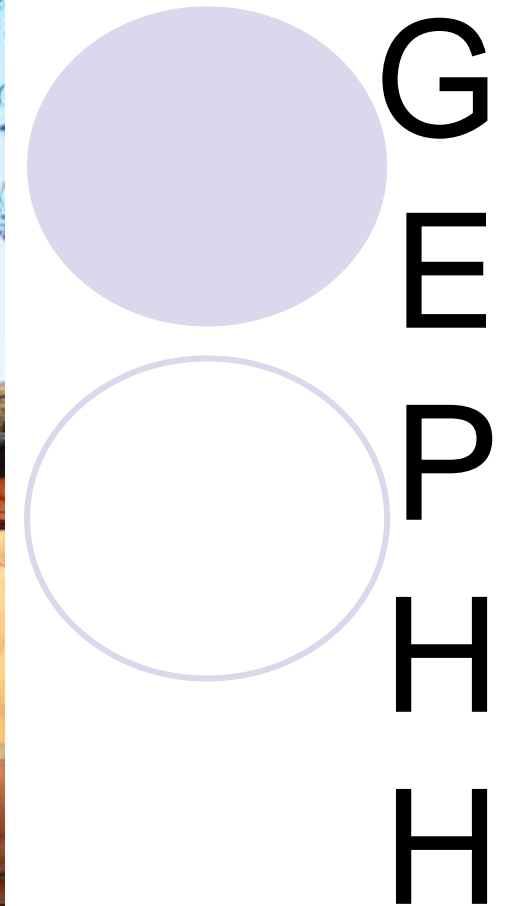


**Groupe Evaluation des Pratiques en  
Hygiène Hospitalière**

**Point au 16 octobre**

**Réunion réseau Midi Pyrénées 16 novembre**

# Groupe Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière



Réseau ide hygiéniste Midi-Pyrénées : 16 mars 2006



## Naissance : septembre 2005

- Afin de promouvoir l'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière au niveau national, les 5 CCLIN ont décidé de mettre en commun des moyens et des compétences. Cette volonté de travailler ensemble au plan national est concrétisée par la mise en place dès le 9-12-2005 du « **Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière** »
- En janvier 2006, le groupe de pilotage du programme de la lutte contre les infections nosocomiales, arrêté du 14 12 2005, a **encouragé le GREPHH dans sa démarche** et a **validé les thématiques retenus** 27/06/06.
- **Membres GREPHH** : **CCLIN SE** A. Vincent et S. Arsac, **CCLIN E** H. Tronel et I Raclot, **CCLIN SO** C. Dumartin et D. Zaro-Goni, **CCLIN O** B. Lejeune et Marie Alix Ertzscheid **CCLIN PN** D. Verjat-Trannoy et D. Landriu, **Cellule Ministère** : V. Drouvot, **HAS** : JM Chabot.
- **Animation** du groupe : P. Astagneau et D. Zaro-Goni.



# Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales de l'Est Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardennes, Franche-Comté, Lorraine

dernière mise à jour le 1er juin 2007

Protocoles : AES 2007, BMR 2007, ISO 2007, REA HATSEIN 2007

-> Menu "Surveillances"

- Présentation
- Réglementation
- Recommandations
- Surveillances
- Enquêtes/Audits
- Signalement
- Avis/Alertes
- Actualités
- Formations
- Tableau de bord
- Liens
- Accueil

**Rubrique enquetes/audits**

ENP 2006  
Résultats préliminaires  
[Accès direct](#)



**Rubrique Avis/Alertes**

Infections à  
*Clostridium difficile* 027  
[Accès direct](#)

Entérocoques résistants  
à la vancomycine  
[Accès direct](#)

Recueil du bilan standardisé 2006 des activités de lutte contre les infections nosocomiales : menu "Tableau de bord" -> Bilan des CLIN

CCLIN Est  
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy  
Hôpitaux de Brabois  
Rue du Morvan 54511 VANDOEUVRE les NANCY CEDEX  
Tél : 03 83 15 34 73 - Fax : 03 83 15 39 73 - Courriel : cclin.est@chu-nancy.fr

Site optimisé pour internet explorer 5.5 - écran 800\*600



- Accueil
- Cadre légal
- L'équipe CCLIN
- Activités
- Recommandations
- Groupes de travail
- Formation
- Agenda
- Signalement et alertes**
- Surveillance
- Prévalence 2006**
- Enquêtes - Audits
- Communication
- CCLIN-Info
- Rubriques thématiques
- Bons liens
- Régions
- Emploi
- Contacts
- Bilan des CLIN et tableau de bord LIN
- Recherche
- Diaporamas

