

METHODOLOGIE ET GRILLE D'EVALUATION

D'UN AUDIT CLINIQUE EN HYGIENE HOSPITALIERE

A PARTIR DES « 100 RECOMMANDATIONS »

DU COMITE TECHNIQUE

DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Philippe GASPARD

Pharmacien des hôpitaux
C.H. Rouffach
68250 Rouffach

Philippe NOIRIEL

Pharmacien des hôpitaux
C.H. Rouffach
68250 Rouffach

Stéphane GAYET

Médecin coordonnateur CCLIN-EST
67000 Strasbourg

GLOSSAIRE

AES : Accident d'Exposition au Sang

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

BMR : Bactéries Multi-Résistantes

C.M. : Correspondant Médical

C.P. : Correspondant Para-médical

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

F.S. : Formation Spécifique

ISO : Infection du Site Opérateur

IUN : Infections Urinaires Nosocomiales

LIN : Lutte contre les Infections Nosocomiales

P.A. : Programme d'Activités

P.F.C. : Plan de Formation Continue

R.A. : Rapport d'Activités

SSO : Surveillance du Site Opérateur

Remerciements pour l'aide ou la participation à ce travail :

- L'HOPITAL DE L'AVISON et son directeur
- L'ensemble du personnel. HOPITAL DE L'AVISON
- Madame Mougeolle (surveillante chef), HOPITAL DE L'AVISON.
- Mademoiselle Goepfert (qualificienne), HOPITAL DE L'AVISON

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
1 MATERIEL ET METHODE	6
1.1 Définition de l'étendue de l'étude	6
1.2 Elaboration de la grille d'évaluation	6
1.2.1 Codification des données	6
1.2.2 Intitulé du critère analysé	7
1.2.3 Modalités de réponse aux critères	7
1.2.3.1 définition de l'état de la situation	7
1.2.3.2 définition de la dynamique animant la recommandation	8
1.2.3.3 définition du niveau de priorité de la recommandation	9
1.2.4 Remarques et/ou suggestions	10
1.3 Méthode de mesure et de recueil des données	10
1.4 Analyse de données	11
1.4.1 Analyse par filtres à partir des codes d'identification	11
1.4.2 Analyse par filtres à partir des résultats	12
1.4.2.1 définition des points forts	13
1.4.2.2 définition des points faibles	13
1.4.2.3 expression des résultats	13
1.4.3 conclusion	13
1.5 Analyse et présentation des résultats	14
1.6 définition et développement des actions correctrices	14
1.7 Evaluation des actions entreprises	15
1.8 Conclusion	15
2 BIBLIOGRAPHIE	16
3 GRILLE D'EVALUATION	18

INTRODUCTION

La prévention des infections nosocomiales devient une priorité de part leur coût mais également du fait de leur impact psychologique négatif sur le patient qui vient se faire soigner à l'hôpital (Charvet-Prostat et al., 1998).

L'industrie et les services ont déjà développé des stratégies d'amélioration de la qualité depuis les années 70 et 80 (Leclot et Vilcot, 2000, Roy, 2001). Dans le même esprit, les établissements de santé doivent développer une politique de qualité des soins (HOPE, 2000).

A l'hôpital, l'application des expériences industrielles nécessite une adaptation à la spécificité des soins, à l'activité des cliniciens et aux différentes réglementations nationales et européennes (Czernichow et al., 2001). Cependant, les définitions générales sont utilisées et correspondent à la norme ISO 8402 et à la nouvelle norme ISO 9000 (version 2000) qui définissent la qualité comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ».

A partir de cette définition, l'expérience française de l'ANAES⁽¹⁾ (1999) a pour objectifs de développer une approche centrée sur le patient et sur le processus de prise en charge. La qualité est donc destinée à des clients dont le patient est le premier bénéficiaire des soins et des services.

Pour atteindre cet objectif, **l'ANAES⁽¹⁾ (1999) propose 4 directions possibles** adaptables suivant les circonstances :

- **le contrôle qualité** qui est une évaluation des pratiques professionnelles par rapport à des critères explicites et déterminés, c'est cette approche que nous utiliserons avec la technique de l'audit clinique pour évaluer les pratiques en hygiène hospitalière de l'hôpital de l'Avison en nous référant au guide des 100 recommandations en hygiène hospitalière (1999).

- **l'assurance qualité** qui est définie comme « l'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité (définition normalisée ISO 8402), cette démarche est principalement adaptable dans les domaines de la gestion des risques (transfusion, stérilisation, désinfection...) ou dans des domaines satellites des soins (restauration, lingerie...).

- **l'amélioration continue de la qualité** qui est une démarche qualité progressive incluant le management participatif, cette démarche introduit un changement dans l'organisation de toute la structure en privilégiant une approche transversale avec une définition des processus. L'implication des professionnels dans l'analyse du déroulement des activités favorise l'acceptabilité des améliorations.

- **le management total de la qualité** qui est encore à un stade expérimental au niveau hospitalier a pour objectif d'étendre et de généraliser la logique d'amélioration continue de la qualité à l'ensemble de la structure en intégrant les

exigences relatives à la qualité de tous les clients et fournisseurs mais également le coût d'obtention de la qualité comme outil de gestion.

De plus, *l'ANAES⁽²⁾ (1999) développe la procédure d'accréditation* visant à s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette procédure comprend une évaluation ainsi que la formulation de recommandations quand l'établissement ne répond pas aux critères définis dans le référentiel.

Dans cette démarche, l'ANAES a intégré la prévention des risques sanitaires au niveau des référentiels « gestion de la qualité et prévention des risques » (QPR), « vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle » (VST) et « surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux » (SPI) (ANAES⁽²⁾, 1999).

En complément de ces différentes approches, l'ANES⁽³⁾ (2000) édite un document de synthèse « Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé » visant à mettre à la disposition des professionnels de santé les principaux outils utilisables dans le développement d'une démarche qualité.

Un outil qui a semblé approprié pour réaliser ce travail est l'audit clinique. Cette technique permet l'évaluation des pratiques et par l'intermédiaire des actions de correction à mettre en place, l'initiation d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins. ***L'ensemble de cette démarche doit donner au CLIN les moyens d'un développement d'une véritable politique qualité au niveau de l'hygiène.***

Les 6 étapes de l'audit sont celles définies par l'ANAES⁽⁴⁾ (1999) :

- choix du thème et initialiser l'étude,
- choix des critères et élaboration d'une grille à partir d'un référentiel,
- choix de la méthode de mesure : observation directe, interview, auto-évaluation,
- recueil des données,
- analyse des résultats et mise en forme,
- planification des actions d'amélioration et mise en œuvre du suivi.

Cet outil est très largement utilisé dans de nombreux hôpitaux et pour de multiples usages (ANAES⁽⁵⁾, 1999, C.CLIN-Ouest, 1999, C.CLIN-Sud-Ouest, 2000 et 2001, El Khaïli, 2001, Mariani, 2001).

Pour le choix du thème et des critères, il a semblé important de travailler avec un outil qui permette une analyse exhaustive et globale dans le domaine de l'hygiène. De plus, les données et les références utilisées devaient déjà être validées par les organismes de référence en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Le fascicule du comité technique des infections nosocomiales « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales » (CTIN, 1999) répondait à ces 2 critères et il a donc été retenu pour la réalisation de notre audit avec la nécessité d'atteindre les objectifs suivants :

- ***l'évaluation des pratiques de l'établissement*** : en effet, il est important de s'assurer de la cohérence des mesures déjà en place et de connaître le niveau d'adéquation par rapport aux recommandations de référence,

- ***l'amélioration du niveau des pratiques*** avec l'élaboration, la planification et la mise en place des mesures correctrices,

- ***l'initiation d'une démarche générale d'amélioration de la qualité en vue de l'accréditation*** : ce travail à partir des 100 recommandations permettra d'apporter des points précis pour l'auto-évaluation de l'accréditation, de plus les résultats obtenus et les actions correctrices mises en place seront également des points positifs pour cette démarche qualité,

- ***l'information et la formation du personnel de l'établissement*** : la conduite de l'audit, la diffusion des résultats et la mise en place des actions correctrices doivent faire l'objet d'une implication maximale des agents concernés.

1 MATERIEL ET METHODE

1.1 Définition de l'étendue de l'étude

L'étude nécessite de définir les services ou le type d'établissement qui feront l'objet de l'étude. Les principales caractéristiques seront retenues et présentées afin de réaliser une analyse précise en fonction du type de l'hôpital.

1.2 Elaboration de la grille d'évaluation

Ce travail prend pour base le recueil élaboré par le Comité Technique National des Infections Nosocomiales : « ***100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales*** » (CTIN, 1999).

Ce document ***est composé de 19 chapitres, qui sont eux même divisés en recommandations***. Le nombre total de recommandations pour tout le document est de 100. ***Le document complet est présenté à la fin de ce document dans la partie : grille d'évaluation.***

Pour bien préciser les informations et dans le cadre d'une analyse informatisée des données, la grille d'évaluation a été créée en conservant la structure globale des chapitres et des recommandations.

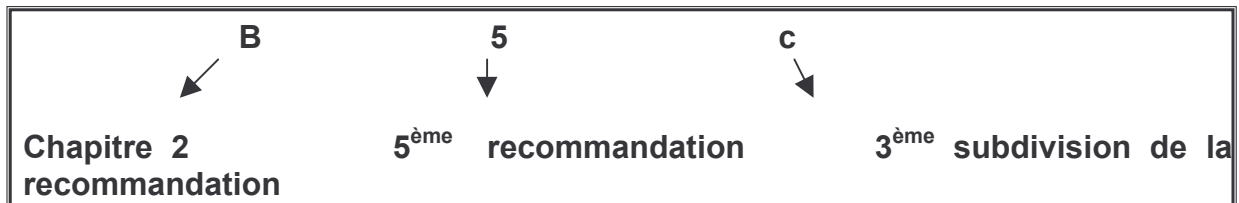
1.2.1 Codification des données

Ces codes ont été créés pour réaliser l'analyse informatique des données recueillies. Ils permettront l'utilisation de la fonction de sélection de la base de données d'Excel®, ainsi, il sera possible d'étudier par ces systèmes de filtre, les différentes recommandations ou chapitres indépendamment les uns des autres ou de manière globale.

- Une ***lettre majuscule de A à S reprend les 19 chapitres*** des 100 recommandations,

- Pour chaque chapitre, **cette lettre est suivie d'un chiffre de 1 à 100** reprenant les sous-chapitres répertoriés dans le document (correspondant aux 100 recommandations),
- Enfin, des subdivisions créées au sein des sous-chapitres sont identifiées par **une lettre minuscule attribuée par ordre chronologique** (comprise entre a et z)

Exemple : On obtient des codes de type :



Ces codes ont fait l'objet d'une préparation et sont déjà notés sur les imprimés à remplir.

1.2.2 Intitulé du critère analysé

L'intitulé correspond au contenu du document des 100 recommandations mis en forme pour permettre son utilisation dans le cadre d'un audit clinique. Il s'agit donc de phrases courtes, affirmatives qui permettront d'évaluer le niveau de mise en place des différentes recommandations dans l'établissement. **578 critères ont été formulés** (phrases courtes et affirmatives).

Comme pour les codes, ces informations sont déjà consignées sur les grilles.

1.2.3 Modalités de réponse aux critères

Après la définition des modalités de codification des données pour permettre l'analyse informatique et le choix des intitulés des critères à partir des 100 recommandations, trois paramètres sont retenus pour l'évaluation :

- le niveau d'application des recommandations (état de la situation ou existant),
- la dynamique animant les recommandations
- le degré de priorité pour l'élaboration d'un calendrier des actions à mettre en place.

Pour définir chacun de ces 3 paramètres, il sera utilisé un système de notation avec 5 possibilités :

- note maximale : 4
- notes intermédiaires : 3 et 2
- note la plus faible : 1
- Non applicable dans le service ou l'établissement : NA

Ce système de notation sera développé et précisé pour chaque paramètre.

1.2.3.1 définition de l'état de la situation

L'état de la situation doit donner un aperçu du niveau d'application des pratiques recommandées par le CTIN.

Les éléments de notation pour l'évaluation sont présentés dans le schéma n° 2.

SUIVANT LA VALEUR CHOISIE, L'ETABLISSEMENT
SATISFAIT A LA RECOMMANDATION :

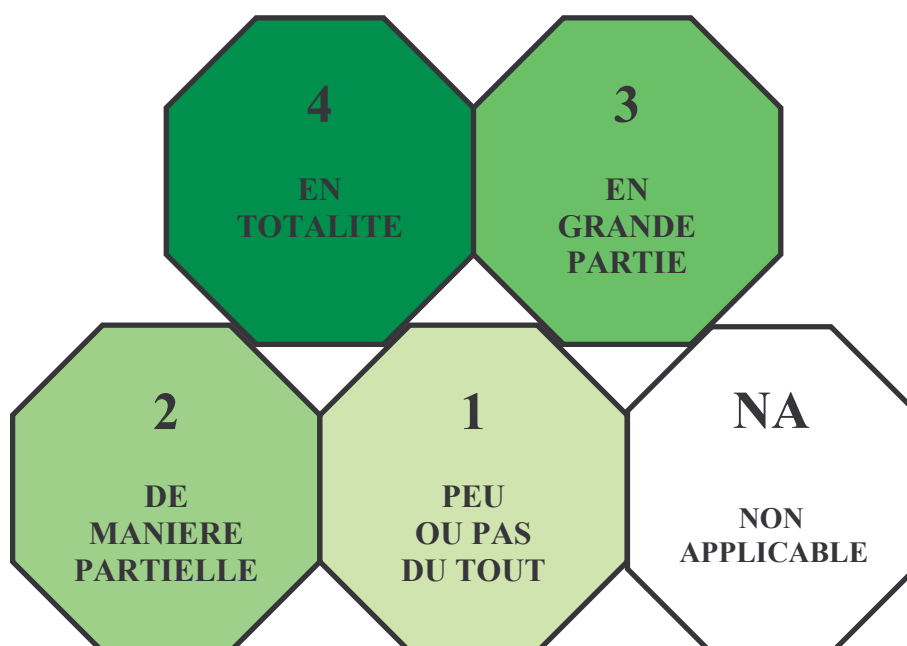


Schéma n° 2 : Eléments de notation pour définir l'état de la situation

A ce niveau, une part d'appréciation intervient dans l'attribution de la note car il n'est pas toujours possible de parfaitement définir le niveau d'application atteint pour les recommandations.

