SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

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 (PF2)

Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011

NOR : *ETSH1209150C*

Validée par le CNP le 23 mars 2012. – Visa CNP 2012-82.

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 2011 dans les établissements de santé.

Mots clés : bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011, cahier des charges, calendrier des indicateurs, pondération des items, référents risques et infections associées aux soins des ARS.

Références :

Article R. 6111-8 du code de la santé publique (décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins) ;

Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;

Arrêté 20 mars 2012 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe (questionnaire) ;

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

Texte abrogé : circulaire DGOS/PF2 n° 2011-150 du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010.

Annexes :

Annexe I. – Calendrier d'évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Annexe II. – Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2011 de lutte contre les infections nosocomiales.

Annexe III. – Cahier des charges relatif aux items en lien avec les indicateurs définis dans l'arrêté du 6 janvier 2012 avec aide au remplissage et éléments de preuve des données déclarées.

Annexe IV. – Pondération des items.

Annexe V. – Procédures de connexion et de saisie des données.

Annexe VI. – Outils d'aide et modalités de la validation des données déclarées.

Annexe VII. – Présentation du flux des données *(workflow)*.

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

1. **Objectifs du texte**

En application de l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 20 mars 2012 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Cette instruction et ses annexes définissent les modalités pratiques de recueil du bilan d'activité de l'année 2011 et mettent à disposition le cahier des charges des indicateurs ainsi que la pondération des items.

La campagne de recueil 2012 constitue la deuxième année de recueil des items permettant de calculer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, version 2 : ICALIN2 (indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales, version 2), ICSHA2 (indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques, version 2), ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire), ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise des bactéries multirésistantes). Il permet le recueil de l'indice SARM ainsi que de l'indicateur ICATB (indicateur composite de bon usage des antibiotiques) qui ne change pas pour les activités 2011, le plan national d'alerte sur les antibiotiques étant paru fin 2011.

Les établissements de santé ont reçu l'instruction DGOS/PF2 n° 2012-101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ICA-LISO et ICA-BMR) et ont accès à leurs résultats 2010, mis à disposition sur le site de l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

2. **Modalités pratiques de recueil du bilan d'activités de l'année 2011**

a) Établissements de santé

Les établissements doivent se référer à l'arrêté du 20 mars 2012 relatif au bilan annuel d'activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Le recueil des déclarations du bilan standardisé des établissements de santé se fait sur le site Internet sécurisé de l'ATIH sur le lien suivant : http ://bilanlin.atih.sante.fr.

Les modalités de connexion sont décrites en annexe V.

L'attention des établissements est attirée sur la qualité des données déclarées dans la SAE et qui serviront au calcul de certains indicateurs (annexe IV).

La date limite de déclaration est fixée au vendredi 1er juin 2012. Le site bloquera automatiquement les saisies à cette date, mais permettra la consultation des déclarations.

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

b) Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS transmettront aux établissements, au plus tard le lundi 16 avril 2012 :

- la présente circulaire et ses sept annexes ;
- une lettre de transmission qui précisera :
  - l'adresse internet permettant de télécharger différents documents (guide utilisateur, arrêté relatif au bilan standardisé, circulaire et ses annexes) : http ://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html ; le tableau de bord, campagne de recueil 2012 ;
  - les coordonnées de la personne responsable du dossier à l'ARS ou à la délégation territoriale (nom et adresse électronique) ;
  - l'obligation pour l'établissement de santé de mettre à disposition de l'ARS les éléments de preuve définis dans le « cahier des charges » et correspondant aux indicateurs définis dans l'arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

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

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

- apportera son concours à l'ATIH pour valider les changements de la base nationale concernant les établissements de leur région (nouvel établissement, fusion, suppression) ;
- s'assurera de l'exhaustivité des déclarations des établissements de sa région. L'ATIH assurera la relance des établissements n'ayant pas rempli leur bilan ;
- autorisera si nécessaire l'établissement à modifier ses données, après verrouillage de la période de saisie ;
- effectuera pour les établissements de santé de sa région :
  - si nécessaire, les demandes de modifications des données administratives des établissements en lien avec l'ATIH ;
  - la vérification des données, prêtes à être analysées (voir annexe VII : *workflow* et guide de l'utilisateur ARS téléchargeable sur le site de l'ATIH) ;
  - la validation des données du bilan déclarées par les établissements de santé selon la procédure précisée en annexe VI. Son objectif est d'améliorer la fiabilité des données déclarées.

Le « cahier des charges » (annexe III) définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations. Ces éléments ne concernent que les items en lien avec les indicateurs définis dans l'arrêté du 6 janvier 2012.

Le référent « risques et infections associées aux soins » nommé par le directeur général de l'ARS veillera au bon déroulement des opérations.

c) Accès aux données

Les établissements de santé accèdent à leurs propres résultats définitifs sur le site de l'ATIH.

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

Les C-CLIN accèdent aux résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales des établissements de leur interrégion.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,
F.-X. Selleret

ANNEXE I

ÉVOLUTION DES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

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

Trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont généralisés (1) :

– ICALIN2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, version 2. Il remplace ICALIN ;
– ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire. Il remplace SURVISO ;
– ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes. ICA-BMR est un nouvel indicateur.

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

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

ANNEXE II

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

DATES	ACTIONS
Mars 2012	Constitution de la base nationale des établissements de santé par l'ATIH et les ARS concernés par le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales définies par l'article R. 6111-8 du code de la santé publique.
Avril 2012	Publication de l'arrêté et de la circulaire relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2011 (campagne de recueil 2012).
16 avril – 1er juin 2012	Saisie des données par les établissements de santé sur le site dédié bilan LIN (http ://bilanlin.atih.sante.fr).
18, 28 et 30 mai 2012	Envoi d'un message par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011.
4 juin – 21 septembre 2012	Validation des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS et validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans.
1er – 12 octobre 2012	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2011 par l'ATIH.
15 octobre 2012	Envoi d'un message par mail par l'ATIH de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé.
15 octobre au 2 novembre 2012	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS.
Semaine 47 (19 au 23 novembre 2012)	Envoi par mail par l'ATIH de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2011 aux des établissements de santé.
Semaine 47 ou 48 (19 et 30 novembre 2012)	Publication des résultats définitifs.

ANNEXE III

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

Objectif du document

Ce cahier des charges définit les consignes de remplissage, les éléments de preuve de chaque item des données déclarées dans le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales de l'année 2011 (campagne de recueil 2012).

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

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

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Les éléments de preuve réunis lors de la campagne de recueil 2011 peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste, etc.).

Le dossier de preuves de la campagne 2012 est une actualisation du dossier de preuves 2011. 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 6 janvier 2012.

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.

SOMMAIRE

ICALIN2 – INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES – VERSION 2

Politique et implication des instances

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

Information du public et du patient

Signalement des infections nosocomiales

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

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

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

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

Protection du personnel

Hygiène des mains

Précautions standards autres que l'hygiène des mains

Précautions complémentaires

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

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

Surveillances

Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave

ICA-LISO – INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

Équipe opérationnelle d'hygiène

Chirurgiens

Commission ou conférence médicale

Système d'information

Prévention

Actions – Surveillance

Actions – Évaluation des pratiques

ICA-BMR – INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES

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

Moyens d'information

Actions – Prévention

Actions – Surveillance

INDICE SARM *STAPHYLOCOCCUS AUREUNS* RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE

ICSHA2 – INDICATEUR DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES

ICATB – INDICATEUR DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Organisation

Moyens

Actions

ICALIN2 – INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES – VERSION 2

Organisation

Politique et implication des instances

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

Information du public et du patient

Signalement des infections nosocomiales

Moyens

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

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

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

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

Actions

Protection du personnel

Hygiène des mains

Précautions standards autres que l'hygiène des mains

Précautions complémentaires

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

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

Surveillances

Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave

ICA-LISO – INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

Ne concerne que les établissements ayant déclaré au moins une discipline chirurgicale ou obstétricale

Organisation

Moyens

Actions – Prévention

Actions – Surveillance

Actions – Évaluation des pratiques

ICA-BMR – INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

Ne concerne pas les MECSS et les établissements ambulatoires excusifs

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

Moyens d'information

Actions – Prévention

Actions – Surveillance

ICATB – INDICATEUR DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

ICALIN2
INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES – VERSION 2

ICALIN2 - ORGANISATION - O

Politique et implication des instances

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve

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

O12. La CME élabore le programme d'actions

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

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

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve

Il existe une procédure écrite précisant les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.
Si le coordonnateur de la gestion des risques est le praticien en hygiène hospitalière, cette activité doit être spécifiée dans la fiche de poste du praticien en hygiène précisant le temps dédié à l'activité de coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins.

