

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins (SDPF)

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)
dgos-pf2@sante.gouv.fr

Instruction DGOS/PF2 n° 2014-66 du 4 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013

NOR : AFSH1405442J

Validée par le CNP le 7 mars 2014. – Visa CNP 2014-43.

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 2013 dans les établissements de santé, recueil optionnel de l'indicateur ICALIN2 et recueil en simulation de l'indicateur bactériémie nosocomiale à SARM.

Mots clés: bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2013 – 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 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé;

Arrêté du 11 février 2014 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.

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

Annexes:

- Annexe I. – Calendrier de la campagne de recueil 2014 relative au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013.
- Annexe II. – Évolution des indicateurs et catégories d'établissements du tableau de bord des infections nosocomiales.
- Annexe III. – Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales opposables (ICA-BMR, ICATB.2, ICSHA.2).
- Annexe IV. – Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales optionnel (ICALIN.2).
- Annexe V. – Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales en simulation (BN-SARM).
- Annexe VI. – Modalités de contrôle et de validation des données déclarées.
- Annexe VII. – Modalités de connexion au site « Bilan LIN » de l'ATIH.

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

I. – OBJECTIFS DU TEXTE

En application de l'article R.6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Cette instruction et ses annexes définissent les modalités pratiques de recueil du bilan d'activité de l'année 2013 et mettent à disposition le cahier des charges et la pondération des items des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales calculés à partir de ce recueil.

1. Évolution du recueil des indicateurs soumis à diffusion publique en 2014 (des données d'activité 2013)

Le recueil des indicateurs du tableau de bord répond au principe d'un recueil en alternance adopté¹ par la DGOS et la HAS au regard d'indicateurs devenus plus nombreux. Ce principe concourt à la fois à diminuer la charge de travail des établissements de santé lors du recueil des indicateurs et, dans le même temps, à permettre aux actions d'amélioration mises en œuvre par eux de produire leurs effets. L'amélioration peut ainsi être mesurée lors du recueil suivant.

Le tableau de bord des infections nosocomiales évolue (annexe II) comme suit :

- le recueil alterné de deux couples d'indicateurs :
 1. ICA-BMR et ICATB.2 sont recueillis en 2014 sur l'activité 2013.
 2. ICALIN.2 et ICA-LISO seront recueillis en 2015 sur l'activité 2014.
- le recueil annuel de l'indicateur ICSHA.2 est maintenu. Son niveau d'exigence et ses modalités de recueil seront révisées pour proposer une version 3 de l'indicateur en 2015 ;
- le score agrégé est supprimé du tableau de bord. En effet, s'il offrait aux usagers une lecture simplifiée en une seule fois d'un ensemble d'indicateurs pour la lutte contre les infections nosocomiales, il ne leur permettait pas d'obtenir une information claire et transparente sur les thèmes que recouvre chaque indicateur. De plus, les résultats du TdBIN 2012 ont montré que 91,1 % des établissements de santé étaient classés en A ou B. Aussi la marge de progression limitée donnait moins de sens en faveur de ce score global. Enfin, le recueil en alternance de certains des indicateurs le composant lui faisait perdre son sens ;
- l'indice SARM est remplacé par un nouvel indicateur « bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM) en simulation ;
- la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville (COSPIN), sur la base de l'analyse des résultats des différents indicateurs des bilans LIN recueillis jusqu'en 2013 et au regard de la mise en œuvre du recueil alterné, a validé les modifications suivantes afin de répondre aux spécificités de certaines catégories d'établissements de santé :
 1. Le nombre d'indicateurs opposables à la catégorie d'établissement de santé « psychiatrie » est modifié et limité aux deux indicateurs : ICALIN.2 et ICSHA.2² (annexe II).
 2. Les catégories d'établissements de santé de type « SSR » et « SLD », jusqu'à présent rassemblées deviennent distinctes. La pondération de l'indicateur ICA-BMR a été révisée pour la catégorie « SLD » (annexe III).

L'affichage public des trois indicateurs soumis à diffusion publique en 2014 (ICA-BMR, ICATB.2, ICSHA.2) sera réalisé sur le site Scope Santé.

Concernant les indicateurs prévus au recueil 2015 (ICA-LISO et ICALIN.2), l'affichage public en 2014 prendra en compte les données rendues publiques lors du dernier recueil en 2013 (données d'activité 2012).

¹ Communiqué de presse « semaine sécurité du patients », novembre 2013 (ministère des affaires sociales et de la santé).

² Les centres de postcure psychiatrique ne sont pas concernés par l'indicateur ICSHA.2.

2. Recueil optionnel de l'indicateur ICALIN.2 en 2014

ICALIN.2 reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales. Outil de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins mais également outil de pilotage interne des établissements de santé, les résultats de cet indicateur montrent une implication croissante des professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques.

Cet indicateur, socle de la lutte contre les infections nosocomiales, est donc proposé en recueil optionnel pour tous les établissements souhaitant maintenir un recueil annuel et ceux engagés dans l'expérimentation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ³).

Le recueil optionnel concernera l'activité 2013 (cf. annexe IV). L'affichage public sur Scope Santé conservera les données rendues publiques lors du dernier recueil en 2013 (activité 2012).

3. Indicateur BN-SARM en simulation en 2014 et 2015

L'indice SARM (taux triennal) est remplacé par l'indicateur « bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline » (cf. annexe V).

Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes et de gestion du risque associé à ces bactéries. Il est centré sur les rares infections nosocomiales invasives (bactériémies), dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle.

Dans cet objectif, l'indicateur reflète l'exigence qu'en cas de survenue d'un tel événement celui-ci fasse l'objet d'une analyse approfondie, suivant une méthodologie reconnue. L'objectif premier de l'indicateur est donc que tous les épisodes de bactériémie nosocomiale fassent l'objet d'une analyse des causes. Son objectif secondaire est que les actions entreprises à la suite de ces analyses fassent tendre vers zéro le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM évitables.

L'indicateur sera en simulation sur deux années consécutives, 2014 et 2015. L'année 2014 permettra aux établissements de santé de réaliser sur l'activité 2013 le recensement des bactériémies nosocomiales à SARM. L'année 2015 objectivera les actions conduites en termes d'analyse des causes et de mesures d'amélioration sur le nombre de BN-SARM de l'activité 2014 et permettra ainsi de répondre aux objectifs précités.

La diffusion publique de cet indicateur est prévue en 2016 (données d'activité 2015).

II. – MODALITÉS PRATIQUES DE RECUEIL DU BILAN D'ACTIVITÉS DE L'ANNÉE 2013

1. Établissements de santé

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

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

La date limite de déclaration est fixée au 4 mai 2014. Le site bloquera automatiquement les saisies le 5 mai, 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.

L'attention des établissements est attirée sur la qualité des données déclarées dans la SAE et qui serviront au calcul de certains indicateurs (ICALIN.2 et ICSHA.2). Pour information, la SAE collectée en 2014, sur les données 2013, se présentera sous un nouveau format. Cette refonte vise une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements pour les utilisateurs et une simplification du recueil des données pour les établissements, notamment en s'appuyant sur les autres recueils réglementaires (le PMSI).

2. Agences régionales de santé (ARS)

Les ARS transmettront aux établissements de santé, au plus tard le 24 mars 2014 :

- la présente instruction et ses sept annexes ;
- une lettre de transmission, qui précisera :

³ La liste des établissements concernés par l'expérimentation IFAQ est disponible au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>.

- l'adresse Internet permettant de télécharger différents documents (arrêté relatif au bilan standardisé, instruction et ses annexes : <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html> – rubrique « Tableau de bord des infections nosocomiales/La campagne 2014 »);
- 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 11 février 2014 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 sa région (nouvel établissement, fusion, suppression);
- s'assurera de l'exhaustivité des déclarations des établissements de sa région. L'ATIH assurera la relance des établissements n'ayant pas rempli leur bilan;
- autorisera, si nécessaire, l'établissement à modifier ses données après verrouillage de la période de saisie;
- effectuera pour les établissements de santé de sa région :
 - si nécessaire, les demandes de modifications des données administratives des établissements en lien avec l'ATIH;
 - la validation administrative des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales;
 - pour 10 % des établissements de santé, la validation des données du bilan déclarées par les établissements de santé après contrôle des éléments de preuve selon la procédure précisée en annexe VI. Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale 2014 pour le contrôle de la qualité des données ou déclarations sur les indicateurs généralisés des établissements de santé (HAS-DGOS) et vise à améliorer la fiabilité des données déclarées.

Le cahier des charges de chaque indicateur définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations.

3. Accès aux données

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

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

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

Pour l'indicateur ICALIN.2 en recueil optionnel en 2014 : les établissements de santé accèdent à leurs propres résultats définitifs sur le site de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (<http://bilanlin.atih.sante.fr>). Concernant les établissements engagés dans la démarche IFAQ, les résultats des données d'activité 2013 seront pris en compte dans l'expérimentation.

Pour les données de simulation : chaque établissement de santé disposera de ses résultats de simulation sur le site (<http://bilanlin.atih.sante.fr>) fin 2014. Seuls les établissements de santé ont accès à ces résultats de simulation afin de leur permettre de conduire leurs actions d'amélioration.