Cependant, le fait de donner quatre possibilités permet d'avoir un éventail suffisant pour décrire le mieux possible la situation à analyser.

1.2.3.2 définitions de la dynamique animant la recommandation

A ce niveau, l'objectif est d'évaluer le mode d'évolution de la situation actuelle pour les différentes recommandations étudiées.

Les éléments de notation pour l'évaluation sont présentés dans le schéma n° 3. Pour ce stade de l'audit, quelques informations supplémentaires sont nécessaires pour bien utiliser cette échelle d'évaluation.

Note 4 : les dynamiques 2 et 3 (mise en place avec évaluation) ont déjà été appliquées. De plus, une politique d'amélioration continue de la qualité est développée.

Note 3 : les recommandations sont ou ont été appliquées et elles ont été évaluées pour contrôler la pertinence, la rigueur et l'efficacité de cette mise en place.

Note 2 : un travail de mise en place ou d'évolution vers les recommandations est en cours ou a été développé.

Note 1 : les recommandations ne font pas et n'ont pas fait l'objet d'une réflexion, d'une évaluation ou d'un travail visant à promouvoir les pratiques recommandées.

NA : les recommandations ne sont pas applicables à l'établissement ou au service.

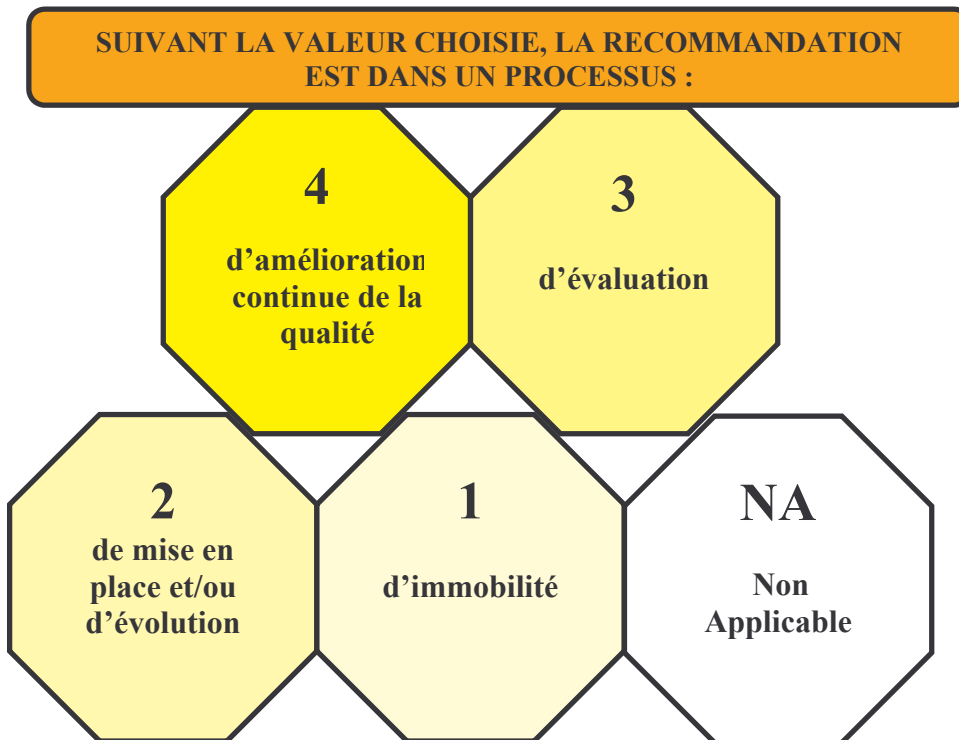


Schéma n° 3 : Eléments de notation pour définir la dynamique de la situation

1.2.3.3 définition du niveau de priorité de la recommandation

A ce stade de l'étude, il s'agit de définir des priorités pour la suite du travail. Comme précédemment, un éventail de 5 possibilités est proposé aux personnes réalisant l'audit clinique.

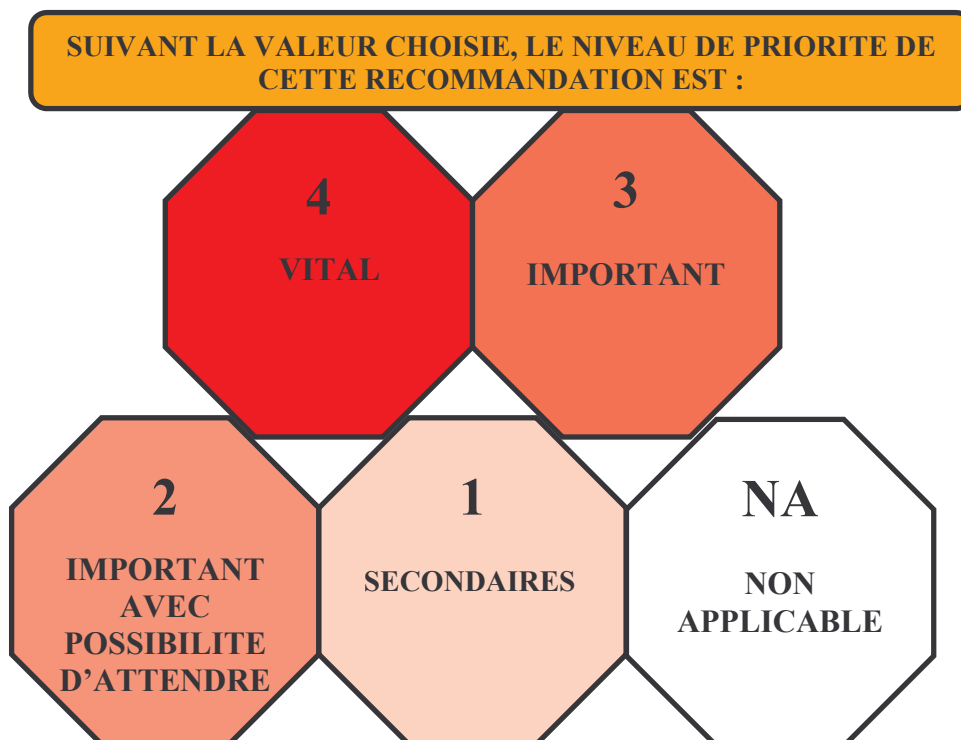


Schéma n° 4 : Eléments de notation pour définir le niveau de priorité

Les informations supplémentaires nécessaires pour bien utiliser cette échelle d'évaluation sont les suivantes :

Note 4 : les recommandations ont fait preuves de leur efficacité et la non application peut entraîner des risques graves, très graves et même mortels. Ces recommandations sont donc à intégrer dans une stratégie à très court terme avec des délais de 1 à 3 mois.

Note 3 : les recommandations ont fait preuve de leur efficacité et la non application peut entraîner des risques graves ou très graves, sans cependant être mortels. Ces recommandations sont donc à intégrer dans une stratégie à court terme avec des délais relativement réduits (3 à 6 mois).

Note 2 : les recommandations ont fait preuve de leur efficacité et la non application ne peut entraîner des risques graves, très graves ou mortels. Il peut s'agir également de domaines ou d'activités secondaires pour l'établissement. Ces recommandations tout en étant importantes peuvent donc attendre et intégrer un niveau de stratégie à long terme.

Note 1 : les risques inhérents à ces recommandations ne peuvent entraîner de conséquences graves ou très graves. Il s'agit de recommandations pour des pratiques conseillées mais elles n'ont pas toujours fait preuve d'une efficacité sur la réduction des infections nosocomiales. De plus, elles ne font pas l'objet d'une réglementation spécifique. Ces recommandations sont donc considérées comme secondaires dans la stratégie à mettre en place.

NA : les recommandations ne sont pas applicables à l'établissement ou au service.

1.2.4 Remarques et/ou suggestions

A ce niveau, un espace est réservé où des commentaires supplémentaires peuvent être ajoutés, ils apporteront un complément d'information pour l'analyse de la situation ainsi que pour les décisions d'actions préventives et correctives à développer.

1.3 Méthode de mesure et de recueil des données

Afin de coordonner les différentes activités de l'établissement, il est possible d'intégrer ce travail dans la dynamique de préparation à l'accréditation. Cette évaluation peut donc entrer dans le travail du groupe qui doit participer à l'analyse du référentiel SPI (surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux).

De plus, les groupes constitués pour cette démarche d'évaluation ont pour objectif de faire participer l'ensemble de la structure, ils fournissent donc une garantie de représentativité quant à leur composition. Ce type d'organisation permet donc d'impliquer tous les agents médicaux, paramédicaux et techniques et ainsi d'initier un début de démarche qualité incluant le management participatif.

Un ou plusieurs groupes de base sont constitués, ils sont composés de : 1 ou 2 infirmières, 2 aides soignantes, la responsable des services de soins infirmiers, 1 qualitiennne, 1 pharmacien et président du CLIN. Pour chaque catégorie, il faut vérifier que chaque service sanitaire concerné a une personne pour le représenter. De plus, la composition peut varier suivant l'activité des services.

A ce noyau est intégré pour des points particuliers : 1 médecin de l'hôpital et le médecin du travail, 1 agent de service, la responsable du service de lingerie, 1

personnel des services techniques, 1 personnel de cuisine, 1 kinésithérapeute, le responsable du service de formation et 1 personnel des services économiques. Le détail des groupes est présenté dans le tableau II.

Référence chapitre	intitulé du chapitre	Participants
A	Organisation du travail du CLIN	groupes de base
B	Politique de formation	groupes de base et responsable service de formation
C	Définition des infections nosocomiales	groupes de base
D	Surveillance des infections nosocomiales	groupes de base
E	Mode d'identification des infections nosocomiales	groupes de base
F	Méthode de calcul des taux	groupes de base
G	Analyse et maîtrise d'une épidémie hospitalière	groupes de base
H	Surveillance de la résistance aux antibiotiques	laboratoire
I	Fiches techniques sur les soins et l'environnement	groupes de base + agents techniques + agent de service + lingerie + économat
J	Hygiène de l'environnement hospitalier	groupes de base + agents techniques + agent de service + lingerie + économat
K	Mesure d'isolement	groupes de base + kinésithérapeute
L	Protection des AES et liquides biologiques	groupes de base + médecin du travail
M	Prévision de la diffusion des BMR	groupes de base + kinésithérapeute
N	: Prévention des infections du site opératoire	non concerné
O	Prévention des infections urinaires	groupes de base
P	Prévention des infections respiratoires nosocomiales	groupes de base + kinésithérapeute
Q	Prévention des infections liées aux cathéters	groupes de base
R	Prévention des infections nosocomiales chez les personnes âgées	groupes de base + kinésithérapeute
S	Prévention des infections nosocomiales en pédiatrie	non concerné

Tableau II : composition des groupes pour les différents chapitres

Dans la pratique, l'organisation peut être développée par le groupe qualité de l'établissement, les groupes peuvent se partager l'analyse des différents chapitres et ils se réunissent pendant des séances de 1 heure jusqu'à ce que l'ensemble du manuel des 100 recommandations ait fait l'objet de l'audit.

Le mode de recueil de l'information retenu est celui de l'interview du personnel faisant partie des groupes d'évaluation à partir des questionnaires d'évaluation.

La saisie des données sera effectuée par le président du CLIN ou un cadre en hygiène qui en appréciera la validité et la cohérence à ce moment. En cas de réponse posant des problèmes, une analyse sera de nouveau établie pour ces points particuliers par le groupe de travail.

1.4 Analyse de données

Cette étape est également réalisée par le président du CLIN ou le cadre en hygiène. Les informations obtenues seront traitées par le tableur Excel. Deux types d'analyse seront développés :

- **La sélection à l'aide de la fonction de filtrage** de certaines informations, les critères retenus sont les codes d'identification et les résultats

- **La réalisation de calculs** à partir des notes attribuées (utilisées comme variables quantitatives) : cette approche sera utilisée après l'utilisation des filtres sélectionnant les codes d'identification.

1.4.1 Analyse par filtres à partir des codes d'identification

Ces codes permettront de sélectionner les informations suivant les thèmes regroupés dans les 19 chapitres des 100 recommandations (lettres de A à S) mais également suivant certaines recommandations (chiffres de 1 à 100),

Par cet intermédiaire, l'analyse par Excel permettra donc :

- *une étude individuelle par recommandation
- *une analyse globale pour chaque chapitre
- *une analyse globale pour l'ensemble des 100 recommandations (non utilisée dans cette étude).

A partir de ces sélections d'information, et pour les 3 paramètres étudiés (état de la situation, dynamique et niveau de priorité), l'activité sera analysée en effectuant un certain nombre de calcul à partir des notes attribuées (tableau III) :

Note moyenne	Modes de calcul
Par recommandation	Somme des notes pour chaque critère de la recommandation/ nombre de critères
Par chapitre	Somme des notes pour chaque critère du chapitre/ nombre de critères
Pour l'ensemble des recommandations	Somme des notes pour tous les critères du manuel/ nombre de critères

Tableau III : Calcul des différents paramètres

Cette approche donne une vision globale de la situation et permet d'évaluer les points forts et les points faibles de la politique de lutte contre les infections nosocomiales.

1.4.2 Analyse par filtres à partir des résultats

Cette deuxième approche prend comme base de travail les résultats obtenus pour les 3 paramètres étudiés (état de la situation, dynamique et niveau de priorité), elle précise les informations précédentes et permet la définition d'un plan d'action.

Sur les 3 paramètres étudiés, seulement 2 sont utilisés comme critères de sélection : le niveau de priorité et l'existant, la dynamique n'est utilisée que comme information accessoire.

Il est alors possible de construire le tableau de consultation suivant (tableau IV).

Au vu du tableau, nous obtenons 2 types d'informations suivant la consultation du tableau : points forts ou points faibles.

		NIVEAU D'APPLICATION			
		4	3	2	1
NIVEAU DE PRIORITE	4	Points forts	Points forts	Points faibles	Points faibles
	3	Points forts	Points forts	Points faibles	Points faibles
	2	Points forts	Points forts	Points faibles	Points faibles
	1	Points forts	Points forts	Points faibles	Points faibles

Tableau IV : tableau de consultation des données

1.4.2.1 Définition des points forts

Dans cette analyse, nous rencontrons les activités avec un niveau de priorité (4,3,2,1) qui présentent un haut niveau de réalisation (4 et 3) et ce quelle que soit la dynamique (4,3,2,1)

La consultation se fait en 2 temps pour bien séparer les recommandations à caractère vital et important, de celles à caractère secondaire :

- niveau de priorité 4 et 3 et existant de niveau 4 et 3
- niveau de priorité 2 et 1 et existant de niveau 4 et 3

1.4.2.2 Définition des points faibles

Dans ce cas de figure, nous sélectionnons les activités avec un niveau de priorité (4,3,2,1) qui présentent un niveau faible ou très moyen de réalisation (2 et 1) et ce quelle que soit la dynamique (4,3,2,1).

