

## SANTÉ

### ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

*Direction générale de la santé*

Sous-direction prévention  
des risques infectieux

*Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de la qualité  
et du fonctionnement  
des établissements de santé

Bureau qualité et sécurité des soins  
en établissements de santé

#### **Circulaire DGS/DHOS/RI/E2 n° 2008-154 du 6 mai 2008 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2007**

NOR : SJSP0830405C

*Résumé* : recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2007 dans les établissements de santé.

*Mots clés* : comité de lutte contre les infections nosocomiales, bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2007.

#### *Références* :

- Article R. 6111-2 du code de la santé publique (décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé) ;
- Arrêté du 5 mai 2008 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe.

#### *Textes abrogés* :

- Circulaire DGS/DHOS/SD.5C/E2 n° 2007-78 du 6 mars 2007 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2006 ;
- Circulaire DHOS/E2/DGS/RI3 n° 2007-231 du 13 juin 2007 relative à la validation des données déclarées par les établissements de santé dans le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales pour l'année 2006 ;
- Circulaire DHOS/E2/DGS/5C n° 2006-121 du 13 mars 2006 relative au tableau de bord des infections nosocomiales et portant sur les modalités de calcul et de présentation de l'indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé par les établissements de santé.

#### *Annexes* :

- ANNEXE I. – Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2007 de lutte contre les infections nosocomiales.
- ANNEXE II. – 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 2007.

*Le directeur général de la santé, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information); Mesdames et Messieurs les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour attribution); Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour attribution).*

En application de l'article R. 6111-2 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales défini par l'arrêté du 5 mai 2008 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Ce bilan standardisé sert à l'élaboration du tableau de bord des infections nosocomiales prévu par le même article.

Le contenu du bilan 2007 est identique à celui de 2006 (à l'exception de l'unité statistique de l'indicateur SURVISO – voir ci-après).

## **1. Bilan des activités de l'année 2007**

### **a) Etablissements de santé**

Le recueil des déclarations du bilan standardisé des établissements de santé se fait cette année sur site internet sécurisé à l'adresse suivante : <https://www.bilanlin.sante.gouv.fr>.

Le chef d'établissement recevra, par courrier, l'identifiant (login) et le mot de passe de son établissement. Il désignera une personne responsable de cette déclaration. Lors de la première connexion, ce responsable devra remplir une fiche d'identification et fournir son adresse électronique ainsi que celle du chef d'établissement. Ces deux adresses électroniques seront destinataires de tous les messages automatiques de retour (avertissements, résultats provisoires...).

Un mode d'emploi simplifié décrit les modalités de connexion et le démarrage de la saisie. Un « Guide de l'utilisateur » donne une description détaillée de la procédure de saisie des déclarations du bilan sur le site Internet. Les deux documents peuvent être téléchargés à l'adresse suivante : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab\\_bord/accueil.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/accueil.htm).

Après saisie complète, l'établissement devra valider sa déclaration qui deviendra définitive par le verrouillage de son compte utilisateur. Il recevra par retour automatique sur ses deux adresses électroniques un récapitulatif de sa déclaration. Les demandes de correction éventuelles dues à des erreurs de saisie devront être adressées à la DDASS (ou DRASS quand le dossier est régionalisé) qui pourra modifier les déclarations validées par les établissements.

En même temps que le récapitulatif de leur déclaration, les établissements recevront le résultat provisoire de leurs scores ICALIN, ICATB et SURVISO. Les résultats de l'indicateur ICSHA et du score agrégé leur parviendront par le même canal dès réception de la base SAE contenant les journées d'hospitalisation.

A partir de l'envoi des résultats provisoires complets, les établissements disposeront d'un délai de trois semaines pour faire connaître leurs observations. Ils pourront demander une correction dans la mesure où une erreur serait imputable à l'administration. Les établissements de santé adresseront leur demande et ses justificatifs au référent régional de leur DRASS qui statuera sur la demande, si nécessaire en liaison avec la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS.

