



Ministère de la santé et des solidarités,

Direction : DGS/DHOS  
Sous-direction : SD5/E2  
Bureau : Cellule infections  
nosocomiales

Personne chargée du dossier :  
Dr Philippe GARNIER

tél. : 01 40 56 50 06  
fax : 01 40 56 78 00  
mél. : philippe.garnier@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,  
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences  
régionales de l'hospitalisation  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département  
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales  
(pour attribution)

**CIRCULAIRE N°DGS/DHOS/SD5C/E2/2006/115 du 9 mars 2006** relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2005.

Date d'application : immédiate  
NOR : SANP0630099C  
Classement thématique : Protection sanitaire

**Résumé** : Recueil des données et traitement des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé 2005.

**Mots-clés** : Comité de lutte contre les infections nosocomiales – Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005.

**Textes de référence** : Article R. 6111-2 du Code de la santé publique (Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé). Arrêté du 8 mars 2006 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et son annexe.

**Textes abrogés ou modifiés** : **CIRCULAIRE DGS/SD5C-DHOS/E2/2005/96 du 18 février 2005** relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2004.

**Annexes** :

N° 1 : Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2005 de lutte contre les infections nosocomiales

N° 2 : Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005

En application de l'article R. 6111-2 du Code de la Santé Publique, tous les établissements de santé remplissent annuellement le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales défini par l'arrêté du 8 mars 2006 cité en référence.

## **1 – Bilan des activités de l'année 2005 :**

### **a – Recueil des données par les établissements :**

Les établissements de santé devront recueillir les données correspondant au bilan des activités 2005 sur support informatique, qui devra être **envoyé à la DDASS au plus tard le 28 avril 2006**. Désormais, seuls les bilans envoyés sous format informatique seront pris en compte par la DDASS qui n'effectuera aucune saisie pour le compte des établissements (à l'exception des établissements ne disposant que de matériel non PC compatible).

**Tout retard dans la transmission informatique empêchera la production de l'ICALIN 2005 et fera considérer l'établissement de santé comme non-répondant.** Les établissements non-répondants seront affectés dans une classe « F ».

Le contenu du bilan 2005 est modifié et simplifié par rapport à 2004 (cf. arrêté du 8 mars 2006 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé). Il comprend également les informations nécessaires au calcul du 2<sup>ème</sup> indicateur du Tableau de bord qui sera publié en même temps que l'ICALIN 2005 (Produits hydro-alcooliques) et à construire la base de données de référence du 3<sup>ème</sup> indicateur (SARM).

Si l'établissement a reçu sa fiche ICALIN 2004 avec le score et la classe, il n'a pas besoin de remplir la partie administrative. Si l'établissement n'a pas reçu de fiche ICALIN 2004, l'établissement doit remplir la partie administrative.

La saisie informatique s'effectue avec le module automatisé de saisie « *Clin6.exe* » disponible, avec son mode d'emploi sur le site internet du ministère ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)) et sur les sites internet des C-CLIN (notamment [www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)). Les données seront sauvegardées dans un fichier « 2005.rec ». Il convient de rappeler aux établissements que le format papier du bilan est dans le fichier « bil2005.doc » qui s'installe automatiquement dans leur ordinateur quand ils décompressent le module de saisie pour la première fois.

**Pour les établissements qui ne disposent pas d'internet**, il appartient aux DDASS de leur transmettre par disquette les fichiers « *Clin6.exe* » et son mode d'emploi.

Par ailleurs, nous vous rappelons que l'utilisation du module de saisie ne nécessite ni l'installation d'Epi-Info ni celle du logiciel Winzip®.

**Nous mettons à la disposition des établissements un numéro de téléphone direct : 01-40-56-50-06**, pour tout problème technique lié à l'installation du logiciel et à son utilisation.

Nous attirons votre attention sur l'importance d'un recueil fiable de données, validé par le président du CLIN et le directeur de l'établissement.

### **b – DDASS :**

Le contenu du bilan 2005 est modifié par rapport à 2004.

Il n'est plus nécessaire de transmettre le module de saisie sous forme de disquette aux établissements, sauf pour ceux qui ne disposent pas d'internet. Il convient de rappeler aux établissements que le format papier du bilan est dans le fichier « bil2005.doc » qui s'installe automatiquement dans leur ordinateur quand ils décompressent le module de saisie.

**Pour les établissements qui ne disposent pas d'internet**, il appartient aux DDASS de leur transmettre par disquette les fichiers « *Clin6.exe* » et son mode d'emploi.

Ces différents fichiers sont également téléchargeables sur intranet (Santé, Nos missions « Pathologies et Santé », maladies infectieuses et politique vaccinale, Bilan standardisé).