Information du public et du patient

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

☐ Par voie d'affichage : dans le hall d'accueil ; à proximité du bureau des entrées ou des urgences.
☐ Transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil.
☐ Mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé.
☐ Autre.

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

O33. Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale

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

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

Éléments de preuve

La procédure d'information systématique du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale est validée par la CME et par l'EOH.
Cette modalité d'information du patient peut être intégrée à la procédure de signalement interne et externe des infections nosocomiales de l'établissement.

Signalement des infections nosocomiales

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve

Procédures de signalement interne et externe d'infections nosocomiales datées et validées par la commission ou la conférence médicale de l'établissement.

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

O43. Il existe une procédure de gestion de crise formalisée

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

Procédure d'organisation de la gestion de crise datée et validée par le responsable de l'établissement.

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

ICALIN2 - MOYENS - M

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

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

AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ PARTIELLEMENT ☐ NON

Répondre « oui » : si tous les secteurs d'activités ont un correspondant pour l'EOH. Il peut s'agir de correspondants médicaux ou paramédicaux pour l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ils peuvent être correspondants pour d'autres activités (évènements indésirables associés aux soins, hémovigilance...).
Répondre « non » si aucun secteur d'activité n'a de correspondant pour l'EOH.
Répondre « partiellement » dans les autres cas.

Éléments de preuve

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

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve (M21, M22)

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

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

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

☐ OUI ☐ NON

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

Spécificité pour le secteur HAD

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ Pour les étudiants (médicaux et paramédicaux) : l'établissement de santé doit prévoir le rappel des recommandations à appliquer en matière de prévention des infections nosocomiales lors de leur accueil auprès des professionnels de santé des différents secteurs d'activité.

AIDE AU REMPLISSAGE

Pour le nombre d'heures :

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

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

	CATÉGORIES professionnelle	NOMBRE TOTAL de personnels formés	NOMBRE TOTAL d'heures de formation
M 33	Médecins ou pharmaciens, sages-femmes	|_|_|_|	|_|_|_|_|
M 34	Personnels infirmiers	|_|_|_|	|_|_|_|_|
M 35	Autres personnels permanents	|_|_|_|	|_|_|_|_|

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

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

Et

a) Convocations aux formations en hygiène hospitalière ou feuilles de présence aux sessions de formation permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées,

ou

b) Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la formation continue de l'année permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées,

ou

c) Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées.

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

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

☐ OUI ☐ NON ☐ NA

AIDE AU REMPLISSAGE

Les établissements de type « HAD » ne sont pas concernés.

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

Éléments de preuve

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

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

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

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

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

recommandations nationales. Pour répondre à « actualisation ou réalisation dans les cinq dernières années », vous devez prendre en compte les cinq ans avant l'année du bilan inclus (ex. : si le bilan est celui de l'année 2011, on tiendra compte des années 2011, 2010, 2009, 2008, et 2007).

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

ICALIN2 - ACTIONS - A

Protection du personnel

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

L'année du bilan, la procédure de vérification du statut immunitaire du personnel existe vis-à-vis du VHB (hors des situations des AES).

A13. Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe des professionnels de santé l'année du bilan

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve (A13, A14, A15)

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

Hygiène des mains

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

Un rapport daté de l'évaluation.

Précautions standards autres que hygiène des mains

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

Protocole institutionnel, validé et daté.

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

Précautions complémentaires

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

Protocoles institutionnels, validés et datés.

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

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

Éléments de preuve

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

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

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

☐ OUI ☐ PARTIELLEMENT ☐ NON

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

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve (A51 ; A52 ; A53)

Protocoles institutionnels, validés et datés.

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

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

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

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

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

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

☐ OUI ☐ NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :
– la pose en condition d'asepsie ;
– la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
– la surveillance clinique.

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

☐ OUI ☐ NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :
– la pose en condition d'asepsie ;
– la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
– la surveillance clinique.

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

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

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

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

☐ OUI ☐ PARTIELLEMENT ☐ NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :
– le choix de site de pose ;
– la pose en condition d'asepsie chirurgicale ;

– la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
– la surveillance clinique.

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

Éléments de preuve (A54, A55, A56) :

Outils validés et datés.

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

☐ OUI ☐ NON

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

ICALIN2

ACTIONS

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve (A57, A58, A59)

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

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

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

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

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

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

☐ OUI ☐ NON

Si « oui », précisez si :
L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique ou du taux d'empoussièrement l'année du bilan.

☐ OUI ☐ NON

Si « oui », précisez si :

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

Éléments de preuve

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

Surveillances

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES SURVEILLANCES

Ne sont pas prises en compte ici les surveillances faisant l'objet déjà d'une valorisation (infection du site opératoire, BMR, AES).
L'établissement de santé participe à un réseau pour la surveillance. Il peut s'agir du réseau national animé par le RAISIN ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie doit être validée par plusieurs établissements. Celle-ci doit être écrite, préciser les critères d'inclusion, d'exclusion, les définitions des infections et les modalités de calcul du taux d'infection doivent être décrites.
Pour l'enquête de prévalence, la restitution peut être collective à tout l'établissement.
Pour les surveillances, l'envoi d'un rapport commenté par l'EOH est considéré comme une restitution des résultats.
Si l'organisation de l'établissement prévoit que la restitution des résultats se fait à un groupe de travail ou une commission spécifique à la prévention des infections nosocomiales, les points pour la restitution à la CME des résultats sont accordés.

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON

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

Si « oui », précisez :

☐ Tous types d'infections. ☐ Pneumopathies nosocomiales.

☐ Infections urinaires nosocomiales. ☐ Infections sur cathéter. ☐ Bactériémies nosocomiales.
☐ Autres.

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

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

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

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

Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave

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

AIDE AU REMPLISSAGE

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

À titre d'exemple, un événement infectieux grave peut être :
– un décès associé à une infection nosocomiale ;
– une infection profonde du site opératoire ;
– des infections à bactéries multirésistantes ;
– des cas groupés...

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

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

Éléments de preuve

Un document de l'établissement atteste que celui-ci se pose la question de l'analyse approfondie des causes en lien avec le risque infectieux.

Ou rapport d'une analyse approfondie des causes en lien avec le risque infectieux.

Glossaire

AES : accident d'exposition au sang.
ARLIN : antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.
ARS : agence régionale de la santé.
BMR : bactéries multirésistantes.
CCLIN : centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales.
CHSCT : comité technique de sécurité et des conditions de travail.
CME : commission ou conférence médicale d'établissement.
CPOM : contrat d'objectifs et de moyens.
CRUQPEC : commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
CSIRMT : commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
CVC : cathéters veineux centraux.
EOH : équipe opérationnelle d'hygiène.
ETP : équivalent temps plein.
GREPHH : groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière.
HAD : hospitalisation à domicile.
HAS : Haute Autorité de santé.
ISO : infection du site opératoire.

LIN : lutte contre les infections nosocomiales.
PHA : produits hydroalcooliques.
RAISIN : réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales.
SAE : statistique annuelle d'établissement.
VHB : virus de l'hépatite B.

ICA-LISO
INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

ICA-LISO - ORGANISATION - O

Équipe opérationnelle d'hygiène

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

Chirurgiens

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

☐ OUI ☐ NON

Si « oui », préciser le nombre de disciplines participantes.

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

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

Éléments de preuve

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

Commission ou conférence médicale

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

ICA-LISO - MOYENS - M

Système d'information

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve

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

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

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

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

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

L'actualisation d'un protocole n'est pas systématiquement accompagnée d'une évaluation de l'observance de ce protocole. Pour répondre à « Actualisation ou réalisation dans les cinq dernières années » prendre en compte les cinq ans avant l'année du bilan inclus (ex. : si le bilan est celui de l'année 2011, on tiendra compte des années 2011, 2010, 2009, 2008 et 2007).

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

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

Prévention

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve

Outils validés et datés.

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

– respect de la marche en avant ;
– tenue des professionnels dans les secteurs blocs opératoires, blocs obstétricaux ;
– charte de fonctionnement du bloc opératoire ;
– entretien des dispositifs médicaux au bloc opératoire.