Comme précédemment, la consultation se fait en 2 temps pour bien séparer les recommandations à caractère vital et important, de celles à caractère secondaire :

- niveau de priorité 4 et 3 et existant de niveau 2 et 1
- niveau de priorité 2 et 1 et existant de niveau 2 et 1

1.4.2.3 Expression des résultats

A partir de ces différents filtres, et pour les 3 niveaux de codage précédents (étude individuelle par recommandation, analyse globale pour chaque chapitre ou pour l'ensemble des 100 recommandations), nous pouvons rendre les résultats suivants :

- **points forts/points faibles par recommandation,**
- **points forts/points faibles par chapitre,**
- **points forts/points faibles pour l'ensemble du guide.**

1.4.3 Conclusion

L'ensemble de cette approche donne une vision relativement complète de la situation par rapport aux recommandations présentées par le CTIN.

Dans le cadre de ce travail, après la définition des points forts, il est important de ce focaliser sur l'analyse des points faibles pour élaborer un ensemble de mesures correctrices visant à répondre aux critères définis par le manuel des 100 recommandations.

1.5 Analyse et présentation des résultats

A partir des données analysées, **le président du CLIN ou le cadre en hygiène établissent une synthèse** et la présentent à l'ensemble des personnes participant aux groupes de base.

Cette synthèse fait ensuite l'objet d'une révision par les groupes pour établir le niveau de cohérence par rapport aux réalités de l'établissement.

1.6 définition et développement des actions correctrices

Ce travail se fait avec les mêmes groupes que pour les étapes précédentes avec cependant une implication plus importante des services concernés.

Cette étape consiste à définir les actions à développer suite à l'évaluation. Les données utilisées seront les points faibles présentés lors de l'étape de synthèse, une attention particulière sera portée aux actions dont le niveau de priorité est 4 et 3.

Un calendrier est défini ainsi que les modalités du suivi et du contrôle de la mise en œuvre.

Pour cette étape, nous utiliserons une méthodologie développée en qualité avec une fiche d'amélioration présentée dans ce chapitre (schéma n° 5).

Cette fiche d'amélioration permet une définition des différents points constituant les actions à réaliser pour un thème précis. Ainsi une fiche présente une ou plusieurs actions à développer.

Elle comprend dans un premier temps les références de la fiche et du projet, la date de réalisation de la fiche, la date d'échéance, le responsable de la mise en œuvre.

Une deuxième partie comprend le programme avec les différentes étapes et actions à entreprendre, les personnes impliquées, les dates d'échéance et la définition des ressources nécessaires et leur quantification.

Hopital de l'Avison	FICHE D'AMELIORATION	Ref. : Version : 1	
PROJET		N° fiche :	
Date :	intitulé de la fiche	Codification	
Responsable mise en œuvre : Date d'échéance :			
PROGRAMME			
Etapes proposées	personnes impliquées	dates échéance	ressources nécessaires/quantification
SUIVI DES ACTIONS			
Suivi	Evaluation		
Nom :	Critères		
Date :			
Visa :			

Schéma n° 5 : Fiche d'amélioration pour les actions correctrices

Enfin, cette fiche permet également un suivi des actions avec éventuellement la définition de critères permettant le suivi et l'évaluation des actions entreprises.

Pour accélérer le travail des groupes, les grandes lignes de ces fiches peuvent être remplies par le président du CLIN ou le cadre de santé et le détail des actions est défini lors des réunions des groupes de travail.

N° fiche	Intitulé de la fiche	Actions mises en place ou à développer au --/--/2002	Evaluation (nbre d'actions réalisées/nbre d'actions prévues)	responsable du suivi

Schéma n° 6 : Document récapitulatif des actions développées

A cette fiche d'action est associé un document récapitulatif (schéma n° 6) qui permet de répertorier les différentes fiches d'amélioration ainsi que les principaux paramètres (n°, intitulés, actions déjà développées ou à mettre en place, évaluation, nom du responsable).

Un suivi rapide des actions entreprises ou à mettre en place est alors possible.

1.7 Evaluation des actions entreprises

Il s'agit de la dernière étape qui permet de définir si les objectifs des actions correctrices sont atteints.

Cette étape nécessite la création d'indicateurs pour parfaitement évaluer les actions développées. Ce travail est développé par les groupes en même temps que la définition et la mise en place des actions correctrices.

Pour l'évaluation proprement dite, elle est réalisée par le personnel de chaque service ayant participé à l'évaluation lors de l'audit. Cette étape est conduite en collaboration avec le président du CLIN ou le cadre de santé, la responsable du service de soins infirmiers et la qualitiennne.

1.8 Conclusion

L'audit clinique fait intervenir l'ensemble des équipes et c'est en cela qu'il est possible d'atteindre les objectifs définis au début du travail.

L'ensemble des étapes et des acteurs de cet audit ainsi que les dates d'échéance peuvent être présentés dans le tableau suivant (tableau V).

ETAPES	RESPONSABLES / ACTEURS	DATE D'ECHEANCE	SUIVI
1. Elaboration de la grille d'évaluation			
2. Constitution des groupes et planification des réunions			
3. Réalisation de l'audit			
4. Saisie des données			
5. Analyse des données			
6. Présentations des résultats			
7. Réalisation de la synthèse et définition des actions correctrices			
8. Mise en place des actions correctrices, établissement d'un calendrier			
9. Suivi des actions / vérification de la mise en œuvre			
10. Evaluation de l'efficacité			

Tableau V : Résumé des différentes étapes de l'audit clinique

2 BIBLIOGRAPHIE (les numéros ne sont pas utilisés dans le texte)

(1) ⁽¹⁾Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Evaluation d'un programme de la qualité, les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français, avril 1999, 95 p.

(2) ⁽²⁾Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999, 115 p.

(3) ⁽³⁾Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé, juillet 2000.

(4) ⁽⁴⁾Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé. L'audit clinique, bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, avril 1999, 26 p.

(5) ⁽⁵⁾Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires, janvier 2000, 53 p.

(6) BIENTZ M, PERNES J. Aspects économiques de l'infections hospitalière *In* : Les infections nosocomiales et leur prévention. AVRIL JL, CARLET J, Ed. Ellipse, 1998 : 94-105.

- (7) C.CLIN-Ouest. Audits en hygiène hospitalière, janvier 1999, 35 p.
- (8) C.CLIN Sud-Ouest⁽¹⁾. Audit de pratiques, le sondage urinaire dans les unités de soins, 2001, 28 p.
- (9) C.CLIN Sud-Ouest⁽²⁾. Audit de pratiques, observance du lavage des mains dans les unités de soins, 2000, 86 p .
- (10) CHARVET-PROTAT S, JARLIER A, PREAUBERT N. Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital. Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé 1998, 57 p.
- (11) Comité Technique des Infections Nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Ministère de l'emploi et de la solidarité, deuxième édition, 1999, p.
- (12) CZERNICHOW P, CHAPERON J, LE COUTOUR X. Epidémiologie, connaissances et pratique. Ed. Abrégés Masson 2001, 443 p.
- (13) EL KHAÏLI Hassan. Audit d'antibiothérapie curative dans un centre hospitalier psychiatrique et gériatrique de 700 lits, Mémoire DIU hygiène hospitalière, Université de Nancy I, faculté de médecine, septembre 2001, 56 p.
- (14) HOPE : Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne. La qualité des soins de santé et des activités hospitalières. Rapport du groupe de travail « qualité des soins dans les hôpitaux » 2000, 51 p.
- (15) ISO 8402. Management de la qualité et assurance de la qualité. Vocabulaire, 1994.
- (16) ISO 9000/2000. Système de management de la qualité. Principes essentiels et vocabulaire, 2000.
- (20) LECLET H, VILCOT C. Qualité en santé, 150 questions pour agir. Ed AFNOR 1999, 483p.
- (21) MARIANI J. Procédures de soins, évaluation des pratiques. Hygiènes 2001 ; 9 : 103-115.
- (23) ROY C. Management de la qualité des soins, référentiels, gestion électronique documentaire, application informatique. Thèse de Méd. Vét. Ecole nationale Vétérinaire d'Alfort 2001, 134p.
- (24) SOURY F, CARIA A, RYBAK C. Gestion des risques : une fonction nouvelle à l'hôpital. Gestion Hospitalière 2001 ; novembre : 722-726.

3. GRILLE D'EVALUATION

codes	INTITULES DES RECOMMANDATIONS	Etat*	Dyna- mique*	Prio- rité*	SUGGESTIONS ET/OU REMARQUES
A	ORGANISATION DU TRAVAIL DU CLIN				
A 1	PROGRAMME ANNUEL ET RAPPORT D'ACTIVITE				
A 1 a	L'établissement a un CLIN				
A 1 b	Le CLIN définit les objectifs en matière de LIN				
A 1 c	Le CLIN organise les actions en matière de LIN				
A 1 d	Le CLIN planifie les actions en matière de LIN				
A 1 e	Le CLIN anime les actions en matière de LIN				
A 1 f	Le CLIN coordonne les actions en matière de LIN				
A 1 g	Le CLIN élabore un programme annuel (P.A.) avec un calendrier de réalisation				
A 1 h	Le P.A. comprend des actions d'analyse précise pour les données de surveillance				
A 1 i	Le P.A. comprend des actions d'analyse précise pour les équipements				
A 1 j	Le P.A. comprend des actions d'analyse précise pour l'architecture				
A 1 k	Le P.A. comprend des actions d'analyse précise pour les pratiques professionnelles				
A 1 l	Le P.A. comprend des actions d'analyse précise pour les formations en hygiène				
A 1 m	Le P.A. définit et met en œuvre des actions correctives				
A 1 n	Le P.A. définit et met en œuvre des actions préventives				
A 1 o	Le P.A. hiérarchise les objectifs en fonction d'évaluations épidémiologiques, économiques ou des possibilités de l'établissement.				
A 1 p	Le P.A. est évalué en mesurant l'impact sur la qualité des pratiques				
A 1 q	Le P.A. est évalué en mesurant l'impact sur les infections nosocomiales				
A 1 r	Le P.A. est évalué en mesurant l'impact sur les coûts				
A 1 s	Le CLIN élabore un rapport d'activité (R.A.)				
A 1 t	Le R.A. décrit les actions entreprises et analyse les résultats obtenus (si possible de manière quantitative)				
A 1 u	Le R.A. (tableau synthétique) est transmis à la DDASS et au CCLIN				
A 1 v	Le R.A. et le P.A. de l'année suivante sont soumis à la CME, au directeur du service de soins infirmiers et au directeur de l'établissement (celui-ci le transmet au conseil d'administration.				
A 1 w	Les objectifs de LIN et les moyens nécessaires sont mentionnés dans le contrat d'objectifs et de moyens établi entre l'établissement et l'ARH				
A	ORGANISATION DU TRAVAIL DU CLIN				
A 2	PROFESSIONNELS DE L'HYGIENE HOSPITALIERE				
A 2 a	Le CLIN s'appuie sur une équipe opérationnelle d'hygiène				
A 2 b	Le CLIN s'appuie sur des référents ou correspondants médicaux (C.M.) et paramédicaux (C.P.) exerçant dans les unités de soins				
A 2 c	Les C.M. et les C.P. sont les relais du CLIN pour les actions de prévention et de surveillance				
A 2 d	Les C.M. et les C.P. ont leurs missions parfaitement définies				
A 2 e	Les C.M. et les C.P. bénéficient d'une formation pour leurs missions				
A 3	COLLABORATION AVEC TOUS LES SERVICES DE L'ETABLISSEMENT				
A 3 a	Le CLIN collabore avec le service microbiologie				
A 3 b	Le CLIN collabore avec le département d'information médicale				
A 3 c	Le CLIN collabore avec le service pharmacie				
A 3 d	Le CLIN collabore avec la médecine du travail				
A 3 e	Le CLIN collabore avec les services responsables des achats de matériels				
A 3 f	Le CLIN collabore avec les services biomédicaux et techniques				
A 3 g	Le CLIN collabore avec les services administratifs				
A 3 h	Le CLIN collabore avec les structures de formation du personnel				
A 3 i	Le CLIN collabore avec les correspondants locaux de matériovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance pour une gestion coordonnée des risques				
A 4	COLLABORATION AVEC LES Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN)				
A 4 a	Le CLIN fait appel au CCLIN dans des cas : de projet, d'épidémie, d'expertise				
B	POLITIQUE DE FORMATION				
B 5	FORMATION INITIALE EN HYGIENE HOSPITALIERE				
B 5 a	Les médecins ont reçu une formation initiale en hygiène hospitalière				
B 5 b	les pharmaciens ont reçu une formation initiale en hygiène hospitalière				
B 5 c	les infirmières ont reçu une formation initiale en hygiène hospitalière				
B 5 d	Les sage-femmes ont reçu un enseignement spécifique à leurs fonctions				
B 5 e	Les cadres de santé ont bénéficiés d'une formation à la gestion des risques infectieux				
B 5 f	Les personnels paramédicaux, services médico-techniques et techniques ont reçu une formation spécifique à leur fonction				

