

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction du pilotage de la  
performance de l'offre de soins  
Bureau de la qualité et de la  
sécurité des soins  
Personne chargée du dossier :  
Dr Vanessa Van Rossem  
tél. : 01 40 56 77 41  
fax : 01 40 56 58 30  
mél. : [vanessa.vanrossemagnani@sante.gouv.fr](mailto:vanessa.vanrossemagnani@sante.gouv.fr)

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé  
à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement

Mesdames et Messieurs les présidents de commission  
médicale d'établissement et aux conférences  
médicales d'établissement (pour attribution)

Mesdames, et Messieurs les responsables des CCLIN  
(pour information)

**CIRCULAIRE N° DGOS/PF2/2011/150** du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte  
contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010.

Date d'application :

NOR : ETSH1110942C

Classement thématique : établissement de santé

**Validée par le CNP, le 11 mars 2011 - Visa CNP 2011-56**

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

**Résumé** : Recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte  
contre les infections nosocomiales 2010 dans les établissements de santé.

**Mots-clés** : Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010, calendrier  
des indicateurs, référents risques et infections associées aux soins des ARS

**Textes de référence** : Article R. 6111-8 du Code de la santé publique (Décret n°2010-1408  
du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins)  
Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections  
nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe (questionnaire).

**Texte abrogé** : circulaire N°DGS/DHOS/RI/E2//2009/44 du 4 février 2010 relative au bilan  
des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé  
pour l'année 2009

**Annexes :**

N°1 : calendrier d'évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

N° 2 : Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2010 de lutte contre les infections nosocomiales.

N° 3 : Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage, à l'aide au remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010

N° 4 : Procédures de connexion et de saisie des données.

N° 5 : Outils d'aide et modalités de la validation des données déclarées.

N°6 : Présentation du flux des données (*workflow*).

**Diffusion** : les établissements de santé doivent être destinataires de cette circulaire par l'intermédiaire des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.

En application de l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

La campagne de recueil 2011 est marquée par plusieurs changements :

- La DGOS devient l'interlocuteur principal du bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales et du tableau de bord des infections nosocomiales ;
- L'ATIH devient l'opérateur pour le recueil, le calcul et la diffusion auprès des établissements de santé du bilan et des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ;
- Le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales prend en compte la nécessaire évolution des indicateurs (annexe1).

Les établissements de santé ont vu leurs résultats progresser, il convient d'aller encore plus loin en termes d'exigence et de spécificités vis-à-vis des bactéries multi-résistantes et des infections graves et évitables liées aux actes invasifs.

## **1 – BILAN DES ACTIVITES DE L'ANNEE 2010.**

### **a – Établissements de santé**

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

Ce bilan a cette année un double objectif :

- Le recueil des items permettant le calcul des scores des indicateurs définis dans l'arrêté du 28 décembre 2010 (ICALIN, ISCHA version 2, ICATB, SURVISO, score agrégé, et indice SARM). Les consignes de remplissage, les éléments de valorisation et les éléments de preuve pour ces items sont identiques à ceux de l'année précédente à l'exception des éléments relatifs au programme et rapport d'activité du CLIN. L'évolution de la gouvernance avec notamment le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins a été prise en compte (voir annexe 3 : cahier des charges).
- Le recueil des items permettant la simulation des nouveaux indicateurs (annexe 1). Des aides au remplissage sont définies par certains d'entre eux dans l'annexe 3 (cahier des charges). Les modalités de valorisation de ces nouveaux indicateurs et les éléments de preuve feront l'objet d'une nouvelle circulaire avant la diffusion des résultats provisoires auprès des établissements

**Le recueil des déclarations du bilan standardisé** des établissements de santé se fait, sur le site internet sécurisé géré par l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) sur le lien suivant : <http://bilanlin.atih.sante.fr>

**Pour les établissements déjà présents en 2010 dans la base nationale**, le représentant légal de l'établissement ou le responsable des applications gérées par l'ATIH vous transmettra les codes (voir annexe 4 pour les procédures de connexion).

**La date limite de déclaration est fixée au vendredi 1 juillet 2011.** Le site bloquera automatiquement les saisies à cette date, mais permettra la consultation des déclarations.

**Une assistance technique est mise à disposition des établissements** par l'ATIH à l'adresse mël : [bilanlin@atih.sante.fr](mailto:bilanlin@atih.sante.fr).

### ***b – Les Agences régionales de santé (ARS)***

**Les ARS transmettront aux établissements, au plus tard le mercredi 4 mai 2011 :**

- la présente circulaire ;
- ses 6 annexes ;
- une **lettre de transmission** qui précisera :
  - l'adresse internet suivante permettant de télécharger différents documents (guide utilisateur, arrêté relatif au bilan standardisé, cahier des charges) : <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html>
  - le nom et les coordonnées de la personne responsable du dossier à l'ARS ou à la délégation territoriale ainsi que son adresse électronique ;
  - le rappel de la nécessité de mettre à la disposition de l'ARS les éléments de preuve définis dans le « Cahier des charges » correspondant uniquement aux indicateurs définis dans l'arrêté du 28 décembre 2010.

**Les directeurs généraux** des ARS définiront les modalités de transmission aux établissements de ces documents qui devront garantir la saisine officielle du représentant légal de l'établissement pour l'application de ces directives. Ils veilleront à adresser ces instructions de façon exhaustive à tous les établissements de santé de leur région. Une attention particulière sera portée aux établissements HAD (hospitalisation à domicile), d'hémodialyse et MECSS (maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé) en rappelant les dispositions du code de la santé publique (Art. R. 6111-8).

**Le référent de l'ARS désigné par le directeur général de l'ARS**, responsable de la gestion des déclarations des établissements de la région, apportera son concours à l'ATIH pour valider les changements de la base nationale concernant les établissements de leur région (nouvel établissement, fusion, suppression). Il s'assurera de l'exhaustivité des déclarations des établissements de sa région. L'ATIH assure la relance des établissements n'ayant pas rempli leur bilan le 17 juin 2011, 27 juin 2011 et le 29 juin 2011.

**Le référent de l'ARS est chargé de la validation des données** déclarées par les établissements de santé (voir ci-après).

Après le verrouillage des données, l'établissement devra demander l'autorisation « au référent ARS » la possibilité de modifier ses données, si nécessaire. L'établissement effectuera alors ses modifications.

Au 30 septembre 2011, pour les établissements de santé de sa région, le référent de l'ARS aura soit effectué une validation des données selon la procédure précisée en annexe 5, soit validé les données administratives des établissements dont les modifications entraînent un changement de catégorie d'établissements, soit s'être assuré que les données sont prêtes à être analysées (voir annexe 6 : workflow et guide de l'utilisateur ARS téléchargeable sur le site de l'ATIH).

Après l'envoi des résultats par l'ATIH des résultats définitifs, le référent régional sera destinataire d'une **synthèse régionale** des résultats du bilan des activités de la lutte contre les infections nosocomiales et du tableau de bord des infections nosocomiales par l'ATIH.

