



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

ANNEXE 1

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

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

Bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales

Année **2004**

Quand vous aurez terminé, le programme sauvegardera le fichier sur la disquette que vous devez retourner au service de la DDASS qui vous l'a adressé. Si vous avez des commentaires particuliers à faire sur vos activités ou sur ce bilan, portez-les sur la version papier et adresser-la en même temps que la disquette.

COMMENTAIRES

Le questionnaire n'a subi aucun changement par rapport à celui de 2001.

Le module informatique, CLIN5.EXE, a été amélioré pour tenir compte des difficultés rencontrées en 2001.

Si votre précédente saisie s'est passée sans problème, le programme va reprendre automatiquement les données administratives du chapitre I de l'année précédente. Pour cela, vous devez vérifier, à l'aide de l'explorateur Windows, l'existence du fichier c:\bcr2002\prov.rec.

Si vous avez changé d'ordinateur, il faudra recopier ce fichier avec son répertoire dans votre nouvel ordinateur.

Pour tout problème technique concernant l'installation et l'utilisation du module de saisie CLIN5.EXE, vous pouvez vous adresser directement au numéro de téléphone suivant :

01 40 56 50 06

I – DONNEES ADMINISTRATIVES DE L'ETABLISSEMENT :

- Nom de l'établissement : **Polyclinique des Alpes du Sud**
- Adresse de l'établissement : **Avenue Commandant Dumont**
 - Ville : **Gap** Département : **05**
- Numéro Finess de l'entité juridique : **05 00 00 090**
- Numéro Finess de l'établissement : **05 00 00 090**

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

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CHR – CHU | <input type="checkbox"/> | Hôpital des armées |
| <input type="checkbox"/> | CH – CHG | <input type="checkbox"/> | Etablissement SSR / SLD |
| <input type="checkbox"/> | CHS – Etablissement psychiatrique | <input type="checkbox"/> | CLCC, Instituts du cancer ... |
| <input type="checkbox"/> | Hôpital local | <input type="checkbox"/> | H.A.D. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Clinique MCO | <input type="checkbox"/> | Autre |

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

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

Si le programme reprend les données administratives de l'année précédente, la saisie informatique commencera au Chapitre II – LE CLIN.

Si certaines données administratives ont changé, vous utiliserez, après votre 1^{ère} saisie, l'option « CORRECTION » du programme pour les modifier.

Pour effectuer une saisie efficace sur l'ordinateur, préparer vos réponses à partir de cette version papier.

Pour les données administratives et celles concernant le personnel (Ch. II), demandez à l'administration de l'établissement de vous transmettre les informations.

Type de l'établissement :

Le type « AUTRE » doit être exceptionnel.
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.

| CATEGORIES DE LITS ET PLACES DE L'ETABLISSEMENT (correspondant aux différentes cartes sanitaires) | Nombre de lits | Nombre de places (ambulatoire) |
|--|----------------|--------------------------------|
| Médecine (et réanimation médicale), court séjour | 25 | 0 |
| dont réanimation médicale | 0 | |
| Chirurgie (et réanimation chirurgicale), court séjour | 50 | 11 |
| dont réanimation chirurgicale | 0 | |
| Obstétrique | 0 | |
| Néonatalogie (y compris réanimation néonatale) | 0 | |
| Soins de suite et de réadaptation | 0 | |
| Soins de longue durée | 0 | |
| Psychiatrie | 0 | |
| Urgences (HTCD) | 0 | |
| Hémodialyse | | |
| Hospitalisation à domicile | | 0 |
| Autre type de services sanitaires : | | |
| Nature du service | | |

| | |
|---|-----------|
| • Nombre total de services ou de secteurs d'activités | 0 0 3 |
| • Nombre total de services ou de secteurs d'activités de chirurgie | 0 2 |
| • Nombre total de services ou de secteurs d'activités d'obstétrique | |

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

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

Les lits de médecine et de chirurgie comprennent leur 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).

Nombre total de services :

Il ne faut compter que les services disposant de lits ou places d'hospitalisation.