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

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

ANNEXE I

CALENDRIER DE LA CAMPAGNE DE RECUEIL 2014 RELATIVE AU BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR L'ANNÉE 2013

DATES	ACTIONS
Février-avril 2014	Actualisation et mise en ligne par l'ATIH sur le site bilan LIN (http://bilanlin.atih.sante.fr) de la base nationale des établissements de santé concernés par le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R.6111-8 du code de la santé publique.
Mars 2014	Publication de l'arrêté et de l'instruction relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2013 (campagne de recueil 2014).
Du 24 mars au 4 mai 2014	Saisie des données par les établissements de santé sur le site bilan LIN.
24, 30 avril et 2 mai 2014	Envoi des courriels par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2013.
Du 12 mai au 21 septembre 2014	Validation administrative des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS (+/- contrôle et validation des éléments de preuve). Validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans.
Du 1 ^{er} au 12 octobre 2014	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2013 par l'ATIH.
15 octobre 2014	Envoi par l'ATIH d'un courriel informant de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé.
Du 15 octobre au 2 novembre 2014	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS.
Semaine 46 (du 10 au 16 novembre 2014)	Calcul définitif des indicateurs par l'ATIH et clôture de la campagne de recueil 2014.
Semaine 47 (du 17 au 23 novembre 2014)	Envoi par l'ATIH d'un courriel aux établissements de santé informant de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2013.
Semaine 47 ou 48	Publication des résultats définitifs.

ANNEXE II

ÉVOLUTION DES INDICATEURS ET CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'arrêté du 11 février 2014 fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins rendus opposables.

Le tableau de bord des infections nosocomiales de la campagne de recueil 2014 est composé de :

- trois indicateurs opposables généralisés ;
- un nouvel indicateur en simulation pour deux années consécutives (2014-2015) ;
- un indicateur optionnel généralisé.

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 ou des années de simulation nécessaire à sa généralisation. Puis, à l'issue de la simulation, la communication des résultats devient publique.

SOMMAIRE

- I. - TABLEAU D'ÉVOLUTION DES INDICATEURS
- II. - DÉFINITION DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS
- III. - INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

I. – TABLEAU D'ÉVOLUTION DES INDICATEURS

ANNÉE	INDICATEURS	MISE À DISPOSITION pour les établissements de santé	OBLIGATION de diffusion publique
Activités 2010	ICALIN.2 (simulation) ICA-LISO (simulation) ICA-BMR (simulation)	Oui	Non
	ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Activités 2011	ICALIN.2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Activités 2012	ICALIN.2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
	ICATB.2 (simulation)	Oui	Non
Activités 2013	ICSHA.2 ICATB.2 ICA-BMR	Oui	Oui
	ICALIN.2 (optionnel) BN SARM (simulation)	Oui	Non
Activités 2014	ICSHA.2 ICALIN.2 ICA-LISO	Oui	Oui
	BN SARM (simulation) ICSHA.3 (simulation)	Oui	Non

II. – DÉFINITION DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS

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

INTITULÉ des catégories d'établissements	DÉFINITIONS
CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux - centres hospitaliers universitaires.
CH-CHG < 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
CH-CHG ≥ 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
Établissements psychiatriques	Établissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) lié à la psychiatrie.
Ex-hôpitaux locaux	Ex-hôpitaux locaux publics.
Cliniques MCO < 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines. Établissements MCO PSPH par concession sous OQN.
Cliniques MCO ≥ 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	Établissements de soins de suite et de réadaptation.
SLD	Établissements de soins de longue durée.
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).
CPA (*)	Centres de postcure alcoolique exclusive.
CPP (*)	Centre de postcure psychiatrique.
AMBULATOIRE	Établissements dont le nombre de places représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places.
(*) Ces établissements, pour l'affichage, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR, SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits...) en fonction de leur activité.	

III. – INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Trois indicateurs opposables, un indicateur en simulation, un indicateur optionnel

CATÉGORIES	ICSHA.2	ICATB.2	ICA-BMR	BN SARM Simulation	ICALIN.2 Optionnel
CHR-CHU	+	+	+	+	+/-
CH-CHG < 300 lits et places	+	+	+	+	+/-
CH-CHG ≥ 300 lits et places	+	+	+	+	+/-
Ex-hôpitaux locaux	+	+	+	+	+/-
Cliniques MCO < 100 lits et places	+	+	+	+	+/-
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	+	+	+	+	+/-
SSR	+	+	+	+	+/-
SLD	+	+	+	+	+/-
CLCC-Cancer	+	+	+	+	+/-
HAD	+		+	+	+/-
Hémodialyse	+/-		+	+/-	+/-
Établissements psychiatriques	+				+/-
CPP	+				+/-
Ambulatoire Psy-SSR-MCO	+				+/-
MECSS					+/-
CPA					+/-

ANNEXE III

ICA-BMR – ICATB.2 – ICSHA.2 INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES OPPOSABLES AU RECUEIL 2014

Objectif du document

Ce document définit le cahier des charges, la pondération et les classes de performance des indicateurs opposables au recueil du bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année 2013 (campagne de recueil 2014).

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 2013 peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste, etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2014 est une actualisation du dossier de preuves 2013. Il pourra être utilisé dans le cadre de la certification de l'établissement.

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

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

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

Pour rappel, la commission ou conférence médicale d'établissement, conformément aux articles R. 6164-3 et R. 6144-2 du code de la santé publique, contribue à l'élaboration de la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins. À cette fin, les résultats et rapports y afférents doivent lui être présentés.

SOMMAIRE

ICA-BMR

I. – CAHIER DES CHARGES ICA-BMR

ORGANISATION

MOYENS D'INFORMATION

ACTIONS DE PRÉVENTION

ACTIONS DE SURVEILLANCE

II. – PONDÉRATION ICA-BMR

III. – CLASSES DE PERFORMANCE ICA-BMR

1. Année de référence pour les limites de performance
2. Répartition des classes de performance
3. Cas particulier des établissements de type SLD

ICATB.2

I. – CAHIER DES CHARGES ICATB.2

OBJECTIFS

ORGANISATION

MOYENS D'INFORMATION

ACTIONS DE PRÉVENTION

ACTIONS DE SURVEILLANCE

ACTIONS D'ÉVALUATION

II. – PONDÉRATION – ICATB.2

III. – CLASSES DE PERFORMANCE – ICATB.2

1. Année de référence pour les limites de performance
2. Répartition des classes de performance
3. Cas particulier des établissements de type SLD

ICSHA.2

I. – MODALITÉ DE CALCUL ICSHA.2

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

Tableau n° 2 : L'objectif personnalisé de consommation est calculé pour chaque spécialité

ICA-BMR
INDICATEUR COMPOSITE DE MAÎTRISE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

I. – CAHIER DES CHARGES ICA-BMR

(Ne concerne pas les MECSS, l'ambulatorio, la psychiatrie, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les centres de postcure psychiatrique.)

ORGANISATION

Prévention des BMR

BMR O1. Il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires actualisée dans les cinq ans

OUI NON

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

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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.

BMR O2. Il existe une politique de dépistage, en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les cinq ans

OUI NON

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

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

Éléments de preuve

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

BMR O3. Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux

OUI NON

Éléments de preuve

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

BMR O4. Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME

OUI NON

Éléments de preuve

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

MOYENS D'INFORMATION

BMR M11. Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH

OUI NON

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

Éléments de preuve

Procédure validée précisant les modalités de transmission de l'information d'une colonisation ou d'une infection d'un patient porteur d'une BMR entre le laboratoire, le secteur d'activité 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.

BMR M12. L'information du patient sur le fait qu'il est porteur de BMR est faite systématiquement

OUI NON

Éléments de preuve

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

BMR M13. Il existe une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra-ES, et en cas de réadmission actualisé dans les cinq ans

OUI NON

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

Lors de transfert interétablissement

En intraétablissement

En cas de réadmission

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

Éléments de preuve

Protocole ou procédure validé et daté prévoyant les trois situations, le transfert :

- dans le même établissement (entre secteurs d'activité, services, vers les services médico-techniques);
- vers un autre établissement (sanitaire ou médico-social);
- en cas de réadmission d'un patient connu pour être colonisé ou infecté par une bactérie multirésistante.

ACTIONS DE PRÉVENTION

BMR A11. Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées

OUI NON

Répondre « oui » seulement si la traçabilité est assurée.

Éléments de preuve

Procédure de vérification par l'EOH de la mise en place des précautions recommandées lors d'une colonisation ou d'infection d'un patient par une BMR datée et validée par l'EOH.

La vérification par l'EOH peut se faire par un mail demandant si les recommandations ont été mises en place, par téléphone, par un déplacement de l'EOH. Le protocole doit préciser ces modalités de vérification. La traçabilité de cette vérification doit être assurée.

L'établissement de santé présente un exemple de la traçabilité assurée pour vérifier si les recommandations en cas de colonisation ou d'infection par une BMR d'un patient sont mises en place.

ACTIONS DE 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.

BMR A21. Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR

OUI NON

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

Éléments de preuve

Présentation du taux de BMR

BMR A22. La surveillance des BMR est faite en réseau

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

BMR A23. Les résultats sont restitués aux secteurs d'activités

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

II. – PONDÉRATION ICA-BMR

ITEMS		ICA-BMR		TOTAL	N1	N2	N0	SLD
Organisation	Politique de maîtrise des BMR	BMR - O1	Il existe un protocole avec une liste des bactéries multi-résistantes prioritaires, actualisée dans les 5 dernières années.	100	32	32	8	10
		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	NA ⁴
		BMR - O3	Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux.				8	12
		BMR - O4	Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME.				8	10
Moyens	Information	BMR - M11	Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités, et l'EOH.		28	28	16	16
		BMR - M12	L'information du patient sur la colonisation de BMR est faite systématiquement.				4	NA ⁵
		BMR - M13	Il existe un ou des protocoles d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra-ES, et en cas de réadmission, actualisés dans les 5 dernières années ⁶ .				8	12
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	16
	Surveillance A.2	BMR - A21	Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR.				10	10
		BMR - A22	La surveillance des BMR est faite en réseau.				6	6
		BMR - A23	Les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités.	8			8	

III. – CLASSES DE PERFORMANCE ICA-BMR

1. Année de référence pour les limites de performance

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé, ont évolué en 2010 pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013⁷.

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

⁴ BMR O2, les points sont redistribués pour les établissements de type «SLD» : 2 points en BMR O1, 4 points en BMR O3 et 2 points en BMR O4.