**L'exhaustivité de l'envoi est très important, pour éviter les non-répondants à l'ICALIN 2005. Notamment, une attention particulière sera portée aux établissements HAD, Hémodialyse et MECSS pour les inciter à envoyer leurs bilans.**

La DDASS transmettra aux établissements **au plus tard le vendredi 24 mars 2006** :

- les instructions présentes,
- le calendrier des étapes (annexe 1)
- le rapport « Analyse nationale 2004 -ICALIN et autres résultats ».

Cet envoi doit être accompagné d'une **lettre de transmission** qui précisera :

- le nom et les coordonnées de la personne responsable du dossier à la DDASS (notamment pour l'envoi d'une disquette pour les établissements ne disposant pas d'internet et, pour ceux qui disposent d'internet de l'adresse de courrier électronique à laquelle ils doivent transmettre le fichier 2005.rec),
- rappelant la date limite de retour du fichier informatique (**28 avril 2006**),
- rappelant la nécessité d'avoir à disposition les éléments de preuve des données déclarées conformément au cahier des charges ci-joint (annexe 2),
- les modalités de renvoi du fichier informatique (par internet ou disquette) et la nécessité ou non d'envoyer également le questionnaire papier rempli (pour vérification ou / et exploitation locale des informations non traitées par l'informatique).

La DDASS suivra le retour des questionnaires remplis par les établissements pour en assurer la meilleure exhaustivité possible (Cf. infra le point 2 de la présente circulaire sur la valorisation des résultats des bilans). Elle constituera une **base de données départementale** sous Epi-Info par fusion des fichiers. Un module de fusion des fichiers sera disponible sur intranet à cet effet. L'accès est le suivant : Santé, Maladies infectieuses et politique vaccinale, Bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

La DDASS est chargée de transmettre la base départementale **à la DRASS, au plus tard le vendredi 23 juin 2006**.

#### **c – DRASS :**

La DRASS est chargée de constituer une **base de données régionale** par l'agrégation des bases départementales au moyen de la fusion des fichiers.

La base de données régionale sera **envoyée à la cellule infections nosocomiales** du ministère chargé de la santé **au plus tard le vendredi 28 juillet 2006**.

Les DRASS doivent également transmettre au C.CLIN de leur inter-région la base de données régionale, en vue de traitements spécifiques utiles à la coordination interrégionale de la lutte contre les infections nosocomiales.

A l'aide du module automatisé de synthèse mis à leur disposition, les DRASS généreront, à partir de la base de données régionale, une **synthèse régionale** qui sera diffusée pour information aux établissements de la région.

## **2 – Valorisation des résultats des bilans annuels d'activités :**

### **a – Bilan national 2005 :**

Une analyse nationale sera réalisée par la cellule infections nosocomiales du ministère chargé de la santé et sera communiquée aux DRASS, ARH, DDASS et C.CLIN qui relayeront l'information auprès des établissements de santé.

### **b – L'Indice Composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) du tableau de bord des infections nosocomiales:**

**L'ICALIN 2005** est calculé à partir du bilan d'activité 2005 des établissements de santé. C'est le premier indicateur des 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales que chaque établissement doit mettre en place, conformément au programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Les ICALIN par établissement, calculés à partir des données déclarées 2005, vous seront communiqués au mois de septembre 2006 afin de vous permettre de prévoir l'accompagnement des établissements de santé. Les établissements non-répondants seront affectés dans une classe « F ».

**J'attire votre attention sur la nécessité de veiller particulièrement à la fiabilité des informations déclarées par les établissements.** Le contrôle des informations incombe conjointement aux services de la DDASS et au référent régional chargé du dossier. La constitution par l'établissement d'un dossier comprenant tous les éléments de preuve des données déclarées est un des outils mis à disposition des services déconcentrés. De plus, des consignes spécifiques pour faciliter le **contrôle de fiabilité des données du bilan des activités** vous seront adressées à cet effet en avril 2006.

**c – Analyse nationale des Bilans 2004 :** L'analyse des données nationales sur la période 2004 comprend le rapport « Analyse nationale 2004 -ICALIN et autres résultats » qui vous a été transmis dans la circulaire 82 du 24/02/06. Il doit être transmis aux établissements pour information. En outre, la synthèse nationale automatisée 2004 est disponible sur les sites du ministère et des C-CLIN.

Par ailleurs, les rapports et statistiques des 3 années précédentes sont disponibles sur intranet (pour les services du ministère chargé de la santé), internet (accès au dossier par ordre alphabétique : infections nosocomiales) et sur le site des différents C-CLIN pour les établissements qui souhaiteraient en prendre connaissance.

