	<input type="checkbox"/> Total

CONSIGNES DE 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 services ou secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est **partielle** si elle ne concerne qu'une partie des services ou des secteurs d'activités.

La prescription informatisée est **totale** si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités.

VALORISATION

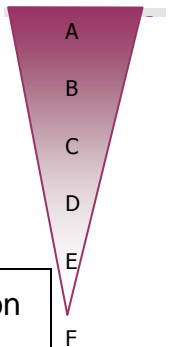
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

1 point sera accordé s'il existe une informatisation partielle de la prescription du médicament.

2 points seront accordés s'il existe une informatisation totale de la prescription du médicament.

ELÉMENTS DE PREUVE

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

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 adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

VALORISATION

0 point sera accordé si l'établissement n'a pas prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

1 point sera accordé si l'établissement a prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

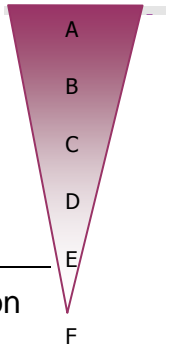
ELÉMENTS DE PREUVE

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 un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement qui n'a pas réalisé d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

2,5 points seront accordés à l'établissement qui a réalisé une évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

ELÉMENTS 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.

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (9)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	
• <u>Résultats annuels</u> (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	F
J01A - Tétracyclines	_ _ _ _
J01B - Phénicolés	_ _ _ _
J01C - Pénicillines	_ _ _ _
J01D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_ _ _ _
J01E - Sulfamides et Triméthoprime	_ _ _ _
J01F - Macrolides et apparentés	_ _ _ _
J01G - Aminosides	_ _ _ _
J01M - Fluoroquinolones	_ _ _ _
J01X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_ _ _ _
TOTAL des <u>DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation</u> , toutes familles d'antibiotiques confondues	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'élément de preuve pour l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation est constitué par les résultats qui seront inscrits dans le tableau ci-dessus.

Répondre OUI s'il est utilisé la méthodologie nationale publiée par la « circulaire N°DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville »

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ou si cette surveillance est réalisée selon une autre méthode.

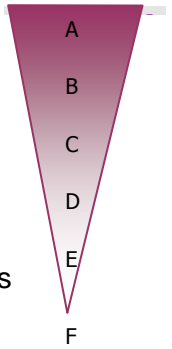
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat 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.



C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

MECSS
Centres de post cure alcoolique

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans le tableau n°8)

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

L'indicateur ICSHA se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Etablissements (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.

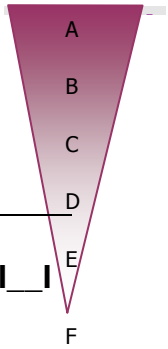
Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2.

Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

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, en soins de suite et en réadaptation ;
- les séances de transfusion sanguine, et de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux 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 ;
 - la dialyse péritonéale en centre ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.



Volume en litres de SHA commandé au cours de l'année

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres)

| _ | _ | _ | _ | _ | , | _ | _ |

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 du bilan.

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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet :

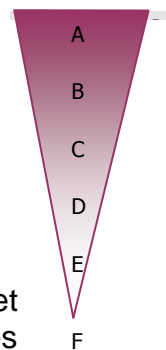
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

VALORISATION

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe n°7.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur SURVISO ne concerne que les activités chirurgicales ou obstétricales et les structures la pratiquant. En sont donc exclues, sauf cas particulier, les catégories suivantes :

4 – Etablissements Psy
5 – ex Hôpitaux locaux
9 – SSR-SLD
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

La discipline chirurgicale est l'unité statistique. On considère qu'un établissement dispose d'une discipline chaque fois qu'il possède au moins un service, un secteur d'activité ou un pôle ayant tout ou partie de son activité dans cette discipline. Les disciplines ou regroupement de disciplines à prendre en compte sont les suivants :

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

Depuis 2007, les établissements réalisant des actes de chirurgie et n'ayant pas fait de surveillance des infections du site opératoire (ISO) sont exclus du score agrégé.

Surveillance des infections du site opératoire

VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010 • Préciser dans combien de disciplines chirurgicales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Renseigner les items relatifs à la surveillance des Infections du site opératoire , s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO fondée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELÉMENTS DE PREUVE

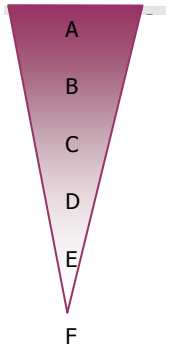
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

- un document fourni par un réseau détaillant la liste des spécialités participantes.

et (dans les deux cas)

- un document attestant que les chirurgiens concernés par les actes suivis ont été associés à la surveillance (courrier ou mail d'envoi des résultats aux chirurgiens ou compte-rendu de réunion où ces résultats ont été analysés avec les chirurgiens ou rapport d'activité du service ou pôle incluant les taux d'attaque ou attestation des chirurgiens).



E – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements 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 :

4 – Etablissement psychiatrique
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des 3 ans sont classés en « **Non concerné** ».

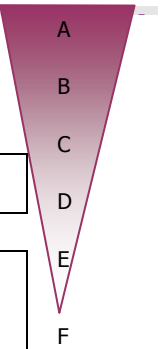
Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de 3 ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « **DI** » (Données Insuffisantes).

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 Etablissements (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'indicateur SARM



X.1 - SARM

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	_ _ _ _
--	---------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

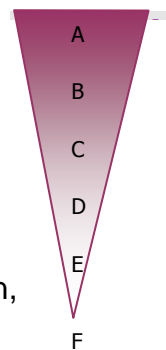
- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$$

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

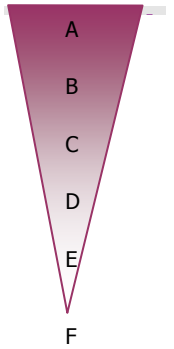


Journées d'hospitalisation

Journées d'hospitalisation prises en compte : MCO, SSR, SLD (extraites de la SAE)

ELÉMENTS DE PREUVE

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

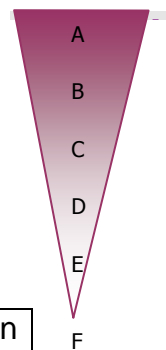


Les nouveaux items

Introduction : tous les nouveaux items introduits par rapport au bilan standardisé de l'activité de l'année 2009 correspondant à l'arrêté du 08 mai 2008 ne font pas l'objet d'aide au remplissage.

Une prochaine circulaire précisera la valorisation des items constituant les indicateurs de processus dits de deuxième génération. Ces nouveaux indicateurs seront en simulation pour la campagne 2011 : ils ne feront pas l'objet de diffusion publique par établissement. Ils sont accessibles sur le site de recueil du bilan.

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, les décrets relatifs à la commission médicale d'établissement, ou conférence médicale d'établissements et celui concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sont les éléments fondateurs de ces nouveaux items et un accent sera mis sur la prévention des infections graves et évitables dont les infections du site opératoire et la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.



Correspondants pour la lutte contre les événements indésirables

Il existe dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants pour la lutte contre les événements indésirables :

médicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non
paramédicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non

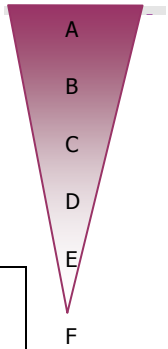
AIDE AU REMPLISSAGE

Il s'agit de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Les événements indésirables associés aux soins sont définis dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre ces événements.

Répondre « **oui** » lorsque tous les services, des pôles, et les secteurs d'activité sont dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **non** » lorsque aucun service, aucun pôle, et aucun secteur d'activité dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas de figure



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

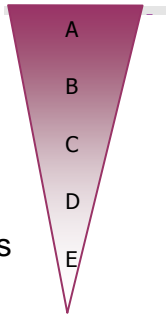
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En cours <input type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------------

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'article R. 6111-4 pour la désignation du coordonnateur.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est un membre de l'EOH répondre : "OUI"



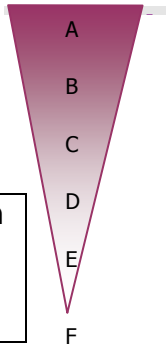
Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins dont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est assurée par :

voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O
autre, préciser :	

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'instruction n°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Les contrats de pôles

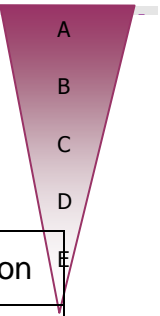
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/> > 50% des pôles	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	--	------------------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque ces objectifs sont inscrits dans tous les contrats de pôles

Répondre « **non** » lorsque ces objectifs ne sont inscrits dans aucun des contrats de pôle

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas



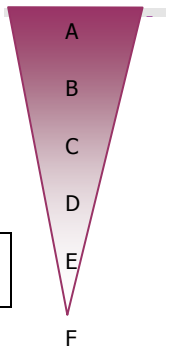
Équipement de protection et matériel sécurisé

L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque **tous** les pôles, ou les secteurs d'activités concernés en sont dotés.

Répondre « **non** » dans le cas contraire.



Immunsation/vaccination des personnels de santé

Il existe une procédure de vérification de l'immunsation vis-à-vis de l'hépatite B des personnels exposés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

La référence réglementaire est l'article L.3111-4 :

"Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunsée contre l'hépatite B".

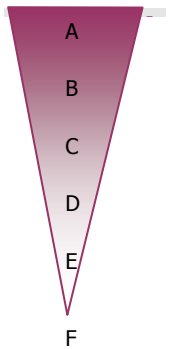
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

Pour la grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

se référer au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales publiés chaque année selon l'avis du Haut conseil de la santé publique

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>



Prévention de la transmission croisée

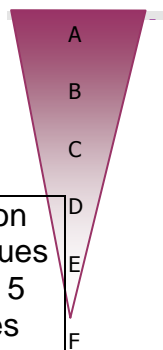
Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Air»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Utilisation d'outils d'aide à l'observance	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux centraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur chambres implantables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters sous-cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _
Pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (intubation ou trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	I _ _ II _ _
Désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

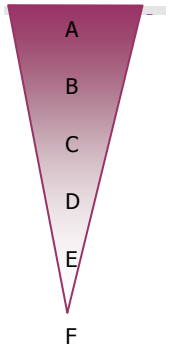
Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour le thème « Infection urinaire sur sonde urinaire » :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques, sur chambres implantables dont aiguille de Huber, sur cathéters sous-cutanés :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et paraclinique



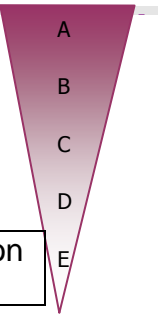
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 et /ou paraclinique

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHE, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention des infections du site opératoire

Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Protocole de préparation cutanée de l'opéré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

L'outil d'aide à l'observance doit prendre en compte les éléments suivants

- La préparation cutanée ;
- Le bon usage de l'antibio-prophylaxie ;
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Surveillance des infections du site opératoire

<p>Ce système de surveillance est sous la forme d'une déclaration (simple recensement des cas, sans recueil systématique de données pour la totalité des patients opérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

AIDE AU REMPLISSAGE

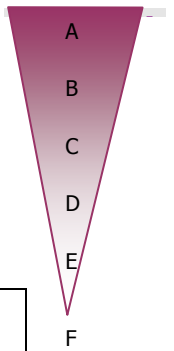
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _
--	--

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

<p>Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui, National ISO/RAISIN _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau _ _ _ _



Surveillance des bactéries Multi résistantes

Ce système de surveillance est un recensement des cas à partir des données du laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

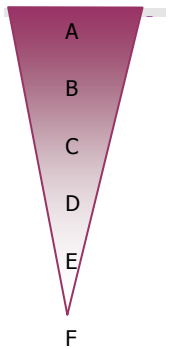
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

Ce système de surveillance permet de calculer un taux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau	<input type="checkbox"/> Oui, National/CCLIN/ARLIN (BMR/RAISIN) <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau <input type="checkbox"/> Non
--	---



Analyse des causes des évènements infectieux graves

Il existe un protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Année de la dernière analyse des causes réalisée à partir d'un signalement interne
|_|_|||_|_|

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.

