

 Polyclinique du Pays de Rance	Politique Gestion du Risque Infectieux	Date de création / révision : Février 2013 Mars 2014 Mars 2015 / Mars 2017 / Mars 2018
Destinataires : Ensemble des intervenants de l'Etablissement	Code d'identification PO.RI.13.02.02.01	Pages : Page 1 sur 6

I. Elaboration

La Politique de la Gestion du Risque Infectieux est définie dans le cadre du Projet d'Etablissement 2012/2017. Elle est le fruit d'une réflexion menée conjointement avec la CME, le CLIN, l'EOH et la Direction. Elle est organisée selon la méthodologie du manuel qualité de la HAS, ainsi qu'à partir du manuel « les éléments de vérification V2010 ». L'Infirmière Hygiéniste est pilote de la thématique de la Gestion du Risque Infectieux. Elle est aidée par le co-pilote, Chirurgien Orthopédiste et Président du CLIN, ainsi que par le Coordonnateur des Risques Associés aux Soins, le Pharmacien Gérant et le Responsable Qualité.

La politique tient compte des objectifs nationaux et régionaux, des exigences réglementaires, des contrôles de différents organismes (ARS), du Projet Régional Santé (PRS), CPOM, des autorisations accordées à l'Etablissement et des besoins identifiés par l'Etablissement dans le cadre des analyses des dysfonctionnement set des cartographies de risques à priori.

La thématique de la Gestion du Risque Infectieux est déclinée en 4 processus :

- La Gestion des Infections Nosocomiales,
- Le Bon Usage des Antibiotiques,
- Le Circuit des Déchets,
- La surveillance environnementale (air, eau, surfaces) – concernant l'air, une politique spécifique est écrite.

Cette politique est élaborée avec ces 4 processus.

Les actions déclinées pour l'atteinte des objectifs sont actées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

II. Références réglementaires

- Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes
- Circulaire Lutte contre les EI associés aux soins et le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (dont volet médicament)
- Décret Conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique
- Circulaire Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Arrêté Bilan des activités de lutte contre les injections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2014
- Décret Lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Décret Sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (ATB & IN)
- DGOS Instruction Mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des Agences régionales de santé
- Instruction Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes
- CSP Décret Circulaire Lutte contre les EI associés aux soins et le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (dont volet médicament)
- CSP Décret Conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés et à diverses modifications du code de la santé publique
- CSP Décret Sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (ATB & IN)
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Circulaire DHOS/E 2 - DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux
- HAS Recommandation Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé
- Ministère de la santé Plan national Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
- Contrat du bon usage des antibiotiques et CAQES



III. Objectifs de la politique

a) Evaluation de la politique 2017

Les indicateurs 2017 ont permis d'évaluer les objectifs.

N°	Objectifs	Actions	Indicateurs	Seuils	Décision
1	Protéger les membres du personnel et sécuriser la logistique des DASRI	Acheter des gants adaptés (renforcés) pour la manipulation des DASRI	100%	100%	Objectif atteint, mais suivi de l'indicateur EI
		Mettre à disposition des personnels des tabliers de protection pour protéger leurs tenues	100%	100%	
		Mettre à jour la procédure du circuit des DASRI	EI : 12 ; 4	<2	
2	Améliorer et sécuriser le circuit des DASRI au bloc opératoire	Réaliser un audit par un prestataire externe	100% Réalisation audit EPP	100%	Objectif atteint Etape 5 EPP
		Supprimer un des locaux intermédiaire au bloc opératoire	100%	100%	
3	Réduire le risque de résistance aux antibiotiques, diminuer la consommation des antibiotiques au sein de l'Etablissement et justifier les prescriptions	Sensibiliser les médecins à la réévaluation des antibiotiques		100%	Objectif atteint, mais suivi de l'indicateur de réévaluation – nouveau seuil : >90%
		Afficher les documents du CCLIN sur la consommation des ATB pour les patients, visiteurs et les membres du personnel	100%	100%	
		Rappeler aux praticiens l'existence de la convention avec l'infectiologue du CHU de Rennes pour avis et conseil	Oui	Oui	
		Paramétrer la réévaluation systématique dans le DPI de l'antibiotique entre la 48 ^{ème} et la 72 ^{ème} heure	Oui %réévaluation : 17%, 70%,70%,86%,87%	Oui >75%	
		Suivre la consommation des ATB au sein de	Suivi au CLIN		