Les établissements ne disposant pas d'une connexion internet s'adresseront à leur DDASS (ou DRASS quand le dossier est régionalisé) pour déterminer le meilleur moyen d'effectuer leur déclaration et de recevoir les informations les concernant.

Les établissements déjà présents dans la base de données nationale n'auront pas besoin de remplir la partie administrative, celle-ci étant préremplie à partir des données déclarées dans le bilan 2006. L'établissement aura la possibilité de modifier ces données. Les modifications des données permettant de déterminer la catégorie de l'établissement seront validées par la DDASS avant prise en compte définitive.

Les établissements nouveaux ou fusionnés, nécessitant la création d'un nouveau dossier dans la base de données nationale, devront s'identifier auprès du référent régional de la DRASS qui sollicitera la cellule infection nosocomiale pour envoi direct des identifiants (login) et mots de passe.

La date limite de déclaration est fixée au vendredi 27 juin 2008 à minuit. Le site bloquera automatiquement les saisies à cette date, mais permettra la consultation des déclarations.

Une assistance technique est mise à disposition des établissements pour l'utilisation du site internet. Cette assistance est joignable à l'adresse électronique suivante : [cell-inf-nosoc@sante.gouv.fr](mailto:cell-inf-nosoc@sante.gouv.fr) ou, en cas d'urgence, par téléphone au 01-40-56-72-87.

### **b) DDASS (ou DRASS quand le dossier est régionalisé)**

Les DDASS transmettront aux établissements, au plus tard le 20 mai 2008 :

- la présente circulaire ;
- ses deux annexes (calendrier et cahier des charges) ;
- une lettre de transmission qui précisera :
  - le nom et les coordonnées de la personne responsable du dossier à la DDASS, ainsi que son adresse électronique ;
  - le rappel de la nécessité de mettre à la disposition de la DDASS et de la DRASS les éléments de preuve définis dans le « Cahier des charges »;

- les modalités régionales de prise en compte des demandes de corrections des établissements après le verrouillage du compte utilisateur de l'établissement.

Les directeurs (DDASS ou DRASS) définiront les modalités de transmission aux établissements de ces documents (papier, courrier électronique) qui devront garantir la saisine officielle des chefs d'établissement pour l'application de ces directives. En cas de transmission « papier », il n'est pas nécessaire d'y joindre une copie de l'annexe II qui est téléchargeable sur le site du ministère en charge de la santé à l'adresse suivante :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab\\_bord/accueil.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/accueil.htm)

Les DDASS (DRASS) veilleront à adresser ces instructions de façon exhaustive à tous les établissements de santé de leur département. 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. 6111-2).

Le directeur de la DDASS, quand le dossier est traité à son niveau, désignera un agent responsable de la gestion des déclarations des établissements du département. Il informera de cette désignation le référent régional de la lutte contre les infections nosocomiales de la DRASS, qui lui transmettra par retour un identifiant (login) et un mot de passe permettant d'accéder au site sécurisé et de gérer les déclarations des établissements du département : relance des non-répondants, validations, corrections.

Lors de sa première connexion, l'agent responsable de la gestion des déclarations des établissements devra fournir une adresse électronique sur laquelle il recevra les messages automatiques concernant les établissements du département, notamment :

- avertissements lorsqu'une modification des données administratives d'un établissement entraîne un changement de catégorie de l'établissement afin de valider cet éventuel changement ;
- information régulière sur la liste des établissements n'ayant pas encore saisi leur déclaration ou ne l'ayant pas terminée ;
- messages de la cellule infections nosocomiales et du référent régional relatifs à la gestion des déclarations.

Les DDASS s'assureront de l'exhaustivité des déclarations des établissements de leur département, notamment à partir des listes d'établissements non répondants qu'elles recevront automatiquement à intervalle régulier.

Les DDASS sont chargées, en liaison avec le référent régional de la DRASS, de la validation des données déclarées par les établissements (voir ci-après).

### c) DRASS

Le référent régional désigné par le directeur de la DRASS disposera d'un identifiant (login) et d'un mot de passe, transmis par la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS, pour la gestion des déclarations des établissements de la région. Il s'assurera de la formation des référents départementaux pour la gestion des déclarations des établissements de leur département sur le site internet.