⁵ BMR M12: les 4 points sont redistribués en BMR M13 pour les établissements de type «SLD».

⁶ BMR M13: l'item est modifié pour les établissements de type «SLD» comme suit: «Il existe un ou des protocoles d'information de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et, en cas de réadmission actualisée, dans les cinq dernières années», en cohérence avec l'item BMR-O2 «NA» et l'item BMR M12 «NA».

⁷ Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

2. Répartition des classes de performance

Les classes de performance ont évolué en 2012 afin d'être plus linéaires ($E < 20 \% \leq D < 40 \% \leq C < 60 \% \leq B < 80 \% \leq A$).

Les tableaux ci-après présentent les limites des classes pour l'indicateur ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes) en fonction des catégories d'établissement.

3. Cas particulier des établissements de type SLD

Les établissements de type SLD ont une pondération adaptée pour le calcul de cet indicateur qui tient compte de leurs spécificités.

LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICA-BMR

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

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisés sur 2809 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

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

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

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

ICATB.2
INDICATEUR DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

I. – CAHIER DES CHARGES ICATB.2

(Ne concerne pas les HAD, l'hémodialyse, les MECSS, l'ambulatorio, la psychiatrie, les centres de postcure alcoolique exclusifs et postcure psychiatrique.)

OBJECTIFS

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

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

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

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

ORGANISATION

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

OUI NON

Aide au remplissage

En fonction de l'organisation des établissements de santé, la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME) peut avoir délégué ses attributions en matière de bon usage des

antibiotiques/antiinfectieux à une commission spécifique. Cette commission spécifique est alors officiellement chargée, par le président de la CME du bon usage des antibiotiques. Dans ce cas, le terme CME usité sera conservé dans le questionnaire pour la désigner.

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

ATBO 3. Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue, le cas échéant, sont définies

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'alerte précise les modes de réception et d'intervention de cette alerte.

Et si elle est priorisée en fonction d'au moins un des éléments ci-dessous :

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

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

MOYENS

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

OUI NON

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

ATBM2. La prescription des antibiotiques est informatisée

OUI PARTIELLEMENT NON

Aide au remplissage

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

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

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

|_|

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

Éléments de preuve

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

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

ATBM4. Le ou les référents en antibiothérapie

M4a: a une compétence adaptée à ses missions

OUI NON

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

M4b: ses compétences sont actualisées régulièrement

OUI NON

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

Éléments de preuve

Attestation de compétences.

Tout document attestant de l'actualisation des compétences.

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

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

Aide au remplissage

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

Une vacation = 0,1 ETP

Objectif cible :

Une vacation pour 400 lits de SSR/SLD ou psychiatrie ;

Trois vacations pour 400 lits de MCO.

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

Présentation du socle de formation validé par la CME.

ACTIONS DE PRÉVENTION

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

OUI NON

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

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

Et ils appartiennent aux classes suivantes :

- Les céphalosporines de 3^e génération.
- Les carbapénèmes.
- Les fluoroquinolones.
- Autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement.

Éléments de preuve

Liste des antibiotiques répondants à ces différents critères

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

OUI NON

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

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

Éléments de preuve

Protocole daté et validé par la CME.

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON NON CONCERNÉ

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

ACTIONS DE SURVEILLANCE

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

OUI NON

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Aide au remplissage

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

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

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

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

Exemples :

- consommation de glycopeptides due à une incidence élevée du *S. aureus* résistant à la métililine;
- consommation de carbapénèmes due à une incidence élevée d'entérobactéries ou de *P. aeruginosa* résistant aux céphalosporines de 3^e génération.

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

ACTIONS D'ÉVALUATION

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

Précisez la thématique :

11a. Le respect de la molécule recommandée OUI NON

11b. La posologie de l'antibiotique OUI NON

11c. La durée de l'antibiothérapie OUI NON

11d. Réévaluation à 72 heures, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste) OUI NON

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

Tout document daté attestant de la conduite de ces évaluations.

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

OUI NON

ATBA13. Les résultats des évaluations sont présentés en CME

OUI NON

Éléments de preuve (ATBA12, ATBA13)

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

II. – PONDÉRATION – ICATB.2

FONCTIONS	ITEMS		ICATB.2- ORGANISATION ET MOYENS	TOTAL	N1	N2	N3
Organisation	Politique	ATB01	Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques.	100	16	4	4
	Accès à conseil	ATB02	Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie.			8	4
		ATB03	Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue, le cas échéant, sont définies.			4	4
	Alerte	ATB04	Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie.			4	4
Moyens	Informatique	ATBM1	Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités des prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.		38	12	6
		ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée ⁸ .				6
	Humains	ATBM3	Il existe un (des) référent(s) en antibiothérapie.			4	
		ATBM4a	Le(s) référent(s) a (ont) une compétence adaptée à ses (leurs) missions.			2	
		ATBM4b	Ses (leurs) compétences sont actualisées régulièrement.			16	2
		ATBM5	Atteinte de l'objectif cible en termes de nombre d'ETP spécifiquement affectés au(x) référent(s) antibiotiques intervenant dans l'établissement ⁹ .			8	
	Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques.	10		10	

⁸ Sont accordés : 6 points aux établissements de santé ayant répondu « oui », 3 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement ».

⁹ Le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits et places en partant des équations suivantes : 0,1 ETP pour 400 lits de SRR/SLD ou psychiatrie et 0,3 ETP pour 400 lits de MCO (validation du calcul avec 10 % de marge).

FONCTIONS	ITEMS	ICATB.2 – ACTIONS	TOTAL	N1	N2	N3	
Actions	Prévention	ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement.	46	18	4	
		ATBA2	Il existe un protocole sur l'antibiothérapie de première intention des principaux sites d'infection actualisé.			4	
		ATBA3	Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient.			5	
		ATBA4	Les modalités de contrôle/réévaluation sont déterminées par l'établissement.			3	
		ATBA5	Des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence.			2 ¹⁰ ou 0	
	Surveillance	ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières DDJ rapportée à l'activité.			10	2
		ATBA7	Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau.				2
		ATBA8	Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques.				2
		ATBA9	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes.				2
		ATBA 10	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME.				2
	Évaluation-audit	ATBA11a	Évaluation du respect de la molécule recommandée.			18	2
		ATBA11b	Évaluation de la posologie de l'antibiotique.				2 ou 3
		ATBA11c	Évaluation de la durée de l'antibiothérapie.				2 ou 3
ATBA11d		Évaluation de la réévaluation, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste, etc.).	3				
ATBA12		Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes.	5				
ATBA13		Les résultats des évaluations sont restitués à la CME.	4				

¹⁰ Pour les établissements sans SAU : les 2 points sont redistribués en ATB A11b (1 point) et A11c (1 point).

III. – CLASSES DE PERFORMANCE – ICATB.2

1. Année de référence pour les limites de performance

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ont évolué en 2010 pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013¹¹.

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

2. Répartition des classes de performance

Les classes de performance d'ICATB.2 ont évolué en 2013 afin d'être plus linéaires ($E < 20 \% \leq D < 40 \% \leq C < 60 \% \leq B < 80 \% \leq A$).

Les tableaux ci-après présentent les limites des classes pour l'indicateur ICATB.2 (indicateur de bon usage des antibiotiques) en fonction des catégories d'établissements.

3. Cas particulier des établissements sans SAU

Les établissements sans SAU sont « non concernés » par l'item ATB A5, les points sont redistribués aux items ATB A11*b* et ATB A11*c*.

¹¹ Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Limites de classes indicateur icatb.2

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

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2012 (réalisés sur 2456 établissements). Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

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

CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS de santé/limites de classes	E	D	C	B	A
CHR-CHU	< 58	de 58 à < 67	de 67 à < 75	de 75 à < 83	≥ 83
CH < 300 lits et places	< 47	de 47 à < 59	de 59 à < 70	de 70 à < 80	≥ 80
CH ≥ 300 lits et places	< 57	de 57 à < 64	de 64 à < 73	de 73 à < 81	≥ 81
Ex-hôpitaux locaux	< 32	de 32 à < 42	de 42 à < 55	de 55 à < 69	≥ 69
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 46,50	de 46,50 à < 62	de 62 à < 74	de 74 à < 86	≥ 86
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 52	de 52 à < 66	de 66 à < 75	de 75 à < 86	≥ 86
SSR	< 44	de 44 à < 57	de 57 à < 70	de 70 à < 81	≥ 81
SLD	< 44	de 44 à < 57	de 57 à < 70	de 70 à < 81	≥ 81
CLCC-Cancer	< 65	de 65 à < 73	de 73 à < 81	de 81 à < 90	≥ 90

ICSHA.2
INDICATEUR DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES

I. – MODALITÉ DE CALCUL ICSHA.2

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

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

|_|_|_|_|_|_|_|, |_|_|_|

Aide au remplissage

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

Éléments de preuve

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

Calcul de l'indicateur

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

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

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

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

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

SPÉCIALITÉS	NOMBRE
Hospitalisation complète et de semaine	
Médecine	8
Chirurgie	9
Réanimation	40
USI-USC	28
Obstétrique	12
Accouchement sans césarienne	14
Accouchement avec césarienne	8
Soins de suite et réadaptation fonctionnelle	7
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	10
HAD (par jour)	4
Urgences (par passage)	2
Hospitalisation de jour	
Hôpital de jour de médecine	3
Hôpital de jour de chirurgie	3
Hôpital de jour d'obstétrique	5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et réadaptation fonctionnelle	3
Bloc chirurgical (par entrée en service de chirurgie et par entrée en HDJ)	8
Séance de chimiothérapie	5

Tableau n° 2: l'objectif personnalisé de consommation est calculé pour chaque spécialité

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 2013)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n° 1)		
x 0,003 litre de PHA (correspondant à 1 friction)		

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

Extraction des journées d'hospitalisation à partir de la SAE

L'indicateur ICSHA.2 se calcule à partir des journées d'hospitalisation par spécialité. Les établissements fournissent déjà ces données dans la statistique annuelle des établissements (SAE), l'ATIH utilise ces données. Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA.2. Le score ICSHA.2 sera classé « DI » (données insuffisantes) lorsque les données de la SAE seront manquantes.

