



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Document d'accompagnement de la campagne 2016 (données 2015) de l'Open Data

**Thème
Infections Associées aux Soins
(IAS)**

Mai 2017

Sommaire

1. Typologie des établissements	3
2. Fiche descriptive d'ICSHA.2	4
3. Fiche descriptive d'ICATB.2	7
4. Fiche descriptive d'ICA-BMR	9
5. Fiche descriptive de BN-SARM	11
6. Contact et version	14

1. Typologie des établissements

En conformité avec l'arrêté du 20 février 2015 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé les typologies d'établissements de santé sont définies comme suit :

Type Etab	Intitulé de la catégorie d'établissements	Définition selon la nomenclature SAE
01-CHR-CHU	CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux et centres hospitaliers universitaires
02-CH INF 300 LP	CH publics ou ex-PSPH sous DG < à 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux, établissements pluridisciplinaires publics, établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale et hôpitaux militaires de moins de 300 lits et places
02-CH SUP 300 LP	CH publics ou ex-PSPH sous DG ? à 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux, établissements pluridisciplinaires publics, établissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale et hôpitaux militaires de 300 lits et places ou plus
03-ETAB. PSY	CHS - CH psychiatriques	Établissements de psychiatrie n'ayant que de la psychiatrie +/- des soins de suite et de réadaptation (SSR) liés à la psychiatrie
04-HOPITAL LOCAL	CH ex-hôpitaux locaux	Ex-hôpitaux locaux publics
05-CL INF 100 LP	Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN < à 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines et établissements MCO PSPH par concession sous OQN de moins de 100 lits et places.
05-CL SUP 100 LP	Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ? à 100 lits et places	Établissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines et établissements MCO PSPH par concession sous OQN de 100 lits et places ou plus.
08-CLCC-CANCER	CLCC	Établissements classés centres de lutte contre le cancer
09-HAD	HAD	Hospitalisation à domicile : exclusive ou très prédominant (> 80 % de leurs activités en lits et places)
10-HEMODIALYSE	Hémodialyse	Centres de dialyse ou établissement dont l'hémodialyse représente strictement plus de 80 % du nombre de lits et places, y compris centres d'auto-dialyse exclusif (100 % de l'activité)
11-MECSS-POUP.	MECSS	Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)
13-SSR	SSR	Établissements de soins de suite et de réadaptation
14-SLD	SLD	Établissements de soins de longue durée

Attention : Les Hôpitaux Militaires (Hôpitaux d'Instruction des Armées, Institution Nationale des Invalides) sont classés dans les catégories « 02-CH INF 300 LP » ou « 02-CH SUP 300 LP » en fonction de leur nombre de lits et places.

2. Fiche descriptive d'ICSHA.2

	Fiche descriptive de l'indicateur ICSHA2				
Définition	L'indicateur ICSHA.2 présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à E) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence).				
Justification	La consommation de produits hydro-alcooliques reflète l'appropriation de la technique de désinfection des mains par un produit hydro-alcoolique qui remplace le lavage des mains à l'eau et au savon. L'utilisation large des PHA, technique à la fois rapide et efficace, améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales et celles associées aux bactéries multi-résistantes. L'objectif personnalisé est défini en fonction du type d'activité de l'établissement de santé et du nombre de frictions recommandées pour chacune de ces activités par jour et par patient. Le nombre de friction a augmenté de façon progressive sur 4 ans pour certaines activités puis est resté stable.				
Diffusion publique	L'indicateur ICSHA2, indicateur de deuxième génération a été diffusé publiquement pour la première fois en 2011. Son recueil est annuel.				
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateur de moyens • Ajustement sur les types 				
Résultat : score chiffré	L'ICSHA.2, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. Ce rapport en pourcentage est transformé en note sur 100 pour harmoniser l'affichage avec les autres indicateurs tous exprimés en note sur 100.				
Critères d'inclusion	Tous les établissements de santé à l'exception de ceux identifiés dans les critères d'exclusion				
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée (MECSS) • Etablissement de post-cure alcoolique exclusive • Centres d'autodialyse exclusifs 				
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé et diffusé par voie réglementaire. Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.</p> <p>Calcul de l'indicateur</p> <hr/> <p>Numérateur = Volume en litres de PHA commandé pour l'année. Dénominateur = Objectif personnalisé de volume de PHA à consommer pour l'année correspondant à la somme des objectifs personnalisés de chaque spécialité (voir tableau n°2). Calcul du dénominateur : Un nombre minimal de frictions par jour et par patient est fixé pour chaque spécialité (tableau n°1).</p> <p>Tableau n°1 : Nombre minimal de frictions par jour et par patient pour chaque spécialité</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Spécialités</th> <th>Nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Spécialités	Nb		
Spécialités	Nb				

