

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention
des risques infectieux

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

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

Bureau de la qualité et de la sécurité
des soins en établissements de santé

Circulaire DGS/DHOS/RI/E2 n° 2010-60 du 12 février 2010 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2009

NOR : SASP1004295C

Date d'application : immédiate.

Résumé : recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2009 dans les établissements de santé.

Mots clés : bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2009.

Références :

Article R. 6111-2 du code de la santé publique (décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé) ;

Arrêté du 5 mai 2008 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe (questionnaire) ;

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins ;

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

Textes abrogés : DGS/DHOS/RI/E2 n° 2009-44 du 26 février 2009 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2008.

Annexes :

Annexe I. – Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2009 de lutte contre les infections nosocomiales.

Annexe II. – Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2009.

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

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

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

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

L'annexe I de cet arrêté (questionnaire) sert à l'élaboration du tableau de bord des infections nosocomiales.

I. – BILAN DES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE 2009

A. – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le contenu du bilan 2009 est identique à celui de 2008.

A partir de 2010 (recueil 2011), les indicateurs évolueront progressivement pour prendre en compte les objectifs fixés par le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS et le programme national 2009-2013 de prévention des IN que les établissements doivent mettre en œuvre, sans attendre la publication des nouveaux indicateurs.

Le recueil des déclarations du bilan standardisé des établissements de santé se fait, comme l'année passée, sur le site internet sécurisé suivant : <https://www.bilanlin.sante.gouv.fr>

Pour les établissements déjà présents dans la base nationale, les identifiants (login et mot de passe), transmis lors de la campagne 2007, restent inchangés.

Les établissements nouveaux ou fusionnés, nécessitant la création d'un nouveau dossier dans la base de données nationale, devront s'identifier auprès du référent régional de la DRASS qui transmettra leur demande à l'adresse IAS@sante.gouv.fr pour envoi direct des identifiants (login et mot de passe).

Les établissements se reporteront à l'annexe III pour les procédures de connexion et de saisie des données.

La date limite de déclaration est fixée au vendredi 30 avril 2010. Le site bloquera automatiquement les saisies à cette date, mais permettra la consultation des déclarations.

Une assistance technique est mise à disposition des établissements à l'adresse électronique suivante : IAS@sante.gouv.fr. En cas d'urgence uniquement, il est possible de la contacter par téléphone au 01-40-56-72-87. Dans tous les cas, le login devra être fourni pour identification.

B. – DDASS (OU DRASS QUAND LE DOSSIER EST RÉGIONALISÉ)

Les DDASS transmettront aux établissements, au plus tard le mardi 23 février 2010 :

- la présente circulaire ;
- ses quatre annexes (uniquement si la transmission se fait par voie électronique)
- une lettre de transmission qui précisera :
- l'adresse internet suivante permettant de télécharger les documents ci-dessus : [<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections-nosocomiales/tableau-bord-infections-nosocomiales-etablissements-sante-campagne-2008.html> var_recherche=tableau] ;
- le nom et les coordonnées de la personne responsable du dossier à la DDASS (ou DRASS), ainsi que son adresse électronique ;
- le rappel de la nécessité de mettre à la disposition de la DDASS et de la DRASS les éléments de preuve définis dans le « cahier des charges » ;
- les modalités régionales de prise en compte des demandes de corrections des établissements après le verrouillage du compte utilisateur de l'établissement.

Les directeurs (DDASS ou DRASS) définiront les modalités de transmission aux établissements de ces documents qui devront garantir la saisine officielle des chefs d'établissement pour l'application de ces directives. Ils veilleront à adresser ces instructions de façon exhaustive à tous les établissements de santé de leur département ou région. Une attention particulière sera portée aux établissements d'HAD (hospitalisation à domicile), d'hémodialyse et aux MECSS (maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée) en rappelant les dispositions du code de la santé publique (art. R. 6111-2).

L'agent, désigné par le directeur, responsable de la gestion des déclarations des établissements s'assurera de l'exhaustivité des déclarations des établissements de son département (de sa région).

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

C. – DRASS

La DRASS est chargée, en liaison avec les DDASS, de définir les modalités de prise en compte des demandes de corrections des établissements pour la période comprise entre la validation par l'éta-

blissement de sa déclaration qui verrouille son compte personnel et la clôture de la campagne (vendredi 30 avril 2010) qui verrouille tous les comptes d'établissements. Après cette date, aucune demande de correction ne devrait être recevable.

Le référent régional de la DRASS apportera son concours aux DDASS au cours des différentes phases de déclaration des bilans par les établissements ainsi que pour la validation des données déclarées des établissements sélectionnés (voir ci-après). Il apportera également son concours à l'administration centrale pour valider les changements de la base nationale concernant les établissements de sa région (nouvel établissement, fusion, suppression).

Après publication des résultats par le ministère chargé de la santé, le référent régional réalisera une synthèse régionale des résultats du bilan des activités de la lutte contre les infections nosocomiales et du tableau de bord des infections nosocomiales. Un module de synthèse automatisé sera disponible sur intranet à cet effet.