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

En 2014, la SAE évolue afin de collecter la bonne information au bon niveau, d'alléger la charge de collecte des établissements en utilisant les données du PMSI et de répondre aux besoins des utilisateurs. Au printemps 2014, pour la collecte des données 2013, l'enquête SAE présentera un nouveau format. Le recueil de la SAE s'effectuera notamment au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie), alors que les niveaux de recueils étaient différents entre public et privé.

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, en réadaptation et à domicile;
- les séances de chimiothérapie sont prises en compte;
- les passages en accueil des urgences;
- les journées réalisées en unités de réanimation, en unités de soins intensifs-soins continus;
- les séances d'hémodialyse (adultes et enfants) prises en compte concernant:
 - l'hémodialyse en centres et en unités de dialyse médicalisées;
 - les autres techniques d'épuration extrarénale;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.

ANNEXE IV

ICALIN.2 INDICATEUR DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES OPTIONNEL AU RECUEIL 2014

ICALIN.2 reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales. Outil de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins mais également outil de pilotage interne des établissements de santé, les résultats de cet indicateur montrent une implication croissante des professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques.

Aujourd'hui, en réponse notamment à la demande des professionnels des établissements de santé, la DGOS a adopté le principe d'un recueil en alternance d'indicateurs devenus plus nombreux. Ce principe concourt à la fois à diminuer la charge de travail des établissements de santé lors du recueil des indicateurs et, dans le même temps, à permettre aux actions d'amélioration mises en œuvre par eux de produire leurs effets. L'amélioration peut ainsi être mesurée lors du recueil suivant.

Toutefois, l'indicateur ICALIN.2, socle de la lutte contre les infections nosocomiales, est proposé en recueil optionnel pour tous les établissements souhaitant maintenir un recueil annuel et ceux engagés dans l'expérimentation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ).

ICALIN.2 est en recueil optionnel pour l'activité 2013, ses résultats ne seront pas diffusés publiquement. L'affichage public sur Scope Santé conservera les données de l'activité 2012.

Objectif du document

Ce document définit le cahier des charges, la pondération et les classes de performance de l'indicateur ICALIN.2.

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 2013 peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste, etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2014 est une actualisation du dossier de preuves 2013. Il pourra être utilisé dans le cadre de la certification de l'établissement et de la démarche IFAQ¹².

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

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

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

Pour rappel, la commission ou conférence médicale d'établissement, conformément aux articles R.6164-3 et R.6144-2 du code de la santé publique contribue à l'élaboration de la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins. À cette fin, les résultats et rapports y afférents doivent lui être présentés.

¹² La liste des établissements concernés par l'expérimentation IFAQ est disponible au lien suivant: <http://www.sante.gouv.fr./incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>.

SOMMAIRE ICALIN.2

I. – CAHIER DES CHARGES – ICALIN.2

ORGANISATION

Politique et implication des instances
Équipe opérationnelle d'hygiène et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
Information du public et du patient
Signalement des infections nosocomiales

MOYENS

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)
Matériel disponible dans le cadre de la prévention de la transmission soignés-soignants
Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels
Spécificité pour le secteur HAD
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

II. – PONDÉRATION – ICALIN.2

Explications sur la redistribution des points par type d'établissement pour ICALIN.2
Résumé des points « redistribués »

III. – CLASSES DE PERFORMANCE – ICALIN.2

Année de référence pour les limites de performance
Répartition des classes de performance
Cas particuliers des centres de postcure alcoolique, centre de postcure psychiatrique et des centres ambulatoires
Limites de classes indicateur ICALIN.2

I. – CAHIER DES CHARGES – ICALIN.2

INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES VERSION 2

ORGANISATION

Politique et implication des instances

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

OUI NON

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

Une politique en matière de lutte contre les infections nosocomiales existe dans l'établissement.

Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet d'établissement.

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

Les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont définis dans le projet médical.

Éléments de preuve

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

O12. Le programme d'actions élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

O14. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions de lutte contre les IN

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

Le coordonnateur a été désigné par le représentant légal en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés.

Les modalités de travail entre EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisées.

Éléments de preuve

Il existe une procédure écrite précisant les modalités de travail entre l'EOH et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Si le coordonnateur de la gestion des risques est le praticien en hygiène hospitalière, cette activité doit être spécifiée dans la fiche de poste du praticien en hygiène précisant le temps dédié à l'activité de coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins.

Information du public et du patient

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

Par voie d'affichage; dans le hall d'accueil; à proximité du bureau des entrées ou des urgences.

Transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil.

Mise en ligne sur le site Internet de l'établissement de santé.

Autre, précisez (obligatoire).

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

OUI NON

Éléments de preuve

L'extrait ou le feuillet inséré du livret d'accueil remis à jour présentant une information synthétique relative aux infections nosocomiales est disponible.

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

OUI NON

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

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

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

Éléments de preuve

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

Cette modalité d'information du patient peut être intégrée à la procédure de signalement interne et externe des infections nosocomiales de l'établissement.

Signalement des infections nosocomiales

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

OUI NON

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

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

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

O43. Il existe une procédure de gestion de crise formalisée

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

MOYENS

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Aide au remplissage

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

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

Si ce personnel est partagé avec d'autres établissements associés, ne compter que la part consacrée au sein de votre établissement. Le nombre d'ETP renseigné correspond au nombre d'ETP travaillé moyen annuel.

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

Éléments de preuve

Fiches de postes de l'ensemble des membres déclarés comme ayant du temps dédié à l'EOH.

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral précisant le temps d'intervention pour la lutte contre les infections nosocomiales.

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

OUI PARTIELLEMENT NON

Répondre « oui » si tous les secteurs d'activité ont un correspondant pour l'EOH. Il peut s'agir de correspondants médicaux ou paramédicaux pour l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ils peuvent être correspondants pour d'autres activités (événements indésirables associés aux soins, hémovigilance...).

Répondre « non » si aucun secteur d'activité n'a de correspondant pour l'EOH.

Répondre « partiellement » dans les autres cas.

Éléments de preuve

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

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

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve: M21, M22

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

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

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

OUI NON

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

Spécificité pour le secteur HAD

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

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

OUI NON NON CONCERNÉ

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

OUI NON NON CONCERNÉ

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

Aide au remplissage

Pour le nombre d'heures : toute formation validée par l'EOH ou dispensée par celle-ci est comptabilisée.

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

	CATÉGORIES PROFESSIONNELLES	NOMBRE TOTAL de personnels formés	NOMBRE TOTAL D'HEURES de formation
M33	Médecins ou pharmaciens, sages-femmes	_ _ _	_ _ _ _
M34	Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
M35	Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

Éléments de preuve: M32, M33, M34, M35

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

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

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

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

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

Aide au remplissage

Les établissements de type HAD ne sont pas concernés.

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

ACTIONS

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 2013, on tiendra compte des années 2013, 2012, 2011, 2010 et 2009).

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

Protection du personnel

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

OUI NON

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

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

OUI NON

Éléments de preuve: A13, A14, A15

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

Hygiène des mains

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

OUI NON

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

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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 hydroalcooliques 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'activité 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 l'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 :

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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 :

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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 :

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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 :

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

Éléments de preuve

Protocoles institutionnels, validés et datés.

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

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

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

Éléments de preuve

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

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

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

OUI NON

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

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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

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

OUI NON

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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

OUI NON

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

A53. Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable actualisé dans les cinq dernières années relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable dont l'actualisation a été faite dans les cinq ans

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

OUI NON NON CONCERNÉ

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

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

OUI NON NON CONCERNÉ

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

2013 2012 2011 2010 2009 avant 2009

Éléments de preuve: A51, A52, A53

Protocoles institutionnels, validés et datés.

Aide au remplissage pour les outils d'aide
à l'observance et la méthode d'évaluation des pratiques

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

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

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

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

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

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :

- la pose en condition d'asepsie ;
- la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
- la surveillance clinique.

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

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :

- la pose en condition d'asepsie ;
- la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
- la surveillance clinique.

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

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

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

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

OUI NON NON CONCERNÉ

Répondre « oui » seulement si l'outil précise les éléments suivants :

- le choix de site de pose ;
- la pose en condition d'asepsie chirurgicale ;
- la réévaluation quotidienne de l'intérêt du maintien en place du dispositif invasif ;
- la surveillance clinique.

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

Éléments de preuve: A54, A55, A56

Outils validés et datés.

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

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

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

OUI NON

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les cinq ans, quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques. Pour les établissements concernés par ICALISO et ayant répondu « oui » à l'item LISO.15, le thème doit être différent de la préparation cutanée de l'opéré.

Éléments de preuve: A57, A58, A59

Rapports datés de l'évaluation des pratiques professionnelles relatifs aux thèmes évalués : prévention des infections urinaires sur sonde urinaire, prévention des dispositifs intravasculaires (voie veineuse périphérique, cathéters veineux centraux, chambre implantable) et prévention des infections sous-cutanées. Pour les établissements concernés par ICALISO et ayant répondu « oui » à l'item LISO.15, le thème doit être différent de la préparation cutanée de l'opéré.

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

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

Il existe une démarche préventive liée à l'eau.

OUI NON

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

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

Question filtre : il existe au moins un secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement en dehors du bloc opératoire¹³ (flux laminaire...).

OUI NON

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

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

OUI NON

Si « oui », préciser si :

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

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

Il existe une maintenance préventive de l'air dans les secteurs à traitement d'air maîtrisé, l'année du bilan.

