



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé
à

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

Mesdames et Messieurs les directeurs des
établissements de santé, présidents des
commissions médicales d'établissement ou
conférences médicales d'établissement, et
responsables des équipes opérationnelles
d'hygiène
pour attribution

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

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

NOR : ETSH1206516J

Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 27 février 2012 - Visa CNP 2012-63

Catégorie :

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

Résumé :

Cette instruction présente aux établissements de santé la pondération des items retenus pour le calcul des indicateurs de 2^{ème} génération du tableau de bord des infections nosocomiales ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ainsi que leur cahier des charges.

Mots-clés :

Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010 des établissements de santé ; simulation de calcul ; nouveaux indicateurs : ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ; cahier des charges ; pondération.

Textes de référence :

- Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;
- Circulaire N°DGOS/PF2/2011/150 du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010 ;
- 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) ;
- Circulaire N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins

dans les établissements de santé.

- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins ;
- Circulaire 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.

Annexes :

Annexe 1 : Evolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales depuis 2009 ;
Annexe 2 : Cahier des charges des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR) ;
Annexe 3 : Répartition des points attribués pour le calcul des indicateurs ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ;
Annexe 4 : Calendrier de la campagne de recueil 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011.
Annexe 5 : Modalités de connexion au « Bilan LIN » de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Diffusion :

Les établissements de santé et structures mentionnées à l'article R.6111-8 doivent être destinataires de cette instruction par l'intermédiaire des ARS.

Contexte

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, évoluent 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.

Les établissements de santé, au regard de la loi portant réforme de l'Hopital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), conduisent des actions d'amélioration dont les résultats sont mesurés. La présente instruction marque l'étape de transition vers la nouvelle génération d'indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales prenant en compte les enseignements de la précédente version. Elle présente les modalités de cotation de trois nouveaux indicateurs qui serviront à la simulation sur les données 2010 des établissements de santé.

Enjeux

L'objectif du nouveau tableau de bord est d'élever le niveau d'exigence et d'orienter les actions prioritaires des établissements de santé sur les infections graves et évitables.

Le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2010 est le support de recueil des items permettant l'élaboration des nouveaux indicateurs répondants à ces objectifs :

- ICALIN2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2
- ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire
- ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes.

Description des indicateurs

• **ICALIN2**

ICALIN2 remplace ICALIN. Il prend en compte l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Les critères de ce nouvel indicateur ont été définis au regard des nouvelles exigences réglementaires.

Ainsi, ICALIN2 prend en compte le nouveau rôle des instances dans la politique de lutte contre les infections nosocomiales et l'organisation du travail entre l'équipe opérationnelle d'hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Il privilégie une approche centrée sur le programme d'actions avec les aspects de prévention, surveillance et d'évaluation. La pondération des items est renforcée sur les moyens et les actions qui emportent 50% des points.

- **ICA-LISO**

ICA-LISO remplace SURVISO. Nouvel indicateur composite, il prend en compte l'organisation en place, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre pour la prévention des infections du site opératoire.

Les critères de ce nouvel indicateur renforcent la communication interne des résultats de la surveillance vers les professionnels impliqués dans la prise en charge des opérés.

Des objectifs sont attendus sur l'utilisation d'outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire (type check-liste), sur l'actualisation des protocoles et l'évaluation des pratiques. Cet indicateur privilégie l'élargissement de la surveillance à toutes les disciplines de chirurgie et l'intérêt de participer à un réseau national.

- **ICA-BMR**

ICA-BMR est un nouvel indicateur. Il est créé dans l'objectif de répondre aux enjeux de la situation épidémiologique actuelle et à la priorité nationale de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR).

Les critères de ce nouvel indicateur prennent en compte l'organisation de la politique de maîtrise des BMR, les moyens d'information développés au sein des établissements de santé et les actions de prévention et de surveillance mises en œuvre.

Son analyse, notamment au regard de l'indice SARM et de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques permettra à l'établissement de définir des actions pour la maîtrise de la diffusion des BMR.

Modalités pratiques d'accès aux données de simulation

Cette instruction présente aux établissements de santé la pondération des items retenus pour le calcul des indicateurs de 2^{ème} génération du tableau de bord des infections nosocomiales ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR ainsi que leur cahier des charges.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) procède à la simulation du calcul de chacun des indicateurs effectuée à partir de la réponse des établissements au questionnaire sur leurs activités 2010. Chaque établissement de santé disposera de ses résultats de simulation d'ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR sur le site (<http://bilanlin.atih.sante.fr>) courant mars 2012. Les modalités de connexion sont précisées en annexe 5.

En cas de discordances constatées, l'établissement de santé pourra les signaler à bilanlin@atih.sante.fr.

Utilisation des données

Ces résultats de simulation de ces nouveaux indicateurs sur les activités 2010 doivent aider les établissements à conduire leurs actions d'amélioration. L'obligation de diffusion publique en référence à l'arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins reposera sur les données du bilan d'activité 2011.

