

Guide pratique



« Je suis représentant(e) des usagers engagé(e) dans la prévention des infections associées aux soins »

Ce qu'il est important de savoir...

Guide pratique destiné aux représentants des usagers des établissements de santé publics et privés

2^{ème} édition - juin 2014

Vous êtes représentant des usagers dans la prévention des infections associées aux soins.

Vous siégez dans une instance de consultation et de suivi de la lutte contre les infections nosocomiales (ICSLIN) ou sa commission équivalente, à titre consultatif.*

L'établissement de santé (ES) organise les réunions de cette commission auxquelles vous êtes invité.

Nous vous proposons un guide d'information et de recommandations. Il vous permettra une participation plus opérationnelle aux séances auxquelles vous assisterez.

Vous trouverez dans ce guide :

- ce qu'il faut savoir sur la prévention des infections associées aux soins (IAS) dans les établissements de santé (ES)
- ce que doit être le rôle du représentant des usagers (RU)
- comment est organisé un établissement de santé
- la définition (par rubrique) des principaux termes que vous aurez à connaître en tant que représentant des usagers engagé dans la prévention des IAS
- une présentation (par rubrique également) des principaux textes réglementaires

**Dans le reste du document, nous emploierons l'acronyme CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales).
Liste des sigles et acronymes page 16.*

Ce guide a été réalisé par un groupe de travail composé de représentants des usagers, de médecins et infirmières spécialisés en hygiène hospitalière des régions de Basse-Normandie, Bretagne, Centre et Pays de Loire.

Historique de la prévention des infections associées aux soins	4
--	---

La prévention des infections associées aux soins en établissement de santé

- La prévention des infections associées aux soins : des professionnels impliqués	5
- La prévention des infections associées aux soins : missions et programme d'actions	6
- Les principales activités de la prévention des infections associées aux soins	7

Le rôle du représentant des usagers dans la prévention des infections associées aux soins

- A la nomination, des démarches à effectuer
- Des conseils de participation active