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

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

CALCUL DE L'OBJECTIF PERSONNALISE DE CONSOMMATION		
VARIABLES	RESULTATS PAR SPECIALITE	
Nombre de journées d'hospitalisation (ou séances ou passages) par an dans les services de la spécialité (SAE 2013)	Nombre minimal annuel de frictions pour la spécialité	Objectif personnalisé de Volume de PHA à consommer dans la spécialité pour l'année
x Nombre minimal de frictions par jour (tableau n°1)		
x 0,003 litres de PHA (correspondant à 1 friction)		

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

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

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

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

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

- Hospitalisation complète et de semaine : les journées réalisées en médecine, en chirurgie, en gynécologie-obstétrique, en soins de suite (SS), en réadaptation

(SR), en soins de longue durée (SLD), en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;

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

AIDE AU REMPLISSAGE SAE 2015		
Définition	Bordereaux sae 2015	references SAE 2015
Medecine HC	MCO	(A5+A4) - ((REA: A6+B6)+(PERINAT:D5)+(REA:D13+A17+B17)+(PERINAT:C5))
Chirurgie HC	MCO	B5+B4
Réanimation	REA	A6+B6
	PERINAT	D5
USI-USC	REA	D13+A17+B17
	PERINAT	C5
Obstétrique HC	MCO	C5+C4
SSR HC	SSR	F22
SLD HC	USLD	A2
Psychiatrie HC	PSY	B13+E13
Psychiatrie HDJ	PSY	I13+J13
Hémodialyse (séances)	DIALYSE	C4+C5+C6+C19+C20
HAD (journées)	HAD	A12
Urgences (passages)	URGENCES	A18+A28
Médecine HJ	MCO	A7
Chirurgie HJ	MCO	B7
Obstétrique HJ	MCO	C7
SSR HJ	SSR	I22
bloc chirurgical	MCO	B3+B7
Accouchement sans césarienne	PERINAT	A6-A8
Accouchement avec césarienne	PERINAT	A8
Séance de chimiothérapie	CANCERO	A10+B10
personnels médecins +pharmaciens	Q20	S1+U1
personnelssage-femmes	Q23	G21
personnels infirmiers	Q23	G7+G9+G10+G11+G12+G13

Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale Inspection-Contrôle avec validation des éléments de preuve.

Classe de performance et tendance évolutive

Des classes de performance sont définies de A à E.
Lorsque l'ICSHA.2 est supérieur à 80% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à A. Entre 60% et 80%, la classe est égale à B, entre 40 % et 60%, la classe est égale à C, entre 20% et 40%, la classe est égale à D. Lorsque l'ICSHA 2 est inférieur à 20% de l'objectif personnalisé, la classe de performance est égale à E.
Le nombre de frictions a augmenté de façon progressive sur 4 ans pour certaines activités puis est resté stable.

Les établissements pour lesquels les données – volume consommé ou nombre de journées d'hospitalisation par discipline ne sont pas disponibles, sont identifiés « DI » (données insuffisantes).
Les établissements classés en A sont les établissements les plus en avance dans l'utilisation des produits hydro-alcooliques.

Les établissements de santé notés « NC » sont les établissements non concernés pour cet indicateur

3. Fiche descriptive d'ICATB.2

	Fiche descriptive de l'indicateur ICATB 2
Définition	Cet indicateur est calculé sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E). Il vise à améliorer la prise en charge des patients et à prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques et a été développé en lien avec les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 Les items de cet indicateur ont été présentés aux établissements dès juillet 2012 afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs précités. Il correspond à une évolution d'ICATB version 1. Les résultats d'ICATB, 1ère génération, ne peuvent pas être comparés à ceux d'ICATB.2. Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques.
Justification	La juste prescription est un pan majeur de la lutte contre l'antibiorésistance qui est un axe prioritaire du nouveau programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS, 2015) et du plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Les recommandations issues du rapport « Tous ensemble, sauvons les antibiotiques » ¹ paru en juin 2015 font de la lutte contre l'antibiorésistance une priorité nationale. Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et de bénéfice collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes, maîtrise des coûts).
Diffusion publique	Cet indicateur est diffusé publiquement, Il a été diffusé publiquement pour la première fois, dans sa version 2 en novembre 2014. Son recueil est biennal.
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite Ajustement sur le type d'activité
Résultat : score chiffré	ICATB.2 est composé de trois chapitres Organisation (O : 16 points), moyens (M : 38 points) actions (A : 46 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 27 items relatifs : 1. à l'Organisation : - politique et programme d'actions sur les antibiotiques - accès à un conseil en antibiothérapie - collaboration entre le référent antibiotique et les autres acteurs 2. aux Moyens : - informatiques (connexion des différents secteurs d'activité, prescription informatisée) - humains (réfèrent antibiotique) - de formation des nouveaux prescripteurs 3. aux Actions : - de prévention (liste d'antibiotiques ciblés, protocoles antibiothérapie...) - de surveillance de la consommation d'antibiotiques - d'évaluation de la prescription des antibiotiques
Critères d'inclusion	Etablissement ayant des prescriptions à usage interne et dont la prescription d'antibiotiques est fréquente.

