



## MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

[dgos-pf2@sante.gouv.fr](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/PF2/2014/66 du 04 mars 2014** relative au bilan des activités de  
lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013.

NOR : AFSH1405442J

Classement thématique : Etablissements de santé

**Validée par le CNP le 7 mars 2014 - Visa CNP 2014-43**

**Catégorie** : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en  
œuvre des dispositions dont il s'agit.

**Résumé** : Recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte  
contre les infections nosocomiales 2013 dans les établissements de santé, recueil optionnel  
de l'indicateur ICALIN.2 et recueil en simulation de l'indicateur bactériémie nosocomiale à  
SARM

**Mots-clés** : bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2013, cahier des  
charges, calendrier des indicateurs, pondération des items, référents risques et infections  
associées aux soins des ARS.

**Textes de référence :**

- Article R. 6111-8 du Code de la santé publique (Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins)
- Arrêté 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

**Textes abrogés :**

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

**Annexes :**

- N°1 : Calendrier de la campagne de recueil 2014 relative au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013
- N° 2 : Evolution des indicateurs et catégories d'établissements du tableau de bord des infections nosocomiales
- N° 3 : Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales opposables (ICA-BMR, ICATB.2, ICSHA.2)
- N°4 : Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales optionnel (ICALIN.2)
- N°5 : Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales en simulation (BN-SARM)
- N°6 : Modalités de contrôle et de validation des données déclarées
- N° 7 : Modalités de connexion au site « Bilan LIN » de l'ATIH

**Diffusion :** Les établissements de santé doivent être destinataires de cette instruction par l'intermédiaire des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.

## **I. Objectifs du texte**

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

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

Le recueil des indicateurs du tableau de bord répond au principe d'un recueil en alternance adopté<sup>1</sup> par la DGOS et la HAS au regard d'indicateurs devenus plus nombreux. Ce principe concourt à la fois à diminuer la charge de travail des établissements de santé lors du recueil des indicateurs et, dans le même temps, à permettre aux actions d'amélioration mises en œuvre par eux de produire leurs effets. L'amélioration peut ainsi être mesurée lors du recueil suivant.

Le tableau de bord des infections nosocomiales évolue (annexe 2) comme suit :

- le recueil alterné de deux couples d'indicateurs
  1. « ICA-BMR et ICATB.2 » sont recueillis en 2014 sur l'activité 2013

<sup>1</sup> Communiqué de presse « Semaine sécurité du patients », novembre 2013 ([Ministère des affaires sociales et de la santé](#))

## 2. « ICALIN.2 et ICA-LISO » seront recueillis en 2015 sur l'activité 2014

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

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

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

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

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

Cet indicateur, socle de la lutte contre les infections nosocomiales, est donc proposé en **recueil optionnel** pour tous les établissements souhaitant maintenir un recueil annuel et ceux engagés dans l'expérimentation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ<sup>3</sup>).

Le **recueil optionnel concernera l'activité 2013** (cf annexe 4). L'affichage public sur Scope Santé conservera les données rendues publiques lors du dernier recueil en 2013 (activité 2012).

---

<sup>2</sup> Les centres de post cure psychiatrique ne sont pas concernés par l'indicateur ICSHA.2.

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

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

L'indice SARM (taux triennal), est remplacé par l'indicateur « bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline » (cf. annexe 5).

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

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

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

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

## **II. Modalités pratiques de recueil du bilan d'activités de l'année 2013**

### **1. Établissements de santé**

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

**Le recueil des déclarations du bilan standardisé** des établissements de santé se fait, sur le site internet sécurisé de l'ATIH « Bilan LIN » accessible par le lien suivant : <http://bilanlin.atih.sante.fr>. Les modalités de connexion, notamment la gestion des comptes, sont décrites en annexe 7.

**La date limite de déclaration est fixée au 4 mai 2014.** Le site bloquera automatiquement les saisies le 5 mai, mais permettra la consultation des déclarations.

**Une assistance technique est mise à disposition des établissements** par l'ATIH sur le site sécurisé de recueil au lien [bilanlin@atih.sante.fr](mailto:bilanlin@atih.sante.fr).

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

### **2. Agences régionales de santé (ARS)**

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

- la présente instruction et ses 7 annexes ;
- une **lettre de transmission** qui précisera :
  - l'adresse internet permettant de télécharger différents documents (arrêté relatif au bilan standardisé, instruction et ses annexes : <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html> rubrique « Tableau de bord des infections nosocomiales / La campagne 2014 ») ;
  - les coordonnées de la personne responsable du dossier à l'ARS ou à la délégation territoriale (nom et adresse électronique) ;

- l'obligation pour l'établissement de santé de mettre à disposition de l'ARS les éléments de preuve définis dans le « Cahier des charges » et correspondant aux indicateurs définis dans l'arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

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

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

- apportera son concours à l'ATIH pour valider les changements de la base nationale concernant les établissements de sa région (nouvel établissement, fusion, suppression) ;
- s'assurera de l'exhaustivité des déclarations des établissements de sa région. L'ATIH assurera la relance des établissements n'ayant pas rempli leur bilan ;
- autorisera, si nécessaire, l'établissement à modifier ses données après verrouillage de la période de saisie ;
- effectuera pour les établissements de santé de sa région :
  - si nécessaire, les demandes de modifications des données administratives des établissements en lien avec l'ATIH,
  - la validation administrative des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales
  - pour 10% des établissements de santé, la validation des données du bilan déclarées par les établissements de santé après contrôle des éléments de preuve selon la procédure précisée en annexe 6. Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale 2014 pour le contrôle de la qualité des données ou déclarations sur les indicateurs généralisés des établissements de santé (HAS-DGOS) et vise à améliorer la fiabilité des données déclarées.

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

### **3. Accès aux données**

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

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

Les CCLIN accèdent aux résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales des établissements de leur inter-région, et les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) ceux de leur région.

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

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

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

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Jean DEBEAUPUIS  
Directeur général de l'offre de soins

## Annexe 1

Calendrier de la campagne de recueil 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013

DATES	ACTIONS
<b>Février – Avril 2014</b>	Actualisation et mise en ligne par l'ATIH sur le site bilan LIN ( <a href="http://bilanlin.atih.sante.fr">http://bilanlin.atih.sante.fr</a> ) de la base nationale des établissements de santé concernés par le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R 6111-8 du code de la santé publique
<b>Mars 2014</b>	Publication de l'arrêté et de l'instruction relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2013 (campagne de recueil 2014)
<b>24 mars au 04 mai 2014</b>	Saisie des données par les établissements de santé sur le site bilan LIN
<b>24, 30 avril et 02 mai 2014</b>	Envoi des courriels par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2013
<b>12 mai au 21 septembre 2014</b>	Validation administrative des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS (+/- contrôle et validation des éléments de preuve) Validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans
<b>01 au 12 octobre 2014</b>	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2013 par l'ATIH
<b>15 octobre 2014</b>	Envoi par l'ATIH d'un courriel informant de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé
<b>15 octobre au 02 novembre 2014</b>	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS
<b>Semaine 46</b> (10 au 16 novembre 2014)	Calcul définitif des indicateurs par l'ATIH et clôture de la campagne de recueil 2014
<b>Semaine 47</b> (17 au 23 novembre 2014)	Envoi par l'ATIH d'un courriel aux établissements de santé informant de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2013
<b>Semaine 47 ou 48</b>	Publication des résultats définitifs

## Annexe 2

### Evolution des indicateurs et catégories d'établissements du tableau de bord des infections nosocomiales

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

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

- ❖ 3 indicateurs opposables généralisés,
- ❖ 1 nouvel indicateur en simulation pour 2 années consécutives (2014-2015),
- ❖ 1 indicateur optionnel, généralisé.

