



## MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

### SECRETARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

à

Bureau qualité et sécurité des soins

Personne chargée du dossier : Béatrice Rouyer

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour diffusion)

Tél. 01 40 56 40.12

[beatrice.rouyer@sante.gouv.fr](mailto:beatrice.rouyer@sante.gouv.fr)

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution)

Mesdames et messieurs les responsables de centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (pour information)

**CIRCULAIRE N°DGOS/PF2/ 2011/41 du 2 février 2011** relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière : thème "les précautions standard »

Date d'application : immédiate

NOR : ETSH1103575C

Classement thématique : Etablissement de santé

**Validée par le CNP le 14 janvier 2011 – VISA CNP 2011 - 01**

**Résumé :** Incitation des établissements de santé à la réalisation d'un audit des pratiques en hygiène hospitalière sur une thématique nationale

**Mots clés :** Audit des pratiques - Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2009/2013 – précautions standard – Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales – GREPHE

**Textes de références :**

- Loi n°2209-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article L. 6111-2 du code de la santé. Articles R. 6111-6 à R. 6111-17 du code de la santé publique.
- Circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013.
- Circulaire DGS/DU 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 interministérielle N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Arrêtés du 3 août 1992 et du 17 mai 2006 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.

**Annexes :** Manuel d'évaluation des précautions « standard » - décembre 2010 - GREPHE

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 a pour objectif de fixer des orientations et des objectifs quantifiés à atteindre pour 2012.

Il propose :

- De capitaliser les acquis des dix dernières années
- D'encourager le développement par les établissements de santé de l'évaluation de leurs pratiques notamment au travers des programmes d'audits.
- De progresser sur des domaines prioritaires comme celui de la prévention du risque infectieux soignant / soigné par la :
  - sensibilisation à la nécessité de l'observance accrue des précautions « standard » au cours des gestes de soins
  - promotion et l'évaluation de l'observance des précautions « standard ».

Tous les deux ans, la DGOS incite les établissements de santé à la réalisation d'audit sur les thèmes prioritaires du programme national (2005 : hygiène des mains - 2007 : préparation cutanée de l'opéré – 2009 : cathéters veineux périphériques). La thématique retenue pour l'année 2011 est celle relative aux précautions « standard ».

L'objet de la présente circulaire est de diffuser le guide « **Audit précautions « standard »**, **Guide pour l'organisation de l'audit et le recueil des données – 2010** » proposé par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH). Ce groupe a notamment pour objectif de fournir aux établissements de santé des méthodologies d'audit ou d'évaluation en hygiène, directement utilisables par les équipes sur les thèmes prioritaires définis par le programme national de prévention des infections nosocomiales. Ceci afin d'aider les établissements de santé à évaluer leurs pratiques en leur fournissant tous les éléments et outils nécessaires. Ce guide s'appuie notamment sur les recommandations: « prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – SFHH - Avril 2009 ».

Le guide et les documents associés sont disponibles sur le site Internet du GREPHH [[www.grephh.fr](http://www.grephh.fr)] et ceux des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

Cet audit « précautions standard » est à conduire, après inscription auprès de son CCLIN d'appartenance, sur la période de février 2011 à décembre 2011. La durée de l'audit ne doit pas excéder 6 à 8 semaines.

Les données des établissements inscrits devront parvenir au CCLIN d'appartenance au plus tard en février 2012.

L'audit est saisi au sein de chaque établissement participant qui dispose à sa convenance de ses propres résultats, édités au moyen de l'application informatique fournie par le GREPHH.

Je vous demande de bien vouloir en informer par courrier les présidents de commission médicale d'établissement pour les établissements publics de santé, les conférences médicales pour les établissements de santé privés et les responsables des équipes opérationnelles d'hygiène.

J'insiste sur l'intérêt à faire participer le plus grand nombre d'établissements de santé à cette démarche d'audit sur les précautions « standard ». La réalisation d'un tel audit a vocation à s'intégrer dans les démarches de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles de ces établissements.