La DRASS est chargée, en liaison avec les DDASS, de définir les modalités de prise en compte des demandes de corrections des établissements pour la période comprise entre la validation par l'établissement de sa déclaration qui verrouille son compte personnel et la clôture de la campagne (27 juin 2008 à minuit) qui verrouille tous les comptes d'établissements. Après cette date, aucune demande de correction ne devrait être recevable.

Le référent régional de la DRASS apportera son concours aux DDASS au cours des différentes phases de déclaration des bilans par les établissements ainsi que pour la validation des données déclarées des établissements sélectionnés (voir ci-après).

Le référent régional de la DRASS apportera son concours à la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS pour valider les changements de la base nationale concernant les établissements de leur région : nouvel établissement, fusion, suppression.

Après publication des résultats par le ministère en charge de la santé, le référent régional réalisera une synthèse régionale des résultats du bilan des activités de la lutte contre les infections nosocomiales et du tableau de bord des infections nosocomiales. Un module de synthèse automatisé sera disponible sur intranet à cet effet. La DRASS transmettra cette synthèse régionale au CTRI, à l'ARH et aux établissements de santé de la région.

Cette synthèse régionale devra intégrer les résultats de la validation des données.

## 2. Validation des données déclarées par les établissements

En raison de la diffusion publique des résultats et de la volonté d'une parfaite transparence vis-à-vis des usagers, la confiance dans les résultats déclarés par les établissements de santé est primordiale. La validation des données a ainsi pour but d'améliorer la fiabilité des données déclarées par les établissements de santé.

Plusieurs outils sont mis à disposition pour mener à bien la validation des déclarations des établissements.

Le « cahier des charges » :

Le « 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 2007 » (annexe II) contient, pour chacun des items entrant dans le calcul des indicateurs ICALIN, ICATB,

ICSHA, et SURVISO, les consignes de remplissage et les éléments de preuve permettant de vérifier la validité des déclarations. Ces consignes de remplissage et ces éléments de preuve permettent d'assurer une harmonisation des définitions en réduisant la part laissée à l'interprétation.

Chaque établissement doit rassembler l'ensemble des éléments de preuve relatifs à sa déclaration dans un dossier qui doit être tenu à la disposition de la DDASS et de la DRASS (art. 3 de l'arrêté du 5 mai 2008).

Outils d'aide à la validation des données :

Une « liste de validation des données » et un tableur sont mis à la disposition des agents chargés de cette validation sur le site Intranet du ministère en charge de la santé. 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 correspondants permettant de mesurer l'impact des corrections sur le résultat des indicateurs. Le tableur permettra le calcul automatisé des indicateurs du tableau de bord.

Les modalités de la validation :

La validation des données déclarées par l'établissement consistera 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'organise à la convenance des services qui en sont chargés (DDASS, DRASS) en liaison avec les établissements sélectionnés (voir ci-après) : 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 la DDASS (ou DRASS).

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 lutte contre les infections nosocomiales 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 ou tout autre document élaboré par la DDASS ou la DRASS.

La double signature de ce document par le responsable légal de l'établissement et le Président du CLIN (ou de la sous-commission de la CME ayant en charge les mêmes attributions) ne sera indispensable qu'en cas de divergence avec les déclarations de l'établissement et si cette divergence affecte le résultat d'au moins un indicateur.

Si l'établissement approuve le constat de la validation, les corrections seront apportées par la DDASS (DRASS) directement sur le site internet.

Si l'établissement n'approuve pas le constat de la validation, la divergence sera portée à la connaissance du référent régional de la DRASS. Il lui sera adressé la « liste de validation des données 2007 » et la réponse de l'établissement afin qu'il puisse statuer sur la validation des données en liaison avec la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS. L'établissement sera informé par le référent régional de la décision finale prise en accord avec la cellule infections nosocomiales.

La modification par l'administration des déclarations d'un établissement sur le site sécurisé, quand elle affecte le résultat des indicateurs, ne pourra intervenir qu'après l'accord de l'établissement (double signature de la « Liste de validation des données ») ou, en cas de désaccord, par décision du référent régional confirmée par la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS. Le site sécurisé assure une traçabilité des modifications apportées en cas de contestation.

