



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-direction : prévention des risques infectieux

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

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

Bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé

A
B
C
D
E
F

Tableau de bord des infections nosocomiales 2008

Annexe 2 :

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2008

Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), de l'indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB), de l'Indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA), de l'indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO), du score agrégé et de l'indice triennal SARM. Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH).

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

MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Les éléments de preuve réunis en 2007 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves 2008 est une actualisation du dossier de preuves 2007.

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

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

TABLE DES MATIERES

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN.....	4
O111 : PROJET D'ETABLISSEMENT	9
O112 : CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS OU CONVENTION TRIPARTITE	10
O121 : AVIS SUR LE PROGRAMME D'ACTIONS	13
O122 : AVIS SUR LE RAPPORT D'ACTIVITE	15
O131 : LIVRET D'ACCUEIL	11
O133 : PROGRAMME DE FORMATION EN HYGIENE HOSPITALIERE	27
O211 : REUNIONS DU CLIN	4
O212 : REUNIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DU CLIN.....	5
O221 : REPRESENTANT DES USAGERS MEMBRE DU CLIN.....	6
O223 : CONSULTATION DU CLIN SUR LE PLAN DE FORMATION CONTINUE DE L'ETABLISSEMENT	28
O31 : ELABORATION D'UN PROGRAMME D'ACTIONS.....	12
O32 : RAPPORT D'ACTIVITES	14
M11 M12, M13, M14 : EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE HOSPITALIERE (EOHH).....	7
M21 : FORMATION EN HYGIENE HOSPITALIERE POUR LES NOUVEAUX PROFESSIONNELS	29
M22, M23, M24 : FORMATION EN HYGIENE DU PERSONNEL SOIGNANT DE L'ETABLISSEMENT	30
M31, M32 : CORRESPONDANTS EN HYGIENE MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	8
A11(1) : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES AES.....	18
A11 (2) : PROTOCOLE POUR LE RESEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE (ECS).....	20
A11 (3 A 5) : AUTRES PROTOCOLES PRIORITAIRES	21
A12 (1 A 10) : AUTRES PROTOCOLES.....	22
A21 (1) : SYSTEME DE DECLARATION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)	17
A21 (2) : ACTIONS DE PREVENTION DES AES.....	19
A22 : PROGRAMME DE MAITRISE DE LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (BMR).....	16
A23 : ENQUETE D'INCIDENCE OU DE PREVALENCE	23
A24 : SURVEILLANCE A PARTIR DES DONNEES DU LABORATOIRE	24
A25 : DIFFUSION DES RESULTATS DE LA SURVEILLANCE.....	25
A26 : DESIGNATION D'UN RESPONSABLE DU SIGNALEMENT.....	26
A31, A32 : ACTIONS D'EVALUATION.....	31
B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB.....	32
ATB1 : INSTANCE CHARGEE D'IMPULSER ET COORDONNER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES	33
ATB2 : EXISTENCE D'UN REFERENT EN ANTIBIOTHERAPIE	34
ATB3A : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE	35
ATB3B : PROTOCOLE SUR L'ANTIBIOTHERAPIE DE PREMIERE INTENTION.....	36
ATB4 : EXISTENCE DE LISTES D'ANTIBIOTIQUES.....	37
ATB5A : CONNEXION INFORMATIQUE	38
ATB5b : PRESCRIPTION INFORMATISEE DES MEDICAMENTS	39
ATB6 : FORMATION DES NOUVEAUX PRESCRIPTEURS	40
ATB7 : EVALUATION DE LA QUALITE DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES.....	41
ATB8 : SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES	42
C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA.....	43
D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO.....	45
E - CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM	47
ANNEXES.....	50
TABLEAU N°1 : CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS DE SANTE UTILISEES DANS LE TABLEAU DE BORD	51
TABLEAU N°2 : PRESENCE DES INDICATEURS SELON LA CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS	52
TABLEAU N°3 : PONDERATION DES ITEMS D'ICALIN PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	53
TABLEAU N°4 : LIMITES DES CLASSES DE RESULTATS D'ICALIN PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	54
TABLEAU N°5 : PONDERATION DES ITEMS D'ICATB PAR FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS.....	55
TABLEAU N°6 : LIMITES DES CLASSES DE RESULTATS D'ICATB PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS DE SANTE	56
TABLEAU N°7 : MODALITES DE CALCUL ET DE CLASSEMENT D'ICSHA	57
TABLEAU N°8 : MODALITES DE CALCUL DU SCORE AGREGE	58
TABLEAU N°9 : LIMITES DE CLASSES DU SCORE AGREGE PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS.....	59

A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN

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

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

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

ELEMENTS DE PREUVE

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

O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

ELEMENTS DE PREUVE

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

Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

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

O221 : Représentant des usagers membre du CLIN

4 • Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont-ils été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (Art. R6111-6 du Code de la santé publique), même s'ils n'assistent pas aux séances ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

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

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

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

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

VALORISATION

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

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

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

Ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral.

M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités		_ _ _
Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités , des correspondants en hygiène ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
	<u>au moins</u> un correspondant médical	_ _ services
	<u>au moins</u> un correspondant paramédical	_ _ services

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

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

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

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

la direction

ou

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

ou

le CLIN

O111 : Projet d'établissement

L'établissement a-t-il adopté un <i>projet d'établissement</i>		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont-ils définis dans le projet d'établissement ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

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

L'établissement a-t-il signé avec l'ARH un <i>Contrat d'Objectifs et de Moyens</i> (COM) ou une <i>convention tripartite</i> pour le secteur privé		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	Le COM ou la convention tripartite définit des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

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

O131 : Livret d'accueil

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

VALORISATION

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

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

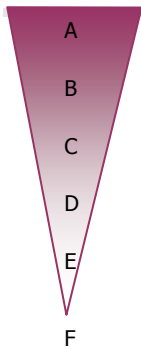
ELEMENTS DE PREUVE

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

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil



O31 : Elaboration d'un programme d'actions

Cette année, un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOHH ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)

O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME) ?	☐ Oui ☐ Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) (secteur public uniquement) ?	☐ Oui ☐ Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) (ou équivalent dans le secteur privé) ?	☐ Oui ☐ Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

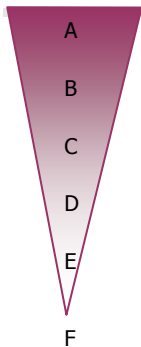
1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

ELEMENTS DE PREUVE

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

et

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



O32 : Rapport d'activités

Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente, a-t-il été élaboré par le CLIN ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Rapport d'activité

ou

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

ou

Eléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)

O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ?	☐ Oui ☐ Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (ou équivalent dans le secteur privé) ?	☐ Oui ☐ Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

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

0,5 point seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

ELEMENTS DE PREUVE

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

et

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

A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le programme BMR comprend au moins :

- La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.
- et l'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement
- et l'existence d'un protocole sur les « Techniques d'Isolement » (Protocole n°8)

VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR ou si celui-ci ne contient pas au moins les 2 éléments décrits ci-dessus.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

ELEMENTS DE PREUVE

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

La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

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

et

Un protocole sur les « Techniques d'Isolement » (Protocole n°8)

A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

Existe-t-il un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.

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

Existe-t-il un protocole de prise en charge en urgence des AES ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

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

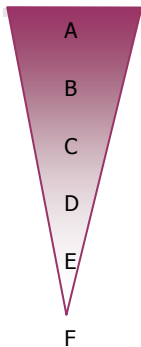
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocole « Conduite à tenir en cas d'AES » daté et validé par la médecine du travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.



A21 (2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES cette année ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.

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

L'eau a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année en ce qui concerne :		
	Le réseau d'eau chaude sanitaire ?	☐ Oui, avec un seuil d'alerte défini ☐ Oui, sans seuil d'alerte défini ☐ Non

VALORISATION:

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

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

ELEMENTS DE PREUVE :

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

et

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

A11 (3 à 5) : Autres protocoles prioritaires

THEMES DES PROTOCOLES	PROTOCOLES EXISTANTS
1) Hygiène des mains	☐ Oui ☐ Non
2) Précautions "standard"	☐ Oui ☐ Non
4) Sondage urinaire	☐ Oui ☐ Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

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

Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

A12 (1 à 10) : Autres protocoles

Thème des protocoles	Protocoles existants
5) Dispositifs intra-vasculaires	☐ Oui ☐ Non
8) Techniques d'isolement	☐ Oui ☐ Non
10) Soins préventifs d'escarres	☐ Oui ☐ Non
11) Pansements	☐ Oui ☐ Non
12) Antiseptiques	☐ Oui ☐ Non
13) Désinfectants	☐ Oui ☐ Non
14) Traitement des DM (endoscopes, etc.)	☐ Oui ☐ Non
15) Entretien des locaux	☐ Oui ☐ Non
16) Elimination des déchets	☐ Oui ☐ Non
17) Circuit du linge	☐ Oui ☐ Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

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

Pour chaque protocole, 0,5 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

L'établissement dispose-t-il d'un laboratoire de microbiologie ?		☐ Interne ☐ Externe avec convention ☐ Non
Si Oui, (labo. interne ou externe avec convention)	durant l'année, y a-t-il eu une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urologie, hémoculture...) ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

A25 : Diffusion des résultats de la surveillance

Les résultats de la surveillance ont-ils été diffusés aux services participants ?	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	☐ Oui ☐ Non
• Données du laboratoire ?	☐ Oui ☐ Non

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Note de diffusion informant des résultats de la surveillance.

A26 : Désignation d'un responsable du signalement

1 • L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	☐ Oui	☐ Non
--	------------------------------	------------------------------

VALORISATION

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

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

ELEMENT DE PREUVE

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

O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

1 • Un programme de formation en hygiène hospitalière a-t-il été élaboré cette année ?		☐ Oui	☐ Non
Si OUI	• Ce programme de formation a-t-il été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement ?	☐ Oui	☐ Non

VALORISATION

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

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

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

Le CLIN a-t-il été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

3 • Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a-t-elle été prévue pour les catégories de personnels suivantes :

• nouveaux personnels recrutés ?	☐ Oui ☐ Non
• personnels intérimaires ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

1,5 points seront accordés aux établissements qui ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

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

ELEMENTS DE PREUVE :

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

et

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

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

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

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

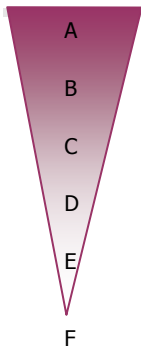
Convocations aux formations en hygiène hospitalière et feuilles de présence aux sessions de formation

ou

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

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.



A31, A32 : Actions d'évaluation

• Des actions d'évaluation ont-elles été menées durant l'année?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, • Un audit des pratiques (au moins) a-t-il été réalisé dans l'année ?	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

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

B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB

Catégories d'établissements concernées :

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

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

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

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

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

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

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

VALORISATION

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

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

2 • Existe-t-il au sein de l'établissement un référent en antibiothérapie désigné par le représentant légal de l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

- le nom du référent ;

Et

- la mention « référent en antibiothérapie ».

ATB3a : Protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale

3a • Existe-t-il un ou des protocoles, validés par l'instance ci-dessus, sur l' antibioprophylaxie chirurgicale et basé(s) sur un référentiel reconnu (2) ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné
--	--

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

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

et

liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.

ATB3b : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

3b • Existe-t-il un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, • Est-il celui en vigueur dans le secteur des urgences ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

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

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

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	1,5	1,5	2	2

ELEMENTS DE PREUVE

Protocole daté et validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

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

ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques

4 • Existe-t-il une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, 4.1 • Dans cette liste, l'instance a-t-elle définie une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis par l'instance ?	☐ Oui ☐ Non
Si OUI, 4.1.1 • Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont-ils dispensés et délivrés pour une durée limitée , permettant une justification du traitement après 48-72 heures ? (3)	☐ Oui ☐ Non

VALORISATION

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

0,25 point seront accordés aux établissements ayant établi une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement

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

0,5 points supplémentaires seront accordés si, en plus de la liste des antibiotiques disponibles, il existe une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères définis **et** validée par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office.

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

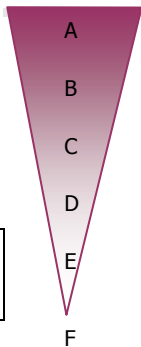
0,25 points supplémentaires seront accordés si cette liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée selon des critères validés par la commission des antibiotiques ou l'instance qui en fait office, précise une durée limitée permettant une justification du traitement après 48-72 heures.

ELEMENTS DE PREUVE

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

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

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



ATB5a : Connexion informatique

5. a • Existe-t-il une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ATB5b : Prescription informatisée des médicaments

5. b • La prescription du médicament est-elle informatisée ?		☐ Oui ☐ Non
Si OUI,	• partiellement ou totalement.	☐ Part. ☐ Total

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

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

VALORISATION

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

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

6 • Une formation des nouveaux prescripteurs , permanents ou temporaires, est-elle prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

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

VALORISATION

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

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

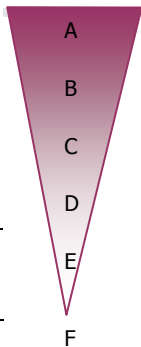
ELEMENTS DE PREUVE

Il existe :

- un support documentaire institutionnel sur le sujet,

Et

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



ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

7 • Une action d'évaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques a-t-elle été réalisée au cours de l'année de ce bilan ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

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

ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques

8 • Existe-t-il une **surveillance de la consommation d'antibiotiques** en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ? (9) ☐ Oui ☐ Non

Si OUI,

• Résultats annuels (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :

JO1A - Tétracyclines

|_|_|_|_|

JO1B - Phénicolés

|_|_|_|_|

JO1C - Pénicillines

|_|_|_|_|

JO1D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes

|_|_|_|_|

JO1E - Sulfamides et Triméthoprime

|_|_|_|_|

JO1F - Macrolides et apparentés

|_|_|_|_|

JO1G - Aminosides

|_|_|_|_|

JO1M - Fluoroquinolones

|_|_|_|_|

JO1X - Autres antibiotiques dont glycopeptides

|_|_|_|_|

TOTAL des DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues

|_|_|_|_|

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

VALORISATION

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

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

ou

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

C - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICSHA

Catégories d'établissements concernées :

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

13 – MECSS
14 - Ambulatoire
Centres de post cure alcoolique

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

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

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

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

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

Journées d'hospitalisation prises en compte au dénominateur d'ICSHA :

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

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

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

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

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

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

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

_____, _____

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

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

Le volume de produits hydro-alcooliques déclarés doit être converti en litres (ne pas faire le calcul sur 1 000 journées d'hospitalisation). Pour la conversion en litres, il est possible de s'aider de l'outil de calcul disponible sur internet

(http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/icsa/doc_pdf/calcul_sha.xls)

VALORISATION

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

ELEMENTS DE PREUVE

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

D - CAHIER DES CHARGES RELATIF A SURVISO

Catégories d'établissements concernées :

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

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

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

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

- Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie générale
- Chirurgie Infantile/ pédiatrique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatique
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Gynéco-obstétrique
- Neurochirurgie
- Chirurgie en Ophtalmologie, O.R.L., Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
- Chirurgie urologique

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

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE

VI.2 - Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	☐ Oui ☐ Non
---	---

Si OUI, Thèmes des enquêtes d'incidence menées	Nombre de disciplines participantes	Enquête réalisée dans le cadre d'un réseau
2) Infections du site opératoire	I _ I _ I _ I disciplines	Oui ☐ Non ☐

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

- un document présentant la méthode de surveillance des ISO basée sur le suivi d'une activité opératoire sur une période d'inclusion d'au moins deux mois portant sur tout ou partie des actes chirurgicaux ;
- ou un rapport de surveillance permettant de calculer un taux d'infection dans la discipline chirurgicale suivie ;
- et, dans les deux cas, une implication des chirurgiens des spécialités concernées dans la réalisation de la surveillance.

VALORISATION

Voir les modalités de valorisation de SURVISO dans le score agrégé à l'annexe n°8.

ELEMENTS DE PREUVE

- Un rapport de surveillance par spécialité déclarée comme surveillée

ou

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

et (dans les deux cas)

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

E – CAHIER DES CHARGES RELATIF A L'INDICE SARM

Catégories d'établissements concernés :

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

Ainsi, cet indice triennal est calculé pour :

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

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

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

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

Extraction des journées d'hospitalisation à partir de la SAE

Cf. c - cahier des charges relatif à ICSHA.

X.1 - SARM

- Nombre de **patients** hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique

|_|_|_|_|

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

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Sont incluses les souches de SARM :

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

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

Sont exclues les souches de SARM isolées de :

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

VALORISATION

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir des données des années 2006, 2007 et 2008 :

Nombre de SARM déclarés en 2006, 2007 et 2008

Nombre de journées d'hospitalisation en 2006, 2007 et 2008

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

Journées d'hospitalisation

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

Interprétation de l'indice SARM

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

Les modalités d'affichage de cet indice sont en cours de révision afin qu'il soit plus facile à interpréter (évolution dans le temps, comparaison entre établissements de même catégorie...)

ELEMENTS DE PREUVE

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

ANNEXES

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

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

N°3 : Pondération des items d'ICALIN

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

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

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

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

N°8 : Modalités de calcul du score agrégé

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

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

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

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

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

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

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

Tableau n°3 : Pondération des items d'ICALIN par fonctions et sous-fonctions

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
ORGANISATION	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité					0,5
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établissement					1,5
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Représentant des usagers membre du CLIN				3	2
			O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue					1
MOYENS	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière		M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0		33	16		6
			M12 – Nombre temps plein paramédical > 0					6
			M13 – M11 > 0 et M12 > 0					2
			M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0					2
	M2 Formation du personnel		M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants			9		2
			M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0					3
			M23 – Formation des personnels infirmiers > 0					3
			M24 – Formation des autres personnels permanents > 0					1
	M3 Correspondants		M31 – Correspondants en hygiène médicaux			8		4
			M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux					4
ACTIONS	A1 Prévention Protocoles		A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)	34	34	15		10
			A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intravasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)					5
	A2 Surveillance		A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)			14		3
			A22 – Programme de maîtrise des bactéries multirésistantes aux antibiotiques					4
			A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance					3
			A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie					1
			A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services					1
			A26 – Désignation d'un responsable du signalement					2
	A3 Evaluation		A31 – Réalisation d'un type d'évaluation			5		2
			A32 – dont un audit de pratique					3

Tableau n°4 : Limites des classes de résultats d'IC ALIN par catégorie d'établissements de santé

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG < à 300 lits	44.5	62.5	79.5	88.5
3 - CH-CHG ≥ à 300 lits	67.5	79	89	95.5
4 – Etablissements Psy	36	50.65	73	84.45
5 – Hôpitaux locaux	16.4	31.5	59	74.1
6 – Cliniques MCO < à 100 lits	36	55	73	85.1
7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits	52	63.5	79.5	89
9 – SSR-SLD	23	45	69.5	82
10 – CLCC-CANCER	63.7	72.7	85.1	94.3
11 – HAD	19	28.75	49.75	64.5
12 – Hémodialyse	29.6	51.4	69.7	80.35
13 – MECSS	26.5	38.25	78	84.5
14 - AMBULATOIRE	28.5	43.2	71.2	76