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

La DRASS transmettra cette synthèse régionale aux établissements de santé et à l'ARH afin notamment de lui permettre d'accompagner les établissements de santé dans leurs actions.

La DRASS transmettra également au CTRI la synthèse régionale.

II. – VALIDATION DES DONNÉES DÉCLARÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

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

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

Les objectifs de la validation : comme les années précédentes, l'objectif est de valider au moins 10 % des établissements de santé.

La sélection des établissements à valider sera effectuée par la DDASS en liaison avec le référent régional de la DRASS. Il sera privilégié les établissements n'ayant pas été validés au cours des années précédentes.

Les outils d'aide à la validation : les outils d'aide à la validation sont précisés en annexe IV.

Les validations et les corrections devront être réalisées avant le 31 août 2010. Après cette date, les comptes des DDASS et DRASS seront verrouillés, mais une consultation des déclarations sera toujours possible.

Le référent régional nommé par le directeur de la DRASS veillera au bon déroulement des opérations en liaison avec les DDASS et l'administration centrale.

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

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale adjointe de la santé,
S. DELAPORTE

Par empêchement de la directrice
de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :
Le chef de service,
F. FAUCON

TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2009

ANNEXE I

**CALENDRIER DES ÉTAPES DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES BILANS STANDARDISÉS
DES ACTIVITÉS 2009 DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

| ACTEURS | ÉTAPES | CALENDRIER 2010 |
|---|--|--|
| DDASS | Diffusion auprès des établissements de santé de la circulaire et de ses 2 annexes avec lettre de transmission. | Au plus tard le mardi 23 février 2010 |
| Etablissements de santé | Saisie et validation interne du bilan 2009. | Jusqu'au vendredi 30 avril 2010 (verrouillage des comptes « utilisateur ») |
| DDASS (ou DRASS quand le dossier est régionalisé) | Suivi de l'exhaustivité des établissements répondants. Recensement des modifications de la base (regroupement, fermeture, etc.) pour transmission à la direction générale de la santé. Gestion des déclarations du département (région). Validation des données déclarées par les établissements. Corrections. | Jusqu'au 31 août 2010 (verrouillage des comptes « administrateur ») |
| Réfèrent régional | Assistance des DDASS et des établissements. | |
| | Liaison avec l'administration centrale : modifications de la base établissements, divergences sur les résultats de la validation. | |
| | Edition d'une synthèse régionale. Exploitation des données de validation. Transmission de la synthèse régionale à l'ARH, aux établissements de santé et au CTRI. | Avant le 15 novembre 2010 |
| ARH/DRASS | Exploitation des synthèses régionales | |
| Ministère chargé de la santé | Assistance des DRASS, DDASS et établissements de santé. | |
| | Envoi électronique des résultats provisoires individuels pour information et éventuelles demandes de correction. | 1 ^{re} quinzaine d'octobre 2010 |
| | Envoi électronique des résultats définitifs individuels. | 2 ^e quinzaine de novembre 2010 |
| | Publication des résultats. | |

ANNEXE II

CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX CONSIGNES DE REMPLISSAGE ET AUX ÉLÉMENTS DE PREUVE DES DONNÉES DÉCLARÉES DANS LE BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2009

Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'indice de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal (SARM). Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH).

Ce cahier des charges comprend une partie relative aux questions servant à calculer les indicateurs ICATB, ICSHA et SURVISO (valorisation et éléments de preuve) et SARM ainsi que des annexes relatives aux modalités de calcul et de classement des indicateurs et du score agrégé.

Mode d'emploi du cahier des charges

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Les éléments de preuve réunis en 2008 peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste, etc.). Le dossier de preuves 2009 est une actualisation du dossier de preuves 2008.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

A. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICALIN

O111 : **Projet d'établissement**

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

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

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

O131 : **Livret d'accueil**

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

O211 : **Réunions du CLIN**

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

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

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

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

O32 : **Rapport d'activités**

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

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

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

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

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

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

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

A12 (1 à 10) : **Autres protocoles**

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

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

A22 : **Programme de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR)**

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

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

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

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

A31, A32 : **Actions d'évaluation**

B. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICATB

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

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

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

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

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

ATB5A : **Connexion informatique**

ATB5B : **Prescription informatisée des médicaments**

ATB6 : **Formation des nouveaux prescripteurs**

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

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

C. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICSHA

D. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À SURVISO

E. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

TABLEAUX

TABLEAU N° 1 : **Catégories d'établissements de santé utilisées dans le tableau de bord**

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

TABLEAU N° 3 : **Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions**

TABLEAU N° 4 : **Limites des classes de résultats d'ICALIN par catégorie d'établissements de santé**

TABLEAU N° 5 : **Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions**

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

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

TABLEAU N° 8 : **Modalités de calcul du score agrégé**

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

A. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICALIN

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

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

| | |
|---|--------------------|
| 2. Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant l'année ? | I _ I _ I réunions |
|---|--------------------|

Consignes de remplissage

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

Valorisation

- 0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.
- 2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.
- 6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