Pour le ministre et par délégation

signé

Annie PODEUR
Directrice générale de l'offre de soins

Annexe 1

Evolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

L'arrêté du 6 janvier 2012 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 rendu opposables.

Trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont généralisés* :

- ICALIN2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2. Il remplace ICALIN.
- ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire. Il remplace SURVISO.
- ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes. ICA-BMR est un nouvel indicateur.

| Année | Indicateurs | Mise à disposition pour les établissements de santé | Obligation de diffusion publique |
|----------------|--|---|----------------------------------|
| Activités 2010 | ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR, | Oui | Non |
| | ICSHA2 ICATB | Oui | Oui |
| Activités 2011 | ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR, ICSHA2 ICATB | Oui | Oui |
| Activités 2012 | ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR, ICSHA2 | Oui | Oui |
| | ICATB2 | Oui | Non |

* 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 première année de généralisation. Puis à partir de la 2^{ème} année, la communication des résultats devient publique.

Annexe 2

Cahier des charges des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (ICALIN2, ICA-LISO et ICA-BMR)

ICALIN2

- Cahier des charges
- Eléments de preuve

Objectif du document :

Ce cahier des charges définit les consignes de remplissage, les éléments de preuve de chaque item ayant servi de base à la simulation de l'indicateur ICALIN2 (indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales Version 2). Les items sont extraits des réponses des établissements au questionnaire de l'arrêté du 07 d'avril 2011 relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2010.

Les résultats de la simulation ne seront pas rendus publics mais accessibles pour chaque établissement.

Les bornes des classes de performance seront élaborées à partir de la simulation des items recueillis lors de la campagne 2011 c'est-à-dire sur l'activité 2010.

En fonction de l'organisation des établissements de santé, la CME peut avoir déléguée ses attributions en matière de lutte contre les infections nosocomiales à une commission spécifique.

Dans ce cas, le terme de CME usitée sera conservé dans le questionnaire pour parler de cette commission spécifique.

ICALIN2

ORGANISATION

| | |
|--|---|
| Politique et implication des instances :..... | 3 |
| Équipe opérationnelle d'hygiène et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins..... | 5 |
| Information du public et du patient..... | 6 |
| Signalement des infections nosocomiales..... | 7 |

MOYENS

| | |
|--|----|
| Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)..... | 8 |
| Matériel disponible dans le cadre de la prévention de la transmission soignés/soignants..... | 10 |
| Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels..... | 10 |
| Formation en hygiène hospitalière pour les prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques..... | 12 |

ACTIONS

| | |
|---|----|
| Protection du personnel..... | 13 |
| Hygiène des mains :..... | 14 |
| Précautions standard autres que hygiène des mains..... | 14 |
| Précautions complémentaires..... | 15 |
| Prévention des infections associées aux gestes invasifs..... | 16 |
| Prévention des risques liés à l'environnement (eau, air)..... | 20 |
| Surveillances..... | 21 |
| Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave..... | 22 |

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

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

O12 La CME élabore le programme d'actions

ÉLÉMENTS DE PREUVE

Programme d'actions 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 médio technique (CSIRMT) contribue à l'élaboration du programme d'actions

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

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.

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN.

012 : les points sont accordés si le programme et le rapport d'actions ont été soumis pour avis à la CME

013 : les points sont accordés si le programme et le rapport d'activités ont été soumis pour avis à la CSIRMT.

014 : le point est attribué si le représentant des usagers est invité lors de séance de présentation du rapport d'activité de l'année n-1 et du programme de lutte contre les infections nosocomiales de l'année N.

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

ELÉMENTS 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.

ELÉMENTS 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.

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN

021 : les points sont accordés même si le coordonnateur n'a pas été désigné (O22 = non)

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 | ▼ |
|-----|---|-----|---|

ELÉMENTS DE PREUVE

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

- Par voie d'affichage ;
- Dans le hall d'accueil ;
- À proximité du bureau des entrées ou des urgences ;
- Dans le livret d'accueil ;
- Sur le site internet.

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

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| Oui | ▼ | Non | ▼ |
|-----|---|-----|---|

ELÉMENTS DE PREUVE

L'extrait ou le feuillet inséré du livret d'accueil remis à jour avec les indicateurs et l'information synthétique relative aux infections nosocomiales est disponible.

O33 Il existe un protocole 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).

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

ELÉMENTS DE PREUVE

Le protocole d'information systématique du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale est validé par la CME et par l'EOH. Cette modalité d'information du patient peut être intégrée au protocole de signalement interne et externe des infections nosocomiales de l'établissement.

Signalement des infections nosocomiales

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocoles/procédures de signalement interne et externe d'infections nosocomiales datés et validés par la commission ou la conférence médicale de l'établissement.

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE

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

O43 Il existe une procédure de gestion de crise formalisée

ELÉMENTS DE PREUVE

Protocole d'organisation de la gestion de crise daté et validé 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.

