



MANUEL D'ÉVALUATION DE LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX

Version 3 - janvier 2006

D. ZARO-GONI
E. CAPDENAT-RAYMOND
C. GAUTIER
B. JARRIGE

COMITE DE LECTURE

↳ Praticiens Hygiénistes :

JC. LABADIE	Responsable du CCLIN Sud-Ouest - CHU de Bordeaux
P. PARNEIX	Médecin Coordonnateur du CCLIN Sud-Ouest - CHU de Bordeaux
C. DUMARTIN	Pharmacien - Praticien Hospitalier CCLIN Sud-Ouest CHU de Bordeaux

↳ Cadres Infirmiers Hygiénistes du CCLIN Sud-Ouest :

Y. ARJOUNIN	Cadre Infirmier Hygiéniste Coordonnateur - Région Guadeloupe CHU de Pointe à Pitre
E. GALY	Cadre Infirmier Hygiéniste Coordonnateur - Région Midi-Pyrénées CHU de Toulouse
C. LEGER	Cadre Infirmier Hygiéniste Coordonnateur - Région Poitou- Charentes CHU de Poitiers
S. MARIE	Cadre Infirmier Hygiéniste Coordonnateur - Région Limousin CH Esquirol de Limoges
D. PILLES	Cadre Infirmier Hygiéniste Coordonnateur - Région Aquitaine CHU de Bordeaux

↳ Infirmière Hygiéniste :

M. LARREDE	Infirmière Hygiéniste - CHU de Bordeaux
V. VOISIN	Infirmière Hygiéniste - CHU de Bordeaux

↳ Secrétariat :

C. ROY	CCLIN Sud-Ouest - CHU de Bordeaux
E. SOUSA	CCLIN Sud-Ouest - CHU de Bordeaux

↳ Analyses :

J. HAURAY	CCLIN Sud-Ouest - CHU de Bordeaux
J. GONDEL	CCLIN Sud-Ouest - CHU de Bordeaux

OBJECTIFS DU MANUEL D'ÉVALUATION

Justification du manuel

La demande des établissements de santé concernant une évaluation des moyens mis en place pour lutter contre les infections demeure une réalité et continue de progresser au cours des dernières années. Les équipes opérationnelles en hygiène hospitalière (EOHH), les comités de lutte contre l'infection (CLIN) et/ou les équipes de gestion souhaitent avoir un diagnostic d'organisation sur les mesures existantes et leurs retombées sur les patients. Ce bilan de l'existant à un moment donné (lors de la préparation de l'accréditation, partie « risque infectieux », dans un établissement de santé, bilan après mise en place d'une EOHH ou de celle du CLIN, à l'arrivée d'un praticien hospitalier en hygiène ...) ne peut être crédible que s'il est argumenté et repose sur l'utilisation d'un outil validé. Réaliser cet état des lieux suppose la mise en chantier de tout un programme et doit donc s'entourer d'une méthodologie adaptée. L'objectif de ce manuel est de répondre à ces attentes.

Les auteurs de ce manuel ont élaboré une deuxième version d'un document initialement conçu en 2001. Cette nouvelle version a gardé les principes proposés dans les versions précédentes :

- Un regard sur l'organisation de la lutte et des actions proposées sur le terrain,
- Une appréciation du degré d'appropriation de ces mesures par les professionnels sur le terrain, c'est à dire au niveau du patient, qui doit être le bénéficiaire principal de ces mesures.

Pourquoi une deuxième version de ce manuel ?

- Une deuxième version, car les manières de faire, les bonnes pratiques évoluent, changent au cours des mois... l'exemple de la prise en charge d'un endoscope est très démonstratif de la nécessité d'actualiser nos documents.
- Une deuxième version, car rapidement, nous nous sommes aperçus que la prévention des infections liées à l'activité de chirurgie n'était pas suffisamment prise en compte. Cette version comporte désormais un 7^{ième} chapitre optionnel entièrement consacré au bloc opératoire. Ce chapitre ne concerne évidemment que les établissements ayant une activité chirurgicale.

A ce jour, de nombreux établissements ont déjà réalisé une première évaluation à l'aide du manuel version 1. C'est notamment le cas de la région Aquitaine et en Guadeloupe, où la dynamique régionale a conduit la quasi totalité de ses établissements de santé à s'inscrire dans cette démarche. La deuxième version du manuel sera l'occasion pour ces établissements de mesurer leur évolution en matière de prise en charge du risque infectieux, depuis la 1^{ère} évaluation.

Mais pour la majorité des établissements, cet outil validé doit leur permettre de faire un premier bilan de l'organisation quant à la maîtrise du risque infectieux dans leur établissement de santé et d'identifier plus facilement les points faibles à améliorer et les points forts à conforter. Ce guide constitue aussi une aide à l'élaboration d'un programme de prévention par le CLIN de l'établissement.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient reste une des préoccupations du CCLIN Sud-Ouest, ce manuel dans cette nouvelle version doit permettre d'aider les établissements, par l'intermédiaire des CLIN et des EOHH, à dégager de nouvelles priorités et à mettre en place des actions capables de faire progresser la prévention des infections liées aux soins.

METHODOLOGIE

Déroulement de l'évaluation

L'évaluation va balayer les sept thématiques principales de la lutte contre les infections nosocomiales (cf. sommaire). A chacun des chapitres de 1 à 7 recueillis lors d'entretiens correspondent des chapitres de 1 bis à 7 bis qui permettent de préciser sur le terrain le niveau de connaissances et des pratiques du personnel, le matériel utilisé... etc

Les principaux aspects de la maîtrise des infections largement présentés et détaillés dans de nombreux documents de référence, notamment celui du Comité Technique des Infections Nosocomiales (CTIN), nous ont conduit à proposer ces sept thématiques.

Elles seront donc renseignées par l'auditeur de deux manières :

Chapitres 1 à 7 :

- Au cours d'entretiens de type semi-directifs avec les membres de l'équipe opérationnelle en hygiène et/ou le représentant du CLIN et de toute autre personne impliquée :
 - avec l'appui des documents fournis par ces personnes.

Chapitres 1 bis à 7 bis :

- Avec les acteurs du terrain dans les services de soins et médico-techniques :
 - par questionnaires d'auto-évaluation du personnel,
 - à l'aide de grilles d'évaluation par observation directe des pratiques du personnel et du matériel utilisé. Ces grilles sont remplies par l'auditeur.

L'auditeur est un spécialiste de l'hygiène hospitalière préalablement formé à l'utilisation de ce manuel et qui peut être interne ou externe à l'établissement.

La durée proposée de l'audit est fonction de la taille de l'établissement, à titre indicatif elle devrait être en moyenne de 1 à 3 jours consécutifs.

Rapport d'évaluation

Un rapport écrit sera proposé au terme de l'évaluation conduite dans l'établissement, l'auditeur trouvera à la fin de chacun des chapitres, des consignes pour la rédaction des commentaires, afin de dégager des recommandations pour améliorer les situations rencontrées. Sous forme de conclusion, l'auditeur rédigera ensuite une synthèse de ces recommandations.

SOMMAIRE

PAGES

CHAPITRE I - L'organisation de la lutte	7-17
1-1 Organisation générale (CLIN, équipe opérationnelle, réseau des correspondants).....	8
1-2 Programme de surveillance.....	9
1-3 Formation du personnel.....	11
1-4 Formalisation des objectifs sur la prévention du risque infectieux.....	12
1-5 Signalement des infections nosocomiales.....	13
CHAPITRE II - Les activités de prévention des infections nosocomiales	18-13
2-1 Recommandations et protocoles.....	19
2-2 Précautions standards.....	21
• lavage et/ou désinfection des mains,	
• port des gants.	
2-3 Précautions spécifiques.....	22
• précautions contacts (BMR principalement)	
2-4 Utilisation et gestion des antiseptiques.....	22
2-5 Utilisation et gestion des antibiotiques.....	23
2-6 Gestion des sites à haut risque infectieux.....	24
• activité chirurgicale : site opératoire, cathéters,	
• activité médicale : urinaire, cathéters.	
CHAPITRE III - La gestion des dispositifs médicaux	32-50
3-1 Dans l'unité de soins.....	33
3-2 Stérilisation des dispositifs médicaux.....	34
3-3 Désinfection et traitement du matériel d'endoscopie.....	35
CHAPITRE IV - La gestion des risques liés à l'environnement	51-57
4-1 Gestion des locaux.....	52
4-2 Gestion de l'eau, de l'air et des surfaces.....	53
CHAPITRE V - La gestion des circuits dans l'établissement	58-65
5-1 Gestion du circuit des déchets.....	59
5-2 Gestion du circuit du linge.....	61
CHAPITRE VI - La prévention des accidents d'exposition au sang (AES) ..	66-72
6-1 Actions de prévention des AES.....	67
6-2 Utilisation du matériel de protection et de sécurité.....	68
CHAPITRE VII - La gestion du risque au bloc opératoire	73-82
7-1 Architecture et locaux.....	74
7-2 Environnement.....	75
7-3 Comportement du personnel.....	76

ETABLISSEMENT :

Date de l'audit :

☞ **Nombre total de lits de l'établissement :**

Répartition en lits :

✓ Court séjour

Chirurgie (hors réanimation) : dont ambulatoire

Médecine (hors réanimation) : dont ambulatoire

Unités de réanimation :

Obstétrique :

✓ Psychiatrie :

✓ Soins de suite et de réadaptation :

✓ Soins de longue durée :

✓ E. H.P.A.D :

☞ **Nombre d'accouchements pratiqués dans l'année :**

☞ **Nombre d'interventions pratiquées dans l'année :**

☞ **Nombre total de salles d'intervention :**

Type de chirurgie réalisée :

- générale

- digestive

- orthopédique

- obstétrique

- autres spécialités

Préciser :

☞ **Endoscopie :**

Type d'endoscopie réalisée :

- digestive

- pneumologie

- O.R.L.

- en service de réanimation

- E.T.O.

☞ **Stérilisation centralisée :**

Oui

Non

CHAPITRE I

L'ORGANISATION DE LA LUTTE

- 1-1 Organisation générale (CLIN, équipe opérationnelle, réseau des correspondants)
- 1-2 Programme de surveillance
- 1-3 Formation du personnel
- 1-4 Formalisation des objectifs sur la prévention du risque infectieux
- 1-5 Signalement des infections nosocomiales

L'ORGANISATION DE LA LUTTE

Cette partie 1 est renseignée à partir d'entretiens avec l'équipe opérationnelle ou un représentant du CLIN. L'auditeur doit pouvoir consulter tous les documents écrits s'y rapportant.