Éléments de preuve

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

O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

| | |
|--|--------------------|
| 3. Combien y a-t-il eu de réunions de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année ? | I _ I _ I réunions |
|--|--------------------|

Consignes de remplissage

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

Valorisation

- 0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.
- 1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.
- 4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

Éléments de preuve

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

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

O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

| | |
|--|---|
| 4. Les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ont-ils été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (art. R. 6111-6 du code de la santé publique), même s'ils n'assistent pas aux séances ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

ou

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

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

| Catégories de personnel dans l'EOHH | Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN |
|-------------------------------------|---|
| Médecin | 1__1, 1__1 ETP |
| Pharmacien | 1__1, 1__1 ETP |
| Cadre infirmier | 1__1, 1__1 ETP |
| Infirmier non cadre | 1__1, 1__1 ETP |
| Technicien biohygiéniste | 1__1, 1__1 ETP |
| Secrétaire | 1__1, 1__1 ETP |

Consignes de remplissage

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

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

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

Valorisation

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

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

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

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

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

Éléments de preuve

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

ou
facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

| | |
|--|-------|
| Nombre total de services ou des secteurs d'activités | _ _ _ |
|--|-------|

| | | |
|--|--|---|
| Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants en hygiène ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Indiquer le nombre de services de soins où est identifié : | |
| | Au moins un correspondant médical | _ _ services |
| | Au moins un correspondant paramédical | _ _ services |

Consignes de remplissage

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

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

Valorisation

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

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

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

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

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

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

Éléments de preuve

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

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

O111 : Projet d'établissement

| | | |
|---|---|---|
| L'établissement a-t-il adopté un projet d'établissement | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont-ils définis dans le projet d'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

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

| | | |
|--|---|---|
| L'établissement a-t-il signé avec l'ARH un contrat d'objectifs et de moyens (COM) ou une convention tripartite pour le secteur privé | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Le COM ou la convention tripartite définit des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

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

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

Éléments de preuve

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

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

O131 : Livret d'accueil

| | | |
|---|---|---|
| L'établissement a-t-il publié un livret d'accueil ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Ce livret d'accueil contient-il ou est-il distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

- le livret d'accueil
- ou
- le document joint au livret d'accueil.

O31 : Elaboration d'un programme d'actions

| | |
|---|---|
| Cette année, un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOHH ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Programme d'actions et :

- compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté, ou
- éléments de preuve de l'item O121 (avis des instances).

O121 : Avis sur le programme d'actions

| | |
|---|---|
| Le programme d'actions de cette année a-t-il été : | |
| soumis à l'avis de la conférence ou commission médicale de l'établissement (CME) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| soumis à l'avis de la commission du service de soins infirmiers (CSSI) (secteur public uniquement) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| soumis pour délibération au conseil d'administration (CA) (ou équivalent dans le secteur privé) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| transmis, après délibération du CA, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

0,5 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins deux des quatre instances pour les établissements publics ou d'au moins une des trois instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

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

Éléments de preuve

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

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

O32 : Rapport d'activités

| | |
|--|---|
| Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente, a-t-il été élaboré par le CLIN ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Rapport d'activité

ou

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

ou

éléments de preuve de l'item O122 (avis des instances).

O122 : Avis sur le rapport d'activité

| | |
|---|---|
| Ce rapport d'activité a-t-il été : | |
| soumis à l'avis de la conférence ou commission médicale de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| soumis à l'avis de la commission du service de soins infirmiers (secteur public uniquement) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| soumis pour délibération au conseil d'administration (ou équivalent dans le secteur privé) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| transmis, après délibération du conseil d'administration, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

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

A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR)

| | |
|--|---|
| Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Consignes de remplissage

| | |
|--|---|
| Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Consignes de remplissage

Répondez OUI si le programme BMR comprend au moins :

– la définition des BMR prioritaires pour l'établissement

et

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

et

– l'existence d'un protocole sur les « techniques d'isolement » (protocole n° 8).

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

- la définition des BMR prioritaires pour l'établissement
- et
- l'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- et
- un protocole sur les « techniques d'isolement » (protocole n° 8).

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

| | |
|--|---|
| Existe-t-il un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

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

| | |
|--|---|
| Existe-t-il un protocole de prise en charge en urgence des AES ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Consignes de remplissage

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

A21 (2) : Actions de prévention des AES

| | |
|---|---|
| L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Consignes de remplissage

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

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement
ou
compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.

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

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| L'eau a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année en ce qui concerne : | | |
| | Le réseau d'eau chaude sanitaire ? | <input type="checkbox"/> Oui, avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

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

A11 (3 à 5) : Autres protocoles prioritaires

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

Consignes de remplissage

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

Valorisation

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

Éléments de preuve

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

A12 (1 à 10) : Autres protocoles

| THÈMES DES PROTOCOLES | PROTOCOLES EXISTANTS |
|--|---|
| 5) Dispositifs intra-vasculaires | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8) Techniques d'isolement | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10) Soins préventifs d'escarres | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 11) Pansements | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 12) Antiseptiques | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 13) Désinfectants | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 14) Traitement des DM (endoscopes, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 15) Entretien des locaux | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 16) Élimination des déchets | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 17) Circuit du linge | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Consignes de remplissage

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

Valorisation

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

Éléments de preuve

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

A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

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

Consignes de remplissage

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.