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve (LISO8, LISO9)

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

ICA-LISO - ACTIONS - A

Surveillance

AIDE AU REMPLISSAGE

La surveillance est synonyme du calcul d'un taux. Ce taux est constitué d'un numérateur et d'un dénominateur. Le numérateur correspond aux infections du site opératoire (ISO). Le dénominateur est au minimum le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans l'année pour chaque discipline surveillée. Il peut être calculé à partir de données issues du système d'information de l'établissement (PMSI, informatisation du bloc opératoire, logiciels administratifs, etc.).
L'établissement de santé fait partie d'un réseau pour la surveillance des ISO. Il peut s'agir du réseau national (ISO-RAISIN) ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie doit être validée par plusieurs établissements. Celle-ci doit être écrite, préciser les critères d'inclusion, d'exclusion, les définitions des infections du site opératoire et les modalités de calcul du taux des infections du site opératoire.

LISO10. Une surveillance des ISO a été réalisée

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

Présentation des taux d'ISO pour au minimum 100 interventions de la discipline surveillée.

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

LISO13. Les résultats de la surveillance sont rendus aux secteurs d'activité

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

Le compte rendu de la réunion au cours de laquelle les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités ou le rapport commenté par l'EOH.

Évaluation des pratiques

AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve (LISO14, LISO15)

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

Glossaire

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

ICA-BMR
INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

ICA-BMR - ORGANISATION

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

BMRO1. Il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires actualisée dans les cinq ans

☐ OUI ☐ NON

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

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :
☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

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

BMRO2. Il existe une politique de dépistage, en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les cinq ans

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

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :
☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

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

BMRO3. Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

BMRO4. Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

ICA-BMR - MOYENS

Moyens d'information

BMRM11. Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

La transmission d'information peut être papier, informatique, téléphonique.
L'établissement fournit un exemple de traçabilité de cette transmission d'information.

BMRM12. L'information du patient sur le fait qu'il est porteur de BMR est faite systématiquement

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

BMRM13. Il existe une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé dans les cinq ans

☐ OUI ☐ NON

Répondre « oui » seulement s'il existe une procédure d'information dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans et comportant les trois éléments.

☐ Lors de transfert interétablissement.
☐ En intraétablissement.
☐ En cas de réadmission.

Si « oui », préciser l'année d'actualisation du protocole :
☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

Protocole ou procédure validé et daté prévoyant les trois situations :
– le transfert dans le même établissement (entre secteurs d'activités, services, vers les services médico-techniques) ;
– vers un autre établissement (sanitaire ou médico-social) ;
– et en cas de réadmission d'un patient connu pour être colonisé ou infecté par une bactérie multirésistante.

ICA-BMR - ACTIONS

Prévention

BMRA11. Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées

☐ OUI ☐ NON

Répondre « oui » seulement si la traçabilité est assurée.

Éléments de preuve

Procédure de vérification par l'EOH de la mise en place des précautions recommandées lors d'une colonisation ou d'infection d'un patient par une BMR datée et validée par l'EOH.
La vérification par l'EOH peut se faire par un mail demandant si les recommandations ont été mises en place, par téléphone, par un déplacement de l'EOH. Le protocole doit préciser ces modalités de vérification. La traçabilité de cette vérification doit être assurée.
L'établissement de santé présente un exemple de la traçabilité assurée pour vérifier si les recommandations en cas de colonisation ou d'infection par une BMR d'un patient sont mises en place.

Surveillance

AIDE AU REMPLISSAGE

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

BMRA21. Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

Présentation du taux de BMR.

BMRA22. La surveillance des BMR est faite en réseau

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

BMRA23. Les résultats sont restitués aux secteurs d'activités

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

INDICE SARM

(*Staphylococcus aureaus* résitant à la méticilline)

AIDE AU REMPLISSAGE POUR L'INDICE SARM

a) Établissements de santé concernés :

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

Ainsi, cet indice triennal est calculé pour :

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

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

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

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

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

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

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

c) Sont incluses les souches de SARM :

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

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

d) Sont exclues les souches de SARM isolée 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...).

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 : I__I__I__I__I

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

Éléments de preuve

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

ICSHA2
INDICATEUR DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES

Volume de solutions ou de gels hydroalcooliques commandés par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (convertis en litres) : I__I__I__I__I, I__I__I

AIDE AU REMPLISSAGE

Ne concerne pas les centres de post cure alcoolique exclusifs et les MECSS.
Comptabiliser les quantités achetées au cours de l'année par la pharmacie à usage interne et/ou le service économique ou chargé des achats de l'établissement au cours de l'année.
Ne pas compter les consommations des établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS, maison de retraite...) gérés par l'établissement.
Le volume de produits hydro alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul pour 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversation en litres, il est possible de s'aider de l'outil disponible sur le site internet : http://www.sante-sport.gouv.frIMG/xls/outils_calcul_sha.xls

Éléments de preuve

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

ICATB
INDICATEUR DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Ne concerne pas les HAD, l'hémodialyse, les MECSS, l'ambulatoire et les centres de postcure alcoolique exclusifs.

ORGANISATION

AIDE AU REMPLISSAGE

Existence de l'instance : il existe une instance dont la composition est disponible et qui est officiellement chargée, par le responsable légal de l'établissement ou le président d'une autre instance dont elle est l'émanation, du bon usage des antibiotiques.
Nombre de réunions : compter les réunions effectives de instance quand elle a une existence autonome ou, dans les petits établissements, le nombre de réunions d'une commission au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques de l'établissement.

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

☐ OUI ☐ NON

Si « oui », préciser le nombre de réunions de cette instance l'année du bilan : I__I__I__I

Éléments de preuve

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

MOYENS

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

☐ OUI ☐ NON

Si « oui », quelle est sa discipline ? (1)

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

AIDE AU REMPLISSAGE

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

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ PARTIELLEMENT ☐ NON

AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

La prescription informatisée est totale, si elle concerne tous les secteurs d'activités.

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

Éléments de preuve

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

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

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

ACTIONS

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ 2011 ☐ 2010 ☐ 2009 ☐ 2008 ☐ 2007 ☐ avant 2007

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

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

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

☐ OUI ☐ NON ☐ NA

Éléments de preuve

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

ATBA1. Il existe une liste des antibiotiques disponible dans l'établissement

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

Liste des antibiotiques disponibles : liste validée par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office ou compte rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste.
Liste des antibiotiques à dispensation contrôlée : liste avec définition des critères de prescription portant une validation par la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office ou compte rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste et des critères de prescription.
Durée limitée : il existe un support de prescription nominatif transmis à la PUI (pharmacie à usage interne) avec une durée limitée à 72 heures maximum pour les antibiotiques à dispensation contrôlée.

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

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

☐ OUI ☐ NON

Éléments de preuve

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

ANNEXE IV

RÉPARTITION DES POINTS ATTRIBUÉS POUR LE CALCUL DES INDICATEURS ICALIN 2, ICA-LISO ICA-BMR, ICATB, SARM, ICSHS2, CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS ET SCORE AGRÉGÉ

Le document explicite la pondération de chaque item servant au calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales selon l'arrêté du 6 janvier 2012.

Les items sont extraits des réponses des établissements au questionnaire relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2011 et des données de la SAE 2011.

