

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

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

Instruction DGOS/PF2 n° 2015-67 du 11 mars 2015 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2014

NOR : AFSH1506598J

Validée par le CNP le 6 mars 2015 – Visa CNP 2015-33.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la 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 2014 dans les établissements de santé et recueil en simulation de l'indicateur bactériémie nosocomiale à SARM.

Mots clés : bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2014, cahier des charges, calendrier des indicateurs, pondération des items, référents risques et infections associées aux soins des ARS.

Références :

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

Arrêté 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

Arrêté du 20 février 2015 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 DGOS/PF2 n° 2014-66 du 4 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013.

Annexes :

Annexe 1. – Calendrier de la campagne de recueil 2015 relative au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2014.

Annexe 2. – Évolution des indicateurs et catégories d'établissements du tableau de bord des infections nosocomiales.

Annexe 3. – Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales opposables (ICALIN.2, ICALISO, ICSHA.2).

Annexe 4. – Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales en simulation (BN-SARM).

Annexe 5. – Modalités de contrôle et de validation des données déclarées.

Annexe 6. – Modalités de connexion au site « Bilan LIN » de l'ATIH.

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

I. – OBJECTIFS DU TEXTE

En application de l'article R.6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Cette instruction et ses annexes définissent les modalités pratiques de recueil du bilan d'activité de l'année 2014, et mettent à disposition le cahier des charges et la pondération des items des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales calculés à partir de ce recueil.

1. Évolution du recueil des indicateurs soumis à diffusion publique en 2015 (des données d'activité 2014)

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

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

- le recueil alterné de deux couples d'indicateurs :
 1. « ICA-BMR et ICATB.2 » ont été recueillis en 2014 sur l'activité 2013 ;
 2. « ICALIN.2 et ICA-LISO » sont recueillis en 2015 sur l'activité 2014 ;
- le recueil annuel de l'indicateur ICSHA.2 est maintenu à l'identique de 2014 (pas d'évolution du nombre de friction en 2015). Il s'agit de sa dernière année de recueil sous cette forme, une nouvelle version de l'indicateur intégrant la consommation associée aux opportunités d'hygiène des mains sera proposé en recueil en simulation en 2016 ;
- le nouvel indicateur « Bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM) reste en simulation pour sa deuxième année consécutive. Sa diffusion publique est prévue en 2016 (données d'activité 2015).

L'affichage public sur le site Scope Santé, en novembre 2015, des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales prendra en compte :

- les trois indicateurs opposables au recueil 2015 (ICALIN.2, ICA-LISO, ICSHA.2) ;
- les deux indicateurs en alternance (ICABMR et ICATB.2), opposables au recueil 2014 (données d'activité 2013).

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales font partie du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ²). ICALIN.2, déjà retenu en 2014, sera reconduit et d'autres indicateurs du TdBIN pourraient s'inscrire à terme dans cette démarche.

2. Le transfert du tableau de bord des infections nosocomiales à la HAS

Conformément à l'annonce faite lors de la conférence de presse de novembre 2014 relative à la semaine de la sécurité du patient et à la diffusion des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, le transfert à la HAS des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales est en cours. La HAS reprend la maîtrise d'ouvrage de la campagne de recueil des indicateurs du TdBIN, en partenariat cette année avec la DGOS, bureau qualité et sécurité des soins. L'ATIH continue d'en assurer la maîtrise d'œuvre *via* la plateforme de recueil BilanLIN. La présente instruction du TdBIN sera remplacée dès 2016 par un guide comportant l'ensemble des documents nécessaires au recueil des indicateurs du TdBIN produit par la HAS.

Cette évolution permettra une meilleure cohérence du dispositif de mesure de la qualité et de la sécurité des soins, en faisant de la HAS l'interlocuteur de référence pour les professionnels de santé et autres acteurs pour les campagnes de recueil. La DGOS se focalisera sur sa mission d'orientation stratégique et d'impulsion de la politique des indicateurs, tout en continuant à piloter avec la HAS la généralisation et le déploiement des indicateurs.

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

² Information relative au programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq.11754.html>.

II. – MODALITÉS PRATIQUES DE RECUEIL DU BILAN D'ACTIVITÉS DE L'ANNÉE 2014

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 6.

La date limite de déclaration est fixée au 5 mai 2015. Le site bloquera automatiquement les saisies le 6 mai, mais permettra la consultation des déclarations.

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

L'attention des établissements est attirée sur la qualité des données déclarées dans la SAE et qui serviront au calcul de certains indicateurs (ICALIN.2 et ICSHA.2). Pour information, la SAE collectée en 2015, sur les données 2014, se présentera sous le nouveau format déjà proposé pour le recueil des données 2013. 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 23 mars 2015 :

- la présente instruction et ses 6 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 2015 ») ;
 - 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 20 février 2015 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 5. Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale 2015 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 les données de simulation : chaque établissement de santé disposera de ses résultats de simulation sur le site (<http://bilanlin.atih.sante.fr>) fin 2015. Seuls les établissements de santé ont accès à ces résultats de simulation afin de leur permettre de conduire leurs actions d'amélioration.

