



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction du pilotage de la  
performance de l'offre de soins  
Bureau de la qualité et de la sécurité  
des soins (PF2)  
Mél : [dgos-pf2@sante.gouv.fr](mailto:dgos-pf2@sante.gouv.fr)

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

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

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement  
de santé (pour attribution)

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

Mesdames, et Messieurs les responsables des centres  
de coordination de lutte contre les infections  
nosocomiales CCLIN (pour information)

**INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012** complétant la circulaire  
n°DGOS/PF2/2012/134 du 27mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections  
nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe 4

NOR : AFSH1229913J

Classement thématique : Etablissements de santé- organisation

**Validée par le CNP le 13 juillet 2012 - Visa CNP 2012-182.**

<p><b>Catégorie :</b> Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.</p>
<p><b>Résumé :</b> Modalités de calculs des indicateurs issus des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011 dans les établissements de santé.</p>
<p><b>Mots-clés :</b> Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011, indicateur de bon usage des antibiotiques version 2, cahier des charges, indicateurs tableau de bord des infections nosocomiales version 2, pondération des items, classes de performance ; référents risques et infections associées aux soins des ARS.</p>
<p><b>Textes de référence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Article R. 6111-8 du Code de la santé publique (Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins) ;</li> <li>- Arrêté du 20 mars 2012 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe (questionnaire) ;</li> <li>- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;</li> <li>- Instruction n° DGOS/PF2/2012/101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul de trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ;</li> <li>- Circulaire n° DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 ;</li> <li>- Instruction N°DGOS/PF2/2012/259 du 29 juin 2012 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.</li> </ul>
<p><b>Textes modifiés :</b> Circulaire n° DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 (annexe 4)</p>
<p><b>Annexes :</b> Annexe 1: Limite des classes de performance ; Annexe 2: Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) - Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur ; Annexe 3: Pondération des indicateurs et score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales pour les activités 2011.</p>
<p><b>Diffusion :</b> Les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés ou des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.</p>

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de transparence et de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ont évolué en 2010<sup>1</sup> pour prendre en compte les résultats obtenus dans le cadre des objectifs du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013<sup>2</sup> et des enseignements de la première version du tableau de bord.

<sup>1</sup> INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2012/101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

<sup>2</sup> CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

La campagne de recueil 2012 constitue la deuxième année de recueil des items permettant de calculer les nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales : ICALIN.2 (indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales version 2), ICSHA.2 (indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 2), ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire), ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes).

Cette instruction complète la circulaire n° DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011, en présentant les modalités de calcul des classes de performance des nouveaux indicateurs (ICALIN.2, ICA-LISO, ICA-BMR), du score agrégé pour 2011 et en diffusant le cahier des charges du nouvel indicateur ICATB version 2 (ICATB.2).

Par ailleurs, l'annexe 3 de cette instruction abroge et remplace l'annexe 4 relative à la pondération des items de la circulaire DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012.

### **Les nouvelles classes de performance**

L'année 2010 est l'année de référence pour le calcul des limites de classe de performance (A, B, ... à F) des nouveaux indicateurs.

L'annexe 1 présente les limites des classes de performance pour chacun des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales en fonction des catégories d'établissements. Elles seront utilisées pour l'affichage des indicateurs dans le cadre de la diffusion publique des indicateurs de qualité et sécurité des soins.

### **L'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB.2),**

Les objectifs visent à améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques.

La mise à disposition dès à présent des informations relatives à ICATB2 permettra aux établissements de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre à ces objectifs. L'annexe 2 présente les nouveaux objectifs, le cahier des charges et la pondération des items pour l'indicateur de bon usage des antibiotiques Version 2 (ICATB.2). Les établissements auront à disposition les résultats de simulation sur les données 2012. La diffusion publique de cet indicateur est prévue en 2014 (données 2013).

Les items de cet indicateur seront présents dans le nouvel arrêté relatif au bilan de lutte contre les infections nosocomiales 2012 (parution 1<sup>er</sup> trimestre 2013).

### **Rectification sur la pondération des items pour le calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :**

Suite à la simulation des résultats 2010 et la remontée des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011, des ajustements dans la pondération des items relatifs à des catégories d'établissements particulières ont été rendus nécessaires, notamment les centres de cure post-alcoolique, les MECSS, les centres d'autodialyses et dialyses à domicile.

L'annexe 3 de cette instruction abroge et remplace l'annexe 4 relative à la pondération des items de la circulaire DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011.

Pour la ministre et par délégation

**signé**

François Xavier SELLERET  
Directeur général de l'offre de soins

**Annexe 1**  
**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2**  
**LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

## **I. INTRODUCTION**

### **1 Année de référence pour les limites de performance**

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ont évolué en 2010<sup>1</sup> pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013<sup>2</sup>.

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

Les tableaux ci-après présentent les limites des classes pour chacun des indicateurs en fonction des catégories d'établissements.

### **2 Répartition des classes de performance**

Les classes de l'indicateur ICSHA.2 (indice de consommation de produits hydro-alcooliques) ont évolué en 2011 afin d'être plus linéaires ( $E < 20\% \leq D < 40\% \leq C < 60\% \leq B < 80\% \leq A$ ). Dans une perspective d'homogénéisation, cette répartition des classes de performance est étendue aux autres indicateurs version 2.