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

O43 : cet item correspond à la question « une cellule de crise a été constituée et clairement identifiée sur l'établissement »

Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH)

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

AIDE AU REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté 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, 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.

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 les secteurs d'activités

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

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

Répondre partiellement dans le cas contraire

ELÉMENTS 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)

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

M14 :

la réponse « Oui » correspond aux établissements de santé pour lesquels
soit

a) le nombre de correspondants paramédicaux en hygiène hospitalière est égal au nombre de services

soit

b) le nombre de correspondants médicaux en hygiène hospitalière est égal au nombre de services

La réponse « partiellement » correspond aux établissements de santé pour lesquels le nombre de correspondants paramédicaux ou le nombre de correspondants médicaux est supérieur à zéro et le nombre de correspondants médicaux et/ou paramédicaux est inférieur au nombre de services de l'établissement.

La réponse « non » correspond aux établissements n'ayant aucun correspondant médical ou paramédical.

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

ELÉMENTS DE PREUVE : (M21 ; M22)

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

Formation en hygiène hospitalière pour les professionnels

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

Oui Non Répondre oui, seulement si l'établissement a bien 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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

M32 -Une formation pour les intérimaires et pour les étudiants (médicaux et paramédicaux) est prévue
 Oui Non NA

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

- 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.
- 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.

AIDE AU REMPLISSAGE**Pour le nombre d'heures :**

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

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

M33 Le personnel médical a bénéficié d'une formation validée par l'EOH

Nombre total de personnels (Médecins ou pharmaciens, sages-femmes) formés

|_|_|_|

M34 Le personnel infirmier a bénéficié d'une formation validée par l'EOH

Nombre total de personnels infirmiers formés

|_|_|_|

M35 Les autres personnels permanents ont bénéficié d'une formation

Nombre total de personnels permanents autres formés

|_|_|_|

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

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

Et

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

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

la formation est considérée comme validée par l'EOH, si le CLIN a validé le programme de formation continue

la formation est considérée comme validée par l'EOH si le CLIN a été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement

Formation en hygiène hospitalière pour les prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques**M36 Une formation en hygiène hospitalière est prévue dans le cahier des charges des prestataires intervenant dans le cadre des fonctions logistiques**

| | | | | | |
|-----|---|-----|---|----|---|
| Oui | ▼ | Non | ▼ | NA | ▼ |
|-----|---|-----|---|----|---|

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, transport des prélèvements biologiques, l'alimentation, les entreprises de travaux.

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

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

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

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

Une relecture de ce dernier par l'EOH en collaboration avec le service de santé au travail ou autre service compétent constitue une actualisation de ce protocole pour vérifier le respect des recommandations nationales. Il est ainsi vérifié l'adéquation entre le protocole de l'établissement et les recommandations nationales. Pour répondre à « Actualisation ou réalisation dans les 5 dernières années », vous devez prendre en compte les 5 ans avant l'année du bilan inclus (ex : si le bilan est celui de l'année 2010, on tiendra compte des années 2010, 2009, 2008, 2007 et 2006)

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

Protection du personnel

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

Le protocole 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 annuelle de la grippe des professionnels de santé

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

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE : (A13 ; A14 ; A15)

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

Hygiène des mains :

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

Un rapport daté de l'évaluation.

Précautions standard autres que hygiène des mains

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

Protocole institutionnel, validé et daté

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

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

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 « contact »

2010 2009 2008 2007 2006

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 deux éléments

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

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 « Air »

2010 2009 2008 2007 2006

Et l'année d'actualisation du protocole « Gouttelettes »

2010 2009 2008 2007 2006

ELÉMENTS 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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

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

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

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

ELÉMENTS DE PREUVE :

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

Prévention des infections associées aux gestes invasifs

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

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

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

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

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

- Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques
Si Oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

- Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur dispositifs sous-cutanés
Si Oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

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

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

- Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux
Si Oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

- Il existe un protocole relatif à la prévention des infections sur chambre implantable.
Si Oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

ÉLÉMENTS DE PREUVE (A51 ; A52 ; A53) :

Protocoles institutionnels, validés et datés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

suivants :

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE (A54 ; A55 ; A56) :

Outils validés et datés

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

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

A58 Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires (voie veineuse périphérique, cathéters veineux centraux, chambre implantable) ou sous cutanée 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

- 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

ELÉMENTS DE PREUVE (A57 ; A58 ; A59) :

Rapports datés de l'évaluation des pratiques professionnelles relatifs aux thèmes évalués :

prévention des infections urinaires sur sonde urinaire, prévention des dispositifs intravasculaires (voie veineuse périphérique, cathéters veineux centraux, chambre implantable....), et prévention des infections sous-cutanées

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

A6 Il existe une démarche préventive liée à l'eau et à l'air

 Oui Non NA

Répondre « oui » seulement si l'établissement a tous les éléments pour l'eau et l'air, si l'établissement est concerné pour l'air, ou pour l'eau seulement

L'eau

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

Et l'air, s'il existe au moins un secteur à traitement **d'air maîtrisé** dans l'établissement en dehors du bloc opératoire (flux laminaire...)