1-1 ORGANISATION GENERALE

Oui Non

1. L'établissement dispose d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Date de sa création :/...../.....

Si créé avant décembre 1999, il a été réaménagé pour être conforme au décret de décembre 1999

2. Le CLIN se réunit au moins 3 fois par an

3. Le dernier compte-rendu est présenté ce jour

4. Un rapport d'activité est présenté en CME

5. Il est présenté ce jour sous forme de bilan standardisé, conforme à l'arrêté du 17 octobre 2000

6. Un programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales, défini par le CLIN, est en place dans l'établissement

Citer au moins 3 objectifs principaux pour l'année en cours :

-
-
-

Les 3 objectifs principaux du CLIN pour l'année en cours sont laissés à l'appréciation de l'établissement quant à leur caractère prioritaire.

7. L'établissement dispose d'une équipe opérationnelle en hygiène

Si oui, date de création/...../.....

8. Cette structure comprend du personnel affecté en hygiène hospitalière, indiquer l'équivalent temps plein (%) pour :

IDE hygiéniste* :

IDE :

Cadre hygiéniste* :

Cadre IDE :

Médecin hygiéniste* :

Médecin :

Pharmacien hygiéniste* :

Pharmacien :

Autre :

Préciser :

9. Des locaux et du matériel ont été attribués à cette structure :

10. Un temps secrétariat est prévu dans l'organisation :

**Le terme "hygiéniste" est utilisé si la personne a été formée (D.U.) en hygiène. Elle a une activité et une responsabilité en hygiène hospitalière dans l'établissement.*

BMR :

- a) SARM
- la surveillance est effectuée par le laboratoire
- par l'équipe opérationnelle en HH

Indiquer le % de SARM(*) :

Indiquer la période de recueil :

(*) Indiquer la proportion des SARM (en %) parmi l'ensemble des staphylocoques dorés isolés dans votre établissement.

→ Pour cette enquête sur SARM la méthodologie utilisée est :

- interne à l'établissement :
- celle du CCLIN Sud-Ouest :

- b) autres BMR BLSE ?
Préciser la nature du germe :

2. Un retour d'information des résultats, pour le personnel, est organisé :

- ☼ Les enquêtes de prévalence :
- présentation des résultats globaux sur l'établissement
- présentation personnalisée auprès des services de soins

- ☼ Les enquêtes d'incidence :
- présentation des résultats globaux (ISO-Réanimation-AES) sur l'établissement
- présentation personnalisée auprès des services de soins :
 - Chirurgie pour ISO NA
 - Unité de Réanimation NA
 - Services ciblés pour AES

- ☼ La surveillance des BMR :
- présentation des résultats globaux sur l'établissement
- présentation personnalisée auprès des services de soins participant aux enquêtes :

Retour d'information organisé : la réponse ne pourra être " oui " que si un retour d'information réellement " formalisé " a été effectué comme par exemple :

- réunion formelle avec compte-rendu,
- diffusion de documents écrits ou journal interne.*

1-3 FORMATION DU PERSONNEL

L'auditeur devra bien différencier les actions de sensibilisation de celles de formation. Il faudra chercher à voir leur programme et leur contenu.

On entend par " sensibilisation " une intervention ponctuelle destinée à toute catégorie de personnel qui porte sur des notions générales sans objectif spécifique.

On entend par " formation " une intervention plus spécifique et détaillée destinée le plus souvent à une catégorie de personnel. Son contenu est défini en accord avec l'établissement et les objectifs formulés par le CLIN.

Au cours des trois dernières années :

Oui Non

1. Une sensibilisation à la prévention du risque infectieux a été réalisée auprès de tous les personnels

2. Un programme de formation des personnels aux techniques d'hygiène hospitalière a été réalisé :

- en interne

- en externe :

- CCLIN Sud-Ouest

- autre organisme

auprès du :

- personnel soignant

- personnel médical

- personnel médico-technique

- autres :

1-4 FORMALISATION DES OBJECTIFS SUR LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

Oui Non

1. Dans votre projet d'établissement

2. Dans le cadre de la contractualisation passée avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (contrats objectifs / moyens)

L'établissement devra fournir les documents faisant apparaître ces objectifs.

Si oui, indiquer ces objectifs de manière exhaustive

1-5 Signalement des infections nosocomiales

	Oui	Non
1. L'établissement par l'intermédiaire du CLIN a organisé le signalement des infections nosocomiales (conformément au décret du 26 juillet 2001 et à la Circulaire du 22 janvier 2004)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La direction de l'établissement a désigné un professionnel de santé chargé du signalement de ces infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La direction de l'établissement a informé la DDASS et le CCLIN de la nomination de ce professionnel de santé chargé du signalement de ces infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une information du patient sur la notion de risque nosocomial, par l'intermédiaire du livret d'accueil, est disponible dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'organisation prévoit de délivrer une information à un patient ayant contracté une infection nosocomiale au cours d'un séjour dans l'établissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cette information doit être réalisée par :		
➤ Entretien personnalisé entre un praticien hospitalier et le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Une autre organisation, à préciser :		
7. Pour les patients ayant contracté une IN, la notion d'infection nosocomiale figure dans le dossier médical du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'auditeur vérifie le contenu du livret d'accueil et consulte le(s) compte(s) rendu(s) du CLIN et de la CME où apparaissent les modalités d'organisation du signalement et d'information des patients.

PERCEPTION DU PERSONNEL

Cette partie 1 bis représentant l'évaluation sur le terrain de l'organisation de la lutte, sera renseignée par questionnaires auprès du personnel médical et soignant. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation portant sur le niveau de connaissance des principales modalités de l'organisation de la lutte dans les établissements balayés dans le chapitre 1.

Le nombre minimum de questionnaires n'a pas été déterminé. Tout le personnel médical et non médical présent le jour de l'audit doit être sollicité et remplir un questionnaire.

- *Dans le cas d'un petit établissement, tout le personnel est sollicité. A l'inverse dans le cas d'un établissement de grande taille avec un nombre important de services, seul le personnel des unités sélectionnées ou tirées au sort par le CLIN, sera concerné par ce questionnaire. Au moins 5 services avec des représentants de chacune des grandes disciplines.*
- *Les questionnaires seront récupérés instantanément le jour même de l'audit, après remplissage par le personnel. Les cadres des services et ou les membres de l'EOH et ou les correspondants en hygiène doivent être sollicités pour organiser et faciliter le recueil des documents.*
- *Afin de recueillir l'avis des personnels de nuit, une des personnes citées précédemment, se chargera de la distribution et du retour des questionnaires auprès de tout le personnel de nuit. La période de changement d'équipe après-midi / nuit doit être privilégiée et apparaît comme le moment le plus favorable.*
- *L'auditeur doit rappeler l'importance des réponses individuelles aux questions posées. Toutefois, après remise des questionnaires (remplis), un temps de discussion peut être envisagé, ce qui implique que l'auditeur a la connaissance des réponses attendues, par exemple les taux de prévalence de l'établissement ... etc.*
- *L'EOH ou le CLIN se chargera de communiquer en interne les résultats à l'ensemble des services participants de l'établissement.*

FICHE BIS N° 1 : PERCEPTION DU PERSONNEL*

Service :

Fonction :

Vous êtes correspondant en hygiène : Oui Non

1. Donner la signification de :

C L I N

2. Citer le nom du président du CLIN de votre établissement.....

Oui Non

3. Vous connaissez le programme d'actions de prévention des infections nosocomiales

Si oui indiquer un objectif, un thème ou une autre priorité contenu dans ce programme de l'année en cours :

-
-
-

4. Vous connaissez le ou les correspondants en hygiène hospitalière de votre service

5. Connaissez-vous le taux de prévalence des infections nosocomiales de votre établissement

Si oui, citer cette proportion : %

6. Si votre établissement a une activité chirurgicale, citer le taux incidence des infections du site opératoire

..... %

7. Donner la signification des initiales : B M R

8. Connaissez-vous la proportion des S.A.R.M. parmi l'ensemble des staphylocoques dorés isolés dans votre établissement

Si oui, citer cette proportion : %

9. Une information destinée à l'ensemble du personnel sur la prévention des infections, a été réalisée dans votre établissement

Si oui, vous avez participé à cette réunion

10. Une formation spécifique sur la prévention des risques infectieux et destinée au personnel a été proposée dans votre établissement

Si oui, vous avez participé à cette formation

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

COMMENTAIRES SUR L'ORGANISATION DE LA LUTTE

Après analyse des résultats des phases 1 et 1 bis

Le commentaire doit porter sur :

- les concordances de l'organisation avec la réglementation au jour de l'évaluation,
- le programme d'actions du CLIN,
- la mise en place d'une surveillance au sein de l'établissement,
- le contenu de cette surveillance,
- les relations avec les actions menées avec le CCLIN Sud-Ouest,
- la place de la surveillance des bactéries multi-résistantes,
- les actions de formation.

Si des écarts observés entre les fiches 1 et les questionnaires 1 bis correspondants apparaissent, des propositions d'organisation permettant de corriger ces écarts doivent figurer dans ces commentaires.

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 1 « ORGANISATION DE LA LUTTE »

Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre 1er du titre 1er du livre VII du code de la santé publique.

Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C n° 2001/383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

**Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN). 100
Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.**
2° Ed. Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandations n° :
1 - 17 - 19 - 20 - 21 - 34 - 35 - 36 - 57 - 58 - 90
31 - 39 - 40 - 41 - 42 - 66 - 72
5 - 6 - 43 - 44 - 63 - 67 - 68 - 75 - 100

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Manuel d'Accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999. Chapitre Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

- SPI - Références n° : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

CHAPITRE II

LES ACTIVITES DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

- 2-1 Recommandations et protocoles
- 2-2 Précautions standards
 - *lavage et/ou désinfection des mains,*
 - *port des gants.*
- 2-3 Précaution spécifiques
 - *précautions contacts (BMR principalement)*
- 2-4 Utilisation et gestion des antiseptiques
- 2-5 Gestion et utilisation des antibiotiques
- 2-6 Gestion des sites à haut risque infectieux
 - *activité chirurgicale : site opératoire, cathéters,*
 - *activité médicale : urinaire, cathéters.*

LES ACTIVITES DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Cette partie 2 est renseignée à partir des entretiens avec l'équipe opérationnelle ou les représentants du CLIN. L'auditeur doit pouvoir consulter tous les documents écrits s'y rapportant notamment, il doit avoir accès aux recommandations, protocoles et procédures validés par le CLIN.

2-1 RECOMMANDATIONS ET PROTOCOLES	Oui	Non
1. Des recommandations formalisées (écrites, validées, signées) par le CLIN et / ou l'équipe opérationnelle en hygiène, conformément aux référentiels nationaux, sont à la disposition des équipes soignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les équipes soignantes ont à la disposition des protocoles communs à l'ensemble des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les équipes soignantes participent à la rédaction des protocoles ou procédures de soins (adaptés à l'unité de soins) <small>Pour la participation des équipes à la rédaction de protocoles, l'auditeur demande à voir les comptes rendus des réunions de travail, la liste écrite des membres du groupe de travail mentionnée dans les protocoles.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ces protocoles ou procédures sont validés du chef de service et / ou du cadre de proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ils sont intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ils sont à disposition immédiate dans l'unité de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ces éléments devront être vérifiés de façon objective dans les services de soins (2 bis).