Objectifs de la validation :

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

La sélection des établissements à valider sera effectuée par la DDASS en liaison avec le référent régional de la DRASS. Il sera privilégié les établissements n'ayant pas été validés au cours des années précédentes, mais aussi ceux dont les résultats ont connu un gain significatif (augmentation de deux classes, par exemple). Il sera respecté un certain équilibre entre les différentes catégories d'établissements et entre les différentes classes de résultats.

Période de validation par les DDASS et DRASS :

La validation par les DDASS et les DRASS pourra intervenir dès la validation par l'établissement de sa déclaration sur internet (qui verrouille son compte).

Les validations et les corrections devront être réalisées avant le 31 octobre 2008 à minuit. Après cette date, les comptes administrateurs des DDASS et DRASS seront verrouillés, mais une consultation des déclarations sera toujours possible.

Le référent régional de la DRASS fera un compte rendu des résultats des validations de la région qu'il transmettra à la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS avant le 30 novembre 2008, selon un modèle téléchargeable sur le site intranet du ministère.

### 3. Valorisation des données déclarées dans le bilan des activités

Le bilan des activités sert de support au calcul des différents indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

a) ICALIN

Cet indicateur a pour fonction de mesurer l'adéquation des activités menées par l'établissement avec la réglementation en vigueur et les objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Ses modalités de calcul sont identiques à celles de 2006.

b) ICSHA

L'établissement doit seulement déclarer son volume brut de consommation en litres, sans procéder au calcul pour 1000 journées d'hospitalisation. Comme l'an dernier, le dénominateur (journées d'hospitalisation) sera extrait des déclarations des établissements à la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Les modalités de calcul sont inchangées par rapport à 2006. Elles sont rappelées dans le « Cahier des charge » (annexe II).

L'attention des établissements est attirée sur le soin à apporter dans leur déclaration à la SAE ; seules les données extraites de la SAE seront prises en compte pour le calcul de l'indicateur.

c) ICATB

Cet indicateur a pour fonction d'évaluer la politique de bon usage des antibiotiques de l'établissement. Dans son mode de calcul, la pénalisation pour absence de commission des items relatifs aux protocoles et aux listes d'antibiotiques a été supprimée (voir « cahier des charges »).

d) SURVISO

Cet indicateur sera toujours publié sous la forme de chiffres bruts. La notion de « service ou secteur d'activités » est remplacée par celle de « discipline chirurgicale » dont la liste est dans le « cahier des charges » (annexe II) avec la définition de la « surveillance des ISO ».

e) Score agrégé

Le score agrégé est élaboré à partir des résultats des 4 indicateurs précédents afin d'améliorer la lecture du tableau de bord pour les usagers et pour les établissements de santé.

Le score agrégé n'entraîne aucun recueil de données supplémentaire. En 2007, ses modalités de calcul restent inchangées.

f) SARM

Comme annoncé dans la « note aux établissements de santé » de novembre 2007 accompagnant la transmission des résultats provisoires 2006, il sera proposé aux établissements de santé, en 2008, un plan d'action devant permettre à la France de réduire fortement les taux d'infections à bactéries multirésistantes en général et de SARM en particulier. Ce plan d'action sera accompagné d'un système d'évaluation intégrant un indicateur mesurant la mise en place de ce plan d'action et un indicateur de résultats lissé sur plusieurs années.

En conséquence, la déclaration du nombre de SARM est maintenue dans le bilan des activités 2007, sans modification quant à sa définition.

Le référent régional nommé par le directeur de la DRASS veillera au bon déroulement des opérations en liaison avec les DDASS et la cellule infections nosocomiales DGS/DHOS.