A26 : Désignation d'un responsable du signalement

| | |
|---|---|
| 1. L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Valorisation

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

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

Élément de preuve

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

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

| | | |
|---|--|---|
| 1. Un programme de formation en hygiène hospitalière a-t-il été élaboré cette année ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Ce programme de formation a-t-il été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Valorisation

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

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

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

Éléments de preuve

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année
ou/et

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

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

| | |
|--|---|
| Le CLIN a-t-il été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Consignes de remplissage

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

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

| | |
|--|--|
| 3. Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a-t-elle été prévue pour les catégories de personnels suivantes : | |
| Nouveaux personnels recrutés ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Personnels intérimaires ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet |
| Etudiants (médicaux, paramédicaux, autres) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet |

Consignes de remplissage

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

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

Valorisation

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

1,5 point sera accordé aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

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

Éléments de preuve

Descriptif des dispositions mises en œuvre lors de l'arrivée d'un nouveau personnel pour le former aux mesures adoptées par l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales, comprenant le programme de la formation

et

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

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

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

| | NOMBRE TOTAL de personnels formés | NOMBRE TOTAL d'heures de formation |
|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Médecins ou pharmaciens | □□□ | □□□□ |
| Personnels infirmiers | □□□ | □□□□ |
| Autres personnels permanents | □□□ | □□□□ |

Consignes de remplissage

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

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

Valorisation

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

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

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

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

Éléments de preuve

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

ou

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

ou

Extrait du rapport d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.

A31, A32 : Actions d'évaluation

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

Valorisation

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

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

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

Éléments de preuve

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

ou

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

B. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICATB

Catégories d'établissements concernées :

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

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
| L'établissement a-t-il une instance, propre ou partagée avec d'autres structures, chargée d'impulser et coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques ? (Commission des antibiotiques de la circulaire) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année | _ _ |

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

Consignes de remplissage

Existence de l'instance : il existe une instance dont la composition est disponible et qui est officiellement chargée, par le responsable légal de l'établissement ou le président d'une autre instance dont elle est l'émanation, du bon usage des antibiotiques.

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

Nombre de réunions : compter les réunions effectives de cette instance quand elle a une existence autonome ou, dans les petits établissements, le nombre de réunions de la commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

Valorisation

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

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

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

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

Éléments de preuve

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

ATB2: Existence d'un référent en antibiothérapie

| | |
|--|---|
| Existe-t-il au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

le nom du référent

et

la mention « référent en antibiothérapie ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

| | |
|--|--|
| Existe-t-il un ou des protocoles validés par l'instance ci-dessus, sur l'antibioprophylaxie chirurgicale et basés sur un référentiel reconnu (2) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné |
|--|--|

Consignes de remplissage

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

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR dont la dernière actualisation date à ce jour de 1999. (<http://www.sfar.org/anti-biofr.html>) et validé par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Protocoles faisant référence aux recommandations de la SFAR, datés et validés par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

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

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.

ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

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

Consignes de remplissage

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

Valorisation

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

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

| ITEMS | ÉTABLISSEMENTS AVEC CHIRURGIE | | ÉTABLISSEMENTS SANS CHIRURGIE | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| | Avec urgences | Sans urgences | Avec urgences | sans urgences |
| 3b - Protocole antibiothérapie | 1 | 1,5 | 1,5 | 2 |
| 3b appliqué aux urgences | 0,5 | - | 0,5 | - |
| TOTAL | 1,5 | 1,5 | 2 | 2 |

Éléments de preuve

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

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

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

Valorisation

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

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

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

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

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

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

Éléments de preuve

4. Liste des antibiotiques disponibles : liste validée par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office ou compte rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste.

4.1. Liste des antibiotiques à dispensation contrôlée : liste avec définition des critères de prescription portant une validation par la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office ou compte rendu de la réunion de la commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste et des critères de prescription.

4.1.1. Durée limitée : il existe un support de prescription nominatif transmis à la PUI (pharmacie à usage interne) avec une durée limitée à 72 heures maximum pour les antibiotiques à dispensation contrôlée.

ATB5a : Connexion informatique

| | |
|--|---|
| Existe-t-il une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Consignes de remplissage

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

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

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| 5.b La prescription du médicament est-elle informatisée ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Partiellement ou totalement | <input type="checkbox"/> Part. <input type="checkbox"/> Total |

Consignes de remplissage

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

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

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

Valorisation

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

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

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

Éléments de preuve

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

ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

| | |
|---|---|
| 6. Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, est-elle prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Consignes de remplissage

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

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

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Un support documentaire institutionnel sur le sujet,
et

Au moins une séance de formation/information sur le sujet a été organisée si l'établissement a accueilli dans l'année un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.

ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

| | |
|--|---|
| 7. Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a-t-elle été réalisée au cours de l'année de ce bilan ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Résultats de l'évaluation dans un document validé par la commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

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

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

| | | |
|---|---|---|
| 8. Existe-t-il une surveillance de la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ? (9) | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI | Résultats annuels (DDJ/1 000 JH) selon les niveaux ATC3 : | |
| | JO1A – Tétracyclines | _ _ _ _ |
| | JO1B – Phénicolés | _ _ _ _ |
| | JO1C – Pénicillines | _ _ _ _ |
| | JO1D – Céphalosporines, monobactams et carbapénèmes | _ _ _ _ |
| | JO1E – Sulfamides et triméthoprim | _ _ _ _ |
| | JO1 F – Macrolides et apparentés | _ _ _ _ |
| | JO1G – Aminosides | _ _ _ _ |
| | JO1M – Fluoroquinolones | _ _ _ _ |
| | JO1X – Autres antibiotiques dont glycopeptides | _ _ _ _ |
| | TOTAL des DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues | _ _ _ _ _ |

Consignes de remplissage

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

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

Valorisation

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

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

Éléments de preuve

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat par familles d'antibiotiques)

ou

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

C. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À ICSHA

Catégories d'établissements concernées :

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

| |
|--------------------------------|
| 13 – MECSS |
| 14 – Ambulatoire |
| Centres de postcure alcoolique |

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

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

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

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

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

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

Journées d'hospitalisation prises en compte au dénominateur d'ICSHA : selon définitions des bordereaux SAE).

- hospitalisation complète et de semaine : les journées réalisées en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD), psychiatrie générale et infanto-juvénile ;
- alternatives à l'hospitalisation complète : les journées de prise en charge en l'hospitalisation à domicile (HAD) ne sont pas prises en compte. Les venues en hospitalisation de jour, de nuit, en anesthésie ou chirurgie ambulatoire et les séances de traitements et cures ambulatoires ;
- les passages en accueil des urgences.

La majoration pour réanimation s'applique aux journées réalisées en unités de réanimation, à l'exclusion de celles réalisées en soins intensifs spécialisés et en surveillance continue.

Les séances d'hémodialyse (adultes et enfants) prises en compte concernent :

- l'hémodialyse en centre et en unités de dialyse médicalisées ;
- la dialyse péritonéale en centre ;
- les autres techniques d'épuration extra-rénale ;
- la dialyse réservée aux vacanciers.

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

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

Consignes de remplissage

Comptabiliser les quantités achetées au cours de l'année par la pharmacie à usage interne et/ou le service économique ou chargé des achats de l'établissement au cours de l'année du bilan.

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

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

Valorisation

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

Éléments de preuve

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

D. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À SURVISO

Catégories d'établissements concernés :

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

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

Le calcul du score agrégé tient compte de ces particularités (voir modalités de calcul du score agrégé dans le tableau

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

- chirurgie cardiaque et vasculaire ;
- chirurgie digestive ;
- chirurgie générale ;
- chirurgie infantile/pédiatrique ;
- chirurgie orthopédique et traumatique ;
- chirurgie plastique et reconstructrice ;
- chirurgie thoracique ;
- chirurgie gynéco-obstétrique ;
- neurochirurgie ;
- chirurgie en ophtalmologie, ORL, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ;
- chirurgie urologique.

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

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

| | | |
|--|--|---|
| VI.2 – Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| SI OUI, THÈMES des enquêtes d'incidence menées | NOMBRE de disciplines participantes | ENQUÊTE RÉALISÉE dans le cadre d'un réseau |
| 2) Infections du site opératoire | _ _ disciplines | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Consignes de remplissage

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

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO basée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;

- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

Valorisation

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé, tableau.

Éléments de preuve

Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

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

et (dans les deux cas)

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

E. – CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'INDICE SARM

Catégories d'établissements concernés :

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

Ainsi, cet indice triennal est calculé pour :

- les établissements de santé ayant réalisé plus de 90 000 journées d'hospitalisation complète sur les trois années considérées ;
- toutes les catégories d'établissements, à l'exception des catégories suivantes :

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

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

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

Extraction des journées d'hospitalisation à partir de la SAE : cf. C – Cahier des charges relatif à ICSHA.

| | |
|---|---------|
| X.1 – SARM. Nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique | _ _ _ _ |
|---|---------|

L'indice SARM est le dernier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales. Il est recueilli depuis 2005 et publié pour la première fois avec les résultats 2007 du tableau de bord des infections nosocomiales.

Aucun changement n'intervient dans les modalités de recueil des informations. Par contre, une révision des modalités d'affichage de l'indice SAMR est en cours de réflexion pour permettre d'interpréter l'évolution et de comparer entre eux les établissements de même catégorie.

Consignes de remplissage

Sont incluses les souches de SARM :

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

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

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

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

Valorisation

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2007, 2008 et 2009 :

$$\frac{\text{Nombre de SARM déclarés en 2007, 2008 et 2009}}{\text{Nombre de journées d'hospitalisation en 2007, 2008 et 2009}}$$

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

Journées d'hospitalisation

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

Interprétation de l'indice SARM

Cet indice dépend, d'une part, du nombre d'hospitalisations des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) et, d'autre part, de la politique mise en œuvre dans l'établissement de santé en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM. Il n'est pas intégré dans le score agrégé.