2-2 PRECAUTIONS « STANDARD » (1)

Oui Non

- 1. Les précautions « standard » ont fait l'objet d'une information, d'une diffusion large auprès de tout le personnel**

Informations et diffusions larges des précautions « standard » : l'auditeur doit rechercher des éléments démontrant le caractère formalisé de cette information ou diffusion (réunions avec comptes rendus, affichage, classeur d'hygiène...).

- 2. Ces mesures ont fait l'objet d'une évaluation visant à préciser le niveau de connaissance auprès des personnels**

Évaluation de la connaissance des précautions « standard » : on entend ici également la réalisation d'une enquête formalisée, quelle que soit la méthodologie utilisée.

Les 2 principaux points des précautions « standard » (lavage et/ou désinfection des mains et port des gants) seront étudiés ci-après :

❁ Désinfection des mains

- 1. Des solutions hydro-alcooliques sont mises à disposition dans les unités de soins**

- 2. Un bilan de l'existant portant sur les postes de lavage des mains implantés dans les unités de soins, a été réalisé à la demande du CLIN sur tout l'établissement**

- 3. Une information préalable sur l'utilisation et les indications d'utilisation des solutions hydro-alcooliques a été effectuée auprès des personnels utilisateurs**

- 4. L'observance de la désinfection des mains par friction a été mesurée sur l'établissement**

Si oui, préciser :

- la date de la dernière évaluation :/...../.....

- la méthode utilisée

- 5. La consommation des solutions hydro alcooliques est évaluée annuellement**

Si oui, préciser :

- la date de la dernière évaluation :/...../.....

- l'évaluation permet de connaître la consommation en litre de produit, rapportée à 1000 journées d'hospitalisation :l/ 1000 journées hospitalisation

❁ Port des gants

- 1. Les indications de port des gants ont fait l'objet de recommandations**

- 2. Les gants à usage unique non stériles sont mis à disposition des équipes dans les services de soins**

- 3. L'établissement a promu l'utilisation des gants non poudrés**

- 4. L'observance du port des gants a été mesurée sur l'établissement**

Si oui, préciser :

- la date de la dernière évaluation :/...../.....

- la méthode utilisée

(1) Circulaire n°98 – 249 du 20 avril 1998

2-3 PRECAUTIONS SPECIFIQUES

Oui Non

1. Les précautions spécifiques ont fait l'objet d'une information auprès de tout le personnel
2. Le CLIN et / ou l'équipe opérationnelle en hygiène a proposé un protocole pour les précautions spécifiques :
 - contact
 - gouttelettes
 - air

❁ Précautions contacts (BMR principalement)

1. Un dépistage BMR sur certains profils de patients est prévu
2. Si un patient est porteur de BMR, une signalisation est proposée
3. Si un patient est porteur de BMR, un isolement géographique est mis en place
4. Après les soins effectués sur un patient porteur de BMR, une hygiène des mains est demandée en systématique (lavage hygiénique, traitement hygiénique des mains par friction)
5. L'observance de ces mesures de la maîtrise de diffusion des BMR a été évaluée

Si oui, préciser :

- la date de la dernière évaluation :/...../.....
- la méthode utilisée

Concernant la maîtrise de la diffusion des BMR, l'auditeur doit demander à consulter les procédures de dépistage, de signalisation, d'isolement et de mesures préventives de dissémination.

Si ces procédures n'existent pas, les réponses seront " non ".

2-4 UTILISATION ET GESTION DES ANTISEPTIQUES

1. Une gestion des antiseptiques est en place dans les unités de soins
Si oui, elle est proposée sous forme :
 - d'un protocole d'utilisation validé par le CLIN
 - de directives diffusées par la pharmacie
2. Un choix consensuel limitant le nombre des produits a été effectué
3. Le principe d'une antiseptie en 4 temps (déterSION - rinçage - séchage - antiseptie) est appliqué sur l'établissement
4. Le séchage spontané des antiseptiques sur la peau est recommandé dans les protocoles

L'auditeur vérifie les contenus des protocoles " préparation cutanée du site opératoire " et " pose de cathéter " de manière à vérifier l'existence des points 3 et 4.

2-5 UTILISATION ET GESTION DES ANTIBIOTIQUES

Oui Non

- 1. Une commission des antibiotiques est en place dans l'établissement**
Si oui, elle émane du COMEDIMS et du CLIN
Indiquer le nombre de réunions annuelles.....
- 2. Un référent en antibiotique est identifié**
Si oui,
in situ ou en commun avec d'autres établissements
- 3. Des informations sur les antibiotiques sont disponibles dans l'établissement**
Si oui il existe :
- listes des antibiotiques mis à disposition
- coût journalier des traitements
- bonnes pratiques d'administration
- protocoles d'antibiothérapie 1ère intention
- protocoles d'antibioprophylaxie conforme à la SFAR (1999)
- un livret des antibiotiques rassemble ces documents concernant le bon usage et la prescription des antibiotiques
- 4. Les protocoles concernant l'antibioprophylaxie ont été évalués**
- 5. Les protocoles concernant l'antibiothérapie de 1ère intention ont été évalués**
- 6. La prescription des antibiotiques se fait sur une ordonnance nominative transmise à la pharmacie**
- 7. La dispensation des antibiotiques est nominative**
- 8. Certains antibiotiques font l'objet d'une dispensation « contrôlée » (sur antibiogramme ou validation par référent ou renseignements cliniques)**
- 9. Un suivi de la consommation des antibiotiques est en place dans l'établissement**
Si oui il comprend :
- le coût global par service
- le nombre d'unités consommées par service
- le nombre de DDJ (doses définies journalières) rapportées à l'activité du service
- L'auditeur doit noter et vérifier les éléments de ce suivi.
- 10. La restitution des résultats de ce suivi est effectuée :**
Si oui elle est réalisée :
- au niveau des unités de soins
- lors d'une réunion d'établissement (CLIN, CME ...)

2-6 GESTION DES SITES A HAUT RISQUE INFECTIEUX

→ Les établissements réalisant une activité chirurgicale et / ou obstétricale :

* Ils doivent renseigner les fiches concernant :

- la *préparation du site opératoire*,
- la *gestion des cathéters périphériques*,
- la *gestion des sondes urinaires*.

→ Les établissements ne possédant pas cette activité chirurgicale et / ou obstétricale :

* Ils doivent renseigner les fiches concernant :

- la *gestion des cathéters périphériques*,
- la *gestion des sondes urinaires*.

Gestion du cathéter veineux périphérique

Non concerné

Oui Non

1. Le CLIN a validé un protocole sur le cathéter veineux périphérique

Si oui remplir les rubriques ci dessous

Préparation de l'opérateur :

Prévu dans le protocole validé :

La désinfection des mains avant la pose du cathéter, est réalisée

Port de gants non stériles lors de la pose du cathéter

Pose du cathéter :

Prévu dans le protocole validé :

Dépilation de la zone de ponction (si forte pilosité)

Nettoyage au savon antiseptique de la zone de ponction

Rinçage à l'eau stérile de la zone savonnée

Séchage de la zone avec compresses stériles

Application d'un antiseptique sur le point de ponction
(gamme identique au savon utilisé)

Fixation du cathéter

Mise en place d'un pansement occlusif stérile

Informations sur la pose du cathéter :

Prévu dans le protocole validé :

La date de pose est notée sur le pansement

La date de pose est notée sur le dossier de soins

Gestion du cathéter :

Prévu dans le protocole validé :

Tout pansement souillé est changé

Le maintien du cathétérisme est validé quotidiennement par le médecin

Un changement de cathéter est prévu toutes les 72 heures

2. L'observance du protocole cathéter a été évaluée (audit sur les pratiques)

Si oui, préciser :

- la date de la dernière évaluation :/...../.....

- la méthode utilisée :

Pour renseigner les rubriques de ce chapitre, l'auditeur aura les protocoles à sa disposition. En l'absence de protocole validé présenté à l'auditeur, ne pas remplir la grille d'évaluation.

Gestion du sondage urinaire

Non concerné

Oui Non

1. Le CLIN a validé un protocole de pose de sonde urinaire

Si oui remplir les rubriques ci dessous.

Préparation du matériel :

Prévu dans le protocole validé :

La pose d'un système clos stérile

(prêt à l'emploi ou monté par l'opérateur avant le sondage)

L'utilisation d'un système qui comporte à la fois un système de vidange,
un site de prélèvement et une valve anti-retour

L'utilisation :

• d'un champ stérile

• d'un lubrifiant en monodose stérile

La vérification de la stérilité du matériel (à la fois l'intégrité
de l'emballage et la date limite d'utilisation ...)

Déroulement de la pose de la sonde :

Prévu dans le protocole validé :

La vérification de la prescription médicale écrite du sondage

Une désinfection des mains

Le soin débute par une toilette périnéale qui comprend :

• un savonnage savon utilisé :

• un rinçage

• un séchage

Une antiseptie du méat urinaire avec un antiseptique

antiseptique utilisé :

Une désinfection des mains avant le port des gants stériles

Le port de gants stériles

La position déclive du système de drainage

La fixation de la sonde sur le patient

Informations sur la pose de la sonde :

Prévu dans le protocole validé :

La date de pose est notée sur le dossier de soins

Le maintien du sondage vésical est validé quotidiennement par le médecin

2. L'observance du protocole sondage urinaire a été évaluée

(audit sur les pratiques)

Si oui, préciser :

- la date de la dernière évaluation :/...../.....

- la méthode utilisée :

Pour renseigner les rubriques de ce chapitre, l'auditeur aura les protocoles à sa disposition. En l'absence de protocole validé présenté à l'auditeur, ne pas remplir la grille d'évaluation.

Cette partie 2 bis représente l'évaluation sur le terrain de la mise en œuvre des activités de prévention balayées au chapitre 2. Elle concerne les services de soins, le bloc opératoire si l'établissement en est pourvu.

SERVICE DE SOINS

- *L'auditeur devra remplir une fiche « service de soins » par service retenu selon les modalités évoquées dans le chapitre 1 bis.*
- *L'auditeur doit observer les actions se déroulant sous ses yeux et remplir la grille ci dessous,*
- *Les documents dits « accessibles » doivent être remis rapidement et spontanément à l'auditeur,*
- *L'auditeur repère tous les plans de travail et les supports mobiles de soins afin de répondre aux rubriques concernant :*
 - *les solutions hydro alcooliques,*
 - *les gants non stériles à usage unique*
 - *la gestion des antiseptiques.*

FICHE N° 2 BIS : SERVICE DE SOINS*

Service :

	Oui	Non
Existence d'un classeur d'hygiène dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le classeur d'hygiène est accessible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La (ou les) salle(s) de soins est (sont) équipée(s) de points de lavage des mains conformes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les chambres des patients sont équipées de points de lavage des mains conformes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe des points intermédiaires de lavage des mains conformes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une solution hydro-alcoolique est à disposition du personnel sur les supports mobiles de soins ou sur les plans de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gants à usage unique non stériles sont disponibles sur les supports mobiles de soins et sur les plans de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gants à usage unique non stériles sont toujours dans des boîtes distributrices préservant leur propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les gants à usage unique sont non poudrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La signalisation des patients porteurs de BMR (sigle) est disponible dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si un patient BMR positif est présent dans le service lors de l'enquête :		
• la signalisation est effectuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un isolement géographique est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un isolement technique est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>L'auditeur doit rechercher et noter l'existence de ces points. Ne pas remplir la rubrique s'il n'y a pas de patient en isolement le jour de l'évaluation.</i>		
Tous les flacons d'antiseptiques examinés dans le service comportent :		
• un bouchon en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• la date d'ouverture du flacon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• le délai d'utilisation est respecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Indiquer le nombre de postes qui comportent à la fois les deux équipements suivants : un distributeur de savon adéquat et du papier essuie-mains.