## BIENVENUE SUR LE SITE DU CCLIN SUD OUEST



### DES INFECTIONS LIEES AUX SOINS - 27 SEPTE

**GREPIH**  
Groupe d'évaluation des pratiques  
en hygiène hospitalière

  
S'inscrire à la liste  
de diffusion

© Copyright CCLIN Sud Ouest  
Conception, hébergement [Macorbur](#) - [LM&A](#)





## Objectifs du GREPHH : du clé en mains

- **Élaborer des méthodologies** d'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'hygiène hospitalière et plus spécifiquement des méthodes d'audit clinique **Attention du standardisé et du validé !**
- Mettre à disposition et diffuser ces **méthodologies standardisées** sur supports adaptés auprès des établissements. Ceci dans le but que les ÉOHH puissent les utiliser et à la vue des résultats obtenus de manière automatisée, ces équipes établissent des plans d'**amélioration** de ces pratiques.

**Décembre 2005 : deux thèmes sont retenus**



## Préparation cutanée de l'opéré (audit national 2007)

- Évaluer la qualité de préparation des patients, évaluer **les étapes et pratiques de préparation cutanée** pour tout acte chirurgical et de radiologie interventionnelle dans les établissements de santé
- Mesurer **l'écart avec les recommandations** de la conférence de consensus **SFHH** et définir des thèmes ou axes d'**amélioration** pour lesquels des actions pourront être menées

**Circulaire et dossier en ligne depuis avril 2006**



## Cinq critères retenus

- Informer le patient (Réglementaire)
- Pratiquer au moins une douche préopératoire avec une solution moussante antiseptique ( A1)
- Privilégier la non dépilation (B1) si les conditions locales le justifient : privilégier la tonte ou la dépilation chimique
- Pratiquer une détersion à l'aide d'une solution moussante antiseptique suivie d'une désinfection large du site opératoire (A1) privilégier un antiseptique alcoolique (B3)
- Traçabilité des actes

**Audit en cours** (fin 2007) env. + de 500 établissements  
taux de participation = 53%



# Audit 2007

## La préparation cutanée de l'opéré

### Présentation de l'étude

# Audit 2007

## La préparation cutanée de l'opéré

# Formation des auditeurs

**Groupe « POP »** : Marie-Alix ERTZSCHEID, Michèle AGGOUNE, Dr. Claude BERNET, Anne BETTINGER, Dr. France BORGEY, Marie-Claire CARPENTIER, Elisabeth GALY, Dr. Christophe GAUTIER, Dr. Zohar KADI, Pr. Benoist LEJEUNE, Chantal MOURENS, Isabelle RACLOT, Pascal THIBON

## Audit 2007

# La préparation cutanée de l'opéré

## Mode d'emploi du module de saisie et d'analyse

# Saisie des données : Patients



## Audit "Préparation cutanée de l'opéré"

Protocole 2007

### Menu principal

Suivre les liens (texte souligné en bleu) ou cliquer sur les onglets en bas de page

1/ [Saisie de la fiche ETABLISSEMENT](#)

2/ [Saisie de la fiche SERVICE](#)

3/ [Saisie des fiches PATIENTS](#)

4/ [Edition du RAPPORT](#)

5/ [Edition des GRAPHIQUES](#)

6/ [Edition du POSTER](#)

Documents :

[Codage des interventions](#)

[Avertissement](#)

[Envoi des données au CCLIN](#)

Etablissement :

code : 1234

Nom : CH Test POP

Service : Urologie A

La fiche Etablissement est complète : **Oui**

La fiche Service est complète : **Oui**

Nombre de fiches Patients saisies : **aucune**

Cliquer sur le lien  
hypertexte ou sur  
l'onglet  
« Patients »

Version 1.0 - février 2007

Tous droits réservés

# Saisie des données : Patients

1 Numéro de fiche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2 Code de l'établissement																				
3 Code du service																				
<b>Données générales</b>																				
4 Mode d'hospitalisation																				
5 Mode de chirurgie																				
6 Spécialité																				
<b>Hygiène corporelle</b>																				
7 Toilette préop : information du patient																				
8 Douche ou toilette préopératoire																				
9 Si oui, produit																				
<b>Site opératoire et pilosité</b>																				
10 Dépilation dans le service de soins																				
11 Si oui elle est réalisée par :																				
12 Dépilation au bloc opératoire ou en radio																				
13 Si oui elle est réalisée par :																				
<b>Désinfection du site opératoire</b>																				
14 Une déterision est réalisée																				
15 Si oui : lieu																				
16 produit																				
17 rinçage eau stérile																				
18 séchage avec compr. stériles																				
19 Une désinfection est réalisée																				
20 Si oui : produit																				
21 Le séchage spontané est respecté																				
<b>Traçabilité dans le dossier patient</b>																				
22 traçabilité pour l'information																				
23 traçabilité pour l'hygiène préop.																				
24 traçabilité pour la désinfection du site																				
<b>Numéro de fiche :</b> 1 2 3																				
Fiche complète ? -> Non Non Non N																				
Nombre de fiches saisies : 0																				
Rappel : pour qu'une fiche soit complète, toutes les cases doivent être saisies																				

