



BILAN LIN

Résultats tableau de bord 2013

Campagne 2015

Réseau des correspondants en hygiène des ES
15 avril – 17 septembre 2015
ARLIN Martinique

Tableau de bord 2013

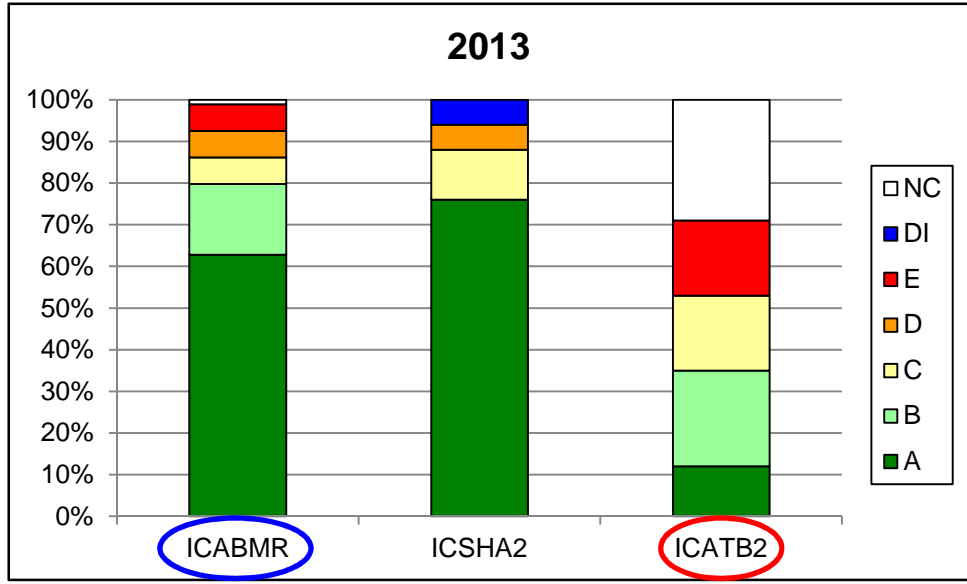
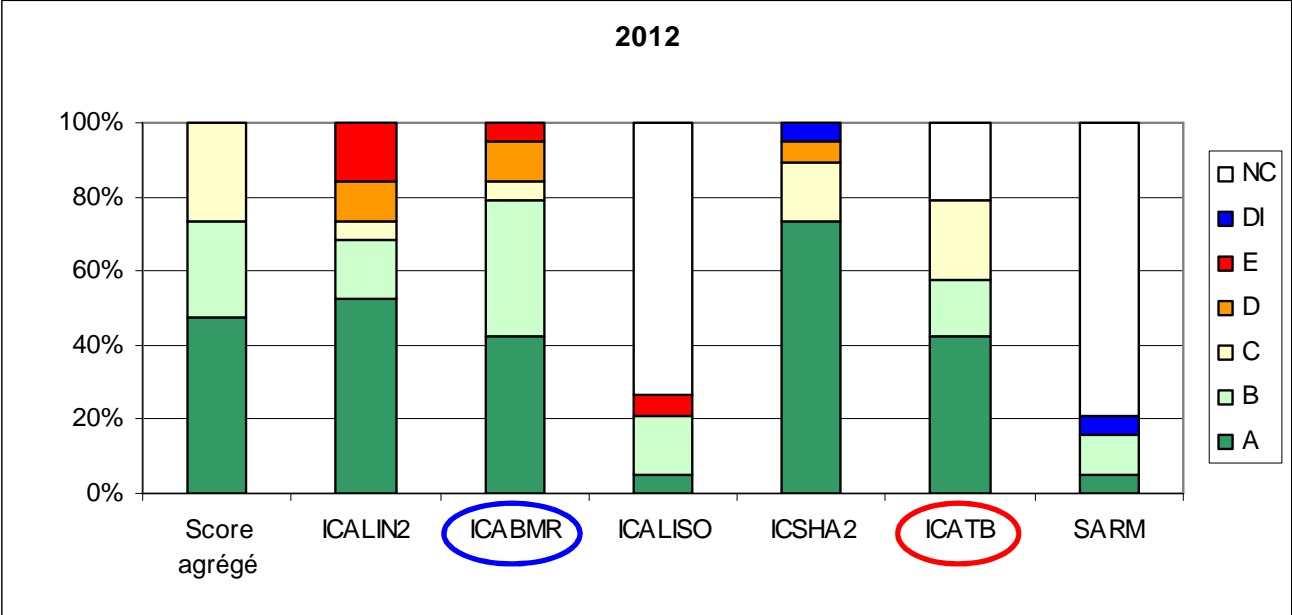
- **Rappel « Nouveautés » TB 2013:**
 - Recueil des indicateurs en alternance à partir du bilan LIN 2013
 - Introduction du nouvel indicateur BN-SARM
 - Suppression du score agrégé
 - Indicateurs opposables à la catégorie d'ES « Psychiatrie » limités à ICALIN2 et ICSHA2
 - Les catégories d'ES de type SSR et SLD devenues distinctes
- **Indicateurs opposables:**
 - ICA-BMR
 - ICSHA2
 - ICATB²
- **Indicateur en simulation**
 - BN-SARM
- **Indicateur optionnel**
 - ICALIN2