Un indicateur **généralisé** est dit d'un indicateur rendu obligatoire par arrêté pour un établissement de santé. La communication du résultat d'un indicateur généralisé est réservée uniquement à l'établissement santé lors de la ou des années de simulation nécessaire à sa généralisation. Puis à l'issue de la simulation, la communication des résultats devient publique.

## **SOMMAIRE**

<b>I.</b>	<b>TABLEAU D'EVOLUTION DES INDICATEURS .....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>DEFINITION DES CATEGORIES D'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES IN.....</b>	<b>5</b>

## I. Tableau d'évolution des indicateurs

Année	Indicateurs	Mise à disposition pour les établissements de santé	Obligation de diffusion publique
Activités 2010	ICALIN.2 (simulation) ICA-LISO (simulation) ICA-BMR (simulation)	Oui	Non
	ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Activités 2011	ICALIN.2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
Activités 2012	ICALIN.2 ICA-LISO ICA-BMR ICSHA.2 ICATB Indice SARM Score agrégé	Oui	Oui
	ICATB.2 (simulation)	Oui	Non
Activités 2013	ICSHA.2 ICATB.2 ICA-BMR	Oui	Oui
	ICALIN.2 (optionnel) BN SARM (simulation)	Oui	Non
Activités 2014	ICSHA.2 ICALIN.2 ICA-LISO	Oui	Oui
	BN SARM (simulation) ICSHA.3 (simulation)	Oui	Non

## II. Définition des catégories d'établissement

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

Intitulé des catégories d'établissement	DEFINITIONS
CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
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
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
Etablissements Psychiatriques	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) lié à la psychiatrie
Ex hôpitaux locaux	- Ex Hôpitaux locaux publics
Cliniques MCO < 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
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
SSR	- Etablissements de soins de suite et de réadaptation
SLD	- Etablissements de soins de longue durée
CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer
HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant (> 80% de leurs activités en lits et places)
HEMODIALYSE	- Centre de dialyse exclusif ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80% du nombre de lits et places.
MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
CPA *	- Centres de postcure alcoolique exclusive
CPP *	- Centre de post cure psychiatrique
AMBULATOIRE *	- Etablissements dont le nombre de places représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places

\* Ces établissements, pour l'affichage, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR, SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits, ...) en fonction de leur activité.

### III. Indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales

3 indicateurs opposables, 1 indicateur en simulation, 1 indicateur optionnel

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

### Annexe 3

#### **ICA-BMR - ICATB.2 - ICSHA.2**

Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales **opposables** au recueil 2014

#### **Objectif du document :**

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

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Les éléments de preuve réunis lors de la campagne de recueil 2013 peuvent servir s'ils n'ont pas changé (protocoles, fiches de poste, etc ...). Le dossier de preuves de la campagne 2014 est une actualisation du dossier de preuves 2013. Il pourra être utilisé dans le cadre de la certification de l'établissement.

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

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

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

Pour rappel, la commission ou conférence médicale d'établissement, conformément aux articles R. 6164-3 et R6144-2 du Code de la santé publique contribue à l'élaboration de la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins. A cette fin, les résultats et rapports y afférents doivent lui être présentés.

## SOMMAIRE

<b>ICA-BMR</b> .....	<b>3</b>
<b>I. CAHIER DES CHARGES ICA-BMR</b> .....	<b>3</b>
ORGANISATION .....	3
MOYENS D'INFORMATION .....	5
ACTIONS - Prévention.....	6
ACTIONS - Surveillance.....	6
<b>II. PONDERATION ICA-BMR</b> .....	<b>7</b>
<b>III. CLASSES DE PERFORMANCE ICA-BMR</b> .....	<b>8</b>
1. Année de référence pour les limites de performance .....	8
2. Répartition des classes de performance.....	8
3. Cas particulier des établissements de type SLD.....	8
<b>ICATB.2</b> .....	<b>10</b>
<b>I. CAHIER DES CHARGES ICATB.2</b> .....	<b>10</b>
OBJECTIFS .....	10
ORGANISATION.....	11
MOYENS .....	12
ACTIONS DE PREVENTION .....	14
ACTIONS DE SURVEILLANCE .....	15
ACTIONS D'EVALUATION.....	17
<b>II. PONDERATION- ICATB.2</b> .....	<b>18</b>
<b>III. CLASSES DE PERFORMANCE- ICATB.2</b> .....	<b>20</b>
1. Année de référence pour les limites de performance .....	20
2. Répartition des classes de performance.....	20
3. Cas particulier des établissements de type SLD.....	20
<b>ICSHA.2</b> .....	<b>22</b>
<b>I. MODALITE DE CALCUL ICSHA.2</b> .....	<b>22</b>
Tableau n°1 : Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité .....	23
Tableau n°2 : L'objectif personnalisé de consommation est calculé pour chaque spécialité .....	24

**ICA-BMR****Indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes****I. Cahier des charges ICA-BMR**

*(Ne concerne pas les MECSS, l'ambulatoire, la psychiatrie, les centres de post cure alcoolique exclusifs et les centres de post cure psychiatrique)*

**ORGANISATION – Prévention des BMR****BMR O1 Il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires actualisée dans les 5 ans**

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

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

<input type="button" value="2013"/>	<input type="button" value="2012"/>	<input type="button" value="2011"/>	<input type="button" value="2010"/>	<input type="button" value="2009"/>	<input type="button" value="Avant 2009"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

**ÉLÉMENTS DE PREUVE**

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

**BMR O2 Il existe une politique de dépistage, en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les 5 ans**

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole définissant la politique de dépistage dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

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

<input type="button" value="2013"/>	<input type="button" value="2012"/>	<input type="button" value="2011"/>	<input type="button" value="2010"/>	<input type="button" value="2009"/>	<input type="button" value="Avant 2009"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

**ÉLÉMENTS DE PREUVE**

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

**BMR O3 Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux****ÉLÉMENTS DE PREUVE**

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

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

**ÉLÉMENTS DE PREUVE**

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

## MOYENS – Information

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

Répondre oui seulement si l'information est tracée

**ÉLÉMENTS DE PREUVE**

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

La transmission d'information peut être papier, informatique, téléphonique.

L'établissement fournit un exemple de traçabilité de cette transmission d'information.

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

**ÉLÉMENTS DE PREUVE**

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

**BMR M13 Il existe une procédure d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé dans les 5 ans**

Répondre oui, seulement s'il existe une procédure d'information dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans et comportant les 3 éléments

- lors de transfert inter-établissement
- en intra établissement
- en cas de réadmission

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

**ÉLÉMENTS DE PREUVE**

Protocole ou procédure validé et daté prévoyant les trois situations :

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

## ACTIONS - Prévention

---

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

Oui  Non *répondre oui seulement si la traçabilité est assurée*

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

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

## ACTIONS - Surveillance

---

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

Oui  Non *Répondre oui s'il existe un taux de BMR calculé par journée d'hospitalisation ou par entrée*

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

Présentation du taux de BMR

**BMR A22 La surveillance des BMR est faite en réseau**

Oui  Non *Répondre oui seulement si le réseau correspond à la définition donnée dans l'aide au remplissage*

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

Oui  Non *Répondre oui seulement si les résultats de la surveillance BMR sont restitués à tous les secteurs d'activités.*