Ainsi, en 2012, les indicateurs ICALIN.2 (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, version 2), ICA-LISO (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections du site opératoire), ICA-BMR (indicateur composite d'activité de lutte contre les bactéries multi résistantes) et score agrégé sont présentés avec la même répartition des classes.

Pour ICATB (Indicateur composite de bon usage des antibiotiques) et l'indice triennal SARM qui sont des indicateurs de 1<sup>ère</sup> génération, l'ancienne répartition des classes de performance leur est conservée ( $E < 10\% \leq D < 30\% \leq C < 70\% \leq B < 90\% \leq A$ )

### **3 Cas particulier des centres de post cure alcoolique et des centres ambulatoires**

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

---

<sup>1</sup> INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2012/101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

<sup>2</sup> CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013

**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

**4 Catégories d'établissement**

<b>Intitulé des catégories d'établissement</b>	<b>DEFINITIONS</b>	<b>NOMBRE D'ETABLISSEMENTS (2010)</b>
CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires	71
CH-CHG < à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées	331
CH-CHG ≥ à 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale - Hôpitaux des armées	211
Etablissements Psychiatriques	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) lié à la psychiatrie	289
Ex hôpitaux locaux	- Ex Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale	313
Cliniques MCO < à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN	224
Cliniques MCO ≥ à 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN	333
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.	710
CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer	20
HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant (> 80% de leurs activités en lits et places)	100
HEMODIALYSE	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.	84
MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)	34
CPA	- Centres de postcure alcoolique exclusive	47
AMBULATOIRE	- Etablissements dont le nombre de places représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places	42

**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

## II. INDICATEURS

### 1 Indicateurs par catégorie d'établissement

Catégories	ICALIN.2	ICSHA.2	ICATB	ICA-BMR	SARM	ICA-LISO
CHR-CHU	+	+	+	+	+	+/-
CH-CHG < 300 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
CH-CHG ≥ 300 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
Etablissements Psy	+	+	+	+		
Ex Hôpitaux locaux	+	+	+	+	+/-	
Cliniques MCO < 100 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	+	+	+	+	+/-	+/-
SSR-SLD	+	+	+	+	+/-	
CLCC-CANCER	+	+	+	+		+/-
HAD	+	+		+		
Hémodialyse	+	+/-		+		
MECSS	+					
CPA	+					
Ambulatoire	+	+				+/-

**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

**2 INDICATEUR ICALIN.2**

**(Indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, version2)**

E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A

<b>Catégories d'établissements de santé / Limites de classes</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
CHR-CHU	< 69,5	de 69,5 à < 73	de 73 à < 76,5	de 76,5 à < 81	≥ 81
CH < 300 lits et places	< 56	de 56 à < 64,5	de 64,5 à < 71	de 71 à < 78	≥ 78
CH ≥ 300 lits et places	< 62,5	de 62,5 à < 70	de 70 à < 76,5	de 76,5 à < 82,5	≥ 82,5
Etablissements psychiatriques	< 44,2	de 44,2 à < 51,4	de 51,4 à < 58,6	de 58,6 à < 66	≥ 66
Ex HOPITAL LOCAL	< 48,7	de 48,7 à < 56,4	de 56,4 à < 63,5	de 63,5 à < 70	≥ 70
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 58,1	de 58,1 à < 68,5	de 68,5 à < 74,3	de 74,3 à < 80,9	≥ 80,9
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 63	de 63 à < 69,9	de 69,9 à < 76,5	de 76,5 à < 84,8	≥ 84,8
SSR-SLD	< 45,5	de 45,5 à < 55	de 55 à < 62	de 62 à < 70	≥ 70
CLCC-CANCER	< 73,3	de 73,3 à < 78,8	de 78,8 à < 84,2	de 84,2 à < 89,2	≥ 89,2
HAD	< 30,9	de 30,9 à < 41,5	de 41,5 à < 54	de 54 à < 67,6	≥ 67,6
HEMODIALYSE	< 60,1	de 60,1 à < 64,6	de 64,6 à < 70,5	de 70,5 à < 77,2	≥ 77,2
MECSS	< 47,7	de 47,7 à < 53,7	de 53,7 à < 60,4	de 60,4 à < 70	≥ 70

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



**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

**3 INDICATEUR ICA-LISO**

**(Indicateur composite d'activité de lutte contre les infections du site opératoire)**

E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A

<b>Catégories d'établissements de santé / Limites de classes</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
CHR-CHU	< 59	de 59 à < 68,8	de 68,8 à < 79,2	de 79,2 à < 85	≥ 85
CH < 300 lits et places	< 60	de 60 à < 70	de 70 à < 76	de 76 à < 83	≥ 83
CH ≥ 300 lits et places	< 65	de 65 à < 73	de 73 à < 79	de 79 à < 85	≥ 85
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 59	de 59 à < 68	de 68 à < 78	de 78 à < 86	≥ 86
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 66	de 66 à < 74,2	de 74,2 à < 82	de 82 à < 87	≥ 87
CLCC-CANCER	< 78,8	de 78,8 à < 84	de 84 à < 88,2	de 88,2 à < 92	≥ 92