CLASSES DE RESULTATS

E

 < ≤

D

 < ≤

C

 < ≤

B

 < ≤

A

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

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

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

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

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

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

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

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

Items	Etablissements avec chirurgie		Etablissements sans chirurgie	
	avec urgences	sans urgences	avec urgences	sans urgences
3a - Protocole antibioprophylaxie	0.5	0.5	-	-
3b - Protocole antibiothérapie	1	1.5	1.5	2
3b appliqué aux urgences	+ 0,5	-	+ 0,5	-
TOTAL	2	2	2	2

Tableau n°6 : Limites des classes de résultats d'IC ATB par catégorie d'établissements de santé

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

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

Catégories d'établissements de santé	Percentile 10 (P10)	Percentile 30 (P30)	Percentile 70 (P70)	Percentile 90 (P90)
1 – CHR-CHU	11,00	13,75	17,00	18,00
2 - CH-CHG < 300 lits	3,52	7,062	12,25	15,25
3 - CH-CHG ≥ 300 lits	6,49	9,75	14,00	17,00
4 – Etablissements Psy	2,00	5,06	11,50	14,18
5 – Hôpitaux locaux	0,06	2,22	7,37	12,25
6 - Cliniques MCO < 100 lits	3,25	7,25	12,5	15,5
7 - Cliniques MCO ≥ 100 lits	5,00	9,25	13,50	15,78
9 – SSR-SLD	0,25	4,00	10,50	14,25
10 – CLCC-CANCER	6,39	9,95	14,15	15,83
11 – HAD	NON CONCERNES			
12 – Hémodialyse				
13 – MECSS				
14 - Ambulatoire				
Centres de post cure alcoolique				

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

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

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

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

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

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

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

Spécialités	Nb
Médecine	7
Chirurgie	9
Réanimation (frictions supplémentaires par rapport à la Médecine - Chirurgie)	40
Obstétrique	8
SSR	5
SLD	4
Psychiatrie	2
Hémodialyse (par séance)	6
HAD	2
Urgences (par passage)	2

En 2008, les catégories "maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisée" (MECSS), ambulatoires et "Centres de postcure alcoolique exclusifs" ne sont pas concernés par cet indicateur.

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

Pour chaque spécialité, l'objectif personnalisé de consommation est calculé selon la formule contenue dans le tableau n°2 :

Tableau n°2 : CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2008)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

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

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

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

Tableau n°8 : Modalités de calcul du score agrégé

Le score agrégé est calculé à partir des scores obtenus dans les 4 premiers indicateurs (indicateurs de moyens) du tableau de bord des infections nosocomiales. La valeur maximale de ces indicateurs est :

- ICALIN 100
- ICSHA 100
- ICATB 20
- SURVISO 10

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

- Absence d'enquête d'incidence des ISO : 0 point
- % des disciplines participantes < 50% : 4 points
- % des disciplines participantes ≥ 50% et < 75% : 6 points
- % des disciplines participantes ≥ 75% : 10 points

A - FORMULE GENERALE

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

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,4) + (\text{ICSHA} \times 0,3) + \text{ICATB} + \text{SURVISO}$$

B - FORMULES ADAPTEES AUX INDICATEURS EFFECTIVEMENT APPLIQUES :

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

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

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,444) + (\text{ICSHA} \times 0,333) + (\text{ICATB} \times 1,111)$$

2 - HAD et Hémodialyse (ICALIN + ICSHA) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,571) + (\text{ICSHA} \times 0,429)$$

3 - Ambulatoire chirurgical (ICALIN + SURVISO) :

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 0,8) + (\text{SURVISO} \times 2)$$

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

$$\text{Score agrégé} = (\text{ICALIN} \times 1)$$

PS : l'indice SARM n'est pas pris en compte dans le calcul du score agrégé, pour les raisons indiquées dans la fiche E, page 47

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

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

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

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