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

COMMENTAIRES SUR LES ACTIVITES DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Après analyse des résultats des phases 2 et 2 bis

Le commentaire doit porter sur

- le contenu des protocoles et leur conformité par rapport aux recommandations existantes
- la traduction sur le terrain :
 - * connaissance et accessibilité des protocoles,
 - * mise à disposition du matériel et des équipements adéquats.

L'auditeur s'attardera particulièrement sur l'examen des protocoles de gestion des portes d'entrée en vérifiant si leur contenu est bien conforme aux recommandations de bonnes pratiques.

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 2

Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN). 100 Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2° Ed. Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandations n° :
2 - 3 - 4 - 6 - 44 - 52 - 53 - 54 - 69
31 - 39 - 40 - 41 - 42 - 66 - 72
5 - 6 - 43 - 44 - 63 - 68 - 75 - 100

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Manuel d'Accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999. Chapitre Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

- SPI - Références n° : 2 - 3 - 4 - 5

Comité Technique national des Infections Nosocomiales. Isolement septique : Recommandations pour les établissements de soins - CTIN 1998.

Comité Technique national des Infections Nosocomiales. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques : Recommandations pour les établissements de santé - CTIN 1999.

Les BMR et leur maîtrise, une ambition nationale pour les années à venir : Comprendre et Agir - CCLIN Sud-Ouest 1999.

Signalisation des patients porteurs de BMR - CCLIN Sud-Ouest 2001.

Recommandations pour la préparation cutanée de l'opéré - CCLIN Sud-Ouest 2001.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts. Paris : ANAES ; 1998.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires. Paris : ANAES ; 1999.

Société Française d'Hygiène Hospitalière Conférence de consensus sur la préparation de l'opéré. Mars 2004

Circulaire DHOS/E2 – DGS/SD5A N°272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecines libéraux

CHAPITRE III

LA GESTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

- 3-1** Dans l'unité de soins
- 3-2** Stérilisation des dispositifs médicaux
- 3-3** Désinfection et traitement du matériel d'endoscopie

LA GESTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Il est communément admis que le traitement du matériel des unités de soins doit être effectué en tenant compte du risque infectieux qu'il représente pour le patient. Les guides de bonnes pratiques recommandent de définir ce risque infectieux en fonction du niveau de contact avec le patient. Contact avec la peau saine du patient, le risque est bas, contact du dispositif médical avec une peau lésée ou une muqueuse, le risque est intermédiaire, enfin le risque est haut si le dispositif pénètre dans une cavité stérile ou est en contact avec un tissu stérile. Lors de l'entretien avec une personne membre du CLIN et/ou de l'équipe opérationnelle, l'auditeur s'attachera à mesurer la manière retenue par l'établissement pour prendre en compte le traitement des dispositifs médicaux, validés par le CLIN.

3-1 DANS L'UNITE DE SOINS

Oui Non

3-1-1 Concernant les DM critiques et semi-critiques

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tous les dispositifs médicaux (DM) à usage unique sont éliminés après utilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. L'établissement privilégie l'utilisation de l'usage unique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Un protocole de pré-désinfection avec un détergent - désinfectant pour le matériel souillé a été établi et validé par le CLIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cette pré-désinfection prévoit une immersion immédiate des DM souillés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si un nettoyage est effectué dans l'unité de soins : | | |
| - un détergent ou un détergent-désinfectant est utilisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la dilution est conforme aux recommandations du fabricant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la durée du trempage est respectée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - le brossage manuel est effectué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un rinçage est réalisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ces DM pré-désinfectés (nettoyés ou non) sont acheminés vers la stérilisation dans un container adapté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tous les DM autoclavables sont stérilisés après utilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3-1-2 Concernant les DM non critiques

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un protocole d'entretien avec un détergent - désinfectant pour le matériel en contact avec la peau saine du patient ou sans contact avec celui-ci (désinfection de bas niveau) a été établi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ces protocoles ou procédures concernant les DM sont validés par le CLIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Des formations sur l'utilisation des produits et la mise en place de ces procédures ont été organisées dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3-2 STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Si l'établissement est doté d'une unité de stérilisation, renseigner la rubrique ci dessous

* Organisation et politique de l'établissement	Oui	Non
1. Il existe une stérilisation centrale qui traite le matériel des blocs et des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sont centralisés :		
- le nettoyage <input type="checkbox"/>		
- le conditionnement <input type="checkbox"/>		
- l'autoclavage <input type="checkbox"/>		
2. Un système d'assurance qualité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un encadrement est propre à cette structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il existe un plan de formation continue du personnel de la stérilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le personnel prévu est spécifique au service de stérilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tout le matériel invasif thermorésistant est stérilisé à la chaleur humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Un pharmacien responsable de l'activité de stérilisation est identifié au sein de la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il certifie le respect des règles de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière pour la préparation des dispositifs médicaux stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Votre établissement a opté pour la sous-traitance de cette activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, une convention a été signée avec une structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, un cahier des charges a été signé avec une structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Un ciblage des patients « à facteurs de risque prion » est en place dans votre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-3 DESINFECTION ET TRAITEMENT DU MATERIEL D'ENDOSCOPIE

Chapitre à remplir si l'établissement assure une activité d'endoscopie, quelle que soit les modalités de désinfection et de traitement mises en œuvre. L'auditeur demande à consulter l'ensemble des protocoles.

A - TRAITEMENT MANUEL DES ENDOSCOPES

3-3-1 Désinfection manuelle des endoscopes **DIGESTIFS**

Oui Non

Protocole désinfection manuelle validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole unique quel que soit le niveau d'exposition au risque prion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En début de programme, désinfection initiale par trempage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une endoscopie, les 7 phases sont respectées :		
1 - pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - 1er nettoyage (minimum 10 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - 2ème nettoyage (minimum 5 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - rinçage terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque phase se fait avec une irrigation continue des canaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bain de nettoyage est changé à chaque nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La désinfection se fait avec un produit du groupe II (acide peracétique par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du trempage dans le désinfectant est conforme au temps préconisé par le fournisseur pour une désinfection de niveau intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée de vie ou l'activité du bain de désinfectant est surveillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon est à usage unique stérile ou si réutilisable stérilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon, à défaut d'être stérilisable, est désinfecté selon la procédure de désinfection de l'endoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le séchage est réalisé à l'air médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stockage préserve l'intégrité de l'endoscope (armoire ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un système de traçabilité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des pratiques par audit a été effectuée au cours des 3 années précédentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pinces biopsie utilisées en endoscopie sont à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les endoscopes pouvant être stérilisés sont stérilisés	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect prion » est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a les moyens de se protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Masque	<input type="checkbox"/>	
➤ Lunettes	<input type="checkbox"/>	
➤ Gants à manchettes longues	<input type="checkbox"/>	

3-3-2 Désinfection manuelle des endoscopes de **PNEUMOLOGIE**

Oui Non

Protocole désinfection manuelle validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole unique quel que soit le niveau d'exposition au risque prion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En début de programme, désinfection initiale par trempage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une endoscopie, les 7 phases sont respectées :		
1 - pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - 1er nettoyage (minimum 10 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - 2ème nettoyage (minimum 5 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - rinçage terminal avec une eau micro-filtrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque phase se fait avec une irrigation continue des canaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bain de nettoyage est changé à chaque nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La désinfection se fait avec un produit du groupe II (acide peracétique par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du trempage dans le désinfectant est conforme au temps préconisé par le fournisseur pour une désinfection de niveau intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée de vie ou l'activité du bain de désinfectant est surveillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon est à usage unique stérile ou si réutilisable stérilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon, à défaut d'être stérilisable, est désinfecté selon la procédure de désinfection de l'endoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le séchage est réalisé à l'air médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stockage préserve l'intégrité de l'endoscope (armoire ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un système de traçabilité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des pratiques par audit a été effectuée au cours des 3 années précédentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pinces biopsie utilisées en endoscopie sont à usage unique ou stérilisées par autoclavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les endoscopes pouvant être stérilisés sont stérilisés	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect prion » est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a les moyens de se protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Masque	<input type="checkbox"/>	
➤ Lunettes	<input type="checkbox"/>	
➤ Gants à manchettes longues	<input type="checkbox"/>	

3-3-3 Désinfection manuelle des endoscopes de ORL

Oui Non

Protocole désinfection manuelle validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole unique quel que soit le niveau d'exposition au risque prion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En début de programme, désinfection initiale par trempage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une endoscopie, les 7 phases sont respectées :		
1 - pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - 1er nettoyage (minimum 10 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - 2ème nettoyage (minimum 5 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - rinçage terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque phase se fait avec une irrigation continue des canaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bain de nettoyage est changé à chaque nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La désinfection se fait avec un produit du groupe II (acide peracétique par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du trempage dans le désinfectant est conforme au temps préconisé par le fournisseur pour une désinfection de niveau intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée de vie ou l'activité du bain de désinfectant est surveillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon est à usage unique stérile ou si réutilisable stérilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon, à défaut d'être stérilisable, est désinfecté selon la procédure de désinfection de l'endoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le séchage est réalisé à l'air médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stockage préserve l'intégrité de l'endoscope (armoire ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un système de traçabilité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des pratiques par audit a été effectuée au cours des 3 années précédentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pinces biopsie utilisées en endoscopie sont à usage unique ou stérilisées par autoclavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les endoscopes pouvant être stérilisés sont stérilisé	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect prion » est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a les moyens de se protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Masque	<input type="checkbox"/>	
➤ Lunettes	<input type="checkbox"/>	
➤ Gants à manchettes longues	<input type="checkbox"/>	

