



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

## ANNEXE 1 (Version 2005)

# Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales

Année \_\_\_\_\_

Quand vous aurez terminé la saisie informatique, le fichier 2005.rec sera dans le répertoire que vous aurez créé pour décompresser Clin6.exe. Ce fichier est à adresser par internet ou sur disquette à votre DDASS ou DRASS (voir adresse du service qui vous a adressé la circulaire sur le Bilan des activités 2005). N'oubliez pas de garder une copie, sur papier et sur support informatique, de votre envoi.

L'absence de saisie informatique à partir du module de saisie Clin6.exe sera considéré comme une absence de réponse.

## COMMENTAIRES

Le questionnaire a été simplifié depuis le bilan de l'année 2004 et des informations nécessaires au calcul des indicateurs du Tableau de bord ont été ajoutées.

Si vous avez reçu votre fiche ICALIN 2004 avec le score et la classe, vous n'avez pas besoin de remplir la partie administrative.

Si la fiche reçue vous a classé comme non-répondant (NR) ou si vous n'avez pas reçu de fiche ICALIN 2004, vous devez remplir la partie administrative.

Le module informatique CLIN6.EXE, a été amélioré pour tenir compte des difficultés rencontrées.

Vous pouvez télécharger le module CLIN6.exe et son mode d'emploi sur les sites des C-CLIN.

**Pour tout problème technique concernant l'installation et l'utilisation du module de saisie CLIN6.EXE, vous pouvez vous adresser directement au numéro de téléphone suivant :**

**01 40 56 50 06**



CATEGORIES DE LITS ET PLACES DE L'ETABLISSEMENT (correspondant aux différentes cartes sanitaires)	Nombre de lits	Nombre de places (ambulatoire)
<b>Médecine (avec réanimation médicale), court séjour</b>		
<b>dont réanimation médicale</b>		
<b>Chirurgie (avec réanimation chirurgicale), court séjour</b>		
<b>dont réanimation chirurgicale</b>		
<b>Obstétrique</b>		
<b>Néonatalogie (y compris réanimation néonatale)</b>		
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>		
<b>Soins de longue durée</b>		
<b>Psychiatrie</b>		
<b>Urgences (HTCD)</b>		
<b>Hémodialyse</b>		
<b>Hospitalisation à domicile</b>		

• Nombre total de services ou de secteurs d'activités disposant de lits ou places d'hospitalisation		_ _ _
Dont :	•	Nombre total de services ou de secteurs d'activités de chirurgie
		_ _
	•	Nombre total de services ou de secteurs d'activités d'obstétrique
		_ _

Sous cette rubrique, vous devez inscrire les lits et places **installés**. Les lits et places non installés n'ont pas d'intérêt pour la lutte contre les infections nosocomiales.

Les catégories proposées correspondent aux différentes cartes sanitaires gérées par l'ARH.

Les lits de médecine et de chirurgie comprennent leurs lits de réanimation et de pédiatrie respective.

Pour la réanimation, préciser le nombre de lits de réanimation, en médecine et en chirurgie respectivement (ex : 55 lits de chirurgie y compris 5 lits de réanimation chirurgicale).

Les maisons de retraite ne doivent pas figurer dans ce tableau, ni les lits de cure médicale, de SSIAD et de MAS

**Nombre total de services :**

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation (sanitaire). Cette information est prise en compte pour certains items cotés dans l'ICALIN. La comptabilisation des services médico-techniques pourrait pénaliser l'ICALIN de l'établissement.

## II - LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

1 • Un CLIN a-t-il été constitué dans l'établissement ?  Oui  Non

• Nom du président du CLIN \_\_\_\_\_

2 • Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant l'année ? . | I \_ I \_ I réunions

3 • Combien y a-t-il eu de réunions de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année ? | I \_ I \_ I réunions

4 • Un représentant des usagers est-il membre du CLIN ?  Oui  Non

Si OUI • A combien de réunions du CLIN, ce représentant des usagers a-t-il participé cette année ? | I \_ I \_ I réunions

5 • L'établissement adhère-t-il à un ou des réseaux formalisés ?.....  Oui  Non

Si OUI, le(s)quel(s) ?  R.A.I.S.I.N  Autre - Préciser :  
 Réseau régional d'hygiène .....  
 Groupement de CLIN .....