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

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

CALENDRIER DE LA CAMPAGNE DE RECUEIL 2015 RELATIVE AU BILAN DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR L'ANNÉE 2014

DATES	ACTIONS
Février – Mars 2015	Actualisation et mise en ligne par l'ATIH sur le site bilan LIN (http://bilanlin.atih.sante.fr) de la base nationale des établissements de santé concernés par le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales définis par l'article R 6111-8 du code de la santé publique.
Mars 2015	Publication de l'arrêté et de l'instruction relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2014 (campagne de recueil 2015).
23 mars au 5 mai 2015	Saisie des données par les établissements de santé sur le site bilan LIN.
23, 30 avril et 4 mai 2015	Envoi des courriels par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2014.
11 mai au 20 septembre 2015	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.
1 ^{er} au 11 octobre 2015	Calcul des indicateurs du tableau de bord 2014 par l'ATIH.
14 octobre 2015	Envoi par l'ATIH d'un courriel informant de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé.
14 octobre au 1 ^{er} novembre 2015	Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS.
Semaine 46 (9 au 15 novembre 2015)	Calcul définitif des indicateurs par l'ATIH et clôture de la campagne de recueil 2015.
Semaine 47 (16 au 22 novembre 2015)	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 2014.
Semaine 47 ou 48	Publication des résultats définitifs.

ANNEXE 2

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

L'arrêté du 20 février 2015 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 2015 est composé de :
3 indicateurs opposables généralisés ;
1 nouvel indicateur en simulation pour la 2^e année consécutive (2014-2015).

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

- I. – TABLEAU D'ÉVOLUTION DES INDICATEURS
- II. – DÉFINITION DES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENT
- III. – INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES IN

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)	Oui	Non
	ICA-LISO (simulation)		
	ICA-BMR (simulation)		
	ICALIN	Oui	Oui
	ICSHA.2		
	ICATB		
	SURVISO		
	Indice SARM		
	Score agrégé		
Activités 2011	ICALIN.2	Oui	Oui
	ICA-LISO		
	ICA-BMR		
	ICSHA.2		
	ICATB		
	Indice SARM		
	Score agrégé		
Activités 2012	ICALIN.2	Oui	Oui
	ICA-LISO		
	ICA-BMR		
	ICSHA.2		
	ICATB		
	Indice SARM		
	Score agrégé		
	ICATB.2 (simulation)	Oui	Non
Activités 2013	ICSHA.2	Oui	Oui
	ICATB.2		
	ICA-BMR		
	ICALIN.2 (optionnel)	Oui	Non
	BN SARM (simulation)		
Activités 2014	ICSHA.2	Oui	Oui
	ICALIN.2		
	ICA-LISO		
	BN SARM (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 du TdBIN	DÉFINITIONS SELON NOMENCLATURE DREES
CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires.
CH-CHG < à 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
CH-CHG ≥ à 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux. Établissements pluridisciplinaires publics. Établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale. Hôpitaux des armées.
Établissements psychiatriques	Établissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie.
Ex-hôpitaux locaux	Ex-hôpitaux locaux publics.
Cliniques MCO < à 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines. Établissements MCO PSPH par concession sous OQN.
Cliniques MCO ≥ à 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines. Établissements MCO PSPH par concession sous OQN.
SSR	Établissements de soins de suite et de réadaptation.
SLD	Établissements de soins de longue durée.
CLCC-CANCER	Établissements classés Centre de lutte contre le cancer.
HAD	Hospitalisation à domicile: exclusive ou très prédominant (> 80% de leurs activités en lits et places).
HÉMODIALYSE	Centre de dialyse ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places. Centre d'autodialyse exclusif (100 % de l'activité).
MECSS	Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour).
CPA*	Centres de postcure alcoolique (> 80% de leurs activités en lits et places).
CPP*	Centre de postcure psychiatrique (> 80% de leurs activités en lits et places).
CBV*	Centre de basse vision (> 80% de leurs activités en lits et places).
* Ces établissements, pour l'affichage public, sont ensuite réintégrés dans la catégorie d'établissement d'origine (SSR, SLD, psychiatrie, clinique MCO < 100 lits, etc.) en fonction de leur activité.	

III. – INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

3 indicateurs opposables, 1 indicateur en simulation.