**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

**4 INDICATEUR ICA-BMR  
(Indicateur composite d'activité de lutte contre les bactéries multi résistantes)**

E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A

<b>Catégories d'établissements de santé / Limites de classes</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
CHR-CHU	< 70	de 70 à < 84	de 84 à < 92	de 92 à < 100	= 100
CH < 300 lits et places	< 48	de 48 à < 64	de 64 à < 76	de 76 à < 88	≥ 88
CH ≥ 300 lits et places	< 64	de 64 à < 78	de 78 à 86	de 86 à < 94	≥ 94
Etablissements psychiatriques	< 26	de 26 à < 48	de 48 à < 64	de 64 à < 84	≥ 84
Ex HOPITAL LOCAL	< 32	de 32 à < 48	de 48 à < 62	de 62 à < 78	≥ 78
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 48	de 48 à < 68	de 68 à < 78	de 78 à < 92	≥ 92
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 56	de 56 à < 72	de 72 à < 86	de 86 à < 94	≥ 94
SSR-SLD	< 40	de 40 à < 57,2	de 57,2 à < 70	de 70 à < 86	≥ 86
CLCC-CANCER	< 74,4	de 74,4 à < 84	de 84 à < 92	de 92 à < 100	= 100
HAD	< 4	de 4 à < 16	de 16 à < 38,8	de 38,8 à < 63,2	≥ 63,2
HEMODIALYSE	< 33,2	de 33,2 à < 54	de 54 à < 70	de 70 à < 82	≥ 82

**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

**5 INDICATEUR ICATB  
(Indicateur composite d'activité de bon usage des antibiotiques)**

Les limites de classes sont définies sur l'année de départ (2006). La note maximale d'ICATB est 100. ICATB était initialement un indicateur sur 20 points et a été ramené à 100 pour plus de lisibilité. Les limites définies en 2006 ont donc été multipliées par 5.

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

<b>Catégories d'établissements de santé / Limites de classes</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
CHR-CHU	< 55	de 55 à < 68,75	de 68,75 à < 85	de 85 à < 90	≥ 90,00
CH < 300 lits et places	< 17,6	de 17,6 à < 35,31	de 35,31 à < 61,25	de 61,25 à < 76,25	≥ 76,25
CH ≥ 300 lits et places	< 32,45	de 32,45 à < 48,75	de 48,75 à < 70	de 70 à < 85	≥ 85,00
Etablissements Psychiatriques	< 10	de 10 à < 25,30	de 25,30 à < 57,5	de 57,5 à < 70,9	≥ 70,9
Ex Hôpitaux locaux	< 0,3	de 0,3 à < 11	de 11 à < 36,85	de 36,85 à < 61,25	≥ 61,25
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 16,25	de 16,25 à < 36,25	de 36,25 à < 62,5	de 62,5 à < 77,5	≥ 77,5
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 25	de 25 à < 46,25	de 46,25 à < 67,5	de 67,5 à < 78,9	≥ 78,9
SSR-SLD	< 1,25	de 1,25 à < 20	de 20 à < 52,5	de 52,5 à < 71,25	≥ 71,25
CLCC-CANCER	< 31,95	de 31,95 à < 49,75	de 49,75 à < 70,75	de 70,75 à < 79,15	≥ 79,15

**Tableau de bord des infections nosocomiales Version 2  
LIMITES DES CLASSES DE PERFORMANCE**

**6 LIMITES DE CLASSES DE PERFORMANCE POUR LE SCORE AGREGÉ- Activités 2011**

E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A

<b>Catégories d'établissements de santé / Limites de classes</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
CHR-CHU	< 79,23	de 79,23 à < 82,35	de 82,35 à < 84,18	de 84,18 à < 86,9	≥ 86,9
CH < 300 lits et places	< 62,72	de 62,72 à < 70,84	de 70,84 à < 75,41	de 75,41 à < 81,53	≥ 81,53
CH ≥ 300 lits et places	< 72,28	de 72,28 à < 77,78	de 77,78 à < 81,95	de 81,95 à < 86,3	≥ 86,3
Etablissements psychiatriques	< 48	de 48 à < 56,76	de 56,76 à < 64,81	de 64,81 à < 72,17	≥ 72,17
EX HOPITAL LOCAL	< 51,62	de 51,62 à < 60,46	de 60,46 à < 68,08	de 68,08 à < 75,59	≥ 75,59
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 64,84	de 64,84 à < 74,23	de 74,23 à < 78,61	De 78,61 à < 83,85	≥ 83,85
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 69,70	de 69,7 à < 75,8	de 75,8 à < 81,13	de 81,13 à < 86,52	≥ 86,52
SSR-SLD	< 51,60	de 51,6 à < 60,32	de 60,32 à < 67,56	de 67,56 à < 74,79	≥ 74,79
CLCC-CANCER	< 81,32	de 81,32 à < 86,07	de 86,07 à < 89,89	de 89,89 à < 93,52	≥ 93,52
HAD	< 45,55	de 45,55 à < 56	de 56 à < 61,99	de 61,99 à < 73,25	≥ 73,25
HEMODIALYSE	< 55,48	de 55,48 à < 63,82	de 63,82 à < 71,3	de 71,3 à < 81,93	≥ 81,93
MECSS	< 47,7	de 47,7 à < 53,7	de 53,7 à < 60,4	de 60,4 à < 70	≥ 70

## Annexe 2 : Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

Cette annexe présente les nouveaux objectifs, le cahier des charges et la pondération des items pour l'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB.2).