L'établissement de santé et ses instances

- Les organes décisionnels
- Les instances consultatives

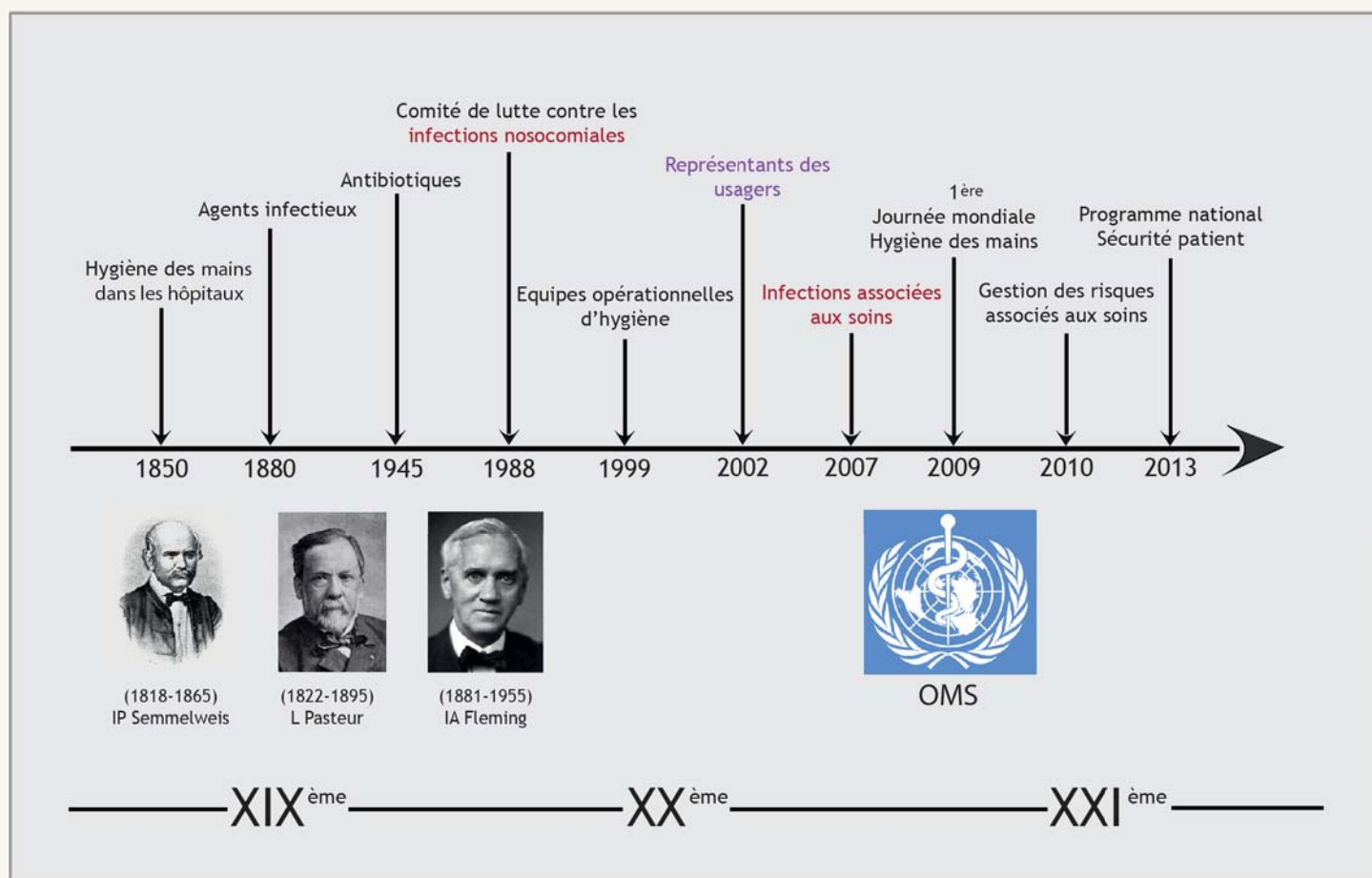
Quelques définitions

- Le vocabulaire de la prévention des infections associées aux soins	10-11
- Les professionnels de santé	
Personnel médical	12
Personnel paramédical	12
Personnel administratif, logistique et technique	13

Législation de la prévention des infections associées aux soins

- Organisation de la prévention des infections associées aux soins	14
- Place des représentants des usagers	15
- Recours - Indemnisation	15
- Périmètre de la prévention des infections associées aux soins	15

Sigles et acronymes



Les infections nosocomiales (IN), c'est-à-dire celles qui sont contractées pendant le séjour dans un établissement de santé, existent depuis la création des hôpitaux. Semmelweis, obstétricien hongrois a été le premier à montrer l'efficacité du lavage des mains dans la prévention des IN sans réussir à convaincre la communauté scientifique. L'identification des mécanismes de transmission des agents infectieux (Pasteur) a permis le développement des principales actions préventives : pavillons d'isolement, asepsie chirurgicale, désinfection de la peau, stérilisation du matériel...

A partir des années 1950, l'apparition des antibiotiques (Fleming, découverte de la Pénicilline) et de vaccins efficaces a laissé entrevoir la fin des maladies infectieuses. Mais depuis le début de leur utilisation, il y a plus d'un demi-siècle, nous savons que les antibiotiques font nécessairement émerger des bactéries résistantes, résistance devenue un réel défi de santé publique.

Il faudra attendre les années 1970 pour que l'IN soit identifiée comme un problème de santé publique au niveau européen. La France, depuis 1988 et la création des CLIN, mène une politique volontariste pour réduire les IN. Les établissements ont dorénavant obligation d'organiser la lutte contre les IN, et afin de répondre à leurs besoins, des structures d'appui et de coordination ont été créées : les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) au niveau interrégional en 1992 puis les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ArIn) en 2006.

En 2007, la définition de l'infection nosocomiale a été actualisée afin de prendre en compte l'évolution du système de soins (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, soins à domicile...). Le terme « **infections associées aux soins** » (IAS) a été introduit pour désigner une infection contractée à l'occasion d'un soin, qu'il relève d'une hospitalisation ou de soins de ville. Le terme IN a été conservé pour désigner une infection acquise dans un établissement de santé.

En 2010, la fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (GDRAS) a été créée et la gestion du risque infectieux a été intégrée dans un **programme national pour la sécurité des patients (PNSP)**.



* liste des acronymes page 16

Les structures complémentaires pour la prévention des IAS :

La commission médicale d'établissement (CME) avec la commission en charge de la gestion du risque infectieux, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) peut être maintenu ou transformé selon l'organisation définie localement pour la gestion des risques associés aux soins (GDRAS) mais c'est le président de la CME qui signe le programme d'actions pour la prévention des IAS.

La prévention des IAS est intégrée dans le dispositif de gestion coordonnée de tous les risques associés aux soins depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Celle-ci confie à la CME un rôle moteur dans la gouvernance de la qualité et la sécurité des soins.

Le décret et la circulaire d'application laissent à l'établissement la liberté de s'organiser pour une gestion coordonnée de tous les risques associés aux soins.

Chaque établissement est dans l'obligation de désigner un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et d'avoir une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

L'EOH est constituée de professionnels spécialisés paramédicaux (infirmier(e) hygiéniste, technicien(ne) bio-hygiéniste...) et médicaux (médecin ou pharmacien hygiénistes). Leur activité est dédiée à la prévention des IAS.