CATÉGORIES	ICALIN.2	ICA-LISO	ICSHA.2	BN SARM SIMULATION
CHR-CHU	+	+/-	+	+
CH-CHG < 300 lits et places	+	+/-	+	+
CH-CHG ≥ 300 lits et places	+	+/-	+	+
Cliniques MCO < 100 lits et places	+	+/-	+	+
Cliniques MCO ≥ 100 lits et places	+	+/-	+	+
CLCC-CANCER	+	+/-	+	+
Ambulatoire psy-SSR-MCO	+	+/-	+	
SSR	+		+	+
SLD	+		+	+
Ex-hôpitaux locaux	+		+	+
HAD	+		+	+
Hémodialyse	+		+/-*	+/-**
Établissements psy	+		+	
CPP-CBV	+		+	
MECSS	+			
CPA	+			

* : ne concerne pas les centres d'autodialyse exclusifs.
 ** : ne concerne pas les centres d'autodialyse exclusifs et les secteurs de « dialyse réservée aux vacanciers ».

ANNEXE 3

ICALIN.2 – ICA-LISO – ICSHA.2

INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES OPPOSABLES AU RECUEIL 2015

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 2014 (campagne de recueil 2015).

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis pour les items des indicateurs ci-après. Les éléments de preuve réunis lors de la campagne précédente peuvent servir s'ils n'ont pas nécessité à être modifiés (protocoles, fiches de poste, etc.). Le dossier de preuves de la campagne 2015 est une actualisation du dossier de preuves antérieur. Il pourra être utilisé dans le cadre de la certification de l'établissement et de la démarche IFAQ¹.

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, lors de l'étape de validation/contrôle par l'ARS fera considérer l'item comme absent et sa valorisation sera mise à zéro.

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

Les résultats des indicateurs opposables sont diffusés publiquement sur Scope Santé.

¹ Information relative au programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : <http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html>

SOMMAIRE

ICALIN.2

- I. – CAHIER DES CHARGES ICALIN.2
 - ORGANISATION
 - MOYENS
 - ACTIONS
- II. – PONDÉRATION – ICALIN.2
- III. – CLASSES DE PERFORMANCE – ICALIN.2

ICA-LISO

- I. – CAHIER DES CHARGES ICA-LISO
 - ORGANISATION
 - MOYENS
 - ACTIONS
- II. – PONDÉRATION – ICA-LISO
- III. – CLASSES DE PERFORMANCE – ICA-LISO

ICSHA.2

- I. – MODALITÉ DE CALCUL ICSHA.2
- II. – CLASSES DE PERFORMANCE – ICSHA.2

ICALIN.2
INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES VERSION 2

Objectifs

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.

I. – CAHIER DES CHARGES ICALIN.2

ORGANISATION

Politique et implication des instances

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

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les 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

OUI NON

Éléments de preuve

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

- 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 diffusion publique, précisez (*obligatoire*)

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

- OUI NON

Éléments de preuve

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

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

- OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

Signalement des infections nosocomiales

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

- OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les 2 éléments.

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

Éléments de preuve

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

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

- OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les 2 éléments (ARS et CCLIN).

Éléments de preuve

Le courrier ou mail de désignation du responsable du signalement (nom et adresse mail) 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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

MOYENS

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

Aide au remplissage

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

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

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

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

Éléments de preuve

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

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

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

OUI Partiellement NON

Répondre « oui » : si tous les secteurs d'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, etc.)

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

Répondre « partiellement » dans les autres cas.

Éléments de preuve

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

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

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve: (M21, M22)

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

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

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

OUI NON

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

Spécificité pour le secteur HAD

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

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

OUI NON Non concerné

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

OUI NON Non concerné

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

Aide au remplissage

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

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

	CATÉGORIES PROFESSIONNELLES	NOMBRE TOTAL de personnels formés	NOMBRE TOTAL D'HEURES de formation
M 33	Médecins ou pharmaciens, sages-femmes	_ _ _ , _ _ _	_ _ _
M 34	Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _
M 35	Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _

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

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

- a) Convocations aux formations en hygiène hospitalière ou feuilles de présence aux sessions de formation permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées ; ou
- b) Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées ; ou
- c) Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière permettant de comptabiliser le nombre de personnes formées.

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

Aide au remplissage

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

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

ACTIONS

Aide au remplissage pour les protocoles ou procédures et les méthodes d'évaluation des pratiques

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

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

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

OUI NON

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

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

OUI NON

Éléments de preuve (A13, A14, A15)

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

Hygiène des mains

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

OUI NON

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 :

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments 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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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.

Éléments 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

OUI NON

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 :

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments de preuve

Protocole institutionnel, validé et daté.

A32. Une évaluation des pratiques relative aux précautions « standard » autres que l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 ans

OUI NON

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.

Éléments 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 »

OUI NON

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 :

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

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

OUI NON

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 :

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

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 :

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments de preuve

Protocoles institutionnels, validés et datés.

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

OUI NON

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.

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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.