*Choix possibles : 1, 2, 3, 4, NA

codes			INTITULES DES RECOMMANDATIONS	Etat*	Dyna- mique*	Prio- rité*	SUGGESTIONS ET/OU REMARQUES
B	5	g	Le personnel de service et d'entretien, personnel de cuisines ou chargés de maintenance ont reçu une formation spécifique à leur fonction				
B	6		PLAN DE FORMATION CONTINUE (P.F.C.) POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL				
B	6	a	Le P.F.C. élaboré par le service formation continue (S.F.C) intègre l'ensemble du personnel cité précédemment				
B	6	b	Le P.F.C est élaboré en concertation avec le CLIN				
B	6	c	Le P.F.C est élaboré en concertation avec la CME				
B	6	d	Le P.F.C est élaboré en concertation avec le service de soins infirmiers				
B	6	e	Le P.F.C est élaboré en concertation avec la médecine du travail				
B	6	f	Le P.F.C est élaboré en concertation avec l'équipe opérationnelle d'hygiène				
B	6	g	Le P.F.C tient compte des priorités définies par le CLIN				
B	6	h	Le CLIN organise une formation en hygiène lors de l'arrivée de nouveaux personnels				
B	7		CONTROLE DE QUALITE DES FORMATIONS				
B	7	a	Le service de formation continue évalue les actions de formation internes ou extérieures				
B	7	b	Un rapport est transmis au président du CLIN concernant cette évaluation				
B	7	c	Le CLIN est consulté pour le choix de tout organisme extérieur				
B	7	d	Le P.F.C. privilégie la valorisation des ressources internes à l'établissement				
B	8		FORMATIONS SPECIFIQUES (F. S.)				
B	8	a	Des F. S. spécifiques obligatoires sont organisées pour les personnels exerçant des responsabilités en hygiène				
B	8	b	Les praticiens hospitaliers en hygiène, les infirmiers et les cadres hygiénistes ont validés des formations spécifiques théoriques et pratiques				
B	8	c	Le CCLIN organise une formation pour les membres des CLIN sur les thèmes des responsabilités et du bon fonctionnement				
B	8	d	Les correspondants en hygiène des services doivent bénéficier d'une formation à l'hygiène hospitalière				
C			DEFINITIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
C	9		DEFINITIONS STANDARDISEES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
C	9	a	La surveillance est assurée selon les définitions fournies par le guide de l'utilisateur de l'enquête de prévalence 2001				
C	10		AUTRES CRITERES DE DEFINITION				
C	10	a	D'autres critères plus précis interviennent en COMPLEMENT des précédents pour certaines pathologies				
C	11		DEFINITIONS DE BASE				
C	11	a	les définitions de bases sur les infections nosocomiales sont disponibles comme outils dans les services				
C	11	b	La définition générale de l'infection nosocomiale est disponible comme outils dans les services				
C	11	c	La définition des infections urinaires est disponible comme outils dans les services				
C	11	d	La définition de l'infection du site opératoire est disponible comme outils dans les services				
C	11	e	La définition de la bactériémie est disponible comme outils dans les services				
C	11	f	La définition de l'infection sur catheter est disponible comme outils dans les services				
C	11	g	La définition de pneumopathie infectieuse est disponible comme outils dans les services				
C	11	h	La définition des infections cutanées est disponible comme outils dans les services				
C	11	i	Les définitions pour les autres cas et pour des points spécifiques sont également disponibles dans les services				
D			SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
D	12		DIFFERENTES ETAPE DE LA SURVEILLANCE				
D	12	a	les patients ayant acquis une infection nosocomiale sont identifiés				
D	12	b	Des informations épidémiologiques pertinentes sont recueillies sur l'ensemble des patients faisant l'objet d'une surveillance				
D	12	c	le taux d'infection est calculé et analysé				
D	12	d	Un retour d'information rapide est organisé pour les équipes médicales (dans un but de contrôle et de prévention)				
D	13		LA SURVEILLANCE EST UN PROCESSUS ACTIF				
D	13	a	La collecte d'information est réalisée de façon systématique				
D	13	b	Cette collecte d'information est sous la responsabilité d'agents ayant reçu une formation appropriée				
D	13	c	L'EOH et les correspondants médicaux et infirmiers sont en charge des activités de surveillance				
D	13	d	Un praticien formé à l'épidémiologie est chargé de l'analyse des données				
D	13	e	Ce praticien en collaboration avec l'EOH met en place des investigations complémentaires et des mesures préventives				
D	14		REMARQUES SUR LE TAUX D'INFECTION				
D	14	a	Les informations sur les infections (numérateur) nécessaires au calcul du taux d'infection sont recueillies				
D	14	b	Les informations sur le nombre de patients surveillé ou sur le temps d'exposition aux risques (dénominateur) sont recueillies				
D	14	c	Le recueil d'informations concilie intérêt de la surveillance et simplicité				
D	15		METHODES UTILISEES POUR LA SURVEILLANCE				

D	15	a	la définition de la prévalence est disponible comme outil dans les services				
D	15	b	L'étude de la prévalence est utilisée pour la surveillance des IN lors d'enquêtes ponctuelles et transversales				
D	15	c	la définition de l'incidence est disponible comme outil dans les services				
D	15	d	L'étude de l'incidence est utilisée pour la surveillance des IN lors d'enquêtes continues dans le temps				
D	16		L'ETABLISSEMENT ETABLIT SA PROPRE STRATEGIE DE SURVEILLANCE				
D	16	a	Le CLIN définit sa stratégie en collaboration avec la CME et la direction				
D	16	b	Les modalités de surveillance sont définies en collaboration avec l'EOH				
D	16	c	Cette stratégie définit les services et les patients concernés				
D	16	d	Cette stratégie définit les types d'infection surveillés et les informations collectées				
D	16	e	Cette stratégie définit les modalités de collecte d'information (prévalence, incidence, personnels impliqués)				
D	16	f	les règles de circulation de l'information sont définies ainsi que les règles de confidentialité (déclaration au CNIL pour le traitement des infos nominatives)				
D	16	g	Cette stratégie s'appuie sur une méthodologie validée				
D	17		MODALITES DE SURVEILLANCE : GENERALISEE OU SELECTIVE				
D	17	a	Les actions de surveillance sont élaborées suivant les indications du tableau 1 page 28 des 100 recommandations				
D	17	b	L'établissement participe à l'enquête de prévalence nationale qui a lieu tous les 5 ans				
D	17	c	L'établissement réalise une enquête de prévalence locale entre 2 enquêtes nationales				
D	17	d	Les données du laboratoire sont utilisées pour la surveillance des BMR et notamment pour les bactériémies et les infections urinaires				
D	17	e	L'établissement réalise la surveillance sélective de l'incidence des principaux sites d'infection (ajustés aux facteurs de risque) dans les services à haut risques				
D	17	f	L'établissement participe au réseau de surveillance du C-CLIN pour cette surveillance sélective				
D	17	g	L'établissement participe à la surveillance des Infections du Site Opératoire				
D	18		PROGRESSION DE LA MISE EN PLACE DES SURVEILLANCES				
D	18	a	L'évaluation initiale de la situation infectieuse a été obtenue par la réalisation d'une enquête de prévalence				
D	18	b	Les résultats du laboratoire de microbiologie sont utilisés				
D	18	c	Une surveillance sélective est réalisée pour les secteurs à haut risque				
D	18	d	La surveillance est étendue progressivement grâce à l'informatique et au système d'information médical				
D	18	e	Une réflexion est menée pour déterminer les types d'indicateur qui peuvent servir d'indicateur de qualité				
D	19		LA SURVEILLANCE DU SITE OPERATOIRE (SSO)				
D	19	a	La SSO qui est hautement recommandée est réalisée dans l'établissement				
D	19	b	Le type d'intervention (classification des actes médicaux) est recueilli				
D	19	c	La classe de contamination (American College of surgeons) est recueillie				
D	19	d	Le score ASA (American Society of Anesthesiologists) est recueilli				
D	19	e	La durée de l'intervention est recueillie				
D	19	f	La survenue ou non d'une infection est recueillie				
D	19	g	Le nom de l'opérateur principal				
D	19	h	Autres informations pouvant être recueillies : âge, sexe, facteurs de risque, dates d'admission et d'intervention, présence ou non d'un implant ou d'une prothèse, antibioprophyllaxie, opérateurs secondaires, caractère urgent ou programmé, date de sortie, durée du suivi post-opératoire, date d'infection...				
D	19	i	Le suivi post-opératoire est de 30 jours				
D	19	j	Le suivi post-opératoire est de 1 an en cas de prothèse				
D	19	k	Les taux d'attaque des ISO /100 patients sont à disposition des équipes de chirurgien				
D	19	l	Les taux d'attaque sont calculés suivant les différents types d'informations recueillies				
D	19	m	L'index NNIS considéré comme le plus prédictif du risque d'infection est surveillé dans l'établissement				
D	19	n	La restitution à chaque chirurgien des taux correspondant aux patients qu'il a opérés est effectué				
D	19	o	Une estimation du taux d'attaque (le ratio d'infection) est utilisé pour surveiller les ISO				
D			SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
D	20		SURVEILLANCE DES BACTERIEMIES, INFECTIONS SUR CATHETER ET PNEUMPATHIES NOSOCOMIALES DANS LES SERVICES A HAUT RISQUE				
D	20	a	La surveillance des bactériémies et des infections sur catheters est une priorité dans les services à haut risque (réanimation, services accueillant des immunodéprimés, onco-hématologie, néonatalogie)				
D	20	b	Pour les bactériémies, outre les informations du laboratoire, des informations complémentaires sont recueillies : caractère nosocomial ou non, porte d'entrée, estimation du dénominateur				
D	20	c	Les taux de bactériémie (pour 100 patients, 1000 journées d'hospitalisation, ou pour 100 patients cathétérisés, ou pour 1000 journées de cathétérisme vasculaire) sont restitués aux équipes hospitalières concernées				
D	20	d	Ces taux sont étudiés suivant différents paramètres (âge, sexe,...)				

D	20	e	La mise en évidence de souillure conduit à des actions visant à améliorer les techniques de prélèvement				
D	20	f	La surveillance des pneumopathies est une priorité dans les services à haut risque				
D	20	g	Le taux de pneumopathie est calculé pour : 100 patients , 100 patients ventilés, ou 1000 jours de ventilation				
D	21		SURVEILLANCE DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES (IUN)				
D	21	a	Les IUN sont enregistrées en continu dans les services de réanimation, de soins intensifs, de rééducation fonctionnelle, d'urologie et de gynécologie				
D	21	b	Dans les autres cas , des études d'incidence périodiques sont réalisées sur les patients sondés				
D	21	c	Les calculs sont exprimés en taux infections urinaires par 100 patients, ou pour 100 patients sondés ou pour 1000 jours de sondage vésical				
D	21	d	Les taux sont interprétés en fonction des facteurs de risque : âge, sexe, type de sondage...				
D	21	e	Un dépistage préalable par bandelette et ECBU si positivité est réalisé pour différencier les IUN des infections urinaires communautaires				
D	21	f	L'interprétation des taux tient compte de ce dépistage qui conduit à la détection d'infections asymptomatiques				
D	22		SURVEILLANCE DES AUTRES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
D	22	a	Les types d'infection à surveiller sont définies suivant l'épidémiologie de l'établissement (ex Staphyloc. Méti-R, entérobactérie avec BLSE, ...)				
D	22	b	La démarche est : calcul des taux relatif à l'infection, restitution des résultats aux équipes, définition de l'information à collecter, modalités de collecte				
D	23		QUALITE D'UN PROGRAMME DE SURVEILLANCE				
D	23	a	Le programme est évalué ponctuellement (par un enquêteur compétent) par comparaison de résultats obtenus par révision des dossiers médicaux et infirmiers et ceux obtenus par la méthode en routine				
D	23	b	Ces vérifications sont réalisées périodiquement dès que le programme fonctionne en routine				
D			SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
D	24		INFORMATISATION DE LA GESTION DES INFORMATIONS SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
D	24	a	L'informatisation des données concernant les IN est systématiquement envisagée après la période de mise au point manuel				
D	24	b	Les systèmes informatiques utilisés doivent permettre des analyses correspondant aux recommandations nationales				
D	24	c	Le système d'information médicale doit permettre l'accès aux informations suivantes : diagnostics principaux et associés, actes et gestes thérapeutiques ou diagnostiques réalisés (notamment les actes de chirurgie)				
D	24	d	Les infections nosocomiales sont enregistrées dans les résumés standardisés de sortie (sous réserve de la définition de modalités de codage adaptées)				
E			METHODES D'IDENTIFICATION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
E	25		VISITES PERIODIQUES DANS LES SERVICES				
E	25	a	La personne chargée de la surveillance intervient dans les services à l'occasion de réunions de services ou lors de la révision de dossiers médicaux				
E	25	b	Un dialogue est instauré avec les médecins et les infirmières en charge du patient				
E	25	c	Le dossier patient (dossier médical et infirmier, analyses microbiologiques, prescriptions d'anti-infectieux, feuilles de température) est consulté				
E	25	d	Les informations concernant l'ensemble des patients surveillés sont collectées				
E	25	e	Dans le cas d'une surveillance par une personne extérieure au service, les phénomènes infectieux font l'objet d'un enregistrement et le laboratoire de microbiologie transmet une synthèse des résultats pour chaque service				
E	26		SOURCES D'INFORMATIONS DANS LES SERVICES				
E	26	a	Le dossier patient est la source principale d'information				
E	26	b	Ce dossier comprend en autres : les résultats d'analyse microbiologique, la feuille de température, la fiche de prescription médicale (examens, les actes et gestes avec les dates : sondage urinaire, cathétérisme veineux, les traitements, les feuilles de transmission infirmière				
E	27		SURVEILLANCE PAR LE LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE				
E	27	a	Les informations du laboratoire sont utilisées dans le cadre de la surveillance				
E	27	b	Les informations du laboratoire sont utilisées pour mettre en œuvre des actions de prévention et de détection d'épidémie				
E	27	c	L'outil informatique est capable de traiter les doublons épidémiologiques, de constituer des dossiers chronologiques par patient, d'assurer des analyses statistiques				
E	27	d	La date d'entrée à l'hôpital de chaque patient est noté sur la demande d'analyse, mettre étiquette d'identification patient sur les résultats				
E	27	e	Le laboratoire fournit une synthèse de l'ensemble des résultats pour chaque service				
E	28		PRELEVEMENTS A INTERPRETATION UNIVOQUE				
E	28	a	La surveillance concerne en priorité les prélèvements suivants : hémocultures, urines, pus profonds prélevés par ponction ou chirurgie, séreuses, dispositifs intravasculaires				
E	28	b	Cette surveillance permet le suivi des infections urinaires et des bactériémies				
E	28	c	La surveillance clinique des pneumopathies et des ISO est validée par le suivi de ce type de prélèvements				
E	28	d	Le caractère nosocomial de l'infection est validé par le service clinique				
E	29		SURVEILLANCE DES BMR TYPIQUEMENT HOSPITALIERES				
E	29	a	L'identification d'une partie des IN est réalisée par ce suivi des BMR				
E	29	b	L'identification des patients infectés ou colonisés par ces BMR est réalisés par cette surveillance				