L'EOH est chargée de proposer à la CME, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, un programme d'actions pour prévenir les IAS.

La CRUQPC est consultée pour avis et apporte sa contribution à l'élaboration de ce programme d'actions.

L'ensemble du dispositif réglementaire insiste sur la nécessité d'un engagement collectif et individuel des professionnels et sur la participation active des usagers.

Les missions de la CME dans le cadre de la prévention des IAS sont les suivantes :

- Élaborer un programme d'actions avec l'EOH qui apporte son expertise et ses compétences. Il est mis en œuvre par l'ensemble des professionnels de santé dont les correspondants en hygiène ou en gestion des risques associés aux soins.
- Coordonner l'action des professionnels impliqués dans la prévention des IAS : EOH, direction générale et autres directions (soins, logistique, achats,...), CME, pharmacie, laboratoire de microbiologie... (voir schéma page 5)
- Élaborer un bilan d'activité adressé directement au ministère qui élabore le tableau de bord des IN de l'établissement à partir de ce bilan.

Le programme d'actions de prévention des IAS

Il doit prendre en compte les priorités nationales et les spécificités de l'établissement. Les thèmes concernent notamment :

- **L'hygiène de base et les précautions standard** : hygiène des mains et prévention de la transmission des agents infectieux (formations, journée annuelle de sensibilisation...).
- **Les actes à haut risque infectieux** (sondes urinaires, cathéters, interventions chirurgicales...) qui font l'objet de protocoles de soins.
- **Les activités spécifiques de l'établissement** (chambre implantable, escarres, brûlés, personnes âgées, prématurés...).
- **Les risques infectieux liés à l'environnement** (déchets, hygiène des locaux, réseaux d'eau, traitement de l'air).

Plusieurs types d'actions sont mis en œuvre :

- Les surveillances des infections nosocomiales, coordonnées par les réseaux nationaux et régionaux : infections du site opératoire (ISO), bactéries multi-résistantes (BMR), infections en réanimation (REA), accidents d'exposition au sang (AES). Les surveillances peuvent aussi être organisées au sein d'un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau local avec d'autres méthodes ou ciblées sur des activités spécifiques à l'établissement (infections en cancérologie, en pédiatrie...).
- Les formations en hygiène inscrites au plan de formation de l'établissement. Elles concernent les professionnels médicaux, para-médicaux, nouveaux arrivants, services techniques.
- L'élaboration de recommandations d'hygiène comme les protocoles de soins, les protocoles de gestion de l'environnement (tri des déchets, entretien du réseau d'eau ...).
- Les évaluations des pratiques professionnelles coordonnées au niveau national (préparation de l'opéré en 2007, hygiène des mains en 2008, cathéter veineux périphérique en 2010, précautions standard en 2011) ou élaborées au niveau de l'ES en cas de besoin.
- L'activité de conseil et d'expertise.

Afin d'assurer une gestion coordonnée des risques associés aux soins, la prévention des IAS doit s'articuler avec les domaines des différents risques associés aux soins (médicaments, identité du patient...) et bénéficier de l'utilisation des mêmes outils pour réaliser des analyses approfondies des causes d'événements indésirables infectieux.

Avancement des groupes de travail multiprofessionnels pour améliorer la gestion du risque infectieux

Par exemple : *études et test de matériels innovants, amélioration de l'organisation de la désinfection des endoscopes, rénovation des réseaux d'eau pour prévenir la légionellose...*

- Définition des missions des groupes
- Suivi des travaux des groupes
- Coordination des professionnels impliqués : pharmacie, laboratoire, service financier, service des achats, services techniques...

Suivi de la mise en oeuvre du programme d'actions

- Validation des protocoles
- Présentation des résultats de surveillance
- Promotion des formations internes ou externes
- Restitution des actions d'évaluation

Avis sur la conception architecturale des locaux

- Nouveaux bâtiments et restructuration
- Préconisations dès la phase de conception
- Suivi du confinement du chantier afin de protéger les patients présents

Evolution des indicateurs de gestion du risque infectieux dans l'établissement de santé

Alertes et actualités nationales, locales

- Gestion des épidémies, alertes sanitaires...
- Signalement des infections nosocomiales
- Possibilité de séances extraordinaires consacrées à une situation épidémique locale
- Problèmes ponctuels

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a renforcé la participation des usagers dans les établissements. Le RU est le représentant de tous les usagers des établissements de santé et non d'une association ou d'un groupe d'usagers. A ce jour, il n'existe pas de texte précisant le rôle du RU dans la prévention des IAS. Mais après plusieurs années de pratique, la plupart des professionnels mettent en avant la contribution positive des RU.

