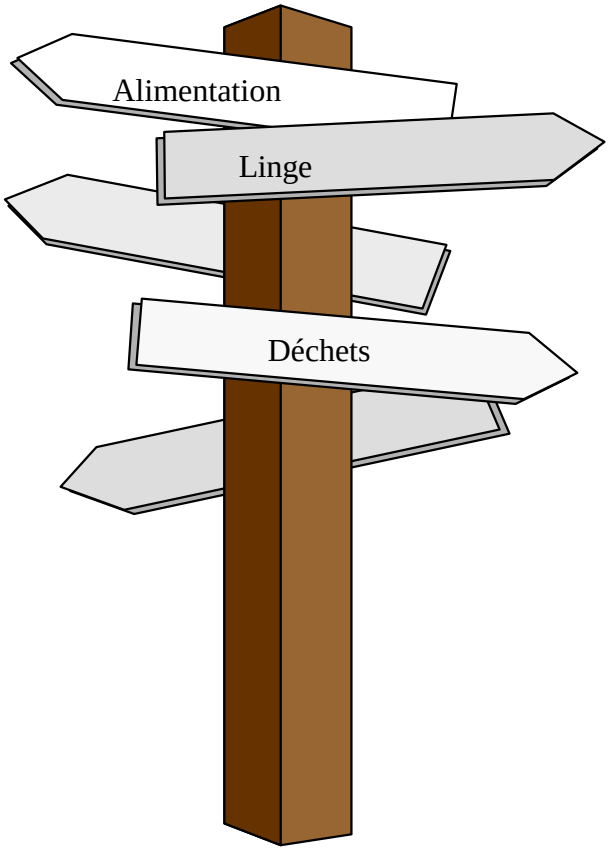


XIV / LES CIRCUITS

🗁 L'ALIMENTATION

La restauration hospitalière doit répondre non seulement aux besoins caloriques des patients mais elle participe aussi au bien être des malades. Son organisation doit respecter les contraintes nutritionnelles et gustatives adaptées aux besoins mais aussi les exigences des règles d'hygiène pour assurer à chaque instant la sécurité de l'alimentation en particulier vis à vis du risque infectieux.

☞ Les risques en restauration collective

- Le risque microbiologique : les Toxi Infections Alimentaires Collectives (TIAC)**.** Un foyer de TIAC se définit par l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie dans une même unité de temps et de lieu dont la cause peut être rapportée à une même origine alimentaire,

- Le risque physique par la présence de corps étrangers dans l'aliment,

- Le risque chimique avec en particulier pour origine les produits détergents ou les désinfectants,

- Le risque allergique lié en particulier à certains aliments (poissons, crustacés, etc.…).

☞ La maîtrise du risque

L'arrêté du 29 Septembre 1997 a demandé la mise en place du système HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point). Il a instauré une démarche où chaque acteur de la chaîne alimentaire est appelé à mettre en œuvre des procédures afin de garantir l'hygiène. Des vérifications réglementaires permettent de s'assurer du maintien de ces règles.

Les points importants à mettre en œuvre concernent :

- les locaux qui doivent répondre aux principes de la marche en avant, celle-ci pouvant se faire dans l'espace ou dans le temps,
- le respect des règles de température, élément essentiel dans le développement microbien.

☞ La réglementation a défini

LA LIAISON CHAUDE

- Les plats doivent être consommés le jour même de leur fabrication,
- La température au cœur de l'aliment doit être maintenue à + de 63°c de la fabrication jusqu'à leur consommation.

LA LIAISON FROIDE :

- Les plats cuisinés peuvent être consommés dans les trois jours suivant leur fabrication,
- La température à cœur doit être abaissée de + 63°c à + 10°c en moins de deux heures après la cuisson puis les plats sont stockés en chambres froides à une température entre 0°c et + 3°c,
- La remise en température à + 63°c doit s'effectuer en 1 heures maximum. Cette température de plus 63°c doit être maintenue jusqu'à la consommation,
- Aucun reste ne doit être conservé.

Dans tous les cas, quels que soient les modes de restauration (service en plateau, self, salle à manger) les procédures mises en place et les moyens techniques permettent de respecter ces règles de conservation.

☞ Distribution du repas

- Le personnel chargé de la distribution se lave les mains et revêt une tenue propre,
- Les tables et adaptables sont débarrassées et nettoyées,
- Les patients sont préparés (lavage des mains) et confortablement installés (serviette de table, verre et carafe propres),
- La conformité du menu est vérifiée (régime et texture),
- Les patients nécessitant une aide aux repas sont de préférence servis en dernier,
- Toute interruption du service du repas s'accompagne d'un lavage ou d'une désinfection alcoolique des mains.