Le référent régional nommé par le directeur de la DRASS veillera au bon déroulement des opérations en liaison avec les DDASS et la Cellule Infections nosocomiales DGS/DHOS.

Vous voudrez bien m'informer de toute difficulté rencontrée pour l'application de cette circulaire.

P/ Le Directeur général de la santé  
Le Chef de service

*Signé*

Dr Yves COQUIN

Le Directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

*Signé*

Jean CASTEX

## ANNEXE 1

### Calendrier des étapes de recueil et de traitement des bilans standardisés des activités 2005 de lutte contre les infections nosocomiales

Acteurs	Etapas	Calendrier 2006
<b>DDASS</b>	Diffusion auprès des établissements de santé de la circulaire et de ses annexes avec lettre de transmission	au plus tard le vendredi 24 mars 2006
<b>Établissements de santé</b>	Saisie du bilan 2005 et retour du fichier <i>2005.rec</i> et du questionnaire papier à la DDASS	au plus tard le vendredi 28 avril 2006
<b>DDASS</b>	Contrôle d'exhaustivité, validation des données déclarées par les établissements, constitution d'une base de données départementale	
	Envoi de la base départementale à la DRASS	au plus tard le vendredi 23 juin 2006
<b>DRASS</b>	Constitution d'une base de données régionale	
	Transmission de la base régionale à la cellule infections nosocomiales du Ministère chargé de la santé	au plus tard le vendredi 28 juillet 2006
	Edition d'une synthèse régionale par le référent régional	
<b>Ministère chargé de la Santé</b>	Publication et diffusion de l'analyse nationale	Novembre 2006



Ministère de la santé et des solidarités,

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS  
Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé  
Bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
Sous-direction pathologie et santé  
Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale

*Cellule infections nosocomiales*

## **Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN 2005**

---

### **Annexe 2 :**

Cahier des charges relatif aux consignes de remplissage et aux éléments de preuve des données déclarées dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005

Le cahier des charges présente la description de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN). Il a été élaboré selon la méthodologie du projet de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH), par un groupe de travail spécifique, coordonné par les Dr Philippe Garnier (DGS-5C) et Valérie Salomon (DHOS-E2).

Le tableau n°1 récapitule la pondération des différents items dont les modalités de valorisation sont détaillées dans le cahier des charges.

Ce cahier des charges a été établi en tenant compte des modifications intervenues sur le questionnaire du Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Les modifications apportées tiennent compte :

- des difficultés signalées depuis la précédente version (Bilan 2001) et de celles objectivées par l'étude de faisabilité du projet COMPAQH ;
- de la nécessité d'alléger le travail de recueil de données par les établissements, notamment du fait de l'ajout des éléments nécessaires au calcul des autres indicateurs du tableau de bord.

Par voie de conséquence, des modifications mineures sont intervenues dans la cotation de l'ICALIN. Elles concernent :

- la valorisation des item O133 (p. 29) et M22 (p. 31) sur la formation restent côtés sur le même nombre de points, mais ceux-ci sont attribués différemment. En effet, l'existence d'un programme de formation est valorisée même s'il n'est pas inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement (O133) et tous les établissements de santé ne reçoivent pas des étudiants ou ne recourent pas à du personnel intérimaire (M22) ;
- la répartition des 5 points de la sous-fonction évaluation (A3) pour tenir compte de la suppression de la question sur l'évaluation des protocoles. Les 2 points précédemment attribués à cette question ont été reportés sur la réalisation d'un audit (A32, nouveau), désormais côté sur 3 points (voir p. 33 et 34). Ceci est conforme à la priorité correspondante définie dans le Programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales.

## **MODE D'EMPLOI DU CAHIER DES CHARGES**

Chaque établissement de santé doit rassembler, dans un dossier, tous les éléments de preuve définis dans les fiches par item ci-après. Il serait préférable que ces éléments soient classés dans l'ordre des fiches afin que l'évaluation des données déclarées puisse être réalisée dans un temps limité (moins de 30 minutes).

Ce dossier doit rester dans l'établissement à la disposition des agents évaluateurs de la DDASS et de la DRASS.

Tout élément de preuve manquant fera considérer l'item comme absent.

## **TABLE DES MATIERES**

Dans le Cahier des charges, les items se suivent selon l'ordre de leur apparition dans le questionnaire du Bilan standardisé des activités de LIN

La table des matières liste les items dans l'ordre de la nomenclature OMA de l'ICALIN.