Le tableau de bord 2013 des ETS de Martinique



	A		B		C		D		E		NC	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ICALIN2 /19 /9	10 53%	6	3 16%		1 5%	1	2 11%	1	3 16%	1		
ICSHA2 /19 /17	14 74%	13 76%			3 16%	2 12%	1 5%	1 6%	1 DI 5%	1 DI 6%		
ICATB 2 /19 /17	8 42%	2 12%	3 16%	4 23%	4 21%	3 18%				3 18%	4 21%	5 29%
ICA-LISO /19 /17	1 5%		1 5%				1 5%		2 10%		15 75%	
ICA-BMR /19 /17	8 42%	10 59%	7 37%	3 16%	1 5%	1 6%	2 11%	1 6%	1 5%	1 6%		1 6%



ICA-BMR

Projets régionaux
/ARLIN

ITEMS	2012/19	2013/16
O1- Protocole avec liste de BMR prioritaires actualisée	79%	88%
O2- Il existe une politique de dépistage en fonction de l'activité à la recherche de BMR actualisée	68,5%	76,5%
O3- Il existe un plan activable en cas de détection d'un phénomène émergent à haut risque infectieux	63%	59%
O4- Les résultats de la surveillance sont restitués à la CME	100%	88%
M11-Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire, le secteur d'activités, l'EOH	89,5%	82%
M12- L'information du patient sur la colonisation de BMR est faite systématiquement	95%	88%
M13- Il existe une procédure, actualisée dans les 5 ans, d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert: Inter ets intra ets lors de réadmission,	79% 100% 52,5%	82%
A11- Il existe une procédure qui permet à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées	84%	82%
A21- Il existe une surveillance qui permet de calculer un taux de BMR	95%	88%
A22- La surveillance est faite en réseau	55,5%	59%
A23- Les résultats sont restitués aux secteurs d'activité	89%	88%

ICALIN2

- 2013: 9 ES ont renseigné l'ICALIN2 optionnel

A	B	C	D	E
6		1	1	1

ICALIN2 2012: rappel

Organisation	2011	2012	2013/9
O12- La CME élabore le programme d'actions	Oui, sauf 3 ES	Oui, sauf 2 ES	OUI, sauf 1
O22- Le coordonnateur (CGRAS) a été désigné par le représentant légal en concertation avec le président de la CME	en 2011, 11/20 ES l'avait désigné	En 2012, 15/19 ES ont désigné leur CGRAS	OUI, sauf 1
O41- Il existe une procédure de signalement interne	OUI	OUI, sauf 1 ES	OUI, sauf 1
O41- Il existe une procédure de signalement externe	OUI, sauf 3 ES	Oui, sauf 3 ES	OUI, sauf 1
O42- Le nom du responsable du signalement est transmis à l'ARS et au CCLIN	100 % OUI	100 % OUI	OUI, sauf 1
O43- Il existe une procédure de gestion de crise formalisée	7 NON	6 NON	5 OUI, 4 NON