PONDÉRATION ICALIN.2 – ORGANISATION

Items		ICALIN 2 - ORGANISATION	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets
Politique et Implication des instances	011	Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les IN existent dans l'établissement de santé	100	20	6	2	2,5	*	*
	O12	La CME élabore le programme d'actions				1,5	2	*	*
	O13	La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico- technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	0 (NA)[1]	*	*
	O14	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	1	*	*
	O15	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information				0,5	0,5	*	*
EOH	O21	L'EOH assiste la CME en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans la proposition du programme d'actions en matière de lutte contre les IN			4	2	2	*	*
	O22	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées				2	2	*	*
Information des usagers et du patient	O31	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales			4	1	1	*	*
	O32	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil				1	1	*	*
	O33	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale				2	2	*	*
Signalement	O41	Il existe une procédure de signalement **interne et externe** d'infection nosocomiale			6	3	3	*	*
	O42	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN				1	1	*	*
	O43	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée				2	2	*	*

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

PONDÉRATION ICALIN.2 – MOYEN

Items		ICALIN 2 - MOYENS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD *	NA pour Ets
Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH[2]			20	8	8	*	
	M12	Respect des ratios en personnel para médical IDE de l'EOH[3]				8	8	*	
	M13	Il existe un temps de secrétariat dédié				1,5	1,5	*	
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités [4]				2,5	2,5	*	
Matériel	M21	L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés			2	1	1	*	
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés				1	1	*	
Formation du personnel	M31	Il existe une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants ou pour le secteur HAD la convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière		30	8	2	2	3	3
	M32	Il existe une formation pour les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres…)				1	1	1	0 (NA)[5]
	M33	Au moins 25 % du personnel médical[6] a bénéficié d'une formation validée par l'EOH				1	1	1.5	1
	M34	Au moins 25 % du personnel infirmier[7] a bénéficié d'une formation validée par l'EOH				1	1	1.5	1
	M35	Il existe une formation pour les autres personnels permanents (au moins 1 personne formée)				1	1	1	1
	M36	Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques				2	2	0 (NA[8])	2

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

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

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

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

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

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

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

PONDÉRATION ICALIN.2 – ACTIONS

Items		ICALIN 2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets	MECSS Et autodialyse et dia à domicile CPA[9]
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années		50	4 (6 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	*	*	1.5
	A12	Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B)				0,5	0,5	*	*	1
	A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe				1	1	*	*	2
	A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole				1	1	*	*	1
	A15	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche				0,5	0,5	*	*	0.5
Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années			6 (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	*	1.5	4.5[10] (MECCS et CPA 5)
	A22	Le suivi de la consommation en solutions ou gels hydro-alcooliques fait l'objet d'une rétro-information par secteurs d'activités au moins une fois par an				1,5	1,5	*	*	1.5 (MECSS et CPA O (NA)[11]
	A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années				3,5	3,5	*	4.5	4[12] (MECCS et CPA 5)
Les précautions standard[13]	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard			3 (4 pour HAD, les NA, pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	*	1.5	2
	A32	Une évaluation des pratiques relative aux précautions « standard » autres que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans				2	2	3	2.5	2
Les précautions complémentaires	A41	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »			6 (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	*	*	2
	A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes»				1	1	*	*	2
	A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années				2	2	*	*	3
	A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes» a été faite dans les 5 dernières années				2	2	*	*	3

[9] CPA : centre de cure post-alcoolique
[10] Pour les MECSS et les CPA : 5 points sont accordés à l'item A 21
[11] Les MECSS et les CPA sont non concernés, le 1,5 est redistribué en A 21 et A 23
[12] Pour les MECSS et les CPA: 5 points sont accordés pour l'item A 23
[13] Précautions standard autre que l'hygiène des mains

PONDÉRATION ICALIN.2 – ACTIONS *(suite)*

Items		ICALIN 2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets	MECSS Et autodialyse et dia à domicile CPA
La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	Il existe un protocole associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde actualisé dans les 5 dernières années			17 (19 pour HAD, 16 pour NA, O pour MECSS, autodialyse, dia à domicile et CPA)[14]	1	1	*	*	0
	A52	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés actualisé dans les 5 dernières années				1	1	*	2	0
	A53	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable actualisé dans les 5 dernières années				1	1	*	0 (NA) [15]	0
	A54	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire				1	1	*	*	0
	A55	Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique ou sur chambre implantable ou sur des dispositifs sous-cutanés dans les 5 dernières années				1	1	2	1	0
	A56	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux				2	2	*	0 (NA) [16]	0
	A57	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les 5 dernières années				4	4	*	*	0
	A58	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires ou de prévention de l'infection sur dispositif sous-cutané a été réalisée dans les 5 dernières années				4	4	5	5	0
	A59	Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les 5 dernières années.				2	2	*	*	0

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

[15] Le point est redistribué en A31 et A32

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

PONDÉRATION ICALIN.2 – ACTIONS *(suite)*

Items		ICALIN 2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS Et autodialyse et dia à domicile CPA
Environnement	A60	Il existe une démarche de prévention lié à l'environnement (eau, air)			3[17] (0 pour HAD, 4 pour MECSS autodia, dia à domicile et CPA)	3	3	0 (NA)[18]	*	4
Surveillance	A71	Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail			7 (10 pour MECSS autodialyse et dialyse à domicile et CPA)	0,5	0,5	*	*	1
	A72	Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR, AES)				2,5	2,5	*	*	3
	A73	Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau				1	1	*	*	1
	A74	Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR; AES) ont été rendus à tous les services participants				2	2	*	*	3
	A75	Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR, AES) sont présentés en CME				1	1	*	*	2
Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave	A8	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave			4 (6 pour MECSS autodialyse et dial à domicile et CPA)	4	4	*	*	6

[17] Plusieurs cas :
- Pour les établissements ayant répondu « oui » à la question « il existe un traitement d'air maîtrisé dans l'établissement » et qui sont non concernés par l'indicateur ICA-LISO, les 3 points sont accordés si l'établissement répond à tous les critères eau et air
- Pour les établissements de santé concernés par ICA-LISO, la maintenance de l'air est valorisée dans l'indicateur ICA-LISO. les 3 ou 4 points de l'item A.6 sont alors accordés pour la maintenance de l'eau chaude sanitaire si l'établissement répond à tous les critères eau
- Pour les établissements HAD, non concernés par l'environnement, les 3 points sont ventilés vers les items A55, A58, et A32

[18] Les points de A 6 sont redistribués en A 32, A 55 et A 58

PONDÉRATION ICA-LISO

items		ICA-LISO		Total	N1	N2	N3
Organisation	EOH	LISO.1	L'EOH est destinataire des données de la surveillance	100	16	16	4
	Chirurgiens	LISO.2[19]	Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des infections du site opératoire				8
	CME	LISO. 3	Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME au moins une fois par an				4
Moyens	Système d'information	LISO.4[20]	Le suivi des infections du site opératoire se fait en utilisant le système d'information hospitalier		10	10	10
Actions	**Prévention**	LISO.5	Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire		74	20	4
		LISO 6	Il existe un protocole relatif à l'hygiène au bloc opératoire actualisé dans les 5 dernières années				4
		LISO.7[21]	Il existe une maintenance préventive de l'air au bloc opératoire				4
		LISO.8	Il existe un protocole de préparation cutanée de l'opéré actualisé dans les 5 dernières années				4
		LISO.9	Il existe un protocole d'antibioprophylaxie actualisé dans les 5 dernières années				4
	Surveillance	LISO.10[22]	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance			30	16
		LISO.11	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau				6
		LISO.12	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire et/ou bloc obstétrical				4
		LISO.13	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité participants				4
	Évaluation des pratiques	LISO.14	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années			24	12
		LISO.15	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années				12

[19] Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des ISO dans :
- 100 % des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 8 points
- Entre 75 % et 99 % des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 6 points
- Entre 50% et 74 % des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 4 points
- Dans au moins une discipline chirurgicale ou obstétricale mais moins de 50 % strictement de disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 2 points

[20] Sont accordés :
- 10 points aux établissements de santé ayant répondu « oui »
- 5 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement »

[21] Sont accordés :
- 4 points aux établissements pour lesquels il existe une maintenance préventive du bloc opératoire, du bloc obstétrical et une surveillance de l'empoussièrement de la qualité de l'air (ou une surveillance microbiologique de l'air avec un seuil d'alerte défini)
- 2 points aux établissements de santé pour lesquels il existe

a) soit une maintenance préventive,
b) soit une surveillance microbiologique ou une surveillance du taux d'empoussièrement de la qualité de l'air au bloc opératoire, bloc obstétrical avec un seuil d'alerte défini.

- 0 point aux établissements de santé n'ayant pas de maintenance préventive ou de contrôles (pas de contrôles ou ayant des contrôles sans seuil d'alerte défini)

[22] Sont accordés :
- 16 points si toutes les disciplines sont surveillées
- 12 points : ≥ 75 % et ? 100 % des disciplines
- 8 points : entre ≥ 50 % et?75 % des disciplines
- 4 points : < 50 % des disciplines et au moins une discipline
- 0 point est accordé si l'établissement de santé n'a pas mis en place un système de surveillance pour au moins une discipline chirurgicale ou obstétricale.