3-3-4 Désinfection manuelle des endoscopes **UROLOGIE**

Oui Non

Protocole désinfection manuelle validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole unique quel que soit le niveau d'exposition au risque prion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En début de programme, désinfection initiale par trempage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une endoscopie, les 7 phases sont respectées :		
1 - pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - 1er nettoyage (minimum 10 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - 2ème nettoyage (minimum 5 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - rinçage terminal avec une eau stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque phase se fait avec une irrigation continue des canaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bain de nettoyage est changé à chaque nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La désinfection se fait avec un produit du groupe II (acide peracétique par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du trempage dans le désinfectant est conforme au temps préconisé par le fournisseur pour obtenir la sporicidie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée de vie ou l'activité du bain de désinfectant est surveillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon est à usage unique stérile ou si réutilisable stérilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le séchage est réalisé à l'air médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stockage préserve l'intégrité de l'endoscope (armoire ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un système de traçabilité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des pratiques par audit a été effectuée au cours des 3 années précédentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pinces biopsie utilisées en endoscopie sont à usage unique ou stérilisées par autoclavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les endoscopes pouvant être stérilisés sont stérilisés	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect prion » est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a les moyens de se protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Masque	<input type="checkbox"/>	
➤ Lunettes	<input type="checkbox"/>	
➤ Gants à manchettes longues	<input type="checkbox"/>	

3-3-5 Désinfection manuelle des endoscopes de REANIMATION

Oui Non

Protocole désinfection manuelle validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole unique quel que soit le niveau d'exposition au risque prion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En début de programme, désinfection initiale par trempage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une endoscopie, les 7 phases sont respectées :		
1 - pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - 1er nettoyage (minimum 10 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - 2ème nettoyage (minimum 5 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - rinçage terminal avec une eau micro-filtrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque phase se fait avec une irrigation continue des canaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bain de nettoyage est changé à chaque nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La désinfection se fait avec un produit du groupe II (acide peracétique par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du trempage dans le désinfectant est conforme au temps préconisé par le fournisseur pour une désinfection de niveau intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée de vie ou l'activité du bain de désinfectant est surveillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon est à usage unique stérile ou si réutilisable stérilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'écouvillon, à défaut d'être stérilisable, est désinfecté selon la procédure de désinfection de l'endoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le séchage est réalisé à l'air médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stockage préserve l'intégrité de l'endoscope (armoire ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un système de traçabilité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des pratiques par audit a été effectuée au cours des 3 années précédentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pinces biopsie utilisées en endoscopie sont à usage unique ou stérilisées par autoclavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les endoscopes pouvant être stérilisés sont stérilisés	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect prion » est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a les moyens de se protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Masque	<input type="checkbox"/>	
➤ Lunettes	<input type="checkbox"/>	
➤ Gants à manchettes longues	<input type="checkbox"/>	

3-3-6 Désinfection des sondes d'endoscopie **TRANSOESOPHAGIENNES** Oui Non

Protocole désinfection manuelle validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole unique quel que soit le niveau d'exposition au risque prion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En début de programme, désinfection initiale par trempage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une gaine protectrice, marquée CE, est utilisée au cours de l'acte d'endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après une endoscopie, les 7 phases sont respectées :		
1 - pré-traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - 1er nettoyage (minimum 10 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - 2ème nettoyage (minimum 5 minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - rinçage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - rinçage terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bain de nettoyage est changé à chaque nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La désinfection se fait avec de l'acide peracétique ou en cas d'incompatibilité avec un produit à base de glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée du trempage dans le désinfectant est conforme au temps préconisé par le fournisseur pour une désinfection de niveau intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La durée de vie ou l'activité du bain de désinfectant est surveillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le stockage préserve l'intégrité de l'endoscope (armoire ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un système de traçabilité est en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une évaluation des pratiques par audit a été effectuée au cours des 3 années précédentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect » prion est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des patients « suspect prion » est effectué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel a les moyens de se protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Masque	<input type="checkbox"/>	
➤ Lunettes	<input type="checkbox"/>	
➤ Gants à manchettes longues	<input type="checkbox"/>	

B - TRAITEMENT MACHINE DES ENDOSCOPES

NA Oui Non

L'utilisation du laveur-désinfecteur d'endoscopes (LDE) fait l'objet d'un protocole validé par le CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel est formé à l'utilisation du LDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel est formé aux conduites à tenir en cas de mise en alarme du LDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'acquisition d'un nouvel endoscope, sa compatibilité avec le LDE est vérifiée avant toute utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La programmation du LDE permet de réaliser un double nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le LDE permet l'utilisation d'un désinfectant du groupe II pour l'étape de désinfection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une traçabilité du cycle de désinfection est assurée automatiquement par le LDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le LDE subit une auto-désinfection journalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La conception du LDE répond aux exigences du projet de norme européenne pr. EN ISO 15 883	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez le(s) modèle(s) de LDE utilisé(s).....		
La bonne circulation des fluides à l'intérieur des canaux est vérifiée automatiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les paramètres physico-chimiques et microbiologiques de l'eau alimentant le LDE sont contrôlés périodiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un cahier de maintenance du LDE est mis en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de panne ou d'immobilisation du LDE, une procédure connue du personnel et des équipements suffisants, permettent d'assurer une désinfection manuelle des endoscopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE BIS N° 3-1 : SERVICE DE SOINS*

L'auditeur doit remplir une fiche par service de soin.

Service :

TRAITEMENT DU MATERIEL

Il s'agit ici de pointer dans les services concernés, les gestes effectués lors de la phase de pré-désinfection et du nettoyage du matériel de soins devant regagner la filière de la stérilisation, réalisée soit en interne dans l'établissement soit en externe par convention en sous traitance.

I. Pré-désinfection et nettoyage du matériel de soins stérilisable

	Oui	Non	NA
1. Tous les DM stérilisables sont stérilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Un protocole validé sur la pré-désinfection des DM est à la disposition de l'équipe du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Le DM est immergé au décours immédiat du soin souillant (au lit du patient)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- le produit utilisé est			
- indiquer la dilution			
- indiquer le temps de contact			
4. Le DM est nettoyé en stérilisation centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
si oui :			
- il est positionné dans un container apte au transport vers la stérilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
si non :			
- il est nettoyé dans un local spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- il est immergé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- brossé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- démonté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- écouvillonné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le produit utilisé est			
- indiquer la dilution			
- indiquer le temps de contact			
5. Le DM est :			
- rincé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- séché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Le personnel porte une protection lors de la manipulation des produits et du matériel			
- gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- sur blouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

II. Traitement des dispositifs médicaux utilisés au cours de la ventilation

1. Le traitement des lames de laryngoscope fait l'objet d'un protocole validé
2. Il est validé par le CLIN et est à la disposition de l'équipe
3. Il prévoit l'utilisation:
- de lames à usage unique
 - de lames autoclavables
4. Le manche du laryngoscope est désinfecté :
5. Les masques faciaux sont à usage unique ou stérilisés :
6. Tous les masques d'oxygénothérapie sont
- à usage unique
 - à patient unique
 - à patient unique ils sont changés selon un rythme établi

III. Traitement des dispositifs médicaux de bas niveau de risque

Le matériel utilisé auprès des patients ne nécessitant pas une stérilisation ou une désinfection de niveau intermédiaire doit toutefois bénéficier d'un nettoyage-désinfectant. C'est cette opération que l'auditeur doit mesurer.

1. Un protocole validé sur la désinfection des DM de bas niveau de risque est à la disposition de l'équipe du service
2. Le produit utilisé pour cette désinfection est appliqué :
- par essuyage humide
 - par immersion
 - le produit utilisé est
 - indiquer la dilution
 - indiquer le temps de contact
3. Indiquer la fréquence de désinfection de ce type de matériel en donnant des exemples de ce type de matériel : remplir le tableau ci-dessous

Matériels	Type de traitement	Fréquence de ce traitement

FICHE BIS N° 3-2 : SERVICE DE STERILISATION*

L'auditeur doit relever ces points au cours d'une visite en stérilisation en compagnie d'une personne travaillant habituellement dans ce service.

A. LE PERSONNEL DE LA STERILISATION

Oui Non

1. Le personnel est dédié à cette activité
2. Il a suivi une formation spécifique (conduite d'autoclaves, bases d'hygiène)
3. Il respecte une tenue professionnelle spécifique
4. Il existe un encadrement spécifique

B. LOCAUX DE LA STERILISATION

1. Les locaux sont à proximité des blocs opératoires
2. La zone affectée au nettoyage est séparée de la zone de conditionnement
3. La zone de stockage est séparée des autres zones

C. LE MATERIEL DE LA STERILISATION

Appareils	Nombre	Date de mise en service
Autoclave simple porte		
Autoclave double portes		
Ultra son		
Machine à laver		
Etiqueteuse		
Soudeuse		

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

FICHE BIS N° 3-3 : SERVICES D'ENDOSCOPIES*

Cette partie 3-3 bis représente l'évaluation sur le terrain de la mise en place des bonnes pratiques de nettoyage et de désinfection du matériel d'endoscopie (cavités non stériles) évoquée au chapitre 3-3. Au cours d'un entretien avec le personnel habilité et habituel de cette activité, l'auditeur devra remplir la fiche dans le service d'endoscopie, en s'assurant de la présence des critères définis dans le tableau ci-dessous.

Spécialité d'endoscopie :

.....

Traitement manuel

Oui Non

Désinfection en début de programme

Une séquence de désinfection est prévue le matin avant le démarrage du programme, par trempage dans un bain de désinfectant, rinçage avec une eau de qualité requise

Prétraitement

La phase de pré-traitement est effectuée.

Elle comporte :

- essuyage externe de l'endoscope avec des compresses ou du papier à usage unique
- aspiration et rinçage abondant à l'eau du réseau de tous les canaux de l'endoscope

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel

Le test d'étanchéité est fait avant toute immersion

Lors du 1er nettoyage, l'endoscope est immergé dans la solution

Un écouvillonnage est effectué à cette étape

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel

Nature du produit

Produit :

Temps de trempage

Temps :

Lors du 2ème nettoyage, l'endoscope est immergé dans la solution

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel

Nature du produit

Produit :

Temps de trempage

Temps :

Après chacun des nettoyages, le bain est éliminé

Le rinçage est pratiqué dès la fin de chacun des nettoyages

Une irrigation, en continu (pieuvre), de tous les canaux à l'eau du réseau est réalisée

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

Désinfection et rinçage terminal

La désinfection est faite par immersion et trempage dans une solution d'acide peracétique

Avec une irrigation du produit en continue dans les canaux

Produit :

Dilution :

Temps :

Le rinçage terminal est effectué :

- à l'eau du réseau

Endoscopie bronchique, le rinçage est effectué avec :

- de l'eau micro filtrée
- de l'eau d'une autre qualité
- le personnel porte des gants stériles

Le rinçage est fait avec une circulation d'eau dans les différents canaux

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel

La fréquence de changement (renouvellement) du bain de désinfection est effectuée selon la fréquence indiquée :

Fréquence :

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel

Matériel accessoire

Les pinces à biopsie en endoscopie digestive sont à usage unique

L'écouvillon est à usage unique ou stérilisé

Séchage et Stockage

Le séchage est effectué à l'air médical

Les endoscopes sont stockés :

- dans un endroit propre et sec à l'abri de toute source de contamination microbienne
- en position verticale

Vérifier le protocole et s'entretenir avec le personnel (constaté sur le terrain)

Traçabilité

La traçabilité de la désinfection des endoscopes est effective

*Consulter le cahier ou le livret du bloc ou de la salle où sont effectuées les endoscopies
(traçabilité effectivement constatée sur le terrain)*

Pour chacun des endoscopes de l'unité, les 3 derniers malades explorés
sont identifiables

(L'auditeur ne peut répondre oui qu'après vérification de ce critère)

Formation

Le personnel effectuant la désinfection des endoscopes a bénéficié d'une formation

Poser la question au personnel présent

Protection du personnel

Le personnel respecte les règles de protection suivantes :

- port des gants
- port de lunettes
- port de masque

S'entretenir avec le personnel (constaté sur le terrain)

Le local de traitement est séparé de la salle d'endoscopie

Points à constater sur le terrain.