Pour le ministre et par délégation  
La directrice générale de l'offre de soins

**Signé**

Annie PODEUR

# Outil d'évaluation des précautions standard

Manuel d'évaluation

Décembre 2010



## **GROUPE DE TRAVAIL**

---

**GIARD Marine**, praticien en hygiène hospitalière, CCLIN Sud-Est

**LAPRUGNE-GARCIA Elisabeth**, cadre de santé en hygiène hospitalière, CCLIN Sud-Est

## **CONCEPTION DE L'OUTIL INFORMATIQUE**

---

**RUSSELL Ian**, CCLIN Sud-Est

## **GROUPE DE RELECTURE**

---

Membres du groupe "programme Stoprisk" des Hospices Civils de Lyon et du CCLIN Sud-Est.

Membres du GREPHH : MA Ertzscheid (CCLIN Ouest), C Laland (CCLIN Sud-Ouest), E Laprugne-Garcia (CCLIN Sud-Est), D Verjat-Trannoy (CCLIN Paris-Nord), N Vernier (CCLIN Est).

## **ETABLISSEMENTS-TESTS**

---

Hôpitaux du Léman

Hôpital local Andrevetan

Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse-Bonneville

Hôpital MGEN Camille Blanc

Hôpital la Tour

CHU de Tours (ARLIN Centre du CCLIN Ouest)

## **GROUPE DE VALIDATION**

---

Membres du GREPHH

Le groupe de travail tient à remercier toutes les personnes qui ont participé aux phases de relecture, de test du protocole ou de l'outil informatique.

# SOMMAIRE

---

<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>4</b>
<b>1 CONTEXTE .....</b>	<b>4</b>
<b>2 PRINCIPE DE L'AUDIT ET OBJECTIFS .....</b>	<b>4</b>
<b>3 ORGANISATION DE L'AUDIT .....</b>	<b>7</b>
3.1. Responsable de l'audit .....	7
3.2. Mise en œuvre.....	8
3.3. Validation et codage des données .....	8
3.4. Saisie informatique des données .....	8
3.5. Résultats attendus .....	8
3.6. Rétroinformation .....	12
3.7. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation .....	12
<b>ANNEXE : CODAGE DE LA « FONCTION DE LA PERSONNE EVALUEE » .....</b>	<b>13</b>

# Méthodologie

## 1 Contexte

Les précautions «standard» ont pour objectif d'assurer une protection systématique du personnel et des patients vis à vis des risques infectieux liés au contact avec le sang, les liquides biologiques, tout produit d'origine humaine, la peau lésée et les muqueuses. Ces mesures doivent être appliquées à l'ensemble des patients quel que soit leur statut infectieux.

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 demande aux établissements de promouvoir et d'évaluer l'observance des précautions « standard » afin d'améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins.

Ainsi le GREPHH propose aux établissements un outil d'évaluation de la politique, des ressources et des pratiques déclarées des professionnels.

L'outil d'évaluation des précautions standard a été élaboré par un groupe de travail du CCLIN Sud-Est, validé par le GREPHH.

Il a pour objectif d'aider les établissements à évaluer les ressources disponibles pour l'application des précautions standard, la formation et les attitudes du personnel concernant les précautions standard. A partir de ce bilan, votre établissement pourra mettre en place les améliorations nécessaires à partir des indications proposées dans le rapport automatisé.

Cet audit peut accompagner un programme de promotion des précautions standard.

## 2 Principe de l'audit et objectifs

### Objectifs

#### Principaux

- Evaluer l'impact de la promotion des précautions standard.
- Evaluer la politique institutionnelle, les ressources disponibles pour l'application des « précautions standard ».
- Evaluer la formation et les attitudes du personnel concernant les « précautions standard ».

#### Secondaires

- Sensibiliser la direction de l'établissement et le personnel à l'importance de l'application des « précautions standard »,
- Optimiser l'efficacité de la promotion des précautions standard,
- Valoriser les efforts entrepris concernant les « précautions standard ».