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

## ICA-BMR – Pondération

### II. Pondération ICA-BMR

Items		ICA-BMR		total	N1	N2	N0	SLD
Organisation	Politique de maîtrise des BMR	BMR - O1	Il existe un protocole avec une liste des bactéries multi-résistantes prioritaires, actualisée dans les 5 dernières années	100	32	32	8	10
		BMR - O2	Il existe une politique de dépistage en fonction de l'activité, à la recherche de BMR, actualisée dans les 5 dernières années				8	NA <sup>1</sup>
		BMR - O3	Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux				8	12
		BMR - O4	Les résultats de la surveillance des BMR sont restitués à la CME				8	10
Moyens	Information	BMR - M11	Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités, et l'EOH		28	28	16	16
		BMR - M12	L'information du patient sur la colonisation de BMR est faite systématiquement				4	NA <sup>2</sup>
		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 <sup>3</sup>				8	12
Actions	Prévention A.1	BMR - A11	Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées		40	24	16	16
	Surveillance A.2	BMR - A21	Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR				10	10
		BMR - A22	La surveillance des BMR est faite en réseau				6	6
		BMR - A23	Les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités	8			8	

<sup>1</sup> BMR O2, les points sont redistribués pour les établissements de type « SLD » : 2 points en BMR O1, 4 points en BMR O3 et 2 points en BMR O4

<sup>2</sup> BMR M12 : les 4 points sont redistribués en BMR M13 pour les établissements de type « SLD »

<sup>3</sup> BMR M13 : l'item est modifié pour les établissements de type « SLD » comme suit « Il existe un ou des protocole(s) d'information de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé dans les 5 dernières années », en cohérence avec l'item BMR-O2 « NA » et l'item BMR M12 « NA »

### III. Classes de performance ICA-BMR

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

---

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ont évolué en 2010 pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013<sup>4</sup>.

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

#### 2. Répartition des classes de performance

---

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

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

#### 3. Cas particulier des établissements de type SLD

---

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

---

<sup>4</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

## ICA-BMR - Classes de performance

### LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICA-BMR

<b>Définition des classes</b>	<b>E &lt; P20 ≤ D &lt; P40 ≤ C &lt; P60 ≤ B &lt; P80 ≤ A</b>
-------------------------------	--

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

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

<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
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	< 40	de 40 à < 57,2	de 57,2 à < 70	de 70 à < 86	≥ 86
SLD	< 40	de 40 à < 57,2	de 57,2 à < 70	de 70 à < 86	≥ 86
CLCC-CANCER	< 74,4	de 74,4 à < 84	de 84 à < 92	de 92 à < 100	= 100
HAD	< 4	de 4 à < 16	de 16 à < 38,8	de 38,8 à < 63,2	≥ 63,2
HEMODIALYSE	< 33,2	de 33,2 à < 54	de 54 à < 70	de 70 à < 82	≥ 82

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

### ICATB.2

#### Indicateur de bon usage des antibiotiques

##### I. Cahier des charges ICATB.2

*(ne concerne pas les HAD, l'hémodialyse, les MECSS, l'ambulatoire, la psychiatrie, les centres de post cure alcoolique exclusifs et post cure psychiatrique)*

#### OBJECTIFS

---

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

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

- L'intégration du bon usage dans la politique de l'établissement, via le programme d'actions bon usage des médicaments de la commission ou conférence médicale de l'établissement ;
- L'accès pour chaque prescripteur a 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 carbapénèmes, 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 diagnostic aux urgences ;
- La surveillance de la consommation rapportée à l'activité (cette surveillance pouvant être effectuée en réseau) et la confrontation des données de surveillance de consommation à celles de résistances des bactéries ;
- Une évaluation des pratiques relativement fréquentes en raison du caractère d'évolution des micro-organismes, pouvant prendre différentes formes, des plus simples, la molécule est adéquate, à des évaluations plus complètes comme sur la désescalade de traitement ;
- L'importance de la restitution des résultats de surveillance et d'évaluation des pratiques aux services participants et à la commission ou conférence médicale de l'établissement. Des résultats qui présentent une analyse des données et les pistes d'amélioration à entreprendre.

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

## ORGANISATION

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

### 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

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

#### 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.

**ATBO3. Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies**

#### 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.

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

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

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

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

### 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.

## ICATB.2 - Cahier des charges - Moyens

### 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.

**ACTIONS - Prévention**

---

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

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**

Répondre **oui**, seulement si 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

**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**

**ELEMENTS DE PREUVE**

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

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

**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**

**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**

**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.

**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.

## ICATB.2 - Cahier des charges - Actions

**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.

## ACTIONS D'EVALUATION

---

**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 

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

11b. La posologie de l'antibiotique 

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

11c. La durée de l'antibiothérapie 

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### AIDE AU REMPLISSAGE

Utilisation de méthode validée par la HAS, les CCLIN/ARLIN, OMEDIT ou par une société savante pour l'évaluation des pratiques (audit, revue de 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**

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

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

Oui	▼	Non	▼
-----	---	-----	---

### 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.

## ICATB.2 Pondération-Organisation et Moyens

### II. Pondération- ICATB.2

Fonctions	Items		ICATB.2- Organisation et Moyens	Total	N1	N2	N3
<b>Organisation</b>	Politique	ATB01	Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques	<b>100</b>	<b>16</b>	4	4
	Accès à conseil	ATB02	Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie			<b>8</b>	4
		ATB03	Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies				4
	Alerte	ATB04	Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie			4	4
<b>Moyens</b>	Informatique	ATBM1	Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités des prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie		<b>38</b>	<b>12</b>	6
		ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée <sup>5</sup>				6
	Humains	ATBM3	Il existe un (des) référent(s) en antibiothérapie			4	
		ATBM4 a	Le(s) référent(s) a (ont) une compétence adaptée à ses (leurs) missions			2	
		ATBM4 b	Ses (leurs) compétences sont actualisées régulièrement			<b>16</b>	2
		ATBM5	Atteinte de l'objectif cible en termes de nombre d'ETP spécifiquement affectés au(x) référent(s) antibiotique intervenant dans l'établissement <sup>6</sup>				8
	Formation	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques	10		10	

<sup>5</sup> Sont accordés : 6 points aux établissements de santé ayant répondu « oui », 3 points aux établissements de santé ayant répondu « partiellement »

<sup>6</sup> Le calcul théorique du nombre d'ETP (équivalent temps plein) est fonction du nombre de lits et places en partant des équations suivantes : 0,1 ETP pour 400 lits de SRR/SLD ou psychiatrie et 0,3 ETP pour 400 lits de MCO (validation du calcul avec 10% de marge)

## ICATB.2 Pondération-Actions

Fonctions	Items	ICATB.2- Actions	Total	N1	N2	N3	
<b>Actions</b>	<b>Prévention</b>	ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement		<b>46</b>	<b>18</b>	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 <sup>7</sup> ou 0
	<b>Surveillance</b>	ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières DDJ rapportée à l'activité			<b>10</b>	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
	<b>Evaluation-audit</b>	ATBA11a	Evaluation du respect de la molécule recommandée			<b>18</b>	2
		ATBA11b	Evaluation de la posologie de l'antibiotique				2 ou 3
		ATBA11c	Evaluation de la durée de l'antibiothérapie				2 ou 3
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				

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

### III. Classes de performance- ICATB.2

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

---

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, outils de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ont évolué en 2010 pour prendre en compte les objectifs du plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins et du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013<sup>8</sup>.

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

#### 2. Répartition des classes de performance

---

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

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

#### 3. Cas particulier des établissements sans SAU

---

Les établissements sans SAU sont « non concernés » par l'item ATB A5, les points sont redistribués aux items ATB A11b et ATB A11c.