### Objectifs

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

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

- L'intégration du bon usage dans la politique de l'établissement, via le programme d'actions bon usage des médicaments de la commission ou conférence médicale de l'établissement ;
- L'accès pour chaque prescripteur à un conseil diagnostic et thérapeutique ;
- Une collaboration formalisée entre les différents acteurs ;
- La définition d'une procédure d'alerte pour une réévaluation de l'antibiothérapie en fonction d'une priorisation des risques (molécules, micro-organismes, sites infectieux) ;
- Le fait de pouvoir disposer de connexion informatique et d'une informatisation de la prescription, ainsi que d'un référent compétent avec un temps d'activité identifié ;
- La formation des nouveaux prescripteurs ;
- La définition d'une liste d'antibiotiques « ciblés » à ré-évaluer, suivre et dispenser nominativement, comportant en priorité les carbapenèmes, céphalosporines de troisième génération et les fluoroquinolones ;
- La définition de protocoles d'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention sur les principaux sites d'infection, actualisés tous les 3 ans, en raison du caractère d'évolution des micro-organismes ;
- Une vigilance accrue sur les durées longues d'antibiothérapies et la définition des modalités de contrôle/réévaluation au sein de l'établissement ;
- L'utilisation de test d'orientation diagnostique aux urgences ;
- La surveillance de la consommation rapportée à l'activité (cette surveillance pouvant être effectuée en réseau) et la confrontation des données de surveillance de consommation à celles de résistances des bactéries ;
- Une évaluation des pratiques relativement fréquentes en raison du caractère d'évolution des micro-organismes, pouvant prendre différentes formes, des plus simples, la molécule est adéquate, à des évaluations plus complètes comme sur la désescalade de traitement ;
- L'importance de la restitution des résultats de surveillance et d'évaluation des pratiques aux services participants et à la commission ou conférence médicale de l'établissement. Des résultats qui présentent une analyse des données et les pistes d'amélioration à entreprendre.

## **Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur**

Le groupe a ensuite traduit les objectifs à atteindre en questions et a défini les éléments de preuve. Il y a eu ensuite un ordonnancement des objectifs en matière d'organisation à mettre en place, de moyens à mobiliser et d'actions à conduire et enfin une pondération pour aboutir à une note sur 100.

La mise à disposition dès à présent des informations relatives à ICATB2 permettra aux établissements de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre à ces objectifs. Les établissements auront à disposition les résultats de simulation sur les données 2012. La diffusion publique de cet indicateur est prévue en 2014 (données 2013).

Les items de cet indicateur seront présents dans le nouvel arrêté relatif au bilan de lutte contre les infections nosocomiales 2012 (parution 1<sup>er</sup> trimestre 2013).

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

# Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

## Cahier des charges

### ORGANISATION

**ATB01. Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques**

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

En fonction de l'organisation des établissements de santé, la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME) peut avoir délégué ses attributions en matière de bon usage des antibiotiques/anti-infectieux à une commission spécifique. Cette commission spécifique est alors officiellement chargée, par le président de la CME du bon usage des antibiotiques. Dans ce cas, le terme CME usité sera conservé dans le questionnaire pour la désigner

### ELEMENTS DE PREUVE

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

**ATB02. Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie**

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### ELEMENTS DE PREUVE

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

**ATB03. Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies**

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### ELEMENTS DE PREUVE

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

**ATB04 . Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie**

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

Répondre **Oui** seulement si l'alerte précise les modes de réception et d'intervention de cette alerte et si elle est priorisée en fonction d'au moins un des éléments ci-dessous :

- des antibiotiques "ciblés"
- un ou des micro organismes précisés
- un ou des sites infectieux précisés (ex : hémocultures positives)

## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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



## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### MOYENS

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

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

**ATBM2. La prescription des antibiotiques est informatisée**

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

Si **oui**, quelle est sa discipline ? (1)

|\_|

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

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

## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### ATBM4. Le ou les référent (s) en antibiothérapie :

#### – M4a : a une compétence adaptée à ses missions

 Oui  Non

Répondre **oui** si le référent à un DESC, ou un DU d'antibiothérapie ou une attestation de formation en maladie infectieuse

#### – M4b : Ses compétences sont actualisées régulièrement

 Oui  Non

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

### ELEMENTS DE PREUVE

Attestation de compétences

Tout document attestant de l'actualisation des compétences

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

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

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

1 vacation = 0,1 ETP

#### Objectif cible :

- 1 vacation pour 400 lits de SSR/SLD ou psychiatrie.
- 3 vacations pour 400 lits de MCO.