Éléments de preuve

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

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

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

OUI NON

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

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

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 :

OUI NON

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

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

OUI NON

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

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

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

OUI NON NON CONCERNÉ

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

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

OUI NON NON CONCERNÉ

Répondre « oui » seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur chambre implantable dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments de preuve (A51, A52, A53)

Protocoles institutionnels, validés et datés

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

Un outil d'aide à l'observance a pour objectif de favoriser le respect des recommandations nationales en matière de prévention de l'infection considérée. À titre d'exemple, il s'agit de check-list, d'aide mémoire, etc, qui entraîne une ultime vérification du protocole au moment de la réalisation du soin.

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

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

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

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

OUI NON

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

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

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

OUI NON

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

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

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

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

OUI NON NON CONCERNÉ

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

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

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

Éléments de preuve (A54, A55, A56)

Outils validés et datés.

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

OUI NON

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

OUI NON

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.

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

OUI NON

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.

Éléments de preuve (A57, A58, A59)

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

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

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

Il existe une démarche préventive liée à l'eau :

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les 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 opératoire² (flux laminaire...)

OUI NON

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.

OUI NON

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.

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

Surveillances

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

Aide au remplissage pour les surveillances
(ne sont pas prises en compte ici, les surveillances faisant l'objet déjà d'une valorisation [infection du site opératoire, BMR, AES])

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

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

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

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

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

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

OUI NON

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

OUI NON

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

Si oui, précisez :

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

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

OUI NON

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

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

OUI NON

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

À 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 multirésistantes;
- des cas groupés, etc.

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

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

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.

GLOSSAIRE

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

II. – PONDÉRATION – ICALIN.2

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé des points «redistribués» pour la saisie des données 2014 et règles de calcul ou de cohérence à l'exception des MECSS, CPA, CPP, CBV et les centres d'autodialyse exclusifs et les dialyses à domicile

Les MECSS, les CPA, les CPP, les CBV, les centres d'autodialyse exclusifs 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 → à 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 O12 = non alors O15 = 0.

O 31→ si « autre » alors champ texte obligatoire à remplir.

MOYENS

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

M13 → oui si somme des ETP > 0 (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 à l'item A56 est « non concerné » si A53 est « non concerné ».

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

Si A52 = oui alors = 2.
Si A52 = non alors = 0.
Si A58 = oui alors = 5.
Si A58 = non alors = 0.

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

Si A32 = oui alors = 3.
Si A32 = non alors = 0.
Si A55 = oui alors = 2.
Si A55 = non alors = 0.
Si A58 = oui alors = 5.
Si A58 = non alors = 0.

ITEMS		ICALIN.2 – ORGANISATION	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour Ets						
Politique et Implication des instances	011	Une politique et des objectifs en matière de lutte contre les IN existent dans l'établissement de santé.	100	20	6	2	2,5								
	012	Le programme d'action élaboré par la CME contient un volet relatif au programme d'actions de lutte contre les IN.				1,5	2								
	013	La commission de soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions.				1	0 (NA ³)								
	014	La CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions.				1	1	1	1						
	015	Le programme d'actions de lutte contre les IN est transmis au CHSCT pour information.				0,5	0,5	0,5	0,5						
EOH	021	L'EOH assiste la CME en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans la proposition du programme d'actions en matière de lutte contre les IN.			100	20	4	2	2	2	2				
	022	Le coordonnateur de la gestion des risques est désigné et ses modalités de travail avec l'EOH sont formalisées.						2	2	2	2				
Information des usagers et du patient	031	La diffusion des résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » auprès du public existe dont celle relative aux infections nosocomiales.					100	20	4	1	1	1	1		
	032	L'information relative à la lutte contre les IN figure dans le livret d'accueil.								1	1	1	1		
	033	Il existe une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.								2	2	2	2		
Signalement	041	Il existe une procédure de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.							100	20	6	3	3	3	3
	042	Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN.										1	1	1	1
	043	Il existe une procédure de gestion de crise formalisée.										2	2	2	2

³ Pour les établissements de santé privé, le point est redistribué en O11 et O12.

ITEMS		ICALIN.2 – MOYENS	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour Ets
Humains	M11	Respect des ratios en personnel médical de l'EOH ⁴ .	100	30	20	8	8	8	8
	M12	Respect des ratios en personnel para médical IDE de l'EOH ⁵ .				8	8	8	8
	M13	Il existe un temps dédié de secrétariat, de technicien en hygiène ou d'un autre personnel permanent ⁶ .				1,5	1,5	1,5	1,5
	M14	Il existe un réseau de correspondants dans tous les secteurs d'activités ⁷ .				2,5	2,5	2,5	2,5
Matériel	M21	L'établissement met à disposition des matériels de sécurité pour gestes invasifs dans tous les services concernés.			2	1	1	1	1
	M22	L'établissement met à disposition des équipements de protection individuelle dans tous les secteurs d'activités concernés.				1	1	1	1
Formation du personnel	M31	Il existe une formation en hygiène pour les nouveaux arrivants ou pour le secteur HAD la convention signée avec les intervenants du secteur libéral prévoit leur formation en hygiène hospitalière.			2	2	3	3	
	M32	Il existe une formation pour les intérimaires et les étudiants (médicaux, paramédicaux, autres, etc.).			1	1	1	0 (NA ⁸)	
	M33	Au moins 25 % du personnel médical ⁹ a bénéficié d'une formation validée par l'EOH.			1	1	1,5	1	
	M34	Au moins 25 % du personnel infirmier ¹⁰ 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 ¹¹)	2	

⁴ 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.