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale
- une infection profonde du site opératoire
- infections à bactéries multi résistantes
- cas groupés

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

Indicateurs spécifiques à l'hémodialyse

Les indicateurs suivants concernent uniquement les établissements de santé ayant une activité de dialyse chronique

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur fistule artério-veineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène du bras pour les patients porteurs d'une fistule artério-veineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information relative au risque infectieux du patient porteur d'une fistule artério-veineuse ou d'un cathéter pour épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désinfection des générateurs de dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le suivi de la Protéine C Réactive est réalisé Oui Non

Il existe une surveillance des infections et bactériémies sur voies d'abord vasculaire (fistules artério-veineuses et CVC) pour un patient dialysé Oui Non

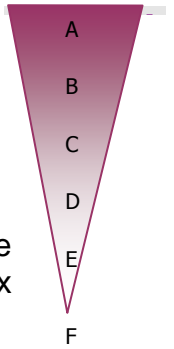
Si oui

Dans le cadre d'un réseau formalisé Oui (RAISIN/CCLIN/ARLIN),
 Oui Autre réseau
 Non

Si non :

Une analyse interne des données est faite Oui Non

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois I _ I _ I _ I , _ I _ I



AIDE AU REMPLISSAGE

Protocole de branchement (fistule artérioveineuse ou cathéter) :

- Le protocole de branchement doit mentionner les 4 temps de l'antisepsie du site avant ponction de fistule artérioveineuse (FAV) ou branchement sur cathéter veineux central (CVC) et l'hygiène des mains du patient après le débranchement.

- Il doit également recommander que le branchement sur cathéters veineux centraux soit réalisé de préférence en **binôme**.

Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés

Existence d'un suivi sérologique VHB-VHC systématique et régulier selon les recommandations en vigueur

Le suivi systématique et régulier de la Protéine C Réactive est réalisé

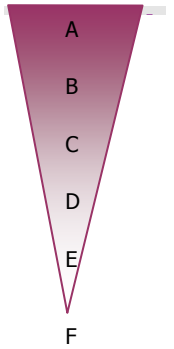
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois :

Analyse de dossiers sur une semaine des patients dialysés depuis plus de 6 mois (file active de patients) et hors patients en situation de repli

Numérateur : Nombre de dossiers de patients dialysés sur fistules artério-veineuses (natives ou prothétiques)

Dénominateur : Nombre de dossiers de patients inclus.



ANNEXES

N°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

N°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN

N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS

N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

N°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

N°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

N°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

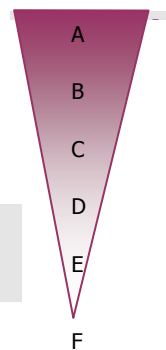


Tableau n°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
9 – SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

Catégories / (année de l'étalonnage)	ICALIN (2003)	ICSHA2 (2010)	ICATB (2006)	SURVISO (2005)
1 – CHR-CHU	+	+	+	+
2 – CH-CHG < 300 lits	+	+	+	+/-
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	+	+	+	+/-
4 – Etablissements Psy	+	+	+	
5 – ex Hôpitaux locaux	+	+	+	
6 – Cliniques MCO < 100 lits	+	+	+	+/-
7 – Cliniques MCO ≥ 100 lits	+	+	+	+/-
9 – SSR-SLD	+	+	+	
10 – CLCC-CANCER	+	+	+	+/-
11 – HAD	+	+		
12 – Hémodialyse	+	+		
13 - MECSS	+			
14 - Ambulatoire chirurgical	+	+		+
Ambulatoire non chirurgical	+	+		
Centre de postcure alcoolique exclusif	+			

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement					1,5
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN				2	
	O3 Outils de gestion de la LIN		O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue			3	1	
			O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN			13	9	
	O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN	4						
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0	33	16		6	
			M12 – Nombre temps plein paramédical > 0				6	
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0				2	
			M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0				2	
	M2 Formation du personnel		M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants		9		2	
			M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0				3	
			M23 – Formation des personnels infirmiers > 0				3	
			M24 – Formation des autres personnels permanents > 0				1	
	M3 Correspondants		M31 – Correspondants en hygiène médicaux		8		4	
			M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux				4	
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	34	15		10	
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)				5	
	A2 Surveillance		A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)		14		3	
			A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques				4	
			A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance				3	
			A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie				1	
			A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services				1	
			A26 - Désignation d'un responsable du signalement				2	
	A3 Evaluation		A31 – Réalisation d'un type d'évaluation		5		2	
			A32 – dont un audit de pratique				3	

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

CLASSES DE RESULTATS

$$\boxed{E} < \leq \boxed{D} < \leq \boxed{C} < \leq \boxed{B} < \leq \boxed{A}$$

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°5 : Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » ⁽¹⁾	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique					1
			ICATB5b-Préscription du médicament informatisée ⁽²⁾				3	2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention ⁽⁴⁾	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques ⁽³⁾		8		2	2
		ICATB4	ICATB4a-Liste d'antibiotiques disponibles					0,25
			ICATB4b-Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée				1	0,5
			ICATB4c-Contrôlée avec durée limitée					0,25
	A2-Surveillance	ICATB8	Surveillance de la consommation des antibiotiques				2,5	2,5
A3-Evaluation	ICATB7	Evaluation de la prescription des antibiotiques		2,5	2,5			

⁽¹⁾ - ICATB1 - Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

⁽²⁾ - ICATB5b - Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

⁽³⁾ - ICATB 3 - Protocoles relatifs aux antibiotiques : non = 0 point, oui = pondération suivante :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

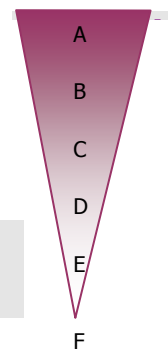


Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 20/20 (voir tableau n°5)

CLASSES	E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A
----------------	--

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15.25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17.00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15.5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15.78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA2

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).

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

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

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

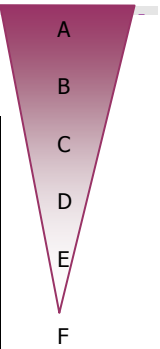


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres 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 au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA2 en pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

À faire valider

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

La valeur de SURVISO est fixée à partir du pourcentage de disciplines chirurgicales participant à la surveillance des ISO :

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GÉNÉRALE

Quand les établissements sont concernés par les 4 indicateurs, la formule du score agrégé est :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA2} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS :

La formule est adaptée en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs. Les points du ou des indicateurs absents sont redistribués au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.

1 - CH et Cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA2 + ICATB) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA2} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 – HAD, Hémodialyse, ambulatoire non-chirurgical : (ICALIN + ICSHA2)

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA2} \times 0,429)$$

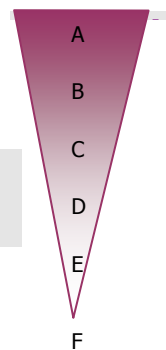
3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,5) + (\text{ICSHA2} \times 0,375) + (\text{SURVISO} \times 0,125)$$

4 - MECSS, et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47



**Tableau n°9 : Limites de classes du score agrégé
par catégorie d'établissements**

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

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

L'indice SARM est calculé à partir de l'indice triennal SARM 2008 - 2010

Le calcul des limites de classes, pour chaque catégorie d'établissement :

- Percentile 10 : limite A –B
- Percentile 30 : limite B – C
- Percentile 70 : limite C – D
- Percentile 90 : limite D - E

La distribution initiale (indice triennal 2007 – 2009) dans chaque catégorie d'établissements, est ainsi : 10% - 20% - 40% - 20% - 10%

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005 – 2007 sont appliquées à l'indice triennal 2007 - 2009

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

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification



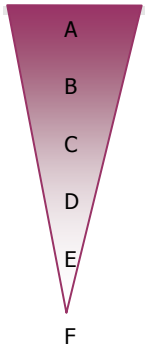
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

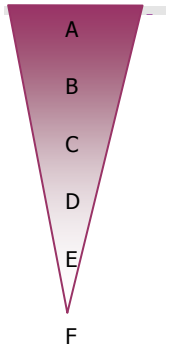
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Bureau qualité et sécurité des soins

Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

Annexe 3 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010





Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM, des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé et des aides au remplissage concernant les nouveaux items introduits par rapport à l'année précédente.

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

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 2010 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2011 est une actualisation du dossier de preuves 2010. 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 28 décembre 2010.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de l'ARS.

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

En cas de discordance après la validation externe par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

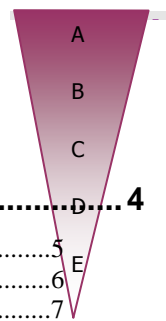


TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	5
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE.....	6
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D' ACTIONS.....	7
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.....	10
O211 : RÉUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRÉSENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D' ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITÉS.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIÈNE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 à 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 à 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PRÉVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUÊTE D'INCIDENCE OU DE PRÉVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE À PARTIR DES DONNÉES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'ÉVALUATION.....	32
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	33
ATB1 : INSTANCE CHARGÉE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN RÉFÉRENT EN ANTIBIOTHÉRAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISÉE DES MÉDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....	44
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	46
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....	48
F - NOUVEAUX ITEMS.....	51
ANNEXES.....	
TABLEAU N°1 : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRÉSENCE DES INDICATEURS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS.....	69

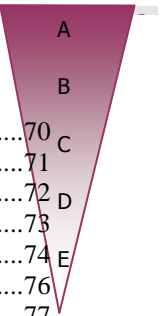
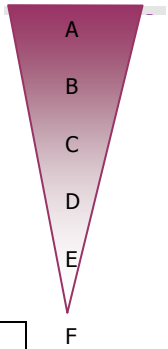


TABLEAU N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
TABLEAU N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICATB PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITÉS DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITÉS DE CALCUL DU SCORE AGRÉGÉ	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	77
TABLEAU N°10 : MÉTHODE DE CLASSEMENT DES RÉSULTATS DE L'INDICE SARM	78



A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a adopté un projet d'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'objectif ou de moyens (COM)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	D
Si oui,	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans ce Contrat d'objectifs ou de moyens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E F

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour le secteur privé, le contrat d'objectif et de moyens peut correspondre à la convention tripartite si le CPOM n'est pas encore signé.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH/ARS ou ayant signé un COM avec l'ARH/ARS qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

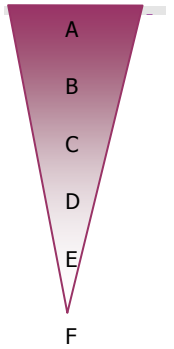
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dus figurer dans le contrat actuel).

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du CPOM ou de la convention tripartite en cours contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).



O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a été	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

ELÉMENTS DE PREUVE

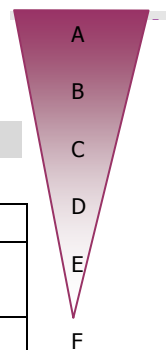
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté » pour avis, on peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis sur le programme.



O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELÉMENTS DE PREUVE

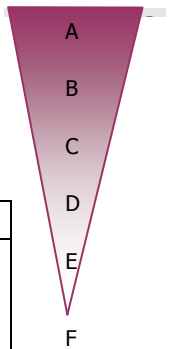
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis.

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté pour avis. On peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis.