Éléments de preuve

L'établissement de santé doit pouvoir fournir le carnet sanitaire relatif à l'eau chaude sanitaire contenant la surveillance microbiologique de la qualité de l'eau chaude sanitaire.

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

Surveillances

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

Aide au remplissage pour les surveillances

Ne sont pas prises en compte ici les surveillances faisant l'objet déjà d'une valorisation (infection du site opératoire, BMR, AES).

L'établissement de santé participe à un réseau pour la surveillance. Il peut s'agir du réseau national animé par le RAISIN ou d'un autre réseau. Dans ce dernier cas, la méthodologie doit être validée par plusieurs établissements. Celle-ci doit être écrite ; préciser les critères d'inclusion, d'exclusion ; les définitions des infections et les modalités de calcul du taux d'infection doivent être décrites.

Pour l'enquête de prévalence, la restitution peut être collective à tout l'établissement.

Pour les surveillances, l'envoi d'un rapport commenté par l'EOH est considéré comme une restitution des résultats.

Si l'organisation de l'établissement prévoit que la restitution des résultats se fait à un groupe de travail ou une commission spécifique à la prévention des infections nosocomiales, les points pour la restitution à la CME des résultats sont accordés.

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

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

OUI NON

¹³ Pour le bloc opératoire et le bloc obstétrical, les questions relatives à l'air sont à remplir à LIS07 : ne pas remplir ici ces questions, mais se reporter à la partie liée à la prévention des infections du site opératoire.

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 », préciser :

- Tous types d'infections Pneumopathies nosocomiales Infections urinaires nosocomiales
- Infections sur cathéter Bactériémies nosocomiales
- Autre, préciser (obligatoire).

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve: A72, A73, A74, A75

Compte rendu des résultats aux secteurs d'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

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

OUI NON

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 quant à 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 santé
BMR	Bactéries multirésistantes
CCLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CHSCT	Comité technique de sécurité et des conditions de travail
CME	Commission ou conférence médicale d'établissement
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRUQPC	Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT	Commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CVC	Cathéters veineux centraux
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
ETP	Équivalent temps plein
GREPHH	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
ISO	Infection du site opératoire
LIN	Lutte contre les infections nosocomiales
PHA	Produits hydroalcooliques
RAISIN	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SAE	Statistique annuelle d'établissement
VHB	Virus de l'hépatite B

II. – PONDÉRATION – ICALIN.2

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

Les items sont extraits des réponses des établissements au questionnaire relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2013 et des données de la SAE 2013.

Explications sur la redistribution des points par type établissement pour ICALIN.2

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

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

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

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

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

Résumé des points « redistribués » pour la saisie des données 2013 et règles de calcul ou de cohérence à l'exception des MECCS, CPA, CPP et les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile

Les MECSS, les CPA et CPP, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A 51 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.

ORGANISATION

O13 → 1 point redistribué en O11 et O12.

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

Si O11 = oui, alors = 2,5.

Si O11 = non, alors = 0.

Si O12 = oui, alors = 2.

Si O12 = non, alors = 0.

O15 → règle de cohérence avec O12.

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

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

MOYENS

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

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

M32 → 1 point redistribué en M31.

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

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

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

Si M32 = non concerné + non concerné, alors le point est redistribué en M31 et M32 = 0.

Si M31 = oui, alors M31 = 3.

Si M31 = non, alors M31 = 0.

M36 pour les HAD → 2 points redistribués en M31, M33 et M34.

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

Si M31 = oui, alors = 3.

Si M31 = non, alors = 0.

Si M33 = oui, alors = 1,5.

Si M33 = non, alors = 0.

Si M34 = oui, alors = 1,5.

Si M34 = non, alors = 0.

ACTIONS

A53 → 1 point redistribué en A31 et A32.

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

Si A31 = oui, alors = 1,5.

Si A31 = non, alors = 0.

Si A32 = oui, alors = 2,5.

Si A32 = non, alors = 0.

A56 → 2 points redistribués en A52 et A58

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

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

Si A52 = oui, alors = 2.

Si A52 = non, alors = 0.

Si A58 = oui, alors = 5.

Si A58 = non, alors = 0.

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

Si A32 = oui, alors = 3.

Si A32 = non, alors = 0.

Si A55 = oui, alors = 2.

Si A55 = non, alors = 0.

Si A58 = oui, alors = 5.

Si A58 = non, alors = 0.

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		6	2	2,5		
	012	Le programme d'action élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN.				1,5	2		
	013	La commission de soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions.				1	0 (NA) ¹⁴		
	014	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions.				1	1	1	1
	015	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information.				0,5	0,5	0,5	0,5
EOH	021	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.		20	4	2	2	2	2
	022	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées.				2	2	2	2
Information des usagers et du patient	031	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales.			4	1	1	1	1
	032	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil.				1	1	1	1
	033	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.				2	2	2	2
Signalement	041	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.		6	3	3	3	3	
	042	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN.			1	1	1	1	
	043	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée.			2	2	2	2	
Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH ¹⁵ .	30	20	8	8	8	8	
	M12	Respect des ratios en personnel paramédical IDE de l'EOH ¹⁶ .			8	8	8	8	
	M13	Il existe un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un autre personnel permanent ¹⁷ .			1,5	1,5	1,5	1,5	
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités ¹⁸ .			2,5	2,5	2,5	2,5	
Matériel	M21	L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés.		2	1	1	1	1	
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés.			1	1	1	1	

¹⁴ Pour les établissements de santé privés, le point est redistribué en O11 et O12.

¹⁵ Pour les établissements ayant des lits et places: le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits en partant des équations suivantes: 1 ETP médecin ou pharmacien pour 800 lits. Pour les établissements de santé ayant une activité uniquement fondée sur des places: les points sont accordés si le nombre d'ETP médecin ou pharmacien est supérieur à 0.

¹⁶ Pour les établissements ayant des lits et places: le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits en partant des équations suivantes: 1 ETP IDE ou cadre pour 400 lits. Pour les établissements ayant uniquement des places, les points sont attribués s'ils ont au moins dédié, 1 personnel paramédical dédié (IDE ou cadre).

¹⁷ Si « oui »: si somme des ETP > 0 (quel que soit le nombre de lits ou places de l'établissement).

¹⁸ Si « oui »: 2,5 points; si « partiellement » = 1 point; si « non » = 0 point.

ITEMS		ICALIN.2 – MOYENS	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour éts
Formation du personnel	M31	Il existe une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants ou pour le secteur HAD la convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière.			8	2	2	3	3
	M32	Il existe une formation pour les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres...).				1	1	1	0 (NA) ¹⁹
	M33	Au moins 25 % du personnel médical ²⁰ a bénéficié d'une formation validée par l'EOH.				1	1	1,5	1
	M34	Au moins 25 % du personnel infirmier ²¹ 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 une personne formée).				1	1	1	1
	M36	Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenants dans le cadre des fonctions logistiques.				2	2	0 (NA) ²²	2

¹⁹ Si l'établissement n'est pas concerné, le point est redistribué en M31.

²⁰ Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnel médical (médecin, pharmacien, sage-femme) ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

²¹ Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnel paramédical ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

²² Pour les établissements de santé de type «HAD», les deux points sont redistribués en M31, M33 et M34.

ITEMS		ICALIN.2 – ACTIONS	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour étés	MECSS et autodialyse à domicile CPP et CPA ²³						
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années.	100	50	4 (6 pour MECSS autodialyse, dialyse à domicile et CPA)	1	1	1	1	1,5						
	A12	Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B).				0,5	0,5	0,5	0,5	1						
	A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe				1	1	1	1	2						
	A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole.				1	1	1	1	1						
	A15	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche.				0,5	0,5	0,5	0,5	0,5						
Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années.			100	50	6 (8 pour MECSS autodialyse, dialyse à domicile et CPA)	1	1	1	1	4				
	A22	Le suivi de la consommation en solutions ou gels hydroalcooliques fait l'objet d'une rétro-information par secteurs d'activités au moins une fois par an.						1,5	1,5	1,5	1,5	0				
	A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années.						3,5	3,5	3,5	3,5	4				
Les précautions standards ²⁴	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standards.					100	50	3 (4 pour HAD, les NA, pour MECSS autodialyse, dialyse à domicile et CPA)	1	1	1	1,5	2		
	A32	Une évaluation des pratiques relative aux précautions « standards » autres que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans.								2	2	3	2,5	2		
Les précautions complémentaires	A41	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact ».							100	50	6 (10 pour MECSS autodialyse, dialyse à domicile et CPA)	1	1	1	1	2
	A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes ».										1	1	1	1	2
	A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années.										2	2	2	2	3
	A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes » a été faite dans les 5 dernières années.										2	2	2	2	3

²³ CPP et CPA : centre de cure psychiatrique et centre de postalcoolique.

²⁴ Précautions « standards » autres que l'hygiène des mains.

ITEMS	ICALIN.2 – ACTIONS	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour Ets	MECS et autodialyse et dialyse à domicile CPP ET CPA
La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	100	50	17 (19 pour HAD, 16 pour NA, 2 pour MECSS, autodialyse, dialyse à domicile et CPA) ²⁵	1	1	1	1	0
	A52				1	1	1	2	0
	A53				1	1	1	0 (NA) ²⁶	0
	A54				1	1	1	1	0
	A55				1	1	2	1	0
	A56				2	2	2	0 (NA) ²⁷	0
	A57				4	4	4	4	0
	A58				4	4	5	5	0
	A59				2	2	2	2	2
Environnement	A61			3 ²⁸ (0 pour HAD, 4 pour MECSS autodialyse, dialyse à domicile et CPA)	3	3	0 (NA) ²⁹	3	4

²⁵ Les MECSS, les CPP et CPA, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A51 à A58 (prévention des infections associées aux gestes invasifs). Les points sont redistribués au sein des autres items de la partie actions d'ICALIN.2.