### **ORGANISATION**

O111 : Projet d'établissement .....	9
O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite .....	10
O121 : Avis sur le programme d'actions.....	13
O122 : Avis sur le rapport d'activité .....	15
O131 : Livret d'accueil.....	11
O132 : Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).....	17
O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière .....	29
O211 : Réunions du CLIN .....	4
O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN .....	5
O221 : Adhésion à un réseau .....	6
O222 : Protocole de réseau .....	25
O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement .....	30
O31 : Elaboration d'un programme d'actions.....	12
O32 : Rapport d'activité .....	14

### **MOYENS**

M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH).....	7
M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels.....	31
M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement.....	32
M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux .....	8

### **ACTIONS**

A11(1) : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention.....	18
A11(2) : Protocole de prise en charge des AES .....	20
A11(3) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS) .....	22
A11(4 à 6) : Autres protocoles prioritaires.....	23
A12 (1 à 10) : Autres protocoles.....	24
A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES).....	19
A21 (2) : Actions de prévention des AES.....	21
A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR).....	16
A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence .....	26
A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire .....	27
A25 : Diffusion des résultats de la surveillance.....	28
A31, A32 : Actions d'évaluation .....	33

Tableau n°1 : Pondération des items de l'ICALIN 2005 par fonctions et sous-fonctions .....

Tableau n°2 : Catégories d'établissements de santé utilisées pour le classement de l'ICALIN... ..

Tableau n°3 : Limites des classes de résultats par catégorie d'établissements de santé .....

## O211 : Réunions du CLIN

Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant l'année ?	_ _ _ _  réunions
--	-------------------

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Par « Réunions plénières », on entend les réunions du Comité lui-même ayant donné lieu à un compte-rendu écrit.

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

2 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 1 ou 2 fois par an.

6 points seront accordés aux établissements dont le CLIN se réunit 3 fois ou plus par an.

### ELEMENTS DE PREUVE

Comptes-rendus de chaque réunion du CLIN au cours de l'année.

## O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN

Combien y a-t-il eu de réunions de groupes de travail, mandatés par le CLIN, durant l'année ?	__ __  réunions
---	-----------------

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

On entend par « Réunions des groupes de travail » toutes les réunions de groupes de travail ou de commissions chargés par le CLIN de lui soumettre des propositions adoptées en séance plénière du CLIN.

### VALORISATION:

0 point sera accordé aux établissements n'ayant eu aucune réunion pendant l'année.

1 point sera accordé aux établissements ayant eu moins ou autant de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

4 points seront accordés aux établissements ayant eu plus (strictement) de réunions de groupes de travail que de réunions plénières du CLIN.

### ELEMENTS DE PREUVE

Liste des groupes de travail avec leur nombre de réunions **et** :

Comptes-rendus des réunions de groupes de travail

ou

Relevés de conclusions des groupes de travail

ou

Comptes-rendus des réunions du CLIN créant les groupes de travail, faisant état des réunions des groupes de travail ou ayant débattu des propositions d'un groupe de travail.

## O221 : Adhésion à un réseau

L'établissement adhère-t-il à un ou des réseaux formalisés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Un réseau formalisé est une organisation « ressources » à laquelle l'EOHH ou le CLIN peut recourir pour un appui méthodologique. Ex : Réseau régional d'hygiène.

Les réponses faites à des requêtes ponctuelles (du type RAISIN, CCLIN) ne peuvent pas être considérées comme la participation à un réseau.

L'EOHH inter établissement ne constitue pas un réseau.

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'adhérant à aucun réseau formalisé.

1 point sera accordé aux établissements adhérant à un ou plusieurs réseaux formalisés.

### ELEMENTS DE PREUVE

Courrier ou fiche d'adhésion.

.

## M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)

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

Catégories de personnel dans l'EOHH	Nombre d'ETP spécifiquement affectés à la LIN
Médecin	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Pharmacien	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Cadre infirmier	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Infirmier non cadre	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Technicien biohygiéniste	I _ I _ I, I _ I _ I ETP
Secrétaire	I _ I _ I, I _ I _ I ETP

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne compter que le personnel spécifiquement affecté à la LIN, à l'exclusion de tout autre personnel.

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 la part consacrée au sein de votre établissement.

### VALORISATION

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP médicaux (médecins et pharmaciens) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

6 points seront accordés aux établissements dont les ETP paramédicaux (cadre infirmier, infirmier non cadre) spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

2 points supplémentaires seront accordés aux établissements dont le nombre d'ETP médicaux et le nombre d'ETP paramédicaux sont simultanément supérieurs (strictement) à 0.

2 points seront accordés aux établissements dont les ETP de technicien biohygiéniste ou de secrétaire spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement sont supérieurs (strictement) à 0.

### ELEMENTS DE PREUVE

Fiches de postes validées par la Direction et le Président du CLIN, avec la mention de la lutte contre les infections nosocomiales dans les missions de l'agent.