⁵ 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).

⁶ Si « Oui » : si somme des ETP (quelque soit le nombre de lits ou places de l'établissement).

⁷ Si « Oui » : 2,5 points ; si « partiellement » = 1 point ; si « non » = 0 point.

⁸ Si l'établissement n'est pas concerné, le point est redistribué en M31.

⁹ Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnels médicaux (médecin, pharmacien, sage-femme) ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

¹⁰ Le dénominateur permettant de calculer le pourcentage de personnels paramédicaux ayant bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière est extrait des fiches SAE.

¹¹ Pour les établissements de santé de type « HAD », les deux points sont redistribués en M31, M33 et M34.

ITEMS		ICALIN.2 – ACTIONS	TOTAL	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour Ets	MECSS Autodialyse exclusive et dialyse à domicile CBV CPP et CPA ¹²
La protection du personnel	A11	Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années.	100	50	4 (6 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPP-CPA-CBV)	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.			6 (8 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPP-CPA-CBV)	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 ¹³	A31	Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard.			3 (4 pour HAD, les NA, pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPP-CPA-CBV)	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».			6 (10 pour MECSS autodialyse, dia à domicile et CPP-CPA-CBV)	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

¹² CBV - CPP - CPA : centre de basse vision - centre de cure psychiatrique - centre de post-alcoolique.

¹³ Précaution « standard » autre que l'hygiène des mains.

ITEMS	ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour Ets	MECSS Autodialyse exclusive et dialyse à domicile CBV CPP et CPA
La prévention des infections associées aux gestes invasifs	A51	100	50	17 (19 pour HAD, 16 pour NA, 2 pour MECSS, autodialyse, dia à domicile et CPP-CPA-CBV) ¹⁴	1	1	1	1	0
	A52				1	1	1	2	0
	A53				1	1	1	0 (NA ¹⁵)	0
	A54				1	1	1	1	0
	A55				1	1	2	1	0
	A56				2	2	2	0 (NA ¹⁶)	0
	A57				4	4	4	4	0
	A58				4	4	5	5	0
	A59				2	2	2	2	2

¹⁴ Les MECSS, les CBV, les CPP et CPA, les centres d'autodialyse exclusifs 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.

¹⁵ Le point est redistribués en A31 et A32.

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

ITEMS		ICALIN.2- ACTIONS	Total	N1	N2	PUBLIC	PRIVÉ	HAD	NA pour Ets	MECSS Autodialyse exclusive et dialyse à domicile CBV CPP et CPA
Environnement	A61	Il existe une démarche de prévention liée à l'environnement (eau, air).	100	50	3 ¹⁷ (0 pour HAD, 4 pour MECSS autodia, dia à domicile et CPP-CPA-CBV)	3	3	0 (NA) ¹⁸	3	4
	Surveillance	A71			Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail.	7 (10 pour MECSS autodialyse et dialyse à domicile et CPP-CPA-CBV)	0,5	0,5	0,5	0,5
A72		Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR et AES).			2,5		2,5	2,5	2,5	3
A73		Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau.			1		1	1	1	1
A74		Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR et AES) ont été rendus à tous les services participants.			2		2	2	2	3
A75		Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR et AES) sont présentés en CME.			1		1	1	1	2
Analyse approfondie des causes d'un événement infectieux grave	A81	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave.			4 (6 pour MECSS, autodialyse, dial à domicile et CPP-CPA-CBV)	4	4	4	4	6

¹⁷ Plusieurs cas :

- pour les établissements ayant répondu « oui » à la question « il existe un traitement d'air maîtrisé dans l'établissement » et qui sont non concernés par l'indicateur ICA-LISO, les 3 points sont accordés si l'établissement répond à tous les critères eau et air ;
- pour les établissements de santé concernés par ICA-LISO, la maintenance de l'air est valorisée dans l'indicateur ICA-LISO. les 3 ou 4 points de l'item 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.

¹⁸ Pour les établissements de santé de type « HAD », les 3 points de A61 sont redistribués en A32, A55 et A58.

III. – CLASSES DE PERFORMANCE-ICALIN.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.

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 2011 afin d'être plus linéaires ($E < 20 \% \leq D < 40 \% \leq C < 60 \% \leq B < 80 \% \leq A$).