		l'Etablissement			
4	Participer aux enquêtes nationales de prévalences et au bilan d'activité des IN	Organiser le recueil des données et les renseigner sur les logiciels adéquats (atih, CCLIN Ouest.. ;)			En continue
5	Former une IDE Hygiéniste (DU)	UBO de Brest – 2016/2017 Préparer le mémoire de fin d'étude sur « la contamination des claviers d'ordinateurs)	Oui	Oui	Objectif atteint
6	Suivre les IN en interne et améliorer la prise en charge du patient	Déclarer en interne les IN	Oui	Oui	En continue
		Déclarer en externe les IN sur e-sin	3 dont deux importées		En continue
		Organiser l'étude des cas en CREX et / ou RMM	3 CREX (BLSe allergie ATB et KT)		En continue
7	S'assurer de la conformité des prélèvements environnementaux	Suivre les résultats des prélèvements : Alpabio : Eau à usage soins, eau à usage alimentaire, eau légionnelle Alpabio : Aérobiocontamination Alpabio : Surfaces endoscopie, soins externes Alpabio : Endoscopes Sodexo : surfaces Unités de soins / ambu et plateau technique Hygiène Environnement : Prélèvements particuliers / aéraulique du plateau technique	100%	100%	En continue

b) Pour 2018, les objectifs sont les suivants :

N°	Objectifs	Actions	Pilote	Echéances
1	Réduire le risque de résistance aux antibiotiques, diminuer la consommation des antibiotiques au sein de l'Etablissement et justifier les prescriptions	Auditer la réévaluation systématique dans le DPI de l'antibiotique entre la 48 ^{ème} et la 72 ^{ème} heure	DT	Décembre 2018
		Suivre la consommation des ATB au sein de l'Etablissement	DT	Décembre 2018
2	Participer aux enquêtes nationales de prévalences et au bilan d'activité des IN	Organiser le recueil des données et les renseigner sur les logiciels adéquats (atih, CCLIN Ouest.. ;)	ML / CB ML / ALB	Décembre 2018



Destinataires : Ensemble des
intervenants de l'Etablissement

Code d'identification
PO.RI.13.02.02.01

Pages : Page 4 sur 6

		Déclarer en interne les IN	CB	Oui
3	Suivre les IN en interne et améliorer la prise en charge du patient	Déclarer en externe les IN sur e-sin	CB	Décembre 2018
		Organiser l'étude des cas en CREX et / ou RMM	ALB	Décembre 2018
4	S'assurer de la conformité des prélèvements environnementaux	Suivre les résultats des prélèvements : Alpabio : Eau à usage soins, eau à usage alimentaire, eau légionnelle Alpabio : Aérobiocontamination Alpabio : Surfaces endoscopie, soins externes Alpabio : Endoscopes Sodexo : surfaces Unités de soins / ambu et plateau technique Hygiène Environnement : Prélèvements particulières / aéraulique du plateau technique	ML	Décembre 2018
5	Sécuriser et éviter les AES liés à la manipulation des OPCT au bloc opératoire	Diligenter les IDE Bloc pour le changement des OPCT des ARE- communiquer les modifications des pratiques	ML	Juin 2018
		Modifier le protocole des DASRI en augmentant la fréquence de changement des OPCT dans les salles d'opération (48 heures en lieu et place de 72 heures)	ML / ALB	Juin 2018
		S'assurer du stock des OPCT nécessaires aux bonnes pratiques	DT	Juin 2018
6	Assurer la prise en charge adéquate du patient et éviter les transmissions croisées	Créer un formulaire dans le DPI sur le Risque infectieux	AH	Mars 2018
		Réviser le protocole de la communication de l'information lors d'un Risque infectieux connu	ML	Mars 2018
		Diffuser l'information et protocole auprès des chirurgiens et de leur secrétariat	ML + ALB	Avril 2018
		Evaluer la mise en œuvre du protocole et sa pertinence	ML + ALB	Juin 2018
7	Diminuer le risque infectieux de site opératoire lié à la réalisation de l'antibioprophylaxie	Réviser le protocole avec les nouvelles recommandations SFAR	DT + ALB	Mars 2018
		Revoir les affichages du protocole et leur diffusion	ALB	Mars 2018
		Evaluer les bonnes pratiques de l'antibioprophylaxie (prescription, heure d'administration, heure d'incision)	ML + ALB	Septembre 2018