---

<sup>8</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

## ICATB.2 Classes de performance

### LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICATB.2

<b>Définition des classes</b>	<b>E &lt; P20 ≤ D &lt; P40 ≤ C &lt; P60 ≤ B &lt; P80 ≤ A</b>
-------------------------------	--

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

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

<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	< 58	de 58 à < 67	de 67 à < 75	de 75 à < 83	≥ 83
CH < 300 lits et places	< 47	de 47 à < 59	de 59 à < 70	de 70 à < 80	≥ 80
CH ≥ 300 lits et places	< 57	de 57 à < 64	de 64 à < 73	de 73 à < 81	≥ 81
Ex Hôpitaux locaux	< 32	de 32 à < 42	de 42 à < 55	de 55 à < 69	≥ 69
Cliniques MCO < 100 lits et places	< 46,50	de 46,50 à < 62	de 62 à < 74	de 74 à < 86	≥ 86
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	< 52	de 52 à < 66	de 66 à < 75	de 75 à < 86	≥ 86
SSR	< 44	de 44 à < 57	de 57 à < 70	de 70 à < 81	≥ 81
SLD	< 44	de 44 à < 57	de 57 à < 70	de 70 à < 81	≥ 81
CLCC-CANCER	< 65	de 65 à < 73	de 73 à < 81	de 81 à < 90	≥ 90

## ICSHA.2

### Indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques

#### I. Modalité de calcul ICSHA.2

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

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

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

#### AIDE AU REMPLISSAGE

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

#### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

#### Calcul de l'indicateur

---

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

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

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

---

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

## ICSHA.2 Modalités de calcul

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

Spécialités	Nb
<b>HOSPITALISATION COMPLETE ET DE SEMAINE</b>	
Médecine	8
Chirurgie	9
Réanimation	40
USI-USC	28
Obstétrique	12
Accouchement sans césarienne	14
Accouchement avec césarienne	8
Soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	7
Soins de longue durée	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	10
HAD (par jour)	4
Urgences (par passage)	2
<b>HOSPITALISATION DE JOUR</b>	
Hôpital de jour de médecine	3
Hôpital de jour de chirurgie	3
Hôpital de jour d'obstétrique	5
Hôpital de jour de psychiatrie	1
Hôpital de jour de soins de suite et Réadaptation fonctionnelle	3
Bloc chirurgical (par entrée en service de chirurgie, et par entrée en HDJ)	8
Séance de chimiothérapie	5

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

CALCUL DE L'OBJECTIF 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 2013)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 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.

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

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

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

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

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

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

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

## Annexe 4

### ICALIN.2

Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales **optionnel** au recueil 2014

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

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

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

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

#### **Objectif du document :**

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

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Les éléments de preuve réunis lors de la campagne de recueil 2013 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2014 est une actualisation du dossier de preuves 2013. Il pourra être utilisé dans le cadre de la certification de l'établissement et de la démarche IFAQ<sup>1</sup>.

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

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

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

Pour rappel, la commission ou conférence médicale d'établissement, conformément aux articles R. 6164-3 et R6144-2 du Code de la santé publique contribue à l'élaboration de la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins. A cette fin, les résultats et rapports y afférents doivent lui être présentés.

---

<sup>1</sup> La liste des établissements concernés par l'expérimentation IFAQ est disponible au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>

## SOMMAIRE ICALIN.2

<b>I. CAHIER DES CHARGES- ICALIN.2</b> .....	<b>3</b>
ORGANISATION .....	3
Politique et implication des instances : .....	3
Équipe opérationnelle d'hygiène et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.....	4
Information du public et du patient.....	5
Signalement des infections nosocomiales.....	6
MOYENS.....	7
Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH).....	7
Matériel disponible dans le cadre de la prévention de la transmission soignés/soignants .....	8
Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels.....	8
Formation en hygiène hospitalière pour les prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques .....	10
ACTIONS .....	11
Protection du personnel .....	11
Précautions standard autres que hygiène des mains .....	13
Précautions complémentaires.....	13
Prévention des infections associées aux gestes invasifs.....	14
Prévention des risques liés à l'environnement (eau, air) .....	17
Surveillances .....	18
Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave .....	19
<b>II. PONDERATION- ICALIN.2</b> .....	<b>21</b>
Explications sur la redistribution des points par type établissement pour ICALIN.2.....	21
Résumé des points « redistribués » pour la saisie des données 2012 et règles de calcul ou de cohérence à l'exception des MECCS, CPA, CPP et les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile .....	21
<b>III. CLASSES DE PERFORMANCE- ICALIN.2</b> .....	<b>28</b>
Année de référence pour les limites de performance.....	28
Répartition des classes de performance .....	28
Cas particuliers des centres de post cure alcoolique, centre de post cure psychiatrique et des centres ambulatoires .....	28
Limites de classes indicateur ICALIN.2 .....	289

## I. Cahier des charges- ICALIN.2

Indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales  
version 2

### ORGANISATION

Politique et implication des instances :

---

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

Répondre *Oui*, seulement si l'établissement a les 4 éléments.

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

#### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

#### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

**O13 La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions de lutte contre les IN (pour les établissements publics uniquement)**

#### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

## ICALIN2 – ORGANISATION

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

**O15 Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail (CHSCT) pour information**

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

---

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

*Répondre Oui, seulement si l'établissement a les 2 éléments.*

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

Information du public et du patient

---

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

Oui     Non    Répondre Oui, si l'établissement présente au minimum une modalité de diffusion

**ELÉMENTS DE PREUVE**

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

- Par voie d'affichage ; dans le hall d'accueil ; à proximité du bureau des entrées ou des urgences ;
- Transmission d'un dossier remis à l'admission du patient ou insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil
- Mise en ligne sur le site internet de l'établissement de santé
- Autre, précisez (*obligatoire*)

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

Oui     Non

**ELÉMENTS DE PREUVE**

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

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

Oui     Non    Répondre Oui, seulement si l'établissement a les 2 éléments (signalement interne et externe).

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

**ELÉMENTS DE PREUVE**

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

### Signalement des infections nosocomiales

---

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

Répondre Oui, seulement si l'établissement a les 2 éléments.

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

#### ELÉMENTS DE PREUVE

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

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

Répondre Oui, seulement si l'établissement a les 2 éléments (ARS et CCLIN).

#### ELÉMENTS DE PREUVE

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

#### O43 Il existe une procédure de gestion de crise formalisée

#### ELÉMENTS DE PREUVE

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

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

## ICALIN2- MOYENS

### MOYENS

#### Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

##### AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

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

	Catégories de personnel dans l'EOH	Nombre d'ETP spécifiquement dédiés à la LIN intervenant <u>dans l'établissement</u>	Nombre d'ETP ayant un diplôme en Hygiène hospitalière
<b>M11</b>	Médecin	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
	Pharmacien	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
<b>M12</b>	Cadre infirmier	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
	Infirmier non cadre	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
<b>M13</b>	Technicien en hygiène	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
	Secrétaire	_ _ ,  _ _  ETP	
	Autre personnel permanent, précisez :	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP

##### ELÉMENTS DE PREUVE

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

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

## ICALIN2 – MOYENS

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

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

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

Répondre « partiellement » dans les autres cas

#### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

---

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

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

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

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

#### ÉLÉMENTS DE PREUVE : (M21 ; M22)

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

### Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

---

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

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

## ICALIN2 – MOYENS

### **Spécificité pour le secteur HAD**

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

Oui  Non

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

### **ELÉMENTS DE PREUVE :**

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

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

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

Oui  Non  Non concerné

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

Oui  Non  Non concerné

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

### **AIDE AU REMPLISSAGE**

#### **Pour le nombre d'heures :**

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

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

	Catégories professionnelles	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
M 33	Médecins ou pharmaciens, sages-femmes	_ _ _	_ _ _ _
M 34	Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
M 35	Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

## ICALIN2 – MOYENS

### ELÉMENTS DE PREUVE : (M32 ; M33 ; M34 ; M35)

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

**Et**

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

**Ou**

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

**Ou**

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

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

---

#### AIDE AU REMPLISSAGE

Les établissements de type « HAD » ne sont pas concernés.  
Les fonctions logistiques concernent le nettoyage, la désinfection des locaux, les maintenances préventive ou curative de l'air et de l'eau, le traitement du linge, le transport des prélèvements biologiques, les transports sanitaires, l'alimentation, les entreprises de travaux.