O131 : Livret d'accueil

L'établissement a publié un livret d'accueil		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	il contient ou est distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre oui si l'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales est inscrite dans le livret d'accueil ou dans un document joint à ce dernier.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil et n'ayant pas distribué d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELÉMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été élaboré cette année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce programme de formation a été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

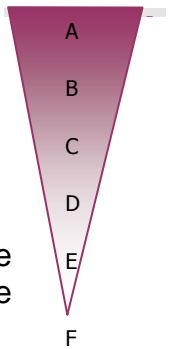
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.



O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

Nombre de réunions plénières du CLIN dans l'année	_ _ _ _ réunions
---	-------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

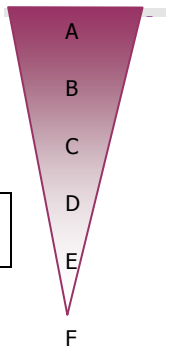
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELÉMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.



O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Nombre de réunions, de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année	_ _ réunions
---	----------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

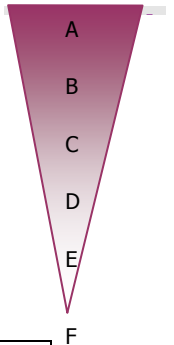
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.



O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

<p>Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (même s'ils n'assistent pas aux séances)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

2 points seront accordés aux établissements qui ont convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

ELÉMENTS DE PREUVE

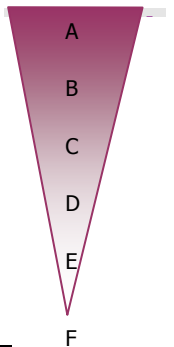
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

Remarques

Si la CRUQPC a contribué à l'élaboration du programme d'actions dans les établissements de santé publics ou a donné son avis dans les établissements privés : répondre à cette question « oui » à cette question.



O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

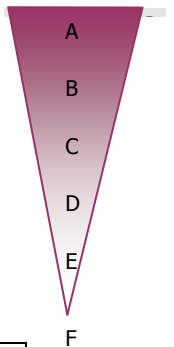
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le plan de formation continue de l'établissement.



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Un programme d'actions pour l'année 2010 en matière de lutte contre les infections nosocomiales a été élaboré par le CLIN avec l'EOH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

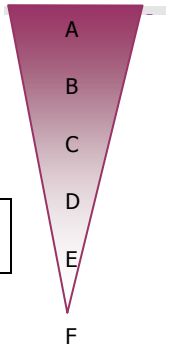
ELÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de 2009 a été élaboré par le CLIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

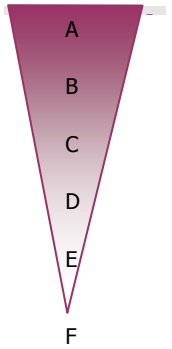
Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Éléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)


M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le total des ETP (médecins, pharmaciens, cadre infirmier, infirmier non cadre, technicien biohygiéniste et secrétaire) est égal à zéro.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELÉMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a été prévue pour les catégories de personnels suivantes :		
	• nouveaux personnels recrutés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• personnels intérimaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
	• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN.

VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre 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, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.

M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _ _	_ _ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _ _	_ _ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _ _	_ _ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELÉMENTS DE PREUVE

Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.

M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Il existe, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

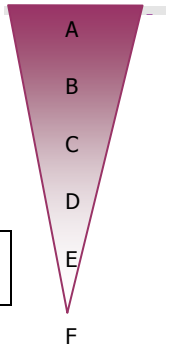
la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN



A11(1) : Protocole de prise en charge des AES

Il existe un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des accidents d'exposition au sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

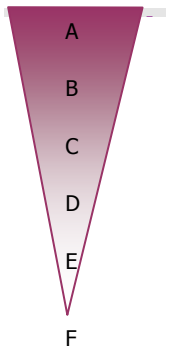
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par le service de santé au travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année	<input type="checkbox"/> , avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non
--	--

VALORISATION :

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini

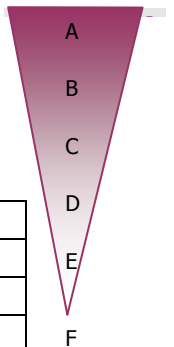
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" *avec seuil d'alerte défini de façon explicite*. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur)

Et

Bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



A 11 (3 à 5) : autres protocoles prioritaires

Thèmes	Existence du protocole
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour le thème « infection urinaire » répondre « oui » si il existe un protocole relatif au sondage urinaire.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

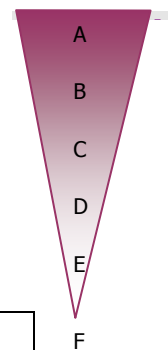
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

Ou

Pour chaque protocole, compte-rendu du CLIN ayant validé le protocole.



A12 (1 à 10) : autres protocoles

Thèmes	Existence du protocole
5) Dispositifs intravasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Technique d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Aux soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) aux antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) aux désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM à l'exclusion endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) à l'entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) à l'élimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) au circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour l'item 14 : 0,5 point sera accordé si l'établissement a répondu "oui" à la question "il existe un protocole de désinfection des endoscopes" et/ ou "oui à l'item " il existe un protocole « pour la désinfection des dispositifs médicaux à l'exclusion des endoscopes »

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

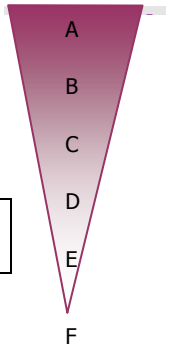
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

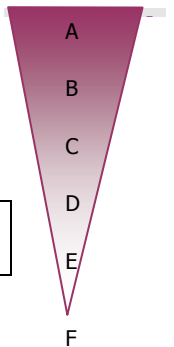
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELÉMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.



A21(2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a mené des actions de prévention des AES en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un nouveau matériel, de la création d'affiches didactiques etc.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

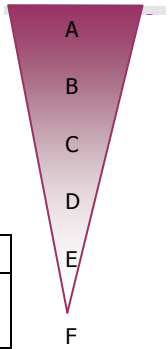
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELÉMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.



A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Il existe :	
Une liste définissant les BMR prioritaires pour l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance annuelle des Bactéries multi Résistantes dans la totalité de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un protocole sur les « techniques d'isolement » comme décrit dans le tableau A 12 « autres protocoles »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un programme de maîtrise des BMR correspond à un établissement qui a

- Une définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- Une l'organisation de la surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- un protocole sur les « Techniques d'isolement »

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

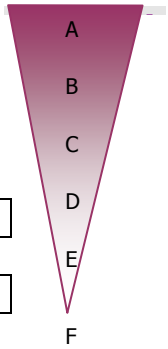
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'isolement »



A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

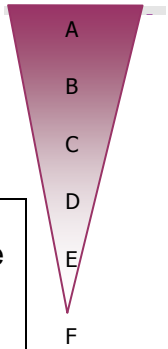
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.



A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

<p>L'établissement dispose d'un laboratoire de microbiologie</p> <p>Si oui, durant l'année, une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urines, hémocultures...) a été faite</p>	<p><input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe avec convention <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour les établissements de santé ayant une convention avec un laboratoire externe avec convention, répondre oui à la question : il existe un laboratoire de microbiologie.

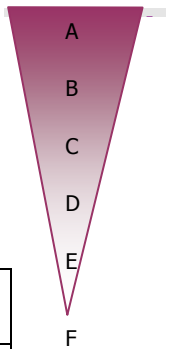
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELÉMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, correspondant à l'année du bilan.



A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont été diffusés aux services participants	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si l'une des deux actions citées a été réalisée **et** que les résultats de cette surveillance a été diffusée.

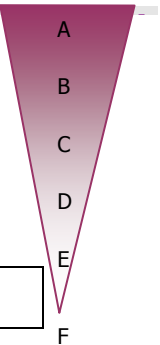
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELÉMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.



A26 : Désignation d'un responsable du signalement

L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

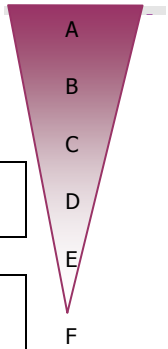
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales.

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

ELÉMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales



A31, A32 : Actions d'évaluation

Des actions d'évaluation ont été menées en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	
Un audit des pratiques (au moins) a été réalisé en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année du bilan.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année du bilan.

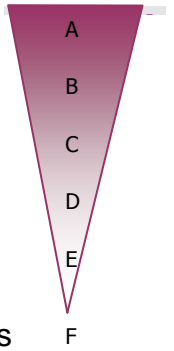
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.



B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur ICATB concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques

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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année	_ _

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

CONSIGNES DE 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.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée 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 de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de commission des antibiotiques ou si elle ne s'est pas réunie au cours de l'année du bilan (0 réunion)

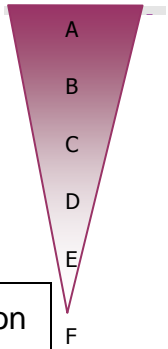
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

2 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 2 fois au cours de l'année du bilan.

4 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 3 fois ou plus au cours de l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

Il existe au sein de l'établissement <u>un référent en antibiothérapie</u> désigné par le représentant légal de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

4 points seront accordés s'il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

ELÉMENTS 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 ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

Thèmes	Existence du protocole ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu
Antibioprophylaxie chirurgicale (ne concerne que les établissements de santé disposant de services chirurgicaux et/ ou obstétricaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Cet item ne concerne que les établissements de santé ayant une activité chirurgicale, ou obstétricale.

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR ([dhttp://www.sfar.org/antibiofr.html](http://www.sfar.org/antibiofr.html)) **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale ou si celui-ci n'est pas basé sur un référentiel reconnu ou s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale basé sur un référentiel reconnu **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

ELÉMENTS DE PREUVE

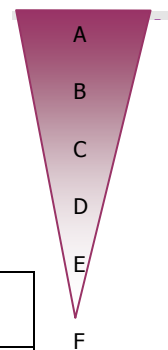
Protocole faisant référence aux recommandations de la SFAR, daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> non concerné
Si OUI, • Il est en vigueur dans le secteur des urgences	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **ou** si celui-ci ne comprend pas au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **ou** s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Les points accordés aux établissements ayant un protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **et** si celui-ci comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **et** s'il a été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office, sont attribués comme indiqué dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'existence d'une activité chirurgicale et d'un secteur des urgences :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, Dans cette liste, l'instance a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 (3)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas établi de liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement.

0,25 point sera accordé aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

0 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il n'existe pas une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office **ou** si ces critères n'ont pas été validés par cette instance

0,5 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, ne précise pas une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

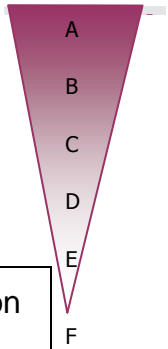
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELÉMENTS 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



ATB5a : Connexion informatique

Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

1 point sera accordé s'il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme)

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

L'information de la prescription du médicament est informatisée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	<input type="checkbox"/> Part.	<input type="checkbox"/> Total

CONSIGNES DE 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 services ou secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est **partielle** si elle ne concerne qu'une partie des services ou des secteurs d'activités.

La prescription informatisée est **totale** si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités.

VALORISATION

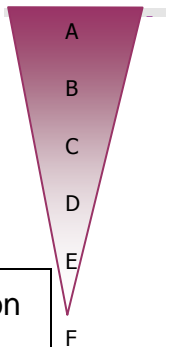
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

1 point sera accordé s'il existe une informatisation partielle de la prescription du médicament.

2 points seront accordés s'il existe une informatisation totale de la prescription du médicament.