COMENTAIRES SUR LA GESTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Après analyse des résultats des phases 3 et 3 bis

Le commentaire doit porter sur

- *dans les services de soins :*

commentaires sur la gestion des DM à bas niveau de risque et des DM stérilisables (bas niveau exclu),

- *dans l'unité de stérilisation :*

commentaires sur l'organisation des locaux, les équipements et le personnel,

- *dans les unités d'endoscopies :*

commentaires sur la conformité par rapport aux textes réglementaires.

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 3

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/2003/N°591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins.

Circulaire n° DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.

Lettre-Circulaire n° 987262 du 15 juillet 1998 relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux.

Circulaire DGS/VS2 - DH/EM1/E01/97 n° 672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé.

Circulaire DGS/PH2 - DH/EM1 n° 51 du 29 décembre 1994 relative au matériel dit à "usage unique".

Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN). 100 Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2° Ed. Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandations n° : 47 - 48

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Manuel d'Accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999. Chapitre Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

- SPI - Référence n° : 8

Comité Technique national des Infections Nosocomiales. Désinfection des dispositifs médicaux - Guide de bonnes pratiques - CTIN 1998.

Pr EN ISO 15883-1 : Laveurs – Désinfecteurs – Partie 1 : Exigences générales, définitions et essais

Pr EN ISO 15883-4 : Laveurs – Désinfecteurs – Partie 4 : Exigences générales et essais pour les laveurs désinfecteurs utilisant la désinfection chimique pour les endoscopes thermosensibles

Bonnes Pratiques de Désinfection des Dispositifs Médicaux. Guide pour l'utilisation des Laveurs-Désinfecteurs d'endoscopes - novembre 2003 - CTIN

Laveurs-désinfecteurs d'endoscopes. Achat, Maintenance, fourniture des consommables associés GPEM/SL – 2002

Rapport de l'AFSSaPS relatif au contrôle du marché des désinfectants à base d'acide peracétique pour la désinfection manuelle des dispositifs médicaux thermosensibles
AFSSaPS Direction de l'évaluation des DM - Avril 2004

CHAPITRE IV

LA GESTION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT

4-1 Gestion des locaux

4-2 Gestion de l'eau, de l'air et des surfaces

LA GESTION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT

4-1 GESTION DES LOCAUX

Oui Non NA

1. Existence de protocoles validés par le CLIN sur l'hygiène des locaux :

- chambres malades : au quotidien
- chambres malades : au départ
- bloc (salles annexes)
- locaux de stérilisation
- services médico-techniques (ex. radio, explorations fonctionnelles)
- dépositaire
- services généraux (communs, bureaux de consultation)

2. Principe du bionettoyage inclus dans les protocoles

3. Certains protocoles prévoient une désinfection des locaux de type :

- voie aérienne
- spray de contact

Dans quelle(s) situation(s) ? Précisez.....

Avec quel(s) produit(s) ? Précisez

4. Le personnel a été formé aux techniques de bionettoyage des locaux

5. L'évaluation de l'application de ces protocoles a été réalisée dans les 3 années précédentes

Si oui pour quels protocoles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Le choix des produits désinfectants tient compte des risques toxiques pour le personnel :

4-2 GESTION DE L'EAU ET DE L'AIR

❁ Gestion de l'eau : potabilité et légionelles

Oui Non NA

1. Le CLIN et la direction ont constitué un classeur ou un dossier « eau » selon les directives de la circulaire du 22/04/2002, regroupant :

- un descriptif des réseaux
- des procédures précisant la spécificité des usages de l'eau (technique, sanitaire et alimentaire, usage médical)
- des procédures de maintenance et entretien
- des protocoles de surveillance de la bio contamination

2. Une surveillance de la potabilité et des germes de l'hospitalisme de l'eau est effectuée selon un rythme défini par le CLIN

Répondre " Oui " lorsque cette surveillance concerne à la fois la potabilité et les germes de l'hospitalisme

3. Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés est disponible dans l'établissement

4. Une surveillance des légionelles dans l'eau chaude du réseau est effectuée selon un rythme préétabli

5. Le nombre de points prélevés précisé par la circulaire du 31 décembre 1998 est respecté

(dans tous les réservoirs, ballons et installation à risque + 2 points d'usage pour 100 lits et au minimum 10 points pour < 500 lits par an)

6. Une procédure définissant une CAT en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés de légionelles est disponible dans l'établissement

7. Dans les zones d'activité interventionnelle (bloc, radiologie ...) l'eau utilisée est contrôlée et fait l'objet d'une surveillance

8. Une surveillance du dénombrement des micro-organismes pour l'eau micro-filtrée est effectuée selon un rythme préétabli

9. Un protocole ou des directives d'utilisation de l'eau à usage médical (oxygénothérapie, aérosol-thérapie, humidification ...) est disponible dans les services de soins

10. Les patients à risques légionelles sont identifiés

11. Des mesures spécifiques de sécurisation des points d'eau sont mis en place pour ces patients

✿ Gestion de l'air

1. Chaque salle d'intervention chirurgicale est alimentée en air de qualité maîtrisée
2. L'aéro-biocontamination au bloc est surveillée selon un calendrier défini par le CLIN
 - indiquer le rythme de cette surveillance :
3. Des personnels formés font les prélèvements
4. Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés est disponible dans l'établissement
5. Le comptage du taux de particules circulantes au bloc est surveillé selon un calendrier défini par le CLIN
6. Le comptage du taux de particules circulantes en secteur de stérilisation (salle de conditionnement) est surveillé selon un calendrier défini par le CLIN
7. Des personnels formés font les prélèvements (si compteur appartenant à l'établissement)
8. Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés est disponible dans l'établissement
9. Lors de travaux dans l'établissement, le CLIN est sollicité pour mettre en place les mesures préventives concernant le risque aspergillaire
10. Les mesures sont mises en place systématiquement lors de tout chantier

✿ Gestion des surfaces

- 1 - Une surveillance de la bio-contamination des surfaces dans les locaux de stérilisation est effectuée selon un rythme défini par le CLIN
- 2 - Une surveillance de la bio-contamination des surfaces dans les secteurs protégés (bloc, services médico-techniques ...) est effectuée selon un rythme défini par le CLIN
- 3 - Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés est disponible dans l'établissement

FICHE BIS N° 4 : SERVICE DE SOINS*

L'auditeur s'entretiendra avec une ASH par service de soins (ou toute autre personne chargée de l'entretien des locaux).

Service :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le(s) protocole(s) d'entretien des locaux est (sont) à votre disposition dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous avez été formé(e) aux techniques de bio nettoyage (entretien des locaux hospitaliers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Descriptif du protocole de bio nettoyage quotidien de la chambre du patient présenté par l'ASH (ou toute autre personne chargée de l'entretien des locaux). | | |
| * Différentes phases de bionettoyage | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| * Produits utilisés : | | |
| * Dilution des produits : | | |
| 4. Descriptif du protocole de bionettoyage de la chambre après départ du patient présenté par l'ASH (ou toute autre personne chargée de l'entretien des locaux). | | |
| * Différentes phases de bio nettoyage | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| * Produits utilisés : | | |
| * Dilution des produits : | | |

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

COMMENTAIRES SUR LA GESTION DES RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT

Après analyse des résultats des phases 4 et 4 bis

Le commentaire doit porter sur

- Gestion des locaux :

commentaires sur l'existence et l'application sur le terrain de protocoles de bionettoyage dans les services de soins, en insistant tout particulièrement sur la traçabilité des actions menées.

- Gestion de l'eau, de l'air et des surfaces :

** Eau : commentaires sur le respect de la circulaire du 22-04-2004.*

** Air et surfaces : commentaires sur la cohérence des procédures de surveillance et de maintenance mises en place par le CLIN, traduisant une démarche de réflexion globale, concertée et adaptée à l'activité de l'établissement.*

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 4

Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé.

Circulaire DGS n° 98/771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque et dans celles des bâtiments recevant du public.

Circulaire DGS n° 97/311 du 24 avril 1997 relative à la surveillance et à la prévention de la légionellose.

Circulaire DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996 relative aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins.

Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN). 100 Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2° Ed. Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandations n° : 50 - 51 - 65 - 76

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Manuel d'Accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999. Chapitre Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

- SPI - Référence n° : 9

Recommandations pour la prévention de la légionellose nosocomiale - CCLIN Sud-Ouest 2001.

Eaux des établissements de santé - Qualité de l'eau des réseaux intérieurs - Groupe Eau Santé 2000.

Entretien des locaux des établissements de soins - CCLIN Sud-Ouest 1998.

Traitement de l'air en milieu hospitalier : UNICLIMA 1997.

Guide du Bionettoyage : Commission Centrale des Marchés 1996 / 2003

Liste Positive des Désinfectants 2004 - SFHH 2004.