## III - RESSOURCES DE L'ETABLISSEMENT POUR LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

### III.1 – L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) :

1 • L'établissement dispose-t-il d'un personnel spécialement affecté à la lutte contre les infections nosocomiales ?  Oui  Non

Si OUI, Ce personnel, en totalité ou en partie, est-il partagé avec d'autres établissements ?  Oui  Non

Si OUI, Avec combien d'établissements (y compris le vôtre) ... | I \_ I \_ I

Y a-t-il une convention avec ces établissements (signée) ?  Oui  Non

## CONSULTER

### LE « CAHIER DES CHARGES »

pour répondre à partir de ce chapitre. Il contient des consignes de remplissages et les éléments de preuve à fournir pour justifier vos réponses.

**Réunions plénières :** réunions du Comité lui-même.

**Réunions des groupes de travail :** réunions, en dehors des précédentes, de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de soumettre des propositions adoptées en séance plénière.

### Personnels :

Il s'agit du personnel INTERVENANT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT, éventuellement partagé avec d'autres établissements, dont la fonction est de réaliser, même à temps partiel, un travail spécifique à la lutte contre les infections nosocomiales (formation, enquêtes, surveillance épidémiologique, alertes etc.).

2 - Indiquer le nombre d'équivalents temps plein (ETP) spécifiquement affectés à la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) **et intervenant au sein de l'établissement** :

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN intervenant <u>dans l'établissement</u>	Nombre d'ETP ayant un diplôme en Hygiène hospitalière
Médecin	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
Pharmacien	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
Cadre infirmier	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
Infirmier non cadre	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
Tech. biohygiéniste	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP
Secrétaire	_ _ ,  _ _  ETP	
Autre personnel permanent, préciser .....	_ _ ,  _ _  ETP	_ _ ,  _ _  ETP

N.B. : Dans la saisie informatique, remplacer la virgule par un point (ex : 5.25)

### III.2 – Les correspondants en hygiène dans les services de soins :

- Existe-t-il, dans les services de soins ou secteurs d'activités, des correspondants en hygiène ? .....  Oui  Non

Si OUI, indiquer le nombre de services de soins, disposant de lits ou de places d'hospitalisation, où est identifié :

- au moins un correspondant médical ..... |\_|\_| services
- au moins un correspondant paramédical ..... |\_|\_| services

#### **Colonne 2 :**

- NE COMPTER QUE LE PERSONNEL AFFECTE A LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES, à l'exclusion de tout autre personnel. **La lutte contre les infections nosocomiales doit être inscrite dans le profil du poste des personnes comptabilisées dans ce tableau.**
- 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 le temps consacré à votre établissement.

#### **Colonne 3 :**

Cette nouvelle colonne est destinée à mesurer les besoins en formation.

#### **Correspondants :**

S'il existe plusieurs correspondants paramédicaux pour un même service (ex : IDE + AS), ne compter qu'un seul service.

## IV – OBJECTIFS ET STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

### IV.1 – Définition des objectifs et de la stratégie :

1 • L'établissement a-t-il adopté un <i>projet d'établissement</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales sont-ils définis dans le projet d'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 • L'établissement a-t-il signé avec l'ARH un <i>Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM)</i> ou une <i>convention tripartite</i> pour le secteur privé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Le COM ou la convention tripartite définit-il des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 • L'établissement a-t-il publié un <i>livret d'accueil</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI • Ce livret d'accueil contient-il ou est-il distribué avec une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### IV.2 – Le programme d'actions :

1 • Cette année, un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOHH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, ce programme d'actions a-t-il été :	
1 • soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 • soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 • soumis pour délibération au Conseil d'Administration (ou équivalent dans le secteur privé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4 • transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Projet d'établissement : CSP art. L6143-2