ELÉMENTS DE PREUVE

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

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 adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

VALORISATION

0 point sera accordé si l'établissement n'a pas prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

1 point sera accordé si l'établissement a prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

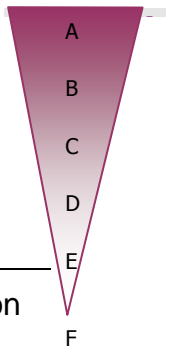
ELÉMENTS DE PREUVE

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 un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement qui n'a pas réalisé d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

2,5 points seront accordés à l'établissement qui a réalisé une évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

ELÉMENTS 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.

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (9)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI,	• Résultats annuels (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	F
J01A - Tétracyclines	_ _ _ _	
J01B - Phénicolés	_ _ _ _	
J01C - Pénicillines	_ _ _ _	
J01D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_ _ _ _	
J01E - Sulfamides et Triméthoprime	_ _ _ _	
J01F - Macrolides et apparentés	_ _ _ _	
J01G - Aminosides	_ _ _ _	
J01M - Fluoroquinolones	_ _ _ _	
J01X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_ _ _ _	
TOTAL des DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues	_ _ _ _	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'élément de preuve pour l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation est constitué par les résultats qui seront inscrits dans le tableau ci-dessus.

Répondre OUI s'il est utilisé la méthodologie nationale publiée par la « circulaire N°DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville »

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ou si cette surveillance est réalisée selon une autre méthode.

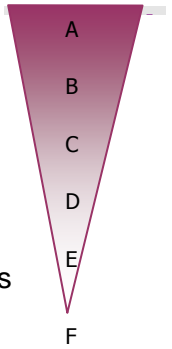
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat 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.



C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

MECSS
Centres de post cure alcoolique

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans le tableau n°8)

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

L'indicateur ICSHA se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Etablissements (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.

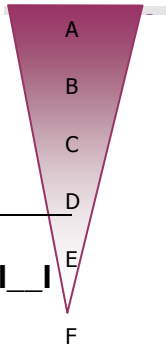
Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2.

Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

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, en soins de suite et en réadaptation ;
- les séances de transfusion sanguine, et de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux 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 ;
 - la dialyse péritonéale en centre ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.



Volume en litres de SHA commandé au cours de l'année

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres)

| _ | _ | _ | _ | _ | , | _ | _ |

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 du bilan.

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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet :

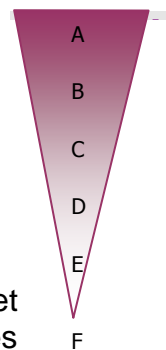
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

VALORISATION

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe n°7.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur SURVISO ne concerne que les activités chirurgicales ou obstétricales et les structures la pratiquant. En sont donc exclues, sauf cas particulier, les catégories suivantes :

4 – Etablissements Psy
5 – ex Hôpitaux locaux
9 – SSR-SLD
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

La discipline chirurgicale est l'unité statistique. On considère qu'un établissement dispose d'une discipline chaque fois qu'il possède au moins un service, un secteur d'activité ou un pôle ayant tout ou partie de son activité dans cette discipline. Les disciplines ou regroupement de disciplines à prendre en compte sont les suivants :

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

Depuis 2007, les établissements réalisant des actes de chirurgie et n'ayant pas fait de surveillance des infections du site opératoire (ISO) sont exclus du score agrégé.

Surveillance des infections du site opératoire

VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010 • Préciser dans combien de disciplines chirurgicales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Renseigner les items relatifs à la surveillance des Infections du site opératoire , s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO fondée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELÉMENTS DE PREUVE

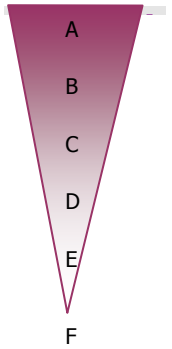
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

- un document fourni par un réseau détaillant la liste des spécialités participantes.

et (dans les deux cas)

- un document attestant que les chirurgiens concernés par les actes suivis ont été associés à la surveillance (courrier ou mail d'envoi des résultats aux chirurgiens ou compte-rendu de réunion où ces résultats ont été analysés avec les chirurgiens ou rapport d'activité du service ou pôle incluant les taux d'attaque ou attestation des chirurgiens).



E – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements 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 :

4 – Etablissement psychiatrique
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des 3 ans sont classés en « **Non concerné** ».

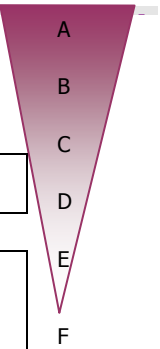
Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de 3 ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « **DI** » (Données Insuffisantes).

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 Etablissements (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'indicateur SARM



X.1 - SARM

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	_ _ _ _
--	---------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

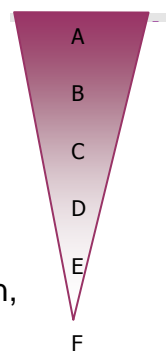
- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$$

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

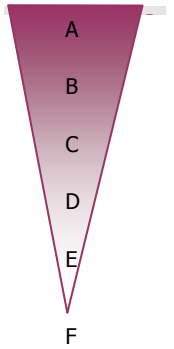


Journées d'hospitalisation

Journées d'hospitalisation prises en compte : MCO, SSR, SLD (extraites de la SAE)

ELÉMENTS DE PREUVE

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

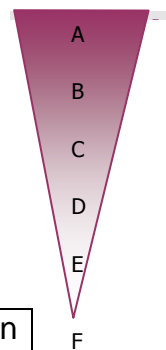


Les nouveaux items

Introduction : tous les nouveaux items introduits par rapport au bilan standardisé de l'activité de l'année 2009 correspondant à l'arrêté du 08 mai 2008 ne font pas l'objet d'aide au remplissage.

Une prochaine circulaire précisera la valorisation des items constituant les indicateurs de processus dits de deuxième génération. Ces nouveaux indicateurs seront en simulation pour la campagne 2011 : ils ne feront pas l'objet de diffusion publique par établissement. Ils sont accessibles sur le site de recueil du bilan.

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, les décrets relatifs à la commission médicale d'établissement, ou conférence médicale d'établissements et celui concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sont les éléments fondateurs de ces nouveaux items et un accent sera mis sur la prévention des infections graves et évitables dont les infections du site opératoire et la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.



Correspondants pour la lutte contre les événements indésirables

Il existe dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants pour la lutte contre les événements indésirables :

médicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non
paramédicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non

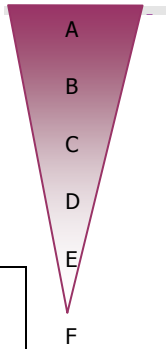
AIDE AU REMPLISSAGE

Il s'agit de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Les événements indésirables associés aux soins sont définis dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre ces événements.

Répondre « **oui** » lorsque tous les services, des pôles, et les secteurs d'activité sont dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **non** » lorsque aucun service, aucun pôle, et aucun secteur d'activité dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas de figure



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

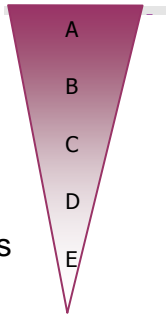
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En cours <input type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------------

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'article R. 6111-4 pour la désignation du coordonnateur.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est un membre de l'EOH répondre : "OUI"



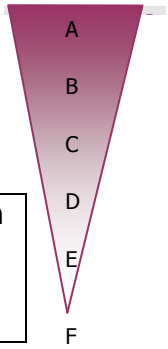
Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins dont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est assurée par :

voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O
autre, préciser :	

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'instruction n°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Les contrats de pôles

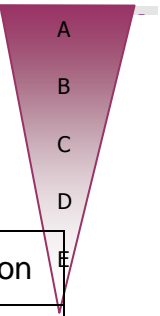
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/> >50% des pôles	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	---	------------------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque ces objectifs sont inscrits dans tous les contrats de pôles

Répondre « **non** » lorsque ces objectifs ne sont inscrits dans aucun des contrats de pôle

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas



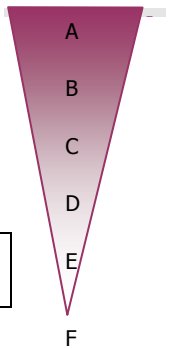
Équipement de protection et matériel sécurisé

L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque **tous** les pôles, ou les secteurs d'activités concernés en sont dotés.

Répondre « **non** » dans le cas contraire.



Immunsation/vaccination des personnels de santé

Il existe une procédure de vérification de l'immunsation vis-à-vis de l'hépatite B des personnels exposés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

La référence réglementaire est l'article L.3111-4 :

"Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunsée contre l'hépatite B".

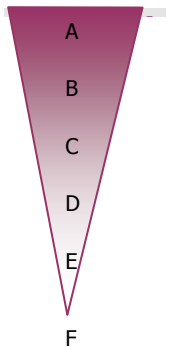
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

Pour la grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

se référer au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales publiés chaque année selon l'avis du Haut conseil de la santé publique

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>



Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Air»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.

Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Utilisation d'outils d'aide à l'observance	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux centraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur chambres implantables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters sous-cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I
Pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (intubation ou trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ I _ II _ I _ I	X	I _ I _ II _ I _ I
Désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ I _ II _ I _ I	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

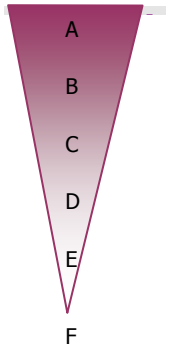
Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour le thème « Infection urinaire sur sonde urinaire » :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques, sur chambres implantables dont aiguille de Huber, sur cathéters sous-cutanés :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et paraclinique



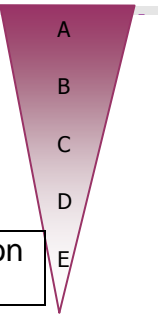
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 et /ou paraclinique

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHE, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention des infections du site opératoire

Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Protocole de préparation cutanée de l'opéré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

L'outil d'aide à l'observance doit prendre en compte les éléments suivants

- La préparation cutanée ;
- Le bon usage de l'antibio-prophylaxie ;
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Surveillance des infections du site opératoire

<p>Ce système de surveillance est sous la forme d'une déclaration (simple recensement des cas, sans recueil systématique de données pour la totalité des patients opérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

AIDE AU REMPLISSAGE

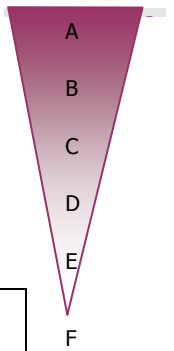
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _
--	--

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

<p>Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui, National ISO/RAISIN _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau _ _ _ _



Surveillance des bactéries Multi résistantes

Ce système de surveillance est un recensement des cas à partir des données du laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

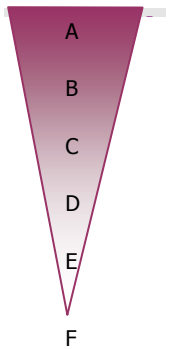
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

Ce système de surveillance permet de calculer un taux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau	<input type="checkbox"/> Oui, National/CCLIN/ARLIN (BMR/RAISIN) <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau <input type="checkbox"/> Non
--	---



Analyse des causes des évènements infectieux graves

Il existe un protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Année de la dernière analyse des causes réalisée à partir d'un signalement interne
|_|_|||_|_|

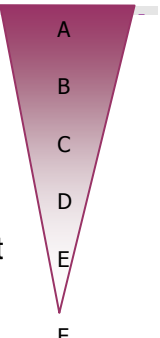
AIDE AU REMPLISSAGE

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.