Pour le bloc opératoire et le bloc obstétrical, les questions relatives à l'air sont à remplir à LIS07

- L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique l'année du bilan ;
- Pour cette surveillance microbiologique de l'air, un seuil d'alerte défini 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, cette année ;
- NA (s'il n'existe pas de secteur à traitement d'air maîtrisé dans l'établissement).

ELÉMENTS 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 microbiologique de la qualité de l'air de ces zones à traitement d'air maîtrisé.

Surveillances

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

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 (autre qu'ISO, ou BMR ou, 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 ; Autres (1) Préciser :

A73 La surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau

Oui Non

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

A74 Les résultats de la surveillance (hors ISO, ou BMR; AES) ont été rendus aux services 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, AES)

ICALIN2 – ACTIONS - A

A75 Les résultats des surveillances (hors ISO, BMR, 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, 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.

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

L'item A74 sera comptabilisé lorsque l'établissement a répondu « les résultats de la surveillance sont diffusés aux services participants (c.a.d quelle que soit la surveillance) »

L'item A 75 sera comptabilisé si la CME a donnée son avis sur le rapport d'activités du CLIN

Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave

A8 Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave

 Oui Non

AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

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

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

GLOSSAIRE

| | |
|---------|---|
| AES | Accident d'exposition au sang |
| ARLIN | Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales |
| ARS | Agence régionale de la santé |
| BMR | Bactéries Multi Résistantes |
| 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 |
| CRUQPEC | 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 |

Cahier des charges ICA-LISO

Éléments de preuve

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Organisation | 24 |
| Moyens | 25 |
| Actions – Prévention | 26 |
| Actions - Surveillance | 27 |
| Actions – Evaluation des pratiques | 28 |

Equipe 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'exams 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 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.

Systeme d'information

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

Répondre « Oui » seulement si le système informatique permet la récupération des données administratives des patients, les facteurs de risques liés à l'intervention chirurgicales, et la récupération 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 récupérer 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 A L'OBSERVANCE, LES PROTOCOLES ET LA METHODE D'EVALUATION DES PRATIQUES

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

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

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 2010, on tiendra compte des années 2010, 2009, 2008, 2007 et 2006)

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...) 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

Prévention

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

Répondre « oui » seulement si l'outil est présent dans tous les secteurs du bloc opératoire et du bloc obstétrical et précisez les 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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

- 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

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

- L'air fait l'objet d'une surveillance microbiologique l'année du bilan ;
- Pour cette surveillance microbiologique de l'air, un seuil d'alerte défini 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 de ces zones.

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

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.

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

Répondre oui, seulement si 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.

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.

A titre transitoire, sur les données 2010, pour la simulation des indicateurs du tableau de bord des IN :

LISO 6 : cet item sera mis à zéro. Tous les établissements de santé sont donc équivalents pour cet item.

Actions - Surveillance

AIDE AU REMPLISSAGE

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 a été réalisée

Si oui, préciser le nombre de disciplines dans lesquelles la surveillance est en place :

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

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

*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 au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité

*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

Actions – Evaluation des pratiques

Aide au remplissage

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.

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.

ICA-LISO

GLOSSAIRE

| | |
|------------|---|
| EOH | Equipe 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 |

Cahier des charges ICA-BMR

Éléments de preuve

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| ORGANISATION en matière de politique de prévention des bactéries multi-résistantes (BMR) | 35 |
| MOYENS D'INFORMATION-..... | 36 |
| ACTIONS - Prévention..... | 37 |
| ACTIONS - Surveillance | 37 |

ICA BMR - ORGANISATION

ORGANISATION en matière de politique de prévention des bactéries multi-résistantes (BMR)

BMR O1 Il existe un protocole avec une liste de BMR prioritaires actualisée dans les 5 ans

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

ICA BMR – MOYENS

MOYENS D'INFORMATION-

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

Répondre oui seulement si l'information est tracée

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

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

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

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

- Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter-établissement
- Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR intra établissement
- Il existe un protocole d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR en cas de réadmission

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

Protocole validé et daté prévoyant les trois situations :

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

ICA BMR – ACTIONS

ACTIONS - Prévention

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

Oui Non

répondre oui seulement si la traçabilité est assurée

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

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

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

ACTIONS - Surveillance

AIDE AU REMPLISSAGE

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

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

Oui Non

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

Présentation du taux de BMR

BMR A22 La surveillance des BMR est faite en réseau

Oui Non

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

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

BMR A23 Les résultats sont restitués aux secteurs d'activités

Oui Non

répondre oui seulement si les résultats de la surveillance BMR sont restitués à tous les secteurs d'activités.

ÉLÉMENTS DE PREUVE

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

Annexe 3

Répartition des points attribués pour le calcul des indicateurs
ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR.