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

 Oui  Non

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

Présentation du socle de formation validé par la CME.

## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### ACTIONS

#### ACTIONS DE PREVENTION

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

 Oui  Non

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

- leur prescription entraîne une dispensation nominative
- une réévaluation à 48h-72h est nécessaire
- leur consommation est suivie

Et ils appartiennent aux classes suivantes :

- les céphalosporines de 3ème génération
- les carbapénèmes
- les fluoroquinolones
- autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement

#### ELEMENTS DE PREUVE

Liste des antibiotiques répondants à ces différents critères

##### ATBA2. Il existe un protocole validé par la CME sur l'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention des principaux sites d'infection en termes de fréquence

 Oui  Non

Répondre **oui**, seulement s'il existe un protocole, actualisé tous les 3 ans, sur l'antibiothérapie de première intention qui concerne les principaux sites d'infections en termes de fréquence dans l'établissement et précise la durée de traitement pour chacune des indications

Si Oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

 2011  2010  2009  2008  2007  avant 2007

#### ELEMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la CME

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

 Oui  Non

#### ELEMENTS DE PREUVE

Tout document ou protocole précisant les modalités de traçabilité de l'argumentation pour toute antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours

## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

### ACTIONS DE SURVEILLANCE

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### ELEMENTS DE PREUVE

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

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

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

2° la consommation de certains antibiotiques de 2<sup>ème</sup> intention par une écologie microbienne locale

Exemples :

- consommation de glycopeptides due à une incidence élevée du S. aureus résistant à la méticilline
- consommation de carbapénèmes due à une incidence élevée d'entérobactéries ou de P. aeruginosa résistant aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération

### ELEMENTS DE PREUVE

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

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ELEMENTS DE PREUVE

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

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### ELEMENTS DE PREUVE

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

## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### ACTIONS D'ÉVALUATION

**ATBA11. Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les 3 dernières années**

**Précisez la thématique :**

11a. Le respect de la molécule recommandée

11b La posologie de l'antibiotique

11c La durée de l'antibiothérapie

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

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### ELEMENTS DE PREUVE

Tout document daté attestant de la conduite de ces évaluations.

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

**ATBA13. Les résultats des évaluations sont présentés en CME**

### ELEMENTS DE PREUVE (ATBA12. ATBA13)

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



## Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

### Répartition des points

Fonctions	Items		ICATB.2	Total	N1	N2	N3	
Organisation	Politique	ATB01	Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques	100	16	4	4	
	Accès à conseil	ATB02	Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie			8	4	
		ATB03	Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies			4	4	
	Alerte	ATB04	Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie			4	4	
Moyens	Informatique	ATBM1	Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités des prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie		38	12	6	
		ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée				6	
	Humains	ATBM3	Il existe un (des) référent(s) en antibiothérapie			16	4	
		ATBM4a	Le(s) référent(s) a (ont) une compétence adaptée à ses (leurs) missions				2	
		ATBM4b	Ses (leurs) compétences sont actualisées régulièrement				2	
		ATBM5	Nombre d'ETP spécifiquement affectés au(x) référent(s) antibiotique intervenant dans l'établissement				8	
	Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques			10	10	
Actions	Prévention	ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement		46	18	4	
		ATBA2	Il existe un protocole sur l'antibiothérapie de 1 <sup>ère</sup> intention des principaux sites d'infection actualisé				4	
		ATBA3	Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient				5	
		ATBA4	Les modalités de contrôle/réévaluation sont déterminées par l'établissement				3	
		ATBA5	Des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence				2	
	Surveillance	ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières DDJ rapportée à l'activité			10	2	
		ATBA7	Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau				2	
		ATBA8	Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques				2	
		ATBA9	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes				2	
		ATBA 10	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME				2	
	Evaluation-audit	ATBA11a	Evaluation du respect de la molécule recommandée			18	2	
		ATBA11b	Evaluation de la posologie de l'antibiotique				2	
		ATBA11c	Evaluation de la durée de l'antibiothérapie				2	
ATBA11d		Evaluation de la réévaluation, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste etc)	3					
ATBA12		Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes	5					
ATBA13		Les résultats des évaluations sont restitués à la CME	4					



### **Annexe 3 : Pondération des indicateurs et score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales pour les activités 2011**

Le document explicite la pondération de chaque item servant au calcul des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales selon l'arrêté du 06 janvier 2012 et modifie l'annexe 4 de la circulaire n° DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé **pour l'année 2011**.