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale
- une infection profonde du site opératoire
- infections à bactéries multi résistantes
- cas groupés

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



Indicateurs spécifiques à l'hémodialyse

Les indicateurs suivants concernent uniquement les établissements de santé ayant une activité de dialyse chronique

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur fistule artérioveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène du bras pour les patients porteurs d'une fistule artérioveineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information relative au risque infectieux du patient porteur d'une fistule artérioveineuse ou d'un cathéter pour épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désinfection des générateurs de dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le suivi de la Protéine C Réactive est réalisé Oui Non

Il existe une surveillance des infections et bactériémies sur voies d'abord vasculaire (fistules artérioveineuses et CVC) pour un patient dialysé Oui Non

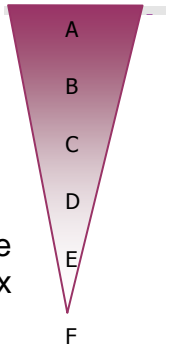
Si oui

Dans le cadre d'un réseau formalisé Oui (RAISIN/CCLIN/ARLIN), Oui Autre réseau Non

Si non :

Une analyse interne des données est faite Oui Non

Proportion de patients porteurs d'une fistule artérioveineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois I _ I _ I _ I , _ I _ I



AIDE AU REMPLISSAGE

Protocole de branchement (fistule artérioveineuse ou cathéter) :

- Le protocole de branchement doit mentionner les 4 temps de l'antisepsie du site avant ponction de fistule artérioveineuse (FAV) ou branchement sur cathéter veineux central (CVC) et l'hygiène des mains du patient après le débranchement.

- Il doit également recommander que le branchement sur cathéters veineux centraux soit réalisé de préférence en **binôme**.

Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés

Existence d'un suivi sérologique VHB-VHC systématique et régulier selon les recommandations en vigueur

Le suivi systématique et régulier de la Protéine C Réactive est réalisé

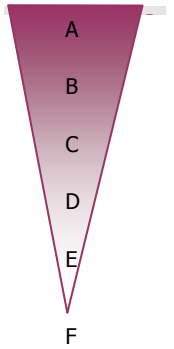
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois :

Analyse de dossiers sur une semaine des patients dialysés depuis plus de 6 mois (file active de patients) et hors patients en situation de repli

Numérateur : Nombre de dossiers de patients dialysés sur fistules artério-veineuses (natives ou prothétiques)

Dénominateur : Nombre de dossiers de patients inclus.



ANNEXES

N°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

N°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN

N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS

N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

N°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

N°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

N°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

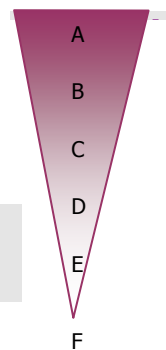


Tableau n°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
9 – SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

Catégories / (année de l'étalonnage)	ICALIN (2003)	ICSHA2 (2010)	ICATB (2006)	SURVISO (2005)
1 – CHR-CHU	+	+	+	+
2 – CH-CHG < 300 lits	+	+	+	+/-
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	+	+	+	+/-
4 – Etablissements Psy	+	+	+	
5 – ex Hôpitaux locaux	+	+	+	
6 – Cliniques MCO < 100 lits	+	+	+	+/-
7 – Cliniques MCO ≥ 100 lits	+	+	+	+/-
9 – SSR-SLD	+	+	+	
10 – CLCC-CANCER	+	+	+	+/-
11 – HAD	+	+		
12 – Hémodialyse	+	+		
13 - MECSS	+			
14 - Ambulatoire chirurgical	+	+		+
Ambulatoire non chirurgical	+	+		
Centre de postcure alcoolique exclusif	+			

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement					1,5
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN				2	
	O3 Outils de gestion de la LIN		O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue			3	1	
O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN			13	9				
O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN	4							
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0	33	16		6	
			M12 – Nombre temps plein paramédical > 0				6	
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0				2	
			M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0				2	
	M2 Formation du personnel		M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants		9		2	
			M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0				3	
			M23 – Formation des personnels infirmiers > 0				3	
			M24 – Formation des autres personnels permanents > 0				1	
	M3 Correspondants		M31 – Correspondants en hygiène médicaux		8		4	
			M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux				4	
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	34	15		10	
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)				5	
	A2 Surveillance		A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)		14		3	
			A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques				4	
			A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance				3	
			A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie				1	
			A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services				1	
			A26 - Désignation d'un responsable du signalement				2	
	A3 Evaluation		A31 – Réalisation d'un type d'évaluation		5		2	
			A32 – dont un audit de pratique				3	

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

F

CLASSES DE RESULTATS **E** < ≤ **D** < ≤ **C** < ≤ **B** < ≤ **A**

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°5 : Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » ⁽¹⁾	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique					1
			ICATB5b-Préscription du médicament informatisée ⁽²⁾				3	2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention ⁽⁴⁾	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques ⁽³⁾		8		2	2
		ICATB4	ICATB4a-Liste d'antibiotiques disponibles					0,25
			ICATB4b-Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée				1	0,5
			ICATB4c-Contrôlée avec durée limitée					0,25
	A2-Surveillance	ICATB8	Surveillance de la consommation des antibiotiques				2,5	2,5
A3-Evaluation	ICATB7	Evaluation de la prescription des antibiotiques		2,5	2,5			

⁽¹⁾ - ICATB1 - Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

⁽²⁾ - ICATB5b - Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

⁽³⁾ - ICATB 3 - Protocoles relatifs aux antibiotiques : non = 0 point, oui = pondération suivante :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

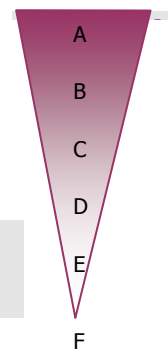


Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 20/20 (voir tableau n°5)

CLASSES	E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A
----------------	--

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15.25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17.00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15.5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15.78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA2

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).

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

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

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

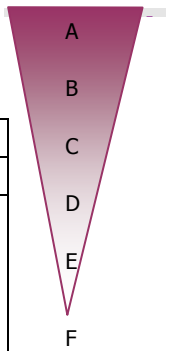


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres 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 au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA2 en pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

À faire valider

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

La valeur de SURVISO est fixée à partir du pourcentage de disciplines chirurgicales participant à la surveillance des ISO :

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GÉNÉRALE

Quand les établissements sont concernés par les 4 indicateurs, la formule du score agrégé est :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA2} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS :

La formule est adaptée en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs. Les points du ou des indicateurs absents sont redistribués au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.

1 - CH et Cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA2 + ICATB) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA2} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 – HAD, Hémodialyse, ambulatoire non-chirurgical : (ICALIN + ICSHA2)

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA2} \times 0,429)$$

3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,5) + (\text{ICSHA2} \times 0,375) + (\text{SURVISO} \times 0,125)$$

4 - MECSS, et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47

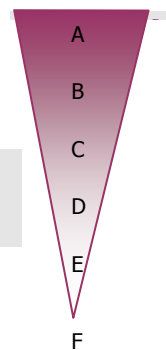


Tableau n°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

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

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

L'indice SARM est calculé à partir de l'indice triennal SARM 2008 - 2010

Le calcul des limites de classes, pour chaque catégorie d'établissement :

- Percentile 10 : limite A – B
- Percentile 30 : limite B – C
- Percentile 70 : limite C – D
- Percentile 90 : limite D - E

La distribution initiale (indice triennal 2007 – 2009) dans chaque catégorie d'établissements, est ainsi : 10% - 20% - 40% - 20% - 10%

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005 – 2007 sont appliquées à l'indice triennal 2007 - 2009

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

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification



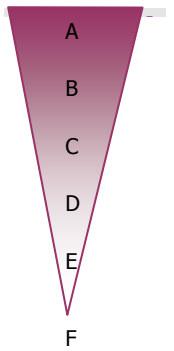
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

Annexe 3 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010



Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM, des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé et des aides au remplissage concernant les nouveaux items introduits par rapport à l'année précédente.

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

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 2010 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2011 est une actualisation du dossier de preuves 2010. 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 28 décembre 2010.

Ce dossier doit rester au niveau de l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de l'ARS.

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

En cas de discordance après la validation externe par l'ARS, le ou les items concernés sont mis à zéro.

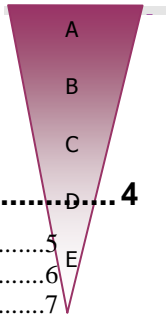
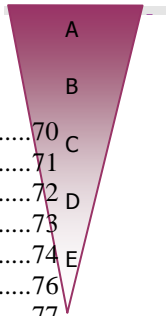
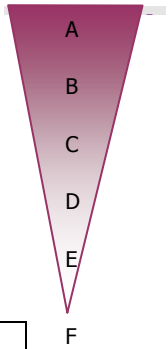


TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	5
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE.....	6
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D' ACTIONS.....	7
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.....	10
O211 : RÉUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : RÉUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRÉSENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D' ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITÉS.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIÈNE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIÈNE MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 à 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 à 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PRÉVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUÊTE D'INCIDENCE OU DE PRÉVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE À PARTIR DES DONNÉES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RÉSULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALLEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'ÉVALUATION.....	32
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	33
ATB1 : INSTANCE CHARGÉE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN RÉFÉRENT EN ANTIBIOTHÉRAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISÉE DES MÉDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....	44
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	46
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....	48
F - NOUVEAUX ITEMS.....	51
ANNEXES.....	
TABLEAU N°1 : CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRÉSENCE DES INDICATEURS SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS.....	69

TABLEAU N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	71
TABLEAU N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICATB PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITÉS DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITÉS DE CALCUL DU SCORE AGRÉGÉ	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGRÉGÉ PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	77
TABLEAU N°10 : MÉTHODE DE CLASSEMENT DES RÉSULTATS DE L'INDICE SARM	78





A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a adopté un projet d'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'objectif ou de moyens (COM)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	D
Si oui,	les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans ce Contrat d'objectifs ou de moyens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	E
			F

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour le secteur privé, le contrat d'objectif et de moyens peut correspondre à la convention tripartite si le CPOM n'est pas encore signé.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH/ARS ou ayant signé un COM avec l'ARH/ARS qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

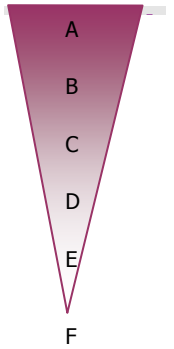
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dus figurer dans le contrat actuel).

ELÉMENTS DE PREUVE

Extrait du CPOM ou de la convention tripartite en cours contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).



O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a été	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA ou conseil de surveillance) pour les établissements privés ou PSPH.

ELÉMENTS DE PREUVE

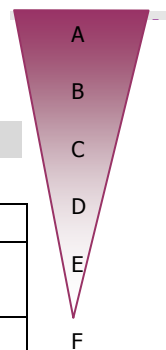
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté » pour avis, on peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis sur le programme.



O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) (secteur public uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration ou au conseil de surveillance (ou équivalent dans le secteur privé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, ou du conseil de surveillance au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA ou conseil de surveillance, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELÉMENTS DE PREUVE

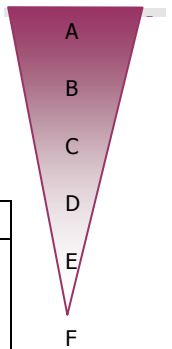
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

Si l'établissement de santé a répondu que la CSIRMT a contribué à l'élaboration, on peut considérer qu'elle a donné son avis.

Si l'établissement de santé a répondu "oui" à la question "le conseil de surveillance pour les établissements de santé publics est consulté pour avis. On peut considérer que le conseil de surveillance ou le conseil d'administration a donné son avis.