## 2 - VALIDATION DES DONNEES DECLAREES PAR LES ETABLISSEMENTS

La validation des données a pour but d'améliorer la fiabilité des données déclarées par les établissements de santé.

Le « cahier des charges » (annexe 3) définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations.

Ces éléments ne concernent que les items en lien avec les indicateurs définis dans l'arrêté du 28 décembre 2010.

Le référent régional nommé par le directeur général de l'ARS veillera au bon déroulement des opérations.

Pour le ministre et par délégation  
La Directrice générale de l'offre de soins

**signé**

Annie PODEUR

# Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

---

## Annexe 1 : Calendrier d'évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

### A) Campagne de recueil 2010 concernant les activités 2009

Pour la campagne de recueil 2010, les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales 2009 devant faire l'objet d'une diffusion publique défini par l'arrêté du 30 décembre 2009 étaient : ICALIN, ICSHA, ICATB, SURVISO, Score Agrégé. Les modalités de diffusion ont été précisées dans l'instruction DGOS/PF/192/2010 du 09 juin 2010.

Dès 2007, il était précisé que l'indicateur ICSHA était susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise. Effectivement, à partir d'études complémentaires, cet indicateur a progressé en prenant en compte d'une part de nouvelles activités (bloc opératoire, bloc obstétrical, hospitalisations de jour, séances de chimiothérapie et de transfusion sanguine) et d'autre part en augmentant le nombre de frictions par jour et par patient pour certaines disciplines. L'indicateur ICSHA est ainsi devenu ICSHA version 2 (ISCHA.2). Les établissements de santé ont été les seuls destinataires de leur score ICSHA.2 lors de la campagne de recueil 2010. Les résultats ne faisaient pas l'objet de diffusion publique. L'année 2010 constitue donc l'année de simulation pour ICSHA.2.

La campagne 2010 a été marquée également par l'ajout à l'indice de SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) d'une classe de percentile sous forme d'une note A à E pour améliorer la lisibilité des résultats. Comme pour l'indicateur ICSHA.2, cette classe de percentile n'était accessible qu'aux établissements de santé. Les résultats ne faisaient pas l'objet de diffusion publique. L'année 2010 constitue donc l'année de simulation pour la présentation de l'indice SARM sous forme de classe de percentile.

### B) Campagne de recueil 2011 concernant les activités 2010

Pour la campagne de recueil 2011, les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales 2010 devant faire l'objet d'une diffusion publique défini par l'arrêté du 28 décembre 2010 sont : ICALIN, ICSHA.2, ICATB, SURVISO, score agrégé, indice SARM.

Au cours de cette campagne, d'autres changements vont s'opérer vers plus d'exigences et de spécificités sur les principaux risques : liés aux bactéries multi-résistantes et aux actes invasifs avec le principe de cibler les infections graves et évitables. Dès à présent, ICALIN va évoluer pour rendre compte de l'organisation actuelle de la LIN (ICALIN version 2) et Surviso pour rendre compte plus largement de la prévention des infections du site opératoire (ICA-Chir).

Ceci se traduit par l'ajout de nouveaux items et donc par un nouvel arrêté relatif à la lutte contre les infections nosocomiales (arrêté du 07 avril 2011). Une circulaire précisera les modalités de valorisation et les éléments de preuve pour chacun des nouveaux indicateurs.

Lors de cette campagne de recueil 2011, ces nouveaux indicateurs ne sont accessibles que sur le site de recueil des données, ne feront pas l'objet diffusion publique. L'année de campagne 2011 constitue l'année de simulation pour ces deux nouveaux indicateurs ICALIN.2 et ICA-Chir. Ils feront l'objet d'une diffusion publique lors de la campagne 2012.

### C) Campagne de recueil 2012 concernant les activités 2011

La troisième étape consiste à actualiser les indicateurs ICATB et score agrégé et à élaborer des indicateurs de résultats par établissement de santé. Le Haut conseil de la santé publique a été saisi pour déterminer ces indicateurs de résultats. Ils seront testés par une équipe de recherche lors de la campagne de recueil 2012 pour une diffusion publique lors de la campagne 2013.

## Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

### Annexe 2 : Calendrier des étapes de recueil et de traitement du bilan standardisé des activités 2010 de lutte contre les infections nosocomiales

Acteurs	Étapes	Calendrier 2010
ARS	Recensement des modifications de la base (regroupement, fermeture, etc.)	Avant le lundi 21 mars 2011
Établissements de santé	Saisie et validation interne du bilan 2010 (contrôle de cohérence)	Du mercredi 4 mai 2011 au vendredi 1 juillet 2011 inclus
	Retour automatique vers l'établissement de sa déclaration pour valider ou modifier celle-ci après demande auprès de l'ARS (Verrouillage des données)	Jusqu'au vendredi 1 juillet 2011 inclus
	L'établissement de santé modifie ses données après validations externes par l'ARS ou après demande auprès de cette dernière	Du lundi 4 juillet 2011 au vendredi 30 septembre 2011 inclus. Peut débuter plus tôt si l'établissement a clôturé ses données.
	L'établissement de santé demande la modification de ses résultats provisoires et celle-ci est validée par l'ARS.	Du 17 octobre au vendredi 28 octobre 2011 inclus
ATIH	Mise à jour de la base établissement en lien avec le « référent risque infections associés aux soins » de l'ARS	Pour le 03 avril 2011
	Suivi de l'exhaustivité des établissements répondants et les relances des établissements non répondants et Hot line technique des établissements.	Du mercredi 4 mai 2011 au vendredi 01 juillet 2011 inclus
	Calcul des indicateurs (calcul des indicateurs) et envoi aux établissements, ARS, ministère (résultats individualisés, et synthèse régionale et nationale des résultats <b>provisoires</b> )	du lundi 03 octobre 2011 au 14 octobre 2011 inclus
	Envoi du message informant les établissements que les résultats provisoires sont accessibles sur le site	Le lundi 17 octobre 2011
	Mise à disposition des résultats définitifs individuels, des synthèses régionales, Message précisant que les résultats définitifs sont à disposition des établissements de santé	Le mardi 15 novembre 2011
ARS	Validation externe des données déclarées par les établissements	Du lundi 04 juillet 2011 au vendredi 30 septembre 2011 inclus (Verrouillage des données)
	Validation des demandes de modifications faites par l'établissement après l'envoi des données provisoires	Du lundi 17 octobre au 28 octobre 2011 inclus.
	Exploitation des synthèses régionale et nationale	Du 15 novembre au 22 novembre 2011 inclus
ATIH/Ministère	Publication des indicateurs sur : <a href="http://www.icalin.sante.gouv.fr">www.icalin.sante.gouv.fr</a> (tout établissement) <a href="http://www.platines.sante.gouv.fr">www.platines.sante.gouv.fr</a> (MCO et SSR)	4ème semaine de novembre 2011