Pour les malades absents lors du service (consultation, radio, etc.…) chaque établissement adapte un système de distribution respectant la gestion du risque.

Dès la fin du repas, les tables sont débarrassées et nettoyées. La vaisselle est évacuée vers l'office sale ou la plonge centrale, pour être lavée. Le dérochage (opération qui consiste à débarrasser les assiettes des restes du repas) est pratiqué dans l'office (jamais dans le couloir).

Les restes et les eaux grasses sont évacués après chaque repas vers le local prévu à cet effet.

La restauration dans les établissements de soins doit prendre en compte la satisfaction du patient dans un cadre de maîtrise des risques tout au long du service.

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

- **Les risques liés au non respect des procédures,**
- **Le respect des dates limites de consommation et de la température en fonction du type de liaison choisie par l'établissement,**
- **La distribution des repas**

🕮 DOCUMENTS DE REFERENCE

- Hygiène et restauration dans les établissements de santé. CCLIN Sud-Ouest

🕮 TEXTES REGLEMENTAIRES

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

🗁 LE LINGE

Dans un établissement de soins, le circuit linge comprend :

- la collecte du linge souillé dans les services de soins, dans les plateaux techniques et les services logistiques,
- le transport du linge souillé vers la blanchisserie,
- le traitement du linge,
- le retour du linge vers les services utilisateurs.

Ce linge, d'une très grande variété dans sa composition et sa forme, représente une production de 8 à 12 kgs par lit par jour.

☞ Le circuit du linge souillé

Tout linge utilisé est potentiellement contaminé. Les germes dont il est porteur, sensibles ou résistants aux antibiotiques, sont détruits par les techniques habituelles de blanchissage.

Le linge souillé peut être source de contamination au moment du ramassage. La diffusion des germes peut se faire au cours des manipulations :

- par aérocontamination, par les mains du personnel ,
- par contact direct du linge souillé sur une surface.

Les précautions « Standard » recommandent le port de gants pour toutes manipulations de linge souillé.

Le linge est collecté à l'aide de chariots porte sacs. Il est placé directement dans les sacs en respectant le code couleur. Ce tri, dès la production permet de limiter le risque infectieux en évitant toute manipulation entre le service et le passage en machine.

Dans le cas de patients en isolement, le linge est collecté dans des sacs hermétiques et suit la filière validée par le CLIN. Ce linge est placé dans un double emballage au moment de sa sortie de la chambre.

Ce linge souillé est stocké dans un local adapté (non chauffé et avec murs et sols lessivables) pour un temps qui ne doit pas excéder 48 H.
Puis il est évacué vers la blanchisserie dans un véhicule ou chariot spécifique. Le linge sale et le linge propre ne doivent jamais être mélangés ni stockés côte à côte.

L'entretien du matériel (chariot et véhicule) et les locaux utilisés pour le circuit du linge sale font l'objet d'un protocole de nettoyage et de désinfection journalier.

☞ Le circuit du linge propre

Le traitement du linge en blanchisserie hospitalière, grâce aux produits, aux températures de lavage, aux méthodes de séchage/repassage (calandreuse : 180°c) permet d'obtenir un produit microbiologiquement propre.

En protégeant ce linge propre et bien séché dans un emballage (thermofilm) sa recontamination sera limitée lors des manipulations.

Le linge est toujours manipulé avec des mains propres. Il est transporté dans un véhicule nettoyé et désinfecté.

Afin de limiter le stockage dans les services, il est livré dans des armoires de dotation journalière, roulantes permettant une rotation régulière du linge. L'armoire de dotation, qui reste dans le couloir ou dans une pièce réservée à cet effet, permet de prélever directement les pièces de linge selon les besoins.

Par mesure d'hygiène, le linge en surplus reste dans l'armoire et retourne à la blanchisserie. Il n'est en aucun cas stocké dans un lieu de rangement « sauvage » dans le service.

☞ Stérilisation du linge

Le bloc opératoire et certains secteurs de médecine utilisent du linge stérile. Ce linge, après traitement en blanchisserie est trié, vérifié et emballé sous double emballage et autoclavé. Les précautions à prendre pour ces produits sont identiques à l'utilisation de tout matériel stérile (déconditionnement et manipulation aseptique, traçabilité, stockage, etc.…)

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

- **Le tri du linge souillé à la production,**
- **Le respect des précautions « Standard »,**
- **La manipulation du linge propre,**

🕮 SUPPORTS AUDIOVISUELS

- Mission linge propre – Institut Pasteur de Lille.

🕮 BIBLIOGRAPHIE

- Traitement du linge sale dans les établissements de soins et assimilés. CPAM Aquitaine
- Linge et sécurité sanitaire. COTEREHOS.
- Circuit du linge à l'hôpital – CCLIN Paris Nord – décembre 1999.

