



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

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

## **ANNEXE 1**

(Version 2007)

# **Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales**

**Année ....**

Ce questionnaire sert de support à la déclaration de votre bilan sur internet

**<https://www.bilanlin.sante.gouv.fr>**

Cette déclaration doit s'effectuer en une seule fois. Ce questionnaire sert à préparer les réponses avant de procéder à leur saisie sur internet.

## **COMMENTAIRES**

Le questionnaire a été aménagé depuis le bilan de l'année 2006 : transferts des questions relatives aux antibiotiques du chapitre V.2 au X.3, nouvelle question sur les disciplines chirurgicales dans la partie administrative, reformulation des questions relatives aux usagers (II-4) et aux protocoles d'antibiotiques (X-3)

Si vous avez reçu votre fiche de résultats du Tableau de bord 2006, vous n'aurez pas besoin de remplir la partie administrative.

Si la fiche reçue vous a classé comme non-répondant (F) ou si vous n'avez pas reçu de fiche Tableau de bord 2006, vous devez remplir la partie administrative.

**Pour tout problème technique concernant le nouveau système de déclaration vous pouvez vous adresser directement à la Cellule infections nosocomiales : [CELL-INF-NOSOC@sante.gouv.fr](mailto:CELL-INF-NOSOC@sante.gouv.fr)**

**Ou au numéro de téléphone suivant :  
01 40 56 72 87**

**I – DONNEES ADMINISTRATIVES DE L'ETABLISSEMENT :**

- Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_
- Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_
  - Ville : \_\_\_\_\_ Département : ...
- Numéro Finess de l'entité juridique : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
- Numéro Finess de l'établissement : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 (n° FINESS d'établissement figurant sur la feuille de résultats du Tableau de bord 2006)
- **Catégorie de l'établissement :** (cocher la case correspondant à l'établissement)

|                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>1 - CHR – CHU</b>                                 | <input type="checkbox"/> | <b>7 - Etablissement SSR / SLD</b>          |
| <input type="checkbox"/> | <b>2 - CH – public ou PSPH sous dotation globale</b> | <input type="checkbox"/> | <b>8 - Centre de Lutte Contre le Cancer</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>3 - CHS – Etablissement psychiatrique</b>         | <input type="checkbox"/> | <b>9 - Hospitalisation à domicile (HAD)</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>4 - Hôpital local</b>                             | <input type="checkbox"/> | <b>10 - Hémodialyse</b>                     |
| <input type="checkbox"/> | <b>5 - Clinique MCO (privé ou PSPH sous OQN)</b>     | <input type="checkbox"/> | <b>11 - MECSS - Pouponnière</b>             |
| <input type="checkbox"/> | <b>(<sup>6</sup>)</b>                                | <input type="checkbox"/> | <b>12 - Ambulatoire</b>                     |

- **Statut de l'établissement :** (cocher la case correspondant à l'établissement)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Public</b>                                  |
| <input type="checkbox"/> | <b>PSPH ou privé sous dotation globale ARH</b> |
| <input type="checkbox"/> | <b>Privé (OQN)</b>                             |

**LE CHAPITRE (I) N'EST A REMPLIR QUE SI VOUS ETES UN NOUVEL ETABLISSEMENT OU NON-REPONDANT (F) EN 2006.**

*Pour les établissements ayant répondu en 2006, vous devez inscrire le n° FINESS d'établissement figurant sur la feuille du résultat du TdB 2006.*

**Pour les données administratives et celles concernant le personnel (Ch. II), demandez à l'administration de l'établissement de vous transmettre les informations pour pouvoir vérifier celles qui sont sur le site de saisie du bilan..**

**Catégorie de l'établissement :**

Pour les établissements privés non MCO, les inscrire dans le type correspondant à leur spécialité (Psy, SSR ou SLD, HAD ...).

Les maisons de convalescence émargent généralement à la carte sanitaire SSR : les inscrire en Ets SSR/SLD.

Pour la définition précise des catégories d'établissements se reporter au tableau n°7 du « Cahier des charges ».