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

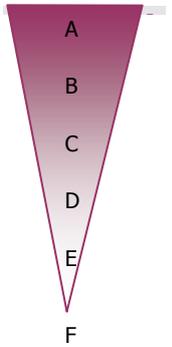
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS  
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins  
Bureau qualité et sécurité des soins

## **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.

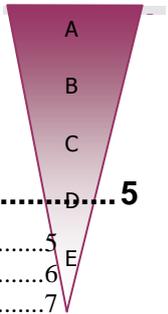
## **MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES**

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

<b>A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....</b>	<b>5</b>
O111 : PROJET D'ETABLISSEMENT.....	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'ACTIVITE.....	8
O131 : LIVRET D'ACCUEIL.....	9
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIENE HOSPITALIERE.....	10
O211 : REUNIONS DU CLIN.....	11
O212 : REUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	12
O221 : REPRESENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	13
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ETABLISSEMENT.....	14
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIONS.....	15
O32 : RAPPORT D'ACTIVITES.....	16
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE HOSPITALIERE (EOHH).....	17
M21 : FORMATION EN HYGIENE HOSPITALIERE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS.....	18
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIENE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ETABLISSEMENT.....	19
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIENE MEDICAUX ET PARAMEDICAUX.....	20
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	21
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RESEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	22
A11 (3 A 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES.....	23
A12 (1 A 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	24
A21 (1) : SYSTEME DE DECLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES).....	25
A21 (2) : ACTIONS DE PREVENTION DES AES.....	26
A22 : PROGRAMME DE MAITRISE DE LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (BMR).....	27
A23 : ENQUETE D'INCIDENCE OU DE PREVALENCE.....	28
A24 : SURVEILLANCE A PARTIR DES DONNEES DU LABORATOIRE.....	29
A25 : DIFFUSION DES RESULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	30
A26 : DESIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALEMENT.....	31
A31, A32 : ACTIONS D'EVALUATION.....	32
<b>B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....</b>	<b>33</b>
ATB1 : INSTANCE CHARGEE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.....	34
ATB2 : EXISTENCE D'UN REFERENT EN ANTIBIOTHERAPIE.....	35
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIECHIRURGICALE.....	36
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHERAPIE DE PREMIERE INTENTION.....	37
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	38
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE.....	39
ATB5B : PRESCRIPTION INFORMATISEE DES MEDICAMENTS.....	40
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS.....	41
ATB7 : EVALUATION DE LA QUALITE DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	42
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES.....	43
<b>C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA2.....</b>	<b>44</b>
<b>D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....</b>	<b>46</b>
<b>E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM.....</b>	<b>48</b>
<b>E - NOUVEAUX ITEMS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXES.....</b>	
TABLEAU N°1 : CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS DE SANTE UTILISEES DANS LE TABLEAU DE BORD.....	68
TABLEAU N°2 : PRESENCE DES INDICATEURS SELON LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS.....	69

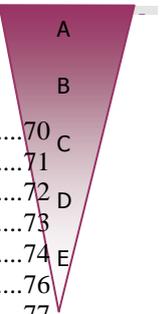
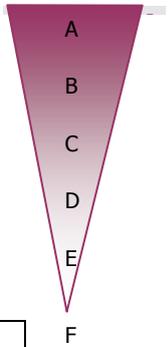


TABLEAU N°3 : PONDERATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	70
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RESULTATS D'ICALIN PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS DE SANTE .....	71
TABLEAU N°5 : PONDERATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	72
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RESULTATS D'ICATB PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	73
TABLEAU N°7 : MODALITES DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA2.....	74
TABLEAU N°8 : MODALITES DE CALCUL DU SCORE AGREGE .....	76
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGREGE PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS .....	77
TABLEAU N°10 : METHODE DE CLASSEMENT DES RESULTATS 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.

#### **ELEMENTS 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

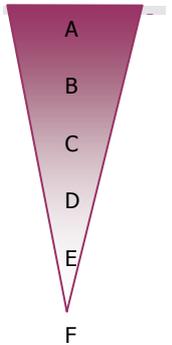
2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH/ARS **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

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 dû figurer dans le contrat actuel).

**ELEMENTS 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.

#### ELEMENTS 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).

**ELEMENTS DE PREUVE**

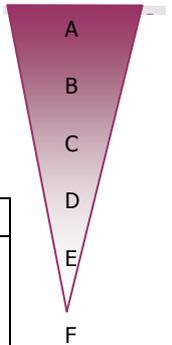
Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSIRMT, CA ou conseil de surveillance ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

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.

#### **ELEMENTS 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.

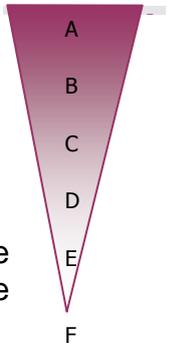
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

**ELEMENTS 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**

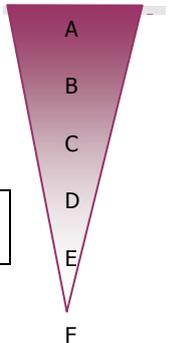
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

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.

**ELEMENTS 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.

#### **ELEMENTS DE PREUVE**

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

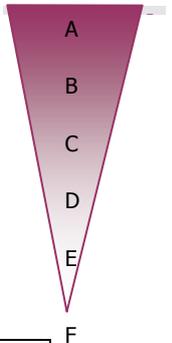
Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

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.

**ELEMENTS DE PREUVE**

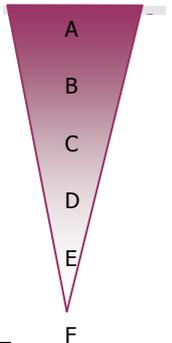
Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

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.

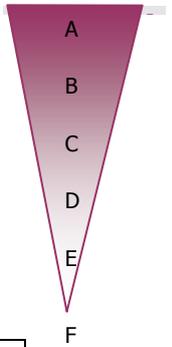
**VALORISATION**

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.

**ELEMENTS 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.

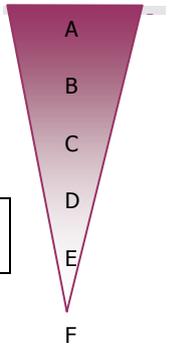
**ELEMENTS DE PREUVE**

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.

#### **ELEMENTS DE PREUVE**

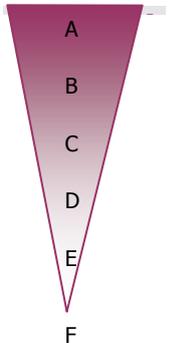
Rapport d'activité

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.

**ELEMENTS 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.

**ELEMENTS 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.

**ELEMENTS 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, <b>dans les services de soins ou secteurs d'activités</b> , 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.

**ELEMENTS DE PREUVE**

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

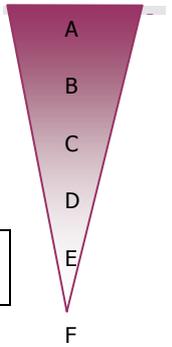
la direction

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.