E	29	c	La détection d'épidémies et leur étude sont réalisées à partir de ce suivi			
E	30		INFORMATIONS DU LABORATOIRE AUX ACTEURS DU SYSTEME DE SURVEILLANCE ET DE PREVENTION DES IN			
E	30	a	L'informatique permet de donner des statistiques de fréquence d'isolement de différents microorganismes par service et par types de prélèvement			
E	30	b	La liste des patients suspects d'avoir une IN selon les critères E 27, E 28 et E 29 est éditée et transmise			
E	30	c	L'informatique permet de donner des statistiques de résistance aux antibiotiques			
E	31		SUIVI DE LA CONSOMMATION DE CERTAINS ANTIBIOTIQUES			
E	31	a	Les consommations d'antibiotiques réservés au traitement d'infections graves sont surveillées			
E	31	b	Ces informations sont transmises respectivement à chaque service			
E	31	c	Ce suivi est réalisé en collaboration étroite avec la pharmacie et le comité du médicament			
E	31	d	Pour ce suivi , les quantités sont transformées en grammes de principe actif et/ou sont transformées en équivalent Dose Définie Journalière et journées de traitement			
E	31	e	Les consommations sont interprétées en tenant compte d'indicateur d'activité et des spécialités			
E	31	f	Le circuit du médicament est informatisé (prescription et dispensation nominative) et permet le suivi en continu des consommations			
E	31	g	Dans les enquêtes ponctuelles (audits, prévalence), le recueil des informations sur les prescriptions à visée curative est effectué (nombre , durée, posologie...)			
F			METHODE DE CALCUL DES TAUX D'INFECTION			
F	32		LA PREVALENCE INSTANTANEE			
F	32	a	Les modalités de calcul de la prévalence sont parfaitement définies			
F	32	b	Les résultats sont analysés en fonction de la taille des échantillons			
F	33		L'INCIDENCE			
F	33	a	Les modalités de calcul de la densité d'incidence ou taux d'incidence sont parfaitement définies			
F	33	b	Les modalités de calcul du taux d'attaque ou incidence cumulée sont parfaitement définies			
F	33	c	Les modalités de calcul du ratio d'infection sont parfaitement définies			
F	33	d	Les résultats sont analysés en fonction de la taille des échantillons			
F	33	e	Le calcul de la densité d'incidence est à privilégier chaque fois que possible			
G			ANALYSE ET MAITRISE D'UNE EPIDEMIE HOSPITALIERE			
G	34		INTERVENTION EN CAS D'EPIDEMIE			
G	34	a	Les modalités prévues en cas d'épidémie sont rapide à mettre en place			
G	34	b	Le personnel concerné est formé à ce type d'action			
G	34	c	L'équipe opérationnelle d'hygiène est au cœur du dispositif			
G	34	d	L'aide éventuelle du C-CLIN est envisagée			
G	34	e	L'aide d'épidémiologistes et/ou de biostatisticiens est envisagée			
G	35		EXISTENCE D'UN SYSTEME D'ALERTE			
G	35	a	Les événements anormaux à surveiller sont définis au niveau de l'établissement			
G	35	b	Les services clinique participent activement au suivi de ces événements			
G	35	c	Le laboratoire d'analyses microbiologiques participe activement au suivi de ces événements anormaux			
G	35	d	Au niveau du laboratoire et des services cliniques, un niveau de vigilance permanent est maintenu			
G	36		LA STRATEGIE D'INTERVENTION			
G	36	a	L'établissement définit une stratégie d'intervention avec 8 points :			
G	36	b	1 Information du président du CLIN, le directeur de l'établissement et les services concernés			
G	36	c	2 Définition précise des cas pour déterminer le caractère épidémique ou non			
G	36	e	3 Vérification des précautions mises en place pour les patients infectés			
G	36	f	4 Si l'épidémie est confirmée et que de nouveaux cas apparaissent , prévoir une analyse précise des dossiers des patients infectés			
G	36	g	5 Suivant les résultats de l'analyse des dossiers , mise en place des mesures appropriées			
G	36	h	6 Mise en place d'enquêtes épidémiologiques et microbiologiques (voir G 37 et G 38)			
G	36	i	7 Rédaction d'un rapport d'enquête et diffusion au personnel médical et infirmier du service concerné, au CLIN, à la direction de l'établissement et éventuellement au CHSCT, au C-CLIN, et à la DDASS			
G	36	j	8 Mise en place d'un programme de surveillance pour évaluer l'efficacité des mesures prises			
G	36	k	La stratégie privilégie l'aspect pratique des points 1 à 3 et ne développe les points 4 à 8 que si nécessaire			
G	37		CONDUITE DE L'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE			
G	37	a	-Les modalités de conduite de l'enquête épidémiologique clinique sont parfaitement définies			
G	37	b	Les modalités de conduite de l'enquête épidémiologique microbienne sont parfaitement définies			
G	38		DIFFERENTES PHASES DE L'ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE			
G	38	a	Les modalités de l'étude épidémiologique descriptive sont parfaitement définies			
G	38	b	Les modalités de la phase analytique de l'enquête épidémiologique sont parfaitement définies			
H			SURVEILLANCE DE LA RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES			
H	39		MISE EN PLACE D'UNE SURVEILLANCE SYSTEMATIQUE			
H	39	a	La surveillance systématique de la résistance aux antibiotiques est réalisée			
H	39	b	Cette surveillance aide à guider les choix thérapeutiques individuels			
H	39	c	Cette surveillance aide à définir les protocoles d'antibiothérapie de 1 ère intention et notamment les traitements probabilistes			

H	39	d	Cette surveillance sert dans les enquêtes menées lors de cas groupés en utilisant l'antibiogramme comme marqueur épidémiologique			
H	39	c	Cette surveillance permet de distinguer les BMR correspondant à de véritables marqueurs d'infections nosocomiales			
H	39	e	Les bactéries présentant des caractères de multirésistance aux antibiotiques sont identifiées			
H	39	f	La fréquence d'acquisition des BMR est utilisé comme un marqueur de qualité dans l'organisation des soins			
H	39	g	Cette surveillance est utilisée pour détecter les nouveaux caractères de résistance des bactéries responsables des IN			
H	39	h	Cette surveillance conduit à la mise en place de mesures concernant l'hygiène et l'utilisation des antibiotiques			
H	40		INFORMATISATION DES DONNEES BACTERIOLOGIQUES			
H	40	a	Les résultats sont colligés par souche bactérienne de même espèce en les classant par patient			
h	40	b	L'outil informatique permet d'éliminer les doublons épidémiologiques			
H	40	c	Les résultats saisis sont: nature du prélèvement , identification du micro-organisme, antibiogramme			
H	40	d	D'autres informations sont obligatoirement saisies: date d'hospitalisation et date de prélèvement , critères permettant de différencier l'infection, la souillure, la colonisation, le service d'hospitalisation et éventuellement le circuit dans l'hôpital et enfin la conclusion épidémiologique (infection nosocomiale ou communautaire)			
H	40	e	Les critères accessoirement saisis sont : informations cliniques et thérapeutiques			
H	40	f	Les informations nécessaires aux calculs des taux de prévalence et d'incidence (voir E 32 et 33) sont recueillies			
H	41		TECHNIQUES DE MESURE			
H	41	a	Les techniques de mesure de la résistance aux antibiotiques sont standardisées (recommandation de la Société Française de Microbiologie)			
H	41	b	La lecture des antibiogrammes peut être automatisée			
H	41	c	Les phénotypes de résistance sont définis pour les germes et ils sont utilisés comme marqueur épidémiologique			
H	42		ETUDE DE LA SENSIBILITE AUX ANTIBIOTIQUES			
H	42	a	L'étude de la sensibilité comprend les antibiotiques utilisés en 1 ère intention dans les infections causées par les germes			
H	42	b	L'étude de la sensibilité comprend les antibiotiques utilisés comme marqueurs épidémiologiques			
I			FICHES TECHNIQUES SUR LES SOINS ET LA GESTION DE L'ENVIRONNEMENT			
I	43		ELABORATION DE FICHES TECHNIQUES			
I	43	a	Le CLIN met en place une politique de fiches techniques concernant les soins en relation avec la prévention des risques infectieux			
I	43	b	Le CLIN met en place une politique de fiches techniques concernant la gestion de l'environnement en relation avec la prévention des risques infectieux			
I	43	c	Le CLIN veille à ce que l'élaboration des fiches techniques respecte une méthodologie rigoureuse			
I	43	d	Le CLIN veille à ce que les fiches techniques soient élaborées à partir d'une bibliographie de référence (recommandations nationales, dossier du C-CLIN)			
I	43	e	Le CLIN veille à ce que les fiches techniques prennent en compte la sécurité du patient et du personnel			
I	43	d	Les fiches techniques et procédures sont élaborées en collaboration avec les secteurs d'activité concernés (notamment référents et correspondant en hygiène) , l'EOH et la direction des soins infirmiers			
I	43	e	Les fiches techniques en hygiène de base sont élaborées (voir 100 recommandations page 51)			
I	43	f	Les fiches techniques pour l'hygiène des actes à haut risque d'infection sont élaborées (voir 100 recommandations page 51)			
I	43	g	Les fiches techniques pour les mesures d'hygiène spécifiques à certaines activités (patients ou risques) sont élaborées (voir 100 recommandations page 51)			
I	43	h	Les fiches techniques pour l'utilisation des produits sont élaborées (voir 100 recommandations page 52)			
I	43	i	Les fiches techniques pour la gestion de l'environnement sont élaborées (voir 100 recommandations page 52)			
I	44		MISE EN PLACE DES FICHES TECHNIQUES			
I	44	a	Le CLIN veille à ce que la mise en place de fiches s'accompagne d'action de formation			
I	44	b	Le CLIN définit une politique de diffusion rationnelle au sein de l'établissement			
I	44	c	Les fiches sont facilement disponibles (dossier de fiches ou cahier d'hygiène)			
I	44	d	Le CLIN veille à l'éventuelle adaptation des fiches techniques à la spécificité de l'établissement			
I	44	e	Le CLIN élabore une politique de révision des fiches techniques			
I	44	f	Le CLIN veille à l'actualisation régulière des fiches techniques			
I	45		EVALUATION DES MESURES			
I	45	a	L'observance des mesures est évaluée (périodiquement par un audit...)			
I	45	b	Les motifs de la non observance sont analysés			
I	45	c	L'impact des mesures de prévention est évalué sur la fréquence d'apparition des IN			
I	46		FORMATIONS ET FICHES TECHNIQUES			
I	46	a	Le CLIN veille à ce que les fiches techniques soient utilisées comme référence dans les actions de formation continue			
I	46	b	Le CLIN veille à ce que les fiches techniques soient utilisées comme référence dans les actions de formation initiale			

I	46	c	Les enseignants participent aux groupes de travail élaborant les fiches techniques				
J			HYGIENE DE L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER				
J	47		SYSTEME QUALITE EN STERILISATION				
J	47	a	Un système de qualité appliqué au circuit de stérilisation des dispositifs médicaux et autres produits de santé est appliqué (article L711-1 du code de la santé publique modifié par la loi n° 98-535 du 01.07.98)				
J	47	b	La mise en place du système qualité résulte d'une démarche impliquant l'ensemble des professionnels impliqués				
J	47	c	Le système qualité se base sur des référentiels établis				
J	47	d	Le système qualité comporte pour chaque étape l'identification des personnes responsables				
J	47	e	Le système qualité comporte pour chaque étape la formation du personnel				
J	47	f	Le système qualité comporte pour chaque étape l'adéquation des locaux , la maîtrise de l'environnement et des équipements				
J	47	g	Le système qualité comporte pour chaque étape des procédures et des protocoles (modes opératoires, enregistrement des actions et résultats)				
J	47	h	Le système qualité comporte pour chaque étape l'évaluation par des audits				
J	47	i	La circulaire indiquant les principales étapes de la stérilisation (DGS/DH n° 97-962 du 20 octobre 1997) et celle relative aux précautions pour éviter la transmission des ATNC (DGS/5C/DHOS/e2/2001/138 du 14 mars 2001) sont appliquées dans l'établissements				
J	48		DESINFECTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX (DDM)				
J	48	a	Un système de qualité est développé pour les activités de désinfection				
J	48	b	Les recommandations du guide de bonnes pratiques de DDM sont appliquées				
J	48	c	Le système appliqué comporte pour chaque étape des procédures et des protocoles (modes opératoires, enregistrement des actions et résultats)				
J	48	d	Le système appliqué comporte pour chaque étape l'adéquation des locaux , la maîtrise de l'environnement et des équipements (maintenance)				
J	48	e	Le système appliqué comporte pour chaque étape l'identification des personnes responsables				
J	48	f	Le système appliqué comporte pour chaque étape la formation du personnel				
J	48	g	Le système appliqué comporte pour chaque étape l'évaluation par des audits pour l'observance et par des contrôles bactériologiques pour l'efficacité				
J	49		LA TENUE VESTIMENTAIRE				
J	49	a	Le CLIN en collaboration avec la médecine du travail étudie la tenue vestimentaire				
J	49	b	Le CLIN fait des propositions aux services achat sur la quantité et la qualité des vêtements de travail				
J	49	c	Le CLIN fait des propositions aux services achat sur la quantité et la qualité des masques, des gants et coiffures (pour les soins et le bloc opératoire)				
J	49	d	Les tenues à manches courtes sont conseillées				
J	49	e	Des recommandations sont établies pour la circulation des personnels vêtus de tenues spécifiques aux secteurs à haut risque				
J	50		HYGIENE GENERALE DE L'ETABLISSEMENT				
J	50	a	Le CLIN est intégré de façon systématique pour définir la politique d'hygiène de l'établissement				
J	50	b	Le CLIN évalue les techniques utilisées avec le soucis de proposer le meilleur rapport coût-efficacité				
J	50	c	Les recommandations s'appuient sur les documents diffusés par le CTIN, les C-CLIN, les sociétés savantes....				
J	50	d	L'entretien des sols et des surfaces fait l'objet d'un cahier des charges définissant le type d'entretien (technique et fréquence) avec élaboration de fiches techniques				
J	50	e	le circuit du linge est défini (propre et sale) ainsi que les conditions de transport (éventuellement contrôle de qualité du linge propre)				
J	50	f	le circuit des déchets est défini : tri , conditionnement , organisation de la collecte, traitement local des déchets (désinfection, incinération...), évacuation hors de l'établissement en relation avec le schéma territorial d'élimination des déchets de soins....				
J	50	g	Le CLIN est au minimum informé des résultats de visites réglementaires et des contrôles pour l'hygiène alimentaire				
J	50	h	Le CLIN peut demander des contrôles complémentaires dans les cadres suivants : alimentation pour secteurs aseptiques, alimentation entérale, laits pédiatriques, laits maternels				
J	50	i	Le CLIN participe au contrôle du fonctionnement et à la maintenance des installations de traitement de l'air : conditionnement d'air, flux laminaire, enceintes protégées, système de filtration...en particulier dans les secteurs à haut risque infectieux				
J	50	j	Le CLIN intervient dans la maîtrise du risque infectieux en cas de travaux				
J	50	k	Le CLIN intervient pour garantir la sécurité de la distribution de l'eau : structure des réseaux, de sa protection (disconnexion...), de la qualité microbiologique de l'eau du réseau, de la qualité des eaux effectivement distribuées dans l'établissement et en particulier (piscines, bains pour brûlés, lavage chirurgical des mains, eau pour hémodialyse, eaux pour rinçage des dispositifs médicaux...)				
J	50	l	Le CLIN évalue les risques à la contamination de tout ou partie de réseau par des légionelles				
J	50	m	Le CLIN évalue l'application des circulaires DGS n°97-311 du 24 avril 1997 et DGS n°98-771 du 31 décembre 1998 concernant la surveillance et la prévention de la légionellose				
J	51		CONTROLE D'ENVIRONNEMENT				
J	51	a	Ces contrôles sont effectués et interprétés par du personnel compétent				
J	51	b	Principalement réaliser pour rechercher la source d'un phénomène infectieux, ils sont réalisés selon les techniques appropriées et font l'objet d'un plan d'analyse				