Éléments de preuve

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

TABLEAUX

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

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

Tableau n° 3 : Pondération des items d'ICALIN

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

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

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

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

Tableau n° 8 : Modalités de calcul du score agrégé

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

TABLEAU N° 1

**Catégories d'établissements de santé utilisées
dans le tableau de bord des activités de lutte contre les IN**

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

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

TABLEAU N° 2

Présence des indicateurs selon la catégorie d'établissements

| CATÉGORIES (année de l'étalonnage) | ICALIN (2003) | ICSHA (2005) | ICATB (2006) | SURVISO (2005) |
|---|---------------|--------------|--------------|----------------|
| 1 - CHR-CHU | + | + | + | + |
| 2 - CH-CHG < 300 lits | + | + | + | +/- |
| 3 - CH-CHG ≥ 300 lits | + | + | + | +/- |
| 4 - Etablissements psychiatriques | + | + | + | |
| 5 - Hôpitaux locaux | + | + | + | |
| 6 - Cliniques MCO < 100 lits | + | + | + | +/- |
| 7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits | + | + | + | +/- |
| 9 - SSR-SLD | + | + | + | |
| 10 - CLCC-Cancer | + | + | + | +/- |
| 11 - HAD | + | + | | |
| 12 - Hémodialyse | + | + | | |
| 13 - MECSS | + | | | |
| 14 - Ambulatoire chirurgical | + | | | + |
| Ambulatoire non chirurgical et centre de postcure alcoolique exclusif | + | | | |

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

TABLEAU N° 3

Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

| N1 | N2 | N3 | Items | Tot | N1 | N2 | N3 | Pts |
|---------------------|--|--|---|-----|----|----|-----|-----|
| ORGANISATION | O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ. | O11 | O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements | 33 | 7 | 3 | 1 | 1 |
| | | | O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens | | | | 2 | 2 |
| | | O12 | O121 – Avis des instances sur le programme d'actions | | | | 1,5 | 1 |
| | | | O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité | | | | 0,5 | 0,5 |
| | | O13 | O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil | | | | 1 | 1 |
| | | | O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement | | | | 2,5 | 1,5 |
| | O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion | O21 | O211 – Nombre de réunions du CLIN | | | 13 | 10 | 6 |
| | | | O212 – Nombre de réunions des groupes de travail | | | | | 4 |
| | | O22 | O221 – Représentant des usagers membre du CLIN | | | | 3 | 2 |
| | | | O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue | | | | 1 | 1 |
| | O3 Outils de gestion de la LIN | O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN | | | | 13 | 9 | |
| | | O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN | | | | | 4 | |
| MOYENS | M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière | M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0 | | 33 | 16 | 6 | | |
| | | M12 – Nombre temps plein paramédical > 0 | | | | 6 | | |
| | | M13 – M11 > 0 et M12 > 0 | | | | 2 | | |
| | | M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0 | | | | 2 | | |
| | M2 Formation du personnel | M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants | | | | 9 | 2 | |
| | | M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0 | | | | | 3 | |
| | | M23 – Formation des personnels infirmiers > 0 | | | | | 3 | |
| | | M24 – Formation des autres personnels permanents > 0 | | | | | 1 | |
| | M3 Correspondants | M31 – Correspondants en hygiène médicaux | | | | 8 | 4 | |
| | | M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux | | | | | 4 | |
| ACTIONS | A1 Prévention Protocoles | A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire) | | 34 | 15 | 10 | | |
| | | A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge) | | | | 5 | | |
| | A2 Surveillance | A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES) | | | 14 | 3 | | |
| | | A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques | | | | 4 | | |
| | | A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance | | | | 3 | | |
| | | A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie | | | | 1 | | |
| | | A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services | | | | 1 | | |
| | | A26 - Désignation d'un responsable du signalement | | | | 2 | | |
| | A3 Evaluation | A31 – Réalisation d'un type d'évaluation | | | 5 | 2 | | |
| | | A32 – dont un audit de pratique | | | | 3 | | |

TABLEAU N° 4

Limites des classes de résultats d'ICALIN par catégorie d'établissements de santé

| CATÉGORIES d'établissements de santé | PERCENTILE 10 | PERCENTILE 30 | PERCENTILE 70 | PERCENTILE 90 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 - CHR-CHU | 65,75 | 86 | 94,25 | 97,75 |
| 2 - CH-CHG < à 300 lits | 44,5 | 62,5 | 79,5 | 88,5 |
| 3 - CH-CHG ≥ à 300 lits | 67,5 | 79 | 89 | 95,5 |
| 4 - Etablissements psychiatriques | 36 | 50,65 | 73 | 84,45 |
| 5 - Hôpitaux locaux | 16,4 | 31,5 | 59 | 74,1 |
| 6 - Cliniques MCO < à 100 lits | 36 | 55 | 73 | 85,1 |
| 7 - Cliniques MCO ≥ à 100 lits | 52 | 63,5 | 79,5 | 89 |
| 9 - SSR-SLD | 23 | 45 | 69,5 | 82 |
| 10 - CLCC-Cancer | 63,7 | 72,7 | 85,1 | 94,3 |
| 11 - HAD | 19 | 28,75 | 49,75 | 64,5 |
| 12 - Hémodialyse | 29,6 | 51,4 | 69,7 | 80,35 |
| 13 - MECSS | 26,5 | 38,25 | 78 | 84,5 |
| 14 - Ambulatoire | 28,5 | 43,2 | 71,2 | 76 |