🗁 LES DECHETS

Les déchets d'activité de soins estimés en France à environ 1,4 million de tonnes par an représentent entre 3,5 et 6 kgs par lit et par jour. A ces déchets solides se surajoutent les déchets liquides. La quantité d'eau utilisée et rejetée par les établissements est évaluée entre 300 et 1000 l par jour et par lit.

La loi du 10 Juillet 1975 en donnant la définition d'un déchet, a précisé également que « tout producteur de déchets en est responsable jusqu'à leur élimination ».

Devant la multiplication des déchets et la nécessité de limiter les nuisances dans l'environnement mais aussi le souci de récupération d'une matière première, la réglementation impose un tri de plus en plus poussé et une valorisation de ces déchets.

Pour un établissement de soins, les déchets sont l'ensemble des résidus générés par les services de soins, les services médico-techniques, les blocs opératoires mais aussi par les services généraux, administratifs et techniques, les cuisines, les parcs et jardins.

☞ Différents types de déchets

Ils sont classés généralement en 3 familles :

- les inertes, non toxiques et valorisables,
- les banals apparentés aux déchets ménagers,
- les spéciaux et toxiques, dangereux pour l'homme et son environnement.

Dans cette dernière catégorie on trouve les **déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)** mais aussi les déchets à risques chimiques et toxiques ou radioactifs.

Les déchets d'activité de soins à risques infectieux comprennent obligatoirement :

- les piquants et les coupants ayant été ou non en contact avec les liquides biologiques,
- les flacons de produits sanguins,
- tout objet ou article de soins souillés par du sang ou des liquides biologiques,
- certains déchets de laboratoires,
- les déchets anatomiques non identifiables,
- les déchets évoquant les soins.

Le développement d'un processus infectieux nécessite un germe mais aussi une porte d'entrée favorisant la pénétration de micro-organismes dans les tissus.

Les risques infectieux concernent :

- les patients hospitalisés,
- le personnel de soins,
- les agents chargés de l'élimination des déchets,
- l'environnement.

Il appartient au CLIN dans chaque établissement de soins et en prenant en compte la réglementation, de fixer en fonction des risques, les filières d'élimination de certains déchets.

Exemple : les couches pour enfants et les protections pour adultes incontinents sont à éliminer dans la filière des déchets ménagers et assimilés sauf si un risque infectieux existe.
De la même manière, les protections féminines sont à éliminer dans la filière des déchets ménagers et assimilés sauf si un risque infectieux existe.

Le risque a été évalué au niveau de la production, du conditionnement, de la collecte, de l'entreposage et de l'enlèvement.

☞ L'élimination des déchets

COLLECTE INTERNE :
Elle doit permettre de limiter les manipulations à risques par le choix de conditionnements adaptés en permettant d'isoler le déchet le plus près possible de sa production.

Les emballages pour DASRI doivent constituer une barrière physique contre les déchets blessants et les micro organismes pathogènes. Ils sont à usage unique, de couleur à dominante jaune et ils comportent le sigle « matière infectieuse ».

Les boites à aiguilles doivent répondre à la norme AFNOR NFX 30.500. Elles doivent être étanches, disposer d'un système anti-reflux, d'une fermeture hermétique et inviolable en fin d'utilisation, d'un système de préhension efficace et sûr.

Les sacs recueillant les déchets mous répondent à la norme AFNOR NFX 30.501

ENTREPOSAGE :
Les déchets peuvent être stockés dans les locaux intermédiaires ou dans un local centralisé.
Ces locaux doivent être conçus dans des conditions définies (local non chauffé avec revêtement facilement lavable et équipé d'un poste de lavage des mains et d'une aire de nettoyage et de désinfection des conteneurs. Dans certains cas, ces locaux peuvent être réfrigérés.

TRANSPORT :
Il devra respecter la sécurité du personnel en évitant toutes manipulations et limiter les risques en cas d'accident de la route.

Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 5 décembre 1996 dit « ADR » relatif au transport des matières dangereuses par la route, les emballages doivent être homologués par le Laboratoire National d'Essai (LNE) et comporter en incrustation le sigle « ONU » dès lors qu'ils font l'objet d'un transport par la route.

Pour une production supérieure à 100 kg par semaine, les DASRI doivent être traités dans un délai de 72 H maximum.

Pour une production comprise entre 5 et 100 kg ce traitement doit se faire dans les 7 jours.

Un bordereau de **transport** écrit est établi, ce qui permet une traçabilité du déchet, du producteur jusqu'à son élimination.

ELIMINATION :
Toute prise en charge de l'**élimination** des DASRI par un prestataire de service doit faire l'objet d'une convention.