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

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,*  
A. PODEUR

*Le directeur général de la santé,*  
D. HOUSSIN

ANNEXE I

CALENDRIER DES ÉTAPES DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES BILANS STANDARDISÉS  
 DES ACTIVITÉS 2007 DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

ACTEURS	ÉTAPES	CALENDRIER 2008
DDASS	Diffusion auprès des établissements de santé de la circulaire et de ses 2 annexes avec lettre de transmission.	Au plus tard le 20 mai 2008.
Établissements de santé	Saisie et validation interne du bilan 2007.	Jusqu'au 27 juin 2008 à minuit (Verrouillage des comptes « utilisateur »).
DDASS (ou DRASS quand le dossier est régionalisé)	Suivi de l'exhaustivité des établissements répondants. Recensement des modifications de la base (regroupement, fermeture, etc.) pour transmission à la cellule infections nosocomiales. Gestion des déclarations du département (région). Validation des données déclarées par les établissements. Corrections. .	Jusqu'au 31 octobre 2008 à minuit (Verrouillage des comptes « administrateur »).
DRASS	Assistance des DDASS et des établissements.  Liaison avec la cellule infections nosocomiales : modifications de la base établissements, divergences sur les résultats de la validation.  Edition d'une synthèse régionale. Exploitation des données de validation..	Avant le 30 novembre 2008..
Ministère de la santé	Assistance des DRASS, DDASS et établissements de santé.  Envoi des résultats provisoires individuels pour information et éventuelles demandes de correction.  Envoi des résultats définitifs individuels. Publication des résultats. .	15 novembre 2008.  20 décembre 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

*Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de la qualité  
et du fonctionnement  
des établissements de santé

Bureau qualité et sécurité  
des soins en établissements de santé

*Direction générale de la santé*

Sous-direction pathologie et santé

Bureau des maladies infectieuses  
et de la politique vaccinale

Cellule infections nosocomiales

## TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2007

### ANNEXE II

#### 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 2007

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) et du score agrégé. 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 nouvelle partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des 4 indicateurs et du score agrégé.

Modifications intervenues par rapport à 2006 :

- la catégorie d'établissements « 6 – Hôpitaux des armées » a été intégrée dans la catégorie « 2-CH-CHG » en accord avec le service de santé des armées ;
- question sur la participation des usagers aux réunions du CLIN (O221) : actualisation de la question avec la réglementation en cours (cotation inchangée) ;
- calcul d'ICATB : suppression de la pénalisation pour les protocoles (ATB3) et listes (ATB4) d'antibiotiques en cas d'absence de réunions de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office (les protocoles et listes sont retenus s'ils ont fait l'objet d'une validation par l'instance ci-dessus même si elle ne s'est pas réunie pendant l'année du bilan) ;
- SURVISO (définition, p. 45) : ajout d'une définition de la « surveillance des infections du site opératoire » ;
- SURVISO (valorisation, p 45) : remplacement du nombre de « services ou secteurs d'activités » par le nombre de « disciplines chirurgicales » (participantes sur nombre total).

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 en 2006 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves 2007 est une actualisation du dossier de preuves 2006.