Les modifications portent sur :

- Certains points attribués pour ICALIN.2 aux catégories MECSS, auto-dialyse dialyse à domicile et centres de post cure alcoolique (items A21, A22, A23 et A59)
- Certains points attribués pour ICATB (items ATB01 et ATBA3)

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

PONDERATION ICALIN.2 - ORGANISATION

Items		ICALIN.2 - ORGANISATION	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets
Politique et Implication des instances	O11	Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les IN existent dans l'établissement de santé	100	20	6	2	2,5	*	*
	O12	La CME élabore le programme d'actions				1,5	2	*	*
	O13	La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico- technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	<sup>0</sup> (NA) <sup>1</sup>	*	*
	O14	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	1	*	*
	O15	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information				0,5	0,5	*	*
EOH	O21	L'EOH assiste la CME en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans la proposition du programme d'actions en matière de lutte contre les IN			4	2	2	*	*
	O22	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées				2	2	*	*
Information des usagers et du patient	O31	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales			4	1	1	*	*
	O32	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil				1	1	*	*
	O33	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale				2	2	*	*
Signalement	O41	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale	6	3	3	*	*		
	O42	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN		1	1	*	*		
	O43	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée		2	2	*	*		

<sup>1</sup> Pour les établissements de santé privés, le point est redistribué en O11 et O12

PONDERATION ICALIN.2 - MOYENS

Items		ICALIN.2 - MOYENS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets
Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH <sup>2</sup>	100	30	20	8	8	*	
	M12	Respect des ratios en personnel para médical IDE de l'EOH <sup>3</sup>				8	8	*	
	M13	Il existe un temps de secrétariat dédié				1,5	1,5	*	
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités <sup>4</sup>				2,5	2,5	*	
Matériel	M21	L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés			2	1	1	*	
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés				1	1	*	
Formation du personnel	M31	Il existe une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants ou pour le secteur HAD la convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière			2	2	3	3	
	M32	Il existe une formation par les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres...)			1	1	1	0 (NA <sup>5</sup> )	
	M33	Au moins 25% du personnel médical <sup>6</sup> a bénéficié d'une formation validée par l'EOH			1	1	1.5	1	
	M34	Au moins 25% du personnel infirmier <sup>7</sup> a bénéficié d'une formation validée par l'EOH			1	1	1.5	1	
	M35	Il existe une formation pour les autres personnels permanents (au moins 1 personne formée)	1	1	1	1			
	M36	Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques	2	2	0 (NA <sup>8</sup> )	2			

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

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

<sup>4</sup> Si « Oui » : 2,5 points ; si « partiellement » = 1 point ; si « non » = 0 point

<sup>5</sup> Si l'établissement n'est pas concerné, le point est redistribué en M31

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

<sup>7</sup> Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnels paramédical ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

<sup>8</sup> Pour les établissements de santé de type « HAD », les deux points sont redistribués en M31 ; M33 et M34

PONDERATION ICALIN.2 - ACTIONS

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile CPA <sup>9</sup>						
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années	100	50	4 (6 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	*	*	1.5						
	A12	Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B)				0,5	0,5	*	*	1						
	A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe				1	1	*	*	2						
	A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole				1	1	*	*	1						
	A15	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche				0,5	0,5	*	*	0.5						
Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années			100	50	6 (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA )	1	1	*	1.5	4				
	A22	Le suivi de la consommation en solutions ou gels hydro-alcooliques fait l'objet d'une rétro-information par secteurs d'activités au moins une fois par an						1,5	1,5	*	*	0				
	A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années						3,5	3,5	*	4.5	4				
Les précautions standard <sup>10</sup>	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard					100	50	3 (4 pour HAD, les NA, pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA )	1	1	*	1.5	2		
	A32	Une évaluation des pratiques relative aux précautions « standard » autres que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans								2	2	3	2.5	2		
Les précautions complémentaires	A41	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »							100	50	6 (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA )	1	1	*	*	2
	A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes »										1	1	*	*	2
	A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années										2	2	*	*	3
	A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes » a été faite dans les 5 dernières années										2	2	*	*	3

<sup>9</sup> CPA : centre de cure post-alcoolique

<sup>10</sup> Précautions « standard » autre que l'hygiène des mains

PONDERATION ICALIN.2 - ACTIONS

Items	ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile CPA
La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	100	50	17 (19 pour HAD, 16 pour NA, 0 pour MECSS, autodialyse, dia à domicile et CPA) <sup>11</sup>	1	1	*	*	0
	A52				1	1	*	2	0
	A53				1	1	*	0 (NA) <sup>12</sup>	0
	A54				1	1	*	*	0
	A55				1	1	2	1	0
	A56				2	2	*	0 (NA) <sup>13</sup>	0
	A57				4	4	*	*	0
	A58				4	4	5	5	0
	A59				2	2	*	*	2

<sup>11</sup> Les MECSS, les CPA, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A 53 à A 58 (prévention des infections associées aux gestes invasifs). Les points sont redistribués au sein des autres items de la partie actions d'ICALIN.2.

<sup>12</sup> Le point est redistribués en A31 et A32.

<sup>13</sup> Les deux points de l'item A 56 sont redistribués en A 52 et A 58 – cet item est NA quand A53 est NA.