- Le RU est un élément moteur des nouvelles relations entre les usagers et les professionnels, relations basées sur la transparence qui impliquent une meilleure compréhension par les usagers de l'approche bénéfiques/risques.
- Le RU est une force de propositions notamment dans les domaines de la politique d'information, pour la définition des priorités et la gestion des alertes. Les interventions des RU apportent un éclairage nouveau, différent de ceux des professionnels. Elles enrichissent la réflexion.

Comme le rappelle le collectif inter-associatif sur la santé (CISS), « *Le représentant des usagers, qu'il soit en CLIN ou en CRUQPC, a donc un double rôle : partenaire dans la prévention, l'information et la communication autour des infections nosocomiales, il permet d'avoir un regard transversal sur la lutte contre le risque infectieux au sein de l'établissement* ».

Pour l'apprentissage de ce domaine très technique et l'instauration d'un véritable rapport de confiance avec les membres du CLIN, il est fortement recommandé au RU et à son suppléant de participer à l'ensemble des séances et ce, sur plusieurs années. Pour exercer son rôle dans les meilleures conditions, le RU a besoin de l'accueil et du soutien des professionnels.

A la nomination, des démarches à effectuer :

- Prendre contact avec le président du CLIN, l'EOH et/ou le coordonnateur de la GDRAS
- Demander une visite de l'Etablissement de Santé
- S'informer du calendrier et du fonctionnement des séances où la prévention des IAS sera abordée
- S'informer des formations disponibles concernant la prévention des IAS et participer pour une mise à jour de ses connaissances
- Solliciter une prise en charge financière pour les déplacements et la formation auprès de la direction de l'établissement et un congé de représentation auprès de l'employeur pour les RU en activité professionnelle.

Des conseils de participation active :

Avant

- Prendre connaissance du dispositif et des structures impliquées dans la prévention des IAS
- S'assurer de la bonne réception des informations ou documents nécessaires à la réunion
- Prendre connaissance des documents pour la réunion (j'ai accès à l'information) : expliquer où, quand, comment ?
- Confirmer sa présence ou indiquer son absence exceptionnelle

Pendant

- Se présenter au président du CLIN, à l'EOH et aux autres membres de l'équipe
- Identifier chacun des membres du CLIN et des éventuels experts invités (mise en place de chevalets comportant nom et fonction du professionnel, au besoin les réclamer)
- Ne pas hésiter à intervenir et veiller à signer la feuille d'émargement

Entre les séances du CLIN

- Approfondir ses connaissances par le biais de formations proposées par les collectifs d'associations, l'ES ou le réseau CCLin-Arlin (<http://www.cclin-arlin.fr/>)
- En cas de difficultés, prendre contact avec le président du CLIN, les membres de l'EOH, de l'Arlin ou du CCLin.

Les organes décisionnels

Le conseil de surveillance (CS) ou le conseil d'administration (CA)

C'est l'instance décisionnelle de l'ES. Elus locaux, personnel médical, paramédical et médico-techniques, représentants des usagers, tous ont voix délibérative à ce conseil.

Son rôle est d'arrêter le budget de l'ES, de définir la politique générale de l'établissement et son organisation interne dont la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et notamment la lutte contre les infections nosocomiales.

La direction

Le directeur prépare les travaux du CS ou du CA et met en œuvre la politique définie par le CS ou le CA. Pour la LIN, la direction s'appuie sur une instance consultative, le CLIN.

Les instances consultatives

La commission ou conférence médicale d'établissement (CME)

La CME représente la communauté médicale. Pour développer son expertise, elle s'appuie sur des sous-commissions spécialisées (groupes de travail) dont le CLIN pour la définition de la LIN de l'ES.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Selon le décret du 2 mars 2005, cette commission a pour objectifs de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de leurs proches. Elle peut aussi contribuer par ses avis et propositions, à la politique d'accueil dans l'ES.

Elle est composée d'un président (le directeur de l'ES ou son représentant), de deux médiateurs (un médical et un non médical) et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'ES ; de deux RU et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) et du responsable de la politique qualité (avec voix consultative).

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Même si son existence n'est plus officielle depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, un CLIN a été maintenu dans la plupart des ES. Il est présidé par un médecin ou un pharmacien.

Le comité technique d'établissement (CTE)

Composé de représentants du personnel non médical, le CTE est présidé par le directeur. Il est consulté sur toutes les décisions en lien avec le fonctionnement et l'organisation de l'établissement, notamment la LIN, dans le cadre du projet d'établissement.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Composée de professionnels paramédicaux, soignants (infirmiers, aides soignants...) et médico-techniques (techniciens de laboratoire, manipulateurs radio, ergothérapeutes...), la CSIRMT est présidée par le directeur des soins. Elle est consultée sur l'organisation des soins des hospitalisés, notamment la LIN, dans le cadre du projet de soins infirmiers. Elle est obligatoire seulement dans les ES publics.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Composé de représentants du personnel non médical désignés par les instances syndicales et de représentants médicaux désignés par la CME, le CHSCT est présidé par le directeur. D'autres professionnels de la gestion des risques, dont le médecin du travail et l'EOH, participent à titre consultatif. Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'ES notamment en ce qui concerne la gestion du risque infectieux nosocomial.