Le calcul des nouveaux indicateurs ICALIN2, ICA-LISO, ICA-BMR est réalisé à partir des items extraits des réponses des établissements au questionnaire de l'arrêté du 07 d'avril 2011 relatif au bilan annuel de lutte contre les infections nosocomiales 2010.

Les résultats de la simulation ne seront pas rendus publics mais accessibles pour chaque établissement sur le site <http://bilanlin.atih.sante.fr>

PONDERATION ICALIN.2 - ORGANISATION

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

- ¹ Pour les établissements de santé privés, le point est redistribué en O11 et O12

PONDERATION ICALIN.2 - MOYENS

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

² 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

³ 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 moins 1 personnel médical dédié, 1 personnel paramédical dédié

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

⁵ Si l'établissement n'est pas concerné le point est redistribué en M31

⁶ 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.

| Définition | Bordereaux SAE 2011 | références SAE 2011 |
|-----------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| personnels médecins + pharmaciens | Q20A Q20B | Q20A:Q42+T42 Q20B: 042+Q42+R42+T42 |
| Personnels sage-femme | Q23 | G20 |

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

Les bordereaux utilisés sont les suivants

| Définition | Bordereaux SAE 2011 | références SAE 2011 |
|-----------------------|---------------------|----------------------|
| personnels infirmiers | Q23 | G6+G8+G9+G10+G11+G12 |

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

PONDERATION ICALIN.2 - ACTIONS

| Items | | ICALIN 2- ACTIONS | Total | N1 | N2 | Public | Privé | HAD* | NA pour Ets | | | | | | | | |
|--|-----|--|-------|----|----|--------|-------|------|----------------|---|---|---|------------------|---|---|---|---|
| La protection du personnel | A11 | Il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES actualisé dans les 5 dernières années | | | 4 | 1 | 1 | * | * | | | | | | | | |
| | 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 | * | * | | | | | | | | |
| | A13 | Il existe une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe | | | | 1 | 1 | * | * | | | | | | | | |
| | A14 | Il existe une surveillance de la couverture vaccinale et /ou de l'immunisation pour la rougeole | | | | 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 | * | * | | | | | | | | |
| Hygiène des mains | A21 | Il existe un protocole d'hygiène des mains actualisé dans les 5 dernières années | | | | | 6 | 1 | 1 | * | * | | | | | | |
| | 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 | * | * | | | | | | |
| | A23 | Une évaluation des pratiques relative à l'hygiène des mains a été réalisée dans les 5 dernières années | | | | | | 3,5 | 3,5 | * | * | | | | | | |
| Les précautions standard ⁹ | A31 | Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions standard | | | | | | | 3 (4 pour HAD) | 1 | 1 | * | * | | | | |
| | 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 | * | | | | |
| Les précautions complémentaires | A41 | Il existe un protocole actualisé dans les 5 dernières années relatif aux précautions complémentaires « contact » | | | | | | | | | 6 | 1 | 1 | * | * | | |
| | A42 | Il existe un protocole relatif aux précautions complémentaires de type « air et gouttelettes» | | | | | | | | | | 1 | 1 | * | * | | |
| | A43 | Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « contact » a été réalisée dans les 5 dernières années | | | | | | | | | | 2 | 2 | * | * | | |
| | A44 | Une évaluation du respect des précautions complémentaires de type « air » ou « gouttelettes» a été réalisée dans les 5 dernières années | | | | | | | | | | 2 | 2 | * | * | | |
| La prévention des infections associées aux gestes invasifs | A51 | Il existe un protocole associé à la prévention de l'infection urinaire sur sonde actualisé dans les 5 dernières années | | | | | | | | | | | 17 (19 pour HAD) | 1 | 1 | * | * |
| | A52 | Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux périphériques ou sur dispositifs sous-cutanés actualisé dans les 5 dernières années | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | * | 2 |
| | A53 | Il existe un protocole associé à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux ou sur chambre implantable actualisé dans les 5 dernières années | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | * | * |
| | A54 | Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | * | * |
| | A55 | Il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur voie veineuse périphérique ou sur chambre implantable ou sur des dispositifs sous-cutanés dans les 5 dernières années | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 2 | 2 |