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

3. Cas particuliers des MECSS, centre d'autodialyse exclusif, centres de post cure alcoolique, centre de post cure psychiatrique, des centres ambulatoires et des centres de basse vision

Les MECSS, les centres d'autodialyse exclusifs, les centres de post cure alcoolique, les centres de post cure psychiatrique, les centres de basse vision 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).

Limites de classes indicateur ICALIN.2

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

Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance par catégories d'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, etc) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements.

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

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

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

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

ICA-LISO
INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE
(*Concerne uniquement les établissements de santé ayant une activité de chirurgie, ou d'obstétrique.*)

Objectifs

ICA-LISO reflète l'engagement de l'établissement dans une démarche de maîtrise du risque infectieux en chirurgie. Il objective l'organisation, les moyens et les actions mis en place en chirurgie ou en obstétrique pour lutter contre les infections du site opératoire.

I. – CAHIER DES CHARGES ICA-LISO

ORGANISATION

Équipe opérationnelle d'hygiène

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

Chirurgiens

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

OUI NON

Si oui, préciser le nombre de disciplines participantes

Aide au remplissage pour l'implication des chirurgiens
dans la validation clinique des ISO

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

Éléments de preuve

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

Commission ou conférence médicale

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

OUI NON

Éléments de preuve

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

MOYENS

Système d'information

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

OUI Partiellement NON

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

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

Éléments de preuve

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

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

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

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

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

L'actualisation d'un protocole n'est pas systématiquement accompagnée d'une évaluation de l'observance de ce protocole. Pour répondre à « Actualisation ou réalisation dans les 5 dernières années » prendre en compte les 5 ans avant l'année du bilan inclus (ex : si le bilan est celui de l'année 2012, on tiendra compte des années 2012, 2011, 2010, 2009 et 2008).

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

La méthode d'évaluation des pratiques (audit, visite de risque, scénarios, revue de morbi-mortalité etc.) 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.

ACTIONS

Prévention

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

OUI NON

Répondre «oui» seulement si l'outil est présent dans tous les secteurs du bloc opératoire et du bloc obstétrical et précise les 3 éléments suivants :

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

Éléments de preuve

Outils validés et datés.

LISO6. Il existe un protocole relatif à l'hygiène spécifique au bloc opératoire, au bloc obstétrical actualisé dans les 5 ans

OUI NON

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif à l'hygiène spécifique au bloc opératoire, au bloc obstétrical et dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments de preuve

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

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

LISO7. Il existe une démarche préventive liée à l'air au bloc opératoire et au bloc obstétrical

OUI NON

Répondre « oui » seulement si l'établissement a les 4 éléments.

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

Éléments de preuve

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

LISO8. Il existe un protocole de préparation cutanée de l'opéré actualisé dans les 5 ans

OUI NON

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif à la préparation cutanée de l'opéré dans toutes les disciplines chirurgicales et dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans.

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

LISO9 Il existe un protocole d'antibioprophylaxie actualisé dans les 5 ans

OUI NON

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif l'antibioprophylaxie dans chaque discipline chirurgicale et dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

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

2014 2013 2012 2011 2010 avant 2010

Éléments de preuve (LISO8, LISO9)

Protocoles institutionnels datés et validés.

Pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ambulatoire, ce protocole doit préciser les consignes prodiguées aux patients en cas de douche pré-opératoire si cette dernière doit être réalisée au domicile du patient.

ACTIONS - SURVEILLANCE

Aide au remplissage

L'objectif de la surveillance est de faire baisser le taux d'infections du site opératoire (ISO). La surveillance des ISO est donc le reflet des actions de prévention menées en continu. La surveillance est synonyme du calcul d'un taux. Ce taux est constitué d'un numérateur et d'un dénominateur. Le numérateur correspond aux infections du site opératoire (ISO). Le dénominateur est au minimum le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans l'année pour chaque discipline surveillée. Il peut être calculé à partir de données issues du système d'information de l'établissement (PMSI, informatisation du bloc opératoire, logiciels administratifs, etc).

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

LISO10. Une surveillance des ISO est réalisée

OUI NON

Si oui, préciser le nombre de disciplines dans lesquelles la surveillance est en place, l'année du bilan:

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

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

OUI NON

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

Éléments de preuve

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

Aide au remplissage

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

LISO14. Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années

OUI NON

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.

LISO15. Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années

OUI NON

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.

Éléments de preuve (LISO14, LISO15)

Rapport daté de l'évaluation des pratiques concernées. L'évaluation a été faite dans les 5 dernières années avec une méthode validée par la HAS, le CCLIN/ARLIN ou une société savante.