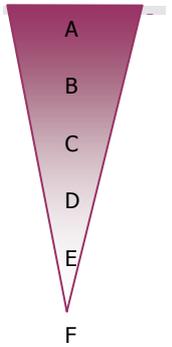
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

**ELEMENTS 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

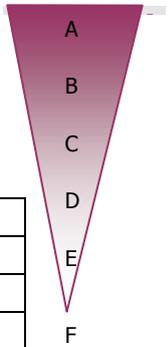
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

**ELEMENTS 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.

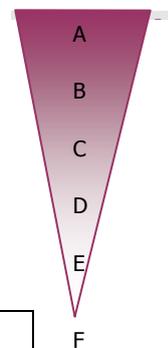
Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

**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.

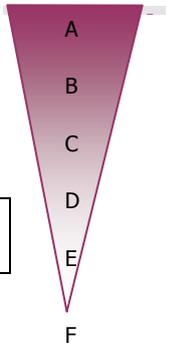
Pour chaque protocole, 0,5 point sera accordé aux établissements si le protocole existe.

#### **ELEMENTS 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.

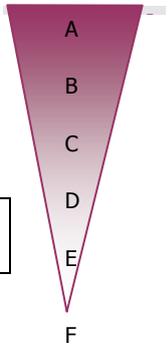
1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

**ELEMENTS 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.

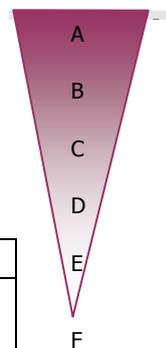
2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

#### **ELEMENTS 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.

**ELEMENTS DE PREUVE**

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

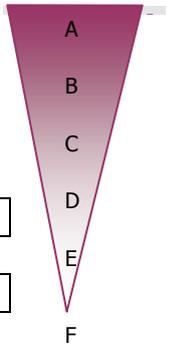
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

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**

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

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

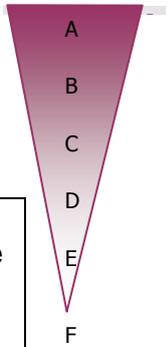
**VALORISATION**

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.

**ELEMENTS 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.

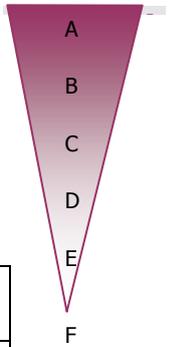
**VALORISATION**

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.

**ELEMENTS 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.

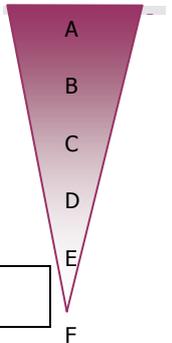
**VALORISATION**

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.

**ELEMENTS 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
----------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

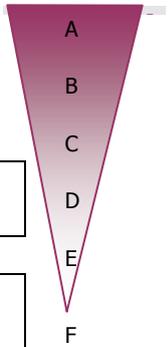
**VALORISATION**

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.

**ELEMENT 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.

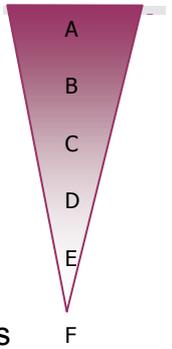
3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratiques parmi les actions d'évaluation durant l'année du bilan.

**ELEMENTS 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 :

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

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)

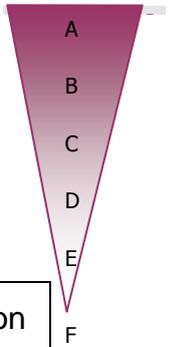
1 point sera accordé lorsque la Commission des antibiotiques s'est réunie 1 fois au cours de l'année du bilan.

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.

**ELEMENTS 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**

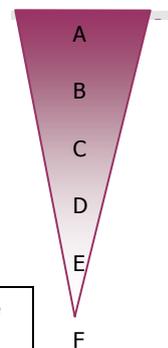
0 point sera accordé aux établissements qui n'ont pas de référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement.

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

**ELEMENTS 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.

#### **ELEMENTS 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 <b>l'antibiothérapie de première intention</b> 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	-
<b>TOTAL</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

**ELEMENTS 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 <b>antibiotiques disponibles</b> dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si OUI, Dans cette liste, l'instance a défini une liste des <b>antibiotiques à dispensation contrôlée</b> 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 <b>durée limitée</b> , 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.

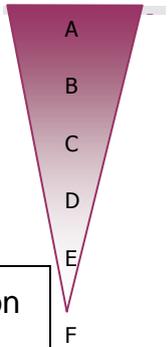
0,25 point supplémentaire sera accordé si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

**ELEMENTS 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.

**ELEMENTS 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**

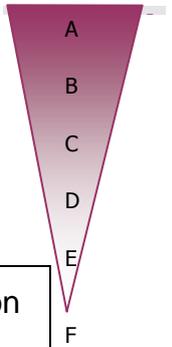
0 point sera accordé s'il n'existe pas de prescription du médicament informatisée.

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.

**ELEMENTS DE PREUVE**

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



**ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs**

Une <b>formation des nouveaux prescripteurs</b> , 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.

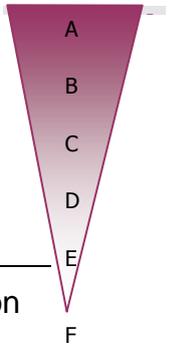
**ELEMENTS DE PREUVE**

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 <b>d'évaluation de la qualité</b> 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.

**ELEMENTS 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 <b>surveillance de la consommation d'antibiotiques</b> 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 Triméthoprim	_ _ _ _
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.

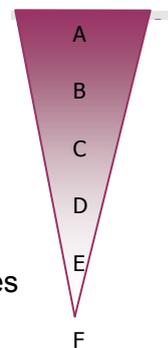
2,5 points seront accordés s'il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

**ELEMENTS 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 :

<b>MECSS</b>
<b>Centres de post cure alcoolique</b>

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.

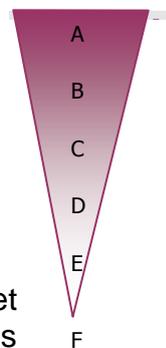
Le score ICSHA2 sera classé "F" lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

### **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.





## **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 :

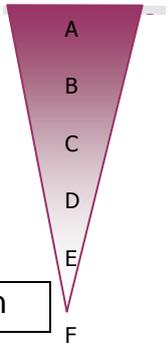
<b>4 – Etablissements Psy</b>
<b>5 – ex Hôpitaux locaux</b>
<b>9 – SSR-SLD</b>
<b>11 – HAD</b>
<b>12 – Hémodialyse</b>
<b>13 – MECSS</b>

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**

<b>VI.2 - Une enquête d'incidence a été réalisée cette année</b>	<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.

#### **ELEMENTS DE PREUVE**

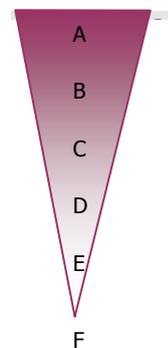
- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

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 A 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 :

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

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**

• 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**

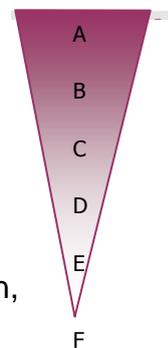
L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2008, 2009 et 2010 :

Nombre de SARM déclarés en 2008, 2009 et 2010

-----

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.

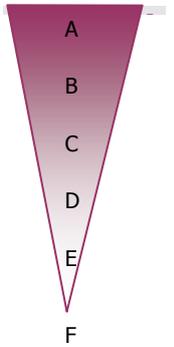


### **Journées d'hospitalisation**

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

#### **ELEMENTS DE PREUVE**

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

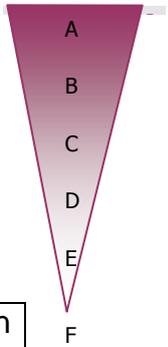


# Les nouveaux items

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

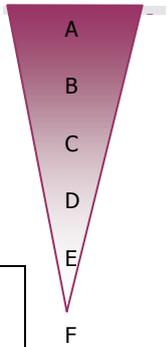
**AIDE AU REMPLISSAGE**

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

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

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

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



**Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins**

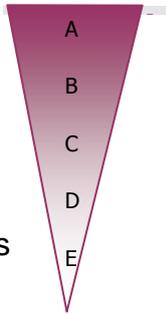
Ce coordonnateur a été désigné en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------------------------------------------------------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

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"



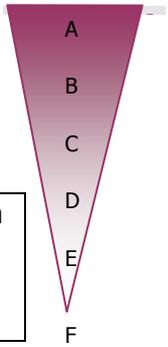
**Diffusion publique des résultats indicateurs de qualité et de sécurité des soins**

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**

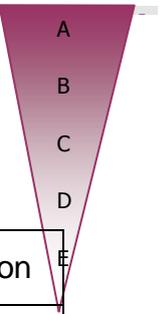
Des objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont fixés dans les contrats de pôles (Art. R. 6146-8, pour les établissements publics uniquement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Partiellement : <input type="checkbox"/> < 50% des pôles <input type="checkbox"/>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



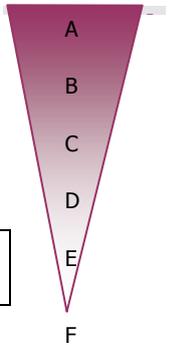
**Équipement de protection et matériel sécurisé**

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".

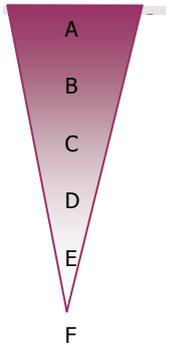
Il existe une surveillance de la couverture vaccinale ou de l'immunsation pour

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**

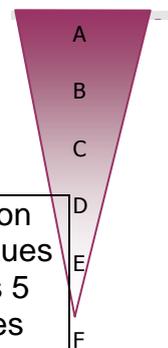
Thèmes	Existence du protocole	Année de la dernière version	Evaluation des pratiques dans les 5 dernières années
• Précautions «Contact »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	I _ I _ II _ I _ I	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Précautions «Gouttelettes»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

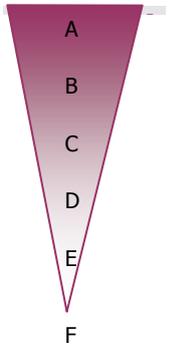
#### Utilisation d'outils d'aide à l'observance :

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



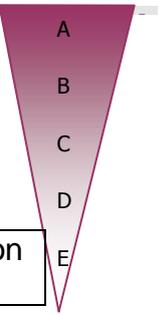
Répondre « oui » si l'outil précise les éléments suivants pour la prévention des infections sur cathéters veineux centraux :

- 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 GREPHH, ou par un CCLIN/ARLIN.



**Prévention des infections du site opératoire**

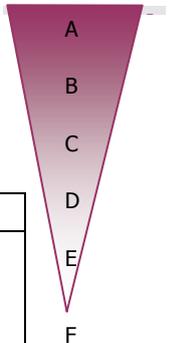
Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri - opératoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

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"> <li>Préciser le nombre de disciplines participantes</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  _ _      _ _

#### AIDE AU REMPLISSAGE

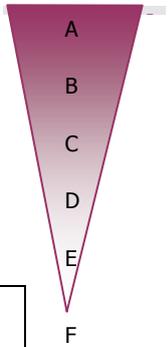
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

<p>Ce système de surveillance permet de calculer un taux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Préciser le nombre de disciplines participantes</li> </ul>	<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"> <li>Préciser le nombre de disciplines participantes</li> <li>Préciser le nombre de disciplines participantes</li> </ul>	<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**

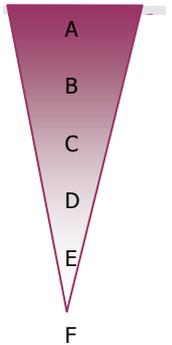
Ce système de surveillance ne permet pas de calculer un taux. Il s'agit d'un simple recensement des cas.

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  
|\_|\_|||\_|\_|

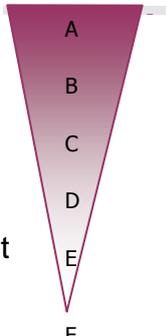
#### **AIDE AU REMPLISSAGE**

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

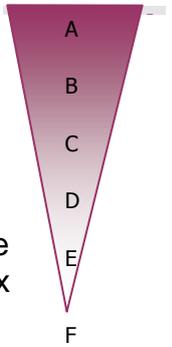
Si oui

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 \_ II \_ 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**

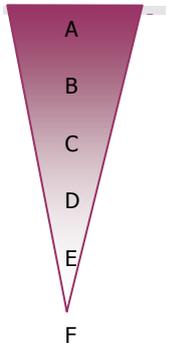
Selon les recommandations européennes de bonnes pratiques, la CRP doit être surveillée régulièrement au minimum de façon trimestrielle. Ce marqueur d'inflammation chronique peut aider au diagnostic précoce des infections bactériennes.