Une fiche d'audit pour un patient correspond à une colonne

Le passage de la souris dans le petit triangle rouge rappelle la liste des valeurs permises dans chaque case

Saisissez toutes les cases d'une colonne, à chaque fois en tapant sur la touche Entrée

En cas d'erreur lors de la saisie (vous avez tapé 1 alors que la réponse était 2), vous pouvez rectifier en retapant 2 sur la case puis en faisant Entrée



# Établissement

*GREPHH du 16 octobre confirme*

- Le calendrier initial qui prévoit :
  - Fin de l'audit dans les établissements 31 12
  - Envoi des données vers les 5 CCLIN dans la « foulée »
  - Exploitation régionale et ou inter régionale selon CCLIN

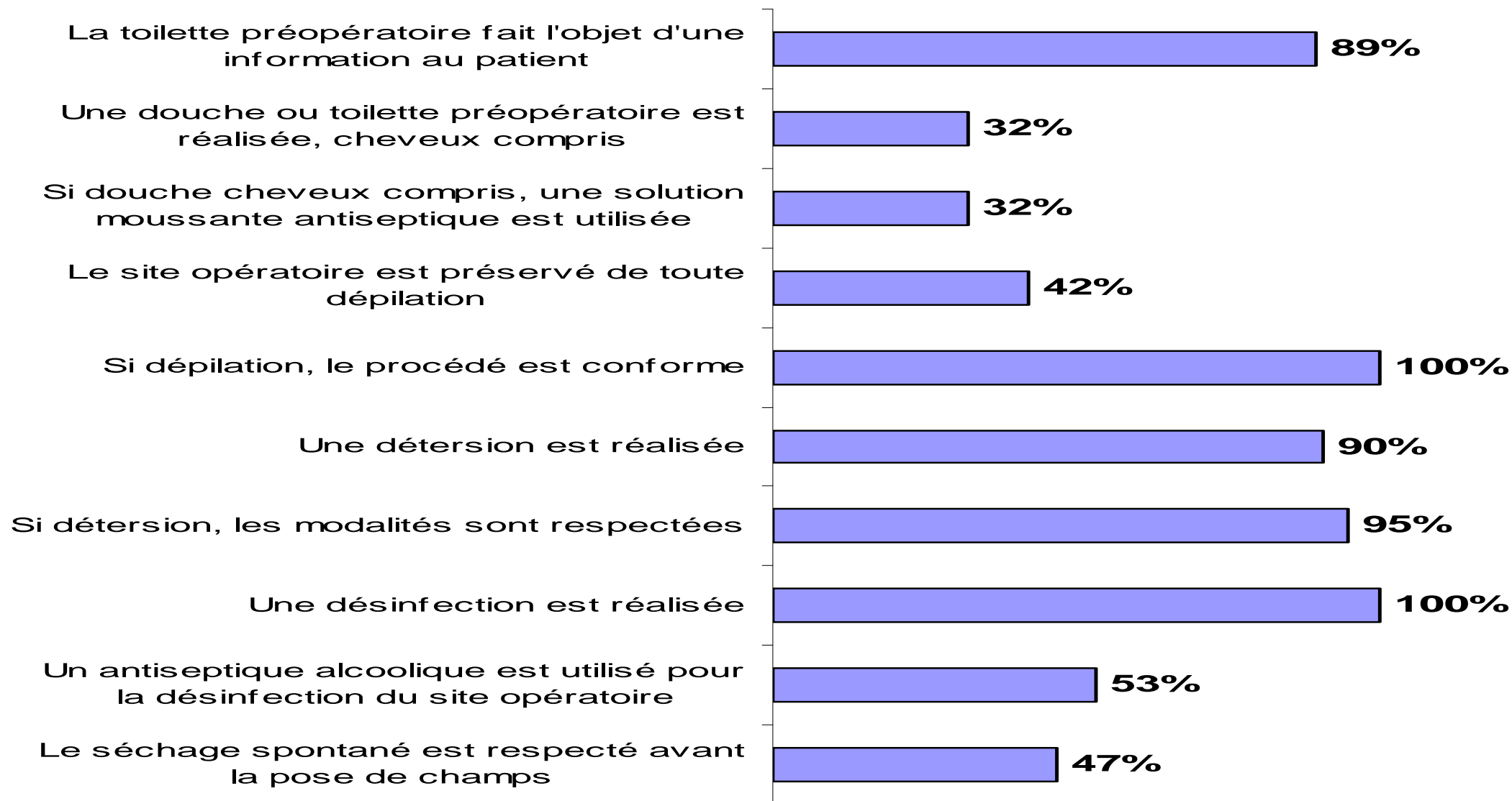
*GREPHH du 16 octobre insiste sur :*

- La production d'un rapport automatisé / établissement
  - Un rapport écrit
  - Le graphique des résultats
  - Le poster résultats de l'évaluation menée dans l'établissement
  - La partie « axes d'amélioration »

*GREPHH du 16 demande aux CCLIN d'être les relais pour diffuser ces informations*

# Edition de graphiques (simulation)

## Pourcentage de conformité des grandes étapes de la préparation cutanée



# Edition d'un poster (simulation)

## "Préparation Cutanée de l'Opéré"

## Chirurgie générale

Période d'audit : du 10/4/2007 au 30/4/2007

### L'Etablissement :

Nombre de services : **6**

Nombre annuel d'interventions : **5000**

Nombre d'actes de radiologie interventionnelle : **1000**

### Organisation du service :

Le service dispose d'un protocole de préparation de l'opéré : **Oui**

Si oui, le protocole est :  
 - daté et validé par le CLIN : **Oui**  
 - conforme à la conférence de consensus : **Oui**

### Résultat des observations :

Nombre de patients audités : **30**

Mode d'hospitalisation :	N	%
Classique	30	100%
Ambulatoire	0	0%
Inconnu	0	0%

Mode de chirurgie :	N	%
Programmée	24	80%
Urgence	6	20%
Inconnu	0	0%

### Résultats par critère : grandes étapes de la préparation cutanée de l'opéré

La toilette préopératoire fait l'objet d'une information au patient	89%
Une douche ou toilette préopératoire est réalisée (cheveux compris)	32%
Si douche (cheveux compris), une solution moussante antisept. est utilisée	32%