PONDERATION ICALIN.2 - ACTIONS

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile et CPA
Environnement	A60	Il existe une démarche de prévention liée à l'environnement (eau, air)	100	50	3 <sup>14</sup> (0 pour HAD, 4 pour MECSS autodia, dia à domicile et CPA)	3	3	0 (NA) <sup>15</sup>	*	4
	Surveillance	A71			Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail	7 (10 pour MECSS autodialyse et dialyse à domicile et CPA)	0,5	0,5	*	*
A72		Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR, AES)			2,5		2,5	*	*	3
A73		Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau			1		1	*	*	1
A74		Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR; AES) ont été rendus à tous les services participants			2		2	*	*	3
A75		Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR, AES) sont présentés en CME			1		1	*	*	2
Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave	A8	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave			4 (6 pour MECSS autodialyse et dial à domicile et CPA)	4	4	*	*	6

<sup>14</sup>Plusieurs cas :

- Pour les établissements ayant répondu « oui » à la question « il existe un traitement d'air maîtrisé dans l'établissement » et qui sont non concernés par l'indicateur ICA-LISO, les 3 points sont accordés si l'établissement répond à tous les critères eau et air
- Pour les établissements de santé concernés par ICA-LISO, la maintenance de l'air est valorisée dans l'indicateur ICA-LISO. les 3 ou 4 points de l'item A.60 sont alors accordés pour la maintenance de l'eau chaude sanitaire si l'établissement répond à tous les critères eau
- Pour les établissements HAD, non concernés par l'environnement, les 3 points sont redistribués aux items A55, A58, et A32

<sup>15</sup> Les 3 points de A 60 sont redistribués en A 32, A 55 et A 58



**PONDERATION ICA-LISO**

items		ICA-LISO		total	N1	N2	N3		
Organisation	EOH	LISO.1	L'EOH est destinataire des données de la surveillance	100	16	16	4		
	Chirurgiens	LISO.2 <sup>16</sup>	Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des infections du site opératoire				8		
	CME	LISO.3	Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME au moins une fois par an				4		
Moyens d'information	LISO.4 <sup>17</sup>	Le suivi des infections du site opératoire se fait en utilisant le système d'information hospitalier	10		10	10			
Actions	Prévention	LISO.5	Il existe un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire		74	30	20	4	
		LISO.6	Il existe un protocole relatif à l'hygiène au bloc opératoire, actualisé dans les 5 dernières années					4	
		LISO.7 <sup>18</sup>	Il existe une maintenance préventive de l'air au bloc opératoire					4	
		LISO.8	Il existe un protocole de préparation cutanée de l'opéré, actualisé dans les 5 dernières années					4	
		LISO.9	Il existe un protocole d'antibioprophylaxie, actualisé dans les 5 dernières années					4	
	Surveillance	LISO.10 <sup>19</sup>	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance					16	
		LISO.11	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau					6	
		LISO.12	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire et/ou bloc obstétrical					4	
		LISO.13	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité participants					4	
	Évaluation des pratiques	LISO.14	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années					24	12
		LISO.15	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années						12

<sup>16</sup>Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des ISO dans :

- 100% des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 8 points
- Entre 75% et 99% des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 6 points
- Entre 50% et 74% des disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 4 points
- Dans au moins une discipline chirurgicale ou obstétricale mais moins de 50% strictement de disciplines chirurgicales ou obstétricales déclarant une surveillance = 2 points

<sup>17</sup>Sont accordés :

- 10 points aux établissements de santé ayant répondu « oui »
- 5 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement »

<sup>18</sup> Sont accordés :

- 4 points aux établissements pour lesquels il existe une maintenance préventive du bloc opératoire, du bloc obstétrical et une surveillance de l'empoussièrisme de la qualité de l'air (ou une surveillance microbiologique de l'air avec un seuil d'alerte défini)
- 2 points aux établissements de santé pour lesquels il existe
  - a) soit une maintenance préventive,
  - b) soit une surveillance microbiologique ou une surveillance du taux d'empoussièrisme de la qualité de l'air au bloc opératoire, bloc obstétrical avec un seuil d'alerte défini.
- 0 point aux établissements de santé n'ayant pas de maintenance préventive ou de contrôles (pas de contrôles ou ayant des contrôles sans seuil d'alerte défini)

<sup>19</sup>Sont accordés :

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



## PONDERATION ICA-BMR

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

## Calcul de l'indice SARM

### Indice SARM

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

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

### CLASSES DE PERFORMANCE DE L'INDICE SARM

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

Classes de performance					
	A < P10	B < P30	C < P70	D < P90	E
<b>Catégories</b>	<b>P10</b>	<b>P30</b>	<b>P 70</b>	<b>P 90</b>	
<b>CHR –CHU</b>	0,321	0,472	0,662	0,812	
<b>CH INF 300 lits et places</b>	0,219	0,394	0,705	0,990	
<b>CH SUP 300 lits et place</b>	0,318	0,435	0,729	1,007	
<b>Ex HOPITAL LOCAL</b>	0,068	0,139	0,309	0,511	
<b>Clinique MCO</b>	0,110	0,239	0,547	0,911	
<b>SSR - SLD</b>	0,072	0,152	0,360	0,749	

NB : les CLCC sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification

### EVOLUTION DE TENDANCE DES TAUX ANNUELS DE SARM DE 2006 à 2010

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

Selon les conclusions de l'InVS en septembre 2009, la méthode statistique utilisée pour étudier l'évolution de tendance des taux annuels de SARM de 2006 à 2011 est le test du chi<sup>2</sup> de tendance de Cochran-Armitage. Ce test permet d'appréhender la tendance observée du taux annuels de SARM sur plusieurs années (2006 à 2011). L'évolution de tendance permet à l'établissement de se comparer à lui-même au cours des années.