(<sup>6</sup>)Les « hôpitaux des armées » sont intégrés dans la catégorie « 2-CH ».

| CATEGORIES DE LITS ET PLACES DE L'ETABLISSEMENT   | Nombre de lits | Nombre de places (ambulatoire) |
|---|----------------|--------------------------------|
| Médecine (avec réanimation et pédiatrie médicales),<br>dont réanimation médicale          |                |                                |
| Chirurgie (avec réanimation et pédiatrie chirurgicales),<br>dont réanimation chirurgicale |                |                                |
| Obstétrique   |                |                                |
| Néonatalogie (y compris réanimation néonatale)  |                |                                |
| Soins de suite et de réadaptation   |                |                                |
| Soins de longue durée   |                |                                |
| Psychiatrie   |                |                                |
| Urgences (HTCD)   |                |                                |
| Hémodialyse   |                |                                |
| Hospitalisation à domicile  |                |                                |

- **Nombre total de services ou de secteurs d'activités** disposant de lits ou places d'hospitalisation.
- **Disciplines chirurgicales** : remplir le tableau ci-dessous.

|\_|\_|\_|

| Disciplines chirurgicales de l'établissement           | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Chirurgie Cardiaque et Vasculaire                      |     |     |
| Chirurgie Digestive                                    |     |     |
| Chirurgie générale                                     |     |     |
| Chirurgie Infantile/ pédiatrique                       |     |     |
| Chirurgie Orthopédique et Traumatique                  |     |     |
| Chirurgie Plastique et Reconstructrice                 |     |     |
| Chirurgie Thoracique                                   |     |     |
| Chirurgie Gynéco-obstétrique                           |     |     |
| Neurochirurgie   |     |     |
| Chirurgie en Opht., O.R.L., Stomato.et Maxillo-faciale |     |     |
| Chirurgie urologique                                   |     |     |

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 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 ou d'EHPAD 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.

**Disciplines chirurgicales** : cocher Oui ou Non.

## II - L'INSTANCE DE CONSULTATION ET DE SUIVI CHARGÉE DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CLIN)\*

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 ? . |  |  |  | réunions

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

4 • Les représentants des usagers siégeant au sein de la « Commission des Relations avec les usagers et de la Qualité de la prise en charge » ont-ils été convoqués aux séances du CLIN au cours desquelles ont été discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions (Art. R6111-6 du Code de la santé publique), même s'ils n'assistent aux séances?  Oui  Non

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

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
| Si OUI, le(s)quel(s) ? | <input type="checkbox"/> R.A.I.S.I.N               | <input type="checkbox"/> Autre - Préciser : |
|                        | <input type="checkbox"/> Réseau régional d'hygiène | .....                                       |
|                        | <input type="checkbox"/> 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) ... |  |  |  |

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

\* Il peut s'agir du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou d'une sous-commission de la CME, spécifique ou non à ce thème. L'appellation usitée de "CLIN" sera conservée dans le questionnaire pour parler de cette instance."

### CONSULTER LE « CAHIER DES CHARGES »

pour répondre à partir de ce chapitre. Il contient des consignes de remplissage 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<br>.....<br>...   | _ _ ,  _ _  ETP                                       |

### 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 AFFECTÉ 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 :**

Inscrire les ETP correspondants et pas le nombre de personnes concernées.

#### **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) : répondre OUI si le précédent COM ou CPOM avait prévu des objectifs et moyens relatifs à la LIN.

Livret d'accueil : CSP art. R6111-9

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

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

### IV.3 – Le rapport annuel sur les activités de l'année précédente :

- Un rapport annuel, sur les activités de l'année précédente, a-t-il été élaboré par le CLIN ?  Oui  Non

|   |   |
|---|---|
| Si OUI, ce rapport d'activité 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 |

## V - PREVENTION DES RISQUES INFECTIEUX

### V.1 - Prévention de la diffusion des BMR :

- Existe-t-il un programme de maîtrise de la diffusion des BMR (1) ?  Oui  Non

Si OUI, 

|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| • année de la dernière version | _   _   _   _ |
|--------------------------------|---------------|

### Rapport d'activité :

Il ne s'agit pas du simple remplissage de ce bilan standardisé. Le rapport d'activité présente les actions menées l'année précédente et leurs résultats.

Rapport d'activité et bilan des activités : CSP art. R 6111-2

### Programme B.M.R :

(1) 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
- Un protocole sur les « Techniques d'Isolement » (Protocole n°8)

## V.2 - Accidents d'exposition au sang (AES) :

|   |   |
|---|---|
| 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 |

## V.3 - 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<br><input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini<br><input type="checkbox"/> Non<br><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<br><input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet                              |
| 3 • le réseau d'eau chaude sanitaire ?  | <input type="checkbox"/> Oui, avec un seuil d'alerte défini<br><input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini<br><input type="checkbox"/> Non   |

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

|   |  |
|---|--|
| 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) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui, avec un seuil d'alerte défini<br><input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini<br><input type="checkbox"/> Non |
|---|--|



#### V.4 – Protocoles de prévention des risques infectieux

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

| THEMES DES PROTOCOLES                      | Protocoles<br>Existants (1)   | Année de la dernière version<br>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 ou l'instance chargée des mêmes attributions en séance plénière.

## 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"/> services    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 2) Infections du site opératoire*              | <input type="text"/> disciplines | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 3) Pneumopathies nosocomiales                  | <input type="text"/> services    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 4) Infections urinaires nosocomiales           | <input type="text"/> services    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 5) Infections sur cathéter                     | <input type="text"/> services    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 6) Bactériémies nosocomiales                   | <input type="text"/> services    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 7) Autres                                      | <input type="text"/> services    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Préciser le thème : .....                      |                                  |   |

\* Pour 2) Infections du site opératoire, renseigner le nombre de disciplines chirurgicales participantes (voir Cahier des charges).

### 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<br><input type="checkbox"/> Sans objet |
| • étudiants (médicaux, paramédicaux, autres) ?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

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

### X.1 – SARM :

- 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 |\_|\_|\_|\_|
- Nombre de prélèvements bactériologiques à visée diagnostique effectués pour l'établissement au cours de l'année |\_|\_|\_|\_|

**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).

## X.2 – SHA :

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

## X.3 - Bon usage des antibiotiques

|  |   |
|--|---|
| 1 • L'établissement a-t-il une <b>instance</b> , propre ou partagée avec d'autres structures, chargée d'impulser et coordonner les actions en matière de bon usage des antibiotiques ? (Commission des antibiotiques de la circulaire) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

|  |           |
|--|-----------|
| Si OUI, • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année | _ _   _ _ |
|--|-----------|

|   |   |
|---|---|
| 2 • Existe-t-il au sein de l'établissement un <b>réfèrent en antibiothérapie</b> désigné par le représentant légal de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| Si OUI, • Quelle est sa discipline ? (1) | _ |
|--|---|

### 3 • Protocoles

|   |  |
|---|--|
| 3a • Existe-t-il un ou des protocoles, validés par l'instance ci-dessus, sur <b>l'antibioprophylaxie chirurgicale</b> et basé(s) sur un référentiel reconnu (2) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Non concerné |
|---|--|

|   |               |
|---|---------------|
| Si OUI, • Année de la dernière version validée par l'instance | _   _   _   _ |
|---|---------------|

|  |   |
|--|---|
| 3b • Existe-t-il un protocole, validé par l'instance ci-dessus, sur <b>l'antibiothérapie de première intention</b> dans les principales infections ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| Si OUI, • Est-il celui en vigueur dans le secteur des urgences ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Non concerné |
|--|--|

|   |               |
|---|---------------|
| • Année de la dernière version validée par l'instance | _   _   _   _ |
|---|---------------|

Le dénominateur de cet indicateur (ICSHA) sera extrait de la SAE par l'administration centrale.

**Volume de SHA :** Ne pas compter les consommations des établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS, maison de retraite ...) gérés par l'établissement de santé

La partie X.2 - SHA ne concerne pas les MECSS, l'ambulatoire et les centres de post cure alcoolique exclusif.

**Les parties X.3 et X.4 (ICATB)** ne concerne pas les HAD, l'hémodialyse, les MECSS, l'ambulatoire et les centres de post cure alcoolique exclusif.

**(1) N° de la discipline du réfèrent en antibiothérapie :** 1 - Infectiologue ; 2 - Interniste ; 3 - Anesthésiste-réanimateur ou réanimateur médical ; 4 - Hygiéniste ; 5 - Biologiste ; 6 - Pharmacien ; 7 - Généraliste ; 8 - Autre

(2) Ne concerne que les établissements disposant de services chirurgicaux ou / et obstétricaux. Voir le « Cahier des charges » pour les consignes de remplissage.

|   |   |
|---|---|
| 4 • Existe-t-il une liste des <b>antibiotiques disponibles</b> dans l'établissement ?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, • Dans cette liste, l'instance ci-dessus a-t-elle défini une liste des <b>antibiotiques à dispensation contrôlée</b> selon des critères validés par l'instance ?                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, • Les antibiotiques à dispensation contrôlée sont-ils dispensés et délivrés pour une <b>durée limitée</b> , permettant une justification du traitement après 48-72 heures ? (3) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### 5 • Système d'information :

|  |  |
|--|--|
| 5.a • Existe-t-il une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie ? (4) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |
| 5.b • La prescription du médicament est-elle informatisée ? (5)  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |
| Si OUI, • partiellement ou totalement (6).   | <input type="checkbox"/> Part. <input type="checkbox"/> Total. |

6 • Une **formation des nouveaux prescripteurs**, permanents ou temporaires, est-elle prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques? (7)  Oui  Non

7 • Une action **d'évaluation de la qualité** des prescriptions d'antibiotiques a-t-elle été réalisée au cours de l'année de ce bilan ? (8)  Oui  Non

(3) Il existe un support de prescription **nominatif** transmis à la pharmacie à usage interne avec une durée limitée à 72 heures maximum pour les antibiotiques à dispensation contrôlée

(4) Au minimum le **système d'information** permet l'accès des données individuelles du laboratoire de microbiologie aux services prescripteurs et à la pharmacie à usage intérieur

(5) Le **système d'information** permet une prescription informatisée de l'ensemble des médicaments au sein du service, avec une transmission automatique des données à la PUI pour tout ou partie des secteurs d'activité de l'établissement

(6) La prescription informatisée est totale si elle concerne tous les services ou les secteurs d'activités, sinon, elle est partielle.

(7) **Formation** : Il existe un support documentaire institutionnel sur le sujet et au moins une séance de formation/information sur le sujet a été organisée si l'établissement a accueilli dans l'année un nouveau prescripteur permanent ou temporaire.

(8) **Evaluation** : Une méthode et un rapport des résultats d'au moins un audit effectué dans l'année sont disponibles.

## X.4 - Consommation des antibiotiques

8 • Existe-t-il une **surveillance de la consommation d'antibiotiques** en Doses Définies Journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation ? (9)

Oui  Non

Si OUI,

|   |         |
|---|---------|
| • <b>Résultats annuels</b> (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :                             |         |
| JO1A - Tétracyclines  | _ _ _ _ |
| JO1B - Phénicolés   | _ _ _ _ |
| JO1C - Pénicillines   | _ _ _ _ |
| JO1D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes   | _ _ _ _ |
| JO1E - Sulfamides et Triméthoprime  | _ _ _ _ |
| JO1F - Macrolides et apparentés   | _ _ _ _ |
| JO1G - Aminosides   | _ _ _ _ |
| JO1M - Fluoroquinolones   | _ _ _ _ |
| JO1X - Autres antibiotiques dont glycopeptides  | _ _ _ _ |
| TOTAL des DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues | _ _ _ _ |

(9) **Surveillance de la consommation d'antibiotiques** : la méthodologie nationale de surveillance est utilisée ([http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/calcul\\_antibiotiques/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/calcul_antibiotiques/sommaire.htm)) et un rapport contenant les résultats est disponible dans l'établissement.

## **XI - Commentaires**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Signature du président du CLIN | Signature du représentant légal de l'établissement de santé |
|--------------------------------|---|