¹ Rapport « Tous ensemble, sauvons les antibiotiques », Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques. Rapporteurs Jean CARLET et Pierre Le COZ, Juin, 2015

Critères d'exclusion	<p>Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) ; Les établissements de psychiatrie Les centres de post cure psychiatrique (CPP) Les centres de post cure alcoolique (CPA) Les établissements d'hémodialyse et centres d'auto dialyse exclusifs ; Les établissements ambulatoires ; Les maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS) ; Les centres de basse vision (CBV).</p>			
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.</p> <p>Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité des indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale Inspection-Contrôle avec validation des éléments de preuve.</p>			
Classe de performance et tendance évolutive	<p>Les résultats sont rendus par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer, ...) sous forme de classe de performance de A à E.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques ; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2012 (réalisés sur 2456 établissements).</p> <table border="1" data-bbox="464 1413 1485 1491"> <tr> <td data-bbox="464 1413 802 1491"> Définition des classes </td> <td data-bbox="802 1413 1485 1491"> E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A </td> </tr> </table> <p>Ces bornes de classes n'ont pas changé au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.</p> <p>Les tableaux ci-après présentent les limites des classes pour l'indicateur ICATB.2 (indicateur de bon usage des antibiotiques) en fonction des catégories d'établissements.</p>		Définition des classes	E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A
Définition des classes	E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A			

4. Fiche descriptive d'ICA-BMR

	Fiche descriptive de l'indicateur ICA-BMR
Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) objective l'organisation pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement.
Justification	Cet indicateur reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.
Diffusion publique	Cet indicateur a été diffusé publiquement pour la première fois en 2012. Son recueil est biennal depuis 2014.
Type d'indicateur	Indicateur de processus Indicateur composite Ajustement sur le type d'activité
Résultat : score chiffré	ICA-BMR est composé de trois sous chapitres Organisation (32 points) ; Moyens (28 points) et Actions (40 points) pondérés pour un total de 100 points à partir de 11 critères relatifs : <ol style="list-style-type: none"> 1. à l'Organisation avec la définition d'une politique de maîtrise des BMR qui définit la liste des BMR prioritaires, d'une politique de dépistage des BMR en fonction de l'activité et enfin d'un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux. 2. aux Moyens d'information : <ul style="list-style-type: none"> • entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités et l'EOH ; • du patient • lors d'un transfert inter, intra établissement et en cas de réadmission 3. aux Actions en termes de : <ul style="list-style-type: none"> • prévention fondée sur des protocoles relatifs aux précautions recommandées lors d'une colonisation ou infection d'un patient par une BMR • la surveillance des taux
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Centres hospitaliers universitaires, - Centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, - SSR-SLD - Centres de lutte contre le cancer, - Etablissements d'hospitalisation à domicile (HAD) ; - Etablissements d'hémodialyse et centres d'auto dialyse exclusifs
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social (MECSS); - Etablissements exclusivement ambulatoires ; - Etablissements de psychiatrie. - Centres de postcure psychiatrique (CPP) - Centres de postcure alcoolique (CPA) - Centres de Basse Vision (CBV)