²⁶ Le point est redistribués en A31 et A32.

²⁷ Les deux points de l'item A56 sont redistribués en A52 et A58 – cet item est NA quand A53 est NA.

²⁸ 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 A61 sont alors accordés pour la maintenance de l'eau chaude sanitaire si l'établissement répond à tous les critères eau ; pour les établissements HAD, non concernés par l'environnement, les 3 points sont redistribués aux items A55, A58 et A32.

²⁹ Pour les établissements de santé de type « HAD », les 3 points de A61 sont redistribués en A32, A55 et A58.

ITEMS		ICALIN.2 – ACTIONS	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour éts	MECS et autodialyse et dialyse à domicile CPP ET CPA
Surveillance	A71	Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail.	100	50	7 (10 pour MECSS autodialyse et dialyse à domicile et CPA)	0,5	0,5	0,5	0,5	1
	A72	Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR et AES).				2,5	2,5	2,5	2,5	3
	A73	Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau.				1	1	1	1	1
	A74	Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR et AES) ont été rendus à tous les services participants.				2	2	2	2	3
	A75	Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR et AES) sont présentés en CME.				1	1	1	1	2
Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave	A81	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'événement infectieux grave.			4 (6 pour MECSS autodialyse et dialyse à domicile et CPA)	4	4	4	4	6

III. – CLASSES DE PERFORMANCE- ICALIN.2

Année de référence pour les limites de performance

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ont évolué en 2010 pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

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

Répartition des classes de performance

Les classes de performance ont évolué en 2012 afin d'être plus linéaires ($E < 20 \% \leq D < 40 \% \leq C < 60 \% \leq B < 80 \% \leq A$).

Le tableau ci-après présente les limites des classes pour l'indicateur ICALIN.2 (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, version 2) en fonction des catégories d'établissements.

Cas particuliers des centres de postcure alcoolique, centre de postcure psychiatrique et des centres ambulatoires

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

Limites de classes indicateur ICALIN.2

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

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

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

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

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

Exemple : un CH de moins de 300 lits avec un score ICALIN.2 à 70 sera classé en C.

ANNEXE V

BACTÉRIÉMIE NOSOCOMIALE À SARM (BN-SARM)

Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales en simulation au recueil 2014

Objectif du document

Ce document présente le nouvel indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales « bactériémie nosocomiale à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (indicateur BN-SARM) – Objectif “zéro bactériémie évitable” ». Il définit le cahier des charges, les éléments de preuve et le calcul de l’indicateur qui sera en simulation pour les années 2014 et 2015.

Les modalités de calcul et les éléments de preuve définis dans ce document doivent permettre aux établissements de santé de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs de l’indicateur.

SOMMAIRE

BN-SARM

- I. – CONTEXTE ET OBJECTIF PRINCIPAL
- II. – DÉFINITION
- III. – EXPRESSION DU RÉSULTAT
- IV. – CRITÈRE D’INCLUSION
- V. – CALCUL DE L’INDICATEUR BACTÉRIÉMIE NOSOCOMIALE À SARM

BN-SARM

*Indicateur bactériémie nosocomiale à SARM
(Staphylococcus aureus résistant à la méticilline)*

(Ne concerne pas les MECSS, l’ambulatoire, la psychiatrie,
les centres de postcure alcoolique exclusifs, les centres de postcure psychiatrique)

Cet indicateur permet d’inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes et de gestion du risque associé à ces bactéries. L’association du taux de bactériémies nosocomiales à SARM au critère de gestion du risque permet à chaque établissement de se positionner par rapport aux établissements de même catégorie en termes de niveau de risque. Il incite également à une coopération entre les structures de soins.

I. – CONTEXTE ET OBJECTIF PRINCIPAL

Le risque de survenue d’infection invasive à *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistant à la méticilline (SARM) au cours d’un séjour hospitalier dépend du type de patients pris en charge (notamment de patients déjà porteurs de SARM), du type d’activités réalisées et de l’efficacité des mesures de prévention prises chez les porteurs de SARM.

La réduction progressive des taux d’infections à SARM depuis une dizaine d’années en France fait que les infections invasives sont devenues rares. S’il persiste des infections lors de réadmissions de malades antérieurement colonisés par des SARM (généralement au cours d’une hospitalisation antérieure), la survenue d’un nouvel épisode d’infection acquis au cours d’un séjour donné devrait être exceptionnelle. Ainsi, toute nouvelle infection invasive (bactériémie) acquise devrait faire l’objet d’une analyse approfondie des causes de cet événement afin de prévenir d’éventuels événements ultérieurs du même type.

C’est pourquoi l’indicateur SARM évolue pour être centré sur les rares infections nosocomiales invasives (bactériémies), dont il est attendu qu’elles tendent vers zéro, compte tenu de leur évitabilité potentielle. Dans cet objectif, l’indicateur reflète l’exigence qu’en cas de survenue d’un tel événement celui-ci fasse l’objet d’une analyse approfondie, suivant une méthodologie reconnue.

L'objectif premier de l'indicateur est donc que tous les épisodes de bactériémie nosocomiale fassent l'objet d'une analyse des causes. Son objectif secondaire est que les actions entreprises à la suite de ces analyses fassent tendre vers zéro le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM évitables.

II. – DÉFINITION

L'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) est un indicateur mixte de résultat et de moyens. Il est présenté sous la forme d'un nombre d'événements défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une hémoculture positive à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a été isolée dans l'année, et définie comme acquise dans l'établissement, c'est-à-dire survenant après plus de deux jours d'hospitalisation dans l'établissement où l'événement est survenu, ET ayant fait l'objet d'une analyse des causes. Il est attendu que ce nombre d'événements soit nul ou proche de zéro et qu'en cas de survenue d'un ou plusieurs cas chacun fasse l'objet d'une analyse, avec l'aide de l'EOH.

L'exposition au risque de SARM variant en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, l'indicateur complémentaire du taux de bactériémie nosocomiale à SARM est stratifié par catégorie d'établissement, permettant à chacun de se situer par rapport aux établissements de même catégorie, *a priori* exposés à un niveau de risque similaire.

III. – EXPRESSION DU RÉSULTAT

Cet indicateur est exprimé par le nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquises dans l'établissement au cours du séjour du patient), relevé à partir des données du laboratoire de microbiologie, ET qui ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes. Un épisode de bactériémie est défini par la survenue d'une ou plusieurs hémocultures positives à SARM chez le même patient, survenant (c'est-à-dire prélevée) plus de 48 heures après son admission dans l'établissement.

Chaque épisode de bactériémie nosocomiale doit faire l'objet d'une analyse systémique/approfondie des causes par une méthode appropriée (RMM, REX...). Un patient n'est pris en compte qu'une seule fois (élimination des « doublons »); en cas de survenue de plusieurs épisodes chez un même patient dans l'année, un seul d'entre eux est analysé.

L'indicateur complémentaire du taux de BN à SARM reflète le recrutement et les activités de l'établissement et pondère le précédent. Les résultats de cet indicateur complémentaire sont indiqués par catégorie d'établissements (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer).

Le recueil de l'indicateur suppose donc de :

1. Relever l'ensemble des épisodes de bactériémies à SARM de l'année.
2. Identifier les cas acquis dans l'établissement (nosocomiaux) parmi l'ensemble de ces épisodes et déterminer leur source.
3. Mettre en place et vérifier la réalisation d'une analyse des causes pour chaque épisode identifié en 2.

L'indicateur est présenté sous la forme :

Nombre d'épisodes de bactériémie nosocomiale à SARM
ayant fait l'objet d'une analyse des causes (3);

Nombre total d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM relevé dans l'année (2).

Et l'indicateur « complémentaire » par :

Nombre d'épisodes de bactériémie nosocomiale à SARM (2);
Nombre total d'épisodes de bactériémies à SARM relevé dans l'année (1).

IV. – CRITÈRE D'INCLUSION

Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM, y compris les structures d'HAD. Seules les catégories MECSS, ambulatoire exclusif, psychiatrie, centres de postcure alcoolique exclusifs, centres de postcure psychiatrique ne sont pas concernées par le recueil de cet indicateur.

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) représentent un cas particulier parmi les établissements de santé. En effet, si les structures d'HAD sont des établissements de santé à part entière, les soins qu'elles délivrent sont réalisés hors les murs d'un établissement de santé. Il s'agit de soins coordonnés médicaux et infirmiers délivrés à domicile par des professionnels de santé hospitaliers et/ou non hospitaliers. S'agissant d'une infection potentiellement en rapport avec un acte de soins ou d'une transmission véhiculée par le personnel de santé, on se situe ici dans la notion d'infection associée aux soins (IAS) plutôt que dans celui de « nosocomial ». Néanmoins, il apparaît pertinent d'inclure les structures d'HAD parmi les établissements relevant du calcul de l'indicateur BN-SARM.

Cependant, compte tenu des allers-retours possibles des patients entre les structures d'HAD et les hôpitaux correspondants qui leur confient des patients, le lieu d'acquisition de l'infection peut être difficile à déterminer. Pour ces raisons, il est recommandé aux structures d'HAD de réaliser l'analyse des cas de bactériémies à SARM survenant au cours du séjour en HAD, et de se rapprocher, chaque fois que possible, des établissements correspondants pour réaliser l'analyse des causes en cas de survenue d'un événement dont l'origine n'apparaît pas clairement. L'analyse de ces cas difficiles pourra être regroupée en s'appuyant sur l'expertise des structures régionales ou interrégionales (CCLIN-ARLIN). Cette conduite s'inscrit, par ailleurs, dans la mise en place de démarches de retours d'expérience contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Par l'analyse pluriprofessionnelle d'événements indésirables et de dysfonctionnements associés aux soins, le retour d'expérience permet la mise en place d'actions d'amélioration contribuant à la diminution des risques dans les établissements de santé.