⁹ Précautions standard autre que l'hygiène des mains

PONDERATION ICALIN.2 - ACTIONS

| | | | | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|------------------------------|-----|-----|----------------------|---|
| | A56 | Il existe un outil d'aide à l'observance relatif à la prévention des infections sur cathéters veineux centraux | | | 2 | 2 | * | 0 (NA) ¹⁰ | |
| | A57 | Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections urinaires sur sonde urinaire a été réalisée dans les 5 dernières années | | | 4 | 4 | * | * | |
| | A58 | Une évaluation des pratiques relative à la prévention des infections sur dispositifs intravasculaires ou de prévention de l'infection sur dispositif sous-cutané a été réalisée dans les 5 dernières années | | | 4 | 4 | 5 | 5 | |
| | A59 | Un autre thème a fait l'objet d'une évaluation dans les 5 dernières années. | | | 2 | 2 | * | * | |
| Environnement | A60 | Il existe une démarche de prévention lié à l'environnement (eau, air) | | | 3 ¹¹ (0 pour HAD) | 3 | 3 | 0 (NA) ¹² | * |
| Surveillance | A71 | Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail | | | | 0,5 | 0,5 | * | * |
| | A72 | Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (hors ISO, BMR, AES) | | | | 2,5 | 2,5 | * | * |
| | A73 | Au moins une surveillance des IN se fait dans le cadre d'un réseau | | | | 1 | 1 | * | * |
| | A74 | Les résultats de la surveillance (hors ISO, BMR; AES) ont été rendus à tous les services participants | 2 | 2 | | * | * | | |
| | A75 | Tous les résultats des surveillances (hors ISO, BMR, AES) sont présentés en CME | 1 | 1 | | * | * | | |
| Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave | A8 | Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave | | | 4 | 4 | 4 | * | * |

¹⁰ Les deux points de l'item A 56 sont redistribués en A 52 et A 58

¹¹ 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 points de l'item A.6 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 ventilés vers les items A55, A58, et A32

¹² Les points de A6 sont redistribués en A 32, A 55 et A 58

PONDERATION ICA-LISO

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

¹³Les 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

¹⁴Sont accordés :

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

¹⁵ 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 microbiologique (pas de contrôles microbiologiques ou ayant des contrôles microbiologiques sans seuil d'alerte défini)

¹⁶Sont accordés :

- 16 points si toutes les disciplines sont surveillées (recensement ou calcul de taux)
- 12 points : $\geq 75\%$ et $< 100\%$ des disciplines (recensement ou calcul du taux)
- 8 points : entre $\geq 50\%$ et $< 75\%$ des disciplines (recensement ou calcul du taux)
- 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. Il sera considéré comme exclus pour le score agrégé

PONDERATION ICA-BMR

| Items | | ICA- BMR | | total | N2 | N1 | N0 | |
|--------------|-------------------------------|-----------|---|-------|----|----|----|----|
| Organisation | Politique de maîtrise des BMR | BMR - O1 | Il existe une liste définissant les bactéries multi-résistantes prioritaires actualisée dans les 5 dernières années | 100 | 32 | 32 | 8 | |
| | | BMR – O2 | Il existe une politique de dépistage en fonction de l'activité, à la recherche de BMR actualisée dans les 5 dernières années | | | | 8 | |
| | | BMR – O3 | Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux | | | | 8 | |
| | | BMR – O4 | Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME | | | | 8 | |
| Moyens | D'informations | BMR - M11 | Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités, et l'EOH | | 28 | 28 | 16 | |
| | | BMR - M12 | L'information du patient sur la colonisation de BMR est faite systématiquement | | | | 4 | |
| | | BMR - M13 | Il existe un/ ou des protocole(s) d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert inter, intra ES, et en cas de réadmission actualisé(s) dans les 5 dernières années | | | | 8 | |
| Actions | Prévention A.1 | BMR - A11 | Il existe une procédure de vérification par l'EOH de la mise en place des précautions recommandées lors d'une colonisation ou d'infection d'un patient par une BMR | | 40 | 24 | 16 | 16 |
| | Surveillance A.2 | BMR - A21 | Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux | | | | 10 | |
| | | BMR - A22 | Cette surveillance est faite en réseau | | | | 6 | |
| | | BMR - A23 | Les résultats de la surveillance sont restitués aux secteurs d'activités | 8 | | | | |

Annexe 4

Calendrier de la campagne de recueil 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011

| Dates | Actions |
|--------------------------------|---|
| Février 2012 | Constitution de la base nationale des établissements de santé par l'ATIH et les ARS 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 |
| Avril 2012 | Publication de l'arrêté et de la circulaire relatifs au bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales 2011 (campagne de recueil 2012) |
| 16 avril – 01 juin 2012 | Saisie des données par les établissements de santé sur le site dédié bilan LIN (http://bilanlin.atih.sante.fr) |
| 18, 28 et 30 mai 2012 | Envoi d'un message par l'ATIH aux établissements n'ayant pas rempli leur bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011 |
| 04 juin – 21 septembre 2012 | Validation des bilans d'activités de lutte contre les infections nosocomiales par les ARS et validation par les établissements de santé en cas de modifications des bilans |
| 01-12 octobre 2012 | Calcul des indicateurs du tableau de bord 2011 par l'ATIH |
| 15 octobre 2012 | Envoi d'un message par mail par l'ATIH de la mise à disposition des résultats provisoires aux établissements de santé |
| 15 octobre au 02 novembre 2012 | Validation des résultats provisoires du tableau de bord des IN par les établissements de santé et par les ARS |
| Mi novembre 2012 | Envoi par mail par l'ATIH de la mise à disposition des résultats définitifs du tableau de bord des IN 2011 aux établissements de santé |
| Fin novembre 2012 | Publication des résultats définitifs. |

Annexe 5
Modalités de connexion au « Bilan LIN » de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

I- GESTION DES COMPTES BILANLIN AU NIVEAU REGIONAL

A partir de février 2012, la gestion des comptes EPMSI est réalisée sur la plate-forme de gestion PLAGE. Dorénavant, les comptes EPMSI seront appelés les comptes PLAGE

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** (<http://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 doit attribuer à cette personne le rôle de « **Contrôleur** » ou de « **Lecteur** » dans le domaine « **BILANLIN** »
- 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 le domaine « **BILANLIN** »

Un « **Contrôleur** » pourra valider les données d'un établissement, 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 ».