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

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

## Table des matières

### A. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICALIN

O111: **Projet d'établissement**

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

O121: **Avis sur le programme d'actions**

O122: **Avis sur le rapport d'activité**

O131: **Livret d'accueil**

O133: **Programme de formation en hygiène hospitalière**

O211: **Réunions du CLIN**

O212: **Réunions des groupes de travail du CLIN**

O221: **Représentant des usagers membre du CLIN**

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

O31: **Elaboration d'un programme d'actions**

O32: **Rapport d'activités**

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

M21: **Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels**

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

M31, M32: **Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux**

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

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

A11 (3 À 5): **Autres protocoles prioritaires**

A12 (1 À 10): **Autres protocoles**

A21 (1): **Système de déclaration des accidents d'exposition au sang (AES)**

A21 (2): **Actions de prévention des AES**

A22: **Programme de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR)**

A23: **Enquête d'incidence ou de prévalence**

A24: **Surveillance à partir des données du laboratoire**

A25: **Diffusion des résultats de la surveillance**

A26: **Désignation d'un responsable du signalement**

A31, A32: **Actions d'évaluation**

### B. – CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

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

ATB2: **Existence d'un référent en antibiothérapie**

ATB3A: **Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale**

ATB3B: **Protocole sur l'antibiothérapie de première intention**

ATB4: **Existence de listes d'antibiotiques**

ATB5A: **Connexion informatique**

ATB5B: **Prescription informatisée des médicaments**

ATB6: **Formation des nouveaux prescripteurs**

ATB7: **Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques**

ATB8: **Surveillance de la consommation des antibiotiques**

### C. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICSHA

### D. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À SURVISO

## ANNEXES

Tableau n° 1: Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord

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

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

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

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

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

Tableau n° 7 : Modalités de calcul et de classement DICSHA

Tableau n° 8 : Modalités de calcul du score agrégé

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

A. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICALIN

**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.

2. Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant 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.

*Éléments de preuve*

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

**O212 : réunions des groupes de travail du CLIN**

3. Combien y a-t-il eu 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.

*Éléments 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**

4. 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-ils été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (art. R. 6111-6 du code de la santé publique), même s'ils n'assistent pas aux séances ?  Oui  Non

*Valorisation*

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.

*Éléments 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.

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

CATÉGORIES DE PERSONNEL DANS L'EOHH	NOMBRE D'ETP SPÉCIFIQUEMENT AFFECTÉS À LA LIN
Médecin	□□□, □□□ ETP
Pharmacien	□□□, □□□ ETP
Cadre infirmier	□□□, □□□ ETP
Infirmier non cadre	□□□, □□□ ETP
Technicien biohygiéniste	□□□, □□□ ETP
Secrétaire	□□□, □□□ 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 bio-hygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

*Éléments 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.

**M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux**

Nombre total de services ou de secteurs d'activités □□□□

Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants en hygiène ?

Oui     Non

Si oui, indiquer le nombre de services de soins où est identifié :

- au moins un correspondant médical  services ;
- au moins 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.

#### *Éléments 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.

#### **O111 : Projet d'établissement**

L'établissement a-t-il adopté un projet d'établissement  Oui  Non

Si oui, les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont-ils définis dans le projet d'établissement ?  Oui  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.

#### *Éléments 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-t-il signé avec l'ARH un contrat d'objectifs et de moyens (COM) ou une convention tripartite pour le secteur privé  Oui  Non

Si oui, le COM ou la convention tripartite définit des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales  Oui  Non

#### *Valorisation*

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH ou ayant signé un COM avec l'ARH 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 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).

#### *Éléments 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.).

#### O131 : Livret d'accueil

L'établissement a-t-il publié un livret d'accueil ?  Oui  Non

Si oui, ce livret d'accueil contient-il ou est-il distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement ?  Oui  Non

#### 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 informationsynthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

#### Éléments 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.

#### O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Cette année, un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOHH ?  Oui  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'EOHH.

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'EOHH.

#### Éléments 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 éléments de preuve de l'item O121 (avis des instances).

#### O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a-t-il été :

Soumis à l'avis de la conférence ou commission médicale de l'établissement (CME) ?  Oui  Non

Soumis à l'avis de la commission du service de soins infirmiers (CSSI) (secteur public uniquement) ?  Oui  Non

Soumis pour délibération au Conseil d'administration (CA) (ou équivalent dans le secteur privé) ?  Oui  Non

Transmis, après délibération du CA, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ?  Oui  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) 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) pour les établissements privés ou PSPH.

*Éléments de preuve*

Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA 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.

**O32 : Rapport d'activités**

Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente, a-t-il été élaboré par le CLIN ?  
 Oui  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.

*Éléments de preuve*

Rapport d'activité ou compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté ou éléments de preuve de l'item O122 (avis des instances).

**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 ?  Oui  Non

Soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ?  
 Oui  Non

soumis pour délibération au Conseil d'administration (ou équivalent dans le secteur privé) ?  
 Oui  Non

Transmis, après délibération du CA, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ?  
 Oui  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, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point seront accordés 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, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

*Éléments de preuve*

Compte rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA 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.

**A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR)**

Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ?
--

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---

*Consignes de remplissage*

Répondre OUI si le programme BMR comprend 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 l'existence d'un protocole sur les « Techniques d'isolement » (Protocole n° 8).