GLOSSAIRE

EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
ISO	Infection du site opératoire
CME	Commission ou conférence médicale d'établissement
HAS	Haute autorité de santé
CCLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
ARLIN	Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
ISO-RAISIN	Surveillance nationale des infections du site opératoire dans les établissements de santé

II. – PONDÉRATION- ICA-LISO

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

¹⁹ Les chirurgiens sont impliqués dans la validation clinique des ISO dans :

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

²⁰ Sont accordés :

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

²¹ Sont accordés :

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

²² Sont accordés :

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

III. – CLASSES DE PERFORMANCE- ICA-LISO

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 2011 afin d'être plus linéaires ($E < 20\% \leq D < 40\% \leq C < 60\% \leq B < 80\% \leq A$).

Le tableau, page suivante, présente les limites des classes pour l'indicateur ICA-LISO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire) en fonction des catégories d'établissements.

Cas particuliers des MECSS, centre d'autodialyse exclusif, centres de post cure alcoolique, centre de post cure psychiatrique, des centres ambulatoires et des centres de basse vision

Les MECSS, les centres d'autodialyse exclusifs, les centres de post cure alcoolique, les centres de post cure psychiatrique, les centres de basse vision et les centres de type ambulatoires ne sont pas concernés par ICA-LISO.

Limites de classes indicateur ICA-LISO

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

Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010. 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 des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique la plus élaborée; la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'organisation de la prévention des infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique.

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

ICSHA.2
INDICATEUR DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUE

I. – MODALITÉ DE CALCUL ICSHA.2

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

Volume de produits 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, les centres d'autodialyse 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

Éléments de preuve

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

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 a augmenté jusqu'en 2014, conformément aux travaux d'expertise réalisés lors du passage à la version 2 d'ICSHA. Le recueil 2015 s'effectuera sur le même nombre de frictions qu'en 2014 car les travaux de révision de cet indicateur menés en 2014 sont prolongés en 2015.

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

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

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

CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RÉSULTATS PAR SPECIALITÉ	
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
× Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
× 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 Établissements (SAE), l'ATIH utilise ces données. Seules les données fournies par la SAE seront prises en compte pour le calcul d'ICSHA.2. Le score ICSHA.2 sera classé «DI» (données insuffisantes) lorsque les données de la SAE seront manquantes.

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

La SAE collectée en 2015, sur les données 2014, se présentera sous le nouveau format déjà proposé pour le recueil des données 2013 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. Le recueil de la SAE s'effectuera notamment au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur 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 concernant :
 - l'hémodialyse en centres et en unités de dialyse médicalisées ;
 - les autres techniques d'épuration extra rénale ;
 - la dialyse réservée aux vacanciers.

II. – CLASSES DE PERFORMANCE- ICSHA.2

Année de référence pour les limites des classes 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 2009-2013²³.

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 d'ICSHA.2 ont évolué en 2010 afin d'être plus linéaires ($E < 20\% \leq D < 40\% \leq C < 60\% \leq B < 80\% \leq A$).

²³ Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

ANNEXE 4

BACTÉRIÉMIE NOSOCOMIALE À SARM (BN-SARM)

Indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales en simulation au recueil 2015

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 reste en simulation en 2015 pour la 2^e année consécutive.

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

SOMMAIRE

BN-SARM

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

BN-SARM

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

(Ne concerne pas les MECSS, l'ambulatoire, la psychiatrie,
les centres de postcure alcoolique exclusifs, les centres de 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 arrivants déjà porteurs de SARM), du type d'activités réalisées et de l'efficacité des mesures de prévention prises chez les porteurs de SARM.

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

C'est pourquoi l'indicateur SARM évolue pour être centré sur les rares infections nosocomiales invasives (bactériémies), dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle. Dans cet objectif, l'indicateur reflète l'exigence qu'en cas de survenue d'un tel événement, celui-ci fasse l'objet d'une analyse approfondie, suivant une méthodologie reconnue. L'objectif premier de l'indicateur est donc que tous les épisodes de bactériémie nosocomiale fassent l'objet d'une première investigation avec l'aide de l'EOH, et que toutes celles qui sont considérées potentiellement évitables (par ex. associées à un geste ou dispositif invasif) 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, rapporté au nombre total d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM. 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 systématique/approfondie des causes par une méthode appropriée (RMM, REX, etc.). 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, etc.).

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 « Taux de bactériémie nosocomiale à SARM ayant fait l'objet d'une analyse des causes parmi les bactériémies nosocomiales à SARM relevées dans l'année » 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 « Taux de bactériémie nosocomiale à SARM parmi l'ensemble des bactériémies à SARM relevées dans l'année » est présenté sous la forme :

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, centres d'autodialyse exclusifs et les secteurs de « dialyse réservée aux vacanciers » 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 tout au long du parcours de soins du patient. Par l'analyse pluri-professionnelle d'événements indésirables et de dysfonctionnements associés aux soins, le retour d'expérience permet la mise en place d'actions d'amélioration contribuant à la diminution des risques dans les établissements de santé.