Les DASRI doivent être :

- soit incinérés sur un site agréé,
- soit désinfectés par un appareil de désinfection (agréé par arrêté ministériel après validation auprès du Conseil Supérieur d'Hygiène de France) avant élimination dans le circuit de collecte des ordures ménagère (sauf en cas de compostage).

Les déchets issus d'activités comportant un risque relatif à la maladie de Creutzfeldt Jakob doivent obligatoirement être incinérés par la filière des DASRI.

Tous les déchets d'activité de soins sont potentiellement contaminés. Il est obligatoire de mettre en place des procédures de lavage des mains, port de gants adaptés, de nettoyage et désinfection du matériel et des locaux ainsi qu'une prise en compte du facteur de risque de transmission d'agents infectieux lié à la tenue vestimentaire.

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

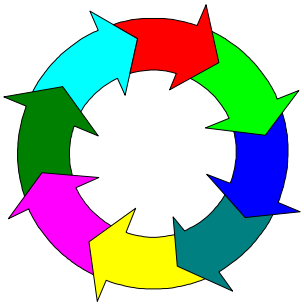
- **Le tri des déchets à la production,**
- **La connaissance et le respect des conditionnements,**
- **Le coût local de l'élimination des différents types de déchets,**
- **Le respect des précautions « Standard ».**

🕮 DOCUMENTS DE REFERENCE

- Guide sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.– 1999.

🕮 BIBLIOGRAPHIE

- Guide des déchets Poitou-Charentes. ADEME et Région Poitou-Charentes.
- Elimination des DASRI en secteur diffus – DDASS de la vienne – juin 2001.



XV / LA DEMARCHE QUALITE

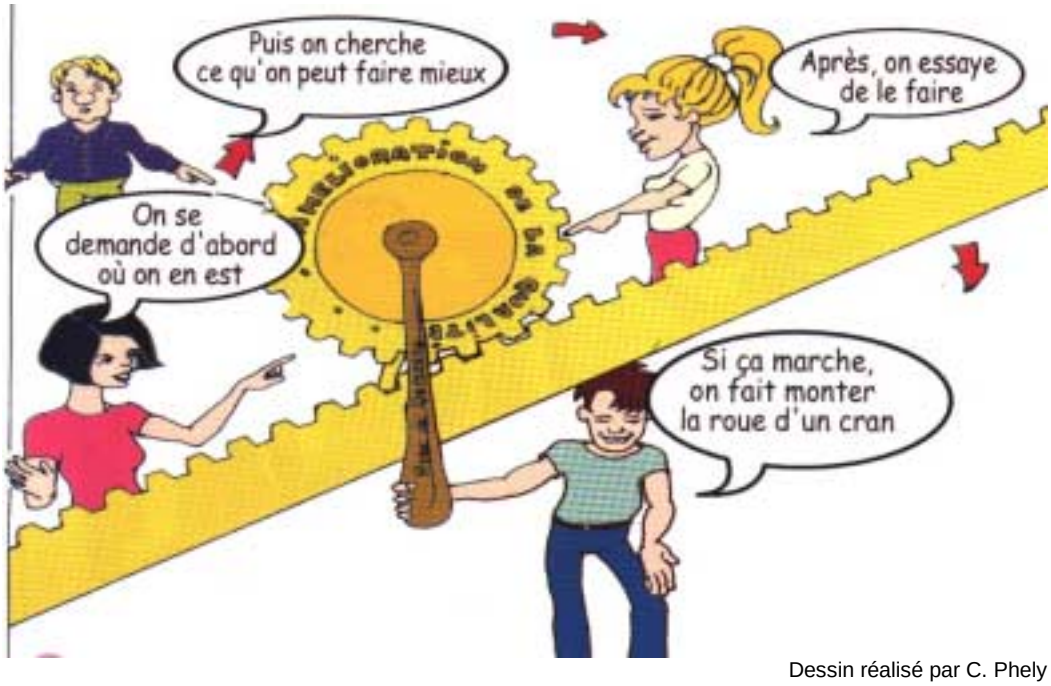
🗁 DEFINITION ET OBJECTIFS

La définition et la généralisation des concepts de la qualité ont été effectuées grâce à la création de normes, maintenant internationales, les normes ISO.

La norme ISO 8402 définit la qualité comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui portent sur sa bonne gestion, sur son aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou des besoins implicites des utilisateurs d'un produit ou d'un service, dans le cadre des exigences de la société, obligations exprimées par les lois, les réglementations, les codes, etc.… visant par exemple la sécurité, la santé, la protection de l'environnement ».

La même norme 8402 énonce que le terme entité peut désigner un produit, une activité, un processus ou une personne.