Le site opératoire est préservé de toute dépilation	42%
Si dépilation, le procédé est conforme	100%
Une détersion est réalisée	90%
Si détersion, les modalités sont respectées	95%
Une désinfection est réalisée	100%
Un antiseptique alcoolique est utilisé pour la désinfection du site opératoire	53%
Le séchage spontané est respecté avant la pose de champs	47%

### Pourcentages de conformité par rapport à la conférence de consensus :

La toilette préopératoire fait l'objet d'une information au patient (A Regl)	89%
Si douche (cheveux compris), une sol. moussante antisept. est utilisée (A1)	32%
Pas de dépilation ou dépilation avec procédé conforme (B1)	100%
Détersion avec sol. moussante antisept. puis désinfection large du site (A1)	93%
Traçabilité pour : information, hygiène préop. et désinfection du site (A Regl)	83%

### Pourcentages de conformité globale :

→ Conformité globale des ACTES (douche, dépilation, désinfection)	20%
→ Conformité globale de l'INFORMATION et de la TRACABILITE	80%

### Axes d'amélioration :

Taper les axes d'amélioration ou commentaires dans cet encadré



## Groupilin du 10 octobre : exploitation nationale de cet audit avec production d'un rapport national

Décision du GREPHH du 16 octobre

- Mise en place d'un nouveau calendrier :
  - Fin de l'audit dans les établissements 31 12
  - Envoi des données CCLIN vers CCLIN Ouest Janvier 08
  - Lancer une exploitation des données compilées Janvier 08 CCLIN Ouest
  - Mettre en place un groupe en charge de définir l'analyse et le rapport
    - Chaque CCLIN nome un expert (épidémiologiste, statisticien ...) pour enrichir le groupe POP de ces compétences
    - Objectif : présenter un premier travail pour validation lors de la réunion plénière du GREPHH Mars 08
- Objectif :
  - mettre en ligne le rapport sur site Grephh
  - sortir un rapport national avant l'été, suivi d'une publication



# Hygiène des mains

- dossier traité en deux parties
  - Pour faciliter le travail du groupe
  - Pour faciliter la conduite de l'évaluation dans l'établissement de santé
  - Pour une meilleure lisibilité
- Alléger le travail sur la construction de l'outil informatique
- Rendre des résultats ciblés



## Hygiène des mains en établissement de santé

### 1. évaluation de l'observance / pertinence \*

- mesurer le respect de l'indication de l'HM : **observance**
- mesurer l'adéquation entre l'acte et le type d'HM effectué : **pertinence**
- à partir d'une liste de **7 actes** définis par le groupe
- par observation directe des pratiques

### 2. -A- évaluation de la procédure au cours des soins \*\*

- lors d'un lavage (simple / hygiénique)
- lors de la friction

### -B- procédure lors de la préparation avant chirurgie

- lavage chirurgical
- désinfection par friction

**\*Dossier n° 1 sera en ligne fin 2007**

**\*\*Dossier n° 2 sera en ligne avril 2008**



**Groupilin du 10 juillet : valide le projet d'une journée nationale sur l'hygiène des mains.  
Le 10 octobre valide un audit national**

Décision du GREP HH du 16 octobre

- Proposition d'un calendrier :
  - Donner l'information d'un audit national dans les établissements sur l'hygiène de la main
  - Méthodologie GREP HH
  - Période mai et juin 2007
  - Permettre aux établissements de disposer de leurs résultats pour la journée nationale
  - Les établissements seront invités à communiquer sur ces résultats sous forme de poster et sur ICSHA (?)
  - La question de la réalisation d'un rapport national avec publication n'a pas été abordée



## Avenir et Projets 2008 : CVP

**coordonnateur** : D Verjat-Trannoy –CCLIN Paris-Nord– 01 40 46 42 09

**objectifs** : évaluer

1. le respect des bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité
2. la traçabilité lors de la pose et l'entretien des cathéters veineux périphériques

**référentiels** : Recommandations SFHH / HAS de novembre 2005 –  
Critères de qualité SFHH / HAS d'avril 2007

**type d'audit** : observation des pratiques et vérification de  
documents *à établir*

**fiches de recueil de données** : *à établir*

**outil informatique** : Excel ou Epi info

## Constitution du groupe thématique de travail KTV Animation : D. Verjat-Trannoy (pharmacien hygiéniste)


	CCLIN Est	CCLIN Ouest	CCLIN Paris-Nord	CCLIN Sud-Est	CCLIN Sud-Ouest	Total
Médecin hygiéniste	-	Nathalie Van der Mee (Antenne Centre)		Agnès Vincent	Xavier Verdeil (Antenne Toulouse) <b>SFHH</b>	<b>3</b>
Infirmière ou cadre hygiéniste	Isabelle Raclot	<i>Chantal Mourens (en relais de Mme Van der Mee)</i>	Danièle Landriu	Martine Besson (Antenne Auvergne)	Serge Marie (Antenne Limousin)	<b>4</b>
Médecin hygiéniste	-	-	J.C. Séguier (St Germain en Laye) <i>Christine Bonnal (en relais de Mme Lolom)</i>	-	-	<b>1</b>
Médecin anesthésiste	-	Monique Faucheux (Rennes)	-	-	-	<b>1</b>
Infirmière ou cadre hygiéniste	-	Sylvie Jourdain (Brest)	Anne-Marie Coulon (Rouen) <i>Florence Chrétien (en relais du Dr Séguier)</i>	Christine Chemorin (Lyon) <b>SIHF</b> <b>SFHH</b>	-	<b>3</b>
IADE	Danièle Dupanloup (Vandoeuvre)	-	-	-	-	<b>1</b>
Technicien biohygiéniste	-	-	Isabelle Lolom (Bichat)	-	-	<b>1</b>





**Journée nationale  
« hygiène des mains »**

**Le -- / -- 2008**

- 
- Groupilin 10 juillet : est évoqué le projet de communication sur l'HM avec avis favorable et décision de mettre en place un groupe projet.
    - Pilotage : L. May, V. Drouvot
  - Les 5 CCLIN, SFHH, Conférence des Directeurs Hôpitaux, FHF, LIENS et le GREPHH.
    - Membres : C. Brun Buisson, A. Carbonne, R. Girard, M. Erb, M A. Ertscheid, P. Parneix, A. Piquemal, D. Talon, J. Fabry, B. Gouget, D. Zaro-Goni
  - Rencontre le 5 septembre
    - Définir l'objectif principal de cette journée nationale
    - Définir les cibles.



## Objectifs de cette opération :

- Promouvoir l'emploi des PHA « journée de promotion à l'utilisation des PHA »
- Permettre de montrer l'engagement du ministère dans sa politique de lutte et de prévention contre les IN.

# Les cibles



- Les professionnels de l'établissement de santé et ses managers :
  - Tous les Soignants
    - Nouveaux arrivés
    - Praticiens et médecins du travail
    - Formateurs des écoles et des facultés
  - Les Directeurs
  - Les Présidents de CME
  - Les usagers de l'établissement

# Point au 17 octobre

- DGS et DHOS : avis très favorable,
  - incitation forte à faire cette journée
  - Souhaite un geste spectaculaire au cours de cette journée de COM
- La date de cette journée serait fin octobre début novembre.
- Une lettre d'information signée DGS/DHOS sera envoyée vers tous les ets (Directeurs, Direction des soins, PCME, PCLIN, Ph)
- CCLIN en relais pour informer les EOHH
- Mettre à disposition un « kit d'animation » (affiches, badges, film, clip vidéo ...)
- Calendrier de travail pour le groupe COS.





# Point sur les indicateurs du tableau de bord

# ICALIN

Indicateur composite, objective l'organisation de la LIN, les moyens alloués et les actions mises en place.

- **Sélection de 31 items répartis dans 3 fonctions (OMA)**
  - Organisation de la LIN: intégration et gestion LIN dans l'ES, Clin, : 33 points
  - Moyens mis en œuvre: EOHH, formation, correspondants : 33 points
  - Activités mises en place: protocoles, surveillance, évaluation : 34 points
  - score total de 100
- **Prise en compte de critères applicables à toutes les structures**
- **Pour chaque catégorie d'établissements, 5 classes de performance de A (les plus avancées) à E (les moins avancées)**
- **Constitution d'un cahier des charges (éléments de preuve pour chaque item, contrôle possible).**

**pas de changement**

# ICALIN

## Participation des établissements :

80,4% en 2003,  
85,7% en 2004,  
97% en 2005,  
??% en 2006.

**Pas de changement**

## Classement des établissements :

- 10% de A en 2003,
- 13% de A en 2004,
- 32% de A en 2005,
- ? % de A en 2006.

# ICSHA 2005 (1)

C'est le rapport entre le volume consommé par l'établissement et la consommation optimum (objectif personnalisé)

- Méthode de calcul :
  - Quantifier le volume de SHA consommé sur l'établissement
  - Quantifier l'Objectif Personnalisé de l'établissement en fonction de son activité, (MOP) (X litres / 1 000 JH) :
    - calculer l'objectif quantifié pour chacune des disciplines
- Limites de classes :
  - MOP = 10 - 30 - 70 - 90 % de son propre objectif.

**attention ! le 20l n'est plus utilisé**

# ICSHA 2005 (2)

## Méthodes MOP : Nb de frictions théoriques par spécialité pour 24 heures

▢ Médecine : une pour 3 h le jour et 4 h la nuit	(4 + 3 = 7)
▢ Chirurgie : une pour 2 h le jour et 4 h la nuit	(6 + 3 = 9)
▢ Obstétrique : une pour 2 h le jour et 6 h la nuit	(6 + 2 = 8)
▢ Réanimation : une par 1/2 heure	(24 h * 2 = 48)
▢ Psychiatrie : une pour 6 h le jour et 0 la nuit	(2 + 0 = 2)
▢ SSR : une pour 4 h le jour et 6 h la nuit	(3 + 2 = 5)
▢ SLD : une pour 4 h le jour et 12 h la nuit	(3 + 1 = 4)
▢ HAD : 1 visite / jour (méd., IDE, AS) * 2 frictions	(1 * 2 = 2)
▢ Hémodialyse : 6 frictions par séance	(= 6)
▢ Urgences : 2 frictions par passage	(= 2)

en  
cours  
de  
travail

**Les centres post cures alcooliques et les MECSS  
ne seraient plus concernés par ICSHA**

## Classement national des établissements de santé pour l'indicateur ICSHA en 2005

Nombre d'établissements	NC %	F %	E %	D %	C %	B %	A %
2809	1,0	9,1	21,9	41,9	20,8	2,6	2,7

**84.6 %**

	Consommation (litres)	Objectif théorique (litres)	% d'objectif atteint
<b>CCLIN S-O</b>	<b>91 035,65</b>	<b>400 676,20</b>	<b>22,7</b>
<b>National</b>	<b>872 134,04</b>	<b>2 695 334,40</b>	<b>32,4</b>

# CCLIN Sud-Ouest Journée réseau

## Exercice calcul ICSHA

Votre établissement de 300 lits, déclare une activité de 37 250 journées d'hospitalisation pour l'année 2006. La répartition des journées est la suivante (données SAE) :

- 18 000 en médecine
- 10 000 en chirurgie
- 2 000 en réanimation
- 4 000 en SSR
- 2 000 en SLD
- 1 250 pour 2 500 séances de dialyse

L'établissement déclare avoir consommé 241 L de SHA pour cette même année.

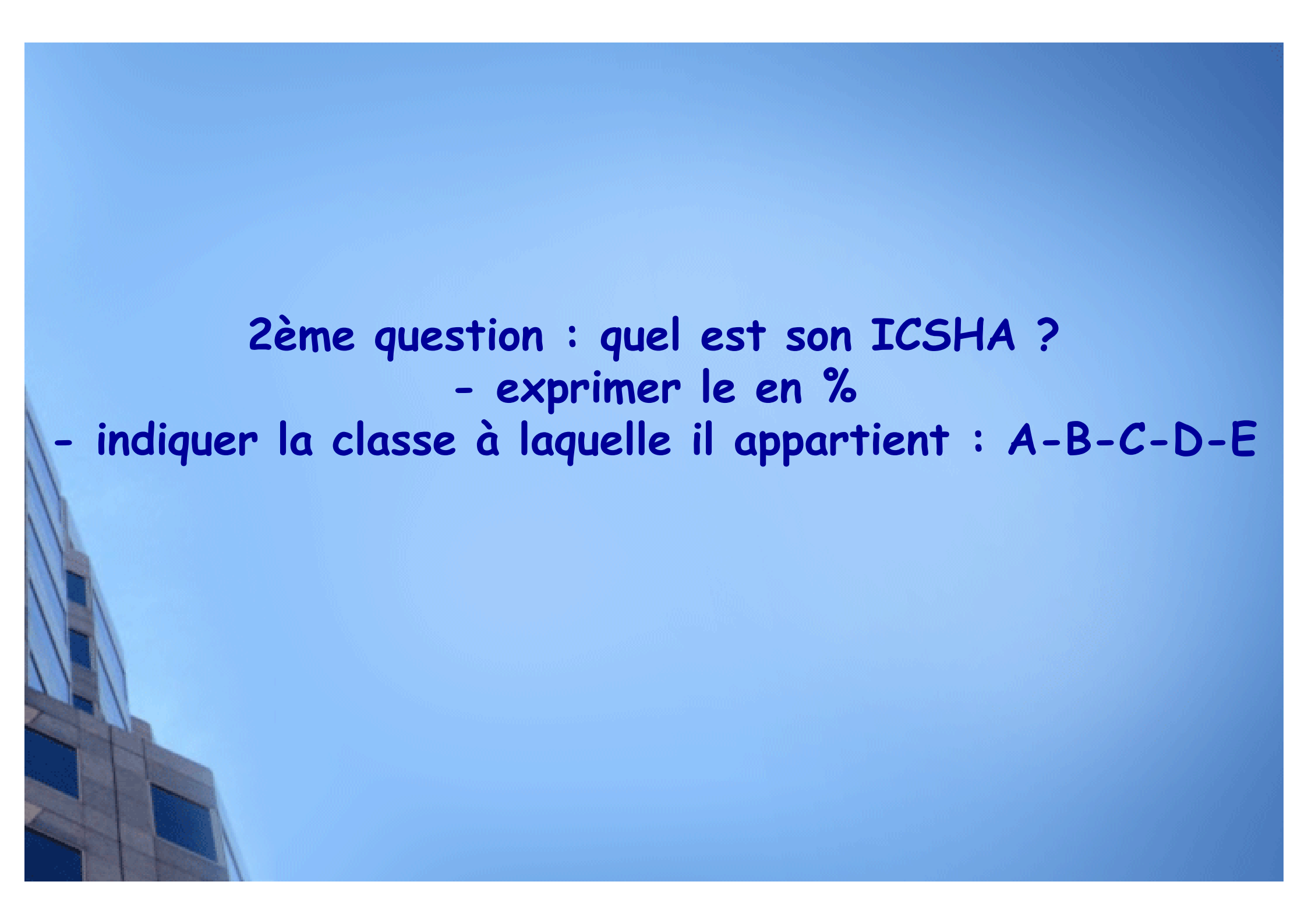
1ère question : Quel est son objectif personnalisé de consommation de SHA pour l'année 2006 ? (Exprimer votre résultat en volume (L))

disciplines	Calcul par tranche de 12 h	N frictions / jour
médecine	J=1 frict°/3 h + N=1 frict° 4 h	7 frictions
chirurgie	J=1 frict°/2 h + N=1 frict° 4 h	9 frictions
réanimation	1 frict°1/2 h	48 frictions
SSR	J=1 frict°/4 h + N=1 frict° 6 h	5 frictions
SLD	J=1 frict°/2 h + N=1 frict° 4 h	9 frictions
dialyse	6 frictions / séance de dialyse	6 frictions par séance

# Les calculs ...et la réponse

- Faire le calcul du nombre de frictions par spécialité utiliser le tableau 1 :
- $[(18\ 000 \times 7) + (10\ 000 \times 9) + (2\ 000 \times 48) + (4\ 000 \times 5) + (2\ 000 \times 9) + (2\ 500 \times 6)] = 365\ 000$  frictions
- Transformer le nombre de n frictions en volume :
- $365\ 000 \times 3\ \text{ml} = 1\ 095\ 000\ \text{mL}$  ou **1 095 L**
- Ramener la consommation totale de l'année à celle correspondant à 1000 j
- $1\ 095 / 37\ 250$  soit 29,39 L pour 1 000 journées d'hospitalisation.

**L'objectif personnalisé de consommation de SHA de cet établissement pour l'année 2006 est de**  
**29,39 l / 1000 j**

- 
- 2ème question : quel est son ICSHA ?
- exprimer le en %
  - indiquer la classe à laquelle il appartient : A-B-C-D-E

il faut faire le rapport entre le consommé et le théorique soit à l'année, soit pour 1000 jours. Les résultats sont identiques.

### **Calcul à l'année**

$$[(241 / 1\ 095) \times 100] \text{ soit } 22 \%$$

**Ou**

L'établissement déclare avoir **consommé 241 L** de SHA pour cette même année.

Cela fait  $(241 / 37\ 250) \times 1000$  soit **6,5 L pour 1 000 journées** d'hospitalisation.

### **Calcul à partir de 1000 j**

$$[(6,5 / 29,39) \times 100] \text{ soit } 22 \%$$

**ICSHA est : 22 %**  
**L'établissement est classé D**

<b>Classe A</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe D</b>	<b>Classe E</b>
<b>&gt; 90 %</b>	<b>70 / 90</b> <b>%</b>	<b>30 / 70</b> <b>%</b>	<b>10 / 30</b> <b>%</b>	<b>&lt; 10 %</b>

# SURVISO 2005 (1)

- L'indicateur SURVISO traduit l'engagement de l'établissement dans une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques de maîtrise du risque infectieux en chirurgie.
- SURVISO s'intéresse à la mise en place d'une surveillance épidémiologique des patients après une intervention chirurgicale.
- SURVISO précise le nombre de services participant à cette surveillance rapporté au nombre total de services de l'établissement.

**Attention** Surviviso ne classe pas les EIS selon le Surviviso

# ICATB en préparation (1)

doit refléter la politique de bon utilisation des antibiotiques

- Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques (ICATB) :
  - principes des trois sous catégories OMA comme pour ICALIN,
    - O = 4
    - M = 8
    - A = 8
  - score sur 20 points
- affichage probable
  - du score
  - de la classe de performance de l'établissement (A à E).

# ISARM (1)

doit refléter le taux de SARM dans l'établissement

**VOTE CONTRE LA PUBLICATION DE TAUX**

- En réflexion et en travaux
- Pose des questions et des problèmes
  - Affichage
  - Taux très fluctuant d'une année à l'autre
  - Cet indicateur mesure un phénomène dont l'établissement ne maîtrise pas les paramètres d'évolution
  - Peut être pénalisant pour certains établissements
  - Quelle compréhension du grand public ?

**PERTINENCE ?**

# Commentaires

- **ICALIN, pertinent cet indicateur ? Accepté ?**

- + oui, permet une vision de la lutte mise en place,
- + permet une communication « grand public »,
- + mais devra évoluer vers un indicateur de résultat ?

- **ICSHA, pertinent cet indicateur ? Accepté ?**

- + oui, il faut considérer que la friction est la méthode de référence pour l'HM,
- + Consommation reflet des pratiques,
- + Mais attention communication « grand public » plus délicate.

- **SURVISO, pertinent cet indicateur ?**

- + oui, permet une information de la politique de surveillance et d'évaluation de ISO,
- + permet de communication accessible « grand public ».

# Commentaires

**Les indicateurs alimentent le tableau de bord, il s'enrichit de nouveaux :**

- un indicateur en 2005,
- 3 en 2006,
- 5 en 2007...

**Des indicateurs « retravaillés » pour 2008 :**

- pour les rendre encore plus pertinents
  - Exclure ICSHA pour MECSS, Centre alcoologie,
  - Exclure ICATB pour Services ambulatoires et hémodialyse,
  - Travailler la méthode de calcul, les modalités de l'affichage,
  - ...

# Vers un indicateur unique ?

INSTIN : INDicateur Synthétique du Tableau bord IN  
ou  
ICALIN +

**INSTIN = C**