### **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 : PONDERATION DES ITEMS D'ICALIN**

**N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RESULTATS D'ICALIN PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS**

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

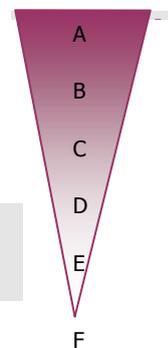
N°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements

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	DEFINITIONS
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'ICALIN 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

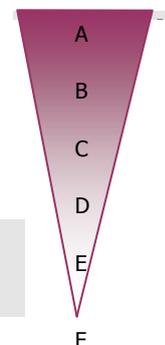
N1	N2	N3	Items	N1	N2	N3	Items	
O	ICATB1		Existence d'une « commission antibiotiques » <sup>(1)</sup>	20	4	4	4	
M	ICATB2 - Référent antibiotiques		Existence d'un référent en antibiothérapie		8		4	4
	ICATB5 - Système d'information		ICATB5a-Connexion informatique					1
			ICATB5b-Préscription du médicament informatisée <sup>(2)</sup>				3	2
	ICATB6-Formation		Formation nouveaux prescripteurs			1	1	
A	A1-Prévention <sup>(4)</sup>	ICATB3	Protocoles relatifs aux antibiotiques <sup>(3)</sup>		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			

<sup>(1)</sup> - 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

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

<sup>(3)</sup> - 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	-
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>



## Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'ICATB 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)

<b>CLASSES</b>	<b>E &lt; P10 ≤ D &lt; P30 ≤ C &lt; P70 ≤ B &lt; P90 ≤ A</b>
----------------	--------------------------------------------------------------

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

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 :

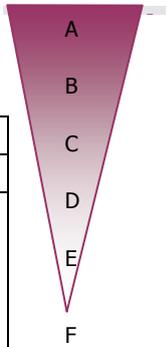


Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume 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 GENERALE

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 ADAPTEES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUES :

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)**

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

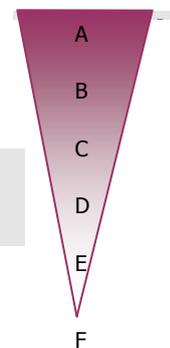
**3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + ICSHA2 + SURVISO) :**

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

**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
<b>01 - CHR –CHU</b>	0,321	0,472	0,662	0,812
<b>02 – CH INF 300</b>	0,219	0,394	0,705	0,990
<b>02 6 CH SUP 300</b>	0,318	0,435	0,729	1,007
<b>04- HOPITAL LOCAL</b>	0,068	0,139	0,309	0,511
<b>05- MCO</b>	0,110	0,239	0,547	0,911
<b>07 – SSR - SLD</b>	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

## Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

---

### Annexe 4 : procédures de connexion et de saisie données

Les procédures ci-dessous « gestion des comptes bilanLIN région » et gestion des comptes « bilan–établissement » précisent les modalités d'accès au compte bilanLIN.

Le représentant légal de l'établissement de santé doit désigner une personne responsable de la déclaration du bilan du tableau de bord des infections nosocomiales selon les modalités définies dans l'article R6111-8 du code de la santé publique. Ce responsable aura le statut de « gestionnaire ». Le représentant légal de l'établissement peut octroyer des droits de « lecteurs » pour ce bilan à d'autres personnes de l'établissement.

**Pour les nouveaux établissements, lors de la première connexion**, l'établissement devra remplir les données administratives (partie I du bilan défini dans l'arrêté du 07 avril 2011).

**Les établissements déjà présents dans la base de données nationale** n'auront pas besoin de remplir la partie administrative, celle-ci étant pré remplie à partir des données déclarées dans le bilan 2009. L'établissement aura la possibilité de modifier ces données. Les modifications des données permettant de déterminer la catégorie de l'établissement devront être validées par l'ARS avant leur prise en compte définitive.

#### **Pour tous les établissements de santé :**

Un « **Guide de l'utilisateur** » donne une description détaillée de la procédure de saisie des déclarations du bilan sur le site Internet. Le document peut être téléchargé à l'adresse suivante : <http://bilanlin.atih.sante.fr>

Après saisie complète, l'établissement devra valider sa déclaration qui deviendra définitive par le verrouillage des données. Les demandes d'accès aux données pour corrections éventuelles dues à des erreurs de saisie devront être adressées à l'ARS. L'ARS permettra ensuite les modifications qui seront faites par l'établissement.

A ce stade l'ICSHA2, et par voie de conséquence, le score agrégé, ne seront pas encore calculés (croisement avec les données de la SAE de l'année en cours nécessaire).

Le taux triennal de SARM, dépendant également des données de la SAE, ne figureront pas non plus.

**A tout moment**, l'établissement aura accès aux données remplies pour les années 2008 à 2010 et uniquement aux résultats de ces indicateurs pour les années antérieures.

**Un message au responsable du bilan standardisé** sera adressé à chaque établissement pour information de la mise en ligne des données provisoires des indicateurs du tableau de bord accessibles par identifiant et mot de passe. Il aura accès à ses seuls indicateurs. A partir de cette date, il peut effectuer des corrections relatives à ces données provisoires pendant une durée de deux semaines après demande auprès de l'ARS qui déverrouillera ses données. Pour être prises en considération, celles-ci devront être validées par l'ARS. Seules les erreurs dues à l'administration pourront faire l'objet de modifications.

Ces résultats comportent en plus des scores précédemment calculés disponibles dès la fin de la saisie des informations, les scores ICSHA.2 et le score agrégé, ainsi que l'indice de SARM pour la période 2008-2010.

**Un deuxième envoi des résultats, définitifs**, aura lieu vers la 3<sup>ème</sup> semaine de novembre 2011. Un message adressé au responsable du bilan standardisé l'informerá la disponibilité de ces résultats définitifs.

## GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ETABLISSEMENTS

Pour pouvoir accéder à l'application BILANLIN (<http://bilanlin.atih.sante.fr>), tout utilisateur doit avoir un compte EPMSI et un rôle BILANLIN. Les comptes BILANLIN et l'attribution des rôles de « **Gestionnaire BILANLIN** » ou de « **Lecteur BILANLIN** » sont gérés via **EPMSI** (<https://www.epmsi.atih.sante.fr>).

Deux cas de figure :

- La personne qui veut se connecter à l'application BILANLIN a déjà un compte EPMSI : l'Administrateur Principal EPMSI de l'Etablissement (souvent le DIM) doit attribuer à cette personne le rôle de « **Gestionnaire BILANLIN** » ou de « **Lecteur BILANLIN** » dans EPMSI
- La personne qui veut se connecter à l'application BILANLIN n'a pas encore de compte EPMSI : l'Administrateur Principal EPMSI de l'Etablissement (souvent le DIM) doit lui créer un compte EPMSI et lui attribuer le rôle « **Gestionnaire BILANLIN** » ou de « **Lecteur BILANLIN** » dans EPMSI

### 1. La personne a déjà un compte EPMSI

**Pour que cette personne puisse accéder à l'application BILANLIN, il faut que l'Administrateur Principal d'Etablissement lui attribue le rôle de « Gestionnaire BILANLIN » ou de « Lecteur BILANLIN ».**

Seul l'administrateur Principal d'Etablissement (APE) sur EPMSI peut le faire.