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : CSP art. L 6114-1

Livret d'accueil : CSP art. R6111-9

Programme d'actions : CSP art. R 6111-1

Soumission du programme d'actions : CSP art. 6111-3



2 • Les protocoles sur le bon usage des antibiotiques sont-ils élaborés en collaboration entre le CLIN et la COMEDIMS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 • L'établissement a-t-il mis en place une commission des antibiotiques définissant la politique et le programme d'actions dans ce domaine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Un représentant du CLIN en fait-il partie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4 • Existe-t-il des protocoles <sup>(1)</sup> sur l'antibioprophylaxie <b>chirurgicale</b> <sup>(2)</sup> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Année de la dernière version	_ _ _ _
5 • Existe-t-il des protocoles <sup>(1)</sup> sur l'antibiothérapie de première intention <sup>(3)</sup> dans les principales infections ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Année de la dernière version	_ _ _ _
6 • Existe-t-il une liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7 • Existe-t-il une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>V.3 - Accidents d'exposition au sang (AES) :</b>	
1 • Existe-t-il un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 • Existe-t-il un protocole de prise en charge <u>en urgence</u> des AES ?...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI, • Année de la dernière version	_ _ _ _
3 • L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES cette année (formations, mise en place de matériel de sécurité...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Les questions reprennent les termes de la circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques

<sup>(1)</sup> Réalisés ou validés par le CLIN ou la COMEDIMS, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

<sup>(2)</sup> Ne concerne que les établissements disposant de services chirurgicaux.

<sup>(3)</sup> Il s'agit de la prescription d'antibiotiques à usage curatif avant ou en absence d'antibiogramme ou de documentation bactériologique.

#### V.4 - Prévention des risques infectieux liés à l'environnement :

A - **L'eau** a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année en ce qui concerne :

1 • les fontaines réfrigérantes ?	<input type="checkbox"/> Oui, avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de fontaines réfrigérantes
2 • l'eau bactériologiquement maîtrisée (postes de lavage en chirurgie, réanimation, service des grands brûlés ... ) ?	<input type="checkbox"/> Oui, avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
3 • le réseau d'eau chaude sanitaire ?	<input type="checkbox"/> Oui, avec un seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini <input type="checkbox"/> Non

**B - L'air** : existe-t-il des secteurs où l'air est traité (bloc opératoire, chambre à flux laminaire... ) ?

Oui  Non

Si OUI,

• a-t-il fait l'objet, cette année, d'un contrôle selon les recommandations et normes en vigueur dans les zones à environnement maîtrisé (système de traitement de l'air) ?

Oui, avec un seuil d'alerte défini  
 Oui, sans seuil d'alerte défini  
 Non

## V.5 – Protocoles de prévention des risques infectieux

\* Cocher **SO** (sans objet) si l'activité n'existe pas dans l'établissement

THEMES DES PROTOCOLES	Protocoles Existants (1)	Année de la dernière version validée par le CLIN
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2) Précautions "standard"	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3) Préparation de l'opéré *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
4) Sondage urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5) Dispositifs intra-vasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6) Hémocultures et prélèvements bact.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7) Ventilation artificielle *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
8) Techniques d'isolement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9) Maladie de Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10) Soins préventifs d'escarres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11) Pansements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12) Antiseptiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
13) Désinfectants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14) Traitement des DM (endoscopes etc.)*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
15) Entretien des locaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
16) Elimination des déchets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
17) Circuit du linge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
18) Hygiène en radiologie *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
19) Hygiène en hémodialyse *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
20) Hyg. en serv. d'expl. fonctionnelles *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
21) Hygiène en laboratoire *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> SO	
22) Hygiène en pharmacie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

(1) Les protocoles doivent avoir été validés par le CLIN en séance plénière.