V. – CALCUL DE L'INDICATEUR BACTÉRIÉMIE NOSOCOMIALE À SARM

a) Éléments à collecter

Nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins un épisode de bactériémie à SARM a été identifié dans l'année:

__ __

Nombre d'épisodes de bactériémie à SARM identifiés comme acquis dans l'établissement au cours de l'année:

__ __

Nombre d'épisodes de bactériémie à SARM nosocomiaux identifiés dans l'année et ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes:

__ __

Éléments de preuve

Une liste (ou récapitulatif) des hémocultures positives à SARM datée de l'année du bilan, établie par le laboratoire de microbiologie et l'EOH, est présentée, identifiant les cas nosocomiaux et leur porte d'entrée identifiée, après discussion avec les cliniciens.

Listing ou récapitulatif des analyses approfondies de causes réalisées pour un épisode de bactériémie nosocomiale à SARM acquise dans l'établissement, validée par l'EOH ou le gestionnaire de risque de l'établissement.

Aide au remplissage

Épisodes de bactériémies à SARM inclus:

- identifiés comme une ou plusieurs hémocultures positives à SARM isolées chez un même patient au cours de l'hospitalisation dans l'établissement (ou du séjour en HAD); et
- considérés comme infection acquise dans l'établissement, c'est-à-dire associés aux soins (IAS) pratiqués dans l'établissement, une bactériémie non présente ou en incubation lors de l'admission dans l'établissement; un délai d'au moins 48 heures est habituellement utilisé pour définir une IAS. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection. (réf. CTINILS 2006);
- chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine ou en HAD, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins³⁰: court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, 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).

³⁰ Concernant la spécialité d'hémodialyse, sont concernés les secteurs d'hémodialyse en centres et en unités de dialyse médicalisées et sont exclus les secteurs de « dialyse réservée aux vacanciers ».

b) Analyse des causes d'épisode de bactériémie nosocomiale à SARM

L'objectif de l'indicateur BN-SARM est d'inciter les établissements à prévenir, autant que possible, et de faire tendre vers zéro le nombre de cas de bactériémies nosocomiales évitables à SARM. Dans ce but, les établissements sont fortement incités à réaliser une analyse des causes de survenue de ces événements, considérés comme potentiellement évitables. (Gestion des risques/analyse des causes/HAS ; outils gestion des risques/CCLIN-ARLIN.)

L'indicateur est représenté par la proportion d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) ayant fait l'objet d'une analyse des causes, parmi l'ensemble des BN-SARM recensées dans l'année, et exprimé sous forme du degré d'atteinte de l'objectif de gestion du risque SARM, par un code couleur vert, jaune ou orange si respectivement 75-100 % des épisodes nosocomiaux, 50-74 %, ou < 50 % des épisodes ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes.

Pour les établissements ayant un nombre de BN-SARM égal à 0, cet indicateur n'est pas figuré (« NA »). Pour ceux ayant un nombre de bactériémie nosocomiale ≥ 1, l'indicateur est exprimé selon le tableau suivant reflétant le nombre d'analyses des causes effectuées en fonction du nombre d'événements :

INDICATEUR	VERT	JAUNE	ORANGE
Nombre de BN à SARM	Nombre d'analyses des causes réalisées		
1	1 (100 %)		0
2	2 (100 %)	1 (50 %)	0
3	3 (100 %)	2 (66 %)	1-0
4	4-3 (100-75 %)	2 (50 %)	1-0
5	5-4 (100-80 %)	3 (60 %)	0-2 (0-40 %)
6	6-5 (100-83 %)	4-3 (67-50 %)	0-2 (0-33 %)
7	7-6 (100-86 %)	5-4 (71-57 %)	0-3 (0-43 %)
8	8-6 (100-75 %)	5-4 (62-50 %)	0-3 (0-37 %)
9	9-7 (100-77 %)	6-5 (66-55 %)	0-4 (0-44 %)
10	10-8 (100-80 %)	7-5 (70%-50 %)	0-4 (0-40 %)

Il est indépendant de la catégorie d'établissement.

c) Indicateur BN-SARM

Si la plupart des épisodes d'infection nosocomiale invasive à SARM sont considérés comme évitables, leur survenue reste cependant encore possible, notamment chez des malades antérieurement colonisés par du SARM.

L'indicateur « analyse des causes de BN-SARM » est donc assorti d'un indicateur complémentaire, reflétant le recrutement de l'établissement et le risque nosocomial d'infection à SARM à partir du nombre total annuel d'épisodes de bactériémies à SARM recensé dans l'établissement :

$$\frac{\text{Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM identifiées dans l'année}}{\text{Nombre total d'épisodes de bactériémies à SARM identifiées dans l'année}}$$

ANNEXE VI

MODALITÉS DE CONTRÔLE ET DE VALIDATION DES DONNÉES DÉCLARÉES

1. Contexte

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

Dans ce contexte, une orientation nationale de contrôle coordonnée par la DGOS et la HAS est appliquée depuis 2013 à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins dits « généralisés »³¹.

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

Il vise à :

- fiabiliser les résultats des indicateurs généralisés rendus opposables aux établissements de santé en particulier afin de garantir la validité de l'information diffusée publiquement et utilisée au sein des dispositifs de contractualisation ARS-établissement de santé, de certification ;
- valider l'organisation de l'établissement de santé au regard des exigences sur la lutte contre les infections nosocomiales et discuter des priorités identifiées par l'établissement de santé.

2. Méthodologie

2.1. Champ du contrôle

Tous les établissements de santé, publics et privés (*cf.* annexe II), sont concernés par le tableau de bord des infections nosocomiales et, par conséquent, peuvent faire l'objet d'un contrôle qualité de ce recueil.

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

2.2. Sélection des établissements à contrôler

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

En 2014, dans le cadre de l'ONC, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10 % au niveau de chaque région.

2.3. Sélection des indicateurs à contrôler

Les indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil sont les indicateurs recueillis en 2014 cités dans l'arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité sécurité des soins. Ce contrôle peut porter également sur ICALIN.2 s'il a été recueilli par l'établissement.

Le contrôle peut porter sur un ou plusieurs indicateurs du tableau de bord des IN en fonction du plan d'inspection régional. Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés :

- pour les établissements de santé n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN : le contrôle porte sur l'ensemble des indicateurs IN renseignés par l'établissement (ce nombre est fonction de la catégorie d'établissement) ;
- pour les établissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle qualité de leur tableau de bord IN : le contrôle porte sur un, plusieurs ou la totalité des indicateurs renseignés par l'établissement. Ce choix relève de l'ARS, qui veillera cependant à maintenir une cohérence dans les indicateurs contrôlés.

³¹ Un indicateur généralisé est dit d'un indicateur rendu obligatoire par l'arrêté annuel fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins rendus opposables. La communication du résultat d'un indicateur généralisé est réservée uniquement à l'établissement de santé lors de la première année de généralisation. Puis, à partir de la deuxième année, la communication des résultats devient publique.

2.4. Modalités de validation

La validation des données déclarées par l'établissement consiste à contrôler les déclarations de l'établissement au regard des éléments de preuve définis dans le « cahier des charges ». 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 du contrôle s'organise à la convenance des services qui en sont chargés, en liaison avec les établissements sélectionnés: dans l'établissement au cours d'une visite spéciale ou d'une visite pour une autre occasion, ou lors d'une réunion au siège de l'ARS ou de la délégation territoriale.

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

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

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

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

La validation définitive devra être réalisée avant le 21 septembre 2014.

3. Outils d'aide à la validation

Le « cahier des charges »

Il définit les éléments de preuve à rassembler par l'établissement en vue de la validation de ses déclarations. Le cahier des charges 2013 ne comprend les éléments de preuve que pour les items permettant le calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales recueillis en 2014 (ICA-BMR, ICATB.2, ICSHA.2, ICALIN.2).

La grille de contrôle

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

La liste des établissements tirés au sort par l'ATIH

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

ANNEXE VII

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

I. – GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU RÉGIONAL

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 (<https://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. Ces comptes doivent également créer les comptes Administrateur principaux d'établissement pour les établissements remontant des données BILANLIN mais ne remontant pas de données dans d'autres domaines (PMSI, ANCRE...).

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 PLAGE ;
- 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 « Contrôleur » ou de « Lecteur » dans PLAGE.

Un « contrôleur » pourra valider les données saisies par les établissements. 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 » dans le domaine BILANLIN.

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

Pour cela, l'Administrateur doit se connecter à <https://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 « Domaines: Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- cocher le Rôle « 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 à gauche 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

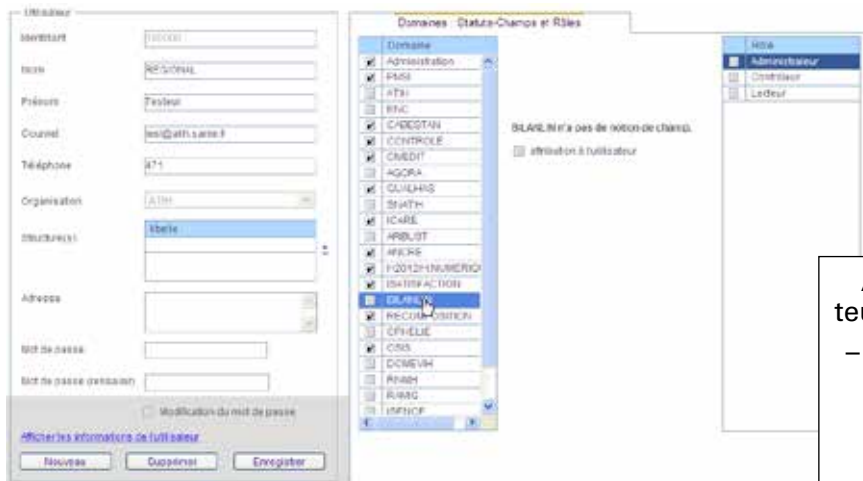
Un Administrateur dans le domaine Administration doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle de « Contrôleur » ou de « Lecteur ».