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

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

- Aller dans le menu [Gestion des utilisateurs > Utilisateurs de votre région]

- Effectuer une recherche par Nom ou par Id. Puis sélectionner l'utilisateur concerné
- Dans la zone Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « 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 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

Pour que cette personne puisse se connecter, un Administrateur dans le domaine Administration doit créer un compte PLAGÉ et attribuer le rôle de « Contrôleur » ou de « Lecteur».

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

- Aller dans le menu [Gestion des Utilisateurs > Utilisateurs de votre région]
- 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 Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « 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 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.

Remarque : La suppression des rôles dans un domaine pour un compte se fait de la même manière en décochant et en enregistrant.

Gestion des utilisateurs
 Utilisateurs de votre région
 Mes paramètres
 Messagerie

Utilisateur

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Organisation

Adresse

Mot de passe

Mot de passe (ressaisir)

Modification du mot de passe

Afficher les informations de l'utilisateur

Créer un nouveau compte :

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

Gestion des utilisateurs
 Utilisateurs de votre région
 Admins principaux des établissements
 Liste des établissements
 Contrôleurs des ES
 Recherche
 Mes paramètres

| Utilisateurs | NOM | IDENTIFIANT | TESTLAND |
|--------------|---------|-------------|----------|
| Dutest | Aireza | 33722 | Testland |
| Martin | Jacques | 1663 | Testland |
| Omed | Admin | 19923 | Testland |

Utilisateur

Identifiant

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Organisation

Adresse

Mot de passe

Mot de passe (ressaisir)

Modification du mot de passe

Afficher les informations de l'utilisateur

Domaine-Statut-Champ

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATHI
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012/H.NUMERIQUE
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- GENPI

Domaine-Rôle

BILANLIN n'a pas de notion de rôle

attribution à l'utilisateur

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-Statut-Champ, sélectionner le Domaine «BILANLIN » et cocher à droite attribution à l'utilisateur

Gestion des utilisateurs
 Utilisateurs de votre région
 Admins principaux des établissements
 Liste des établissements
 Contrôleurs des ES
 Recherche
 Mes paramètres

| Utilisateurs | NOM | IDENTIFIANT | TESTLAND |
|--------------|---------|-------------|----------|
| Dulectorat | David | 35703 | Testland |
| Dutest | Aireza | 33722 | Testland |
| Martin | Jacques | 1663 | Testland |
| Omed | Admin | 19923 | Testland |

Utilisateur

Identifiant

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Organisation

Adresse

Mot de passe

Mot de passe (ressaisir)

Modification du mot de passe

Afficher les informations de l'utilisateur

Domaine-Statut-Champ

Domaine

- Administration
- PMSI
- ATIH
- ENC
- CABESTAN
- CONTROLE
- OMEDIT
- AGORA
- QUALHAS
- SNATHI
- ICARE
- ARBUST
- ANCRE
- H2012/H.NUMERIQUE
- ISATISFACTION
- BILANLIN
- RECOMPOSITION
- GENPI

Domaine-Rôle

Rôle

- Administrateur
- Contrôleur
- Lecteur

Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Contrôleur » ou « Lecteur »
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur

Glossaire

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

BILANLIN : service en ligne de remontée du bilan des infections liées aux soins.

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, ICARE, ANCRE, ISTATISFACTION, BILANLIN, ...) ou bien à des fonctions (Administration, Contrôle...). Il s'agit, donc, de Domaine Applicatifs et Fonctionnels.

Statut : ex-DGF/ex-OQN.

Champ : MCO/SSR/PSY/HAD.

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

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

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

II- GESTION DES COMPTES BILANLIN POUR LES ETABLISSEMENTS

A partir de février 2012, la gestion des comptes EPMSI est réalisée sur la plate-forme de gestion PLAGE. Dorénavant, les comptes EPMSI seront appelés les comptes PLAGE

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** (<http://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 de fichier » ou de « Lecteur » dans le domaine « BILANLIN »
- 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 de fichier » ou de « Lecteur » dans le domaine « BILANLIN »

Un « Gestionnaire de fichier » pourra saisir les données, télécharger les fichiers et transmettre les fichiers. Un « Lecteur » ne pourra que visualiser les données et télécharger les fichiers.