• Un ou plusieurs de ces protocoles ont-ils été réalisés ou évalués à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau (CCLIN, réseau régional d'hygiène ...) ?  Oui  Non

## VI - SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

**VI.1- Une enquête de prévalence** a-t-elle été réalisée cette année ?  Oui  Non

Si OUI, | indiquer le nombre de services concernés: |  |  | services

**VI.2 - Une enquête d'incidence** a-t-elle été réalisée cette année ?  Oui  Non

Si OUI, Thèmes des enquêtes d'incidence menées	Nombre de services participants	Enquête réalisée dans le cadre d'un réseau
1) Tous types d'infections	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2) Infections du site opératoire	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3) Pneumopathies nosocomiales	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4) Infections urinaires nosocomiales	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5) Infections sur cathéter	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6) Bactériémies nosocomiales	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7) Autres	<input type="text"/>   <input type="text"/>   services	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser: .....		

### VI.3 – Surveillance à partir du laboratoire de microbiologie :

• L'établissement dispose-t-il d'un laboratoire de microbiologie ?  Interne  
 Externe avec convention  
 NON

Si OUI | • durant l'année, y a-t-il eu une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urologie, hémoculture...)? |  Oui  Non

### Enquête :

C'est un recueil de données organisé à partir d'un protocole et d'une grille d'enquête spécifiques.

### Prévalence :

Une enquête de prévalence recense TOUS LES CAS présents dans l'établissement A UN INSTANT DONNE (un seul passage par service, même si l'ensemble des passages se déroulent sur plusieurs jours).

### Incidence :

Une enquête d'incidence recense le nombre de NOUVEAUX CAS apparus AU COURS D'UNE PERIODE DE TEMPS (passages répétitifs dans le même service pour recenser le nombre de cas nouvellement apparus depuis le passage précédent).

Voir les éléments de preuve dans le « Cahier des charges »

#### VI.4 – Diffusion des résultats de la surveillance :

• Les résultats de la surveillance ont-ils été diffusés aux services participants :	
• Résultats de la ou des enquêtes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Données du laboratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### VII - Signalement des infections nosocomiales :

1 • L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 • Nombre d'épisodes signalés à l'EOHH cette année	_ _ _
3 • Nombre de signalements externes (C-CLIN, DDASS) cette année	_ _ _

#### VIII – FORMATION EN HYGIENE HOSPITALIERE :

1 • Un programme de formation en hygiène hospitalière a-t-il été élaboré cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI	
• Ce programme de formation a-t-il été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 • Le CLIN a-t-il été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 • Une formation en hygiène hospitalière (formation inscrite au plan de formation continue de l'établissement) a-t-elle été prévue pour les catégories de personnels suivantes :	
• nouveaux personnels recrutés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• personnels intérimaires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet

Signalement des infections nosocomiales :  
CSP Art. R 6111-12 à R 6111-17

Il s'agit de formations prévues systématiquement à chaque arrivée de nouveaux personnels, même si cette formation n'a pas eu lieu, faute de nouveaux personnels.

4 • Tableau des formations relatives à la lutte contre les infections nosocomiales ou à l'hygiène hospitalière suivies au cours de l'année par le personnel de l'établissement (au sein ou à l'extérieur de l'établissement) :

	Nombre total de personnels formés	Nombre total d'heures de formation
Médecins ou pharmaciens	_ _ _	_ _ _ _
Personnels infirmiers	_ _ _	_ _ _ _
Autres personnels permanents	_ _ _	_ _ _ _

## IX - EVALUATION

• Des actions d'évaluation ont-elles été menées durant l'année?  Oui  Non

Si OUI,  Un audit des pratiques (au moins) a-t-il été réalisé dans l'année ?  Oui  Non

## X - AUTRES INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES IN

• Nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique \_|\_|\_|\_|\_|

• Volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie ou les services communs pendant l'année (converti en litres) \_|\_|\_|\_|\_|,|\_|\_|\_|

**Ne pas compter le personnel correspondant à la question précédente** (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants).

### Nombre de personnels formés :

Ne compter que la formation du personnel non dédié à la LIN. Ne pas compter la formation suivie par le personnel de l'EOHH.

### Nombre total d'heures :

Il faut cumuler les heures de formation suivies par chaque personne formée (une stage de 8 heures avec 10 personnes = 80 heures).

Les dénominateurs de ces indicateurs seront extraits de la SAE par l'administration centrale.