Vocabulaire général

Acte invasif

Acte par lequel un dispositif médical pénètre à l'intérieur du corps par un orifice naturel ou par effraction. Par exemple, la pose d'une perfusion nécessite l'effraction de la peau avec une aiguille (voir aussi « site opératoire »).

Accident d'exposition au sang (AES)

On appelle AES tout contact avec du sang ou un autre liquide biologique. Cette exposition peut se faire par piqûre ou coupure avec du matériel souillé, contact cutané si la peau est lésée, contact muqueux (exemple: projection dans les yeux). Risque de transmission du virus VIH, des hépatites B et C.

Dispositif médical (DM)

Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit à l'exception des produits d'origine humaine, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales.

Les prothèses ou implants, les cathéters, les sondes urinaires sont des exemples de dispositifs médicaux. La plupart de ces DM sont à usage unique.

Gestion des risques associés aux soins

Il s'agit d'une organisation collective, cohérente et pérenne dont l'objectif est de réduire les risques associés aux soins. Cette organisation bénéficie d'une politique institutionnelle et s'appuie sur un programme d'actions évolutif selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.

Site opératoire

Zone où est pratiquée l'incision chirurgicale sur le corps du patient.

Hygiène hospitalière

Audit des pratiques

Méthode la plus souvent utilisée pour l'évaluation des pratiques professionnelles. L'audit mesure les écarts entre ce qui est recommandé (référentiels) et les pratiques observées.

Compliance = observance

La compliance est la correspondance existant entre le comportement d'un professionnel de santé et les recommandations des bonnes pratiques concernant une procédure de soins (voir aussi « audit des pratiques »). Elle correspond aussi au comportement des patients qui suivent correctement les prescriptions des médicaments.

Précautions standard

Précautions d'hygiène à appliquer par tout professionnel pour les soins à tout patient.

Produit hydro-alcoolique (PHA) ou solution hydro-alcoolique (SHA)

Produit, disponible à l'hôpital et en ville, à base d'alcool et se présentant sous forme liquide ou de gel utilisé pour la désinfection des mains.

Signalement

Toute infection nosocomiale rare ou particulière doit être signalée à l'ARS et au CCLin.

Bactériologie et infectiologie

Antibiogramme

Examen de laboratoire permettant de déterminer la sensibilité d'une bactérie aux antibiotiques. Cet examen permet de choisir un antibiotique adapté lors d'une infection dont le germe a pu être isolé.

Bactérie multirésistante (BMR) - Bactérie hautement résistante émergente (BHRe)

Ce sont des bactéries devenues résistantes à un grand nombre d'antibiotiques (ATB) voire à tous les ATB courants pour les BHRe.

Les infections à BMR et plus encore à BHRe sont donc plus difficiles à soigner. La lutte contre la résistance des bactéries aux ATB repose sur des mesures d'hygiène individuelle et collective et sur l'utilisation rationnelle des ATB.

Colonisation

Multiplication localisée d'un germe dans une région du corps. Les patients colonisés contrairement aux patients infectés n'ont aucun signe d'infection (voir aussi « infection »).

Contamination croisée

Transmission de micro-organismes d'un patient à un autre par l'intermédiaire de surfaces contaminées ou des personnels eux-mêmes, principalement par les mains (contamination alors dite manuportée).

Infection

Pénétration dans un organisme d'un agent infectieux (bactérie, virus, champignon, parasite) capable de s'y multiplier et d'y induire des lésions pathologiques. L'infection s'accompagne de manifestations cliniques.

Septicémie

Infection générale de l'organisme, caractérisée par la présence de germes pathogènes dans le sang. Elle est caractérisée cliniquement par une fièvre élevée, des frissons, une altération de l'état général.

Indicateurs

Epidémiologie

Discipline qui étudie la fréquence, prévalence ou incidence (voir ci-dessous) et la distribution des maladies dans les populations humaines, ainsi que les conditions qui influencent leur répartition et leur gravité.

ICALIN et autres indicateurs

Indicateur Composite des Activités de la LIN mis en place pour mesurer l'organisation de la LIN dans les ES en regard des actions définies dans le programme national de prévention des IN.

ICALISO évalue les mesures prises pour la prévention des infections de site opératoire (ISO), ICABMR celles pour la maîtrise des bactéries multirésistantes, ICATB celles pour le bon usage des ATB et ICSHA mesure la consommation de produits hydro-alcooliques.