*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.

*Éléments 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 » (protocole n° 8).

**A21 (1) : système de déclaration des accidents d'exposition au sang (AES)**

Existe-t-il un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du 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.

*Éléments de preuve*

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée ou rapport AES de l'année.

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

Existe-t-il un protocole de prise en charge en urgence des AES ?	<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.

*Éléments de preuve*

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par la médecine du travail ou le CLIN ou compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

**A21 (2) : Actions de prévention des AES**

L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES cette année ?	<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.

*Éléments 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.

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

L'eau a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année en ce qui concerne :		
	Le réseau d'eau chaude sanitaire ?	<input type="checkbox"/> Oui, 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 été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a été 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.

*Éléments 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'EOHH (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).

**A11 (3 à 5) : Autres protocoles prioritaires**

THÈMES DES PROTOCOLES	PROTOCOLES EXISTANTS
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions « standard »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Sondage 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.

*Valorisation*

Pour chaque protocole, 0 point sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas. Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

*Éléments de preuve*

Protocoles datés et validés par le CLIN ou pour chaque protocole, compterendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

**A12 (1 à 10) : Autres protocoles**

THÈMES DES PROTOCOLES	PROTOCOLES EXISTANTS
5) Dispositifs intra-vasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Techniques d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10) Soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

THÈMES DES PROTOCOLES	PROTOCOLES EXISTANTS
12) Antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) Désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM (endoscopes, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15) Entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16) Elimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17) Circuit du linge	<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.

*Valorisation*

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

*Éléments de preuve*

Protocoles datés et validés par le CLIN ou pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

**A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence**

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

*Valorisation*

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

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

*Éléments 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**

L'établissement dispose-t-il d'un laboratoire de microbiologie ?	<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Externe avec convention <input type="checkbox"/> Non
Si oui, (labo. interne ou externe avec convention) durant l'année, y a-t-il eu une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urologie, hémoculture...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*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.

*Éléments 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-ils 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.

*Éléments de preuve*

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.

**A26 : Désignation d'un responsable du signalement**

1. 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.

*Élément de preuve*

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

**O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière**

1. Un programme de formation en hygiène hospitalière a-t-il été élaboré cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui : Ce programme de formation a-t-il 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.

*Éléments 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.

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

Le CLIN a-t-il 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.

*Éléments de preuve*

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

**M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels**

3. Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a-t-elle 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
	Etudiants (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 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

*Éléments 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.

*Éléments 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.

**A31, A32 : Actions d'évaluation**

Des actions d'évaluation ont-elles été menées l'année ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	Un audit des pratiques (au moins) a-t-il été réalisé dans l'année ?	<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.

*Éléments 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 À ICATB

**Catégories d'établissements concernées**

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

- 11 – HAD ;
- 12 – Hémodialyse ;
- 13 – MECSS ;
- 14 – Ambulatoire ;

Centres de post-cure alcoolique exclusif.

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe VIII).

**ATB1. – Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques**

1. L'établissement a-t-il une instance, propre ou partagée avec d'autres structures, chargée d'impulser et 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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

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.

*Éléments 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**

2. Existe-t-il au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie 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.

*Éléments de preuve*

Acte du représentant légal de l'établissement désignant nommément le référent en antibiothérapie. Ce document doit comporter :

- le nom du référent ;
- et la mention « référent en antibiothérapie ».

**ATB3a. – Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale**

3a. Existe-t-il un ou des protocoles, validés par l'instance ci-dessus, sur l'antibioprophylaxie chirurgicale et basé(s) sur un référentiel reconnu (2) ?	<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.

Répondre Oui au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR, dont la dernière actualisation date à ce jour de 1999 (<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.