O131 : Livret d'accueil

L'établissement a publié un livret d'accueil		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	il contient ou est distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre oui si l'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales est inscrite dans le livret d'accueil ou dans un document joint à ce dernier.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil et n'ayant pas distribué d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

ELÉMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

Un programme de formation en hygiène hospitalière a été élaboré cette année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce programme de formation a été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

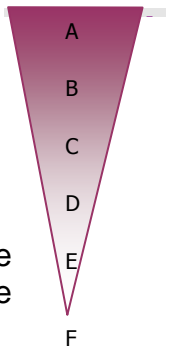
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.



O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

Nombre de réunions plénières du CLIN dans l'année	_ _ réunions
---	------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

VALORISATION

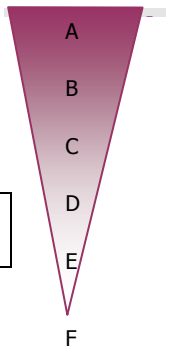
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELÉMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.



O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Nombre de réunions, de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année	_ _ _ _ réunions
---	----------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

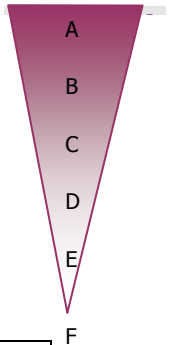
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.



O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

<p>Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (même s'ils n'assistent pas aux séances)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

2 points seront accordés aux établissements qui ont convoqué un représentant des usagers aux réunions du CLIN au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus.

ELÉMENTS DE PREUVE

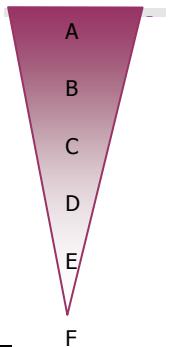
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

Remarques

Si la CRUQPC a contribué à l'élaboration du programme d'actions dans les établissements de santé publics ou a donné son avis dans les établissements privés : répondre à cette question « oui » à cette question.



O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

Le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

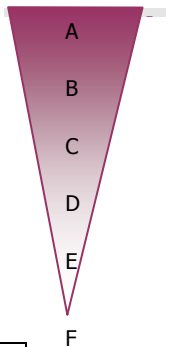
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le plan de formation continue de l'établissement.



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Un programme d'actions pour l'année 2010 en matière de lutte contre les infections nosocomiales a été élaboré par le CLIN avec l'EOH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOH.

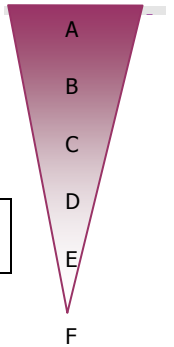
ELÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de 2009 a été élaboré par le CLIN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

ELÉMENTS DE PREUVE

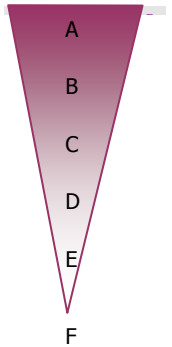
Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Eléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)


M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le total des ETP (médecins, pharmaciens, cadre infirmier, infirmier non cadre, technicien biohygiéniste et secrétaire) est égal à zéro.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux **et** le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

ELÉMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a été prévue pour les catégories de personnels suivantes :		
	• nouveaux personnels recrutés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	• personnels intérimaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
	• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN.

VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre 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, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.

M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel soignant de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

ELÉMENTS DE PREUVE

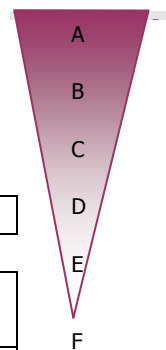
Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.



M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Il existe, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

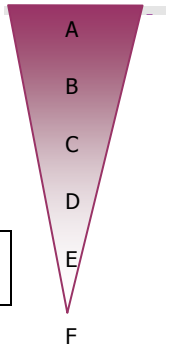
la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN



A11(1) : Protocole de prise en charge des AES

Il existe un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des accidents d'exposition au sang	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

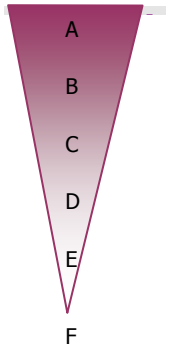
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par le service de santé au travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

Le réseau d'eau chaude sanitaire fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année	<input type="checkbox"/> , avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non
--	--

VALORISATION :

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini

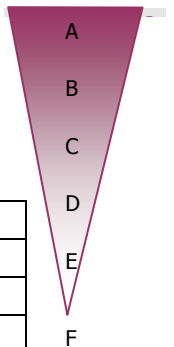
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année avec un seuil d'alerte défini.

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" avec seuil d'alerte défini de façon explicite. Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur)

Et

Bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



A 11 (3 à 5) : autres protocoles prioritaires

Thèmes	Existence du protocole
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour le thème « infection urinaire » répondre « oui » si il existe un protocole relatif au sondage urinaire.

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

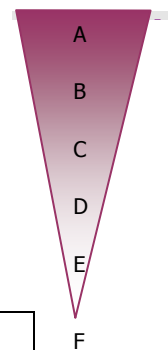
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

Ou

Pour chaque protocole, compte-rendu du CLIN ayant validé le protocole.


A12 (1 à 10) : autres protocoles

Thèmes	Existence du protocole
5) Dispositifs intravasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Technique d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Aux soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) aux antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) aux désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM à l'exclusion endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) à l'entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) à l'élimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) au circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

Pour l'item 14 : 0,5 point sera accordé si l'établissement a répondu "oui" à la question "il existe un protocole de désinfection des endoscopes" et/ ou "oui à l'item " il existe un protocole « pour la désinfection des dispositifs médicaux à l'exclusion des endoscopes »

VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

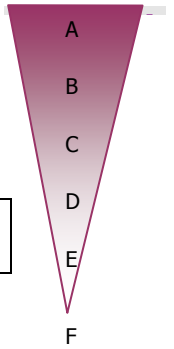
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

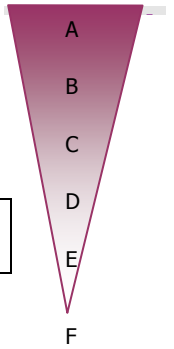
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

ELÉMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.



A21(2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a mené des actions de prévention des AES en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un nouveau matériel, de la création d'affiches didactiques etc.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

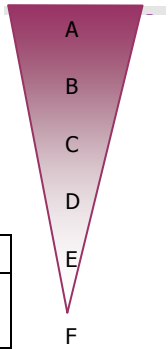
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

ELÉMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.



A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Il existe :	
Une liste définissant les BMR prioritaires pour l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance annuelle des Bactéries multi Résistantes dans la totalité de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un protocole sur les « techniques d'isolement » comme décrit dans le tableau A 12 « autres protocoles »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un programme de maîtrise des BMR correspond à un établissement qui a

- Une définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- Une l'organisation de la surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- un protocole sur les « Techniques d'isolement »

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELÉMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

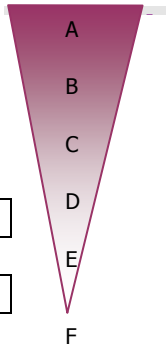
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'isolement »



A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.

A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

<p>L'établissement dispose d'un laboratoire de microbiologie</p> <p>Si oui, durant l'année, une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urines, hémocultures...) a été faite</p>	<input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> externe avec convention <input type="checkbox"/> Non
---	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour les établissements de santé ayant une convention avec un laboratoire externe avec convention, répondre oui à la question : il existe un laboratoire de microbiologie.

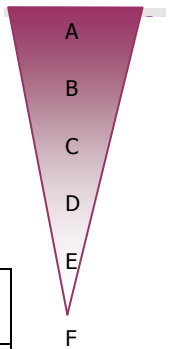
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

ELÉMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, correspondant à l'année du bilan.



A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont été diffusés aux services participants	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si l'une des deux actions citées a été réalisée **et** que les résultats de cette surveillance a été diffusée.

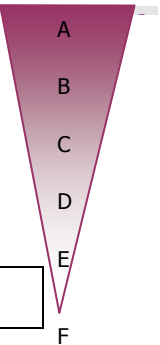
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

ELÉMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.



A26 : Désignation d'un responsable du signalement

L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

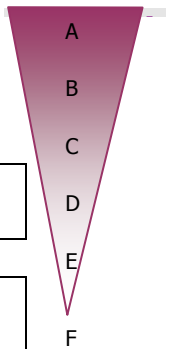
VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales.

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales.

ELÉMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales



A31, A32 : Actions d'évaluation

Des actions d'évaluation ont été menées en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	
Un audit des pratiques (au moins) a été réalisé en 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant l'année du bilan.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant l'année du bilan.

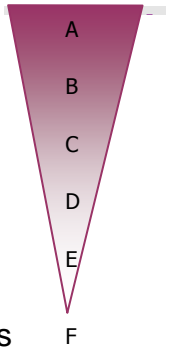
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.



B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur ICATB concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques

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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année	_ _

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

CONSIGNES DE 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.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée 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 de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de commission des antibiotiques ou si elle ne s'est pas réunie au cours de l'année du bilan (0 réunion)

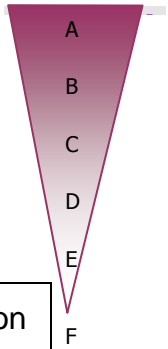
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

2 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 2 fois au cours de l'année du bilan.

4 points seront accordés lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 3 fois ou plus au cours de l'année du bilan.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

Il existe au sein de l'établissement <u>un référent en antibiothérapie</u> désigné par le représentant légal de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

4 points seront accordés s'il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

ELÉMENTS 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 ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

Thèmes	Existence du protocole ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus et basé sur un référentiel reconnu
Antibioprophylaxie chirurgicale (ne concerne que les établissements de santé disposant de services chirurgicaux et/ ou obstétricaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Cet item ne concerne que les établissements de santé ayant une activité chirurgicale, ou obstétricale.

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>) **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibioprophylaxie chirurgicale ou si celui-ci n'est pas basé sur un référentiel reconnu ou s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale basé sur un référentiel reconnu **et** validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

ELÉMENTS DE PREUVE

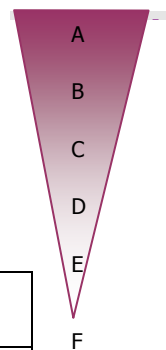
Protocole faisant référence aux recommandations de la SFAR, daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> non concerné
Si OUI, • Il est en vigueur dans le secteur des urgences	

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **ou** si celui-ci ne comprend pas au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **ou** s'il n'a pas été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Les points accordés aux établissements ayant un protocole d'antibiothérapie de première intention dans les principales infections, **et** si celui-ci comprend au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement **et** s'il a été validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office, sont attribués comme indiqué dans le tableau ci-dessous, en fonction de l'existence d'une activité chirurgicale et d'un secteur des urgences :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	Dans cette liste, l'instance a défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	<ul style="list-style-type: none"> Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures (3) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas établi de liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement.

0,25 point sera accordé aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

0 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il n'existe pas une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office **ou** si ces critères n'ont pas été validés par cette instance

0,5 point supplémentaire sera accordé si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

0 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, ne précise pas une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

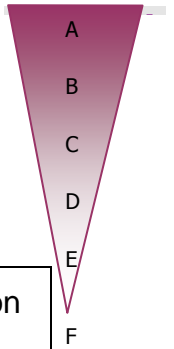
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELÉMENTS 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



ATB5a : Connexion informatique

Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

1 point sera accordé s'il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

ELÉMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme)

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

L'information de la prescription du médicament est informatisée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	<input type="checkbox"/> Part.	<input type="checkbox"/> Total

CONSIGNES DE 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 services ou secteurs d'activité de l'établissement.

La prescription informatisée est **partielle** si elle ne concerne qu'une partie des services ou des secteurs d'activités.

La prescription informatisée est **totale** si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités.