Dans le domaine de la santé, la qualité a fait l'objet de nombreuses définitions. Celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reste la référence : « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».



Dessin réalisé par C. Phely - Peyronnaud

Aujourd'hui, la qualité n'est plus un objectif mais une démarche de management qui doit créer une dynamique qui va générer une amélioration continue de la qualité. Cette démarche peut être illustrée selon la logique de la « roue de Deming », qui se divise en quatre phases :

« prévoir, mettre en œuvre, mesurer et contrôler, réagir et améliorer ».

🗁 LES OUTILS DE LA QUALITE

La démarche qualité a défini un certain nombre d'outils pour atteindre ces objectifs :

☞ Les procédures

La norme ISO 8402 définit ce terme comme « une manière spécifique d'accomplir une activité. Les procédures précisent les missions des services opérationnels et fonctionnels en matière de qualité et les responsabilités qui en découlent. Elles permettent la coordination des différentes fonctions et des actions intra et inter services ».

Dans le domaine hospitalier, elles se définissent comme une règle écrite d'organisation qui détermine le but et l'étendue d'une activité et qui spécifie la façon de la réaliser. Une procédure décrit une activité reposant sur une suite de tâches réalisées par différents acteurs.

☞ Les protocoles

Le protocole se définit comme un « mode opératoire rédigé de façon explicite, avant la mise en œuvre, pour éviter toute improvisation et toute dérive ».

Le dictionnaire des soins infirmiers dans son édition de 1996 a défini le Protocole de soins :

« Description des techniques et des procédures qu'il est convenu d'appliquer dans certaines situations de soins. Elle guide l´exécution des prestations et contribue à leur qualité ».

Le protocole est :

- un guide d'application,
- centré sur une cible,
- présenté de façon synthétique,
- élaboré selon une méthodologie précise.

Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales précisent :

Les termes "fiche technique" ou "protocole de soins" sont indifféremment utilisés dans les établissements. Toutefois, les Guides du Service Infirmier définissent et distinguent ces deux termes. Un protocole de soins est un "descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin". Une fiche technique décrit les différentes étapes d'un acte.

☞ Les évaluations

La procédure d'évaluation repose sur une méthodologie consistant à comparer les pratiques professionnelles par rapport à un référentiel, ou à mettre en place des surveillances (enquêtes de prévalence, prélèvements d'environnement…). Ce référentiel peut être un protocole, des recommandations scientifiques ou de bonnes pratiques, ou concerner un aspect réglementaire.

L'objectif consiste à mesurer les écarts entre la pratique et les recommandations, rechercher les facteurs qui déterminent cet écart et mettre en œuvre des actions correctives.

☞ L'audit

L'audit est un outil d'évaluation. La norme ISO 8402 le définit comme « un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, si ces dispositions sont mises en œuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs ».

Différents types d'audits sont mis en œuvre dans les établissements de soins :

- l'audit externe, mis en place à la demande d'un établissement, pour une reconnaissance externe et par des professionnels extérieurs
- l'audit interne, à la demande de l'établissement par des professionnels appartenant à la structure mais n'ayant pas de responsabilité dans le secteur audité.

L'audit de pratique en hygiène est :
« un examen méthodique et indépendant qui analyse une situation relative à l'hygiène. Il permet d'évaluer la qualité d'un processus et l'application de bonnes pratiques selon les objectifs prédéterminés par rapport à un référentiel ».

☞ Le déroulement de la démarche qualité

L'élaboration d'un protocole doit respecter une certaine méthodologie :

1. définir la situation à améliorer,
2. constituer un groupe de travail sur le sujet,
3. définir le public concerné par le protocole,
4. définir les objectifs à atteindre,
5. faire une recherche documentaire,
6. rechercher les pratiques existantes,
7. rédiger le protocole,
8. définir un calendrier de mise en œuvre et d'évaluation,
9. tester le protocole, le réajuster si nécessaire, le faire valider,
10. diffuser le protocole.

☞ L'évaluation des protocoles

Elle va permettre de mesurer l'observance du protocole et son impact sur la qualité. Elle est effectuée après appropriation par les équipes. Elle peut concerner les ressources (moyens en matériel et/ou humains), ou les processus (application du protocole).

L'évaluation se fait à partir de grilles qui sont construites lors de la réalisation des protocoles, en privilégiant les points incontournables. L'auto-évaluation sera préférée à l'évaluation par un tiers.