Classes de résultats : E < ≤ D < ≤ C < ≤ B < ≤ A

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

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

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

TABLEAU N° 5

Pondération des items d'ICATB par fonctions et sous-fonctions

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

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

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

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

| ITEMS | ÉTABLISSEMENTS AVEC CHIRURGIE | | ÉTABLISSEMENTS SANS CHIRURGIE | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| | Avec urgences | Sans urgences | Avec urgences | Sans urgences |
| 3a Protocole antibioprofylaxie | 0,5 | 0,5 | - | - |
| 3b Protocole antibiothérapie | 1 | 1,5 | 1,5 | 2 |
| 3b appliqué aux urgences | 0,5 | - | 0,5 | - |
| TOTAL | 2 | 2 | 2 | 2 |

TABLEAU N° 6

Limites des classes de résultats d'ICATB par catégorie d'établissements de santé

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

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

| CATÉGORIES d'établissements de santé | PERCENTILE 10 (P10) | PERCENTILE 30 (P30) | PERCENTILE 70 (P70) | PERCENTILE 90 (P90) |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1 - CHR-CHU | 11 | 13,75 | 17 | 18 |
| 2 - CH-CHG < 300 lits | 3,52 | 7,062 | 12,25 | 15,25 |
| 3 - CH-CHG ≥ 300 lits | 6,49 | 9,75 | 14 | 17 |
| 4 - Etablissements psychiatriques | 2 | 5,06 | 11,50 | 14,18 |
| 5 - Hôpitaux locaux | 0,06 | 2,22 | 7,37 | 12,25 |
| 6 - Cliniques MCO < 100 lits | 3,25 | 7,25 | 12,5 | 15,50 |
| 7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits | 5 | 9,25 | 13,50 | 15,78 |
| 9 - SSR-SLD | 0,25 | 4 | 10,50 | 14,25 |
| 10 - CLCC-Cancer | 6,39 | 9,95 | 14,15 | 15,83 |
| 11 - HAD | NON CONCERNÉ | | | |
| 12 - Hémodialyse | | | | |
| 13 - MECSS | | | | |
| 14 - Ambulatoire | | | | |
| Centres de postcure alcoolique | | | | |

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

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

TABLEAU N° 7

Modalités de calcul et de classement d'ICSHA

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 B).

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

Tableau A

Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité

| SPÉCIALITÉS | NOMBRE |
|---|--------|
| Médecine | 7 |
| Chirurgie | 9 |
| Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la médecine et/ou chirurgie) | 40 |
| Obstétrique | 8 |
| SSR | 5 |
| SLD | 4 |
| Psychiatrie | 2 |
| Hémodialyse (par séance) | 6 |
| HAD | 2 |
| Urgences (par passage) | 2 |

En 2009, les catégories « maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées » (MECSS), ambulatoires et centres de postcure alcoolique exclusifs ne sont pas concernés par cet indicateur.

Ces nombres constituent un minimum tenant compte de l'introduction récente de cette technique et du maintien provisoire d'autres techniques d'hygiène des mains. Ils sont donc susceptibles d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise en cours.

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau B ci-dessous :

Tableau B

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 2009) | 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 A) | | |
| x 0,003 litre de PHA (correspondant à une friction) | | |

L'objectif personnalisé de l'établissement correspond à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité. Il correspond au minimum à atteindre au cours de la phase de diffusion de cette technique d'hygiène des mains.

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

Définition des classes : $E < 10 \% \leq D < 30 \% \leq C < 70 \% \leq B < 90 \% \leq A$.

TABLEAU N° 8

Modalités de calcul du score agrégé

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

- ICALIN : 100 ;
- ICSHA : 100 ;
- ICATB : 20 ;
- SURVISO : 10.

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

- absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point ;
- pourcentage des disciplines participantes inférieur à 50 % : 4 points ;
- pourcentage des disciplines participantes compris entre 50 % et supérieur à 75 % : 6 points ;
- pourcentage des disciplines participantes supérieur ou égal à 75 % : 10 points.

A. – FORMULE GÉNÉRALE

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

Score agrégé = (ICALIN × 0,4) + (ICSHA × 0,3) + ICATB + SURVISO.