## M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux

Nombre total de services ou de secteurs d'activités	_ _ _
---	-------

Existe-t-il, <b>dans les services de soins ou secteurs d'activités</b> , des correspondants en hygiène ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Si OUI,	indiquer le nombre de services de soins où est identifié :	
---------	--	--

	au moins un correspondant médical	_ _  services
--	-----------------------------------	---------------

	au moins un correspondant paramédical	_ _  services
--	---------------------------------------	---------------

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation à l'exclusion des services médico-techniques.

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

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant de correspondants paramédicaux.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans au moins 1 service.

3 points seront accordés aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans au moins 1 service.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant médical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un correspondant paramédical identifié dans strictement plus de la moitié des services.

### ELEMENTS DE PREUVE

Liste des services, validée par la direction, **et** liste des correspondants par service, validée par :

la direction

ou

la direction des soins (paramédicaux) ou le président de CME (médicaux).

ou

le CLIN

## O111 : Projet d'établissement

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

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas adopté un projet d'établissement ou dont le projet d'établissement ne définit pas des objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

1 point sera accordé aux établissements ayant adopté un projet d'établissement contenant la définition d'objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

### ELEMENTS DE PREUVE

Extrait du projet d'établissement contenant les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

## O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite

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 des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas signé un COM avec l'ARH ou ayant signé un COM avec l'ARH qui ne contient pas d'objectifs **et** de moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales

2 points seront accordés aux établissements ayant signé un COM avec l'ARH **et** dont le COM contient des objectifs **et** des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

### ELEMENTS DE PREUVE

Extrait du COM ou de la convention tripartite contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales.

## O131 : Livret d'accueil

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

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de livret d'accueil ou, ayant un livret d'accueil, n'a pas publié d'information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

1 point sera accordé aux établissements ayant publié une information synthétique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans le livret d'accueil ou dans un document joint au livret d'accueil.

### ELEMENTS DE PREUVE

Information spécifique sur la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, contenue dans :

le livret d'accueil

ou

le document joint au livret d'accueil

## O31 : Elaboration d'un programme d'actions

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
---	---

### VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOHH.

9 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales élaboré par le CLIN avec l'EOHH.

### ELEMENTS DE PREUVE

Programme d'actions et :

- Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le programme d'actions a été présenté

ou

- Eléments de preuve de l'item O121 (avis des instances)

## O121 : Avis sur le programme d'actions

Le programme d'actions de cette année a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement (CME) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) (secteur public uniquement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (CA) (ou équivalent dans le secteur privé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales ou, ayant un programme d'actions, ne l'a soumis à l'avis que d'une seule des 4 instances pour les établissements publics ou d'aucune des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

0,5 points seront accordés à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 2 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 1 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés ou PSPH.

### ELEMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le programme d'actions pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du programme d'actions au CHSCT.

## O32 : Rapport d'activité

Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente, a-t-il été élaboré par le CLIN ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

4 points seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de lutte contre les infections nosocomiales de l'année précédente, élaboré par le CLIN.

### ELEMENTS DE PREUVE

Rapport d'activité

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle le rapport d'activité a été présenté

ou

Éléments de preuve de l'item O122 (avis des instances)

## O122 : Avis sur le rapport d'activité

Ce rapport d'activité a-t-il été :	
• soumis à l'avis de la Conférence ou Commission Médicale de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• soumis pour délibération au Conseil d'Administration (ou équivalent dans le secteur privé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• transmis, après délibération du CA, au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de rapport annuel sur les activités de l'année précédente ou ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente élaboré lorsque celui-ci n'a été soumis à l'avis d'aucune ou d'une seule instance (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

0,5 point seront accordés à l'établissement ayant un rapport annuel sur les activités de l'année précédente, lorsque celui-ci a été présenté à au moins 2 instances (CME, CSSI, CA, CHST ou équivalents de chacune d'entre elles).

### ELEMENTS DE PREUVE

Compte-rendu de la réunion des instances (CME, CSSI, CA ou équivalents de chacune d'entre elles) au cours de laquelle a été présenté le rapport d'activité pour avis ou délibération

et

Notification de la transmission du rapport d'activité au CHSCT.

## A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)

Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si le programme BMR comprend au moins :

La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements dans lesquels il n'existe pas de programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

4 points seront accordés aux établissements dans lesquels il existe un programme de maîtrise de la diffusion des BMR.

### ELEMENTS DE PREUVE

Compte rendu de la réunion du CLIN (ou document validé par le CLIN) évoquant ce programme avec au moins :

La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

et

L'organisation d'une surveillance annuelle des BMR sur l'ensemble de l'établissement

et

Un protocole sur les « Techniques d'Isolement » (Protocole n°8)

.