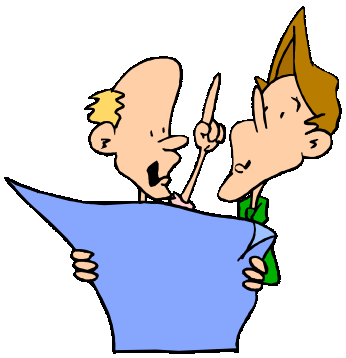
Dans le cas où un grand groupe est concerné, il est possible de procéder en sélectionnant un échantillon statistiquement représentatif.

A l'issue de l'évaluation et après analyse, les résultats sont communiqués en dégageant les axes d'amélioration.

Cette opération doit être renouvelée régulièrement, afin de mesurer l'évolution dans le but de l'amélioration continue de la qualité.

écrire ce qui doit être fait

faire ce qui est écrit



vérifier si l'on fait ce qui est écrit

☞ La traçabilité

La traçabilité est une procédure visant à suivre automatiquement un produit ou un service depuis sa naissance jusqu'à sa valorisation finale.
Conformément à la loi inscrite dans le Livre V bis du code de la santé publique, la traçabilité est obligatoire depuis le 14 juin 1998. Cette traçabilité doit permettre d'assurer la conformité des opérations. En cas de non conformité ou de danger, elle doit rendre possible à tout instant l'identification d'un patient, d'un matériel ou d'une procédure de traitement suivie par un dispositif médical, à partir de documents qu'il faut archiver pendant trente ans.
Les utilisateurs s'engagent à archiver les informations.
La traçabilité permet d'améliorer la qualité, le service et l'efficacité globale des soins.

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

- **Importance de l'élaboration des protocoles,**
- **Leur diffusion pour leur mise en oeuvre,**
- **La mise en place de la traçabilité,**
- **L'évaluation des pratiques pour leur réactualisation et la mise en action d'une véritable démarche qualité.**

🕮 DOCUMENTS DE REFERENCE

- Epidémiologie sans peine – Edition Frison ROCHE
- Dictionnaire des soins infirmiers 1996
- Démarche qualité – Département Santé Publique – Faculté Xavier BICHAT

XVI / L'ACCREDITATION

En mars 1998, un rapport du Comité Technique National des Infections Nosocomiales mentionnait que **:« la prise en compte du risque infectieux inhérent à toute structure hospitalière est un élément indispensable à la mise en place d'un service qualité pour la population. Elle sera certainement au cœur des démarches d'évaluation qui s'annoncent ».**

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé. Elle est effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et des organismes de tutelle. Elle consiste à évaluer l'ensemble du fonctionnement et des pratiques au sein de l'établissement concerné Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements de santé.

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les établissements de santé doivent s'engager dans la procédure d'accréditation au plus tard dans les 5 ans suivant la publication de cette ordonnance d'avril 1996.

L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés. Elle ne s'applique pas actuellement aux activités médico-sociales même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé. Actuellement plus de 3000 établissements sont concernés.

L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient.

Ces référentiels concernent les points suivants :

Le patient et sa prise en charge

1. Droits et information du patient,
2. Dossier du patient,
3. Organisation de la prise en charge des patients.

Management et gestion au service du patient

1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité,
2. Gestion des ressources humaines,
3. Gestion des fonctions logistiques,
4. Gestion du système d'information.

Qualité et prévention

1. Gestion de la qualité et prévention des risque,
2. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle,
3. Surveillance prévention et contrôle du risque infectieux.

L'expert visiteur est un professionnel sélectionné par l'NAES et exerçant dans un établissement de santé depuis plus de trois ans et ayant une expérience de plus de dix ans dans le domaine de la santé. Il occupe au sein de son établissement des fonctions à caractère transversal et a une expérience de conduite de projets d'amélioration de la qualité.

Il peut être :

- gestionnaire,
- médecin de différentes spécialités médicales et chirurgicales,
- soignant : directeur de services de soins infirmiers, infirmière générale, cadre supérieur de santé, cadre de santé,
- ingénieur qualité, biologiste, pharmacien.

🗁 LES 8 ETAPES DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

1. La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative du représentant légal de l'établissement concerné. Le directeur de l'établissement adresse une **demande d'engagement** à l'ANAES, accompagnée d'un dossier de présentation de l'établissement décrivant ses activités, son organisation générale et sa stratégie qualité.

2. L'ANAES propose un **contrat d'accréditation** rappelant les engagements à tenir puis envoie les documents d'analyse nécessaires à la phase d'auto évaluation.

3. L'établissement effectue son **auto-évaluation** et en transmet les résultats à l'ANAES

4. Après réception des résultats de l'auto évaluation, la **visite d'accréditation** est effectuée par une équipe d'experts visiteurs, qui rédige le **rapport des experts**, lequel s'appuie sur les résultats de l'auto évaluation.