Incidence (enquête d')

Nombre de nouveaux patients ayant contracté un problème de santé (par exemple une infection nosocomiale) pendant une période donnée.

Prévalence (enquête de)

Nombre de patients atteints d'un problème de santé (par exemple une infection nosocomiale) un jour donné.

Personnel médical

Médecin hospitalier (en établissement de santé public et privé)

Le médecin hospitalier est souvent un spécialiste (chirurgien, médecin généraliste, biologiste, gynécologue...) et exerce une médecine plus technique et spécialisée que la médecine générale de ville. Il utilise le plateau technique (laboratoire, imagerie médicale, bloc opératoire) de l'ES.

Microbiologiste

Le microbiologiste est un biologiste (médecin ou pharmacien), spécialiste des micro-organismes (bactéries, virus, champignons ou parasites). Son activité principale consiste à identifier les germes à l'origine d'une infection, mais aussi à aider le médecin quant au choix de l'antibiotique. Il participe à la gestion des épidémies, à la surveillance des bactéries résistantes dans l'établissement.

Pharmacien

Le pharmacien joue un rôle important dans l'organisation hospitalière au niveau de la dispensation du médicament et des produits de santé, dans le domaine de la prévention des risques, la stérilisation des dispositifs médicaux, le bon usage des antibiotiques et des antiseptiques.

Sage-femme

Le champ de compétence de la sage-femme concerne la maternité : la grossesse, l'accouchement et les suites de couches physiologiques.

Personnel paramédical

cette catégorie regroupe plus de 20 professions du soin ou médico-techniques

Agent des services hospitaliers (ASH)

L'ASH est chargé de l'entretien, du rangement et de l'hygiène des locaux. Il participe aux tâches permettant d'améliorer le confort des malades et assure le contrôle et le suivi de la propreté des locaux.

Aide-soignant (AS)

L'AS exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée. L'aide-soignant accompagne le patient dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Infirmier(e)

Le métier d'infirmier est très diversifié. Il peut exercer dans de multiples secteurs hospitaliers, public ou privé et dans différentes disciplines. Une spécialisation est nécessaire pour des secteurs spécifiques : bloc opératoire, anesthésie, puériculture, hygiène hospitalière (infirmier hygiéniste).

Cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales

Le cadre de santé organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant avec le chef de service, à l'efficacité et à la qualité des prestations.

Personnels médicaux ou paramédicaux

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

De préférence un soignant (médecin ou paramédical) sans que cela soit obligatoire, il est en charge de la coordination et du suivi du programme de gestion des risques associés aux soins défini et validé par la CME.

Correspondants en hygiène

Ce sont des professionnels qui ont un rôle de relais entre l'EOH et le reste de l'équipe du service, que ce soit pour des activités régulières comme les surveillances ou les évaluations de pratique ou lors d'événements particuliers comme une épidémie par exemple.

Personnels administratifs, logistiques et techniques

cette catégorie rassemble plus de 50 professions différentes

Directeur d'établissement

Le directeur est le représentant légal de l'établissement. Il exécute les décisions du conseil de surveillance (ou du conseil d'administration). Il met en œuvre le projet d'établissement, voté par ces instances et assure le règlement des affaires générales de l'établissement. Il est responsable du maintien du bon ordre et de la discipline dans l'établissement.

Equipe de direction

Les directeurs d'hôpitaux sont, en tant qu'adjoints du chef d'établissement, à la tête de directions fonctionnelles relatives aux finances, aux ressources humaines, aux services économiques et logistiques, aux travaux et au patrimoine, aux systèmes d'information, à la qualité et la sécurité des soins, aux relations avec les usagers.

Directeur des soins

La Direction des soins (DS) est garante de la qualité des prestations offertes aux usagers en complémentarité avec le corps médical. Elle représente une interface incontournable à la réalisation des actions du CLIN et de l'EOH.

Responsable qualité gestion des risques

Le responsable « qualité-gestion des risques » met en œuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, assure le suivi du programme d'actions. Il mobilise les compétences pour l'analyse des risques liés aux soins et leur prévention.

Responsable biomédical

Le responsable biomédical est le plus souvent un ingénieur spécialisé en technologies biomédicales. Il est responsable de l'investissement et de la maintenance des équipements biomédicaux.

Responsable des services techniques et logistiques

Le responsable des services techniques est responsable de la maintenance des équipements non médicaux, de l'approvisionnement et des flux (restauration, linge, déchets...) et des infrastructures.

Organisation de la prévention des infections associées aux soins

Instruction n° 298 du 12/07/2013 relative au Programme national pour la sécurité des patients :
des éléments concernant la LIN sont insérés dans le programme concernant la sécurité des soins, notamment les formations à base de théâtre forum.