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

Oui ▼	Non ▼
-------	-------

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

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

## ACTIONS

**AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES PROTOCOLES ou PROCEDURES ET LES METHODES D'EVALUATION DES PRATIQUES**

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

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

Une relecture de ce dernier par l'EOH en collaboration avec le service de santé au travail ou autre service compétent constitue une actualisation de ce protocole pour vérifier le respect des recommandations nationales. Il est ainsi vérifié l'adéquation entre le protocole de l'établissement et les recommandations nationales. Pour répondre à « Actualisation ou réalisation dans les 5 dernières années », vous devez prendre en compte les 5 ans avant l'année du bilan inclus (ex : si le bilan est celui de l'année 2013, on tiendra compte des années 2013, 2012, 2011, 2010 et 2009)

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

**Protection du personnel****A11 Un protocole de prise en charge en urgence des accidents d'exposition au sang (AES) est actualisé dans les 5 dernières années**



*Répondre oui, seulement s'il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans*

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






**ELÉMENTS DE PREUVE :**

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

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


**ELÉMENTS DE PREUVE :**

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

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


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

## ICALIN2 – ACTIONS

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

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

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

#### ELÉMENTS DE PREUVE : (A13 ; A14 ; A15)

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

### Hygiène des mains :

---

### A21 Un protocole d'hygiène des mains est actualisé dans les 5 dernières années

*Répondre oui, seulement s'il existe un protocole d'hygiène des mains dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.*

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

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

Un protocole relatif à l'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années (daté et validé).

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

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

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

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

### A23 Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années

*Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.*

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

Un rapport daté de l'évaluation.

### Précautions standard autres que hygiène des mains

---

**A31 Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard**

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif aux précautions standard dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

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

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole institutionnel, validé et daté

**A32 Une évaluation des pratiques relative aux précautions standard autre que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans**

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

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

### Précautions complémentaires

---

**A41 Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact »**

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif aux précautions « contact » dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

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

**A42 Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires de type « air » et « gouttelettes »**

Répondre oui, seulement si l'établissement a les 2 éléments

Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air » dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans ;

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

Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « gouttelettes » dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.

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

#### ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocoles institutionnels, validés et datés

## ICALIN2 – ACTIONS

**A43 Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années**

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques

### ELÉMENTS DE PREUVE :

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

**A44 Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air ou gouttelettes » a été faite dans les 5 dernières années**

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques « air » ou « gouttelette » a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques

- Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » a été faite dans les 5 dernières années
- Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « gouttelettes » a été faite dans les 5 dernières années

### ELÉMENTS DE PREUVE :

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

## Prévention des infections associées aux gestes invasifs

---

**A51 Il existe un protocole, associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde, actualisé dans les 5 dernières années**

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention de l'infection urinaire sur sonde dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

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

**A52 Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés actualisé dans les 5 dernières années**

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

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

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

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

## ICALIN2 – ACTIONS

### A53 Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable ans actualisé dans les 5 dernières années

*relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.*

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

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

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

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

### ELEMENTS DE PREUVE ELÉMENTS DE PREUVE (A51 ; A52 ; A53) :

Protocoles institutionnels, validés et datés

### AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES OUTILS D'AIDE A L'OBSERVANCE ET LA METHODE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

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

Les éléments de ces outils d'aide à l'observance sont indiqués dans la circulaire du 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 surveillance clinique peut être notée sur un autre document inclus dans le dossier du patient, distinct des autres documents d'outils d'aide à l'observance utilisés.

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

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

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

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

## ICALIN2 – ACTIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE (A54 ; A55 ; A56) :

Outils validés et datés

### A57 Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les 5 dernières années

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques.

### A58 Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires (voie veineuse périphérique, cathéters veineux centraux, chambre implantable) ou sous-cutanés a été réalisée dans les 5 dernières années

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques sur les dispositifs intra-vasculaires ou sous-cutanés a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques ; cocher l'évaluation réalisée

Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur voie veineuse périphérique ;

Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur cathéters veineux centraux

Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur chambre implantable ;

Il existe une évaluation des pratiques relative à la prévention sur dispositifs sous-cutanés ;

## ICALIN2 – ACTIONS

### A59 Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les 5 dernières années

Répondre « oui » seulement si une évaluation des pratiques a été faite dans les 5 ans quelle que soit la méthodologie utilisée pour cette évaluation des pratiques. Pour les établissements concernés par ICALISO et ayant répondu Oui à l'item LISO.15, le thème doit être différent de la préparation cutanée de l'opéré.

#### ELÉMENTS DE PREUVE (A57 ; A58 ; A59) :

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

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

---

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

##### Il existe une démarche préventive liée à l'eau

Répondre Oui, seulement si l'établissement a les 4 éléments

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

**Question filtre** : il existe au moins un secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement en dehors du bloc opératoire<sup>2</sup> (flux laminaire...)

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

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

---

<sup>2</sup> Pour le bloc opératoire et le bloc obstétrical, les questions relatives à l'air sont à remplir à LISO7 : ne pas remplir ici ces questions, mais se reporter à la partie liée à la prévention des infections du site opératoire

## ICALIN2 – ACTIONS

### Si Oui, précisez si

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE :

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

## Surveillances

---

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

**AIDE AU REMPLISSAGE POUR LES SURVEILLANCES :** *Ne sont pas prises en compte ici, les surveillances faisant l'objet déjà d'une valorisation (infection du site opératoire, BMR, AES).*

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

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

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

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

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

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

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

Répondre Oui si un type d'enquête a été faite

Si oui, précisez

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

## ICALIN2 – ACTIONS

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

 Oui Non

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

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

 Oui Non

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

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

 Oui Non

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE (A72 ; A73 ; A74 ; A75)

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

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

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

## Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave

---

### A81 Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave

 Oui Non

### AIDE AU REMPLISSAGE

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

A titre d'exemple, un évènement infectieux grave peut être :

- un décès associé à une infection nosocomiale ;
- une infection profonde du site opératoire ;
- des infections à bactéries multi résistantes ;
- des cas groupés .....

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

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

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

## ICALIN.2 - GLOSSAIRE

### GLOSSAIRE

<b>AES</b>	Accident d'exposition au sang
<b>ARLIN</b>	Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
<b>ARS</b>	Agence régionale de la santé
<b>BMR</b>	Bactéries Multi Résistantes
<b>CCLIN</b>	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
<b>CHSCT</b>	Comité technique de sécurité et des conditions de travail
<b>CME</b>	Commission ou conférence médicale d'établissement
<b>CPOM</b>	Contrat d'objectifs et de moyens
<b>CRUQPC</b>	Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
<b>CSIRMT</b>	Commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
<b>CVC</b>	Cathéters veineux centraux
<b>EOH</b>	Equipe opérationnelle d'hygiène
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>GREPHH</b>	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>ISO</b>	Infection du site opératoire
<b>LIN</b>	Lutte contre les infections nosocomiales
<b>PHA</b>	Produits hydro-alcooliques
<b>RAISIN</b>	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
<b>SAE</b>	Statistique annuelle d'établissement
<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B

## II. Pondération- ICALIN.2

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

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

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

---

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

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

Ainsi par exemple en O13 il y a 1 point pour les établissements publics, les établissements privés ne pouvant répondre à cet item ; le point est redistribué en O11 (0.5) et O12 (0.5).

Donc O11 vaut 2 pour les établissements publics et 2.5 pour les établissements privés à condition d'avoir répondu OUI.