*Éléments de preuve*

Protocoles faisant référence aux recommandations de la SFAR, datés et validés 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**

3b. Existe-t-il un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	Est-il celui en vigueur dans le secteur des urgences ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

*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	ÉTABLISSEMENTS AVEC CHIRURGIE		ÉTABLISSEMENTS SANS CHIRURGIE	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b. Protocole antibiothérapie	1	1,5	1,5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
Total	1,5	1,5	2	2

*Éléments 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**

4. Existe-t-il une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	4.1. Dans cette liste, l'instance a-t-elle défini une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	4.1.1. Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont-ils dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures ? (3)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*Valorisation*

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

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

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

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

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

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

*Éléments de preuve*

4. 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.

4.1. 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.

4.1.1. 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**

5a. Existe-t-il 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.

*Éléments 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**

5b. La prescription du médicament est-elle 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.

*Éléments de preuve*

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

**ATB6. – Formation des nouveaux prescripteurs**

6. Ne formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, est-elle 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.

*Éléments 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**

7. Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a-t-elle été réalisée au cours de l'année de ce bilan ?	<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.

*Éléments de preuve*

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

**ATB8. – Surveillance de la consommation des antibiotiques**

8. Existe-t-il une surveillance de la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ? (9)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui	– Résultats annuels (DDJ/1000 JH) selon les niveaux ATC3 :	
	– JO1A - Tétracyclines	_____
	– JO1B - Phénicolés	_____
	– JO1C - Pénicillines	_____
	– JO1D - Céphaslosporines, Monobactams et Carbapénèmes	_____
	– JO1E - Sulfamides et Triméthoprime	_____
	– JO1F - Macrolides et apparentés	_____
	– JO1G - Aminosides	_____
	– JO1M - Fluoroquilones	_____
	– JO1X - Autres antibiotiques dont glycopeptides	_____
	– Total des DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues	_____

*Consignes de remplissage*

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



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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet ([http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab\\_bord/icsha/doc\\_pdf/calcul\\_sha.xls](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/icsha/doc_pdf/calcul_sha.xls)).

#### *Valorisation*

Voir les modalités de calcul de l'indicateur ICSHA à l'annexe VII.

#### *Éléments de preuve*

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

#### D. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

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

- 4 – Etablissements psy ;
- 5 – Hôpitaux locaux ;
- 9 – SSR-SLD ;
- 11 – HAD ;
- 12 – Hémodialyse ;
- 13 – MECSS.

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voire modalités de calcul du score agrégé dans l'annexe VIII).

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, ORL, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ;
- chirurgie urologique.

#### **Surveillance des infections du site opératoire**

VI.2. – Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Si oui, thèmes des enquêtes d'incidence menées	Nombre de disciplines participantes	Enquête réalisée dans le cadre d'un réseau
2. Infections du site opératoire	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> disciplines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### *Consignes de remplissage*

Renseigner les items relatifs au « 2. Infections du site opératoire », s'il existe :

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO basée 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 VIII.

*Éléments 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 mél 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).

ANNEXES

---

- I. – Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN.
- II. – Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements.
- III. – Pondération des items d'ICALIN.
- IV. – Limites des classes de résultats d'ICALIN par catégorie d'établissements.
- V. – Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions.
- VI. – Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements.
- VII. – Modalités de calcul et de classement d'ICSHA.
- VIII. – Modalités de calcul du score agrégé.
- IX. – Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements.

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

<b>Catégories d'établissements</b>	<b>E-D</b>	<b>D-C</b>	<b>C-B</b>	<b>B-A</b>
1 – CHR-CHU	44,30	62,15	80,70	91,10
2 – CH-CHG < à 300 lits	28,32	46,06	70,05	84,65
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	40,49	55,35	75,60	89,20
4 – Etablissements Psy	21,54	38,10	68,50	83,22
5 – Hôpitaux locaux	10,68	26,44	57,69	76,48
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	24,65	43,25	67,70	83,54
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	32,80	48,65	71,30	85,38
9 – SSR-SLD	13,82	34,41	65,83	82,21
10 – CLCC-CANCER	38,87	53,03	74,19	87,55
11 – HAD	16,00	29,17	56,49	72,99
12 – Hémodialyse	23,07	44,27	69,80	83,56
13 - MECSS	26,50	38,25	78,84	84,50
14 - Ambulatoire	30,80	44,56	66,96	74,80

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