## O132 : Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

L'établissement a-t-il une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI,	Un représentant de la COMEDIMS est-il membre du CLIN ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### VALORISATION

0 point sera accordé à l'établissement n'ayant pas de COMEDIMS ou ayant un comité du médicament mais sans représentant de celui-ci dans le CLIN.

0,5 points seront accordés à l'établissement qui a une COMEDIMS dont un représentant au moins est membre du CLIN.

### ELEMENTS DE PREUVE

Liste des membres du CLIN et de la COMEDIMS, validées par la direction.

## A11(1) : Protocole sur l'antibiothérapie de première intention

Existe-t-il des protocoles <sup>(1)</sup> sur l'antibiothérapie de première intention <sup>(2)</sup> dans les principales infections ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

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

<sup>(2)</sup> Il s'agit de la prescription d'antibiotiques à usage curatif avant ou en absence d'antibiogramme ou de documentation bactériologique.

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de protocole sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole sur l'antibiothérapie de première intention dans les principales infections.

### ELEMENTS DE PREUVE

Protocole sur l'antibiothérapie, daté et validé par le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

## **A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)**

Existe-t-il un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### **VALORISATION**

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas de système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

1 point sera accordé aux établissements où il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec la médecine du travail.

### **ELEMENTS DE PREUVE**

Procédure de déclaration des AES, diffusée et datée

ou

Rapport AES de l'année.

## A11(2) : Protocole de prise en charge des AES

Existe-t-il un protocole de prise en charge <b>en urgence</b> des AES ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Protocole validé par le CLIN, à l'exclusion d'un protocole interne à un service sans validation externe au service.

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements où il n'existe pas un protocole de prise en charge en urgence des AES.

2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

### ELEMENTS DE PREUVE

Protocole "Conduite à tenir en cas d'AES" daté et validé par la médecine du travail ou le CLIN

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

## A21 (2) : Actions de prévention des AES

L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené des actions de prévention des AES cette année.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené des actions de prévention des AES cette année.

### ELEMENTS DE PREUVE

Document relatif à la décision de l'action, validé par le chef d'établissement

ou

Compte-rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle a été approuvée l'action ou rendu compte de sa réalisation.

### A11(3) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)

<b>L'eau</b> a-t-elle fait l'objet d'une surveillance microbiologique cette année en ce qui concerne :		
	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

#### VALORISATION:

0 point sera accordé aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire n'a pas été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année ou a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année sans seuil d'alerte défini.

2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini.

#### ELEMENTS DE PREUVE :

Protocole ou document "Conduite à tenir en cas de réseau d'eau chaude contaminé par légionelles" avec seuil d'alerte défini de façon explicite.

Ce document doit être daté et validé par les services techniques et l'EOHH (ou à défaut le président du CLIN ou le directeur).

## A11(4 à 6) : Autres protocoles prioritaires

<b>THEMES DES PROTOCOLES</b>	<b>PROTOCOLES EXISTANTS</b>
1) Hygiène des mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Précautions "standard"	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4) Sondage urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### **CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

### **VALORISATION**

Pour chaque protocole, 0 point sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque protocole, 2 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

### **ELEMENTS DE PREUVE**

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

## A12 (1 à 10) : Autres protocoles

Thème des protocoles	Protocoles existants
5) Dispositifs intra-vasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8) Techniques d'isolement	<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 (Fiche produits)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13) Désinfectants (Fiche produits)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14) Traitement des DM (endoscopes, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Validés par le CLIN, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

### VALORISATION

Pour chaque protocole, 0 point sera accordé aux établissements si le protocole n'existe pas.

Pour chaque protocole, 0,5 points seront accordés aux établissements si le protocole existe.

### ELEMENTS DE PREUVE

Protocoles datés et validés par le CLIN

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion du CLIN ayant validé le protocole.

## O222 : Protocole de réseau

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 ...) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé ou évalué un de ces protocoles à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau.

1 point sera accordé aux établissements ayant réalisé ou évalué un de ces protocoles à l'aide d'outils fournis dans le cadre d'un réseau.

### ELEMENTS DE PREUVE

Protocole ou résultat d'une évaluation faisant référence à un outil méthodologique mis à disposition par un réseau.

## A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence

Une enquête de prévalence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

Une enquête d'incidence a-t-elle été réalisée cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas réalisé d'enquête de prévalence ou d'enquête d'incidence.

3 points seront accordés aux établissements ayant réalisé au moins une enquête de prévalence ou d'incidence.

### ELEMENTS DE PREUVE

Résultats d'une enquête ou compte-rendu d'une réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats ont été présentés.