II - LE COMITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

- Un CLIN a-t-il été constitué dans l'établissement ? Oui Non
- Nom du président du CLIN **JP Lanfranchi**
- Outre les moyens éventuellement alloués à l'équipe opérationnelle d'hygiène, le CLIN dispose-t-il d'un budget de fonctionnement (secrétariat, frais de fonctionnement, etc) ? Oui Non
- Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant l'année ? réunions
- Combien y a-t-il eu de réunions de groupes de travail durant l'année ? réunions
- L'établissement adhère-t-il à un ou des réseaux formalisés ? Oui Non

| | | |
|------------------------|---|--|
| Si OUI, le(s)quel(s) ? | <input type="checkbox"/> C-CLIN | <input type="checkbox"/> Réseau régional d'hygiène |
| | <input type="checkbox"/> Groupement de CLIN | <input type="checkbox"/> Autre |

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.

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

III.1 – L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) :

- L'établissement dispose-t-il d'un personnel spécialement dédié à la lutte contre les infections nosocomiales ? Oui Non
- Si OUI, Ce personnel est-il partagé avec d'autres établissements ? Oui Non
- Si OUI, Avec combien d'établissements (y compris le vôtre) ...
- Convention avec ces établissements (signée ou en cours) ? Oui Non

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...)

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

| Catégories de personnel dans l'équipe d'hygiène | Nombre d'ETP spécifiquement dédiés à l'hygiène intervenant <u>dans l'établissement</u> | Nombre d'ETP inscrits au <u>budget</u> de l'établissement | Nombre d'ETP budgétés et <u>non occupés au 31/12</u> |
|---|--|---|--|
| Médecin | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Pharmacien | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Cadre infirmier | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Infirmier non cadre | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Tech. biohygiéniste | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Secrétaire | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Autre personnel permanent, préciser | ZERO ETP | ZERO ETP | ZERO ETP |
| Autre personnel en formation (internes, étudiants, ...) : | ZERO ETP | | |

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

Colonne 2 :

- NE COMPTER QUE LE PERSONNEL DEDIE A LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES, 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.

Colonne 3 :

- Inscrire les ETP dont le financement est à la charge du budget de votre établissement.
- Ne pas inscrire les ETP intervenant dans votre établissement mais émargeant au budget d'un autre établissement.
- Mais, inscrire les ETP émargeant au budget de votre établissement et intervenant dans un autre établissement.

Colonne 4 :

Il s'agit des postes non occupés au 31/12 parmi ceux qui émargent au budget de votre établissement (donc inclus dans la colonne3).

Ces questions doivent permettre de mesurer les efforts budgétaires accomplis et à prévoir pour l'avenir.

III.2 – L'organisation de l'EOH :

- Indiquez le type d'organisation de l'EOH en inscrivant le numéro correspondant à sa situation :

7

| |
|--|
| 1. Service d'hygiène avec chef de service (ou structure spécifique autonome dans le secteur privé) |
| 2. Fédération médicale interhospitalière (art. L6135-1 du CSP) |
| 3. Unité fonctionnelle d'hygiène (voir ci-après) |
| 4. Personnel rattaché directement à un service de soins (médecine, chir....) |
| 5. Personnel rattaché directement à un service médico-technique (pharmacie, laboratoire ..) |
| 6. Personnel rattaché directement à un service administratif (DSSI ...) |
| 7. Sans organisation formelle |

S'il s'agit d'une unité fonctionnelle (art. L6146-1 du CSP), est-elle:

| |
|--|
| a) au sein d'un service, département ou fédération* de soins |
| b) au sein d'un service, département ou fédération* médico-technique |
| c) au sein d'une structure multidisciplinaire (vigilances, pôle qualité ...) |
| d) rattachée à un service administratif (DSSI ...) |
| e) indépendante de toute autre structure |

* Fédération (interne à l'établissement) : art. L6146-4 du CSP

III.3 – 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 où est identifié :

• au moins un correspondant médical | | **0** | services
 • au moins un correspondant paramédical | | **4** | services

Indiquer quel est le type d'organisation dans lequel travaille le personnel décrit précédemment.

Secteur public :

Les définitions proposées (1, 2 et 3) correspondent aux dispositions du Code de la Santé publique.

Le CLIN ou le C-CLIN ne sont pas des services de l'établissement. Si l'EOH n'a pas d'autre lien fonctionnel que celui qui le lie au CLIN, cocher « Sans organisation formelle ».

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 :

| | |
|---|---|
| • 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 |
| • L'établissement a-t-il signé un <i>Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM)</i> avec l'ARH (ou une <i>convention tripartite</i> pour le secteur privé)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, • Le COM signé avec l'ARH définit-il des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • 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 comporte-t-il 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'action :

| | |
|---|---|
| • Cette année, un programme d'action en matière de lutte contre les infections nosocomiales a-t-il été élaboré par le CLIN avec l'EOH ? | <input type="checkbox"/> Oui |
| | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, ce programme d'action 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 de Sécurité et des Conditions de Travail ?

IV.3 – Les objectifs prioritaires du programme d’action :

• Evaluation des objectifs prioritaires du programme d’action :

| Objectifs fixés | Réalisés cette année | Commentaires |
|----------------------|---|--------------|
| 1)enquête prévalence | <input type="checkbox"/> Complètement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> NON | |
| 2)enquête BMR | <input type="checkbox"/> Complètement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> NON | |
| 3)enquête AES | <input type="checkbox"/> Complètement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> NON | |
| 4)enquête ISO | <input type="checkbox"/> Complètement <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> NON | |

Si le programme d’action a défini plus de 4 objectifs, sélectionner les 4 objectifs qui vous paraissent les plus importants.

IV.4 – 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’activités a-t-il été :

- soumis à l’avis de la Conférence ou Commission Médicale de l’établissement ? Oui Non
- soumis à l’avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (secteur public uniquement) ? Oui Non
- soumis pour délibération au Conseil d’Administration (ou équivalent dans le secteur privé) ? Oui Non
- transmis, après délibération du CA, au Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ? Oui 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 ? Oui Non

| | | |
|---------|---------------------------------|---|
| Si OUI, | • depuis quelle année ? | I2000I |
| | - a-t-il été: | |
| | • actualisé cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | • évalué cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

V.2 - Bon usage des antibiotiques

- L'établissement a-t-il un comité du médicament ? Oui Non

| | | |
|---------|---|---|
| Si OUI, | • Un représentant du comité du médicament est-il membre du CLIN ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | • Des protocoles concernant le bon usage des antibiotiques sont-ils élaborés en collaboration avec le CLIN et le comité du médicament ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

- Existe-t-il des protocoles ⁽¹⁾ sur l'antibioprophylaxie chirurgicale⁽²⁾ ? Oui Non

| | | |
|---------|--------------------------------------|---|
| Si OUI, | ont-t-il été : | |
| | • mis en place cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | • actualisés cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | • évalués (observance) cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

⁽¹⁾ Réalisés ou validés par le CLIN, l'EOH ou le comité du médicament, à l'exclusion des protocoles internes à un service sans validation externe au service.

⁽²⁾ Ne concerne que les établissements disposant de services chirurgicaux.

• Existe-t-il des protocoles ⁽¹⁾ sur l'antibiothérapie de première intention ⁽³⁾ dans les principales infections ? Oui Non

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Si OUI, ont-ils été : | • mis en place cette année ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | • actualisés cette année ?..... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | • évalués (observance) cette année ?.. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

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

V.3 - Accidents d'exposition au sang (AES) :

• Existe-t-il un système de signalement des AES en collaboration avec la médecine du travail ?..... Oui Non

• Existe-t-il un protocole de prise en charge en urgence des AES ?..... Oui Non

• L'établissement a-t-il mené des actions de prévention des AES cette année ? Oui Non

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

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

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

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

Oui Non

Si OUI, • Y a-t-il eu cette année une surveillance de l'air dans les secteurs où l'air est traité ?

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

V.4 – Protocoles de prévention des risques infectieux

Cocher en cas de réponse affirmative(* Inscrire 8 si l'activité n'existe pas dans l'établissement)

| THEMES DES PROTOCOLES | Protocoles Existants | Actualisés cette année | Application évaluée cette année | Diffusion des résultats de l'évaluation aux services concernés |
|----------------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 1) Hygiène des mains | X | X | | |
| 2) Précautions "standard" | | | | |
| 3) Préparation de l'opéré * | | | | |
| 4) Sondage urinaire | | | | |
| 5) Dispositifs intra-vasculaires | X | | | |
| 6) Hémocultures | X | | | |
| 7) Ventilation artificielle * | | | | |
| 8) Techniques d'isolement | X | | | |
| 9) Maladie de Creutzfeldt-Jakob | X | | | |
| 10) Escarres | X | X | | |
| 11) Pansements | | | | |
| 12) Antiseptiques | X | | | |

Les 3 dernières colonnes ne concernent que les protocoles existants.

La dernière colonne ne concerne que les protocoles existants et ayant été évalués cette année.

Lors de la saisie informatique, les protocoles n° 3, 18 et 20 seront automatiquement sautés si votre établissement n'a pas déclaré précédemment ces activités (lits/places de chirurgie ou obstétrique, secteurs avec traitement de l'air contrôlé, places d'hémodialyse). Le programme inscrira automatiquement la réponse « 8 » lors de la sauvegarde.

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 13) Désinfectants | | | | |
| 14) Traitement des dispositifs médicaux (endoscopes, matériel médico-chir., ...) * | X | X | | |
| 15) Entretien des locaux | | | | |
| 16) Elimination des déchets | | | | |
| 17) Circuit du linge | | | | |
| 18) Maintenance des systèmes de traitement de l'air des secteurs protégés * | | | | |
| 19) Hygiène en radiologie * | | | | |
| 20) Hygiène en hémodialyse * | | | | |
| 21) Hygiène en service d'explorations fonctionnelles * | | | | |
| 22) Hygiène en laboratoire * | | | | |
| 23) Hygiène en pharmacie | | | | |
| 24) Autre n° 1 : Préciser | | | | |
| | | | | |
| 25) Autre n° 2 : Préciser | | | | |
| | | | | |

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

Oui Non

VI - SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

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

Si OUI, indiquer le nombre de services concernés: services

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

Si OUI, remplir le tableau suivant :

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

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).

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

| | |
|--|--|
| • 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 OUI • 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 |
| Si OUI • a-t-elle concerné ? | <input type="checkbox"/> Uniquement les BMR <input type="checkbox"/> BMR + autres germes <input type="checkbox"/> Uniquement autres germes |
| Si BMR, • a-t-elle porté sur l'ensemble des services de l'établissement ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

VI.4 – Diffusion des résultats de la surveillance :

| | |
|--|---|
| • Les résultats de la surveillance (enquêtes et données du laboratoire) ont-ils été diffusés aux services participants ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|

VII - Situations d'alerte ou épidémiques :

| | |
|--|-------------------|
| • Nombre de situations d'alerte ou de situations épidémiques (cas rares, cas groupés...) détectées cette année au sein de l'établissement..... | __ _0 situations |
| • Nombre de situations d'alerte ayant conduit à solliciter un expert ou une structure extérieure à l'établissement cette année pour une aide | __ _0 situations |
| • Nombre de situations d'alerte ayant fait l'objet d'un signalement externe (C-CLIN et DDASS) cette année | __ _0 situations |

Le premier chiffre englobe toutes les alertes, y compris celles qui ont conduit à solliciter un expert (2^e question) et les alertes signalées (3^e question)

VIII – Formation en hygiène hospitalière :

• Un programme de formation continue en hygiène hospitalière a-t-il été inscrit cette année dans le plan de formation de l'établissement ? Oui Non

Si OUI, - le CLIN a-t-il été consulté ? Oui Non

• Une formation en hygiène a-t-elle été prévue pour les nouveaux professionnels de l'établissement (formations inscrites au plan de formation de l'établissement ou programmées) ?

• nouveaux personnels recrutés Oui Non

• intérimaires Oui Non

• étudiants (médicaux, paramédicaux, autres) Oui Non

• 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 | _ _ _ _0_ | _ _ _ _ |
| Personnels infirmiers | _ _ _ _0_ | _ _ _ _ |
| Autres personnels permanents | _ _ _ _0_ | _ _ _ _ |
| Autres personnels intérimaires ou étudiants | _ _ _ _0_ | _ _ _ _ |

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'EOH.

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).

IX - Evaluation

• Des actions d'évaluation ont-elles été menées durant l'année (en dehors des évaluations de l'application des protocoles déjà signalées) ? Oui Non

Si OUI, • Y a-t-il eu des audits de pratiques ?..... Oui Non

• Y a-t-il eu d'autres actions d'évaluation ? Oui Non

Si OUI, • Lesquelles :

X - Commentaires

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