J	51	c	Dans les contrôles réalisés en routine (qualité des eaux à usage alimentaire et à usage médical, contrôle de la qualité microbiologique de l'air, contrôle de l'alimentation préparée pour les patients vulnérables...), le CLIN s'assure de leur réalisation et prend connaissance des résultats				
J	51	d	D'autres contrôles sont réalisés ponctuellement (modification des techniques de désinfection ou d'entretien pour tester l'efficacité, sensibilisation et motivation du personnel, contrôle dans les secteurs à haut risque infectieux ...)				
K			MESURES D'ISOLEMENT				
K	52		PRECAUTIONS STANDARD				
K	52	a	Les précautions standard lors de tout risque de contamination avec le sang, les liquides biologiques ou tout autres produits d'origine humaine sont appliquées dans l'établissement (tableau IV page 60)				
K	52	b	Des fiches techniques sont établies par le CLIN et reprennent ces précautions standard				
K	53		PRECAUTIONS PARTICULIERES (PP)				
K	53	a	Des PP d'isolement technique et/ou géographique sont définies en complément des précautions standard				
K	53	b	Les PP comprennent les précautions Air (A)				
K	53	c	Les PP comprennent les précautions Gouttelettes (G)				
K	53	d	Les PP comprennent les précautions Contact (C)				
K	53	e	Les PP comprennent des recommandations en matière d'isolement géographique en chambre seule				
K	53	f	Les PP comprennent des recommandations en matière de limitation de déplacement				
K	53	g	Les PP comprennent des recommandations en matière de renforcement de lavage de mains				
K	53	h	Les PP comprennent des recommandations en matière de vêtements de protection à porter				
K	53	i	Les PP comprennent des recommandations en matière d'élimination des instruments, du linge contaminé, des déchets et des excréta...				
K	53	j	Les PP comprennent des recommandations en matière de signalisation, de communication et d'information				
K	53	k	Le CLIN établit la liste des maladies soumises à isolement avec les protocoles correspondants				
K	53	l	Les recommandations d'isolement septique émises par le CTIN et la Société Française d'Hygiène Hospitalière sont utilisées comme référence dans l'établissement				
K	54		ISOLEMENT PROTECTEUR				
K	54	a	L'isolement protecteur peut être mis en place pour les patients présentant une diminution des défenses immunitaires				
K	54	b	Les conditions d'isolement protecteur sont définies pour la circulation des personnes, l'architecture, l'utilisation de protections stériles, l'indication éventuelle de matériels de soins et d'alimentation de qualité microbiologique adaptée				
K	54	c	Le CLIN élabore de procédures pour les différents cas de figure				
K	54	d	Le CLIN et les équipes médicales évalue les indications de l'isolement protecteur				
L			PROTECTION VIS A VIS DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG (AES) ET LIQUIDES BIOLOGIQUES				
L	55		PREVENTION DES AES				
L	55	a	La direction de l'établissement fournit aux personnels des mesures de protection collectives et individuels				
L	55	b	Dans le cadre de la politique de protection des AES, les précautions standard sont mises en place dans l'établissement				
L	55	c	La politique de vaccination contre l'hépatite B est mise en place par le médecin du travail sous la responsabilité du directeur pour toutes les catégories professionnelles affectées à un poste exposé				
L	55	d	Un système de surveillance des AES est en place, l'analyse des données est réalisée en collaboration avec le CLIN et le CHSCT et les données sont transmises aux services concernés				
L	55	e	Une équipe multidisciplinaire réalise l'information et la formation concernant les gestes à risque, les modalités de déclaration des AES, les précautions standard, l'utilisation des nouveaux matériels				
L	55	f	Les informations et cette formation s'adressent à l'ensemble des personnels et plus particulièrement aux nouveaux personnels et aux étudiants				
L	55	g	Le choix rationnel du matériel se fait en collaboration avec la pharmacie, le médecin du travail, l'EOH, le service de soins infirmiers et les services économiques				
L	55	h	Les AES sont pris en charge rapidement pour une évaluation des risques encourus				
L	55	i	Les conditions de mise en place de la chimioprophylaxie, du suivi clinique et/ou biologique adapté, sont définies				
L	55	j	L'organisation du dispositif de prévention des AES fait l'objet de procédures écrites				
L	55	k	L'ensemble du personnel connaît toutes ces procédures				
L	56		DISPOSITIFS MEDICAUX DITS DE SECURITE				
L	56	a	Les systèmes de sécurité sont intégrés plutôt que rapportés				
L	56	b	La mise en sécurité automatique est la plus précoce possible par rapport au geste				
L	56	c	Les systèmes de mise en sécurité par l'opérateur sont préférentiellement : à action unimanuelle, irréversible avec un indicateur de mise en sécurité				
M			PREVENTION DE LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTIRESSISTANTES (BMR)				
M	57		MAITRISE DE LA DIFFUSION DES BMR				
M	57	a	Le CLIN met en place un programme de maîtrise des BMR				

M	57	b	L'efficacité du programme est évalué par le programme de surveillance des BMR (voir H39 à H42)			
M	57	c	Les taux de BMR calculés sont croisés avec des paramètres pharmaco-épidémiologiques (consommation des antibiotiques, ...)			
M	57	d	Le programme de maîtrise des BMR comprend un volet sur le bon usage des antibiotiques			
M	57	e	Le programme de maîtrise des BMR comprend une partie sur l'interruption de la transmission croisée des BMR (identification des réservoirs, isolement, signalisation et information et parfois chimio-décontamination des porteurs et traitement de l'environnement)			
M	57	d	L'observance de ce programme par les soignants est évaluée			
M	57	f	L'observance de ce programme pour le bon usage des antibiotiques est évaluée			
M	57	g	Des ressources matériels suffisantes sont attribuées aux personnels			
M	57	h	Une formation adéquate est fournies aux équipes médicales et paramédicales			
M	58		POLITIQUE ANTIBIOTIQUE DE L'ETABLISSEMENT			
M	58	a	Des recommandations sur les pratiques cliniques prouvées sont détaillées			
M	58	b	Le comité du médicament et le CLIN mettent en œuvre ces recommandations			
M	58	c	Des actions de formation et d'information sont mises en place			
M	58	d	La dispensation des antibiotiques est encadrée			
M	58	e	Des audits sur les pratiques de prescription sont réalisés pour les comparer aux référentiels			
M	58	f	Un circuit de veille pharmaco-épidémiologique encadre ce travail			
M	58	g	Les services de soins, la pharmacie et le laboratoire sont en réseau			
M	59		IDENTIFICATION DES PATIENTS PORTEURS , INFECTES OU COLONISES			
M	59	a	Les procédures mises en place permettent une identification rapide des patients présentant une BMR ainsi que leur signalisation			
M	59	b	Le dépistage des patients porteurs est mis en place dans certaines conditions (définies par le CLIN)			
M	59	c	Ce dépistage est sélectif (en cas d'épidémie ou chez des patients présentant des facteurs de risque)			
M	59	d	Ce type de dépistage est réalisé dans des services à risques (réanimation et soins intensifs)			
M	60		ISOLEMENT DES PATIENTS PORTEURS DE BMR			
M	60	a	L'isolement est mis en place en priorité quand les sites colonisés ou infectés sont potentiellement disséminateurs			
M	60	b	L'isolement est mis en place en priorité quand le patient est dépendant et soumis à de nombreux contacts (soins)			
M	60	c	L'isolement est mis en place suite à prescription médicale du médecin pour une durée déterminée			
M	60	d	Une information claire sur les modalités d'isolement est fournie aux patients et aux visiteurs			
M	60	e	Les mesures d'isolement tiennent compte de structures et sont adaptées aux conditions locales			
M	60	f	Les mesures d'isolement sont à la fois techniques et géographiques			
M	60	g	L'isolement technique correspondant aux « précautions contact » font l'objet de recommandations dans les services de soins			
M	60	h	Le respect rigoureux de ces procédures est évalué			
M	60	i	L'isolement géographique est réalisé en chambre individuelle ou à défaut un poste de lavage de mains destiné aux personnels est situé à proximité du lit			
M	60	j	D'autres stratégies sont envisagées (regroupement de patients atteints des mêmes BMR, affectation spécifique de personnels soignants)			
M	60	k	La mise en place d'un secteur septique est envisagé dans l'hôpital			
M	60	l	Les entrées dans la chambre d'isolement et la circulation des patients porteurs sont définies et limitées			
M	61		SIGANILISATIONS ET INFORMATIONS EN CAS DE NOUVELLES HOSPITALISATIONS			
M	61	a	La signalisation des patient porteurs de BMR concerne : la chambre du patient (éventuellement le lit), les résultats d'examens microbiologiques, les dossiers médicaux et infirmiers, certaines demandes d'examen, les documents lors des transferts			
M	61	b	Des fiches spécifiques de transmission facilement identifiables sont utilisées			
M	61	c	Une information préalable des services recevant ces patients ou assurant leur transfert est organisée			
M	61	d	Le système d'information permet d'identifier rapidement ces patients en cas de nouvelles hospitalisations (dossier patient informatisé, compte-rendus d'hospitalisation...)			
M	62		CHIMIO-DECONTAMINATION DES PATIENTS PORTEURS DE BMR			
M	62	a	La chimio-décontamination (limité dans le temps) est utilisée uniquement après évaluation des inconvénients potentiels			
M	62	b	La chimio-décontamination reste une mesure d'appoint dans certaines circonstances			
M	62	c	La chimio-décontamination du personnel soignant n'est pas envisagée sauf dans certaines circonstances bien définies			
N			PREVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE			
N	63		PERIODE PRE-OPERATOIRE			
N	63	a	La durée du séjour hospitalier avant l'opération est limitée au maximum			
N	63	b	Les explorations pré-opératoire sont réalisées si possible en ambulatoire			
N	63	c	En cas d'infection, l'intervention est reportée chaque fois que possible (sauf si l'infection est le motif de l'intervention)			
N	63	d	Les infections sont traitées préalablement à l'intervention			
N	63	e	Un protocole précis est mis en place pour la préparation de l'opéré			
N	63	f	La préparation de l'opéré est réalisée sous le contrôle de l'infirmière			