B. – FORMULES ADAPTÉES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUÉS

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

1. CH et cliniques sans chirurgie, établissements psychiatriques, hôpitaux locaux, SSR-SLD (ICALIN + ICSHA + ICATB) :

Score agrégé = (ICALIN × 0,444) + (ICSHA × 0,333) + (ICATB × 1,111)

2. HAD et hémodialyse (ICALIN + ICSHA) :

Score agrégé = (ICALIN × 0,571) + (ICSHA × 0,429)

3. Ambulatoire chirurgical (ICALIN + SURVISO) :

Score agrégé = (ICALIN × 0,8) + (SURVISO × 2)

4. MECSS, ambulatoire non chirurgical et centres de postcure alcoolique (ICALIN) :

Score agrégé = (ICALIN × 1)

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche « E. – Cahier des charges relatif à l'indice SARM ».

TABLEAU N° 9

Limites de classes du score agrégé par catégorie d'établissements

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

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

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

ANNEXE III

PROCÉDURES DE CONNEXION ET DE SAISIE DONNÉES

Le chef d'établissement doit désigner une personne responsable de la déclaration du bilan du tableau de bord des infections nosocomiales.

Pour les nouveaux établissements, lors de la première connexion, ce responsable devra remplir une fiche d'identification et fournir son adresse électronique ainsi que celle du chef d'établissement. Ces deux adresses électroniques seront destinataires de tous les messages automatiques de retour (avertissements, résultats provisoires...).

Il devra ensuite saisir les données administratives de l'établissement, avant de saisir le bilan.

Les établissements déjà présents dans la base de données nationale n'auront pas besoin de remplir la partie administrative, celle-ci étant préremplie à partir des données déclarées dans le bilan 2007. L'établissement aura la possibilité de modifier ces données. Les modifications des données permettant de déterminer la catégorie de l'établissement devront être validées par la DDASS avant leur prise en compte définitive.

L'établissement vérifiera que ses adresses électroniques sont à jour et, dans le cas contraire, les modifiera selon la procédure décrite à la page d'accueil du site (« Comment changer ses adresses électroniques »).

Pour tous les établissements de santé : un « mode d'emploi simplifié » décrit les modalités de connexion et le démarrage de la saisie. Un « guide de l'utilisateur » donne une description détaillée de la procédure de saisie des déclarations du bilan sur le site Internet. Les deux documents peuvent être téléchargés à l'adresse suivante :

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/dossiers/sante/infections-nosocomiales/tableau-bord-infections-nosocomiales-etablissements-sante-campagne-2008.html?var_recherche=tableau.

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

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

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

A tout moment, l'établissement aura accès à ses données : celles en cours et celles, définitives, des années antérieures.

Un envoi des résultats provisoires individuels sera adressé à chaque établissement pour information et éventuelles demandes de correction au cours de la première quinzaine d'octobre 2010.

Ces résultats comportent en plus des scores précédemment calculés, les scores ICSHA et le score agrégé, ainsi que le taux triennal de SARM pour la période 2007-2009.

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

Un deuxième envoi des résultats, définitifs, aura lieu vers la deuxième quinzaine de novembre 2010.

Ces résultats, provisoires et définitifs, seront adressés aux deux adresses électroniques indiquées par l'établissement sur le site de recueil des déclarations du bilan annuel (voir rubrique « Mon compte »).

ANNEXE IV

OUTILS D'AIDE ET MODALITÉS DE LA VALIDATION DES DONNÉES DÉCLARÉES

Outils d'aide à la validation des données

Une « liste de validation des données » et un tableur sont mis à la disposition des agents responsables de cette validation sur le site Intranet du ministère chargé de la santé :

- la « liste de validation des données » reprend de façon synthétique les éléments contenus dans le cahier des charges. Elle comprend la valorisation des items dans les indicateurs et permet de mesurer l'impact des corrections sur le résultat de ces indicateurs ;
- le tableur permet le calcul automatisé d'ICALIN et d'ICATB.

Les modalités de la validation

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

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

Le cadre de la validation s'organise à la convenance des services qui en sont chargés (DDASS, DRASS) 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 la DDASS (ou DRASS).

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

La validation des éléments de preuve devra faire l'objet d'un compte rendu, qui pourra être la « liste de validation des données » ci-dessus mentionnée ou tout autre document élaboré par la DDASS ou la DRASS.

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

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

Si l'établissement n'approuve pas le constat de la validation, la divergence sera portée à la connaissance du référent régional de la DRASS. Il lui sera adressé la « liste de validation des données 2009 » et la réponse de l'établissement afin qu'il puisse statuer sur la validation des données en liaison avec l'administration centrale. L'établissement sera informé par le référent régional de la décision finale prise en accord avec l'administration centrale.

La modification par l'administration des déclarations d'un établissement sur le site sécurisé, quand elle affecte le résultat des indicateurs, ne pourra intervenir qu'après l'accord de l'établissement (double signature de la « liste de validation des données ») ou, en cas de désaccord, par décision du référent régional confirmée par l'administration centrale. Le site sécurisé assure une traçabilité des modifications apportées en cas de contestation. Les corrections sont à apporter via l'onglet « [Enregistrement de la validation] », exclusivement.