### Référentiel

- Guide SFHH. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact – 2009.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), Ducel G, Fabry J, *et al.* Prévention des infections nosocomiales. OMS 2eme édition, 12/2008, 63 pages.
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Circulaire interministérielle N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). 17 pages.
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction générale de la santé. Guide des bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2004, 140 pages.

- Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN). Cent recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2eme édition. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 121 pages.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DGS/DU 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. Non parue au Journal Officiel, 15 pages.

**Tableau 1 : Précautions « standard » à appliquer lors de soins à tout patient**

- 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 interministérielle N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008

<b>Recommandations</b>	
<b>Lavage et/ou désinfection (solutions hydro-alcooliques) des mains</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématiquement entre deux patients, deux activités</li> <li>- Immédiatement en cas de contact avec des liquides potentiellement contaminants.</li> </ul>
<b>Port de gants Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés...</li> <li>- Systématiquement lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.</li> </ul>
<b>Port de lunettes, masques ± surblouses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (intubation, aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie...).</li> </ul>
<b>Matériel souillé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matériel piquant / tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.</li> <li>- Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.</li> </ul>
<b>Surfaces souillées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 9° diluée extemporanément au 1/5<sup>ème</sup> avec de l'eau froide (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.</li> </ul>
<b>Transport du linge et matériels souillés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.</li> </ul>
<b>Au laboratoire</b>	<p>Les précautions déjà citées doivent être prises systématiquement pour tous les prélèvements (l'identification de prélèvements " à risque " est une mesure qui peut être dangereuse, car apportant une fausse sécurité) ; ceux-ci doivent être transportés dans des tubes ou flacons hermétiques, sous emballage étanche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne jamais pipeter " à la bouche ", port de gants.</li> </ul>
<b>Au bloc opératoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changer régulièrement de gants, porter deux paires de gants, notamment pour l'opérateur principal, lors de la suture des plans pariétaux.</li> <li>- Porter des masques à visière ou des lunettes de protection.</li> <li>- Utiliser des techniques opératoires limitant les risques (coordination, protection de la main controlatérale, aiguilles à bout mousse quand c'est possible,...).</li> </ul>

Tous ces documents sont disponibles sur le site de Nosobase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>

## **Type d'étude et méthode de mesure**

### Audit mixte

- De ressources (matériel, consommables) et de procédures (connaissance, attitudes).

### Niveaux de l'audit

- Etablissement.
- Service.
- Personnel (> 50% du personnel du service). S'adresse à tout le personnel soignant (médicaux, paramédicaux, médico-techniques...), qui travaille dans les services de soins (certains critères pourront être codés « non concerné » NC).

### Méthode de mesure

- Evaluation de la politique de promotion des précautions standard et des ressources à l'échelon établissement et service.
- Autoévaluation des pratiques (formation et attitudes) à l'échelon du personnel.

### Document de recueil des données

- Auto-questionnaire au niveau établissement, service et personnel.

## **Champs d'application**

- Etablissements concernés : tout établissement de santé, quel que soit son statut (public, privé, PSPH) et sa catégorie (CHU, CH et CHG, hôpital local, clinique MCO, SSR, SLD, hôpitaux d'instruction des armées, établissement psychiatrique, centre de lutte contre le cancer,...). Les EHPAD (établissements médico-sociaux) peuvent également utiliser les outils proposés.
- Services concernés : tous les services de soins, y compris la consultation, les blocs opératoires et les services médico-techniques.
- Professionnels concernés : médecins seniors et internes, sages-femmes, infirmier(e)s spécialisé(e)s, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, auxiliaires de puériculture, agents de service, kinésithérapeutes, rééducateurs, manipulateurs en électroradiologie, ambulanciers, brancardiers, étudiants/externes. Seuls les professionnels des services évalués peuvent être inclus dans l'audit (c'est à dire pour lesquels une fiche service a été remplie).