N	63	g	La réalisation de la préparation de l'opéré est enregistrée dans le dossier patient (exemple : fiche préétablie)				
N	63	h	La dépilation est réalisée de préférence avec une tondeuse ou avec la dépilation chimique (réalisation d'un test de sensibilité au préalable)				
N	63	i	Le rasage est proscrit pour la dépilation				
N	63	j	Dans les cas exceptionnels d'utilisation du rasoir, le rasage est limité à la zone de l'incision, il est réalisé le plus près possible de l'intervention avec un savon antiseptique (de la même gamme que le savon du bloc)				
N	63	k	Une douche antiseptique est pratiquée la veille de l'intervention et renouvelée si possible, le matin de l'intervention (savon de la même gamme que le savon du bloc)				
N	63	l	La douche antiseptique concerne la totalité du corps (savon de la même gamme que le savon du bloc)				
N	63	m	Le nettoyage et l'antiseptie de la zone de l'incision opératoire sont réalisées avec savon et un antiseptique de la même gamme				
N	63	n	Un temps de séchage intervient entre deux applications d'antiseptique				
N	63	o	Des produits d'efficacité prouvée sont utilisés (chlorhexidine alcoolique, polyvinylpyrrolidone iodée,....)				
N	63	p	Une démarche similaire est adoptée en chirurgie ambulatoire				
N	64		LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS ET HABILLAGES				
N	64	a	Le lavage chirurgical des mains et les procédures d'habillement sont parfaitement codifiées et écrites				
N	64	b	Le port d'une double paire de gants chirurgicaux est appliqué				
N	64	c	Cette double paire de gants est changée dès qu'il y a effraction et la paire externe est changée régulièrement et notamment à chaque temps opératoire				
N	64	d	La protection large du visage est assurée par des masques et des lunettes adaptées				
N	64	e	Les matériaux utilisés pour le champ opératoire et les tenues des opérateurs sont étudiés par les services acheteurs et utilisateurs (en référence aux normes existantes)				
N	65		ENVIRONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE				
N	65	a	L'environnement du bloc opératoire fait l'objet d'une maintenance rigoureuse				
N	65	b	Les règles générales d'hygiène sont strictement respectées				
N	65	c	Les règles concernant les techniques d'entretien du matériel utilisé et des locaux, les tenues vestimentaires et les circuits établis sont parfaitement définies et respectées				
N	65	d	Le comportement du personnel est parfaitement codifié (déplacements, présences, bavardage...)				
N	65	e	L'air du bloc est filtré et climatisé avec un taux de renouvellement adapté				
N	65	f	Dans le cas de la chirurgie orthopédique propre, le traitement de l'air par flux laminaire (ou autres techniques comparables) peut être recommandé				
N	65	g	Des contrôles réguliers des installations de traitement de l'air sont effectués				
N	66		ANTIBIOPROPHYLAXIE				
N	66	a	Le comité du médicament et le CLIN font établir des protocoles d'antibioprophylaxie				
N	66	b	Le comité du médicament et le CLIN évaluent l'observance des protocoles				
N	66	c	Une antibioprophylaxie est mise en place en cas d'intervention chirurgicale propre (type I) : implantation de prothèse en chirurgie orthopédique ou vasculaire, chirurgie cardiovasculaire, greffe et transplantation d'organe, neurochirurgie et également pour d'autres interventions de chirurgie propre				
N	66	d	Une antibioprophylaxie est mise en place en cas d'intervention de chirurgie propre contaminée (type II) lorsque le risque d'infection est élevé (tube digestif, appareil génito-urinaire, voies biliaires, appareil respiratoire)				
N	66	e	Les interventions de chirurgie contaminée et sale (type III et IV) ne font pas l'objet d'une antibioprophylaxie mais d'une antibiothérapie curative				
N	66	f	L'antibioprophylaxie est constituée en une monothérapie (choisi en fonction d'études, de la diffusion, de l'établissement...)				
N	66	g	L'antibioprophylaxie débute au moment de l'induction de l'anesthésie (avant l'incision) et est limitée à la durée de l'intervention (ne doit pas excéder 48 heures après l'intervention)				
N	66	h	La dose unitaire ne doit pas être inférieure à la dose thérapeutique				
N	66	i	L'utilisation de l'antibioprophylaxie par voie orale n'est pas utilisée car non recommandée (exception : chirurgie colorectale pendant les 24 heures précédant l'intervention et dans le cas où existe un risque d'endocardite)				
N	66	j	Les antibiotiques administrés dans les interventions contaminées sont considérés comme faisant partie de traitements curatifs (choix et durée en fonction de la bactérie, de la localisation et de la gravité)				
O			PREVENTION DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES				
O	67		INDICATIONS ET DUREE DU SONDAGE VESICALE				
O	67	a	Les indications et la durée du sondage vésical à demeure sont limitées au strict minimum				
O	67	b	L'incontinence isolée ne fait pas l'objet d'un sondage vésical à demeure				
O	67	c	Chaque fois que possible, des méthodes alternatives au sondage vésical à demeure sont préférées				
O	68		SONDAGE VESICAL CLOS				
O	68	a	L'utilisation impérative du sondage vésical clos est respectée dans l'établissement				
O	68	b	Les principes suivants sont respectés : sondes et sacs sont posés et enlevés ensemble, sondes et sacs restent solidaires pendant toute la durée du sondage, vidange et prélèvement s'effectuent aseptiquement				
O	68	c	Des actions d'information et de formation concernant les techniques d'aseptie et le sondage vésical clos sont dispensées à l'ensemble du personnel concerné				
O	69		TECHNIQUE ASEPTIQUE DU SONDAGE VESICAL CLOS				

O	69	a	Les techniques aseptiques du sondage vésical clos (pose et entretien) font l'objet de fiches techniques adaptées et révisées périodiquement par le CLIN				
O	69	b	Les points suivants sont précisés: lavage des mains, le port de gants, la préparation avant la pose, la pose aseptique				
O	69	c	Egalement sont précisés: le mode de fixation du sac, les soins aux patients sondés, les techniques de prélèvement aseptique				
O	69	d	Les techniques alternatives (recueil des urines et technique de sondage itératif) font également l'objet de fiches techniques particulières				
O	69	e	Le matériel (sonde et sac évacuateur) est parfaitement adapté à la technique du sondage vésical clos				
O	70		ECBU ET TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES				
O	70	a	Un ECBU des urines n'est pratiqué que lorsqu'il y a présomption d'infection urinaire				
O	70	b	Un suivi plus systématique est réalisé chez les patients à haut risque infectieux ou dans le cadre d'évaluation épidémiologique				
O	70	c	Dans le cas d'évaluations épidémiologiques; des bandelettes urinaires sont utilisées				
O	70	d	Les conditions de mise en place d'un traitement antibiotique sont parfaitement définies: durée (de préférence courte), signes cliniques, présence de la sonde, remplacement de la sonde...				
O	71		AUTRES GESTES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES				
O	71	a	La cytoscopie, les autres endoscopies urologiques, les examens uro-dynamiques font l'objet d'une surveillance épidémiologique				
O	71	b	Pour ces techniques, l'aseptie des procédures est pratiquée avec: l'éviction des patients infectés et l'antibioprophylaxie pour les patients à risque				
O	72		ACTIVITES A RISQUE INFECTIEUX ELEVE				
O	72	a	Les mesures supplémentaires en urologie sont: antibioprophylaxie en chirurgie				
O	72	b	Les mesures supplémentaires en urologie sont: irrigation vésicale continue à double courant pour la période post-résection de prostate et définition d'une procédure aseptique de « décaillotage » (limitant au maximum les ouverture système clos)				
O	72	c	Les mesures complémentaires en long séjour gériatrique et en rééducation fonctionnelle: les infections urinaires asymptomatiques ne font généralement pas l'objet d'un traitement (uniquement isolement si BMR)				
O	72	d	Les mesures complémentaires en long séjour gériatrique et en rééducation fonctionnelle: des mesures de prévention sont mises en place (hygiène globale des soignants (mains), des patients et des soins, hydratation des patients)				
P			PREVENTION DES INFECTIONS RESPIRATOIRES NOSOCOMIALES				
P	73		RECOMMANDATIONS GENERALES				
P	73	a	Les précautions standard (en particulier lavage des mains et port de gants) sont parfaitement respectées (risques majeurs au moment des aspirations oropharyngées et bronchiques)				
P	73	b	L'isolement est prescrit pour les patients porteurs d'infections potentiellement transmissibles et dans le cas d'infection ou de colonisation par des BMR				
P	73	c	Les fiches techniques et les protocoles de soins sont: écrits, validés, mis à jour et périodiquement évalués				
P	73	d	Une surveillance régulière de l'incidence des pneumopathies nosocomiales est mise en place dans les services à haut risque				
P	73	e	Les informations (nombre de jours de « ventilation/intubation » sont recueillies pour le calcul des densités d'incidence				
P	74		MATERIELS UTILISES POUR L'ASSISTANCE VENTILATOIRE				
P	74	a	Les dispositifs médicaux sont compatibles avec les techniques d'entretien à appliquer (inclusion de ce critère dans le cahier des charges)				
P	74	b	Des sondes d'intubation et des canules de trachéotomie stériles et à usage unique sont utilisées				
P	74	c	Les ballons de ventilation manuelle (type AMBU) et les masques utilisés pour la ventilation au masque sont stérilisés ou soumis à une désinfection entre deux patients				
P	74	d	Les tuyaux sont stérilisés entre chaque utilisation				
P	74	e	Les mêmes règles sont appliquées aux respirateurs de transport				
P	75		PREVENTION CHEZ LES OPERES				
P	75	a	Une prise en charge spécifique (en pré-opératoire) est assurée pour les patients devant recevoir une anesthésie pour une intervention abdominale ou thoracique ou qui sont porteurs d'une maladie respiratoire chronique				
P	75	b	La prise en charge peropératoire comprend: des précautions particulières pour les inductions anesthésiques sur estomac plein				
P	75	c	La prise en charge peropératoire comprend: l'utilisation de sondes d'intubation à usage unique, une humidification et une température correcte de gaz inhalés, l'utilisation éventuelle de filtres anti-bactériens et anti-viraux				
P	75	d	La prise en charge peropératoire comprend: l'extubation du patient après récupération de l'autonomie respiratoire avec état de conscience normal				
P	75	e	La prise en charge postopératoire comprend: kinésithérapie respiratoire et analgésie autorisant la toux				
P	75	f	La prise en charge peropératoire comprend: le lever le plus précoce du patient				
P	76		PREVENTION LORS D'AEROSOLS, D'OXYGENOTHERAPIE NASALE ET DE NEBULISATIONS				
P	76	a	Les modalités d'utilisation des matériels à usage unique (sondes nasales, lunettes à oxygène) sont respectées				
P	76	b	De l'eau ou des solutions stériles sont utilisées pour les réservoirs				
P	76	c	Les monodoses sont privilégiées pour l'aérosolisation et la nébulisation (respecter les conditions d'aseptie)				
P	76	d	Les réservoirs presque vides sont vidés avant d'être à nouveau remplis				
P	76	e	Les procédures d'entretien sont parfaitement respectées				
P	76	f	Les réservoirs sont nettoyés, désinfectés, rincés et séchés tous les jours				

P	76	g	L'oxygénothérapie à un débit inférieur à 3 l/min fait rarement l'objet d'une humidification				
P	76	h	Les réservoirs pré-remplis d'eau stérile (« système clos ») est une solution envisageable				
P	77		HUMIDIFICATEUR CHAUFFANT/CIRCUITS DES RESPIRATEURS/BLOCS EXPIRATOIRES				
P	77	a	L'humidificateur chauffant est rempli d'eau stérile				
P	77	b	Le liquide stagnant dans les tuyaux et le piège à eau est éliminé et ne peut refluer vers le patient ou l'humidificateur				
P	77	c	Les circuits des respirateurs sont changés de façon périodique chez un même patient				
P	77	d	La possibilité de changer les circuits des respirateurs entre chaque patient est envisageable (sauf en cas de souillure)				
P	77	e	Les blocs expiratoires sont stérilisés entre chaque patient				
P	77	f	Un carnet de bord indiquant les dates de changement des circuits, ainsi que les cycles de stérilisation ou de désinfection est mis en place pour chaque ventilateur				
P	78		CAS D'UTILISATION D'UN FILTRE ANTIBACTERIEN ET ANTIVIRAL ou d'UN ECHANGEUR DE CHALEUR ET D'HUMIDITE AVANT UN POUVOIR DE FILTRATION ANTIBACTERIEN ET ANTIVIRAL (ECH-F)				
P	78	a	Dans ce cas de figure, les tuyaux peuvent n'être changés que pour chaque nouveaux patients				
P	78	b	Le filtre ou l'ECH-F et le système de connexion avec la sonde d'intubation sont changés régulièrement (délai habituel 24 à 48 heures)				
P	78	c	Les filtres ou les ECH-F sont également changés s'ils sont "saturés" par des sécrétions bronchiques ou provenant de l'œdème pulmonaire				
P	78	d	L'utilisation de l'ECH-F permet de réduire la charge en soins par rapport aux humidificateurs				
P	79		TECHNIQUES DE SOINS AUX PATIENTS SOUS ASSISTANCE VENTILATOIRE				
P	78	a	L'antiseptie soigneuse de l'oropharynx et du nasopharynx doit être réalisée avant l'intubation (si urgence l'autorise)				
P	79	b	Les aspirations de l'oropharynx et du nez sont assurées régulièrement (après avoir réalisé des lavages)				
P	79	c	Les aspirations bronchiques (à la demande en fonction de l'encombrement) sont réalisés avec la technique "sans contact" après lavage des mains (port de gants non stériles)				
P	79	d	Une sonde stérile est utilisée pour chaque aspiration bronchique (le liquide utilisé pour le rinçage est également stérile)				
P	79	e	L'utilisation de sondes protégées par un manchon et des sondes d'intubation munies d'un système d'aspiration au dessus du ballonnet est éventuellement mise en place et est évaluée				
P	79	f	Des liquides stériles sont utilisés pour des instillations bronchiques				
P	79	g	La mise en place d'une trachéotomie est réalisée avec une aseptie « chirurgicale »				
P	79	h	Les canules de trachéotomie sont changées dans de strictes conditions d'aseptie (le rythme optimal de changement n'est pas connu)				
P	80		AUTRES MESURES « PLUS CONTROVERSEES »				
P	80	a	le choix entre les anti-acides (anti-H2) et les médicaments ne modifiant pas le pH : l'utilisation des anti-acides semble plus efficace dans la prévention des ulcères aigus sans augmenter de façon significative le risque de pneumopathie				
P	80	b	La sédation profonde et surtout la curarisation ne sont utilisées que chez les patients les plus gravement atteints (majoration du risque de pneumopathie)				
P	80	c	Les patients en réanimation sont mis en position semi-assise				
P	80	d	La technique d'antibioprophylaxie (décontamination digestive sélective associée à une antibiothérapie courte par voie générale) n'est pas conseillée tant que l'effet sur les résistances bactérienne aux antibiotiques n'est pas évalué				
Q			PREVENTION DES INFECTIONS LIEES AUX CATHETERS				
Q	81		INDICATIONS				
Q	81	a	Les indications de la mise en place de dispositifs intra-vasculaires sont limitées au maximum				
Q	81	b	la voie orale ou entérale est préférée chaque fois que possible à la voie veineuse pour l'administration de médicaments ou de nutriments				
Q	82		MISE EN PLACE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL				
Q	82	a	La mise en place est assurée par un opérateur entraîné dans les conditions d'aseptie chirurgicale (limitation du personnel à proximité du malade au minimum requis)				
Q	82	b	Préparation de l'opérateur : habillage (calot, masque, blouse stérile, gants stériles), après lavage chirurgical des mains et avant bras				
Q	82	c	Préparation de la zone d'insertion du cathéter : dépilation préalable rarement indispensable (crème dépilatoire, tondeuse ou ciseaux, rasage proscrit), nettoyage de la zone avec une solution moussante (même gamme que l'antiseptique utilisé pour la désinfection), rinçage à l'eau stérile et séchage				
Q	82	d	Antiseptie de la zone d'insertion du cathéter : application d'un antiseptique (chlorhexidine alcoolique, polyvinylpyrrolidone iodée ou autres si activité comparable) en débordant largement de la zone de cathétérisation, une deuxième application est réalisée après séchage et mise en place d'un champ stérile débordant largement de la zone				
Q	82	e	Des agents "dégraissants" (type acétone ou éther ne sont pas appliqués)				
Q	82	f	La fixation du cathéter à la peau par une suture non résorbable solide				
Q	82	g	La couverture du point de pénétration du cathéter est réalisé par un pansement stérile standard ou transparent semi-perméable à l'air permettant l'inspection quotidienne du cathéter				
Q	82	h	Le pansement reste en place pendant toute la durée de la voie d'accès veineux sauf si il est souillé ou non hermétique				