ICALIN2 2012: rappel

Moyens	2011	2012	2013/9
Ratio temps médical 8 points si ratio atteint, 0 point si ratio non atteint (preuve: <u>fiches de poste</u>)	Non atteint pour 2 ES	Non atteint pour 3 ES	Non atteint pour 1 ES
Ratio temps para-médical IDE 8 points si ratio atteint 0 point si ratio non atteint (preuve: <u>fiches de poste</u>)	Non atteint pour 4 ES	Non atteint pour 3 ES:	Non atteint pour 1 ES
Temps de technicien en hygiène Temps de secrétaire		Oui pour 4 ES Oui pour 12 ES	Oui pour 3 ES
Réseau de CHH	100% OUI (au moins partiellement)	1 seul ES NON 3 OUI partiellement	OUI

ICALIN2 2012: rappel

Moyens <i>Formation: points accordés si objectif quantifié fixé atteint</i>	2011	2012
Au moins 25% personnel médical formé	objectif atteint par 5 ES	objectif atteint par 5 ES
Au moins 25% personnel para-médical formé	objectif atteint par 11 ES	objectif atteint par 12 ES

ICALIN2 2012: rappel

Actions	2011	2012	2013/9
Démarche d'analyse des causes d'un évènement infectieux grave Méthodes?	11 OUI:	14 OUI:	8 OUI, 1 NON
Une enquête de prévalence effectuée		13 OUI	3 OUI, 6 NON
Une enquête d'incidence		10 OUI	6 OUI, 3 NON

ICALIN2: quelques items remarquables....(1)

- Procédure de signalement interne et externe?
- Ratio de temps médical et para-médical /EOH?
- Réseau de CHH?
- Formation:
 - Au moins 25% de personnel médical formé?
 - Au moins 25% de personnel para-médical formé?
- Surveillance de la couverture vaccinale?
- Démarche d'analyse des causes d'un évènement infectieux grave? Méthodes?
- Outils d'aide à l'observance? (check-list...)

.../...

ICALIN2: quelques items remarquables....(2)

- Actualisation des protocoles et évaluation des pratiques dans les 5 dernières années?
 - Hygiène des mains
 - Précautions standard
 - Précautions complémentaires C, G, A
 - Sondage urinaire
 - CVP, CVC, CCI, DSC
- } actes invasifs

A-43-44 en 2012: « Une évaluation du respect des précautions complémentaires a été faite dans les 5 dernières années »/19 ES:

- de type "contact" : 10 NON
- de type « air »: 16 NON
- de type « gouttelettes »: 15 NON

 « Penser à l'audit PC du GREPHH! » → 6 ES ont réalisé l'audit en 2014

Quelles pistes d'amélioration...



- Ratios EOH?
- Formation?
- Utilisation des outils d'aide à l'observance?
- Programme d'actualisation des protocoles sur 5 ans?
- Evaluation des pratiques?
- Analyse des causes?

Campagne 2015

TB 2014



- **Instruction n°67 du 11 mars 2015**
 - Calendrier:
 - Mars : publication de l'arrêté et l'instruction
 - Mars-mai : saisie des données/ES du **23 mars au 5 mai**
 - Mai-sept : validation par ARS et contrôle des saisies
 - Mi-oct. : calcul des indicateurs; proposition de résultats provisoires en fonction des chiffres SAE
 - Novembre : résultats définitifs, clôture de la campagne
 - Semaine 47 ou 48 (SSP) : publication
 - Cahier des charges:
 - ICALIN2, ICALISO, ICSHA2

Campagne 2015

- **Les indicateurs à recueillir:**

- opposables

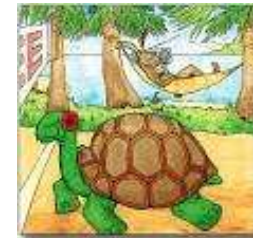
- **ICALIN2**
- **ICA-LISO**
- **ICSHA2**

- en simulation:

- **BN-SARM: bactériémie nosocomiale acquise à SARM + AAC:** en simulation 2013-2014, diffusion publique en 2016 sur les activités de 2015



Attention: ne pas oublier ICA-BMR et ICATB2 pour l'année prochaine!!! (plus de temps pour mettre en œuvre les actions d'amélioration, mais il faut partir à point)



BN-SARM, le petit nouveau

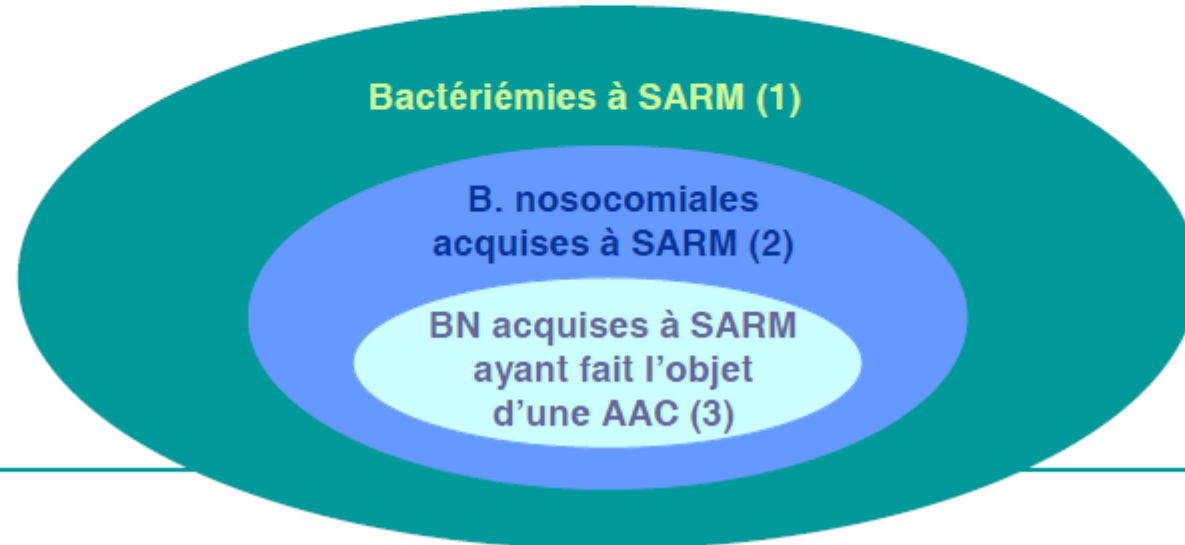
Bactériémies nosocomiales acquises à SARM

- Remplace l'indice triennal SARM
- Indicateur mixte de moyen et de résultats centré sur les rares infections nosocomiales invasives, dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle.
- Objectif principal :
Que toute épisode de bactériémie nosocomiale à SARM fasse l'objet d'une analyse des causes. La finalité est de mettre des actions en place permettant de tendre vers zéro le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM.
- Simulation sur années 2013 et 2014 / Diffusion publique en 2016 sur activités 2015

BN-SARM

L'indicateur = $\frac{\text{N épisodes BN acquises à SARM ayant fait l'objet d'une AAC (3)}}{\text{N total épisode de BN acquises à SARM (2)}}$

L'indicateur «complémentaire» = $\frac{\text{N épisodes de BN acquises à SARM (2)}}{\text{N épisodes de bactériémies à SARM (1)}}$



Outil d'aide à l'AAC des BN-SARM

AAC= Analyse approfondie des causes

Mis au point par le CCLIN sud-ouest

- Outil Excel, plusieurs onglets
- Liste des épisodes de bactériémies à SARM
- Identifier les nosocomiales acquises
- Calcul des indicateurs
- Proposition d'une méthode d'AAC et traçabilité de celle-ci
- Proposition de causes immédiates / profondes
- Suivi des actions mises en œuvre

Outil d'aide à l'analyse des causes

- Outil Excel, plusieurs onglets
- Liste des épisodes de bactériémies à SARM
- Identifier les nosocomiales acquises
- Calcul des indicateurs
- Proposition d'une méthode d'AAC et traçabilité de celle-ci
- Proposition de causes immédiates / profondes
- Suivi des actions mises en œuvre

Où trouver cet outil?

<http://www.cclin-arlin.fr/>

Page d'accueil site Cclin-Arlin - Mozilla Firefox

http://www.cclin-arlin.fr/

Page d'accueil site Cclin-Arlin

Réseau Cclin-Arlin

prévention hygiène hospitalière évaluation

surveillance infections associées aux soins signalement

Actualités
Ebola
Alertes
Gestion des risques
Campagnes
Mission mains propres 05/05
Antibiotiques
Sécurité patient
Agenda
Emploi
Formation
Grand Public

CClin Paris-Nord Nord Pas de Calais
Hauts de France
Picardie
CClin Est
Lorraine
Alsace
Bourgogne
Franche-Comté
CClin Ouest
Bretagne
Basse-Normandie
Normandie
Île de France
Champagne-Ardenne
Centre
Saint-Pierre et Miquelon
Pays de la Loire
Poitou-Charentes
Limousin
Auvergne
Rhône-Alpes
CClin Sud-Est
Provence-Alpes Côte d'Azur
Corse
Midi-Pyrénées
Languedoc-Roussillon
CClin Sud-Ouest
Aquitaine
Guyane
Martinique
Guadeloupe
La Réunion
Mayotte

Nosobase
Documentation et information

RAISIN
Signalement et surveillance

GREPH
Evaluation des pratiques

ProdHyBase
Désinfectants et produits

Qui sommes nous ? - Plan du site - Contact

Où trouver cet outil?

Gestion des risques - Mozilla Firefox

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/GDR.html

ue-est-ce-dangereux-pour-la-sante-2517717

Actualités — Alertes — **Outils-GDR** — Grand Public —
Agenda — Campagnes — Formation — Emploi

Outils Gestion des risques

Les établissements de santé sont confrontés à de nombreux risques liés à la diversification de défaillances qu'elles soient techniques, humaines ou organisationnelles. Leur prévention est une préoccupation constante pour les professionnels de santé. La maîtrise des risques, démarche à la fois managériale et technique, permet de réduire les risques.

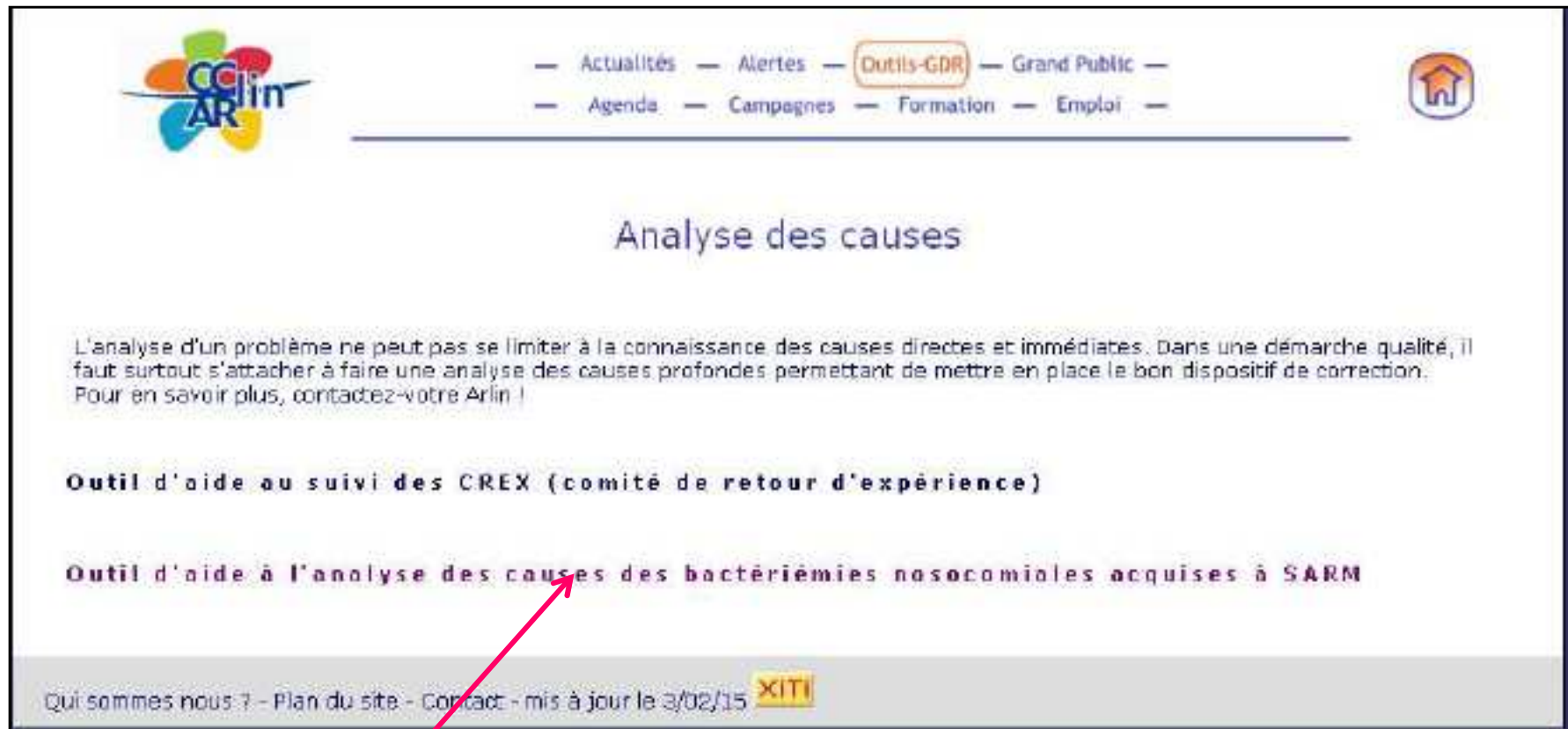
Les CCLin ont élaboré des outils afin de réduire ces risques :

- Analyse de processus et certification
- Analyse des causes**
- Analyse de scénario
- Checklist
- Retour d'expérience
- Visite de risque

Pour en savoir plus :
CCLin Ouest. La gestion du risque infectieux dans un établissement de santé. 2014/06, 32 pages.
Qualité / Gestion des risques sur NosoBase

Qui sommes nous ? - Plan du site - Contact - mis à jour le 22/12/14

Où trouver cet outil?



The screenshot shows the website interface for CClin Arlin. At the top left is the CClin Arlin logo. A navigation menu is centered at the top, with 'Outils-GDR' highlighted in an orange box. Other menu items include 'Actualités', 'Alertes', 'Grand Public', 'Agenda', 'Campagnes', 'Formation', and 'Emploi'. A home icon is on the top right. The main content area is titled 'Analyse des causes' and contains a paragraph about the importance of deep cause analysis in quality management. Below this are two links: 'Outil d'aide au suivi des CREX (comité de retour d'expérience)' and 'Outil d'aide à l'analyse des causes des bactériémies nosocomiales acquises à SARM'. A red arrow points from the bottom of the page to the second link. The footer contains contact information and the XITI logo.

CClin
ARlin


— Actualités — Alertes — **Outils-GDR** — Grand Public —
— Agenda — Campagnes — Formation — Emploi —

Analyse des causes

L'analyse d'un problème ne peut pas se limiter à la connaissance des causes directes et immédiates. Dans une démarche qualité, il faut surtout s'attacher à faire une analyse des causes profondes permettant de mettre en place le bon dispositif de correction. Pour en savoir plus, contactez-votre Arlin !

Outil d'aide au suivi des CREX (comité de retour d'expérience)

Outil d'aide à l'analyse des causes des bactériémies nosocomiales acquises à SARM

Qui sommes nous ? - Plan du site - Contact - mis à jour le 3/02/15 

Coup d'oeil

- [http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse causes/analyse causes.html](http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse%20causes/analyse%20causes.html)



Important:

Onglet « Guide d'utilisation »

→ méthode pas à pas



Guide d'utilisation

Outil d'aide à l'analyse des causes des bactériémies nosocomiales acquises à SARM



Partie Résumé

Analyse approfondie des bactériémies nosocomiales acquises à SARM

AAC 1	
Année	
Date (format j/mm/aaaa)	
Pilote de l'analyse	
Porte d'entrée de la BN	

Ne pas renseigner, automatique

Date de l'analyse

Nom du pilote de l'analyse.
(A noter que le pilote de l'analyse doit être une personne indépendante de l'évènement indésirable)

Liste déroulante permettant de choisir la porte d'entrée de la BN

Liste des épisodes de BN à SARM

Pilotage et suivi de la BN à SARM

Permet de retourner sur l'onglet "Liste des BAC et BN SARM"

Permet d'arriver sur le tableau de pilotage et suivi des actions

"AB"+"Entrée" pour aller à la ligne.

Partie Analyse approfondie des causes

Préambule : Il est important de souligner qu'une AAC doit être une démarche collective où la reconstitution de la chronologie, l'identification des écarts, la recherche de l'ensemble des causes des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent la participation de l'ensemble des acteurs concernés par l'évènement indésirable. La finalité de cette démarche reste l'appropriation par les professionnels de santé des méthodes d'analyse systémique favorisant leur implication dans la qualité et la sécurité des soins.

La première étape indispensable de l'AAC (ne figurant pas sur cet outil) est la **collecte des données** afin de rassembler toutes les informations sur l'évènement, son contexte et sa gestion. Ci-dessous vous retrouverez des éléments pour vous aider à sa réalisation :

- ~ Le but de la collecte des données est de rassembler les faits dans leur totalité, auprès de tous les acteurs impliqués, en recueillant les visions partielles de chacun.
- ~ La préparation de la collecte se fait à partir de documents liés à l'évènement : référentiels, dossiers, planning.
- ~ Une liste des personnes à rencontrer est préparée avant la collecte (y compris celles impliquées dans les phases de préparation et de planification des activités concernées).
- ~ Le pilote chargé de l'analyse est en charge de recueillir les données. Il est important qu'il ne soit pas à la fois juge et partie donc indépendant de l'évènement.
- ~ La collecte des données se fait ni trop tôt (les acteurs pouvant être, dans certains cas, encore perturbés par l'évènement) ni trop tard (risque de perte d'informations).
- ~ Trois manières de collecter les données sont disponibles: entretiens individuels, débriefings collectifs, déclarations écrites. Lors de l'entretien, le premier temps est consacré à des questions exploratoires pour laisser la personne s'exprimer spontanément sur ce qu'elle a vécu. Lors du 2ème temps, le pilote pose des questions plus précises pour compléter les manques du récit spontané. A la fin de l'entretien, le pilote demande à l'interviewé ou au groupe s'il a des suggestions à faire pour éviter que l'évènement ne se reproduise ou pour améliorer certaines faiblesses de la

Avertissement de sécurité Les macros ont été désactivées. [Activer le contenu](#)

A B C D E F G I J K L M N

Liste des épisodes de bactériémies à SARM identifiés dans l'année

3

4 Année

5

8 BN acquise à SARM
Sélection du N° AAC correspondant

AAC de la BN acquise à SARM choisie

Indicateur BN-SARM

INDICATEUR BN-SA

- (1) Nombre total d'épisode
- (2) Nombre total d'épisode
- (3) Nombre d'épisodes de

Indicateur BN-SARM (3)/
Indicateur BN-SARM cor

11 Saisir les dates au format : jj/mm/aaaa Ne pas renseigner les cellules grisées.

12	Episodes de bactériémies à SARM	Date d'identification	Service	Identifiant patient*	Nosocomiale (Oui/Non)	Acquise (Oui/Non)	AAC (Oui/Non)	N° AAC
13	1							
14	2							
15	3							
16	4							
17	5							
18	6							
19	7							
20	8							
21	9							
22	10							
23	11							
24	12							
25	13							
26	14							
27	15							
28	16							
29	17							
30	18							
31	19							
32	20							
33	21							
34	22							
35	23							
36	24							
37	25							
38	26							
39	27							
40	28							
41	29							
42	30							
43	31							
44	32							
45	33							
46	34							
47	35							

Tableaux de bord

- Questions?
- Commentaires?
- Retours d'expérience?