Pour cela l'APE doit se connecter à <https://www.epmsi.atih.sante.fr> (EPMSI) puis :

- Aller dans le menu [Accueil > Administration > Gestion des utilisateurs]
- Dans le domaine dans lequel l'utilisateur a déjà des droits, à droite du nom de l'utilisateur, cliquer sur le lien [Voir, modifier, supprimer ...]
- aller à la fin de la page de l'écran suivant pour cliquer sur le lien [Gestion des rôles de ce compte d'utilisateur]

- cliquer sur [Ajouter le rôle Gestionnaire BILANLIN] ou sur [Ajouter le rôle Lecteur BILANLIN]

## **2. La personne n'a pas de compte EPMSI**

Pour que cette personne puisse accéder à l'application BILANLIN, il faut que l'Administrateur Principal d'Etablissement lui crée un compte EPMSI et attribue le rôle de « gestionnaire BILANLIN » ou de « Lecteur BILANLIN ».

Seul l'administrateur Principal d'Etablissement (APE) sur EPMSI peut le faire.

Pour cela l'APE doit se connecter à <https://www.epmsi.atih.sante.fr> (EPMSI) puis :

- Aller dans le menu [Accueil > Administration > Gestion des utilisateurs]
- Aller en base de la page dans le domaine BILANLIN
- En dessous du rôle que vous voulez attribuer à cette personne « Gestionnaire BILANLIN » ou « Lecteur BILANLIN », cliquer sur Nouveau
- Saisir les informations pour ce nouvel utilisateur. Une fois les informations saisies, cliquer sur Valider.
- Sur l'écran suivant, cliquer sur Enregistrer.

Les personnes peuvent maintenant se connecter à l'application BILANLIN avec les identifiants EPMSI.

## **GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU REGIONAL**

Pour pouvoir accéder à l'application BILANLIN (<http://bilanlin.atih.sante.fr>), tout utilisateur doit avoir un compte EPMSI. Les comptes sont gérés via **EPMSI** (<https://www.epmsi.atih.sante.fr>):

- L'administrateur régional EPMSI doit créer les comptes « valideur » ou « lecteur » BILANLIN

### **Création des comptes EPMSI pour l'application BILANLIN**

#### **a. Gestion des valideurs ou des lecteurs régionaux dans le domaine BILANLIN**

L'administrateur régional EPMSI doit créer des utilisateurs et leur attribuer les rôles « valideur » ou « lecteur » dans le domaine BILANLIN.

Deux cas peuvent se présenter :

- L'utilisateur a déjà un identifiant EPMSI dans la région :

L'administrateur régional EPMSI doit lui attribuer un nouveau rôle « Contrôleur BILANLIN » ou « Lecteur BILANLIN » :

- Aller dans le menu [Accueil > Administration > Gestion des utilisateurs]
- puis dans le domaine dans lequel l'utilisateur a déjà des droits, choix de l'utilisateur en cliquant sur le lien [Voir, modifier, supprimer ...]
- aller à la fin de la page de l'écran suivant et cliquer sur le lien [Gestion des rôles de ce compte d'utilisateur]
- puis en bas de la page suivante cliquer sur [Ajouter le rôle valideur BILANLIN] ou sur [Ajouter le rôle lecteur BILANLIN]

- L'utilisateur n'a pas de compte EPMSI dans la région :

L'administrateur régional EPMSI doit créer un compte EPMSI pour cet utilisateur et lui attribuer le rôle « Lecteur BILANLIN » ou « Valideur BILANLIN » :

- Aller dans le menu [Accueil > Administration > Gestion des utilisateurs]
- puis aller à la fin de la page de l'écran suivant dans la section BILANLIN correspondant au rôle à attribuer à cet utilisateur et cliquer sur le lien [Nouveau ...]
- Saisir les informations pour ce nouvel utilisateur. Cocher « DG », « OQN » et « MCO ». Une fois les informations saisies, cliquer sur Valider.
- Sur l'écran suivant, cliquer sur Enregistrer.

## **b. Suppression des rôles dans le domaine BILANLIN**

La suppression d'un rôle à un utilisateur se fait de la même manière que l'attribution des rôles :

- Aller dans le menu [Accueil > Administration > Gestion des utilisateurs]
- puis dans le domaine BILANLIN dans lequel l'utilisateur a déjà des droits, choix de l'utilisateur en cliquant sur le lien [Voir, modifier, supprimer ...]
- aller à la fin de la page de l'écran suivant et cliquer sur le lien [Gestion des rôles de ce compte d'utilisateur]
- Cliquer sur les liens correspondants [Retirer le rôle Valideur BILANLIN] ou [Retirer le rôle Lecteur BILANLIN]



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

## Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

### Annexe 5 : outils d'aide et modalités de la validation des données déclarées

#### **Le « cahier des charges »**

Il définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations. Le cahier des charges 2010 ne comprend les éléments de preuve que pour les items permettant le calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales définis dans l'arrêté du 28 décembre 2010 (tableau de bord des infections nosocomiales 2010). Aucune validation de nouveaux items sera faite en 2011.

#### **Les objectifs de la validation**

Comme les années précédentes, l'objectif est de valider au moins 10 % des établissements de santé.

#### **Les outils d'aide à la validation**

Une « liste de validation des données » est mise à la disposition des agents responsables de cette validation sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr>

La « liste de validation des données » reprend de façon synthétique les éléments contenus dans le cahier des charges. Elle comprend la valorisation des items dans les indicateurs et permet de mesurer l'impact des corrections sur le résultat de ces indicateurs.

#### **Les validations et les corrections devront être réalisées avant le 30 septembre 2011.**

Les modifications sont faites par l'établissement de santé. L'ARS valide ensuite les modifications faites par l'établissement. En cas de désaccord entre l'établissement et le référent ARS, le score de l'item sera mis à « zéro ».

Le référent régional nommé par le directeur de l'ARS veillera au bon déroulement des opérations en liaison avec l'administration centrale.

Vous voudrez bien nous informer de toute difficulté rencontrée pour l'application de cette circulaire.

#### **Les modalités de la validation**

La validation des données déclarées par l'établissement consiste à vérifier que les éléments de preuve définis dans le « Cahier des charges » confirment les déclarations de l'établissement. Les données déclarées peuvent être éditées à partir du site internet de recueil des déclarations.

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

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

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

soins au sein de l'établissement, dans le cadre d'une démarche d'accompagnement des établissements.

**La validation des éléments de preuve devra faire l'objet d'un compte-rendu**, qui pourra être la « Liste de validation des données » ci-dessus mentionnée.

La double signature de ce document par le représentant légal de l'établissement **et** par le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ne sera indispensable qu'en cas de divergence avec les déclarations de l'établissement. La date à laquelle l'établissement devra avoir changé les données devra y être précisée.

**Si l'établissement approuve le constat de la validation**, les corrections seront apportées par l'établissement directement sur le site internet. L'ARS validera ensuite ces corrections.

**Si l'ARS n'approuve pas le constat de la validation**, les items correspondants aux discordances seront égaux à « zéro ».

Toutes les modifications faites après la fin de la saisie des données seront effectuées par l'établissement de santé. Le référent de l'ARS validera ou non ces modifications.



