



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*

## **Tableau de bord des infections nosocomiales 2006**

---

### **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 2006

Le cahier des charges présente la description de l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) et du prochain indice composite du bon usage des antibiotiques (ICATB). 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).

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. Il comprend une nouvelle partie relative aux questions servant à calculer le nouvel indicateur ICATB.

Des modifications sont intervenues dans la cotation de l'ICALIN. Deux items sont supprimés suite à la création d'ICATB ainsi que les items relatifs aux réseaux dont les éléments de preuve sont peu fiables. Deux obligations réglementaires du Code de la Santé Publique ont été ajoutées : le représentant des usagers au sein du CLIN et la désignation d'un responsable du signalement. Le détail de ces modifications est le suivant :

- O132 : suppression de l'item relatif au « Représentant de la COMEDIMS membre du CLIN » (- 0,5 points) ;
- O133 : renforcement de l'item relatif à la « présence du programme de formation en Hygiène hospitalière dans le Programme de formation continue de l'établissement » (+ 0,5 points) ;
- O221 et O222 : suppression des items relatifs aux réseaux (- 2 points) ;
- O221 nouveau : Création d'un nouvel item relatif à la « Présence d'un représentant des usagers dans le CLIN » (+ 2 points) ;
- A11(1) : suppression de l'item relatif au « Protocole sur l'antibiothérapie de première intention » qui est transféré vers ICATB (- 2 points) ;
- A26 : création d'un nouvel item relatif à la « Désignation d'un responsable du signalement par le responsable légal de l'établissement » (+ 2 points).

## **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. Les éléments de preuve réunis en 2005 peuvent servir s'ils n'ont pas changés (protocoles, fiches de poste etc.). Le dossier de preuves 2006 est une actualisation du dossier de preuves 2005.

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.

### **A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN**

#### **ORGANISATION**

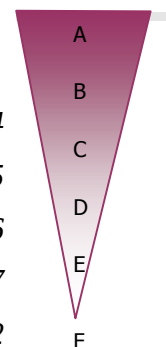
|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>O111 : Projet d'établissement</i>                                                      | 10 |
| <i>O112 : Contrat d'objectifs et de moyens ou convention tripartite</i>                   | 11 |
| <i>O121 : Avis sur le programme d'actions</i>                                             | 14 |
| <i>O122 : Avis sur le rapport d'activité</i>                                              | 16 |
| <i>O131 : Livret d'accueil</i>                                                            | 12 |
| <i>O133 : Programme de formation en hygiène hospitalière</i>                              | 28 |
| <i>O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la LIN (CLIN)</i> | 5  |
| <i>O212 : Réunions des groupes de travail du CLIN</i>                                     | 6  |
| <i>O221 : Représentant des usagers membre du CLIN</i>                                     | 7  |
| <i>O223 : Consultation du CLIN sur le plan de formation continue de l'établissement</i>   | 29 |
| <i>O31 : Elaboration d'un programme d'actions</i>                                         | 13 |
| <i>O32 : Rapport d'activité</i>                                                           | 15 |

#### **MOYENS**

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>M11 M12, M13, M14 : Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH)</i>       | 8  |
| <i>M21 : Formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels</i>      | 30 |
| <i>M22, M23, M24 : Formation en hygiène du personnel soignant de l'établissement</i> | 31 |
| <i>M31, M32 : Correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux</i>                 | 9  |

#### **ACTIONS**

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>A11(1) : Protocole de prise en charge des AES</i>                                     | 19 |
| <i>A11(2) : Protocole pour le réseau d'eau chaude sanitaire (ECS)</i>                    | 21 |
| <i>A11(3 à 5) : Autres protocoles prioritaires</i>                                       | 22 |
| <i>A12 (1 à 10) : Autres protocoles</i>                                                  | 23 |
| <i>A21 (1) : Système de déclaration des Accidents d'Exposition au Sang (AES)</i>         | 18 |
| <i>A21 (2) : Actions de prévention des AES</i>                                           | 20 |
| <i>A22 : Programme de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (BMR)</i> | 17 |



|                                                                                                 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <i>A23 : Enquête d'incidence ou de prévalence</i>                                               | 24     |
| <i>A24 : Surveillance à partir des données du laboratoire</i>                                   | 25     |
| <i>A25 : Diffusion des résultats de la surveillance</i>                                         | 26     |
| <i>A26 : Désignation d'un responsable du signalement</i>                                        | 27     |
| <i>A31, A32 : Actions d'évaluation</i>                                                          | 32     |
| <br><i>Tableau n°1 : Pondération des items de l'ICALIN 2006 par fonctions et sous-fonctions</i> | <br>33 |
| <i>Tableau n°2 : Catégories d'établissements de santé</i>                                       | 34     |
| <i>Tableau n°3 : Limites des classes de résultats ICALIN par catégorie d'établissements</i>     | 35     |

## **B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB**

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques</i> | 36 |
| <i>ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie</i>                               | 37 |
| <i>ATB3 : Protocoles relatifs aux antibiotiques</i>                                    | 38 |
| <i>ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques</i>                                      | 40 |
| <i>ATB5a : Connexion informatique</i>                                                  | 41 |
| <i>ATB5b : Prescription informatisée des médicaments</i>                               | 42 |
| <i>ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs</i>                                     | 43 |
| <i>ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques</i>               | 44 |
| <i>ATB8 : Surveillance de la consommation des antibiotiques</i>                        | 45 |

## **A - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICALIN**

### **O211 : Réunions de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

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."

|                                                                    |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Combien y a-t-il eu de réunions plénières du CLIN durant l'année ? | <input type="text"/>   <input type="text"/>   réunions |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

#### **CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

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

#### **VALORISATION**

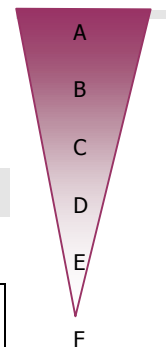
0 point sera accordé aux établissements dont le CLIN se réunit 0 fois par an.

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 ? | I__I__I 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 : Représentant des usagers membre du CLIN**

|                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 4 • Un représentant des usagers est-il membre du CLIN ? |                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI                                                  | • Ce représentant des usagers a-t-il été convoqué cette année aux réunions au cours desquelles le rapport d'activités et le programme d'action ont été débattus ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**VALORISATION**

0 point sera accordé aux établissements dont un représentant des usagers n'est pas membre du CLIN.

1 point sera accordé aux établissements dont le CLIN comprend un représentant des usagers

1 point supplémentaire sera accordé aux établissements dont le représentant des usagers a été convoqué aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année.

**ELEMENTS DE PREUVE**

Liste des membres du CLIN

et

Convocations aux réunions (ou à la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année (Copie de la convocation individuelle ou de la convocation comprenant la liste des membres convoqués)

ou

Compte-rendu des réunions (ou de la réunion) au cours desquelles ont été présentés le rapport sur les activités de l'année dernière et le programme d'action de cette année avec liste des membres présents et excusés.

## 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 (ne pas compter le Président du CLIN, ni les correspondants en hygiène, ni le Directeur, ni le technicien qui fait habituellement des prélèvements ou le pharmacien qui transmet des résultats).

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.

ou

Facture d'honoraires d'un intervenant libéral

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

|                                                                                                          |                                                            |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre total de services ou de secteurs d'activités                                                      |                                                            | I _ I _ I _ I                                             |
| 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 : |                                                           |
|                                                                                                          | <u>au moins</u> un correspondant médical                   | I _ I _ I services                                        |
|                                                                                                          | <u>au moins</u> un correspondant paramédical               | I _ I _ I 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 pas de correspondants médicaux.

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas 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</i> (COM) 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.

Si le précédent COM ou la précédente convention tripartite contenait des objectifs et des moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, les 2 points pourront être accordés à condition que les objectifs aient été réalisés et que les moyens aient été mis en œuvre (sinon, ils auraient dû figurer dans le contrat actuel).

**ELEMENTS DE PREUVE**

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

A défaut, extrait du COM ou de la convention tripartite précédent contenant les objectifs **et** les moyens relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales, accompagné des éléments permettant de juger de la réalisation des objectifs et de la mise en œuvre des moyens (rapport d'évaluation etc.).

**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 et n'ayant pas distribué 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.

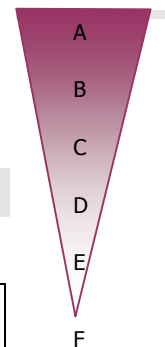
**ELEMENTS DE PREUVE**

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.

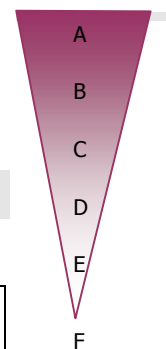
1 point sera accordé à l'établissement ayant un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci a été soumis à l'avis d'au moins 3 des 4 instances pour les établissements publics ou d'au moins 2 des 3 instances (CME, CHSCT, CA) pour les établissements privés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

Eléments 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
- L'existence d'un protocole sur les « Techniques d'Isolement » (Protocole n°8)

### 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 contenant les 3 éléments décrits ci-dessus.

### ELEMENTS DE PREUVE

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

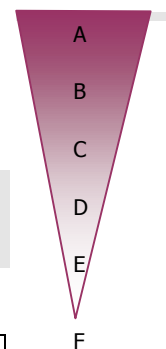
La définition des BMR prioritaires pour l'établissement.

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)



## 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(1) : 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.

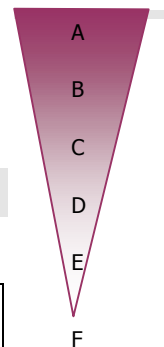
2 points seront accordés aux établissements où il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES.

### 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

L'achat régulier de matériel à usage unique ne peut pas être considéré comme une action de prévention des AES.

Une action de prévention doit être décidée et mise en œuvre au cours de l'année. Il peut s'agir d'une formation spécifique, d'une évaluation des pratiques relatives à la prévention des AES, de la mise en place d'un nouveau matériel, de la création d'affiches didactiques etc...

### 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(2) : 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<br><input type="checkbox"/> Oui, sans seuil d'alerte défini<br><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

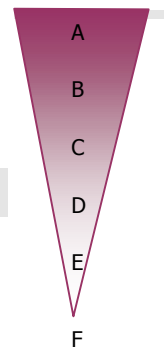
2 points seront accordés aux établissements dont le réseau d'eau chaude sanitaire a été l'objet d'une surveillance microbiologique cette année **avec** un seuil d'alerte défini

**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).

et

bilan ou résultats des prélèvements relatifs à cette surveillance microbiologique (cela peut-être un compte rendu du CLIN au cours duquel ont été abordés les résultats de la surveillance)



## A11(3 à 5) : Autres protocoles prioritaires

| THEMES DES PROTOCOLES     | PROTOCOLES EXISTANTS                                      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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                        | <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 |
| 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.

## 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<br><input type="checkbox"/> Externe avec convention<br><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, correspondant à 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 informant des résultats de la surveillance.

## A26 : Désignation d'un responsable du signalement

|                                                                    |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 • L'établissement a-t-il désigné un responsable du signalement ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|

### VALORISATION

0 point sera accordé aux établissements n'ayant pas désigné de responsable du signalement des infections nosocomiales

2 points seront accordés aux établissements ayant désigné un responsable du signalement des infections nosocomiales

### ELEMENT DE PREUVE

Acte du responsable légal de l'établissement désignant nommément le responsable du signalement des infections nosocomiales

**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                                                                                 | • 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 |

**VALORISATION**

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

1 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.

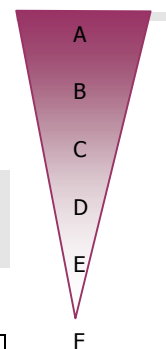
0,5 point supplémentaire sera accordé aux établissements ayant un programme de formation en hygiène hospitalière cette année **et** ayant inscrit ce programme dans le plan de formation continue de l'établissement.

**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.



## 0223 : 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).

Le CLIN doit être en mesure de s'assurer que le plan de formation continue de l'établissement contient une partie sur l'hygiène hospitalière et de signaler son accord ou désaccord.

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

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux personnels au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation disponible lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement du personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par le CLIN

### 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 ont prévu une formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux professionnels recrutés.

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

### ELEMENTS DE PREUVE :

Descriptif des dispositions mises en œuvre lors de l'arrivée d'un nouveau personnel pour le former aux mesures adoptées par l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales, comprenant le programme de la formation

et

Compte rendu de la réunion du CLIN ayant approuvé ces dispositions.

## 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), ni le personnel membre de l'EOH (items M11 à M14).

La formation des sages-femmes est à comptabiliser dans la formation médicale.

### 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?                  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI,<br>• 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 200 6 par fonctions et sous-fonctions**

| N1           | N2                                                             | N3                                                                                                                                                                    | Items                                                                                        | Tot | N1 | N2 | N3  | Pts |  |  |  |
|--------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----|-----|-----|--|--|--|
| ORGANISATION | O1<br>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   |  |  |  |
|              |                                                                |                                                                                                                                                                       | O133 – Hygiène hospitalière est inscrite dans le programme de formation continue de l'établ. |     |    |    |     | 1,5 |  |  |  |
|              | O2<br>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 – Représentant des usagers membre du CLIN                                               |     |    |    | 3   | 2   |  |  |  |
|              |                                                                |                                                                                                                                                                       | O223 – CLIN consulté sur le plan de formation continue                                       |     |    |    |     | 1   |  |  |  |
|              | O3<br>Outils de gestion de la LIN                              | O31 – Programme d'actions élaboré par le CLIN                                                                                                                         |                                                                                              |     |    | 13 | 9   |     |  |  |  |
|              |                                                                | O32 – Rapport d'activité élaboré par le CLIN                                                                                                                          |                                                                                              |     |    |    | 4   |     |  |  |  |
| MOYENS       | M1<br>Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière             | M11 – Nombre temps plein médical ou pharmaceutique >0                                                                                                                 |                                                                                              | 100 | 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<br>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<br>Correspondants                                           | M31 – Correspondants en hygiène médicaux                                                                                                                              |                                                                                              |     |    | 8  | 4   |     |  |  |  |
|              |                                                                | M32 – Correspondants en hygiène paramédicaux                                                                                                                          |                                                                                              |     |    |    | 4   |     |  |  |  |
| ACTIONS      | A1<br>Prévention Protocoles                                    | A11 – 5 protocoles prioritaires (prise en charge en urgence des AES, surveillance réseau d'eau chaude, hygiène des mains, précautions « standard », sondage urinaire) |                                                                                              | 100 |    |    |     |     |  |  |  |

## 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 et 3 – CH-CHG ≤ à 300 lits et places ou > à 300 lits et places        | - Centres hospitaliers généraux<br>- Etablissements pluridisciplinaires publics<br>- Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale |
| 4 – Etablissements Psy                                                  | - Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY                                                                                                   |
| 5 – Etablissements locaux                                               | - Hôpitaux locaux publics<br>- Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale                                                                                                     |
| 6 et 7 – Cliniques MCO ≤ à 100 lits et places ou > à 100 lits et places | - Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) et/ou autres disciplines<br>- Etablissements MCO PSPH par concession sous OQN                                          |
| 8 – Hôpitaux des armées                                                 | - Hôpitaux des armées                                                                                                                                                                                          |
| 9 – SSR-SLD                                                             | - Etablissements n'ayant que des soins de suite et de réadaptation et/ou des soins de longue durée (sans court séjour)                                                                                         |
| 10 – CLCC-CANCER                                                        | - Etablissements classés Centre de lutte contre le cancer (L 6162-3 du Code de la Santé Publique)                                                                                                              |
| 11 – HAD                                                                | - Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant                                                                                                                                                    |
| 12 – Hémodialyse                                                        | - Centre de dialyse : exclusif ou très prédominant                                                                                                                                                             |
| 13 – MECSS                                                              | - Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)                                                                         |
| 14 - Ambulatoire                                                        | - Etablissements avec une capacité comprenant strictement plus de 80% de places ambulatoires sur son total des lits et places.                                                                                 |