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

## Calcul de l'indicateur ICSHA.2

### ICSHA.2

#### Calcul de l'indicateur :

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

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

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

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

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

En 2011 les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée » (MECSS), et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

Cet indicateur est susceptible d'évoluer à la hausse dans les années futures, sur la base des travaux d'expertise.

## Calcul de l'indicateur ICSHA.2

**Pour chaque spécialité**, l'objectif personnalisé de consommation est calculé :

CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2010)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

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

### Catégories d'établissements concernées :

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

- MECSS
- Centres de post cure alcoolique

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

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

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

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

Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA.2.

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

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

Il est pris en compte (selon définitions des bordereaux SAE) :

- hospitalisation complète et de semaine : les journées réalisées en médecine, en chirurgie, en gynécologie-obstétrique, en soins de suite (SS), en réadaptation (SR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;
- Les journées d'hospitalisation de jour en médecine, en chirurgie, en obstétrique, et en réadaptation ;
- les séances de chimiothérapie sont prises en compte ;
- les passages en accueil des urgences ;
- La majoration s'applique aux journées réalisées en unités de réanimation, en unité de soins intensifs - soins continus ;
- Les séances d'hémodialyse (adultes et enfants) prises en compte concernent :
  - l'hémodialyse en centre et en unités de dialyse médicalisées ;
  - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
  - la dialyse réservée aux vacanciers

## Indicateur Composite du bon usage des Antibiotiques

### PONDERATION ICATB (pour ICATB.2 voir annexe 2)

		ICATB		Total	N1	N2	N0
<b>Organisation</b>	Organisation de la politique	ATB01 <sup>20</sup>	L'établissement a une instance, propre ou partagée avec d'autres structures, chargée d'impulser et de coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques (Commission des antibiotiques de la circulaire)	<b>100</b>	20	20	20
	<b>Moyens</b>	Humains	ATBM2		Il existe au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement	20	20
Connexion informatique		ATBM5a	Il existe une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie		40	15	5
		ATBM5b <sup>21</sup>	L'information de la prescription du médicament est informatisée			10	
Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	5		5		
<b>Actions</b>	Prévention A.1	ATBA3a <sup>22</sup>	Un protocole d'antibioprophylaxie validé par l'instance (NA si l'ES n'a pas de chirurgie)		10	10	10
		ATBA3b <sup>23</sup>	Il existe un protocole, validé par l'instance citée à l'item ATB01, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections				
		ATBA4a	Il existe une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement		30	5	1,25
	ATBA4b	Si oui, Il existe une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée	2,5				
	ATBA4c	Si oui, les antibiotiques à dispensation contrôlée sont dispensés et délivrés pour une durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures	1,25				
	Surveillance A.2	ATBA8	Il existe une surveillance de la consommation d'antibiotiques en Doses Définies Journalières (DDJ)	12,5	12,5		
Evaluation A-3	ATBA7	Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a été réalisée au cours de l'année du bilan	12,5	12,5			

<sup>20</sup> Commission antibiotiques : une réunion par an = 1 point (x5), deux réunions par an = 2 points (x5), supérieur ou égal à 3 réunions par an = 4 points (x5)

<sup>21</sup> Prescription du médicament informatisée : non = 0 point. Si oui, informatisation partielle = 1 point (x5), informatisation totale = 2 points (x5).

<sup>22</sup> Et

<sup>23</sup>

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

## PONDERATION SCORE AGREGE POUR LES ACTIVITES 2011

### Répartition du score agrégé lorsque tous les indicateurs sont présents pour l'ES :

ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB, ICA-BMR et ICA-LISO

Score agrégé =

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

### Répartition du score agrégé avec les indicateurs :

ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB et ICA-BMR

Score agrégé =

$$(ICALIN.2 * 0,41) + (ICSHA.2 * 0,235) + (ICATB * 0,235) + (ICA-BMR * 0,12)$$

### Répartition du score agrégé avec les indicateurs :

ICALIN.2, ICSHA.2 et ICA-BMR

Score agrégé =

$$(ICALIN.2 * 0,54) + (ICSHA.2 * 0,31) + (ICA-BMR * 0,15)$$

### Répartition du score agrégé avec les indicateurs :

ICALIN.2, ICSHA.2 et ICA-LISO

Score agrégé =

$$(ICALIN.2 * 0,50) + (ICSHA.2 * 0,29) + (ICA-LISO * 0,21)$$

### Répartition du score agrégé avec les indicateurs :

ICALIN.2 et ICSHA.2

Score agrégé =

$$(ICALIN.2 * 0,64) + (ICSHA.2 * 0,36)$$

### Répartition du score agrégé avec les indicateurs : ICALIN.2 + ICA-BMR

Score agrégé =

$$(ICALIN.2 * 0,78) + (ICA-BMR * 0,22)$$

### Répartition du score agrégé avec le seul indicateur :

ICALIN.2

Score agrégé = ICALIN.2