## A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire

L'établissement dispose-t-il d'un laboratoire de microbiologie ?	<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Externe avec convention <input type="checkbox"/> Non
Si le laboratoire est interne ou externe avec convention, durant l'année, y a-t-il eu une surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie (urologie, hémoculture...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements ne disposant pas d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention, ainsi qu'aux établissements avec laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention n'ayant pas fait cette année de surveillance des infections nosocomiales à partir des données du laboratoire de microbiologie ou ayant fait une surveillance sans édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

1 point sera accordé aux établissements disposant d'un laboratoire de microbiologie interne ou externe avec convention qui ont fait une surveillance des infections nosocomiales cette année à partir des données du laboratoire de microbiologie avec édition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs.

### ELEMENTS DE PREUVE

Edition d'une liste ou d'un récapitulatif des prélèvements positifs, daté de l'année du bilan.

## A25 : 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

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas organisé de surveillance (pas d'enquête de prévalence, ni d'enquête d'incidence, ni de surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie) ou ayant organisé de la surveillance mais sans diffuser ses résultats aux services participants.

1 point sera accordé aux établissements ayant organisé de la surveillance et diffusé ses résultats aux services participants.

### ELEMENTS DE PREUVE

Note de diffusion comprenant les résultats de la surveillance.

## O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière

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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Ce programme de formation a-t-il été inscrit dans le plan de formation continue de l'établissement ?		

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas de programme de formation en hygiène hospitalière cette année.

0,5 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année, **mais** n'ayant pas inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

1 point sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

### ELEMENTS DE PREUVE

Le programme de formation en hygiène hospitalière de cette année.

ou / et

Extrait du Plan de formation continue de l'établissement contenant la partie relative à la formation en hygiène hospitalière.

## **O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement**

Le CLIN a-t-il été consulté sur le plan de formation continue de l'établissement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

### **CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Répondre OUI si le CLIN a été consulté sur le Plan de formation de l'établissement (Il ne s'agit pas du seul programme de formation en hygiène hospitalière dont il doit être le promoteur).

### **VALORISATION**

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement

1 point sera accordé aux établissements ayant consulté le CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement.

### **ELEMENTS DE PREUVE**

Compte-rendu de la réunion du CLIN donnant son avis sur le Plan de formation de l'établissement.

## M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels

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

### VALORISATION

0 sera accordé aux établissements où une formation en hygiène n'a pas été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement recrutés, intérimaires ou étudiants.

1,5 points seront accordés aux établissements qui organise une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

0,5 points seront accordés aux établissements qui organise une formation en hygiène hospitalière pour au moins 1 des deux autres catégories : intérimaires ou étudiants.

### ELEMENTS DE PREUVE :

Partie du Programme de formation de chacune des catégories comprenant l'hygiène hospitalière avec:

Mention explicite des précautions standards

ou

Présence d'un membre de l'EOH ou du CLIN ou d'un spécialiste de l'hygiène hospitalière parmi les formateurs.

## M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement

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 soignant 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	_ _ _	_ _ _ _

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Ne pas compter le personnel répondant à l'item M21 (nouveaux personnels recrutés, intérimaires ou étudiants).

### VALORISATION

0 point pour les établissements ayant formé 0 médecin ou pharmacien, 0 personnel infirmier, 0 autre personnel permanent au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 médecin ou pharmacien au cours de cette année.

3 points seront accordés aux établissements ayant formé au moins 1 personnel infirmier au cours de cette année.

1 point sera accordé aux établissements ayant formé au moins 1 personnel permanent autre.

### ELEMENTS DE PREUVE

Convocations aux formations en hygiène hospitalière **et** feuilles de présence aux sessions de formation

ou

Extrait relatif à la formation en hygiène hospitalière du rapport faisant le bilan de la Formation Continue de l'année

ou

Extrait du rapport d'activité de LIN de l'année contenant le bilan de la formation en hygiène hospitalière.

## A31, A32 : Actions d'évaluation

• 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas mené d'actions d'évaluation durant cette année.

2 points seront accordés aux établissements ayant mené au moins une action d'évaluation durant cette année.

3 points supplémentaires seront accordés aux établissements ayant mené au moins un audit de pratique parmi les actions d'évaluation durant cette année.

### ELEMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation ou / et de l'audit dans un document validé par le CLIN

ou

Compte rendu de la réunion du CLIN au cours de laquelle les résultats de l'évaluation et / ou de l'audit ont été présentés.