CHAPITRE V

LA GESTION DES CIRCUITS DANS L'ETABLISSEMENT

- 5-1 Gestion du circuit des déchets
- 5-2 Gestion du circuit du linge

LA GESTION DES CIRCUITS DANS L'ETABLISSEMENT

5-1 GESTION DU CIRCUIT DES DECHETS

Oui Non NA

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. La gestion de tous les déchets a fait l'objet d'une ou de plusieurs procédures validée(s) par le CLIN au sein de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Cette procédure validée prévoit : | | | |
| • un tri sélectif des déchets | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - verres | <input type="checkbox"/> | | |
| - cartons | <input type="checkbox"/> | | |
| - ordures ménagères (OM) | <input type="checkbox"/> | | |
| - déchets activités de soins à risques infectieux (DASRI) | <input type="checkbox"/> | | |
| - objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) | <input type="checkbox"/> | | |
| • des contenants pour les OM | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Une procédure de gestion des DASRI est validée par le CLIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Cette procédure validée prévoit : | | | |
| • des contenants pour les DASRI | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • des collecteurs de sécurité pour les OPCT | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Les collecteurs pour OPCT sont conformes à la norme NFX 30-500 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Les sacs à DASRI sont conformes à la norme NFX 30-501 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Elle prévoit une élimination des DASRI : | | | |
| • par incinération | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • avec désinfection préalable | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La procédure concernant les OPCT est validée par le CLIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Elle prévoit une élimination des OPCT par incinération | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Les déchets anatomiques sont éliminés avec les DASRI par incinération | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Les pièces anatomiques sont éliminées par crémation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui Non NA

12. Les placentas sont éliminés par incinération

13. Indiquer le temps de stockage pour les DASRI :

14. Indiquer le poids des DASRI en kg / semaine :
(poids en moyenne calculé sur l'année précédente)

15. Le stockage des DASRI est organisé dans un local prévu à cet effet

16. Une maintenance de ce local est organisée

17. Si les DASRI sont transportés par la route vers l'incinérateur, ils le sont dans des containers fermés aux normes (ADR)

18. La traçabilité de l'incinération des DASRI est organisée avec des imprimés CERFA (4 feuillets)

19. Une convention est signée avec la société prestataire responsable de l'enlèvement des déchets

5-2 GESTION DU CIRCUIT DU LINGE

Oui Non

1. La gestion du linge a fait l'objet d'une ou plusieurs procédures validées par le CLIN au sein de l'établissement

Ces procédures validées prévoient :

✿ Tri du linge « sale »

1. Le tri sélectif du linge « sale » est organisé à la source au sein des services

2. Il sépare le linge à risque infectieux (souillé par les liquides biologiques) du linge non souillé par ces mêmes liquides biologiques

3. Le tri repose sur un code couleur des sacs à linge

4. Des conditionnements particuliers sont prévus en plus

Si oui, lesquels :

- sac hydrosoluble indication :

- autre préciser :

5. Protection du personnel si risque infectieux

Si oui, laquelle :

- tablier ou sur blouse

- gants

- masque

- autre préciser :

✿ Collecte du linge « sale »

1. Votre établissement est doté de collecteurs de sacs à linge

2. Vous disposez de locaux dits "sales" pour stocker les sacs

3. Un programme validé de nettoyage du local de stockage est en place

4. Indiquer la fréquence de ramassage des sacs

.....

5. Vous avez des chariots-conteneurs fermés pour le transport

6. Il existe un protocole validé de nettoyage et désinfection de ces chariots

Oui Non

**7. Il existe un circuit spécifique pour le linge infecté
(séparant ce linge du linge sale)**

Si oui lequel :

.....

❁ Traitement du linge

**1. Le traitement du linge est effectué par l'établissement
Une convention a été passée avec une société prestataire
(si non, passez au chapitre « Distribution du linge »)**

2. La blanchisserie ou le prestataire a mis en place la démarche qualité RABC

3. La blanchisserie dispose d'une zone « propre » et d'une zone « sale »

**4. Dans le cas d'une désinfection chimico-thermique, le choix des agents
désinfectants utilisés dans le traitement du linge a fait l'objet
d'une validation**

❁ Distribution du linge propre

1. Le linge propre retourne vers les services dans des chariots spécifiques

**2. Un local spécifique est prévu pour le stockage du linge propre,
dans chaque service**

**3. Le linge propre bénéficie d'une protection spécifique (armoire, chariot
avec housse, emballage plastique)**

FICHE BIS N° 5 : SERVICE*

Cette partie 5 bis représente l'évaluation sur le terrain de la mise en œuvre des activités de prévention balayées au chapitre 5 et qui concernent la gestion des circuits d'élimination des déchets et du linge des patients. L'auditeur devra remplir une fiche par service.

Service :

DECHETS

Oui Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un protocole sur le tri des déchets est à la disposition des équipes dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le protocole prévoit : | | |
| • <i>la liste des déchets ménagers ou assimilés</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <i>la liste des DASRI</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <i>l'existence de sacs de couleurs différentes</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <i>l'existence d'un ramassage programmé</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Les déchets sont stockés dans un local spécifique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Les containers de sécurité pour les OPCT sont disponibles sur les chariots de soins et sur les plans de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LINGE

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un protocole sur le tri du linge est à disposition des équipes dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Des chariots pour le linge sale, équipés des sacs définis dans le protocole, sont disponibles dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le linge souillé est : | | |
| • <i>trié du reste du linge</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <i>conditionné de manière spécifique selon protocole</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • <i>manipulé avec des protections (gants + sur blouse + masque)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le linge sale est stocké dans un local spécifique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le linge propre est stocké dans un endroit spécifique « propre » | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le linge propre à défaut retourne emballé dans l'unité de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

COMMENTAIRES SUR LA GESTION DES CIRCUITS DANS L'ETABLISSEMENT

Après analyse des résultats des phases 5 et 5 bis

Le commentaire doit porter sur

- La gestion des déchets :

- * le respect de la réglementation concernant les déchets, en particulier les DASRI et l'élimination des déchets et des pièces anatomiques,
- * l'utilisation des containers de sécurité (niveau de remplissage, fermeture, contenu...),
- * les conditions de stockage.

- La gestion du linge :

- * l'existence du tri du linge dans les services de soins,
- * le conditionnement du linge infecté et son traitement si réalisé par l'établissement,
- * les conditions de stockage du linge propre et sale.

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 5

Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique.

Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN). 100 Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2° Ed. Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandation n° : 50

Elimination des déchets d'activités de soins à risques - Guide technique 2° Ed. Edition Ministère de l'emploi et de la solidarité. 1999.

Quel textile pour quel usage à l'hôpital ? Hygiène appliquée à la fonction linge dans les établissements de santé - COTEREHOS 2000.

Traitement du linge souillé des établissements de soins et assimilés - CRAM Aquitaine 2000.

CHAPITRE VI

LA PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)

- 6-1** Actions de prévention des AES
- 6-2** Utilisation du matériel de protection et de la sécurité

LA PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)

6-1 ACTIONS DE PREVENTION DES AES

Oui Non

Les termes de la circulaire n°98 - 249 du 20 avril 1998 et n° 165 du 2 avril 2003 sont respectés, notamment :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tout le personnel a fait l'objet d'une vaccination pour le VHB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une formation auprès de tout le personnel pour prévenir les risques de contamination liés à l'exercice professionnel a été organisée dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cette formation contenait les éléments suivants : | | |
| • données épidémiologiques sur les AES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • mesures de protection et de sécurité du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • une information sur l'utilisation de matériel sécurisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>L'auditeur demande à consulter le contenu du programme de formation.</i> | | |
| 4. Il existe dans l'établissement une procédure écrite et validée détaillant la conduite à tenir en cas d'AES, dans les unités de soins (sur les lieux de l'accident) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cette procédure validée a fait l'objet d'une présentation au personnel au cours d'une réunion organisée (à l'échelon de chaque service ou de l'établissement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La CAT est affichée dans les unités de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. En cas d'AES, un kit de traitement d'urgence pour une contamination VIH est disponible dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. En cas d'AES, les médecins référents sont connus (la liste de ces personnels, avec les coordonnées, est disponible dans l'établissement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. En cas d'AES, il est prévu de faire un test rapide VIH pour investiguer le patient source (lorsque celui-ci est connu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. La médecine du travail participe à la prévention des AES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Indiquer la date de la dernière campagne de prévention AES : | | |
| 12. Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Donner la tendance évolutive du nombre d'AES dans l'établissement depuis 1998 | | |

6-2 UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION ET DE SECURITE

Oui Non

❁ Equipement en matériel de protection

1. Le personnel a à sa disposition :

- *des gants à usage unique non stériles*
- *des masques de soins*
- *des lunettes de protection*

2. Un audit sur l'observance de l'utilisation de ce matériel de protection a été organisé au cours des 3 dernières années auprès du personnel

❁ Equipement en matériel de sécurité

1. La mise en place du matériel de sécurité a fait l'objet d'une campagne d'information auprès de tout le personnel

2. Le personnel a à sa disposition :

- *des containers de sécurité munis de système de fixation*
- *du matériel sécurisé pour les prélèvements sanguins*
- *du matériel sécurisé pour les injections*
- *du matériel sécurisé pour le cathétérisme veineux*

3. Un audit sur l'observance de l'utilisation de ce matériel de sécurité a été organisé au cours des 3 dernières années auprès du personnel (lors des gestes sur les cathéters veineux périphériques ou centraux, lors des gestes sur des chambres implantées, lors des injections ...)

FICHE BIS N° 6-1 : SERVICE DE SOINS*

Cette partie 6 bis représente l'évaluation sur le terrain de la mise en œuvre des actions de prévention des AES. L'auditeur devra remplir 1 fiche par service.

Service :

	Oui	Non	NA
1. Procédure écrite détaillant la conduite à tenir en cas d'AES affichée dans la salle de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Matériel de protection à disposition du personnel :			
• gants à usage unique non stériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• masques de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• lunettes de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A préciser avec une infirmière du service			
3. Les containers de sécurité pour les OPCT sont à disposition sur les chariots de soins et les plans de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui ils sont : <i>fixés sur le support</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>positionnés sur le plateau supérieur du chariot</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Observer un container et dire si :			
• le niveau maximum de remplissage est respecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• le couvercle est bien fermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• les aiguilles ne sont pas recapuchonnées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(de visu dans le container)			
5. Matériel sécurisé à disposition du personnel :			
• pour les prélèvements sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pour la pose des cathéters veineux périphériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lors des gestes sur les CIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lors des injections d'héparine à bas poids moléculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A préciser avec une infirmière du service			

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

FICHE BIS N° 6-2 : CONNAISSANCE DU PERSONNEL*

Cette partie 6 bis évalue sur le terrain la connaissance du personnel en matière de prévention des AES. L'auditeur remettra ce questionnaire aux membres du personnel médical ou soignant présents dans le service.

Service :

Fonction :

1. Donner la signification de : A. E S.....

Oui Non NC*

2. Une réunion d'information sur la prévention des AES a été organisée dans votre établissement ou à l'échelon de votre service

3. Connaissez vous la conduite à tenir en cas d'AES ?

Si oui, indiquez brièvement les gestes essentiels de cette C.A.T. :

.....

4. Connaissez vous le nom du médecin référent AES ?

Si oui indiquer le nom :

5. Portez-vous des gants systématiquement ?

• lors des injections et prélèvements de sang

• lors de manipulations d'objets souillés (linge, déchets ...)

6. Avez-vous à votre disposition dans le service du matériel sécurisé ?

• pour les prélèvements sanguins

• pour les injections

* NC : Non Concerné

** Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.*

COMMENTAIRES SUR LA PREVENTIONS DES AES

Après analyse des résultats des phases 6 et 6 bis

Le commentaire doit porter sur

- les actions de prévention :

- * le respect de la réglementation,*
- * les modalités d'organisation de la prévention : affichage, diffusion d'information ...*
- * la connaissance du personnel,*
- * la tendance évolutive du nombre d'AES déclarés sur les 3 dernières années.*

- le matériel de protection et de sécurité :

- * l'observation sur le terrain de la mise à disposition de matériel dans chaque service*

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 6

Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Circulaire DGS/DH n° 2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission VIH

Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN). 100 Recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2° Ed. Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandations n° : 52 - 55 - 56

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Manuel d'Accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999. Chapitre Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI).

- SPI - Référence n° : 7

Guide des matériels de sécurité - GERES 2004.