c) Indicateurs

Source	Indicateur	Pilote	seuil
Nationale	ICABMR	ALB	90/100
Nationale	ICALIN 2	ALB	90/100
Nationale	ICALISO	ALB	90%
politique	% réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48 ^{ème} et la 72 ^{ème} heure	DT	>90%
Politique	Nombre d'Evènements indésirables liés au circuit des DASRI	ALB	< 2
EPP	Circuit des DASRI au bloc opératoire	ML	Etape 5
Politique	suivi des déclarations externes des IN	CB	0
Politique	Suivi des prélèvements et non conformités	ALB	0
Politique	EPP antibioprofylaxie : % de non conformités (environ 30 dossiers)	ML / ALB	
Politique	Nombre de CREX / RMM	ALB	
Politique	% de non conformités OPCT (dates dépassées >48 heures)	ML	
Politique	% de chirurgiens et de secrétaires sensibilisés à l'information d'un RI sur le DPI	ML + ALB	100%
Politique	Protocole gestion de l'information en interne du RI révisé, validé et communiqué	ML	Oui
Politique	Protocole ABP revu, validé et communiqué	DT	
Politique	% salles de bloc, SSPI induction, unités de soins, ambulatoire ayant l'affichage de l'antibioprofylaxie	ALB	100%
Politique	% de non-conformité des bonnes pratiques de l'ABP	ML + ALB	

IV. Communication

La Politique Gestion du Risque Infectieux est communiquée à l'ensemble des professionnels via :

- La GED, avec demande de lecture
- Des actions de sensibilisation
- Des « militants terrains » identifiés dans chaque service
- Compte rendus réunions du Clin / EOH
- CME

D'autres moyens de communication sont mis en œuvre au sein de l'établissement, tels que les réunions de services, petits journaux, réunions d'information.

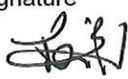


V. Suivi et évaluation de la politique

Le suivi de la politique se fait régulièrement (trimestriellement) via le CLIN et l'EOH, avec le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

L'évaluation découle des résultats d'indicateurs qui nous précisent si les objectifs sont atteints.

Après atteinte de ces objectifs, la politique est revue annuellement pour l'année suivante avec le CLIN, l'EOH et validée lors d'une CME.

Rédaction :	Relecture et / ou avis consultatifs	Validation Qualité	Approbation :
Fonction : Pour l'EOH, l'IDE Bloc Opérateur Date : 20 mars 2018 Signature 	Fonction : Le Coordonnateur des Risques Associés aux soins Date : 20 mars 2018 Signature  Fonction : Coordinatrice des soins Date : 20 mars 2018 Signature  Fonction : Pharmacien Gérant Date : 20 mars 2018 Signature 	Fonction : RAQ / GDR Date : 20 mars 2018 Signature 	Fonction : Président du CLIN Date : 20 mars 2018 Signature  Fonction : Président de la CME Date : 20 mars 2018 