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

3. La personne a déjà un compte PLAGE

Un Administrateur dans le domaine Administration doit attribuer le rôle de « gestionnaire de fichiers » ou de « Lecteur ».

Seul un administrateur dans le domaine Administration peut le faire.

Pour cela l'Administrateur doit se connecter à <http://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 Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « 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 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.

4. La personne n'a pas de compte PLAGÉ

Pour que cette personne puisse se connecter, un Administrateur dans le domaine Administration doit créer un compte PLAGÉ et attribuer le rôle de « gestionnaire de fichiers» ou de « Lecteur».

Pour cela l'Administrateur doit se connecter à <http://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 Domaine-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher attribution à l'utilisateur (cf. copie d'écran en fin de ce document)
- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « 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 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.

Remarque : La suppression des rôles dans un domaine pour un compte se fait de la même manière en décochant et en enregistrant.

Gestion des utilisateurs
Utilisateurs de votre établissement
Mes paramètres
Messagerie

Utilisateur

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Organisation

Adresse

Mot de passe

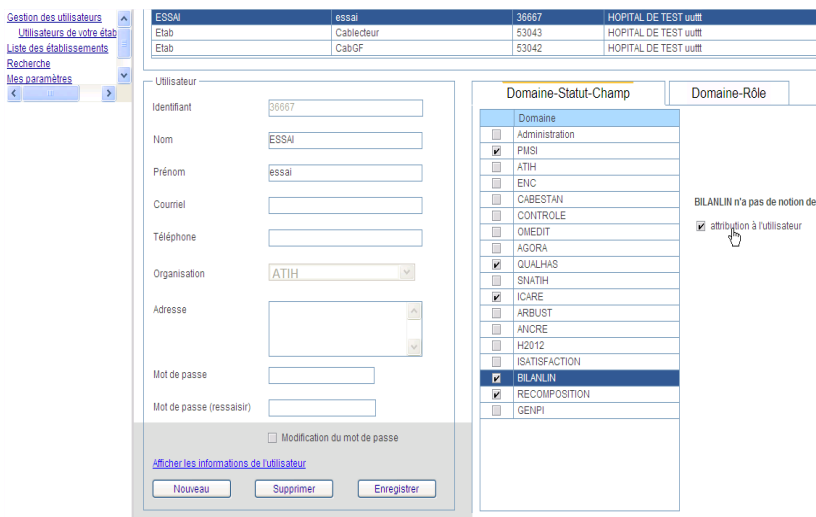
Mot de passe (ressaisir)

Modification du mot de passe

Afficher les informations de l'utilisateur

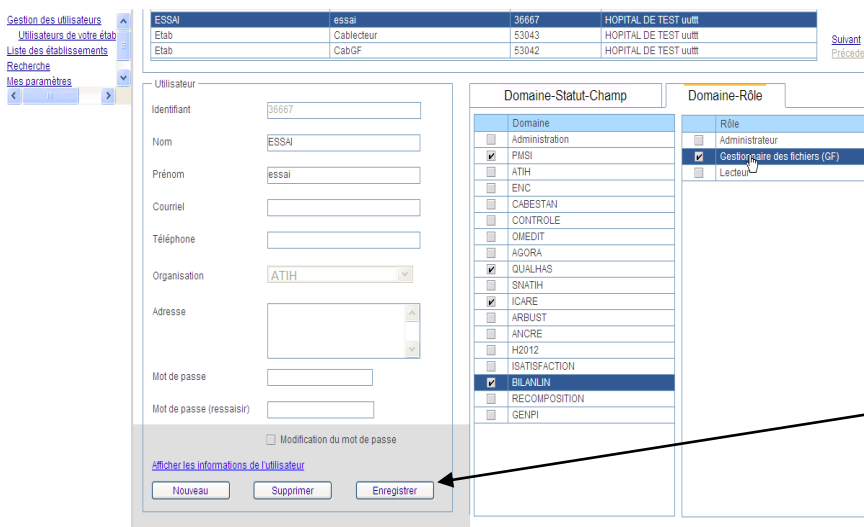
Créer un nouveau compte :

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



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-Statut-Champ, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher à droite attribution à l'utilisateur



Attribuer un rôle à un utilisateur (étape 2)

- Dans l'onglet Domaine-Rôle, sélectionner le Domaine « BILANLIN » et cocher les Rôles « Gestionnaire des fichiers » ou « Lecteur »
- Pour valider ces modifications, l'Administrateur doit impérativement cliquer sur Enregistrer, en bas de la zone Utilisateur

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

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

BILANLIN : service en ligne de remontée du bilan des infections liées aux soins.

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, ICARE, ANCRE, ISTATISFACTION, BILANLIN, ...) ou bien à des fonctions (Administration, Contrôle...). Il s'agit, donc, de Domaine Applicatifs et Fonctionnels.

Statut : ex-DGF/ex-OQN.

Champ : MCO/SSR/PSY/HAD.

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

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

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