L'importance du champ de l'étude conditionne la charge de travail, la durée du projet, la disponibilité des professionnels et les ressources matérielles qu'il ne faut pas sous-estimer.

## **Taille et constitution de l'échantillon**

L'objectif principal est de réaliser l'audit dans une majorité des services concernés de l'établissement :

- fiche établissement : 1 seule fiche par établissement,
- fiche service : 1 seule fiche par service audité,
- fiche auto-évaluation des pratiques professionnelles : le nombre de fiches à recueillir dépendra :
  - o du nombre de services audités : des fiches auto-évaluation des pratiques professionnelles doivent être remplies pour chaque service audité
  - o du nombre de personnels travaillant dans chaque service. L'objectif est de faire réaliser cette auto-évaluation par le plus grand nombre possible de professionnels dans les services audités. La diversité des fonctions présentes dans l'établissement doit être représentée.

Le nombre minimal de fiches d'auto-évaluation est fixé à 30 *par établissement*. Par ailleurs, une analyse par sous-groupe (fonction, service, discipline) n'a de sens statistique que si le nombre minimal de fiches d'auto-évaluation dans chaque sous-groupe est de 30. A effectif égal sur l'ensemble de l'établissement, il faut privilégier un petit nombre de personnels participant dans beaucoup de services plutôt qu'un grand nombre de personnels dans peu de services.

Les résultats ne seront considérés comme statistiquement significatifs que si le nombre de fiches d'auto-évaluation est supérieur à 30. Le seuil de 30 est assez couramment utilisé dans les outils statistiques. Il est repris par l'HAS dans ses différents guides et est référencé dans les annexes des circulaires du 11



août 2005 et du 23 mars 2007 relatives à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière.

Remarque : le fait de ne pas arriver à 30 auto-évaluations par établissement n'empêche pas l'identification d'éventuelles anomalies. Dans ce cas, l'analyse sera uniquement qualitative et les pourcentages seront à interpréter avec prudence.

Le rapport global de l'établissement réunit les données de l'ensemble de l'établissement. Toutefois, une analyse par service, fonction ou discipline est possible (cf. guide informatique). Nous vous suggérons la plus grande prudence quant à la comparaison de sous-groupes, l'audit n'étant pas fait pour cela.

### **Calendrier**

- Durée de l'audit : variable en fonction du nombre de services et d'utilisateurs inclus. Mais la durée ne doit pas excéder 6 à 8 semaines maximum afin d'assurer un retour de résultats rapide dans les services audités.
- Après la mise en place d'axes d'amélioration ou d'actions de formation, prévoir une nouvelle évaluation dans un délai de 9 à 12 mois avec la même grille.

### **Critères évalués**

- Mise en place d'une politique de promotion des précautions standard.
- Existence de procédures.
- Organisation d'évaluation(s) des précautions standard.
- Mise à disposition de ressources matérielles.
- Formation et attitudes des membres du personnel sur les précautions standard.

## **3 Organisation de l'audit**

### **3.1. Responsable de l'audit**

Le responsable de l'audit a pour mission de :

#### Plusieurs jours avant l'audit :

- prendre contact avec le cadre de santé du ou des services concernés pour déterminer la (les) date(s) et les périodes horaires de réalisation de l'audit.

#### La veille de l'audit :

- préparer les documents d'audit : pré-remplir les documents avec la date, le service...

#### Le jour de l'audit :

- apporter puis récupérer les grilles remplies.

#### En fin de journée :

- valider les données. La validation doit être réalisée par le responsable de l'audit au plus près de l'audit afin de faciliter les corrections d'éventuels oublis et/ou erreurs sur les fiches de recueil. Elle consiste à vérifier que chaque fiche est intégralement remplie (pas de données manquantes) et que les données sont cohérentes,
- finir la numérotation des fiches,
- coder les informations.

### 3.2. Mise en œuvre

Les outils de recueil des données sont constitués de 3 fiches : fiche « établissement », fiche « service », fiche « autoévaluation des pratiques professionnelles ».