VALORISATION

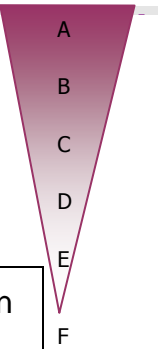
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

1 point sera accordé s'il existe une informatisation partielle de la prescription du médicament.

2 points seront accordés s'il existe une informatisation totale de la prescription du médicament.

ELÉMENTS DE PREUVE

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

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 adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

VALORISATION

0 point sera accordé si l'établissement n'a pas prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

1 point sera accordé si l'établissement a prévu une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, pour le bon usage des antibiotiques.

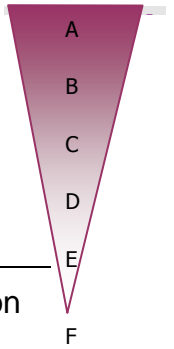
ELÉMENTS DE PREUVE

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 un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année 2010	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement qui n'a pas réalisé d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

2,5 points seront accordés à l'établissement qui a réalisé une évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques au cours de l'année de ce bilan.

ELÉMENTS 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.

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation (9)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	
• <u>Résultats annuels</u> (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	F
J01A - Tétracyclines	_ _ _ _
J01B - Phénicolés	_ _ _ _
J01C - Pénicillines	_ _ _ _
J01D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_ _ _ _
J01E - Sulfamides et Triméthoprime	_ _ _ _
J01F - Macrolides et apparentés	_ _ _ _
J01G - Aminosides	_ _ _ _
J01M - Fluoroquinolones	_ _ _ _
J01X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_ _ _ _
TOTAL des <u>DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation</u> , toutes familles d'antibiotiques confondues	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'élément de preuve pour l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation est constitué par les résultats qui seront inscrits dans le tableau ci-dessus.

Répondre OUI s'il est utilisé la méthodologie nationale publiée par la « circulaire N°DGS/DHOS/DSS/5A/E2/2006/139 du 23 mars 2006 relative à la diffusion d'un guide pour une méthode de calcul des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé et en ville »

VALORISATION

0 point sera accordé s'il n'existe pas de surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ou si cette surveillance est réalisée selon une autre méthode.

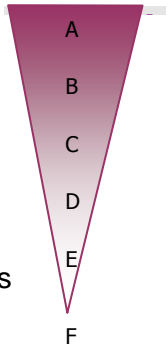
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

ELÉMENTS DE PREUVE

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat 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.



C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

MECSS
Centres de post cure alcoolique

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans le tableau n°8)

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

L'indicateur ICSHA se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la Statistique Annuelle des Etablissements (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.

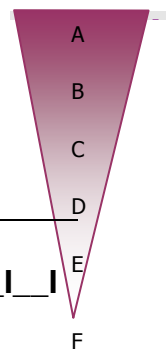
Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA2.

Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

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, en soins de suite et en réadaptation ;
- les séances de transfusion sanguine, et de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux 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 ;
 - la dialyse péritonéale en centre ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.



Volume en litres de SHA commandé au cours de l'année

Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 du bilan.

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

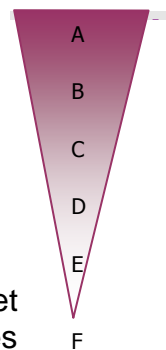
Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/xls/outils_calcul_sha.xls

VALORISATION

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe n°7.

ELÉMENTS DE PREUVE

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



D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

L'indicateur SURVISO ne concerne que les activités chirurgicales ou obstétricales et les structures la pratiquant. En sont donc exclues, sauf cas particulier, les catégories suivantes :

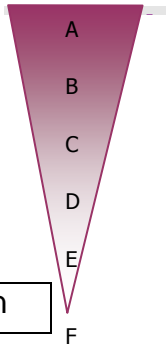
4 – Etablissements Psy
5 – ex Hôpitaux locaux
9 – SSR-SLD
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe n°8)

La discipline chirurgicale est l'unité statistique. On considère qu'un établissement dispose d'une discipline chaque fois qu'il possède au moins un service, un secteur d'activité ou un pôle ayant tout ou partie de son activité dans cette discipline. Les disciplines ou regroupement de disciplines à prendre en compte sont les suivants :

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

Depuis 2007, les établissements réalisant des actes de chirurgie et n'ayant pas fait de surveillance des infections du site opératoire (ISO) sont exclus du score agrégé.



Surveillance des infections du site opératoire

VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010 • Préciser dans combien de disciplines chirurgicales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _ _ _ _ _

Une surveillance des infections du site opératoire a été réalisée en 2010

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Renseigner les items relatifs à la surveillance des Infections du site opératoire , s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO fondée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELÉMENTS DE PREUVE

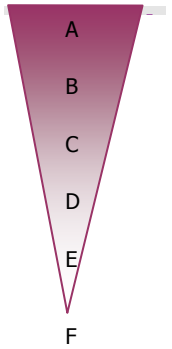
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

- un document fourni par un réseau détaillant la liste des spécialités participantes.

et (dans les deux cas)

- un document attestant que les chirurgiens concernés par les actes suivis ont été associés à la surveillance (courrier ou mail d'envoi des résultats aux chirurgiens ou compte-rendu de réunion où ces résultats ont été analysés avec les chirurgiens ou rapport d'activité du service ou pôle incluant les taux d'attaque ou attestation des chirurgiens).



E – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements 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 :

4 – Etablissement psychiatrique
11 – HAD
12 – Hémodialyse
13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique exclusif

Les établissements appartenant à ces dernières catégories et ceux ayant moins de 90 000 JH au cours des 3 ans sont classés en « **Non concerné** ».

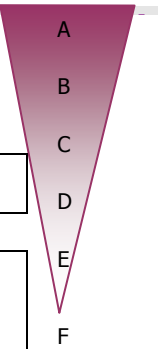
Les établissements de santé qui sont concernés par cet indice, mais qui existent depuis moins de 3 ans (créations et fusions d'établissements de santé), sont classés en « **DI** » (Données Insuffisantes).

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 Etablissements (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'indicateur SARM



X.1 - SARM

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	_ _ _ _
--	---------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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 ».

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

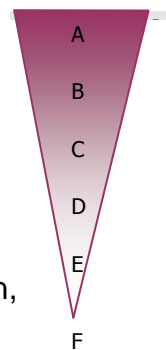
- Prélèvements à visée de dépistage tel que les prélèvements réalisés dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (ex : écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- Prélèvements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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2008, 2009 et 2010}}$$

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

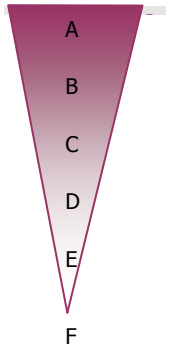


Journées d'hospitalisation

Journées d'hospitalisation prises en compte : MCO, SSR, SLD (extraites de la SAE)

ELÉMENTS DE PREUVE

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

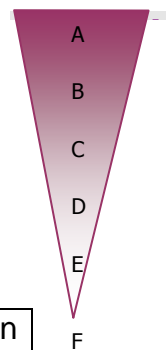


Les nouveaux items

Introduction : tous les nouveaux items introduits par rapport au bilan standardisé de l'activité de l'année 2009 correspondant à l'arrêté du 08 mai 2008 ne font pas l'objet d'aide au remplissage.

Une prochaine circulaire précisera la valorisation des items constituant les indicateurs de processus dits de deuxième génération. Ces nouveaux indicateurs seront en simulation pour la campagne 2011 : ils ne feront pas l'objet de diffusion publique par établissement. Ils sont accessibles sur le site de recueil du bilan.

Le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, les décrets relatifs à la commission médicale d'établissement, ou conférence médicale d'établissements et celui concernant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins sont les éléments fondateurs de ces nouveaux items et un accent sera mis sur la prévention des infections graves et évitables dont les infections du site opératoire et la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.



Correspondants pour la lutte contre les événements indésirables

Il existe dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants pour la lutte contre les événements indésirables :

médicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non
paramédicaux pour la lutte contre les événements indésirables	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> Non

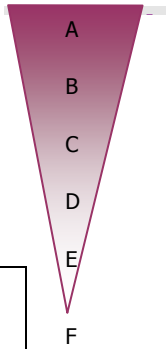
AIDE AU REMPLISSAGE

Il s'agit de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. Les événements indésirables associés aux soins sont définis dans le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre ces événements.

Répondre « **oui** » lorsque tous les services, des pôles, et les secteurs d'activité sont dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **non** » lorsque aucun service, aucun pôle, et aucun secteur d'activité dotés de correspondants pour la lutte contre les événements indésirables.

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas de figure



Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

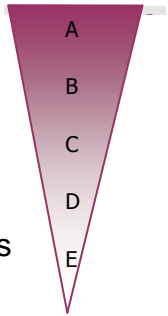
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En cours <input type="checkbox"/>
--	---	-----------------------------------

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'article R. 6111-4 pour la désignation du coordonnateur.

Si le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est un membre de l'EOH répondre : "OUI"



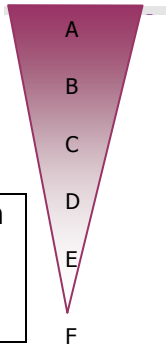
Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de la sécurité des soins dont ceux relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales est assurée par :

voie d'affichage dans le hall d'accueil, à proximité du bureau des entrées ou des urgences	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O
autre, préciser :	

AIDE AU REMPLISSAGE

Se référer à l'instruction n°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Les contrats de pôles

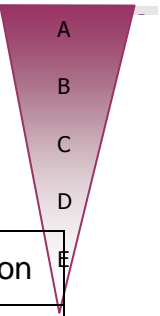
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/> >50% des pôles	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	---	------------------------------

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque ces objectifs sont inscrits dans tous les contrats de pôles

Répondre « **non** » lorsque ces objectifs ne sont inscrits dans aucun des contrats de pôle

Répondre « **partiellement** » dans les autres cas



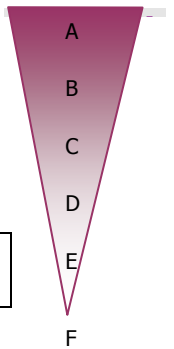
Équipement de protection et matériel sécurisé

L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les services concernés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Répondre « **oui** » lorsque **tous** les pôles, ou les secteurs d'activités concernés en sont dotés.

Répondre « **non** » dans le cas contraire.



Immunsation/vaccination des personnels de santé

Il existe une procédure de vérification de l'immunsation vis-à-vis de l'hépatite B des personnels exposés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

La référence réglementaire est l'article L.3111-4 :

"Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunsée contre l'hépatite B".

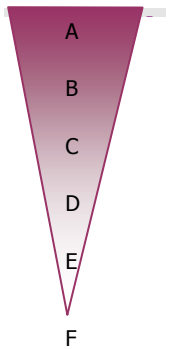
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

Pour la grippe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour la varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

se référer au calendrier des vaccinations et aux recommandations vaccinales publiés chaque année selon l'avis du Haut conseil de la santé publique

<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>



Prévention de la transmission croisée

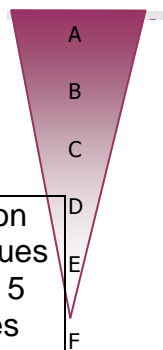
Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Air»	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention de la transmission croisée

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Utilisation d'outils d'aide à l'observance	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Infection urinaire sur sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux centraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur chambres implantables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection sur cathéters sous-cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ _ II _ _
Pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (intubation ou trachéotomie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	I _ _ II _ _
Désinfection des endoscopes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O*	I _ _ II _ _	X	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

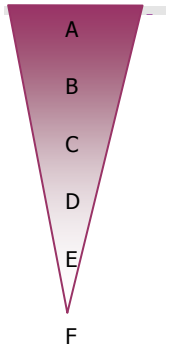
Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour le thème « Infection urinaire sur sonde urinaire » :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques, sur chambres implantables dont aiguille de Huber, sur cathéters sous-cutanés :

- La pose en condition d'asepsie
- La réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif
- La surveillance clinique et paraclinique



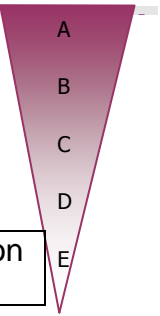
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 et /ou paraclinique

Evaluation des pratiques :

Pour l'évaluation des pratiques : répondre « oui » quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

La méthodologie utilisée doit avoir été validée ou proposée par la HAS, par une société savante, ou par le GREPHE, ou par un CCLIN/ARLIN.