5. Le rapport des experts est communiqué à l'établissement pour qu'il formule **ses observations**.

6. Le rapport des experts et les observations de l'établissement au rapport des experts sont communiqués au **Collège de l'accréditation** de l'ANAES, qui examine le déroulement de la procédure, valide le rapport d'accréditation qui comporte des recommandations, fixe les modalités de suivi et arrête le délai au bout duquel une nouvelle procédure devra être engagée

Les appréciations du Collège de l'Accréditation seront formulées sous une forme graduée pouvant se résumer ainsi :

Appréciations	Modalités de suivi	Délai d'engagement entre deux procédures
Sans recommandations	Par l'établissement de santé	5 ans
Avec recommandations	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi des recommandations en perspective de la prochaine procédure	5 ans
Avec réserves	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi et le transmet à l'ANAES à échéance déterminée	Moins de 5 ans
Avec réserves majeures	L'ANAES demande à ce que l'établissement de santé apporte des solutions aux questions ayant fait l'objet de réserves majeures à échéance donnée	Moins de 5 ans et visite ciblée à échéance fixée sur les questions ayant fait l'objet de réserves majeures

7. Le **rapport d'accréditation** est transmis par l'Agence au directeur de l'établissement de santé ainsi qu'au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation compétente.

8. Un **compte-rendu de la procédure d'accréditation** est transmis par l'ANAES à l'établissement. Il est consultable sur demande par le public et les professionnels de santé intéressés.

Les références (*SPI)* surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux sont présentés, sur la page suivante, telles qu'elles apparaissent dans le manuel d'accréditation.

Références (*SPI)*
surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

***SPI* – référence 1 :**
L'établissement initie et met en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels.

***SPI* – référence 2 :**
La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

***SPI* – référence 3 :**
Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents.

***SPI* – référence 4 :**
Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance.

***SPI* – référence 5 :**
Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des actions de prévention.

***SPI* – référence 6 :**
Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte des dispositions sur le bon usage des antibiotiques en vue de maîtriser la résistance bactérienne.

***SPI* – référence 7 :**
Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec la médecine du travail, est élaboré.

***SPI* – référence 8 :**
Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé.

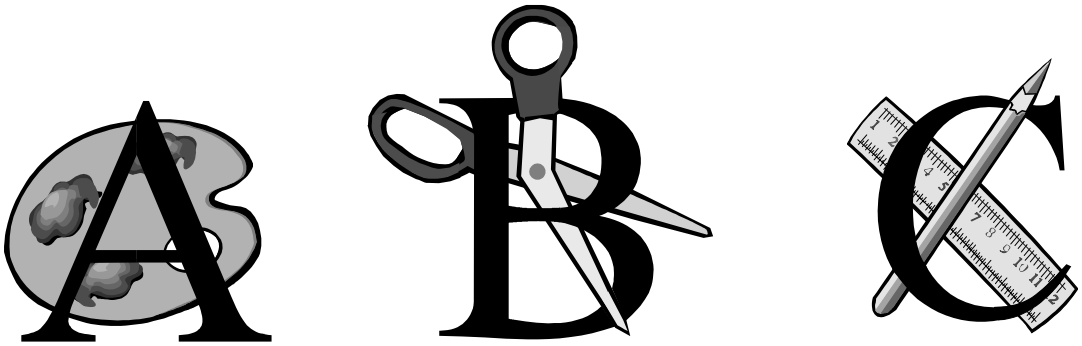
***SPI* – référence 9 :**
Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé.

***SPI* – référence 10 :**
Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre.

***SPI* – référence 11 :**
La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie.

🕮 DOCUMENTS DE REFERENCE

- L'accréditation – site internet de l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé : http://www.anaes.fr



LEXIQUE

ALLOTISSEMENT : Répartition en lots, en rations (ex : mise en barquettes des repas)

ASEPSIE : Ensemble de mesures propres à empêcher l'apport de micro-organismes.

BACTERIE : Etre vivant autonome, unicellulaire, de petite taille (de 0,5 à 12 microns).

BACTERIEMIE : Présence de bactéries dans le sang circulant sans manifestations cliniques d'infection.

BACTERICIDE : Produit ou procédé ayant la propriété de tuer les bactéries dans des conditions définies (AFNOR, CEN).

BACTERIE PATHOGENE : Bactérie dont la présence dans un organisme normal réceptif, provoque des lésions entraînant un processus infectieux.

BACTERIOSTATIQUE : Produit ou procédé ayant la propriété d'inhiber momentanément dans les bactéries dans des conditions définies (AFNOR).

CONTAMINATION : Présence d'un élément indésirable dans un fluide, sur une surface ou dans un espace protégé. Dans le cas d'une contamination biologique, on utilisera le terme ***biocontamination*** (ASPEC). processus entraînant la présence de microorganismes pathogènes ou potentiellement nocifs sur le matériel ou la personne (recommandation n°R (84) 20 CEE).