Pour cela, l'Administrateur doit se connecter à <https://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 « Domaines: Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- cocher le Rôle « Contrôleur » ou « Lecteur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;

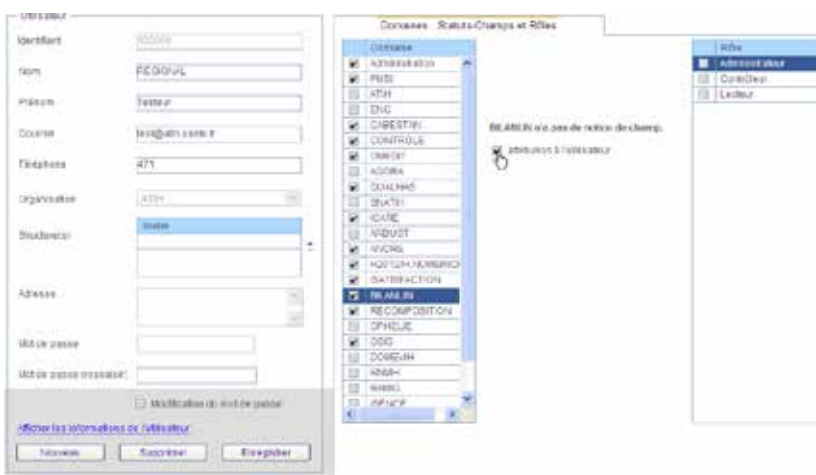
- pour valider ces modifications, l'Administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas à gauche de la zone Utilisateur.

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.



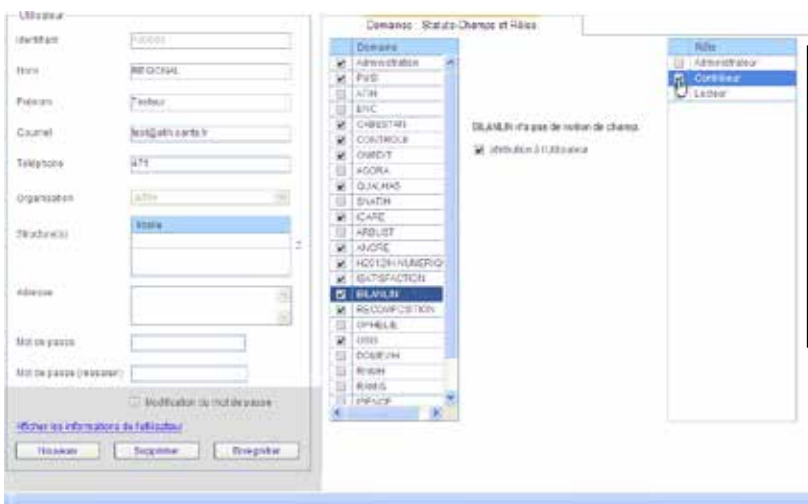
Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1):

- 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 : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher à droite attribution à l'utilisateur.



Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2):

- cocher le Rôle « Contrôleur » ou « Lecteur »;
- pour valider, cliquer impérativement sur Enregistrer en bas de la zone Utilisateur.



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

GLOSSAIRE

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

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, BILANLIN, ISATISFACTION, SNATIH...) 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 exemple) n'ont pas de notion de champ ni de statut.

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

II. – GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ÉTABLISSEMENTS

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 (<https://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 des fichiers » ou de « Lecteur » dans PLAGE ;
- 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 des fichiers » ou de « Lecteur » dans PLAGE.

Un « Gestionnaire de fichiers » pourra saisir et valider les données. Un « lecteur » ne pourra que visualiser les données.

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

1. La personne a déjà un compte PLAGE

Un Administrateur dans le domaine Administration doit attribuer le rôle de « Gestionnaire des fichiers » ou de « Lecteur » dans le domaine BILANLIN.

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

Pour cela, l'Administrateur doit se connecter à <https://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 « Domaines : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher « attribution à l'utilisateur » (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- cocher le Rôle « 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 à gauche 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.

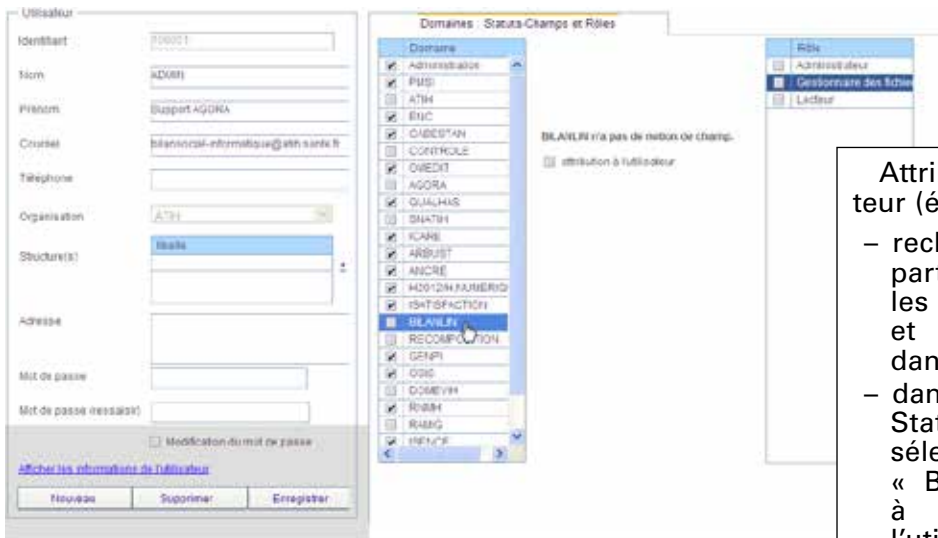
2. La personne n'a pas de compte PLAGE

Un Administrateur dans le domaine Administration doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle de « Gestionnaire des fichiers » ou de « Lecteur ».

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

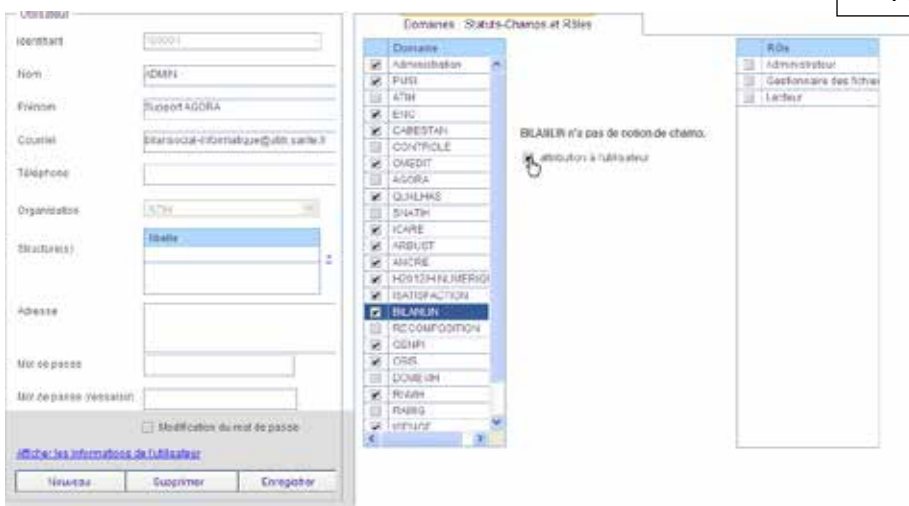
- aller dans le menu [Gestion des Utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement] ;
- cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone « Utilisateur »). Renseigner les informations Utilisateur puis Enregistrer ;
- rechercher l'utilisateur à partir de son nom dans les Critères de recherche. Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste ;
- dans la zone « Domaines : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (*cf.* copie d'écran en fin de ce document) ;
- cocher le Rôle « 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 à gauche 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.



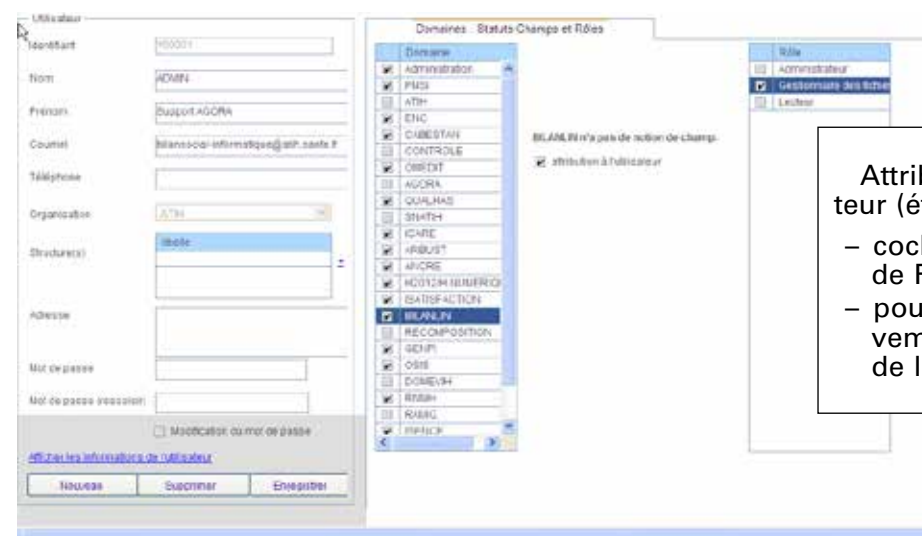
Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1):

- 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 : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher à droite attribution à l'utilisateur.



Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2):

- cocher le Rôle « Gestionnaire de Fichiers » ou « Lecteur »;
- pour valider, cliquer impérativement sur Enregistrer en bas de la zone Utilisateur.



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

GLOSSAIRE

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

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, BILANLIN, ANCRE, ISATISFACTION, SNATIH...) 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.