<p>Mode d'évaluation de l'indicateur</p>	<p>Cet indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé diffusé par voie réglementaire.</p> <p>Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.</p> <p>Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale Inspection-Contrôle avec validation des éléments de preuve.</p>	
<p>Classe de performance et tendance évolutive</p>	<p>Les résultats sont rendus par catégories d'établissement de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer,) sous forme de classe de performance de A à E.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant le niveau d'engagement le plus élevé pour optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques ; - la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de l'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques ; - les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non répondant <p>Les bornes des classes A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2010 (réalisé sur 2809 établissements).</p>	
	<p>Définition des classes</p>	<p>E < P20 ≤ D < P40 ≤ C < P60 ≤ B < P80 ≤ A</p>
	<p>Ces bornes de classes ne changent pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression d'une régression.</p> <p>Les tableaux ci-après présentent les limites des classes pour l'indicateur ICA-BMR (indicateur composite de maîtrise des bactéries multi-résistantes) en fonction des catégories d'établissements</p>	

5. Fiche descriptive de BN-SARM

	Fiche descriptive de l'indicateur BN-SARM
Définition	<p>L'indicateur principal « bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM) est un indicateur de moyens. Il présente la proportion d'épisodes² de bactériémies nosocomiales (acquises dans l'établissement au cours du séjour du patient), considérés comme potentiellement évitables, ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes.</p> <p>L'exposition au risque de SARM variant en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements de santé, l'indicateur principal est assorti d'un indicateur complémentaire : le taux d'épisodes nosocomiaux parmi l'ensemble des bactériémies à SARM, indicateur de résultat qui reflète le recrutement et les activités de l'ES, et aide à l'interprétation de l'indicateur principal.</p>
Justification	<p><u>Objectif de l'indicateur</u> : inciter à la réalisation d'analyses des causes de toute bactériémie nosocomiale à SARM conduisant l'établissement à s'améliorer pour tendre vers un nombre de bactériémies nosocomiales évitables à SARM nul.</p> <p>Cet indicateur permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes (BMR), et de gestion du risque associé à ces bactéries. Il incite également à une coopération entre les structures de soins. Tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. En particulier, il est recommandé aux structures d'HAD de réaliser l'analyse des cas de bactériémies à SARM survenant au cours du séjour et de se rapprocher, chaque fois que possible, des établissements d'amont pour réaliser l'analyse des causes en cas de survenue d'un évènement dont l'origine n'apparaît pas clairement.</p> <p>L'analyse des cas difficiles pourra être regroupée en s'appuyant sur l'expertise des structures régionales (CClin-Arlin).</p>
Diffusion publique	<p>Suite aux 2 années de simulation, l'indicateur « BN-SARM » (indicateur principal et complémentaire) est désormais un indicateur dont le recueil des données permettant son calcul est obligatoire et diffusé publiquement.</p>
Type d'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> • un indicateur de moyens (indicateur principal) • un indicateur de résultat (indicateur complémentaire)
Résultat : score chiffré	<p>Chaque épisode de bactériémie nosocomiale à SARM doit faire l'objet d'une analyse préliminaire par l'EOH en lien avec le clinicien afin d'identifier les épisodes « potentiellement évitables ». Ces derniers devront faire l'objet d'une analyse systématique/approfondie des causes par une méthode appropriée (RMM, REX,...). Un patient n'est pris en compte qu'une seule fois (élimination des « doublons »); en cas de survenue de plusieurs épisodes chez un même patient dans l'année, un seul d'entre eux est analysé.</p> <p>L'indicateur principal est exprimé par le nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquises dans l'établissement au cours du séjour du patient), relevé à partir des données du laboratoire de microbiologie et identifiés potentiellement évitables par l'EOH, ET qui ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes, rapporté au nombre total d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM identifiés comme potentiellement évitables.</p>

² Un épisode de bactériémie nosocomiale à SARM est défini par la survenue d'une ou plusieurs hémocultures positives à SARM chez le même patient, survenant (c'est-à-dire prélevée) plus de 48 heures après son admission dans l'établissement.

	<p style="text-align: center;">Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM identifiés potentiellement évitables ayant fait l'objet d'une <u>analyse des causes</u> (4)</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Nombre total d'épisodes de bactériémies <u>nosocomiales à SARM</u> potentiellement évitables relevé dans l'année (3)</p> <p>L'indicateur complémentaire du taux d'épisodes de BN à SARM permet d'aider les établissements à interpréter le résultat de l'indicateur principal.</p> <p style="text-align: center;">Nombre d'épisodes de <u>bactériémie nosocomiale</u> à SARM (2)</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Nombre <u>total d'épisodes de bactériémies à SARM</u> relevé dans l'année (1)</p>
Critères d'inclusion	Les établissements concernés par le recueil des données permettant le calcul de l'indicateur sont ceux qui n'appartiennent pas aux catégories citées dans les critères d'exclusion.
Critères d'exclusion	<p>Les catégories suivantes ne sont pas concernées par le recueil des données permettant le calcul de cet indicateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS) ; - l'ambulatoire exclusif ; - la psychiatrie, - les centres de post cure alcoolique exclusifs, - les centres de post cure psychiatrique. - les soins de longue durée (SLD) - Les centres d'autodialyse exclusifs et les secteurs de « dialyse réservée aux vacanciers » - Les centres de basse vision
Mode d'évaluation de l'indicateur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'épisodes de bactériémies à SARM identifiés dans l'année (étape 1) : _ _ 2. Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquis dans l'établissement) au cours de l'année (étape 2) : _ _ 3. Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquis dans l'établissement) identifiés potentiellement évitables au cours de l'année (étape 3) _ _ 4. Nombre d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (acquis dans l'établissement) identifiés potentiellement évitables et ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes au cours de l'année (étape 4) : _ _ <p>Ce nouvel indicateur est calculé à partir du bilan standardisé annuel de prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé (art. R. 6111-8 du CSP).</p> <p>Une grille de recueil et des consignes de remplissage sont mises à disposition des établissements de santé sur le site de la HAS, permettant ainsi de réduire les hétérogénéités d'interprétation entre les établissements de santé.</p> <p>Annuellement, 10% des établissements de santé au niveau national font l'objet d'un contrôle qualité de leurs indicateurs issus du bilan standardisé de la prévention des infections nosocomiales par les ARS dans le cadre de l'Orientation Nationale Inspection-Contrôle avec validation des éléments de preuve.</p>

Classe de performance et tendance évolutive	Indicateur principal	
	Indicateur principal : proportion d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) identifiés potentiellement évitables ayant fait l'objet d'une analyse des causes, parmi l'ensemble des BN-SARM potentiellement évitables recensés dans l'année.	N% (n=x/y)
	<p>Pour les établissements ayant un nombre de bactériémies à SARM nosocomiales identifiées potentiellement évitables égal à 0 (et a fortiori un nombre de bactériémies nosocomiales à SARM ou de bactériémies à SARM égal à 0), cet indicateur est restitué « non applicable (NA) ».</p> <p>Le résultat de l'indicateur principal est exprimé sous forme du degré d'atteinte de l'objectif de gestion du risque SARM, par un code couleur vert, jaune ou orange si respectivement 75-100%, 50-75%, ou <50% des épisodes identifiés potentiellement évitables ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes.</p>	
	Indicateur principal : Trois couleurs de classe indépendantes de la catégorie d'établissement	
	Vert ≥ 75 % à 100%	Jaune compris entre ≥ 50% et < 75 %
Indicateur complémentaire		
<p>Le risque de survenue d'infection invasive (bactériémies) à SARM au cours d'un séjour hospitalier dépend du type de patients pris en charge (notamment de patients arrivants déjà porteurs de SARM), du type d'activités réalisées et de l'efficacité des mesures de prévention prises chez les porteurs de SARM. L'indicateur complémentaire reflète ainsi le recrutement de l'établissement et le risque nosocomial d'infection à SARM à partir du nombre total annuel d'épisodes de bactériémies à SARM recensés dans l'établissement.</p> <p>Pour les établissements ayant un nombre de bactériémies à SARM égal à 0, cet indicateur est restitué « non applicable » (NA).</p>		
Indicateur complémentaire : Taux d'épisodes de bactériémies nosocomiales à SARM parmi l'ensemble des bactériémies à SARM relevées dans l'année	N% (n=x/y)	
L'impact de la diffusion publique de ces deux indicateurs sera évalué suite à la première campagne de recueil.		

6. Contact et version

Contact	<p>Ce document a été mis à jour par Sébastien BINE et Axel RENOUX, chefs de projet, sous la coordination de Rose DERENNE, adjointe, et sous la responsabilité de Laetitia MAY-MICHELANGELI, cheffe du Service Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins (SIPAQSS).</p> <p>L'ensemble des documents se rapportant au thème IAS sont téléchargeables sur le site www.has-sante.fr.</p> <p>Pour toutes questions relatives à l'<i>open data</i> des indicateurs du thème Infections Associées aux Soins vous pouvez contacter le SIPAQSS à l'adresse électronique :</p> <p>ipaqss@has-sante.fr</p> <p>Les questions techniques spécifiques au Bilan LIN sont à adresser à l'adresse électronique bilanlin@atih.sante.fr.</p>
Version	v20170502-1 mise à jour du 2 mai 2017



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr