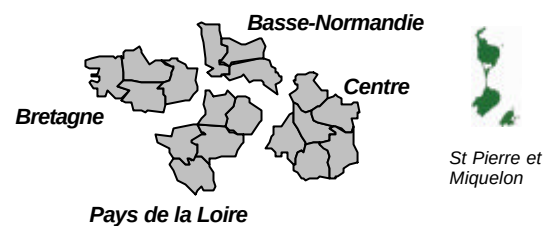


C.CLIN-Ouest

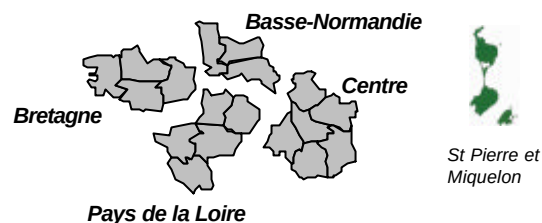
**Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales
(Inter région Ouest)**



Démarche d'auto-évaluation en hygiène hospitalière

C.CLIN-Ouest

**Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales
(Inter région Ouest)**



Démarche d'auto-évaluation en hygiène hospitalière

**Propositions d'indicateurs "qualité" en référence
avec le manuel d'accréditation de l'A.N.A.E.S.**

Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux

Rédacteurs : Marie-Alix ERTZSCHEID, Bernard BRANGER

Septembre 2000

PERSONNES DU GROUPE DE TRAVAIL (par ordre alphabétique)

Mr Guy BABIN, cadre hygiéniste	R.R.H. Basse Normandie
Mme le Dr. BERNET	R.R.H. Basse Normandie
Mr. le Dr. BRANGER	C.CLIN Ouest
Mr. le Dr. COULOMB	C.H. DREUX
Mme ERTZSCHEID, infirmière hygiéniste	C.CLIN Ouest
Mme le Dr. LE GUYADER	C.CLIN Ouest
Mr. le Pr. LEJEUNE	CHU BREST, C.CLIN Ouest
Mme le Dr. VAN DER MEE	R.H.C. Centre
Mr. le Dr. WIESEL	La Roche sur Yon

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	4
OBJECTIF.....	5
MÉTHODE.....	5
PRÉALABLES	5
INDICATEURS	5
▪ RÉFÉRENCE 1	6
▪ RÉFÉRENCE 2	7
▪ RÉFÉRENCE 3	8
▪ RÉFÉRENCE 4	9
▪ RÉFÉRENCE 5	10
▪ RÉFÉRENCE 6	11
▪ RÉFÉRENCE 7	12
▪ RÉFÉRENCE 8	13
▪ RÉFÉRENCE 9	14
▪ RÉFÉRENCE 10	15
▪ RÉFÉRENCE 11	16
TEXTES REGLEMENTAIRES	17
ANNEXE : « LES 11 RÉFÉRENCES DE L'ANAES ».....	19
GLOSSAIRE.....	22

ABREVIATIONS

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- **C.CLIN** : Centre de Coordination des CLIN
- **CSSI** : Commission du Service des Soins Infirmiers
- **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- **CTE** : Comité Technique d'Etablissement
- **CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- **EOHPIN** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène et de Prévention des Infections Nosocomiales

OBJECTIF

L'objectif de ce document est de proposer des indicateurs pertinents relatifs au risque infectieux nosocomial pour les établissements de santé publics et privés. La référence est le Manuel d'Accréditation des établissements de santé de février 1999 de l'ANAES.

METHODE

Le travail du groupe a privilégié la formulation d'indicateurs de processus et de résultats. Les ressources documentaires utilisées sont : les 100 recommandations, le manuel de l'ANAES et les textes réglementaires en matière d'hygiène hospitalière et d'organisation sanitaire (*voir page 17*). Les indicateurs proposés ne sont pas hiérarchisés.

PREALABLES

Les pré-requis

Pour chacun des critères énoncés, les utilisateurs du document doivent s'assurer que les démarches entreprises sont conformes à la réglementation en vigueur, en particulier le décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (*ainsi qu'à la future circulaire d'application à paraître*).

Les éléments de preuve

La source des éléments de preuve recensés fait appel au système documentaire de l'établissement et du secteur concerné. Il appartient à chaque établissement de gérer son système documentaire. Le système documentaire peut être centralisé ou disponible dans chaque lieu de production (Service d'Hygiène, Direction du Service des soins infirmiers, Microbiologie Pharmacie, Stérilisation...)

INDICATEURS

Les indicateurs ont été définis à partir des critères définis par l'ANAES au chapitre « Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI) » (*voir annexe p.19*)

REFERENCE 1

« L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels »

Critères :

- Il existe un CLIN
- Il existe un programme de lutte contre les infections nosocomiales annuel et pluri-annuel
- Il existe un rapport d'activité du CLIN établi chaque année
- Le rapport d'activité est en cohérence avec les objectifs fixés dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales

Indicateurs :

- Projet d'Etablissement
- Contrat d'Objectifs et de Moyens
- Programme Médical
- Projet de Soins Infirmiers
- Nomination des membres et composition du CLIN
- Comptes rendus des réunions du CLIN
- Rapports annuels des activités du CLIN

REFERENCE 2

« La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés »

Critères :

- Le programme de lutte contre les infections nosocomiales et les rapports d'activités sont transmis aux instances : Commission Médicale d'Etablissement (CME) et Commission du Service des Soins Infirmiers (CSSI).
- Il existe un avis de la CME pour le programme de lutte contre les infections nosocomiales
- Il existe un avis de la CME pour le rapport d'activité
- Il existe un avis de la CSSI pour le programme de lutte contre les infections nosocomiales
- Il existe un avis de la CSSI pour le rapport d'activité
- Il existe une délibération du Conseil d'Administration (CA) pour le programme de lutte contre les infections nosocomiales
- Le programme de lutte contre les infections nosocomiales est transmis pour information au Comité Technique d'Etablissement (CTE) et au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
- Il existe une formation à l'hygiène dispensée aux nouveaux professionnels
- Il existe une formation à l'hygiène précisée dans le plan de formation continue de l'établissement

Indicateurs :

- Courriers transmis aux instances CME, CSSI
- Comptes rendus de séances des instances : CME, CSSI
- Compte-rendu de séance du CA
- Courriers transmis au CTE et au CHSCT
- Nombre de séances de formation organisées pour les nouveaux professionnels, nombre de personnels formés par spécialité et par année
- Plan de formation de l'établissement
- Nombre des professionnels et /ou des secteurs d'activité formés à l'hygiène et au risque infectieux et par année

REFERENCE 3

« Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents »

Critères :

- Le Président du CLIN et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène de Prévention des Infections Nosocomiales (EOPHIN) ont accès aux données qu'ils réclament pour la mise en œuvre et le suivi du programme de lutte contre les infections nosocomiales
- Une procédure permet au CLIN et à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et de Prévention des Infections Nosocomiales d'être informés de tous les projets de travaux de l'établissement
- Une procédure permet au CLIN d'être consulté pour les projets d'équipements

Indicateurs :

- Courriers de sollicitations et réponses pour l'accès à des données
- Programmes des travaux annuels et pluriannuels de l'établissement
- Programmes d'équipements annuels et pluriannuels de l'établissement
- Courriers d'information au CLIN et/ou à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et de Prévention des Infections Nosocomiales (EOHPIN) des programmes d'équipement et de travaux
- Courriers de sollicitation au CLIN ou à l'EOHPIN concernant les travaux et les équipements
- Comptes rendus de réunions pluridisciplinaires concernant les travaux et les équipements
- Comptes rendus de réception des travaux
- Recommandations pour les précautions à prendre durant la réalisation des travaux
- Recommandations pour l'acquisition d'un nouvel équipement : fiche d'entretien, fiche de maintenance

REFERENCE 4

« Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance »

Critères :

- Le programme de surveillance est en cohérence avec l'activité de l'établissement
- Le programme de surveillance devrait comporter les surveillances suivantes : infections de Site Opératoire, infections sur cathéters, bactériémies, pneumopathies et bactéries multi-résistantes (BMR) pour les services concernés
- Le programme comprend un système de gestion des phénomènes épidémiques et/ou inhabituels
- Le programme correspond au programme de surveillance interrégional et/ou national

Indicateurs :

- Existence du protocole de surveillance
- Document faisant état du bilan de la surveillance
- Plan de communication aux professionnels et aux instances internes et externes
- Procédure d'intervention en cas d'épidémie ou de phénomènes inhabituels

REFERENCE 5

« Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention »

Critères :

- Il existe un classeur relatif aux protocoles d'Hygiène Hospitalière
- Les protocoles sont validés par le CLIN
- Les protocoles sont régulièrement examinés et revus
- Il existe des modalités d'information des patients et de leur famille pour les situations particulières à risques infectieux comme l'isolement, la tuberculose pulmonaire active contagieuse, les actes d'endoscopie, les interventions chirurgicales

Indicateurs :

- Protocoles d'hygiène des soins, d'isolement, d'entretien du matériel, d'entretien de l'environnement, d'utilisation des produits, de protection du personnel
- Tous les protocoles en lien avec l'hygiène et la prévention du risque infectieux sont datés et signés par le CLIN
- Comptes rendus du CLIN concernant la validation des protocoles
- Courrier de validation du CLIN aux secteurs concernés
- Procédure d'actualisation des protocoles
- Procédure d'information des professionnels : plan de formation, nombre de séances organisées, nombre et fonction des participants, article de diffusion interne, courriers d'information et/ou de sollicitation des instances CME et CSSI
- Procédure d'information du patient et de sa famille (livret d'accueil, fiche d'information), concernant, par exemple, la préparation cutanée, l'isolement en cas de tuberculose pulmonaire active contagieuse...

REFERENCE 6

« Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des dispositions sur le bon usage des antibiotiques en vue de maîtriser la résistance bactérienne »

Critères :

- Il existe un comité du médicament
- La formation à la prescription des antibiotiques est organisée, notamment pour les étudiants et les internes
- Il existe des protocoles d'antibiothérapie de première intention
- Il existe des protocoles d'antibioprophylaxie
- Le comité du médicament établit un rapport annuel pour la consommation des antibiotiques pour l'établissement et par secteur d'activité

Indicateurs :

- Composition du comité du médicament
- Comptes rendus des séances comportant la présentation des documents aux autres instances : CLIN, CME
- Procédure d'information des étudiants et des internes en matière de politique des antibiotiques
- Nombre de séances organisées et nombre de participants pour les formations en matière d'antibiotiques
- Document interne d'information à l'attention des professionnels médicaux
- Protocoles écrits d'antibiothérapie de première intention
- Protocoles écrits d'antibioprophylaxie

REFERENCE 7

« Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec la médecine du travail, est élaboré »

Critères :

- Il existe un protocole de prise en charge pour les accidents par exposition au sang et aux liquides biologiques
- Il existe une concertation pour le choix et l'utilisation du matériel de sécurité

Indicateurs :

- Rapport d'activité annuel de la médecine du travail
- Suivi des accidents par exposition au sang et aux liquides biologiques
- Protocole pour les précautions à prendre afin de prévenir le risque d'accidents par exposition au sang et aux liquides biologiques
- Protocole pour les mesures à prendre en cas d'accidents liés au sang et aux liquides biologiques
- Procédure de diffusion et d'information des documents relatifs à la prévention des accidents et à leur prise en charge
- Procédure pour le choix du matériel de sécurité : organisation d'une commission pluridisciplinaire d'utilisateurs
- Composition et comptes rendus des réunions de travail de la commission du matériel de sécurité
- Procédures d'organisation pour les essais des matériels de sécurité
- Modalités d'information pour l'utilisation du matériel de sécurité : actualisation des protocoles, nombre de séances d'information des utilisateurs, article de diffusion interne, courriers d'information et/ou de sollicitation des instances CME et CSSI

REFERENCE 8

« Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipement à usage multiple est maîtrisé »

Critères :

- Un système d'assurance qualité en stérilisation est mis en place
- Il existe une procédure validée par le CLIN pour le nettoyage et la désinfection des dispositifs médicaux non stérilisables
- Une procédure permet au CLIN d'être consulté pour l'achat des dispositifs médicaux et des équipements à usage multiple.
- Le CLIN ou l'EOHPIN a un représentant aux commissions de choix des matériels.

Indicateurs :

- Assurance qualité en stérilisation :
 - Plan et organisation des circuits
 - Organisation de la traçabilité de l'ensemble des étapes du traitement du matériel, des dispositifs médicaux traités
 - Mode opératoire pour l'entretien et la maintenance des équipements
 - Mode opératoire pour l'entretien des locaux/zone (matériels, surfaces et sols)
 - Planification des tâches par poste
 - Plan de formation du personnel
- Protocoles de nettoyage et de désinfection du matériel non stérilisable
- Fiches techniques d'utilisation des produits désinfectants
- Composition et comptes rendus des réunions des commissions
 - des dispositifs médicaux
 - des équipements à usage multiple
 - des consommables
 - des produits désinfectants

REFERENCE 9

« Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé »

Critères :

- Il existe des protocoles de maîtrise de la qualité de l'air
- Il existe des protocoles de maîtrise de la qualité de l'eau
- Il existe des protocoles pour la gestion du linge
- Il existe des protocoles pour la gestion des déchets
- Il existe des protocoles pour la maîtrise de la qualité des locaux

Indicateurs :

☛ Air :

- Plans des circuits de traitement d'air pour les zones à risques
- Fiche de suivi de la maintenance des équipements de traitement d'air
- Liste des personnes habilitées pour les interventions sur les équipements de traitement de l'air et pour les prélèvements d'air
- Archivage des opérations de maintenance
- Archivage des contrôles d'air (prélèvements microbiologiques...) : résultats ponctuels, tableaux de bords
- Modalités de signalement et d'interventions en cas de dysfonctionnements

☛ Eau :

- Plan des circuits d'eau de l'établissement
- Fiche de suivi de la maintenance des circuits d'eau
- Liste des personnes habilitées pour les prélèvements d'eau
- Archivage des contrôles d'eau (prélèvements microbiologiques...) : résultats ponctuels, tableaux de bords
- Modalités de signalement et d'interventions en cas de dysfonctionnements
- Protocole d'entretien des points d'eau
- Protocole d'entretien et de maintenance des fontaines réfrigérantes

☛ Linge :

- Plan d'élimination du linge sale de l'établissement et protocole de tri du linge sale
- Protocole d'utilisation du linge propre

☛ Déchets :

- Plan des filières d'élimination des déchets de l'établissement
- Protocole de tri des déchets d'activités de soins à risque infectieux ou assimilables aux ordures ménagères dans les services de soins et médico-techniques

☛ Locaux :

- Mode opératoire pour l'entretien des locaux
- Archivage des contrôles de prélèvements de surfaces (prélèvements microbiologiques...) : résultats ponctuels, tableaux de bords

REFERENCE 10

« Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre »

Critères :

- La méthode HACCP est mise en œuvre en cuisine centrale
- Les résultats des contrôles sont transmis au CLIN et à l'EOHPIN
- Il existe des protocoles qui garantissent la sécurité alimentaire jusqu'au patient

Indicateurs :

☛ Méthode HACCP en cuisine centrale :

- Plan et circuits de la cuisine centrale
- Modes opératoires en regard des points critiques identifiés en cuisine centrale
- Planification des tâches par poste
- Plan de formation du personnel

☛ Procédure de distribution des repas dans les services de soins :

- Organisation des étapes de réception, stockage, préparation, distribution, desserte des repas,
- Entretien des matériels et des surfaces de l'office alimentaire
- Planification des tâches par poste
- Plan de formation du personnel

REFERENCE 11

« La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie »

Critères :

- *Indicateurs de ressources* : équipements et consommables pour le lavage des mains, moyens pour la mise en place des isolements infectieux, installations de traitement d'air
- *Indicateurs d'opportunités et de bonnes pratiques* : observance de l'hygiène des mains, pratiques d'isolement, respect des protocoles de soins, traçabilité des dispositifs médicaux, conformité d'utilisation des produits antiseptique et des produits désinfectants
- *Indicateurs de résultats* : incidence des infections nosocomiales, incidence des BMR, déclaration des AES, consommation des antibiotiques, autocontrôles alimentaires, prélèvements d'environnement
- *Indicateurs de formation* : évaluation des formations en hygiène et en prévention des infections nosocomiales
- Le programme de lutte contre les infections nosocomiales est éventuellement ajusté en fonction des résultats des évaluations entreprises

Indicateurs :

- ➡ Résultats des audits réalisés
- ➡ Plan des actions correctives envisagées

=====

TEXTES REGLEMENTAIRES

REFERENCES 1, 2, 3, 4, 5 ET 6

- Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme - Article 4.
- Ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- Comité Technique des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 21 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Comité Technique des Infections Nosocomiales. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Paris, 1999, 23 p.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Comité Technique des Infections Nosocomiales. Isolement septique, recommandations pour les établissements de soins. Paris, 1998, 51 p.

REFERENCE 7

- Circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé, Bulletin Officiel du 26 mai 1998.
- Circulaire DGS/DH/DRT n°99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant le risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques. Bulletin Officiel du 8 janvier 2000.

REFERENCE 8

- Décret n° 95-292 du 16 mars 1995 relatif aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 665-3 du code de la santé publique et modifiant ce code (transposant en droit français la Directive 93/42/ CEE du 14 juin 1993). Journal Officiel du 17 mars 1995.
- Circulaire DGS/DH n° 100 du 11 décembre 1995 relative aux précautions à observer en milieu chirurgical et anatomopathologique face aux risques de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Bulletin Officiel du 6 février 1996.
- Circulaire DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996 relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins. Bulletin Officiel du 11 juin 1996.
- Circulaire DGS/DH n° 97-672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé. Bulletin Officiel n° 1998-18.
- Note d'information DGS/VS 2 - DH/EM 1/EO 1 n° 98-226 du 23 mars 1998 concernant la circulaire DGS/DH n° 97-672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé. Bulletin Officiel du 16 mai 1998.
- Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel du 18 novembre 1997.
- Lettre-circulaire DH/EM 1 n° 98-1133 du 27 janvier 1998 relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux : Incidents ou risques d'incidents liés à l'utilisation de tables d'opérations à plateau transférable. Bulletin Officiel du 25 février 1998.
- Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.
- Conseil Supérieur d'hygiène Publique de France, Comité Technique des Infections Nosocomiales. Désinfection des dispositifs médicaux, guide de bonnes pratiques. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 1998, 133 p.

REFERENCE 9

- Norme AFNOR NF S 90-351. Matériel médico-chirurgical. Procédure de réception et de contrôle des salles d'opérations, Décembre 1997.
- Norme européenne NF EN ISO 14644-1. Salles propres et environnements maîtrisés et apparentés. Partie 1: classification de la propreté de l'air, Juillet 1999.
- Décret n°89-3 du 3 janvier 1989 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles.
- Décret n°90-330 du 10 avril 1990 modifiant le décret n°89-3 du 3 janvier 1989 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles.
- Décret n°95-363 du 5 avril 1999 modifiant le décret n°89-3 du 3 janvier 1989 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles.
- Circulaire DGS/VS 4 n° 98/771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque et dans celles des bâtiments recevant du public. Bulletin Officiel du 6 février 1999.
- Circulaire DGS/VS4/DH/AFSSAPS/2000/337 du 20 juin 2000 relative à la diffusion d'un guide pour la production d'eau pour l'hémodialyse des patients insuffisants rénaux, Juin 2000.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Recommandations pour la production d'eau pour l'hémodialyse des patients insuffisants rénaux. Paris, Juin 2000, 47 p.
- Norme AFNOR NT 90-431. Essais des eaux. Recherche et dénombrement des *Legionella pneumophila*, novembre 1993.
- Circulaire DGS/PGE/1D n° 2058 du 30 décembre 1986 relative aux fontaines réfrigérantes
- Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel du 18 novembre 1997.
- Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n°554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés.
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. Journal Officiel du 3 octobre 1999.
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. Journal Officiel n 230 du 3 octobre 1999.

REFERENCE 10

- Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

REFERENCE 11

- Loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme - Article 4.
- Ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.
- Comité Technique des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1999: 121 p.

ANNEXE : « LES 11 REFERENCES DE L'ANAES »

Manuel d'accréditation Qualité et prévention - ANAES/ Direction de l'accréditation/ Février 99

Extrait : « 3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (11 Références) »

➔ SPI – Référence 1

L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels

SPI.1.a. La politique du risque infectieux se traduit par la définition d'un programme d'activités annuel ou pluriannuel.

SPI.1.b. Le programme d'activités annuel ou pluriannuel comporte l'identification des actions de prévention, des systèmes de surveillance et de communication des résultats, ainsi que des plans de formation et des mesures d'évaluation.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ SPI – Référence 2

La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés

SPI.2.a. La politique de maîtrise du risque infectieux est élaborée en concertation entre la direction, la CME, la DSSI ou le responsable du service des soins infirmiers et les professionnels concernés.

SPI.2.b. Les modalités de mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux permettent de garantir la coordination des actions menées par les différents professionnels ou secteurs d'activité. Une définition des responsabilités, connue de l'ensemble des professionnels, est élaborée.

SPI.2.c. La politique et le programme de lutte contre le risque infectieux font l'objet de communication au sein de l'établissement et avec l'extérieur

SPI.2.d. Une formation en hygiène est dispensée à tout professionnel temporaire ou permanent lors de son arrivée.

SPI.2.e. Les actions de formation continue en hygiène concernent l'ensemble des professionnels, notamment lors de la diffusion de nouvelles procédures

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

Parmi les interlocuteurs avec lesquels l'établissement est amené à communiquer quant à sa politique de maîtrise du risque infectieux, on peut citer par exemple le C.CLIN.

➔ SPI – Référence 3

Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents

SPI.3.a. Un responsable est identifié au sein de l'établissement et est chargé de la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.

SPI.3.b. Le responsable a accès à toutes les données nécessaires à la mise en œuvre du programme.

SPI.3.c. Le CLIN, ou équivalent, veille au suivi de la politique de l'établissement et à la communications des informations détenues à l'ensemble des secteurs d'activités cliniques, médico-techniques et administratifs.

SPI.3.d. Le CLIN, ou équivalent, est consulté pour tout projet d'aménagement des locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement ou de matériel et pour la programmation des travaux, dans le cas où ces projets ou ces choix pourraient avoir des conséquences en terme d'hygiène.

SPI.3.e. Le CLIN, ou équivalent, rédige un rapport d'activité annuel adressé à la direction, au CA et aux secteurs d'activités avec lesquels il collabore pour information, à la CME pour avis et au CHSCT le cas échéant.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ **SPI – Référence 4**

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance

SPI.4.a. Une stratégie de surveillance ciblée sur les secteurs d'activités à risque est mise en place.

SPI.4.b. Un dispositif permet l'alerte, l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique.

SPI.4.c. Les conclusions de l'analyse des données de surveillance, ainsi que des recommandations qui en découlent, sont communiquées aux secteurs d'activité concernés et à la direction. Elles sont utilisées pour adapter les activités de prévention du risque infectieux.

SPI.4.d. un suivi de l'évolution du taux des bactéries résistant aux antibiotiques est assuré.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

SPI.4.a. La stratégie de surveillance du risque infectieux comporte un suivi concernant notamment les infections de site opératoire en chirurgie, les infections liées aux cathéters, les bactériémies et les pneumopathies acquises en réanimation.

➔ **SPI – REFERENCE 5**

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention

SPI.5.a. Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés.

SPI.5.b. Les professionnels bénéficient d'une formation permettant la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.

SPI.5.c. Le patient est associé aux actions de prévention du risque infectieux le concernant.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ **SPI – REFERENCE 6**

Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des dispositions sur le bon usage des antibiotiques en vue de maîtriser la résistance bactérienne

SPI.6.a. Une structure interne à l'établissement est chargée d'étudier les modalités d'utilisation des antibiotiques en relation avec le CLIN ou équivalent.

SPI.6.b. Des recommandations concernant la prescription des antibiotiques pour l'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie sont émises.

SPI.6.c. Un suivi annuel des consommations des antibiotiques pour l'établissement et par secteur d'activité est assuré.

SPI.6.d. La consommation des antibiotiques est confrontée à l'évolution de la résistance bactérienne.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ **SPI – REFERENCE 7**

Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec la médecine du travail, est élaboré

SPI.7.a. Des actions sont menées pour prévenir les accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques.

SPI.7.b. Un dispositif de notification, de recueil, d'analyse de ces accidents et de prise en charge des personnes concernées est mis en place.

SPI.7.c. L'ensemble des professionnels est immunisé contre certains risques spécifiques liés à l'exercice en établissement de santé.

SPI.7.d. Des actions sont menées pour prévenir les risques de contamination liés à l'exercice professionnel.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ **SPI – REFERENCE 8**

Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé

SPI.8.a. Un système d'assurance de la qualité en stérilisation est en place.

SPI.8.b. Des procédures d'entretien (nettoyage, désinfection) des équipements et dispositifs médicaux non stérilisables sont écrites, validées et mises en place par du personnel formé. Leurs respect et pertinence sont évalués à périodicité définie.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ **SPI – REFERENCE 9**

Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé

SPI.9.a. Des procédures écrites, validées et évaluées à périodicité définie, sont mise en œuvre.

SPI.9.b. Les procédures font l'objet d'une formation des professionnels.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

SPI.9.a. Les procédures concernent :

- l'entretien de l'ensemble des locaux en fonction des niveaux de risque ;
- le circuit (collecte, transport, manutention) et le traitement du linge propre et souillé ;
- la maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau, adaptés à ses différentes utilisations (eau potable, eau pour hémodialyse, eau pour entretien du matériel...) ;
- la maintenance et le contrôle de la qualité de l'air dans les secteurs bénéficiant d'un système de ventilation contrôlée ;
- la gestion des déchets d'activités de soins issus des secteurs d'activités cliniques et médico-techniques.

➔ **SPI – REFERENCE 10**

Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre

SPI.10.a. Un système d'assurance de la qualité en cuisine centrale est en place.

SPI.10.b. Des procédures concernant la préparations des biberons, la nutrition entérale et les préparations diététiques sont écrites et validées.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état.

➔ **SPI – REFERENCE 11**

La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie

SPI.11.a. L'établissement évalue la réalisation du programme par l'analyse annuelle des indicateurs de bonne pratique et des résultats observés comparés aux objectifs fixés.

SPI.11.b. Les éléments d'évaluation sont régulièrement transmis aux équipes cliniques, à la direction, à la CME .

SPI.11.c. Des actions d'amélioration sont entreprises.

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre les objectifs ; il lui appartient d'en faire état. »

=====

GLOSSAIRE

- **Assurance de la qualité** : ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité. Il s'agit d'une assurance du résultat escompté. C'est aussi bien une vérification du résultat prévu qu'une démarche préventive des dysfonctionnements éventuels.
- **Audit qualité** (audit qualité de processus, de produit, de service) : « *Un audit qualité est un examen méthodique et indépendant, réalisé en coopération avec les intéressés, en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et sont aptes à atteindre les objectifs recherchés.* » Extrait de la norme ISO 8402-4.9.
- **Biens d'équipement et consommables** : les biens d'équipement sont des biens à durée de vie longue (supérieure à 3 ans), amortissables, dont le prix est supérieur à 1500 francs, et aussi de "meubles meublants" même si le prix est inférieur à 1500 francs. Exemples : chariot de ménage, supports de sac à linge, de sac poubelle, tabourets et chaises... A contrario, les consommables ont une durée de vie limitée, même si leur prix est parfois supérieur à 1500 francs. Exemples : sacs poubelles, poubelles PVC 18 litres, sacs à linge, manches à balai....
- **Critère** : caractéristique qui décrit une exigence. Il sert à former un jugement sur le niveau de qualité obtenu. Le critère est mesuré par un indicateur.
- **Dispositifs médicaux** : « *Tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel nécessaire pour le bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :*
 - *de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie,*
 - *de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap,*
 - *d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique,*
 - *de maîtrise de la conception**et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.* » Extrait Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.
- **Evaluation** : activité formelle et systématique destinée à identifier des dysfonctionnements dans la délivrance des soins, à concevoir des mesures correctives, et à réaliser un suivi pour vérifier les résultats de ces mesures. Les champs de l'évaluation sont les suivants :
 - pratiques, qualité des soins
 - procédures : conformité à un référentiel
 - technologies médicales : efficacité, innocuité, stratégie...
 - résultats : indicateurs de santé. Rôle des ajustements sur des indices de gravitéL'évaluation sert à définir le résultat souhaité à l'aide d'indicateurs, tels que état de santé (décès, séquelles), satisfaction du malade, accueil, attente...
- **Fiche technique** : document faisant partie d'un protocole et décrivant de manière précise et détaillée les procédures proprement dites. Elles peuvent être affichées pour être lues et consultées à tout moment au cours de la réalisation des gestes prévus.
- **Indicateur** : donnée quantitative qui mesure un critère.

- **Instructions, modes opératoires, fiches techniques** : documents qui décrivent dans le détail la manière de réaliser les tâches mentionnées dans les procédures, qui conditionnent la qualité et la sécurité, en précisant les moyens et les ressources à utiliser. Ils sont destinés aux acteurs chargés de la mise en œuvre de ces actions.
- **Maintenance** : « *La maintenance a pour but de maintenir ou de rétablir les entités (matériels, logiciel ou système) dans l'état requis. Cet état requis est souvent spécifié, mais il peut s'agir aussi de rendre l'accomplissement d'une fonction ou d'un service possible.* » Extrait de la norme NF X 60-010 : « *C'est l'ensemble des actions permettant de maintenir ou de rétablir un état spécifié, ou en mesure d'assurer un service déterminé.* »
- **Maîtrise de la qualité** : techniques et activités utilisées pour obtenir la qualité. Cette mise en œuvre concerne toutes les activités, de l'identification des besoins des clients jusqu'à leur évaluation. La maîtrise de la qualité comprend des techniques et activités à caractère opérationnel qui ont pour but à la fois de piloter un processus et d'éliminer les causes de fonctionnement non satisfaisant à toutes les phases de la boucle de la qualité en vue d'atteindre la meilleure efficacité économique.
- **Procédure** : manière spécifique d'accomplir une activité et déterminée par l'utilisateur. Une procédure est souvent écrite et comporte l'objet et le domaine d'application, ce qui doit être fait, et qui doit le faire.... Elle répond aux questions suivantes : qui fait quoi, où, quand, comment, pourquoi ? (en abrégé Q.Q.O.Q.C.P.), appelée aussi protocole dans le système de santé.
- **Protocole** : descriptif des techniques à appliquer et des consignes à observer dans des situations de soins ou pour l'administration d'un soin. Le plan d'un protocole est :
 1. Objectifs
 2. Résultats attendus
 3. Textes réglementaires
 4. Domaine d'application
 5. Définitions
 6. Responsabilités
 7. Description avec des références à des fiches techniques ; traçabilité ; enregistrement
 8. Evaluation

La présentation d'un protocole doit obéir à des règles définies et communes dans un établissement.

- **Traçabilité** : aptitude à garder en mémoire et à retrouver l'historique. Cette documentation peut concerner un produit, une machine, un appareil, une installation, un processus.

=====