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

| Catégories d'établissements de santé | Percentile 10 | Percentile 30 | Percentile 70 | Percentile 90 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 – CHR-CHU                          | 65,75         | 86            | 94,25         | 97,75         |
| 2 – CH-CHG < à 300 lits              | 44.5          | 62.5          | 79.5          | 88.5          |
| 3 - CH-CHG ≥ à 300 lits              | 67.5          | 79            | 89            | 95.5          |
| 4 – Etablissements Psy               | 36            | 50.65         | 73            | 84.45         |
| 5 – Hôpitaux locaux                  | 16.4          | 31.5          | 59            | 74.1          |
| 6 – Cliniques MCO < à 100 lits       | 36            | 55            | 73            | 85.1          |
| 7 – Cliniques MCO ≥ à 100 lits       | 52            | 63.5          | 79.5          | 89            |
| 8 – Hôpitaux des armées              | 66            | 86.9          | 95.3          | 97.1          |
| 9 – SSR-SLD                          | 23            | 45            | 69.5          | 82            |
| 10 – CLCC-CANCER                     | 63.7          | 72.7          | 85.1          | 94.3          |
| 11 – HAD                             | 19            | 28.75         | 49.75         | 64.5          |
| 12 – Hémodialyse                     | 29.6          | 51.4          | 69.7          | 80.35         |
| 13 – MECSS                           | 26.5          | 38.25         | 78            | 84.5          |
| 14 - AMBULATOIRE                     | 28.5          | 43.2          | 71.2          | 76            |

**CLASSES DE RESULTATS**    **E** <    ≤ **D** <    ≤ **C** <    ≤ **B** <    ≤ **A**

NB : Les bornes supérieures sont « strictement supérieures » à l'intervalle et les bornes inférieures sont « inférieures ou égales » à l'intervalle.

Exemple : Un score de 19 pour les HAD est classé D.

**B - CAHIER DES CHARGES RELATIF A ICATB****ATB1 : Instance chargée d'impulser et coordonner le bon usage des antibiotiques**

1 • L'établissement a-t-il une **instance**, 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)

☐ Oui ☐ Non

Si OUI, 

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| • Nombre de réunions de cette instance au cours de l'année |
|------------------------------------------------------------|

Le terme « Commission des antibiotiques » sera utilisé pour faire référence à cette instance.

**CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Existence de l'instance : Il existe une instance dont la composition est disponible et qui est officiellement chargée, par le responsable légal de l'établissement ou le Président d'une autre instance dont elle est l'émanation, du bon usage des antibiotiques.

Cette instance est communément appelée « Commission des antibiotiques ». Il ne s'agit pas de la « Commission des médicaments », mais elle peut en être une émanation.

Dans les petits établissements, l'existence effective de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles est spécifiquement traitée la question du bon usage des antibiotiques pourra être assimilée à l'existence de cette instance chargée du bon usage des antibiotiques.

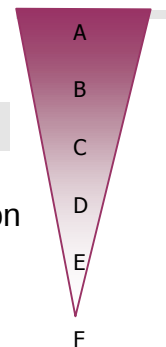
Nombre de réunions : Compter les réunions effectives de cette instance quand elle a une existence autonome ou, dans les petits établissements, le nombre de réunions de la Commission des médicaments ou du CLIN, au cours desquelles a été spécifiquement traitée la politique du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

**VALORISATION**

Ces deux questions seront cotées ensemble. L'absence de réunion entraînera automatiquement une réponse négative à la question de l'existence de l'instance (comme pour le CLIN dans ICALIN).

**ELEMENTS DE PREUVE**

Comptes-rendus des réunions de l'instance spécifiques ou, dans les petits établissements, des réunions des instances en faisant office (Commission des médicaments, CLIN ...)



## ATB2 : Existence d'un référent en antibiothérapie

2 • Existe-t-il au sein de l'établissement un **référent en antibiothérapie** désigné par le représentant légal de l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

### ELEMENTS DE PREUVE

Acte du représentant légal de l'établissement désignant nommément le référent en antibiothérapie. Ce document doit comporter :

- le nom du référent ;
- la mention « référent en antibiothérapie ».

**ATB3 : Protocoles relatifs aux antibiotiques**

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

**CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Répondre OUI au protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale, lorsqu'il a été défini à partir du référentiel de la SFAR dont la dernière actualisation date à ce jour de 1999. (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>) Ce protocole doit concerner toutes les spécialités chirurgicales représentées dans l'établissement ou il doit exister autant de protocoles que de spécialités représentées.

Le protocole sur l'antibiothérapie de première intention doit comprendre au moins deux des principales infections répertoriées dans l'établissement.

**VALORISATION**

Le premier protocole (3.a) ne concerne que les établissements disposant de chirurgie ou / et d'obstétrique.

La question subsidiaire du 2<sup>ème</sup> protocole (3.b) ne concerne que les établissements disposant d'un service d'urgence.

Afin de ne pas pénaliser les établissements ne disposant pas de ces disciplines ou secteur d'activités, il sera défini une valorisation différente pour ces différentes catégories d'établissements :

- *Etablissements avec chirurgie ou / et obstétrique* : valorisation spécifique des deux protocoles ;
- *Etablissements sans chirurgie ou / et obstétrique* : valorisation du protocole sur l'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention pour un nombre de point égal à la somme des points affectés aux deux protocoles pour la catégorie d'établissements précédente ;
- *Etablissements avec service d'urgence* : La valorisation du protocole sur l'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention (3.b) comprendra un bonus si ce protocole est celui en vigueur dans le secteur des urgences ;
- *Etablissements sans service d'urgence* : La valorisation du protocole sur l'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention (3.b) sera égale au nombre de points totaux, avec le bonus, affecté à cet item.

**ELEMENTS DE PREUVE**

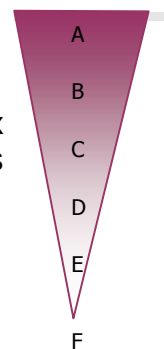
Protocoles datés et validés par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Pour chaque protocole, compte-rendu de la réunion de l'instance ayant validé le protocole

et

Pour le protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale, référence aux recommandations de la SFAR et liste des spécialités chirurgicales présentes dans l'établissement.



**ATB4 : Existence de listes d'antibiotiques**

|                                                                                                                                                                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 4 • L'instance ci-dessus a-t-elle établi une liste des <b>antibiotiques disponibles</b> dans l'établissement ?                                                                                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, 4.1 • Dans cette liste, l'instance a-t-elle définie une liste des <b>antibiotiques à dispensation contrôlée</b> selon des critères définis par l'instance ?                           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, 4.1.1 • 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 |

**VALORISATION**

Cet item sera valorisé de façon graduée, la valorisation maximale étant accordée quand il est répondu OUI aux trois questions.

**ELEMENTS DE PREUVE**

4 - Liste des antibiotiques disponibles : liste validée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

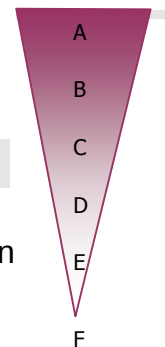
Compte rendu de la réunion de la Commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste.

4.1 - Liste des antibiotiques à dispensation contrôlée : liste validée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office **et** définition des critères de prescription de ces antibiotiques

ou

Compte rendu de la réunion de la Commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office mentionnant l'approbation de cette liste **et** des critères de prescription.

4.1.1 - Durée limitée, permettant une justification du traitement après 48-72 heures : il existe un **support de prescription nominatif** transmis à la PUI (pharmacie à usage interne) avec une durée limitée à 72 heures maximum pour les antibiotiques à dispensation contrôlée



## ATB5a : Connexion informatique

5.a • Existe-t-il une connexion informatique entre les services prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie ?

☐ Oui ☐ Non

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Répondre OUI si, au minimum, le système d'information de l'hôpital permet aux services prescripteurs et à la pharmacie à usage intérieur d'accéder aux données individuelles du laboratoire de microbiologie.

### ELEMENTS DE PREUVE

Liste des droits d'accès des utilisateurs au système d'information du laboratoire de microbiologie (accès à l'antibiogramme )

**ATB5b : Prescription informatisée des médicaments**

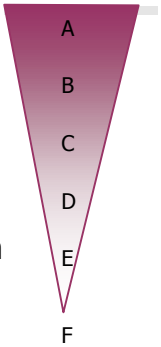
|                                                             |                                                                |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 5.b • La prescription du médicament est-elle informatisée ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      |
| Si OUI, • partiellement ou totalement .                     | <input type="checkbox"/> Part. <input type="checkbox"/> Total. |

**CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Le **système d'information** doit permettre 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

**ELEMENTS DE PREUVE**

Exemple de transmission des données de la prescription à la PUI.



## ATB6 : Formation des nouveaux prescripteurs

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

☐ Oui ☐ Non

### CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Même si l'établissement n'a pas recruté de nouveaux prescripteurs au cours de cette année, il doit avoir une procédure de formation prête lorsque l'occasion se présente de recruter définitivement ou temporairement ce personnel.

Répondre OUI, si cette procédure de formation est effectivement prévue par l'établissement et a été approuvée par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office.

Il peut s'agir de sessions de formation, de la distribution systématique d'un guide du prescripteur, ou de tout autre moyen permettant de donner aux nouveaux prescripteurs les moyens d'appliquer les dispositions adoptées par l'établissement en matière de bon usage des antibiotiques.

### ELEMENTS DE PREUVE :

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

## ATB7 : Evaluation de la qualité des prescriptions d'antibiotiques

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 ? ☐ Oui ☐ Non

### ELEMENTS DE PREUVE

Résultats de l'évaluation dans un document validé par la Commission des antibiotiques ou l'instance en faisant office

ou

Compte rendu de la réunion de la Commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office au cours de laquelle les résultats de l'évaluation ont été présentés.

**ATB8 : Surveillance de la 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 ? (8) ☐ Oui ☐ Non

Si OUI,

• Résultat global de l'année en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation, toutes familles d'antibiotiques confondues

|\_|\_|\_|\_|

• Résultats annuels (DDJ / 1000 JH) selon les niveaux ATC3 :

JO1A - Tétracyclines

|\_|\_|\_|\_|

JO1B - Phénicolés

|\_|\_|\_|\_|

JO1C - Pénicillines

|\_|\_|\_|\_|

JO1D - Céphalosporines, Monobactams et Carbapénèmes

|\_|\_|\_|\_|

JO1E - Sulfamides et Triméthoprim

|\_|\_|\_|\_|

JO1F - Macrolides et apparentés

|\_|\_|\_|\_|

JO1G - Aminosides

|\_|\_|\_|\_|

JO1M - Fluoroquinolones

|\_|\_|\_|\_|

JO1X - Autres antibiotiques dont glycopeptides

|\_|\_|\_|\_|

**VALORISATION**

Il ne sera valorisé que la réponse à la question sur l'existence d'une surveillance de la consommation des antibiotiques.

Le résultat global et les résultats détaillés de l'année exprimés en DDJ pour 1 000 journées d'hospitalisation ne seront pas publiés et ne serviront pas au calcul de l'indicateur ICATB. Ils permettront de constituer une base de données pour préparer un indicateur de résultats permettant de mesurer le degré d'atteinte de l'objectif du Programme national. Cet indicateur de résultat sera publié l'année suivante avec les résultats des deux années.

**ELEMENTS DE PREUVE**

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques comprenant les données listées ci-dessus (résultat global et par familles d'antibiotiques)

ou

Compte rendu de la réunion de la Commission des antibiotiques ou de l'instance en faisant office au cours de laquelle les résultats de la surveillance de la consommation ont été présentés.