Instruction n° DGOS/PF2/2014/66 du 04/03/2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (publiée chaque année) :
le contenu et les éléments de preuve à fournir sont décrits.

Arrêté du 11/02/2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (publié chaque année) :
les obligations des ES quant à l'affichage des résultats de la LIN (et plus généralement de la politique qualité et sécurité des soins) sont définies.

Décret n° 2010-439 du 30/04/2010 relatif à la CME dans les ES publics de santé :
la CME contribue à la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les IAS (c'est-à-dire à la prévention des IAS) ; le responsable de l'EOH est membre de droit à titre consultatif.

Circulaire n°2009-272 du 26/08/2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 :
définitions des axes de travail des établissements de santé.

Arrêté du 17/05/2006 relatif aux antennes régionales des Cclin :
chaque région dispose d'une antenne régionale des Cclin ; le champ d'action dépasse celui des ES et s'étend aux EHPAD.

Décret n° 2006-550 du 15/05/2006 relatif aux sous-commissions de la CME :
le CLIN intègre le dispositif global d'amélioration de la qualité des soins. Pour les ES publics, le CLIN devient une sous-commission de la CME.

Circulaire n°2004-21 du 22/01/2004 (modifiant celle du 30/07/2001) relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé :
les ES doivent mettre en place un dispositif de signalement des IN au sein de l'ES et doivent signaler au Cclin et à la DDASS (devenue ARS depuis 2010) les IN ayant un caractère particulier, spécifié dans le texte ; le texte précise les situations pour lesquelles l'information concernant la prévention et la survenue des IN doit être donnée au patient avant, pendant et après l'hospitalisation.

Circulaire DGS/DHOS/E2 n°2000-645 du 29/12/2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé :
définition du rôle du CLIN, de l'EOH et des correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène.

Décret n° 99-1034 du 6/12/1999 (abrogé par le décret 2005-840 du 20/07/2005) relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé :
la mise en place d'un CLIN ou d'une commission équivalente pour tous les ES publics et privés devient obligatoire.

Arrêté du 03/08/1992, modifié le 19/10/1995 relatif à l'organisation de la LIN :
des structures interrégionales (les Cclin) et nationale ont été créées pour organiser et coordonner la LIN dans les ES.

Décret n° 88- 657 du 6/05/1988 (texte fondateur abrogé) relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des IN :
les ES publics et privés participant au service public, doivent créer une commission spécialisée dans la LIN, les CLIN ; les IN sont définies comme les infections qui surviennent lors du séjour dans un ES.

Place des représentants des usagers

Décret n° 2010-439 du 30/04/2010 relatif à la CME dans les ES publics de santé :

la CRUQPC contribue au programme de gestion des risques associés aux soins et notamment à la prévention des IAS.

Décret n° 2005-300 du 31/03/2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique :

un arrêté auquel l'ES doit se référer pour la nomination des RU, fixe chaque année la liste des associations d'usagers agréées par la commission nationale d'agrément.

Loi n° 2002-303 du 4/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

la participation des usagers dans les ES est renforcée ; en cas d'IN, l'information du patient même à titre rétrospectif devient obligatoire.

Ordonnance n°96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée :

la présence des RU au conseil d'administration des ES devient obligatoire.

Recours et indemnisation

Décret n° 2014-19 du 9/01/2014 portant simplification et adaptation des dispositifs d'indemnisation gérés par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Décret n° 2012-298 du 2/03/2012 modifiant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2011-76 du 19/01/2011 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du code de la santé publique.

Décret n° 2011-68 du 18/01/2011 relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales survenus dans le cadre de mesures sanitaires d'urgence.

Circulaire DSS/2B/DGS n°2002-516 du 8/10/2002 relative à la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2002-656 du 29/04/2002 relatif à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique.

Périmètre de la prévention des infections associées aux soins

Circulaire n°264 du 19/08/2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins :

élargissement de la politique de prévention aux établissements médico-sociaux et au secteur ambulatoire.

Arrêté du 6/10/2008 (abrogé au 1/02/2011) relatif aux commissions spécialisées composant le haut conseil de la santé publique :

le risque infectieux lié aux soins est englobé dans l'ensemble des risques sanitaires liés aux soins dans le cadre d'une commission « sécurité sanitaire » («sécurité des patients» depuis 2011) du Haut Comité de la Santé Publique.

Arrêté du 17/05/2006 relatif aux antennes régionales des CClin :

chaque région dispose d'une antenne régionale des CClin ; le champ d'action dépasse celui des ES et s'étend aux EHPAD.