**Tableau n°1 : Pondération des items de l'ICALIN 2005 par fonctions et sous-fonctions**

N1	N2	N3	Items	Tot	N1	N2	N3	Pts
<b>ORGANISATION</b>	O1 Intégration de la LIN dans le fonctionnement de l'établ.	O11	O111 – Objectifs de la LIN inscrites dans le Projet d'établissements	100	33	7	3	1
			O112 – LIN inscrite dans le contrat d'objectifs et de moyens					2
		O12	O121 – Avis des instances sur le programme d'actions				1,5	1
			O122 – Avis des instances sur le rapport d'activité				0,5	
		O13	O131 – Une information sur la LIN est dans le livret d'accueil				2,5	1
			O132 – Un représentant du COMEDIMS est membre du CLIN					0,5
	O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établ.		1					
	O2 CLIN organe de coordination et d'impulsion	O21	O211 – Nombre de réunions du CLIN			13	10	6
			O212 – Nombre de réunions des groupes de travail					4
		O22	O221 – Adhésion à un ou des réseaux formalisé(s)				1	
			O222 – Protocoles réalisés ou évalués par des outils fournis par un réseau				1	
	O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue	1						
	O3 Outils de gestion de la LIN	O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN				13		
O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN		4						
<b>MOYENS</b>	M1 Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière	M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0		33	16	6		
		M12 – Nombre temps plein paramédical > 0				6		
		M13 – M11 > 0 et M12 > 0				2		
		M14 – Nombre temps plein secrétaire ou technicien >0				2		
	M2 Formation du personnel	M21 – Formation pour les nouveaux personnels, intérimaires et étudiants			9	2		
		M22 – Formation des médecins ou pharmaciens > 0				3		
		M23 – Formation des personnels infirmiers > 0				3		
		M24 – Formation des autres personnels permanents > 0				1		
	M3 Correspondants	M31 – Correspondants en hygiène médicaux			8	4		
		M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux				4		
<b>ACTIONS</b>	A1 Prévention Protocoles	A11 – 6 protocoles prioritaires (antibiothérapie de première intention, prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire)		34	17	12		
		A12 – 10 autres protocoles (dispositifs intra-vasculaires, technique d'isolement, escarres, pansements, antiseptiques, désinfectants, traitement des dispositifs médicaux, entretien des locaux, élimination des déchets, circuit du linge)				5		
	A2 Surveillance	A21 – Actions de prévention et système de déclaration des accidents exposant au sang (AES)			12	3		
		A22 – Programme de maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques				4		
		A23 – Réalisation d'au moins une enquête de surveillance				3		
		A24 – Surveillance à partir des données du laboratoire de microbiologie				1		
		A25 – Résultats de la surveillance diffusés aux services				1		
	A3 Evaluation	A31 – Réalisation d'un type d'évaluation			5	2		
		A32 – dont un audit de pratique				3		

## Tableau n°2 : Catégories d'établissements de santé utilisées pour le classement de l'ICALIN

Intitulé des catégories d'établissement	DEFINITIONS
1 – CHR-CHU	- Centres hospitaliers régionaux – Centres hospitaliers universitaires
2 – CH-CHG de moins de 300 lits et places ou de plus de 300 lits et places	- Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale
3 – Etablissements Psy	- Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
4 – Etablissements locaux	- Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
5 – Cliniques MCO de moins de 100 lits et places ou de plus de 100 lits et places	- Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) - Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN
6 – Hôpitaux des armées	- Hôpitaux des armées
7 – SSR-SLD	- Etablissements n'ayant que des soins de suite et de réadaptation et/ou des soins de longue durée (sans court séjour)
8 – CLCC-CANCER	- Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)
9 – HAD	- Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
10 – Hémodialyse	- Centre de dialyse : exclusif ou très prédominant
11 – MECSS	- Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)

**Tableau n°3 : Limites des classes de résultats par catégorie d'établissements de santé**

Catégories d'établissements de santé		Échantillon national 2003 (nombre d'établissements de santé)	Percentile 10	Percentile 30	Percentile 70	Percentile 90
1 – CHR-CHU		56	65,75	86	94,25	97,75
2 – CH-CHG	moins de 300 lits	279	44.5	62.5	79.5	88.5
	plus de 300 lits	241	67.5	79	89	95.5
3 – Etablissements Psy		212	36	50.65	73	84.45
4 – Hôpitaux locaux		289	16.4	31.5	59	74.1
5 – Cliniques MCO	moins de 100 lits	305	36	55	73	85.1
	plus de 100 lits	270	52	63.5	79.5	89
6 – Hôpitaux des armées		9	66	86.9	95.3	97.1
7 – SSR-SLD		561	23	45	69.5	82
8 – CLCC-CANCER		19	63.7	72.7	85.1	94.3
9 – HAD		6	19	28.75	49.75	64.5
10 – Hémodialyse		25	29.6	51.4	69.7	80.35
11 – MECSS		16	26.5	38.25	78	84.5

**CLASSES DE RESULTATS**

**E**

**D**

**C**

**B**

**A**