CHAPITRE VII

LA GESTION DU RISQUE AU BLOC OPERATOIRE DANS L'ETABLISSEMENT

- 7-1 Architecture et locaux
- 7-2 Environnement
- 7-3 Comportement du personnel

LA GESTION DU RISQUE AU BLOC OPERATOIRE DANS L'ETABLISSEMENT

Attention : Les documents cités à travers les critères proposés dans ce chapitre, doivent être mis à disposition de l'auditeur. Ces documents sont repérés par un *. Seuls les documents présentés seront pris en compte.

7-1 ARCHITECTURE ET LOCAUX

Oui Non

1. Le bloc opératoire est :

- identifié comme un secteur à risque (informations par affichage à l'entrée...)
- équipé d'un système contrôlant les accès (sonnette, digicode ...)

2. Le bloc dispose d'un vestiaire

si oui,

- il est équipé pour l'hygiène des mains (lavage et / ou friction)

3. La conception des vestiaires permet le changement complet de tenue

Il dispose de :

- tenues vestimentaires spécifiques pour le bloc opératoire
- consommables spécifiques : sabots, coiffes, masques

4. L'organisation en place interdit l'entrée du lit en salle d'intervention

- Une salle de transfert est utilisée

5. Il existe une zone de réception spécifique pour les DM et les consommables

6. Le bloc dispose d'un ou des arsenal (aux) pour les DM stériles

7. Le bloc dispose d'un local intermédiaire pour l'entreposage des déchets

8. Le bloc dispose d'un local pour l'entreposage du linge sale ou souillé

9. Le bloc dispose d'une zone spécifique pour le traitement des DM

10. Le bloc dispose d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)

Si oui,

- elle est située dans l'enceinte du bloc ou est attenante

11. Cette SSPI est équipée pour l'hygiène des mains (lavage et /ou friction)

12. Le bloc dispose d'une salle de détente et de bureaux

7-2 GESTION DE L'ENVIRONNEMENT

Oui Non NA

7-2-1 Air

1. La centrale de traitement d'air (CTA) du bloc opératoire fait l'objet d'un document descriptif *
2. Un système de traitement d'air est individualisé par salle d'intervention
3. Chaque salle est équipée d'un système de contrôle de la pression (manomètre, alarme ...)
4. La maintenance de la CTA est organisée selon un calendrier ou à périodicité définie *
5. Elle fait l'objet d'une traçabilité sur un document spécifique *
6. Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de dysfonctionnement est disponible dans l'établissement *
7. La classe de cinétique de décontamination particulières est renseignée

7-2-2 Eau

1. Une procédure concernant l'entretien des auges chirurgicales est validée par le CLIN
2. La maintenance des pré-filtres par le personnel qualifié est organisée
3. Il existe un protocole de gestion des filtres terminaux
4. Des contrôles micro biologiques sont réalisés périodiquement au niveau des auges chirurgicales *
5. Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés et ou la présence de germes pathogènes, est disponible dans l'établissement *

7-2-3 Surfaces

1. Dans les salles d'intervention, des contrôles micro biologiques des surfaces sont réalisés périodiquement
2. Une procédure définissant une conduite à tenir en cas de résultats montrant des taux anormalement élevés et ou la présence de germes pathogènes, est disponible dans l'établissement *
3. Un protocole de bio nettoyage des locaux est à disposition du personnel
Il prévoit un bio nettoyage :
 - A l'ouverture de la salle
 - Entre deux interventions
 - En fin de programme
4. Le protocole de bio nettoyage est validé par le CLIN

7-2-4 Déchets

Oui Non

1. **Un protocole concernant la gestion des déchets au bloc est en place**
Il est validé par le CLIN
2. **Il prévoit un tri :**
- Ordure ménagère
 - DASRI
 - Déchets anatomiques
 - Pièces anatomiques

3. **Les déchets piquants, coupants, tranchants sont éliminés dans des conteneurs adaptés (norme NF X 30 – 500) conformes à l'arrêté du 24/11/03**

4. **Les déchets d'activité de soins à risques infectieux sont éliminés dans des sacs identifiés DASRI (norme NF X 30 – 501) conformes à l'arrêté du 24/11/03**

7-3 COMPORTEMENT DU PERSONNEL

1. **Un protocole déterminant les tenues vestimentaires est en place**

2. **Un protocole sur le port des gants chirurgicaux est en place**
Il prévoit :
- Le changement de gants selon le temps opératoire
 - Le changement dès que perforés, déchirés ...
 - Le port d'une double paire selon le type d'intervention
 - L'élimination dès la fin de l'intervention

3. **Un protocole sur l'hygiène des mains avant intervention chirurgicale est proposé aux équipes chirurgicales**
Il prévoit :
- Le lavage chirurgical
 - La désinfection chirurgicale des mains par friction

4. **Les pratiques d'anesthésie sont harmonisées par un protocole**
Il prévoit :
- Les flacons de produit anesthésique sont à patient unique
 - Les seringues sont à patient unique
 - Le matériel à usage unique est privilégié (laryngoscope...)
 - Le matériel réutilisable est stérilisé ou traité selon les règles de bonnes pratiques de désinfection

5. **Les personnels extérieurs et les visiteurs sont informés de l'obligation d'appliquer des règles et des protocoles relatifs à la tenue et à l'hygiène des mains dès l'entrée au bloc opératoire**

6. **Une formation sur le risque infectieux au bloc opératoire a été proposée au personnel du bloc opératoire**
- Aide-soignant
 - Infirmier et infirmier spécialisé
 - Médical

FICHES VII BIS : BLOC OPERATOIRE

Dans le but de préciser la manière de gérer le risque au bloc opératoire l'auditeur doit procéder à une évaluation sur le terrain des mesures citées au cours de la partie VII. Pour ce faire il devra s'entretenir avec le cadre du secteur du bloc opératoire afin de préciser les points ci dessous et de renseigner les fiches ci-dessous (partie 1).

1. La fiche n°7-1 remplie pour **chacune** des salles d'intervention.
Les critères figurant dans cette fiche doivent être renseignés un à un à partir des éléments proposés par le cadre de santé (ou son représentant) responsable du bon fonctionnement du bloc opératoire et visuellement vérifiés par l'auditeur.
2. La fiche n°7-2 mesure le respect des mesures proposées dans les protocoles. Une fiche peut être remplie lors du passage dans chacune des salles d'intervention. L'auditeur renseigne les différents critères à partir de ce qu'il **voit** et de ce qu'il **observe**.
3. La fiche n°7-3 qui concerne le bio nettoyage des salles d'intervention doit être remplie avec la **personne chargée** de l'entretien des locaux (bloc opératoire) le jour de l'audit. Les trois types de nettoyage mis en œuvre par le personnel seront **décrits et détaillés** par la personne concernée, avec l'auditeur qui doit rapporter cette description sur la fiche.

FICHE N°7-1 BIS : SALLE D'INTERVENTION*

Identification de la salle :

Classe de propreté particulière : ISO..... (NF EN ISO 14644-1)

Date de la dernière mesure :...../...../.....

Classe de propreté bactériologique : B.....

Date de la dernière mesure :...../...../.....

Classe de cinétique de décontamination : CP (0,5).....minutes

Date de la dernière mesure :...../...../.....

Température :°C

Surpression :Pa

Régime d'écoulement de l'air : Flux unidirectionnel

Flux non unidirectionnel

CRITERES

Oui Non NA

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. L'obtention d'une surpression est vérifiée sur un manomètre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Aucun DM n'est stocké dans la salle d'intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. L'arsenal stérile est exclusivement dédié aux DM stériles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Le document de traçabilité du bio nettoyage de la salle est vérifié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ce document renseigne sur le bio nettoyage réalisé : | | | |
| - avant les interventions <input type="checkbox"/> | | | |
| - entre les interventions <input type="checkbox"/> | | | |
| - en fin de programme <input type="checkbox"/> | | | |
| 5. Le document de traçabilité attestant du changement du filtre terminal de l'auge chirurgicale est vérifié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La propreté macroscopique des bouches de soufflage et de reprise est vérifiée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. L'efficience des bouches de soufflage et de reprise est vérifiée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.

FICHE N°7-2 BIS :
COMPORTEMENT DE L'EQUIPE CHIRURGICALE EN SALLE
D'INTERVENTION : EVALUATION DE L'OBSERVANCE DES
PROTOCOLES*

Identification de la salle :.....

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Toute personne entrant en salle réalise une hygiène des mains (cf. protocole) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Toute personne présente en salle porte la tenue vestimentaire (cf. protocole) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Indiquer le nombre de personnes présentes en salle d'intervention | | |
| 4. Une préparation chirurgicale des mains est réalisée avant chaque intervention (cf. protocole) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Une casaque chirurgicale est revêtue avant chaque intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La casaque est enlevée dès la fin de l'intervention
(pas de port de casaque en dehors de la salle d'intervention) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le masque chirurgical est porté par l'ensemble des personnes présentes en salle d'intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Le masque est éliminé dès la sortie de la salle d'intervention
(pas de port de masque en dehors de la salle d'intervention) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

** Les fiches sont également disponibles en fin de document et seront photocopiées si besoin pour une utilisation multiple.*

COMMENTAIRES SUR LA GESTION DU RISQUE AU BLOC OPERATOIRE

Après analyse des résultats des phases 7 et 7 bis

Le commentaire doit porter sur

1. Les locaux et l'architecture :

- *l'organisation du bloc opératoire favorisant le respect des règles d'hygiène,*
- *la circulation des personnes*
- *les mesures instaurées et les équipements concernant la qualité de l'air, l'eau, et des surfaces*
- *la prise en charge des déchets, en particulier les DASRI et l'élimination des déchets et des pièces anatomiques*

2. Les mesures proposées pour faciliter l'adhésion du personnel aux mesures de prévention

3. Les trois fiches bis doivent être commentées avec l'objectif de mettre en évidence les écarts observés entre les protocoles mis en place et le niveau d'observance de ces protocoles.

TEXTES DE REFERENCE CONCERNANT LE CHAPITRE 7

Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique.

Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé Air, eaux et surfaces – DGS/DHOS/CTIN, 2002

Désinfection des dispositifs médicaux en anesthésie et en réanimation – Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DGS/DHOS/CTIN, septembre 2003

Norme NF S90-351 : Salles propres et environnements maîtrisés apparentés - AFNOR, Juin 2003

Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN) : 100 Recommandations pour le surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2^{ème} Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. 1999.

- Recommandations n° : 64 - 65

Elimination des déchets d'activités de soins à risques - Guide technique 2° Ed. Edition Ministère de l'emploi et de la solidarité. 1999.

Les secteurs opératoires : Conception, organisation, choix techniques – Technologie Santé - CNEH : 1995 ; 21

Traitement de l'air en milieu hospitalier – UNICLIMA, 1997 -

Hygiène et Architecture dans les établissements de santé – COTEREHOS, 1997

Circulations au bloc opératoire et précautions d'hygiène – CCLIN Ouest, janvier 1999