BMR

Items		ICA- BMR		total	N1	N2	N0
Organisation	Politique de maîtrise des BMR	BMR - O1	Il existe un protocole avec une liste de les bactéries multi-résistantes prioritaires actualisée dans les 5 dernières années	100	32	32	8
		BMR – O2	Il existe une politique de dépistage en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les 5 dernières années				8
		BMR – O3	Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux				8
		BMR – O4	Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME				8
Moyens	D'informations	BMR - M11	Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités, et l'EOH		28	28	16
		BMR - M12	L'information du patient sur la colonisation de BMR est faite systématiquement				4
		BMR - M13	Il existe un/ ou des protocole(s) d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé(s) dans les 5 dernières années				8
Actions	Prévention A.1	BMR - A11	Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées		40	16	16
	Surveillance A.2	BMR - A21	Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR			24	10
		BMR - A22	La surveillance des BMR est faite en réseau				6
		BMR - A23	Les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités				8

CALCUL DE L'INDICE SARM

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2009, 2010 et 2011 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2009, 2010 et 2011}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2009, 2010 et 2011}}$$

CLASSES DE PERFORMANCE DE L'INDICE SARM

Ces limites de classes, calculées sur l'indice triennal 2005-2007, sont appliquées à l'indice triennal 2009-2011.

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

CATÉGORIES	P10	P30	P70	P90
CHR-CHU	0,321	0,472	0,662	0,812
CH INF 300 lits et places	0,219	0,394	0,705	0,990
CH SUP 300 lits et places	0,318	0,435	0,729	1,007

CATÉGORIES	P10	P30	P70	P90
Ex hôpital local	0,068	0,139	0,309	0,511
Clinique MCO	0,110	0,239	0,547	0,911
SSR-SLD	0,072	0,152	0,360	0,749

NB. – Les CLCC sont trop peu nombreux pour que cinq classes aient une signification.

ÉVOLUTION DE TENDANCE DES TAUX ANNUELS DE SARM DE 2006 À 2010

L'analyse de l'évolution sur plusieurs années du taux annuels de 2006 à 2010 est le reflet de la politique de l'établissement pour lutter contre cette bactérie multirésistante.

Selon les conclusions de l'InVS en septembre 2009, la méthode statistique utilisée pour étudier l'évolution de tendance des taux annuel de SARM de 2006 à 2011 est le test du chi2 de tendance de Cochran-Armitage. Ce test permet d'appréhender la tendance observée du taux annuel de SARM sur plusieurs années (2006 à 2011). L'évolution de tendance permet à l'établissement de se comparer à lui-même au cours des années.

Cette tendance n'est pas calculable pour les établissements non concernés par le taux triennal de SARM, ni pour les établissements pour lesquels pour une ou plusieurs années des données sont manquantes ou lorsque le nombre de journées d'hospitalisation entre 2006 et 2011 est $<$ 180 000 journées d'hospitalisation.

ICSHA 2

Calcul de l'indicateur :

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

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

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

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

SPÉCIALITÉS	NOMBRE
Médecine	7
Chirurgie	9
Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la médecine-chirurgie)	40
USI-USC (frictions supplémentaires par rapport à la médecine-chirurgie)	14
Obstétrique	10
Soins de suite et réadaptation fonctionnelle	6
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	8
HAD (par jour)	3
Urgences (par passage)	2
Hôpital de jour de médecine	2
Hôpital de jour de chirurgie	1,5
Hôpital de jour d'obstétrique	2,5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et réadaptation fonctionnelle	1,5
Bloc chirurgical (1 par entrée en service de chirurgie et par entrée en HDJ)	4
Accouchement sans césarienne	7
Accouchement avec césarienne	4
Séance de chimiothérapie	2,5

En 2011, 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 :

Tableau n° 2 : calcul de l'objectif personnalisé de consommation

VARIABLES	RÉSULTATS PAR SPÉCIALITÉ	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 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.

Catégories d'établissements concernées :

L'ICSHA concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :
– MECSS ;
– centres de postcure alcoolique.

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

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

L'indicateur ICSHA.2 se calcule à partir des journées d'hospitalisation par discipline. Les établissements fournissent déjà ces données dans la statistique annuelle des établissements (SAE), l'ATIH utilise ces données.

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'ICSHA.2.

Le score ICSHA.2 sera classé « F » lorsque les données de la SAE ne seront pas présentes.

Journées d'hospitalisation prises en compte au dénominateur d'ICSHA.2 :

Il est pris en compte (selon définitions des bordereaux SAE) :
– hospitalisation complète et de semaine : les journées réalisées en médecine, en chirurgie, en gynécologie-obstétrique, en soins de suite (SS), en réadaptation (SR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;
– les journées d'hospitalisation de jour en médecine, en chirurgie, en obstétrique, et en réadaptation ;
– les séances de chimiothérapie sont prises en compte ;
– les passages en accueil des urgences ;
– 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 ;
  – les autres techniques d'épuration extrarénale ;
  – la dialyse réservée aux vacanciers.

Les bordereaux de la SAE pris en compte pour le calcul de cet indicateur.

Clase de performance l'ICSHA.2 : pourcentage du volume commandé (numérateur) par rapport à l'objectif personnalisé (dénominateur) :

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

Indice composite de bon usage des antibiotiques

Items		ICATB		Total	N1	N2	N0
Organisation	Organisation de la politique	ATB01[23]	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)	20 X 5 = 100	20	20	20
Moyens	Humains	ATBM2	Il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement		40	20	20
	Connexion informatique	ATBM5a	Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie			15	5
		ATBM5b[24]	L'information de la prescription du médicament est informatisée				10
	Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques			5	5
Actions	Prévention A.1	ATBA3a[25]	un protocole d'antibioprophylaxie validés par l'instance (NA si l'Es n'a pas de chirurgie		10	10	10
		ATBA3b	Il existe un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections[26]				
		ATBA4a	Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement		30	5	1,25
		ATBA4b	Si oui, Il existe une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée				2,5
		ATBA4c	Si oui, les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures				1,25
	Surveillance A.2	ATBA8	Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ)			12,5	12,5
	Evaluation A-3	ATBA7	Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année du bilan			12,5	12,5

[23] Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point, deux réunions par an = 2 points, supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points

[24] Prescription du médicament informatisé : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point, informatisation totale = 2 points

25 et 26

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

Catégories d'établissements

INTITULÉ des catégories d'établissement	DÉFINITIONS
CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux – centres hospitaliers universitaires
CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux Établissements pluridisciplinaires publics Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale Hôpitaux des armées
Établissements psy	Établissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/– du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
Établissements locaux	Ex hôpitaux locaux publics Établissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines Établissements MCO PSPH par concession sous OQN
SSR-SLD	Établissements dont les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins de longue durée représentent strictement plus de 80 % du total de ses lits et places.
CLCC-CANCER	Établissements classés centre de lutte contre le cancer
HAD	Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant (> 80 % de leurs activités en lits et places)
Hémodialyse	Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places.
MECSS	Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)

Indicateurs par catégories d'établissements

CATÉGORIES (année de l'étalonnage)	ICALIN.2 (2011)	ICSHA.2 (2010)	ICATB (2006)	ICA-BMR (2011)	ICA-LISO (2011)
CHR-CHU	+	+	+	+	+
CH-CHG < 300 lits et places	+	+	+	+	+/–
CH-CHG ≥ 300 lits et places	+	+	+	+	+/–
Établissements psy	+	+	+	+	
Hôpitaux locaux	+	+	+	+	
Cliniques MCO < 100 lits et places	+	+	+	+	+/–
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	+	+	+	+	+/–
SSR-SLD	+	+	+	+	
CLCC-CANCER	+	+	+	+	+/–
HAD	+	+		+	
Hémodialyse	+	+		+	
MECSS	+				
Centre de postcure alcoolique exclusif	+				
Ambulatoire	+	+			+/–

Les limites des classes de performance seront disponibles sur le site du ministère de la santé ultérieurement.

Modalités de calcul du score agrégé

Répartition du score agrégé lorsque tous les indicateurs sont présents pour l'ES : ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB, ICA-BMR et ICA-LISO.