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

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

---

*Les MECSS, les CPA et CPP, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A 51 à A 58 (prévention des infections associées aux gestes invasifs). Les points sont redistribués au sein des autres items de la partie actions d'ICALIN.2.*

#### **Organisation**

O13 → 1 point redistribué en O11 et O12

Calcul réalisé sous condition du oui et du non

si O11= oui alors = 2.5

si O11= non alors = 0

si O12 = oui alors = 2

si O12 = non alors = 0

O15→règle de cohérence avec O12

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

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

## ICALIN.2 – PONDERATION

### Moyens

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

M13 → oui si somme des ETP (quelque soit le nombre de lits ou places de l'établissement)

M32 → 1 point redistribué en M31

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

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

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

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

si M31= oui alors M31 = 3

si M31= non alors M31 = 0

M 36 pour les HAD → 2 points redistribués en M31, M33 et M34

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

si M31= oui alors = 3

si M31 = non alors = 0

si M33= oui alors = 1.5

si M33 = non alors = 0

si M34= oui alors = 1.5

si M34 = non alors = 0

### Actions

A53 → 1 point redistribué en A31 et A32

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

si A31= oui alors = 1.5

si A31 = non alors = 0

si A32= oui alors = 2.5

si A32 = non alors = 0

A56 → 2 points redistribués en A52 et A58

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

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

si A52= oui alors = 2

si A52 = non alors = 0

si A58= oui alors = 5

si A58 = non alors = 0

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

si A32 = oui alors = 3

si A32 = non alors = 0

si A55= oui alors = 2

si A55 = non alors = 0

si A58= oui alors = 5

si A58 = non alors = 0

## ICALIN.2 – PONDERATION - 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	Le programme d'action élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN				1,5	2						
	O13	La Commission de Soins Infirmiers, rééducation et médico- technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	0 (NA) <sup>3</sup>						
	O14	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions				1	1	1	1				
	O15	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information				0,5	0,5	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			100	20	4	2	2	2	2		
	O22	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées						2	2	2	2		
Information des usagers et du patient	O31	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales					100	20	4	1	1	1	1
	O32	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil								1	1	1	1
	O33	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale								2	2	2	2
Signalement	O41	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale	100	20					6	3	3	3	3
	O42	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN								1	1	1	1
	O43	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée								2	2	2	2

<sup>3</sup> Pour les établissements de santé privés, le point est redistribué en O11 et O12

## ICALIN.2 - PONDERATION - 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>4</sup>	100	30	20	8	8	8	8				
	M12	Respect des ratios en personnel para médical IDE de l'EOH <sup>5</sup>				8	8	8	8				
	M13	Il existe un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un autre personnel permanent <sup>6</sup>				1,5	1,5	1,5	1,5				
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités <sup>7</sup>				2,5	2,5	2,5	2,5				
Matériel	M21	L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés			100	30	2	1	1	1	1		
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés						1	1	1	1		
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					100	30	8	2	2	3	3
	M32	Il existe une formation pour les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres...)								1	1	1	0 (NA <sup>8</sup> )
	M33	Au moins 25% du personnel médical <sup>9</sup> a bénéficié d'une formation validée par l'EOH								1	1	1,5	1
	M34	Au moins 25% du personnel infirmier <sup>10</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>11</sup> )	2

<sup>4</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>5</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>6</sup> Si « Oui » : si somme des ETP (quelque soit le nombre de lits ou places de l'établissement)

<sup>7</sup> Si « Oui » : 2,5 points ; si « partiellement » = 1 point ; si « non » = 0 point

<sup>8</sup> Si l'établissement n'est pas concerné, le point est redistribué en M31

<sup>9</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>10</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>11</sup> Pour les établissements de santé de type « HAD », les deux points sont redistribués en M31 ; M33 et M34

## ICALIN.2 – PONDERATION - Actions

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dialyse à domicile CPP et CPA <sup>12</sup>						
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>4</b> (6 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA)	1	1	1	1	1.5						
	A12	Il existe une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB (virus de l'hépatite B)				0,5	0,5	0,5	0,5	1						
	A13	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe				1	1	1	1	2						
	A14	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la rougeole				1	1	1	1	1						
	A15	Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation pour la varicelle ou pour la coqueluche				0,5	0,5	0,5	0,5	0,5						
Hygiène des mains	A21	Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années			<b>100</b>	<b>50</b>	<b>6</b> (8 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA )	1	1	1	1	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	1,5	1,5	0				
	A23	Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années						3,5	3,5	3,5	3,5	4				
Les précautions standard <sup>13</sup>	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard					<b>100</b>	<b>50</b>	<b>3</b> (4 pour HAD, les NA, pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA )	1	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 »							<b>100</b>	<b>50</b>	<b>6</b> (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPA )	1	1	1	1	2
	A42	Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes»										1	1	1	1	2
	A43	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été faite dans les 5 dernières années										2	2	2	2	3
	A44	Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes» a été faite dans les 5 dernières années										2	2	2	2	3

<sup>12</sup> CPP et CPA : centre de cure psychiatrique et centre de post-alcoolique

<sup>13</sup> Précautions « standard » autre que l'hygiène des mains

## ICALIN.2 – PONDERATION - Actions

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile CPP et CPA
La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	Il existe un protocole associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde, actualisé dans les 5 dernières années	100	50	14	1	1	1	1	0
	A52	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés, actualisé dans les 5 dernières années				1	1	1	2	0
	A53	Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable, actualisé dans les 5 dernières années				1	1	1	0 (NA) <sup>15</sup>	0
	A54	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire				1	1	1	1	0
	A55	Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique ou sur chambre implantable ou sur des dispositifs sous-cutanés dans les 5 dernières années				1	1	2	1	0
	A56	Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux				2	2	2	0 (NA) <sup>16</sup>	0
	A57	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les 5 dernières années				4	4	4	4	0
	A58	Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires ou de prévention de l'infection sur dispositif sous-cutané a été réalisée dans les 5 dernières années				4	4	5	5	0
	A59	Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les 5 dernières années.				2	2	2	2	2

<sup>14</sup> Les MECSS, les CPP et CPA, les centres d'autodialyse et les dialyses à domicile ne sont pas concernés par les items A 51 à A 58 (prévention des infections associées aux gestes invasifs). Les points sont redistribués au sein des autres items de la partie actions d'ICALIN.2.

<sup>15</sup> Le point est redistribués en A31 et A32.

<sup>16</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

## ICALIN.2 – PONDERATION - Actions

Items		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	Public	Privé	HAD*	NA pour Ets	MECSS et autodialyse et dia à domicile et CPP et CPA	
Environnement	A61	Il existe une démarche de prévention liée à l'environnement (eau, air)	100	50	3 <sup>17</sup> (0 pour HAD, 4 pour MECSS autodia, dia à domicile et CPA)	3	3	0 (NA) <sup>18</sup>	3	4	
	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	0.5	0.5	1	
A72	Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR et AES)	2,5				2,5	2.5	2.5	3		
A73	Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau	1				1	1	1	1		
A74	Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR et AES) ont été rendus à tous les services participants	2				2	2	2	3		
A75	Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR et AES) sont présentés en CME	1				1	1	1	2		
Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave	A81	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	4	4	4	6

<sup>17</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 A61 sont alors accordés pour la maintenance de l'eau chaude sanitaire si l'établissement répond à tous les critères eau
- Pour les établissements HAD, non concernés par l'environnement, les 3 points sont redistribués aux items A55, A58, et A32

<sup>18</sup> Pour les établissements de santé de type « HAD », les 3 points de A61 sont redistribués en A 32, A 55 et A 58

### III. Classes de performance- ICALIN.2

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

---

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

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

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

---

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

Le tableau ci-après présente les limites des classes pour l'indicateur ICALIN.2 (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, version2) en fonction des catégories d'établissements.

#### **Cas particuliers des centres de post cure alcoolique, centre de post cure psychiatrique et des centres ambulatoires**

---

Les centres de post cure alcoolique, post cure psychiatrique et les centres de type ambulatoires ne sont pas concernés par tous les indicateurs, la pondération pour le calcul des indicateurs tient compte de ces spécificités. Ces établissements, pour l'affichage, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR, SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits, ...) en fonction de leur activité (cf annexe .2 )

## ICALIN.2 – Classes de performance

### LIMITES DE CLASSES INDICATEUR ICALIN.2

<b>Définition des classes</b>	<b>E &lt; P20 ≤ D &lt; P40 ≤ C &lt; P60 ≤ B &lt; P80 ≤ A</b>
-------------------------------	--

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

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

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

<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-	< 45,5	de 45,5 à < 55	de 55 à < 62	de 62 à < 70	≥ 70
SLD	< 45,5	de 45,5 à < 55	de 55 à < 62	de 62 à < 70	≥ 70
CLCC-CANCER	< 73,3	de 73,3 à < 78,8	de 78,8 à < 84,2	de 84,2 à < 89,2	≥ 89,2
HAD	< 30,9	de 30,9 à < 41,5	de 41,5 à < 54	de 54 à < 67,6	≥ 67,6
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*

## Annexe 5

### **Bactériémie nosocomiale à SARM (BN-SARM)**

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

#### **Objectif du document :**

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

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

#### **SOMMAIRE**

<b>BN-SARM.....</b>	<b>2</b>
<b>I. CONTEXTE ET OBJECTIF PRINCIPAL.....</b>	<b>2</b>
<b>II. DEFINITION.....</b>	<b>2</b>
<b>III. EXPRESSION DU RESULTAT.....</b>	<b>3</b>
<b>IV. CRITERE D'INCLUSION .....</b>	<b>4</b>
<b>V. CALCUL DE L'INDICATEUR BACTERIEMIE NOSOCOMIALE A SARM.....</b>	<b>5</b>

### BN-SARM

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

*(Ne concerne pas les MECSS, l'ambulatoire, la psychiatrie, les centres de post cure alcoolique exclusifs, les centres de post cure psychiatrique)*

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

#### I. Contexte et objectif principal

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

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

C'est pourquoi l'indicateur SARM évolue pour être centré sur les rares infections nosocomiales invasives (bactériémies), dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle. Dans cet objectif, l'indicateur reflète l'exigence qu'en cas de survenue d'un tel évènement, celui-ci fasse l'objet d'une analyse approfondie, suivant une méthodologie reconnue. L'objectif premier de l'indicateur est donc que tous les épisodes de bactériémie nosocomiale fassent l'objet d'une analyse des causes. Son objectif secondaire est que les actions entreprises à la suite de ces analyses fassent tendre vers zéro le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM évitables.

#### II. Définition

L'indicateur bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) est un indicateur mixte de résultat et de moyens. Il est présenté sous la forme d'un nombre d'évènements défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une hémoculture positive à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a été isolée dans l'année, et définie comme acquise dans l'établissement, c'est-à-dire survenant après plus de 2 jours d'hospitalisation dans l'établissement où l'évènement est survenu, ET ayant fait l'objet d'une analyse des causes. Il est attendu que ce nombre d'évènements soit nul ou proche de zéro, et qu'en cas de survenue d'un ou plusieurs cas, chacun fasse l'objet d'une analyse, avec l'aide de l'EOH.

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

### III. Expression du résultat

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

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

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

Le recueil de l'indicateur suppose donc de :

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

L'indicateur est présenté sous la forme :

Nombre d'épisodes de bactériémie nosocomiale à SARM ayant fait l'objet d'une  
**analyse des causes** (3)  
.....  
Nombre total d'épisodes de bactériémies **nosocomiales à SARM** relevé dans l'année (2)

Et l'indicateur « complémentaire » par :

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

### IV. Critère d'inclusion

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

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

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

## V. Calcul de l'indicateur bactériémie nosocomiale à SARM

### a. Eléments à collecter

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

|\_|\_|

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

|\_|\_|

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

|\_|\_|

### ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

### Aide au remplissage

#### Episodes de bactériémies à SARM inclus :

- identifié comme une ou plusieurs hémocultures positives à SARM isolées chez un même patient au cours de l'hospitalisation dans l'établissement (ou du séjour en HAD)
- et considérée comme infection acquise dans l'établissement, c'est-à-dire associée aux soins (IAS) pratiqués dans l'établissement, une bactériémie non présente ou en incubation lors de l'admission dans l'établissement ; un délai d'au moins 48 heures est habituellement utilisé pour définir une IAS. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection. (réf. [CTINILS 2006](#))
- chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine ou en HAD, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins<sup>1</sup> : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, et ceci quel que soit le mode d'admission dans le service (direct, en urgence, par transfert) et le mode de sortie (à domicile, transfert externe ou décès).

<sup>1</sup> Concernant la spécialité d'hémodialyse, sont concernés les secteurs d'hémodialyse en centres et en unités de dialyse médicalisées et sont exclus les secteurs de « dialyse réservée aux vacanciers ».

## BN SARM - Calcul

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

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

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

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

Indicateur	Vert	Jaune	Orange
Nb de BN à SARM	Nb d'Analyse des causes réalisé		
1	1 (100%)		0
2	2 (100%)	1 (50%)	0
3	3 (100%)	2 (66%)	1 - 0
4	4-3 (100-75%)	2 (50%)	1 - 0
5	5-4 (100-80%)	3 (60%)	0 - 2 (0-40%)
6	6-5 (100-83%)	4-3 (67-50%)	0 - 2 (0-33%)
7	7-6 (100-86%)	5-4 (71-57%)	0-3 (0-43%)
8	8-6 (100-75%)	5-4 (62-50%)	0-3 (0-37%)
9	9-7 (100-77%)	6-5 (66-55%)	0-4 (0-44%)
10	10-8 (100-80%)	7-5 (70%-50%)	0-4 (0-40%)

**Il est indépendant de la catégorie d'établissement.**

### c. Indicateur BN-SARM

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

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

Nombre d'épisodes de **bactériémies nosocomiales à SARM** identifiées dans l'année

.....  
Nombre total d'épisodes de **bactériémies à SARM** identifiées dans l'année

## Annexe 6

### **Modalités de contrôle et de validation des données déclarées**

#### **1. Contexte**

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

Dans ce contexte une orientation nationale de contrôle coordonnée par la DGOS et la HAS est appliquée depuis 2013 à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins dits « généralisés »<sup>1</sup>.

Le champ de ce contrôle qualité du recueil des indicateurs couvre le contrôle des **indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales**. Il vise à :

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

#### **2. Méthodologie**

##### **2.1 Champ du contrôle**

Tous les établissements de santé, publics et privé (cf annexe 2) sont concernés par le tableau de bord des infections nosocomiales, et par conséquent, peuvent faire l'objet d'un contrôle qualité de ce recueil.

Ce contrôle est organisé par l'ensemble des régions françaises (Métropole et Outre mer).

##### **2.2 Sélection des établissements à contrôler**

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

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

---

<sup>1</sup> Un indicateur généralisé est dit d'un indicateur rendu obligatoire par l'arrêté annuel fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins rendu opposables. La communication du résultat d'un indicateur généralisé est réservée uniquement à l'établissement santé lors de la première année de généralisation. Puis à partir de la 2<sup>ème</sup> année, la communication des résultats devient publique.

### 2.3 Sélection des indicateurs à contrôler

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

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

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

### 2.4 Modalités de validation

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

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

Le cadre du contrôle s'organisera à la convenance des services qui en sont chargés en liaison avec les établissements sélectionnés : dans l'établissement au cours d'une visite spéciale ou d'une visite pour une autre occasion, ou lors d'une réunion au siège de l'ARS ou de la délégation territoriale.

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

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

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

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

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

### **3. Outils d'aide à la validation**

#### **Le « cahier des charges »**

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

#### **La grille de contrôle**

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

#### **La liste des établissements tirés au sort par l'ATIH**

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

## **Annexe 7**

Modalités de connexion au « Bilan LIN »  
de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

### **I- GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU REGIONAL**

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

**Ce sont les comptes PLAGE qui ont le rôle Administrateur dans le Domaine Administration qui peuvent affecter les rôles aux utilisateurs. Ces comptes doivent également créer les comptes Administrateur Principaux d'Établissement pour les établissements remontant des données BILANLIN mais ne remontant pas de données dans d'autres domaines (PMSI, ANCRE, ..).**

Deux possibilités :

- L'utilisateur est déjà titulaire d'un compte PLAGE : un Administrateur dans le domaine Administration doit attribuer à cette personne le rôle de « **Contrôleur** » ou de « **Lecteur** » dans PLAGE
- L'utilisateur n'est pas titulaire d'un compte PLAGE : un Administrateur dans le domaine Administration doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle « **Contrôleur** » ou de « **Lecteur** » dans PLAGE

Un « **Contrôleur** » pourra valider les données saisies par les établissements. Un « **lecteur** » ne pourra que visualiser les données.

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

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

**Un Administrateur dans le domaine Administration doit attribuer le rôle de « **Contrôleur** » ou de « **Lecteur** » dans le domaine BILANLIN.**

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

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

- Aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement]
- Effectuer une recherche par Nom ou par Id. Puis sélectionner l'utilisateur concerné
- Dans la zone « Domaines : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine «BILANLIN» et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)

- Cocher le Rôle « Contrôleur » ou « Lecteur » (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit **impérativement cliquer sur Enregistrer**, en bas à gauche de la zone Utilisateur

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

## **2. La personne n'a pas de compte PLAGÉ**

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

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

Aller dans le menu [Gestion des Utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement]

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

Rechercher l'utilisateur à partir de son Nom dans les Critères de recherche. Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste

Dans la zone « Domaines : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)

Cocher le Rôle « Contrôleur » ou « Lecteur » (cf. copie d'écran en fin de ce document)

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

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

Utilisateur

Identifiant: 100000

Nom: REGIONAL

Prénom: Testeur

Courriel: test@atih.sante.fr

Téléphone: 471

Organisation: ATIH

Structure(s): libelle

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (ressaisir):

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines - Statuts-Champs et Rôles

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATH
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012H.NUMERIQI
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- OPHELIE
- OSIS
- DOMEVIH
- RMIH
- RAMIG
- ISFNCF

BILANLIN n'a pas de notion de champ.

attribution à l'utilisateur

Rôle

- Administrateur
- Contrôleur
- Lecteur

### Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1)

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

Utilisateur

Identifiant: 100000

Nom: REGIONAL

Prénom: Testeur

Courriel: test@atih.sante.fr

Téléphone: 471

Organisation: ATIH

Structure(s): libelle

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (ressaisir):

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines - Statuts-Champs et Rôles

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATH
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012H.NUMERIQI
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- OPHELIE
- OSIS
- DOMEVIH
- RMIH
- RAMIG
- ISFNCF

BILANLIN n'a pas de notion de champ.

attribution à l'utilisateur

Rôle

- Administrateur
- Contrôleur
- Lecteur

### Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

- Cocher le Rôle « Contrôleur » ou « Lecteur »
- Pour valider, cliquer impérativement sur Enregistrer en bas de la zone Utilisateur

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

## **Glossaire**

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

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

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

**Statut** : ex-DGF/ex-OQN.

**Champ** : MCO/SSR/PSY/HAD.

**Rôle** : Gestionnaire de fichier, Lecteur, Opérateur de Saisie, Valideur....

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

**Niveau** : il s'agit des niveaux hiérarchiques Etablissement – Régional – National.

## II- GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ETABLISSEMENTS

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

**Ce sont les comptes PLAGE qui ont le rôle Administrateur dans le Domaine Administration qui peuvent affecter les rôles aux utilisateurs.**

**Deux possibilités :**

- L'utilisateur est déjà titulaire d'un compte PLAGE : un Administrateur dans le domaine Administration (souvent le DIM) doit attribuer à cette personne le rôle de « **Gestionnaire des fichiers** » ou de « **Lecteur** » dans PLAGE
- L'utilisateur n'est pas titulaire d'un compte PLAGE : un Administrateur dans le domaine Administration (souvent le DIM) doit créer un compte PLAGE et attribuer le rôle « **Gestionnaire des fichiers** » ou de « **Lecteur** » dans PLAGE

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

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

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

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

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

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

- Aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement]
- Effectuer une recherche par Nom ou par Id. Puis sélectionner l'utilisateur concerné
- Dans la zone « Domaines : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Cocher le Rôle « Gestionnaire des fichiers » ou « Lecteur » (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit **impérativement cliquer sur Enregistrer**, en bas à gauche de la zone Utilisateur

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

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

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

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

- Aller dans le menu [Gestion des Utilisateurs > Utilisateurs de votre établissement]
- Cliquer sur Nouveau en bas de la page (dans la zone Utilisateur). Renseigner les informations Utilisateur puis Enregistrer
- Rechercher l'utilisateur à partir de son Nom dans les Critères de recherche. Sélectionner l'utilisateur dans la grille de liste
- Dans la zone « Domaines : Statuts-Champs et Rôles », sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Cocher le Rôle « Gestionnaire des fichiers » ou « Lecteur » (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit **impérativement cliquer sur Enregistrer**, en bas à gauche de la zone Utilisateur

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

Utilisateur

Identifiant: 100001

Nom: ADMIN

Prénom: Support AGORA

Courriel: bilansocial-informatique@atih.sante.fr

Téléphone:

Organisation: ATIH

Structure(s): libelle

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (ressaisir):

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines : Statuts-Champs et Rôles

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATHI
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012H.NUMERIQI
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- GENPI
- OSIS
- DOMEVIH
- RNMH
- RAMIG
- ISFNCF

BILANLIN n'a pas de notion de champ.

attribution à l'utilisateur

Rôle

- Administrateur
- Gestionnaire des fichiers
- Lecteur

### Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1)

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

Utilisateur

Identifiant: 100001

Nom: ADMIN

Prénom: Support AGORA

Courriel: bilansocial-informatique@atih.sante.fr

Téléphone:

Organisation: ATIH

Structure(s): libelle

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (ressaisir):

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines : Statuts-Champs et Rôles

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATHI
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012H.NUMERIQI
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- GENPI
- OSIS
- DOMEVIH
- RNMH
- RAMIG
- ISFNCF

BILANLIN n'a pas de notion de champ.

attribution à l'utilisateur

Rôle

- Administrateur
- Gestionnaire des fichiers
- Lecteur

### Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

- Cocher le Rôle « Gestionnaire de Fichiers » ou « Lecteur »
- Pour valider, cliquer impérativement sur Enregistrer en bas de la zone Utilisateur

Utilisateur

Identifiant: 100001

Nom: ADMIN

Prénom: Support AGORA

Courriel: bilansocial-informatique@atih.sante.fr

Téléphone:

Organisation: ATIH

Structure(s): libelle

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (ressaisir):

Modification du mot de passe

[Afficher les informations de l'utilisateur](#)

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines : Statuts-Champs et Rôles

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATHI
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012H.NUMERIQI
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- GENPI
- OSIS
- DOMEVIH
- RNMH
- RAMIG
- ISFNCF

BILANLIN n'a pas de notion de champ.

attribution à l'utilisateur

Rôle

- Administrateur
- Gestionnaire des fichiers
- Lecteur

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

## Glossaire

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

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

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

**Statut** : ex-DGF/ex-OQN.

**Champ** : MCO/SSR/PSY/HAD.

**Rôle** : Gestionnaire de fichier, Lecteur, Opérateur de Saisie, Valideur...

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

**Niveau** : il s'agit des niveaux hiérarchiques Etablissement – Régional – National.