Courrier DGS/DHOS n°4436 du 13/09/2004 :

le champ des IN, c'est-à-dire survenant en ES, est élargi aux infections liées aux soins survenant à tout moment de la prise en charge dans un ES ou non.

AES : accident d'exposition au sang
ARLIN : antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS : agence régionale de santé
AS : aide soignant
ASH : agent du service hospitalier
BMR : bactérie multi résistante (aux antibiotiques)
BHRe : bactérie hautement résistante (aux antibiotiques) émergente
CAL : commission de l'activité libérale
CClin : centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLAN : comité de liaison alimentation nutrition
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD : comité de lutte contre la douleur
CME : commission médicale d'établissement
COVIRIS : coordination des vigilances et des risques sanitaires
CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS : conseil de surveillance
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE : comité technique d'établissement
DM : dispositifs médicaux
EBLSE : entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu
EPC : entérobactéries productrices de carbapénémase
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS : établissement médico-social
ES : établissement de santé
EOH : équipe opérationnelle en hygiène
GDRAS : gestion des risques associés aux soins
HAS : haute autorité de santé
HCSP : haut conseil de la santé publique
IAS : infection associée aux soins
ICABMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes
ICALIN : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
ICALISO : indicateur composite de lutte contre les infections de site opératoire
ICATB : indicateur composite du bon usage des antibiotiques
ICSHA : indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques
ICSLIN : instance de consultation et de suivi de la lutte contre les infections nosocomiales
LIN : lutte contre les infections nosocomiales
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique (établissement de santé)
ONIAM : office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales
PHA : produit hydro-alcoolique
PNSP : programme national pour la sécurité des patients
RU : représentant des usagers
SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
SHA : solution hydro-alcoolique
SLD : soins de longue durée (établissement de santé ou service)
SSR : soins de suite et de réadaptation (établissement de santé ou service)
UU : usage unique

«Le représentant des usagers est un acteur essentiel pour veiller au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité du système de santé. Sa présence dans les instances décisionnelles et consultatives du système de santé est essentielle pour rendre effective la participation des usagers et contribuer à la définition des politiques de santé ou à l'organisation du système de santé au niveau régional et national : cela fonde la démocratie sanitaire.»

(extrait de «Usagers de la santé: votre santé, vos droits» Le défenseur des droits, ministère des affaires sociales et de la santé. Février 2014)

Groupe de travail

Martine Aupée, responsable CClin Ouest, Rennes
Béregère Derrien, infirmière hygiéniste, CHU Rennes
Elliane Dutertre, représentante des usagers, association le Lien, Caen
Marie-Alix Ertzscheid, ingénieur hospitalier, CClin Ouest, Rennes
Erika Fontaine, pharmacien hygiéniste, CClin Ouest, Rennes
Pascal Jarno, médecin de santé publique, CClin Ouest, Rennes
Francine Laigle, représentante des usagers, CISS Bretagne, Association France Psoriasis
Hélyette Lelièvre, représentante des usagers, Maison associative de la santé (MAS), Rennes
Cathy Simonet, chargée de mission, Maison associative de la santé, Rennes
Brigitte Téqui, praticien hygiéniste, CRLCC, Nantes
Carole Verlainne, représentante des usagers au pôle Saint Hélier, Rennes

Groupe de relecture

Catherine Avril, praticien hygiéniste, Antenne régionale des Pays de la Loire, Nantes
France Borgey, praticien hygiéniste, Antenne régionale de Basse Normandie, Caen
Danièle Desclerc-Dulac, présidente du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) de la région Centre
Alain Faccini, président du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) de Bretagne
Claude Françoise, président du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) de Basse-Normandie
Evelyne Gaspillard, cadre infirmier hygiéniste, CH, Saint-Brieuc
Sylvie Jourdain, cadre infirmier, Antenne régionale de Bretagne, Brest
Aurélien Kervella, interne de santé publique, CClin Ouest, Rennes
Jean-Yves Launay, coordonnateur Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) de Bretagne
Guy Legal, Représentant des usagers, Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) Rhône-Alpes
Chantal Léger, cadre infirmier coordonnateur, Antenne régionale Poitou-Charente, CClin Sud-Ouest
Sylvie Monier, cadre infirmier, CClin Sud-Est
Pierre Parneix, responsable CClin Sud-Ouest, Bordeaux
Véronique Pozza, présidente du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) des Pays de la Loire
Valérie de Salins, cadre hygiéniste, Antenne régionale des Pays de la Loire, Nantes
Annie Sonnière, Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) des Pays de la Loire

Pour en savoir plus

Site Internet <http://nosobase.chu-lyon.fr/>

Centre de documentation du CClin Ouest Isabelle Girot 02 99 87 35 31

Conception Marion Angibaud, CClin Ouest, Rennes