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

a) Éléments à collecter

Nombre d'épisodes de bactériémie à SARM identifiés 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

Épisodes de bactériémies à SARM inclus :

- identifié comme une ou plusieurs hémocultures positives à SARM isolées chez un même patient au cours d'une hospitalisation²⁴ 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 (*). Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.
- chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine ou en HAD, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins²⁵ : 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).

(*) un premier tri des bactériémies nosocomiales pourra être établi à partir du laboratoire de microbiologie qui s'appuiera sur la définition : 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. (réf. CTINILS 2006)

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, 50-75%, ou <50% des épisodes ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes.

²⁴ Un seul épisode par patient est pris en compte en cas de survenue de plusieurs épisodes chez un même patient au cours de la même ou de plusieurs hospitalisations dans l'année.

²⁵ 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 ».

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

TROIS COULEURS DE CLASSE INDÉPENDANTES DE LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT		
Vert $\geq 75\%$ à 100%	Jaune compris entre $\geq 50\%$ et $< 75\%$	Orange si $< 50\%$

c) Indicateur BN-SARM

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

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

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

ANNEXE 5

MODALITÉS DE CONTRÔLE ET DE VALIDATION, PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS), 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 d'inspection/contrôle (ONIC) 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 »²⁶.

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

2.2. 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 2015, dans le cadre de l'ONIC, l'objectif en termes d'établissements de santé à contrôler s'élève à 10% au niveau de chaque région.

2.3. Sélection des indicateurs à contrôler

Les indicateurs concernés par le contrôle qualité du recueil sont les indicateurs recueillis en 2015 cités dans l'arrêté du 20 février 2015 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.

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.

²⁶ 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^e année, la communication des résultats devient publique.

2.4. Modalités de validation

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

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

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

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

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

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

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

La validation définitive devra être réalisée avant le 20 septembre 2015.

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 2014 comprend les éléments de preuve des items permettant le calcul des indicateurs opposables du tableau de bord des infections nosocomiales recueillis en 2015 (ICALIN.2, ICA-LISO, ICSHA.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 ARS sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr>.

ANNEXE 6

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

I. – GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU RÉGIONAL

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

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

Deux possibilités :

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

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

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

1. La personne a déjà un compte PLAGE

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

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

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

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

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

2. La personne n'a pas de compte PLAGE

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

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

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

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

Utilisateur

Identifiant: 120000

Nom: REGIONAL

Prénom: Testeur

Courriel: test@ath.sante.fr

Téléphone: 471

Organisation: ATH

Structure(s): **Bilans**

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (essai):

Modification du mot de passe

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

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines Statuts-Champs et Rôles

Domaines

- Administration
- FMSI
- ATH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALIAS
- SPATH
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012M.FUMERIO
- ISATISFACTION
- BILANLIN**
- RECOMPOSITION
- OPHELIE
- OSIS
- DOMEVH
- RNMH
- RANG
- IRESICE

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: 120000

Nom: REGIONAL

Prénom: Testeur

Courriel: test@ath.sante.fr

Téléphone: 471

Organisation: ATH

Structure(s): **Bilans**

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (essai):

Modification du mot de passe

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

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines Statuts-Champs et Rôles

Domaines

- Administration
- FMSI
- ATH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALIAS
- SPATH
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012M.FUMERIO
- ISATISFACTION
- BILANLIN**
- RECOMPOSITION
- OPHELIE
- OSIS
- DOMEVH
- RNMH
- RANG
- IRESICE

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

Utilisateur

Identifiant: 120000

Nom: REGIONAL

Prénom: Testeur

Courriel: test@ath.sante.fr

Téléphone: 471

Organisation: ATH

Structure(s): **Bilans**

Adresse:

Mot de passe:

Mot de passe (essai):

Modification du mot de passe

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

Nouveau Supprimer Enregistrer

Domaines Statuts-Champs et Rôles

Domaines

- Administration
- FMSI
- ATH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALIAS
- SPATH
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012M.FUMERIO
- ISATISFACTION
- BILANLIN**
- RECOMPOSITION
- OPHELIE
- OSIS
- DOMEVH
- RNMH
- RANG
- IRESICE

BILANLIN n'a pas de notion de champ.

attribution à l'utilisateur

Rôle

- Administrateur
- Contrôleur
- Lecteur

Les personnes peuvent maintenant se connecter à <http://bilanlin.ath.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, etc). 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, etc.

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

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

II. – GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ÉTABLISSEMENTS

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 PLAGÉ

Un Administrateur dans le domaine Administration doit créer un compte PLAGÉ 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/> (PLAGÉ) puis :

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

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

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 1)

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

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

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

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

GLOSSAIRE

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

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

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

Statut: ex-DGF/ex-OQN.

Champ: MCO/SSR/PSY/HAD.

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

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

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