Prévention des infections du site opératoire

Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Protocole de préparation cutanée de l'opéré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ I I _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AIDE AU REMPLISSAGE

L'outil d'aide à l'observance doit prendre en compte les éléments suivants

- La préparation cutanée ;
- Le bon usage de l'antibio-prophylaxie ;
- La surveillance clinique et/ou paraclinique

Surveillance des infections du site opératoire

<p>Ce système de surveillance est sous la forme d'une déclaration (simple recensement des cas, sans recueil systématique de données pour la totalité des patients opérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _

AIDE AU REMPLISSAGE

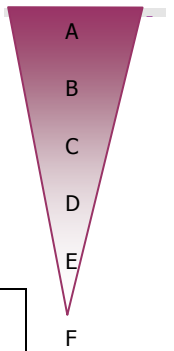
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _ _ _ _
--	--

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

<p>Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> Préciser le nombre de disciplines participantes Préciser le nombre de disciplines participantes 	<input type="checkbox"/> Oui, National ISO/RAISIN _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau _ _ _ _



Surveillance des bactéries Multi résistantes

Ce système de surveillance est un recensement des cas à partir des données du laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

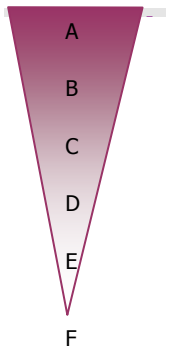
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

Ce système de surveillance permet de calculer un taux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

AIDE AU REMPLISSAGE

Ce système de surveillance permet de calculer un taux à partir d'un numérateur (recensement de cas) et un dénominateur à partir par exemple des données issues du PMSI ou autre système.

Ce système de surveillance se fait dans le cadre d'un réseau	<input type="checkbox"/> Oui, National/CCLIN/ARLIN (BMR/RAISIN) <input type="checkbox"/> Oui, autre réseau <input type="checkbox"/> Non
--	---



Analyse des causes des évènements infectieux graves

Il existe un protocole d'analyse des causes des événements infectieux graves	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Année de la dernière analyse des causes réalisée à partir d'un signalement interne
|_|_|||_|_|

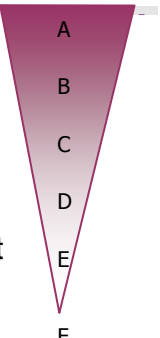
AIDE AU REMPLISSAGE

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.

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale
- une infection profonde du site opératoire
- infections à bactéries multi résistantes
- cas groupés

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



Indicateurs spécifiques à l'hémodialyse

Les indicateurs suivants concernent uniquement les établissements de santé ayant une activité de dialyse chronique

Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Évaluation des pratiques dans les 5 dernières années
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur fistule artério-veineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Branchement/débranchement de la voie d'abord pour épuration extra-rénale sur cathéter veineux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hygiène du bras pour les patients porteurs d'une fistule artério-veineuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Information relative au risque infectieux du patient porteur d'une fistule artério-veineuse ou d'un cathéter pour épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Désinfection des générateurs de dialyse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le suivi de la Protéine C Réactive est réalisé Oui Non

Il existe une surveillance des infections et bactériémies sur voies d'abord vasculaire (fistules artério-veineuses et CVC) pour un patient dialysé Oui Non

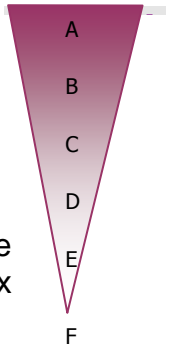
Si oui

Dans le cadre d'un réseau formalisé Oui (RAISIN/CCLIN/ARLIN),
 Oui Autre réseau
 Non

Si non :

Une analyse interne des données est faite Oui Non

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois I _ I _ I _ I , _ I _ I



AIDE AU REMPLISSAGE

Protocole de branchement (fistule artérioveineuse ou cathéter) :

- Le protocole de branchement doit mentionner les 4 temps de l'antisepsie du site avant ponction de fistule artérioveineuse (FAV) ou branchement sur cathéter veineux central (CVC) et l'hygiène des mains du patient après le débranchement.

- Il doit également recommander que le branchement sur cathéters veineux centraux soit réalisé de préférence en **binôme**.

Surveillance des sérologies VHB et VHC des patients dialysés

Existence d'un suivi sérologique VHB-VHC systématique et régulier selon les recommandations en vigueur

Le suivi systématique et régulier de la Protéine C Réactive est réalisé

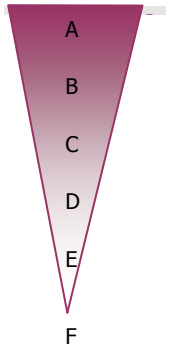
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

Proportion de patients porteurs d'une fistule artério-veineuse parmi les patients hémodialysés depuis plus de 6 mois :

Analyse de dossiers sur une semaine des patients dialysés depuis plus de 6 mois (file active de patients) et hors patients en situation de repli

Numérateur : Nombre de dossiers de patients dialysés sur fistules artério-veineuses (natives ou prothétiques)

Dénominateur : Nombre de dossiers de patients inclus.



ANNEXES

N°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

N°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

N°3 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICALIN

N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RÉSULTATS D'ICALIN PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS

N°5 : PONDÉRATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS

N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

N°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

N°9 : Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

N°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

Tableau n°1 : Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN

Intitulé des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées
4 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
5 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
9 – SSR-SLD	- Etablissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80% du total de ses lits et places.
10 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
11 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
12 – Hémodialyse	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
13 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
14 - Ambulatoire	- Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°2 : Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

Catégories / (année de l'étalonnage)	ICALIN (2003)	ICSHA2 (2010)	ICATB (2006)	SURVISO (2005)
1 – CHR-CHU	+	+	+	+
2 – CH-CHG < 300 lits	+	+	+	+/-
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	+	+	+	+/-
4 – Etablissements Psy	+	+	+	
5 – ex Hôpitaux locaux	+	+	+	
6 – Cliniques MCO < 100 lits	+	+	+	+/-
7 – Cliniques MCO ≥ 100 lits	+	+	+	+/-
9 – SSR-SLD	+	+	+	
10 – CLCC-CANCER	+	+	+	+/-
11 – HAD	+	+		
12 – Hémodialyse	+	+		
13 - MECSS	+			
14 - Ambulatoire chirurgical	+	+		+
Ambulatoire non chirurgical	+	+		
Centre de postcure alcoolique exclusif	+			

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	0,5
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement					1,5
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN				2	
	O3 Outils de gestion de la LIN		O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue			3	1	
O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN			13	9				
O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN	4							
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0	33	16		6	
			M12 – Nombre temps plein paramédical > 0				6	
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0				2	
			M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0				2	
	M2 Formation du personnel		M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants		9		2	
			M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0				3	
			M23 – Formation des personnels infirmiers > 0				3	
			M24 – Formation des autres personnels permanents > 0				1	
	M3 Correspondants		M31 – Correspondants en hygiène médicaux		8		4	
			M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux				4	
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	34	15		10	
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)				5	
	A2 Surveillance		A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)		14		3	
			A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques				4	
			A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance				3	
			A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie				1	
			A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services				1	
			A26 - Désignation d'un responsable du signalement				2	
	A3 Evaluation		A31 – Réalisation d'un type d'évaluation		5		2	
			A32 – dont un audit de pratique				3	

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

F

CLASSES DE RESULTATS **E** < ≤ **D** < ≤ **C** < ≤ **B** < ≤ **A**

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°5 : Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » ⁽¹⁾	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique				3	1
			ICATB5b-Préscription du médicament informatisée ⁽²⁾					2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention ⁽⁴⁾	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques ⁽³⁾		8		2	2
		ICATB4	ICATB4a-Liste d'antibiotiques disponibles					0,25
			ICATB4b-Liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée				1	0,5
			ICATB4c-Contrôlée avec durée limitée					0,25
	A2-Surveillance	ICATB8	Surveillance de la consommation des antibiotiques				2,5	2,5
A3-Evaluation	ICATB7	Evaluation de la prescription des antibiotiques		2,5	2,5			

⁽¹⁾ - ICATB1 - Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

⁽²⁾ - ICATB5b - Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

⁽³⁾ - ICATB 3 - Protocoles relatifs aux antibiotiques : non = 0 point, oui = pondération suivante :

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

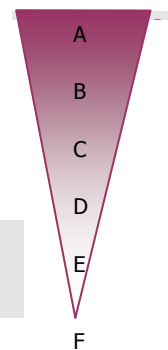


Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 20/20 (voir tableau n°5)

CLASSES	E < P10 ≤ D < P30 ≤ C < P70 ≤ B < P90 ≤ A
----------------	--

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15.25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17.00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15.5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15.78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°7 : Modalités de calcul et de classement d'ICSHA2

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).

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

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

En 2010, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

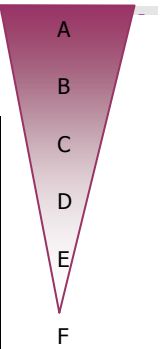


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres 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 au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

Expression de l'ICSHA2 en pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

À faire valider

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

La valeur de SURVISO est fixée à partir du pourcentage de disciplines chirurgicales participant à la surveillance des ISO :

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GÉNÉRALE

Quand les établissements sont concernés par les 4 indicateurs, la formule du score agrégé est :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA2} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS :

La formule est adaptée en fonction de l'activité de l'établissement qui peut ne pas être concerné par tous les indicateurs. Les points du ou des indicateurs absents sont redistribués au prorata du poids résiduel des indicateurs présents.

1 - CH et Cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA2 + ICATB) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA2} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 – HAD, Hémodialyse, ambulatoire non-chirurgical : (ICALIN + ICSHA2)

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA2} \times 0,429)$$

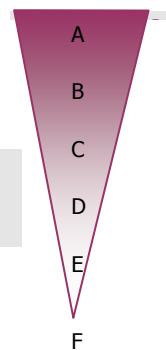
3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,5) + (\text{ICSHA2} \times 0,375) + (\text{SURVISO} \times 0,125)$$

4 - MECSS, et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47



**Tableau n°9 : Limites de classes du score agrégé
par catégorie d'établissements**

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

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

PS : l'ancienne catégorie 8 (hôpitaux militaires) a été rebasculée dans les catégories 2 et 3.

Tableau n°10 : Méthode de classement des résultats de l'indice SARM

L'indice SARM est calculé à partir de l'indice triennal SARM 2008 - 2010

Le calcul des limites de classes, pour chaque catégorie d'établissement :

- Percentile 10 : limite A – B
- Percentile 30 : limite B – C
- Percentile 70 : limite C – D
- Percentile 90 : limite D - E

La distribution initiale (indice triennal 2007 – 2009) dans chaque catégorie d'établissements, est ainsi : 10% - 20% - 40% - 20% - 10%

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005 – 2007 sont appliquées à l'indice triennal 2007 - 2009

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

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification