



BILAN LIN

Résultats tableau de bord 2013

Campagne 2015

Réseau des hygiénistes et présidents de CLIN
26 février 2015
ARLIN Martinique

Tableau de bord 2013

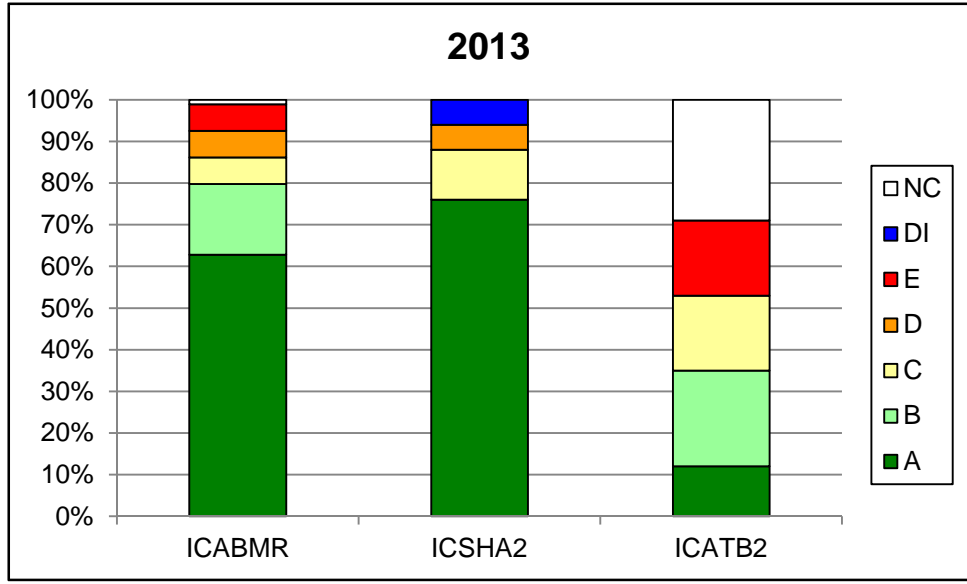
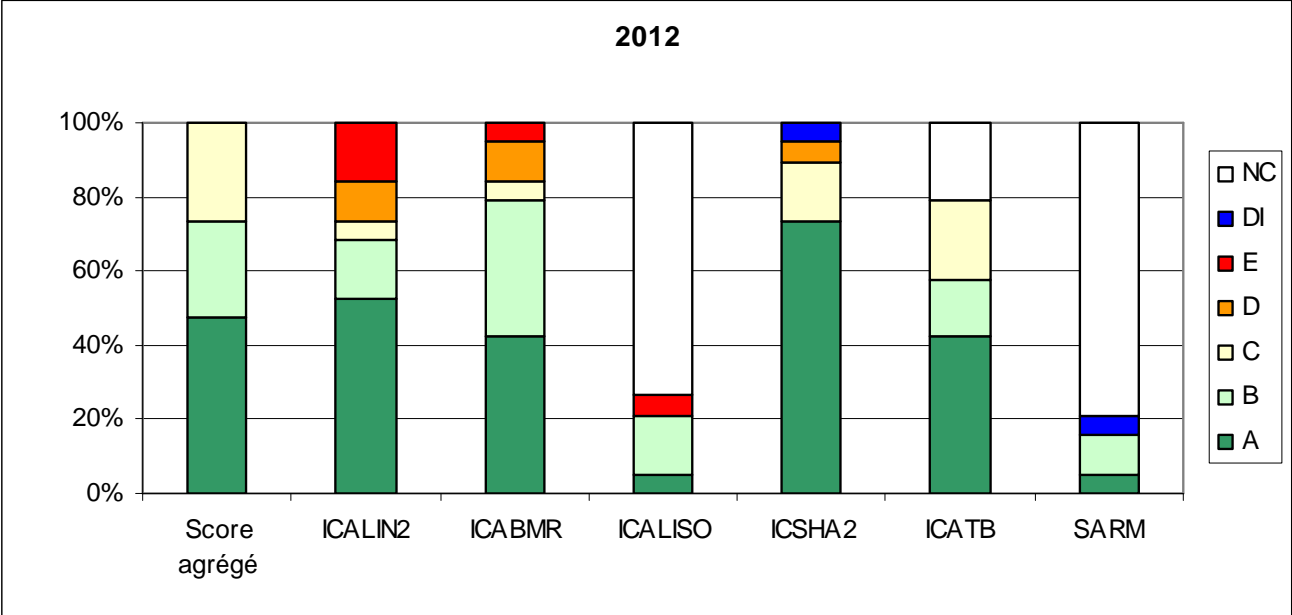
- **Nouveautés TB 2013:**
 - Recueil des indicateurs en alternance à partir du bilan LIN 2013
 - Introduction du nouvel indicateur BN-SARM
 - Suppression du score agrégé
 - Indicateurs opposables à la catégorie d'ES « Psychiatrie » limités à ICALIN2 et ICSHA2
 - Les catégories d'ES de type SSR et SLD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

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%

ICATB2 (1)

ITEMS	2013/12	
O1- Volet sur les antibiotiques dans le programme d'actions bon usage des médicaments et des DM	83%	
O2- Accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie/chaque prescripteur	83%	
O3- Modalités de collaboration définies entre référent atb/pharmacien/microbio/infectiol	58%	
O4- Procédure d'alerte validée/CME pour la réévaluation de l'antibiothérapie	66,5%	
M1- Connexion informatique entre labo/pharmacie/secteurs d'activités	41,5%	
M2- Prescription des antibiotiques informatisée (<i>y compris partiellement</i>)	75%	
M3- Il existe un référent en antibiothérapie	66,5%	
M4a- Compétences adaptées aux missions/référent antibio	50%	
M4b- Compétences actualisées régulièrement	50%	
M5- Atteinte de l'objectif cible/nombre d'ETP de référent antibio intervenant dans l'ES	100%	
M6- Formation des nouveaux prescripteurs permanents ou temporaires prévue	66,5%	

ICATB2 (2)

ITEMS	2013/12	
A1- Liste d'antibiotiques ciblés	100%	
A2- Protocole actualisé sur l'antibiothérapie de 1 ^{ère} intention/principales infections	58%	
A3- Toute antibiothérapie > une semaine argumentée dans le dossier	66,5%	
A4- modalités de contrôle/réévaluation déterminées	75%	
A5- Des TDR sont disponibles aux urgences	SO, sauf 1	
A6- Surveillance de la consommation en antibiotiques en DDJ	83%	
A7- Surveillance en réseau	66,5%	
A8- Données de surveillance des consommations confrontées à celle de la résistance	83%	
A9- Résultats de la surveillance restitués	75%	
A10- Résultats de la surveillance présentés à la CME	66,5%	
A11a- Evaluation du respect de la molécule recommandée (<i>dans les 3 dernières années</i>)	58%	
A11b- Evaluation de la posologie de l'antibiotique (<i>dans les 3 dernières années</i>)	50%	
A11c- Evaluation de la durée de l'antibiothérapie (<i>dans les 3 dernières années</i>)	58%	
A11d- Evaluation de la réévaluation, réadaptation de l'antibiothérapie (<i>dans les 3 dernières années</i>)	75%	
A12- Résultats des évaluations restitués à toutes les disciplines	58%	
A13- Résultats des évaluations restitués à la CME	66,5%	

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 Attention: pas à jour pour tous les ES dans E-SIN →	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
<p>Démarche d'analyse des causes d'un évènement infectieux grave</p> <p>Méthodes?</p>	<p>11 OUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marin - Lorrain - 3 Ilets - St Esprit - St Pierre - CHL - CSM - CSP+ CRR - HAD - ETEER 	<p>14 OUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marin - 3 Ilets - St Esprit - CHL - CHNC - CSM - CSP+ CRR - HAD - ETEER -Trinité - CHU - ATIR - STEER 	<p>8 OUI, 1 NON</p>
<p>Une enquête de prévalence effectuée</p> <p>Une enquête d'incidence</p>		<p>13 OUI</p> <p>10 OUI</p>	<p>3 OUI, 6 NON</p> <p>6 OUI, 3 NON</p>

ICALIN2, autres items

- Surveillance de la couverture vaccinale?
- 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
- Outils d'aide à l'observance?

ICALIN2 A43-44 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? 2012? 2013? 2014?



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

Campagne 2015



- **Calendrier ? : instruction à venir**
 - 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 48 (SSP) : publication

Campagne 2015

- **3 types d'indicateurs:**

- opposables, en alternance

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

- optionnels

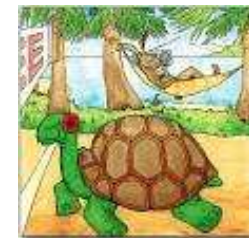
- **ICA-BMR**
- **ICATB2**

(= cotation de l'année N-1 est gardée sauf si l'établissement souhaite modifier son score, l'ES devra obligatoirement valider son positionnement)

- en simulation:

- **ICSHA3**
- **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)



Tableaux de bord

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