Score agrégé =
(ICALIN.2*0,35) + (ICSHA.2*0,20) + (ICATB*0,20) + (ICA-BMR*0,10) + ICA-LISO*0,15)

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB et ICA-BMR.
Score agrégé =
(ICALIN.2*0,41) + (ICSHA.2*0,235) + (ICATB*0,235) + (ICA-BMR*0,12)

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN.2, ICSHA.2 et ICA-BMR.
Score agrégé =
(ICALIN.2*0,54) + (ICSHA.2*0,31) + (ICA-BMR*0,15)

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN.2, ICSHA.2 et ICA-LISO.
Score agrégé =
(ICALIN.2*0,50 + (ICSHA.2*0,29) + (ICA-LISO*0,21)

Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN.2 et ICSHA.2.
Score agrégé =
(ICALIN.2*0,64) + (ICSHA.2*0,36)

Répartition du score agrégé avec le seul indicateur : ICALIN.2.
Score agrégé = ICALIN.2

ANNEXE V

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

I. – GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU RÉGIONAL

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

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

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

Deux possibilités :

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

Un « Contrôleur » pourra valider les données d'un établissement... Un « Lecteur » ne pourra que visualiser les données.

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

1. **La personne a déjà un compte PLAGE**

Un administrateur dans le domaine administration doit attribuer le rôle de « Contrôleur » ou de « Lecteur ».

Seul un administrateur dans le domaine administration peut le faire.

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

– aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre région] ;
– effectuer une recherche par nom ou par Id. Puis sélectionner l'utilisateur concerné ;
– dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher Attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
– dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Contrôleur » ou « Lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
– pour valider ces modifications, l'administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur.

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

2. **La personne n'a pas de compte PLAGE**

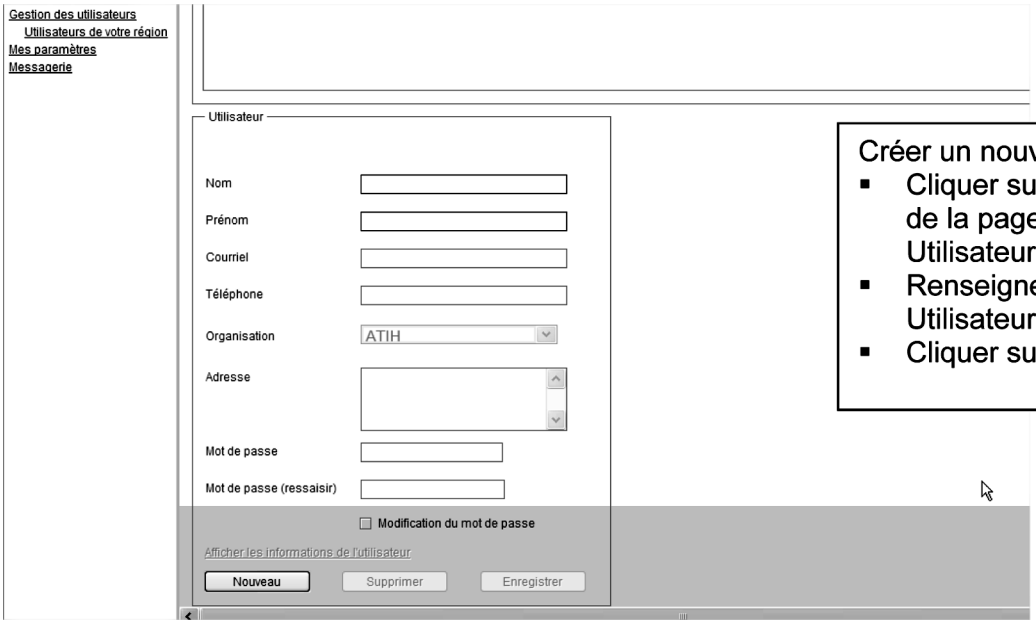
Pour que cette personne puisse se connecter, un Administrateur dans le domaine administration doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle de « Contrôleur » ou de « Lecteur ».

Pour cela l'Administrateur doit se connecter à http://pasrel.atih.sante.fr/plage/ (PLAGE) puis :

– aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre région] ;
– cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur). Renseigner les informations Utilisateur puis Enregistrer ;
– rechercher l'utilisateur à partir de son nom dans les critères de recherche. Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste ;
– dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher Attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
– dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Contrôleur » ou « Lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
– pour valider ces modifications, l'administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur.

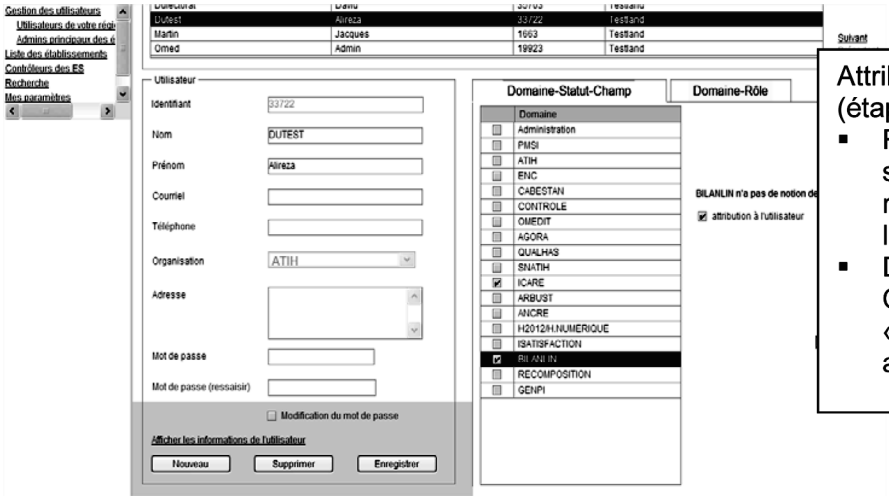
Important : la sélection d'un Domaine, fait apparaître l'élément sélectionné en bleu foncé. Vous ne pouvez pas cocher directement un domaine. Pour cocher certains éléments, vous devez cliquer sur l'intitulé du texte.

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



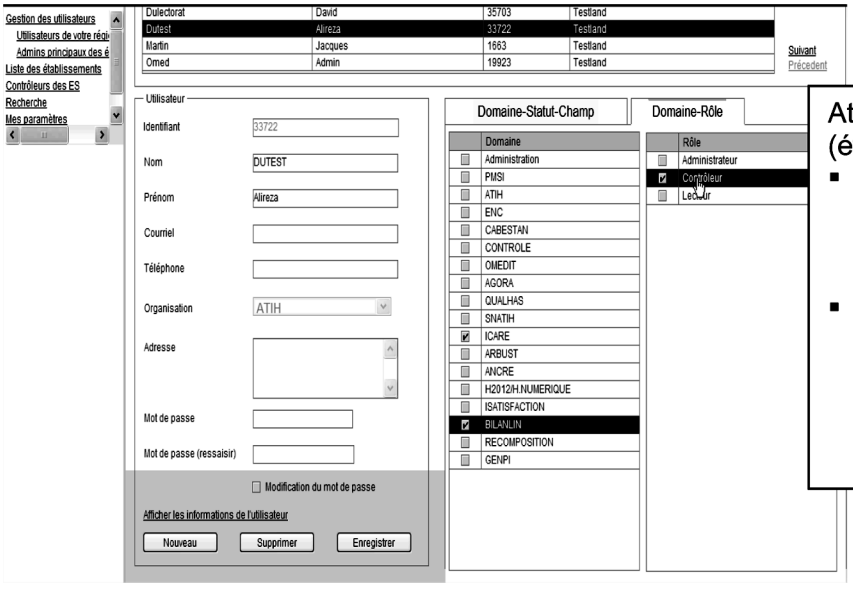
Créer un nouveau compte :

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



Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1)

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



Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

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

Glossaire

PLAGE : acronyme de PLAte-forme de GEstion pour l'accès des services en ligne.

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

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

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

Statut : ex-DGF/ex-OQN.

Champ : MCO/SSR/PSY/HAD.

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

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

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

II – GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ÉTABLISSEMENTS

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

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

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

Deux possibilités :

– l'utilisateur est déjà titulaire d'un compte PLAGE : un administrateur dans le domaine administration (souvent le DIM) doit attribuer à cette personne le rôle de « Gestionnaire de fichier » ou de « Lecteur » dans le domaine « BILANLIN » ;
– l'utilisateur n'est pas titulaire d'un compte PLAGE : un administrateur dans le domaine administration (souvent le DIM) doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle « Gestionnaire de fichier » ou de « Lecteur » dans le domaine « BILANLIN ».

Un « Gestionnaire de fichier » pourra saisir les données, télécharger les fichiers et transmettre les fichiers. Un« Lecteur » ne pourra que visualiser les données et télécharger les fichiers.

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

3. **La personne a déjà un compte PLAGE**

Un administrateur dans le domaine administration doit attribuer le rôle de « Gestionnaire de fichiers » ou de « Lecteur ».

Seul un administrateur dans le domaine administration peut le faire.

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

– aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement] ;
– effectuer une recherche par nom ou par Id. Puis sélectionner l'utilisateur concerné ;
– dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher Attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
– dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Gestionnaire des fichiers » ou « Lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
– pour valider ces modifications, l'administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur.

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

4. **La personne n'a pas de compte PLAGE**

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

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

– aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement] ;

– cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur). Renseigner les informations Utilisateur puis Enregistrer ;

– rechercher l'utilisateur à partir de son nom dans les critères de recherche. Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste ;

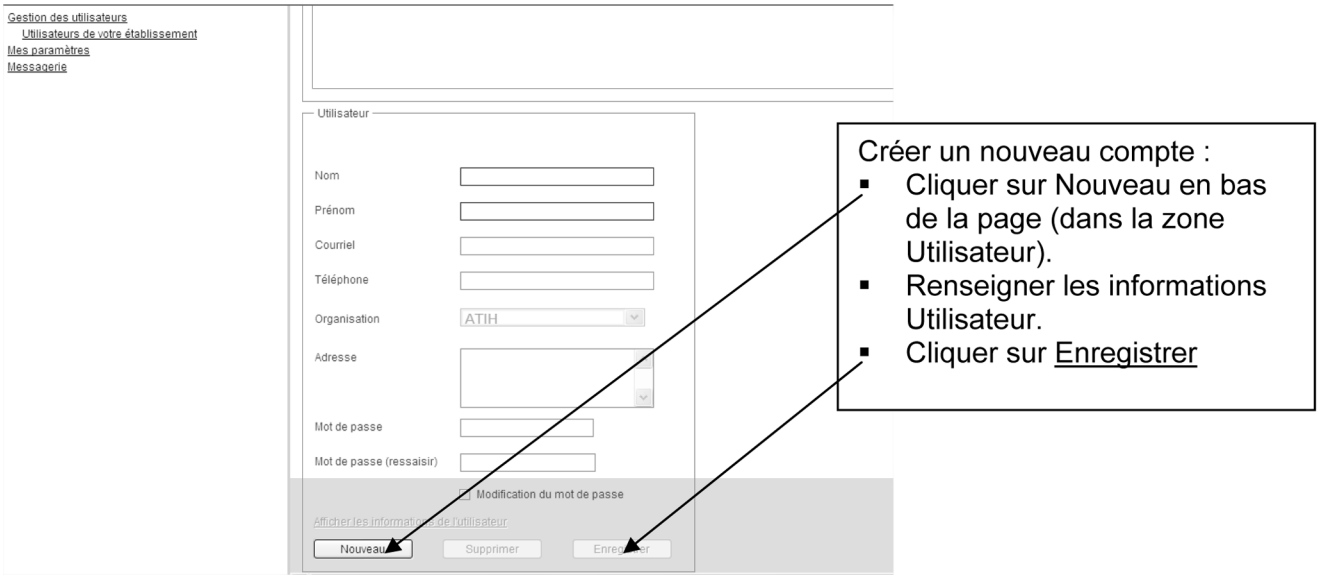
– dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher Attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;

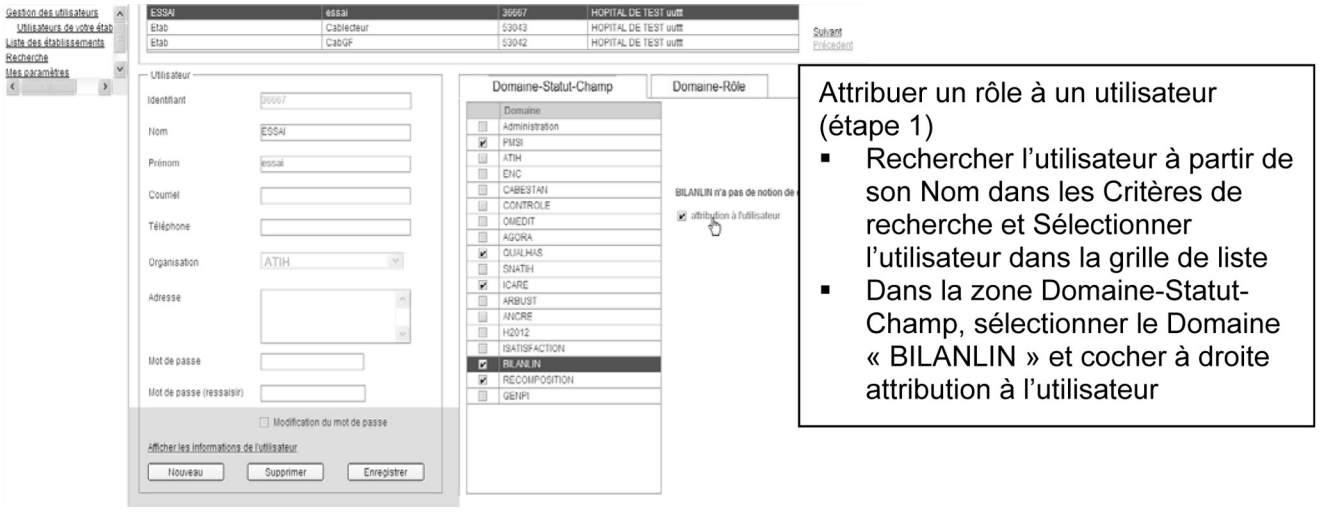
– dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Gestionnaire des fichiers » ou « Lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;

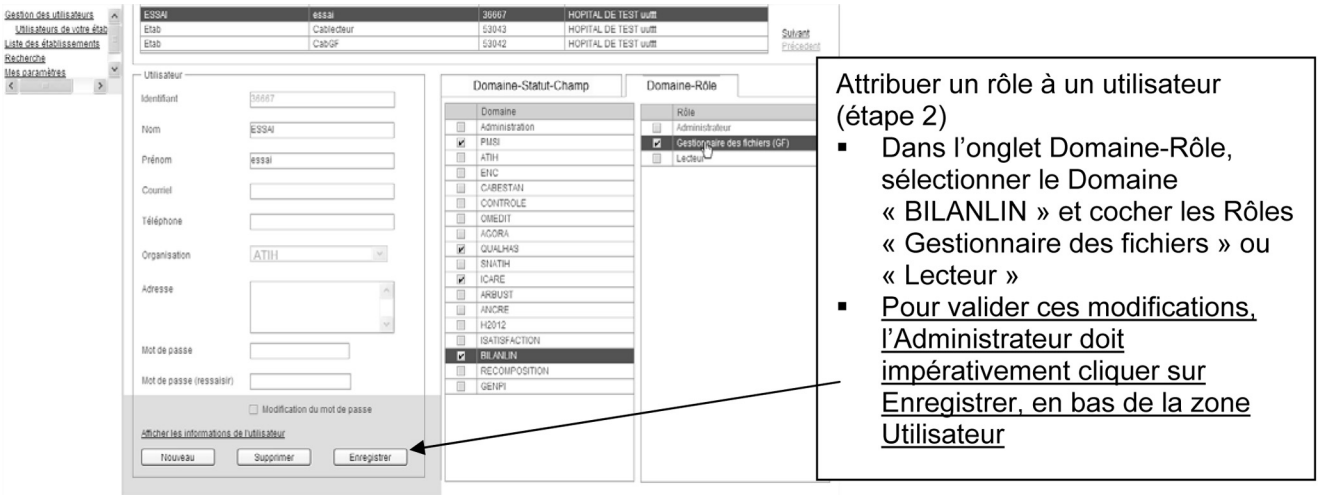
– pour valider ces modifications, l'administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur.

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

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







Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

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

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

Glossaire

PLAGE : acronyme de PLAte-forme de GEstion pour l'accès des services en ligne.

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

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

Domaine : ce terme peut correspondre à la fois à certaines applications (PMSI, AGORA, ICARE, ANCRE, ISTATISFACTION, BILANLIN...) ou bien à des fonctions (Administration, Contrôle...). Il s'agit, donc, de Domaine Applicatifs et Fonctionnels.

Statut : ex-DGF/ex-OQN.

Champ : MCO/SSR/PSY/HAD.

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

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

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

ANNEXE VI

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 2011 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 6 janvier 2012 (tableau de bord des infections nosocomiales 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 21 septembre 2012. 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 « risques et infections associées aux soins » de l'ARS 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.