Q 82	i	La date de pose du cathéter est indiquée dans le dossier du patient			
Q 83		TECHNIQUES POUVANT REDUIRE LE RISQUE INFECTIEUX			
Q 83	a	La recommandation d'utiliser le territoire cave supérieur est respectée			
Q 83	b	Le cathétérisme des veines sous-clavières est préféré aux jugulaires internes car il expose moins au risque d'infection			
Q 83	c	En onco-hématologie ou pour les cathétérismes prolongés (>30 jours), l'utilisation de cathéters ou chambres implantables semble permettre la réduction du risque infectieux			
Q 83	d	L'utilisation des cathéters multi-lumières est possible (bénéfice pratique pour certains patients) car le risque infectieux ne semble pas supérieur			
Q 84		MESURES PREVENTIVES D'INTERETS INCERTAINS			
Q 84	a	La tunnelisation semble inutile excepté dans les cas des cathéters jugulaires			
Q 84	b	L'utilisation de cathéters imprégnés d'antiseptiques ou munis de manchons sous-cutanés est soumise à validation du fait de résultats contradictoires			
Q 84	c	Les cathéters imprégnés d'héparine (voire l'héparinisation de la voie veineuse) peuvent être utilisés (réduction possible du risque infectieux) en pesant les risques d'effets indésirables associés à ce produit			
Q 84	d	La mise en place d'une prophylaxie antibiotique (pose ou pendant la durée), est à évaluer car des résultats discordants sont donnés			
Q 84	e	L'application d'une pommade antibiotique et/ou antifongique au site d'insertion n'est pas recommandé			
Q 85		CATHETERISMES VEINEUX PERIPHERIQUES			
Q 85	a	Les techniques d'entretien et la surveillance (superposables à celles recommandées pour les cathéters veineux centraux) comprennent : hygiène des mains rigoureuse, préparation locale stricte, respect du système clos			
Q 85	b	Les sites de perfusion veineuse aux membres inférieurs sont évités			
Q 85	c	Les risques inhérents à chaque type de cathéters sont évalués avant tout choix : cathéters en téflon et en polyuréthane plus irritants, risques d'extravasation des solutions perfusées et risques de blessures pour les aiguilles métalliques			
Q 85	d	Le site d'insertion est changé toutes les 72 heures et impérativement en cas d'intolérance veineuse			
Q 85	e	Le contrôle de l'osmolarité (<= 900 mOsm/kg) et du pH des solutions est effectué pour évaluer la tolérance veineuse des solutions			
Q 85	f	La tolérance veineuse peut être améliorée par l'héparinisation (modalités à préciser dans un protocole validé)			
Q 86		ENTRETIEN DE LA LIGNE VEINEUSE			
Q 86	a	L'entretien est rigoureusement aseptique en respectant la notion de système clos (au maximum) et en réduisant au maximum les manipulations			
Q 86	b	L'impératif d'un pansement stérile, hermétiquement fixé, est respecté			
Q 86	c	Les pansements semi-perméables (modèle perméable à l'air) ne sont utilisés après tarissement du suintement sanguin secondaire à la pose du cathéter			
Q 86	d	Le pansement est changé au minimum toutes les 48 heures mais peut être gardé cinq à sept jours en l'absence de souillure ou de décollement			
Q 86	e	Les manipulations de la ligne de perfusion sont effectuées après un lavage antiseptique des mains (port d'une blouse, de gants, d'un masque non indispensable)			
Q 86	f	Des protocoles validés par le CLIN sont en place pour préciser les modalités pour toute manipulation			
Q 86	g	L'intervalle de changement des tubulures de perfusion et de ses annexes (robients, rampes de perfusion) peut être porté à 72 heures			
Q 86	h	Pour les produits sanguins labiles et les solutés lipidiques, les tubulures sont changées après chaque passage des produits			
Q 86	i	- Les cathéters veineux ne sont pas changés à intervalle prédéfini (sauf les cathéters artériels pulmonaires : changement à 4 à 5 jours)			
Q 86	j	Un changement sur guide (voir Q 88) est envisageable en cas de suspicion d'infection pour les cathéters veineux centraux			
Q 86	k	Les pavillons et les raccords sont désinfectés (chlorexidine alcoolique, polyvinylpyrrolidone iodée ou autres produits à activité équivalente et selon compatibilité) avant toute injection			
Q 86	l	La protection permanente des raccords est envisagée malgré que l'efficacité des systèmes proposés soit insuffisamment établie			
Q 86	m	L'emploi de filtres antibactériens interposés sur la tubulure de perfusion n'est pas recommandée (absence de preuve sur l'efficacité pour la prévention des infections et impossibilité d'administrer des émulsions lipidiques et certains médicaments)			
Q 86	n	Lors de la nutrition parentérale, l'héparinisation des liquides de perfusion peut être envisagée car elle protège la veine contre les thromboses et les infections (nécessité de protocoles validés, incompatibilités étudiées, rinçage soigneux avant toute injection)			
Q 86	o	Le retrait du dispositif est immédiat quand il n'est plus nécessaire			
Q 87		REGLES RIGOREUSEMENT POUR LE CHOIX ET LA PREPARATION DES LIQUIDES PERFUSES			
Q 87	a	La préparation est aseptique et l'utilisation immédiate			
Q 87	b	La date de préparation et les additifs sont notés sur le flacon			
Q 87	c	Les produits additifs multidoses (partagés entre les patients) sont manipulés avec des précautions d'aseptie strictes en respectant les conditions et les délais de conservation			
Q 87	d	Pour la nutrition parentérale prolongée (>30 jours), l'utilisation de mélanges binaires et ternaires paraît souhaitable (réduction des manipulations)			
Q 87	e	La préparation aseptique des liquides perfusés (par exemple : mélange de nutrition cytotatiques, antibiotiques en pédiatrie ...) est réalisée dans une unité centralisée (pour la qualité de la préparation et la sécurité du personnel et des patients)			
Q 88		DIAGNOSTIC DES INFECTIONS LIEES AUX CATHETERS			

Q	88	a	Le diagnostic d'infection locale du cathéter (avec ou sans infection systémique associée) repose sur les critères de définition indiqués en C11			
Q	88	b	Les techniques indirectes sont employées quand il est important de conserver le cathéter (permettent d'éliminer l'infection sur cathéter) : écouvillonnage du point d'entrée cutané du cathéter et dans certains cas hémoculture centrale et périphérique (voir C11)			
Q	88	c	En cas de suspicion modérée et en l'absence de signes locaux un échange sur guide est réalisé (permet la conservation de la voie). Si la culture du premier cathéter est positive, le second cathéter est retiré			
Q	89		IMPORTANCE DE LA POLITIQUE GENERALE VIS A VIS DES CATHETERS			
Q	89	a	Des protocoles écrits (périodiquement révisés) existent dans l'unité et sont appliqués par l'ensemble du personnel			
Q	89	b	L'observance des protocoles est évaluée régulièrement			
Q	89	c	Le nouveau personnel est formé à ces protocoles de pose et de soins			
Q	89	d	Dans les unités à haut risque, un personnel spécifique est formé pour la pose et la maintenance des cathéters			
Q	89	e	L'utilité du maintien en place des cathéters intra-vasculaires est rediscutée quotidiennement (concertation médecin – équipe paramédicale)			
Q	89	f	Une surveillance des infections associées au cathétérisme est mis en place dans les unités à haut risque			
Q	89	g	Les taux d'infection sont transmis aux équipes respectives			
R			PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES CHEZ LES PERSONNES AGEES			
R	90		POLITIQUE DE PREVENTION			
R	90	a	Une politique de prévention des infections est définie par l'établissement			
R	90	b	Un système de surveillance est mis en place en utilisant des critères de définitions spécifiques			
R	90	c	Des procédures de soins sont élaborées			
R	90	d	L'observance des procédures est régulièrement évaluée			
R	90	e	Une formation est organisée pour toutes les catégories de personnel			
R	90	f	Des moyens sont mis à disposition : pour le lavage des mains, la désinfection du matériel, matériel à usage unique, hygiène du linge, entretien des locaux, mesures d'isolement			
R	90	g	Une information est donnée à tous les acteurs : résidents, familles, visiteurs et bénévoles ...			
R	90	h	L'architecture et les locaux sont étudiés et aménagés en tenant compte de l'hygiène			
R	90	i	Une réflexion sur le bon usage des antibiotiques est mise en place			
R	90	j	Lors de l'admission en service de long séjour, une évaluation des facteurs de risque est réalisée (patients susceptibles de contracter, de transmettre ou d'être porteurs d'une infection)			
R	91		SOINS COURANTS ET RESPECT DES PRECAUTIONS STANDARDS			
R	91	a	Les soins courants à risques (toilette, change, pansement, actes de rééducation) sont individualisés avec le respect strict des précautions standards			
R	91	b	Une politique précise de lavage des mains et de port de gants est définie			
R	91	c	L'observance de la politique précédente est évaluée			
R	91	d	La tenue vestimentaire de base est protégée lors de soins de proximité pouvant occasionner des souillures			
R	91	e	Le nettoyage et la désinfection du matériel et des surfaces est assuré entre chaque patient			
R	92		TOILETTE ET SOINS CUTANES			
R	92	a	Une grande rigueur en matière d'hygiène est mise en place lors de la toilette et des soins cutanés			
R	92	b	Le type de toilette est adapté au degré de dépendance mais la douche ou la toilette en chariot douche sont privilégiées			
R	92	c	Les équipements sont parfaitement désinfectés entre chaque patient			
R	92	d	La toilette inclus l'hygiène buccale			
R	92	e	En dehors de la toilette, le lavage des mains du patient est réalisé plusieurs fois par jour			
R	93		PREVENTION PRIMAIRE DES ESCARRES			
R	93	a	Le personnel est parfaitement formé à la prévention des escarres			
R	93	b	Les mesures d'hygiène appropriées sont respectées lors des soins			
R	93	c	La prévention de l'escarre est réalisée sur une peau propre à mains nues propres			
R	93	d	Les produits utilisés sont présentés en petit conditionnement			
R	93	e	Les supports anti-escarres (ou leur protection) sont régulièrement nettoyés et désinfectés			
R	93	f	Un protocole de soins et une évaluation du risque d'escarre est établi			
R	93	g	En cas d'escarre constituée, les mesures pour éviter la surinfection ou la dissémination des germes lors des soins sont instituées			
R	94		INFECTIONS URINAIRES			
R	94	a	La prévention des infections urinaires repose sur les mesures présentées en O67 à O72			
R	94	b	Les méthodes alternatives au sondage sont privilégiées en cas d'incontinence urinaire			
R	94	c	Une surveillance des infections urinaires sur sonde est réalisée pour sensibiliser le personnel			
R	95		PREVENTION DE LA TRANSMISSION CROISEE DES BMR			
R	95	a	Les mesures détaillées en M57 à M62 sont mises en place			
R	95	b	Des fiches de transmission sont en place pour informer les services receveurs			
R	95	c	Malgré les difficultés de l'isolement dans les long-séjour, il doit être mis en place des mesures adaptées pour éviter la diffusion des BMR notamment lors des soins de base, pansement, actes de rééducation)			

R	96		POLITIQUE VACCINALE				
R	96	a	Une politique vaccinale est définie au niveau de l'établissement dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales				
R	96	b	Cette politique envisage la vaccination anti-grippale conformément aux recommandations en vigueur pour les pensionnaires et l'ensemble du personnel entrant en contact avec les patients				
R	96	c	Cette politique envisage la vaccination anti-pneumococcique conformément aux recommandations en vigueur				
S			PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN PEDIATRIE				
S	97		ADAPTATION DE L'ARCHITECTURE				
S	97	a	La chambre de l'enfant doit comprendre en pédiatrie (autre que néonatalogie) : chambre individuelle de taille suffisante (permettant le séjour ou le repos des parents), l'équipement nécessaires pour la toilette ainsi qu'un lave-mains positionné à l'entrée de la chambre				
S	97	b	La chambre de néonatalogie et de réanimation est conçue comme une chambre de réanimation adulte avec si possible baignoire incluse dans le plan de travail pour les soins de l'enfant				
S	97	c	Les services à haut risque infectieux (néonatalogie, réanimation, hématologie, oncologie) sont munis d'un sas d'entrée comprenant un vestiaire, un lave-mains équipé, un distributeur de masques, un support de blouses à usage unique et un tableau d'information aux visiteurs				
S	98		L'ALIMENTATION DU NOURRISSON				
S	98	a	Les conditions de stockage des biberons dans un réfrigérateur dédié permettent le respect rigoureux des précautions d'hygiène				
S	98	b	L'utilisation du lait de la mère se fait conformément à la législation en vigueur				
S	98	c	La biberonnerie centrale est organisée comme un service de stérilisation pour la préparation des biberons				
S	98	d	La confection des biberons prêts à l'emploi pour les services respect les règles d'aseptie				
S	98	e	La durée maximale de stockage des biberons préparés est de 24 heures (sous réserve du respect de la chaîne du froid)				
S	98	f	Des contrôles bactériologiques sont réalisés régulièrement.				
S	98	g	Le personnel est formé et soumis aux mêmes règles d'hygiène que celles appliquées en restauration collective				
S	99		LES SOINS AUX BEBES				
S	99	a	Une surblouse individualisée à chaque enfant est portée par le soignant lors des soins au bébé (à usage unique ou reste dans la chambre et est changé une fois par équipe et lors de souillures)				
S	99	b	Pour le change, la personne porte un tablier imperméable à usage unique, idéalement des gants dit de Vilain, et envelopper la couche dans le gant avant de l'évacuer.				
S	99	c	Après chaque change, un lavage des mains avant de réaliser tout autre type d'acte.				
S	99	d	Chez les enfants de moins de trente mois, la recommandation de ne pas utiliser d'iode ou de dérivés pour l'antiseptie de la peau est respectée.				
S	91	e	Le nettoyage et la désinfection du matériel et des surfaces est assuré entre chaque patient				
S	100		INFORMATIONS DES PARENTS SI ISOLEMENT				
S	100	a	En cas de mesures d'isolement, l'information des parents est réalisée de façon précise par l'équipe soignante				
S	100	b	L'isolement est indiqué sur la porte de la chambre par un moyen physique et l'enfant est parfaitement informé et ne peut participer aux activités ludiques ou instructives collectives (prévoir prise en charge individuelle)				
S	100	c	Les mesures sont prises par le médecin pour permettre la levée rapide de l'isolement et ainsi ne pas altérer le développement psychologique de l'enfant				