COLONISATION : Multiplication localisée de micro-organismes sans réaction tissulaire. Si elle n'entraîne aucun signe clinique, on dit que le sujet est porteur sain.

DESINFECTANT : Produit ou procédé utilisé pour la désinfection, dans des conditions définies. Si le produit ou le procédé est sélectif, ceci doit être précisé. Ainsi, un désinfectant ayant une action limitée aux champignons est désigné par : désinfectant à action fongicide (AFNOR NFT 72 101).
Un désinfectant est un produit contenant au moins un principe actif doué de propriétés antimicrobiennes et dont l'activité est déterminée par un système normatif reconnu. Ce produit doit satisfaire aux normes de base de bactéricidie (NF EN 1040) et peut, en outre, présenter des caractéristiques supplémentaires : fongicidie (NF EN 1275), virucidie (NFT 72 180) et sporicidie (NFT 72 230 ou NFT 72 231).

DEONTOLOGIE : Ensemble des règles et des devoirs dans un exercice professionnel vis à vis des patients et des collègues.

EAU BACTERIOLOGIQUEMENT MAITRISEE : Il s'agit d'eau de qualité bactériologique supérieure à celle du réseau obtenue après traitement chimique (chloration) ou physique (micro filtration en amont ou au point d'usage, ultra violets…) de l'eau du réseau. La micro filtration au point d'usage est le procédé de traitement le plus classique.

EPIDEMIE : Développement d'une maladie ou d'un phénomène pathologique qui atteint simultanément plusieurs individus répartis dans un territoire plus ou moins étendu et soumis à des influences identiques et inhabituelles.

EPIDEMIOLOGIE : Définition O.M.S. : Etude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines ainsi que des influences qui déterminent cette distribution.

FONGICIDE : Produit ou procédé ayant la propriété de tuer les champignons y compris leurs spores dans des conditions définies (AFNOR, CEN).

GRANULOPENIQUE : Baisse du nombre des leucocytes polynucléaire dans le sang.

HEMATOGENE : Qui est transmis par voie sanguine.

HYGIENE : Science qui apprend à conserver et à améliorer la santé.
Selon l'O.M.S. : Ensemble de mesures et de précautions que prend un individu ou un groupe pour protéger les autres comme lui-même d'une quelconque maladie infectieuse.

HYGIENE HOSPITALIERE : Définition de l'O.M.S. appliquée à l'hôpital afin de prévenir les infections nosocomiales.

INDUCTION : Stade de l'endormissement au début de l'anesthésie.

IMMUNO DEPRIME : Patient dont la résistance aux agents infectieux est diminuée.

INFECTION : Envahissement d'un organisme par un micro-organisme.
Ensemble de signes cliniques et/ou biologiques qui résultent de la pénétration dans l'organisme d'un micro-organisme pathogène.

INFECTION COMMUNAUTAIRE : Infection localisée à l'extérieur de l'hôpital sans aucune relation avec la flore microbienne hospitalière.

INFECTION CROISEE : Infection transmise par contact direct, par l'air, par le personnel (manu portée), par les objets, le matériel…..

MYCOBACTERICIDE : Produit ou procédé ayant la propriété de tuer les mycobactéries dans des conditions définies (AFNOR, CEN).

PROPHYLAXIE : Partie de la thérapeutique qui a pour objet de prévenir le développement des maladies.

REMANENCE : Dont l'action persiste après application.

RESERVOIR : Personne, matériel, local contaminé/colonisé par des germes pathogènes et susceptible de les transmettre à son insu et à l'insu de l'autre.

SELLICK (manœuvre de) **:** Manœuvre qui vise à prévenir la régurgitation du contenu gastrique et son inhalation lors de l'induction anesthésique.

SEPTICEMIE : Infection générale grave de l'organisme, caractérisée par des décharges importantes et répétées, dans le sang, de germes pathogènes provenant d'un foyer initial et pouvant créer des foyers secondaires multiples.

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

SPORE : Forme de survie de certaines bactéries et parasites dans des conditions d'environnement défavorable.

SPORICIDE : Produit ou procédé ayant la propriété de tuer les spores bactériennes dans des conditions définies (AFNOR).

TUBERCULOCIDE : Produit ou procédé ayant la propriété de tuer les BK responsables de la tuberculose) dans des conditions définies.

VIRUS : Agent infectieux de petite taille (plus petit que les bactéries). Il se développe en parasitant la cellule hôte.

VIRUCIDE : Produit ou procédé ayant la propriété d'inactiver les virus dans des conditions définies (AFNOR).