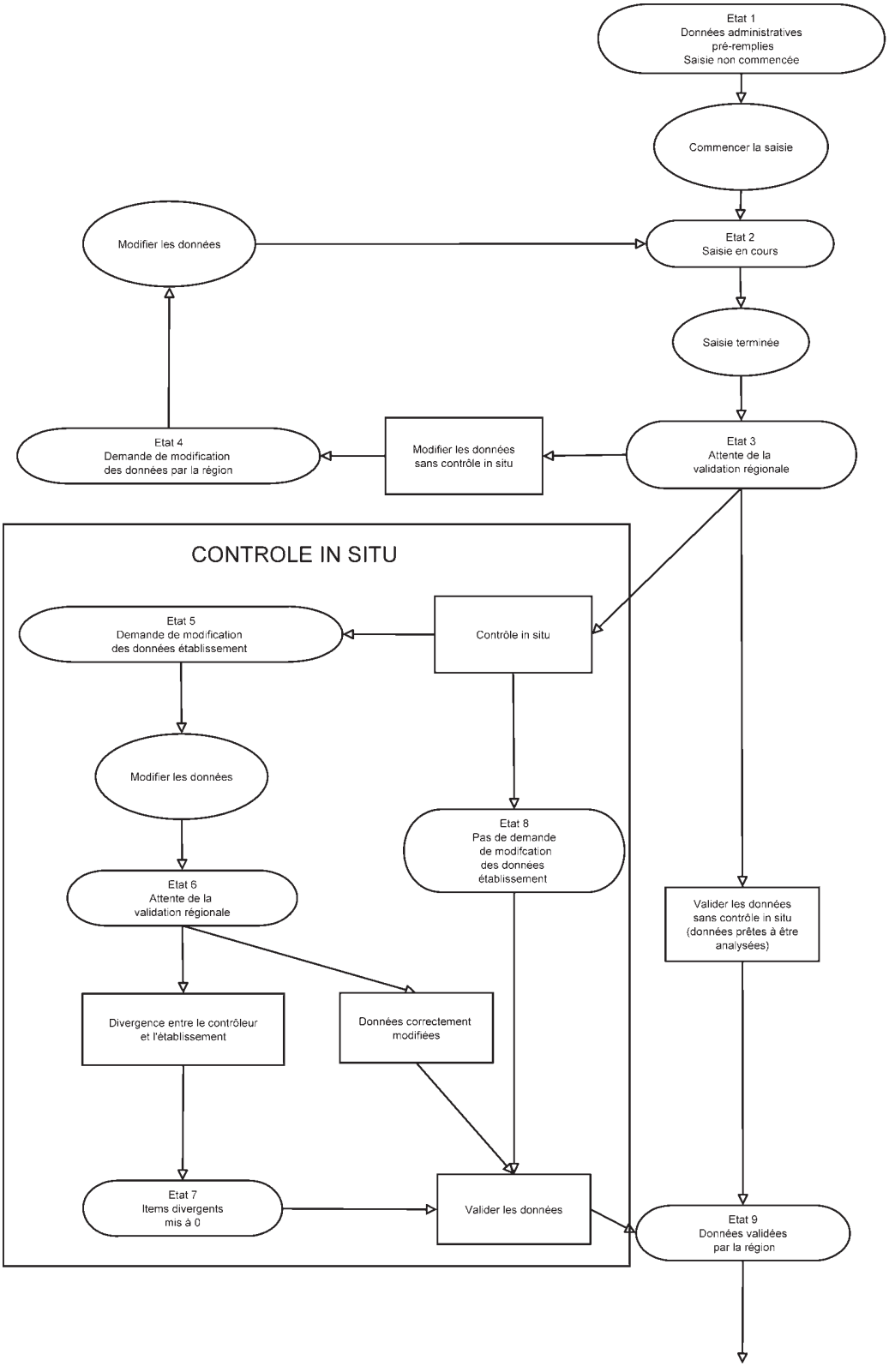
Si l'établissement approuve le constat de la validation, les corrections seront apportées par l'établissement directement sur le site Internet. L'ARS validera ensuite ces corrections.

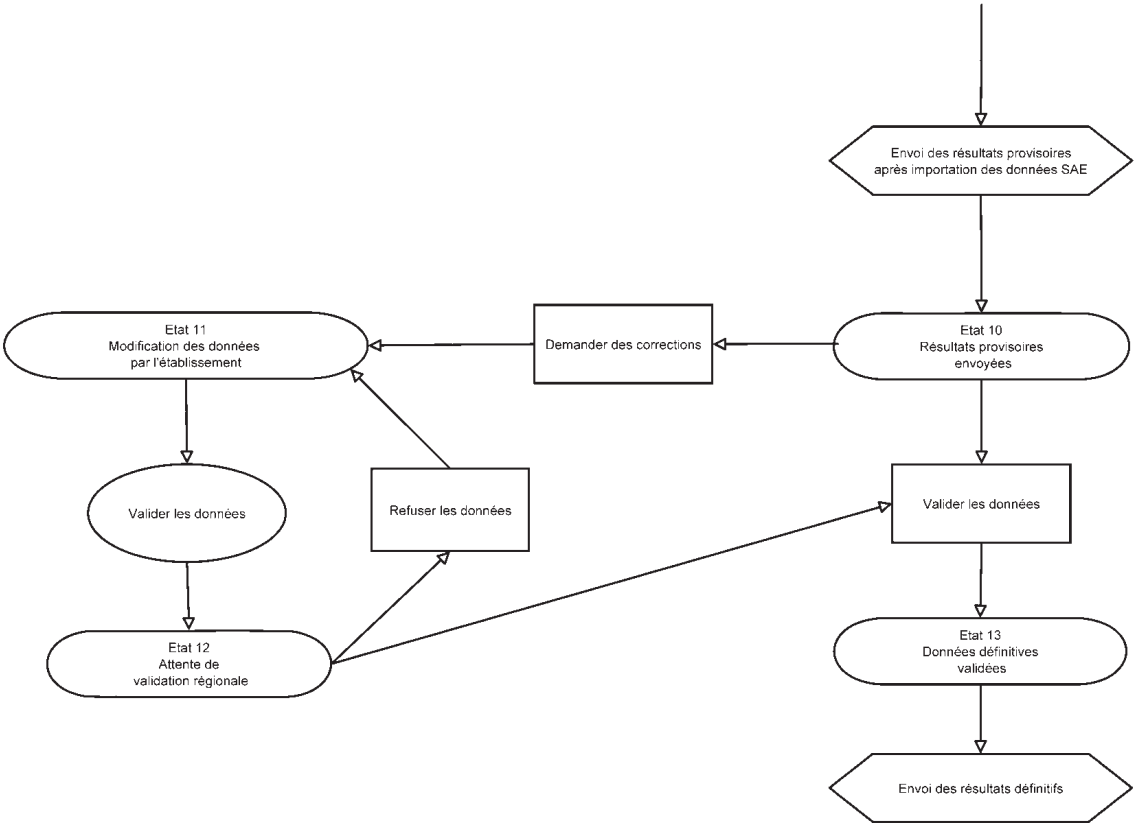
Si l'ARS n'approuve pas le constat de la validation, les items correspondants aux discordances seront égaux à « zéro ».

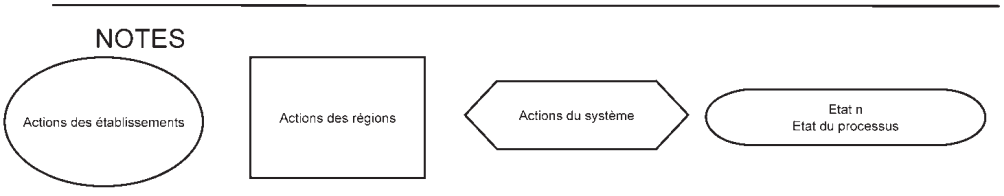
Toutes les modifications faites après la fin de la saisie des données seront effectuées par l'établissement de santé. Le référent « risques et infections associées aux soins » de l'ARS validera ou non ces modifications.

ANNEXE VII

PRÉSENTATION DU FLUX DES DONNÉES (WORKFLOW)




Envoi des résultats provisoires après importation des données SAE
Etat 10 Résultats provisoires envoyées
Demander des corrections
Etat 11 Modification des données par l'établissement
Valider les données
Refuser les données
Valider les données
Etat 12 Attente de validation régionale
Etat 13 Données définitives validées
Envoi des résultats définitifs


NOTES
Actions des établissements
Actions des régions
Actions du système
Etat n
Etat du processus