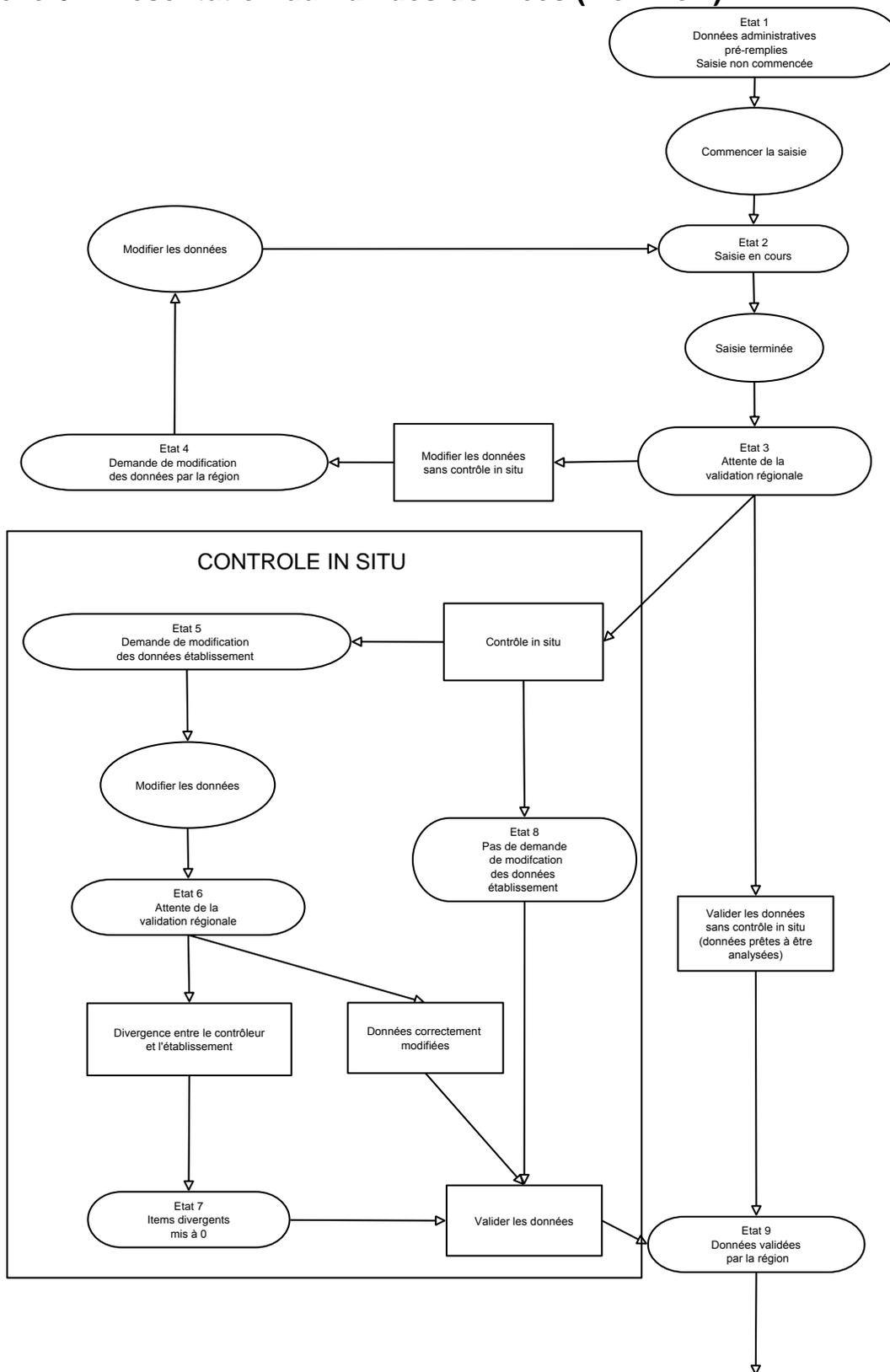
Liberté • Égalité • Fraternité

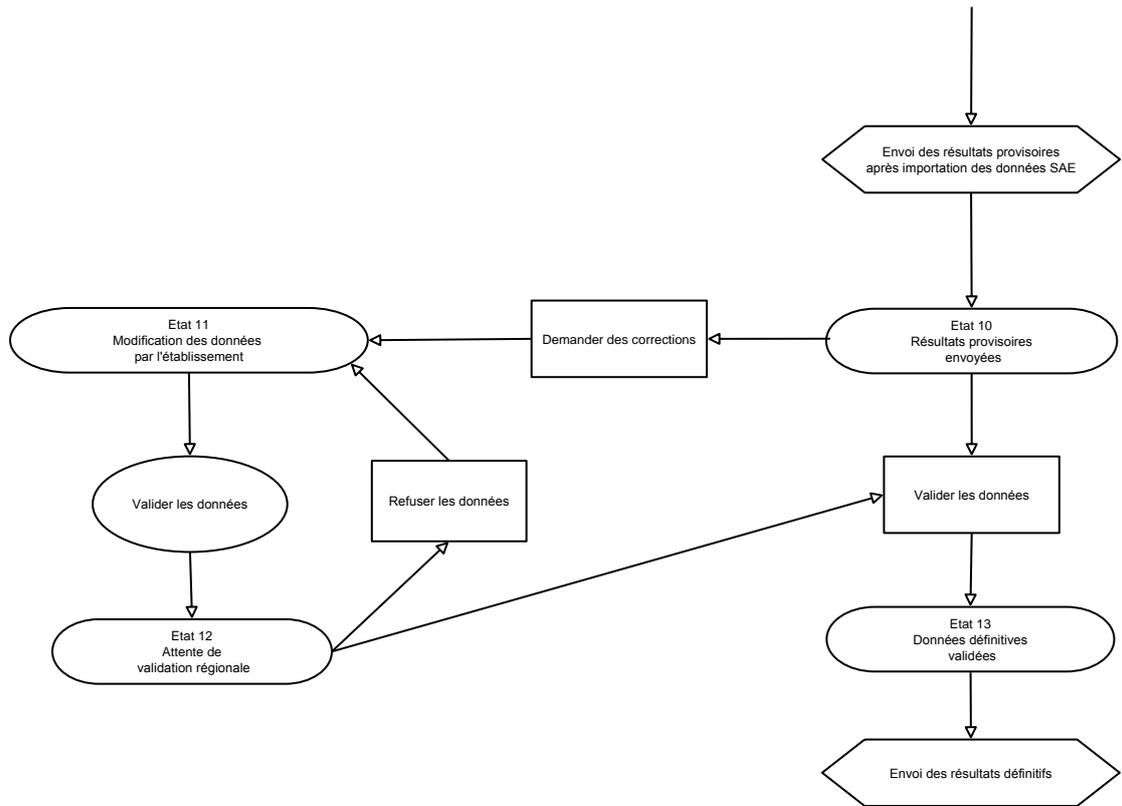
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

## Tableau de bord des infections nosocomiales 2010

### Annexe 6 : Présentation du flux des données (*workflow*)





**NOTES**