La fiche établissement est à remplir par le président du CLIN ou un membre de l'EOH (Praticien ou IDE en hygiène hospitalière).

La fiche service est à remplir par le cadre de santé du service audité, le correspondant en hygiène hospitalière ou tout autre personne ayant une bonne connaissance du service.

La fiche d'autoévaluation des pratiques est remplie par chaque membre du personnel participant à cet audit. Pour rappel, seuls les personnels travaillant dans un service évalué peuvent être inclus.

Chaque fiche comporte une partie à remplir lors du recueil des données et une autre à renseigner postérieurement à l'autoévaluation : le codage et la validation finale.

Cette dernière partie sera renseignée par le responsable de l'audit.

### 3.3. Validation et codage des données

Ces deux étapes sont nécessaires avant la saisie informatique. Elles garantissent la qualité de l'information saisie. Elles sont effectuées par le responsable de l'audit à l'aide du guide de codage se trouvant dans ce protocole.

### 3.4. Saisie informatique des données

Après codage et validation des données, la saisie est réalisée sous le contrôle du responsable de l'audit. ATTENTION : **toute fiche incomplète ne pourra être saisie**. Les fiches papiers sont saisies localement à l'aide de l'application informatique élaborée par le CCLIN Sud-Est et mise à disposition sur le site du GREPHH et les sites Internet des différents CCLIN.

Un guide informatique est fourni pour aider à l'installation de l'application et à la saisie des données.

Les fiches comportent en bas de page une case « N° DE FICHE SAISIE » qui est attribué automatiquement lors de la saisie informatique. Ce numéro est à reporter sur chaque fiche en fin de saisie.

Exemple :

Fiche validée

N° de fiche saisie :

L'application informatique proposée comprend une vérification automatique de l'absence de cases vides (données non saisies).

Une vérification des données saisies est en revanche nécessaire.

Dès que la saisie des observations est achevée, chaque établissement peut éditer ses résultats.

### 3.5. Résultats attendus

#### Fiche « Etablissement »

- **Promotion des précautions standard (PS)**

	Score obtenu	Score attendu	% d'objectifs atteints
Programme de promotion des précautions standard (3 si oui)	XX	3	XX %
Formation des nouveaux arrivants (4 si oui à au moins 1 catégorie)	XX	4	XX %
Surveillance des accidents d'exposition au sang (3 si oui)	XX	3	XX %
<b>Score promotion des PS</b>	<b>XX</b>	<b>10</b>	<b>XX %</b>

- **Procédures**

	<b>Score obtenu</b>	<b>Score attendu</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
Procédure PS (2 pour la procédure, 1 pour la validation, 2 pour la mise à disposition)	XX	5	XX %
Procédure CAT en cas d'AES (2 pour la procédure, 1 pour la validation, 2 pour la mise à disposition)	XX	5	XX %
<b>Score procédures</b>	XX	10	<b>XX %</b>

- **Evaluation**

	<b>Score obtenu</b>	<b>Score attendu</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
<b>Score évaluation</b> (5 pour PS ou 2,5 pour évaluation partielle)	XX	5	<b>XX %</b>
<b>Score évaluation</b>	XX	5	<b>XX %</b>

- **Score total fiche établissement**

Somme des 3 scores/25, soit **XX %** d'objectifs atteints.

### Fiche « Service »

- **Procédures**

	<b>Score obtenu</b>	<b>Score attendu</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
Procédure PS (3 pour la procédure, 2 pour l'accessibilité)	X	5	XX %
Procédure CAT en cas d'AES (3 pour la procédure, 2 pour la disponibilité)	X	5	XX %
<b>Score procédures</b>	XX	10	<b>XX %</b>

- **Ressources**

	<b>Score obtenu</b>	<b>Score attendu</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
Présence du matériel (1 si oui à chaque item)	X	8	XX %
Emplacement des PHA (2 si oui à chaque item)	X	4	XX %
Utilisation des collecteurs (1 si oui à 15, 1 si oui à 16, 1 si non à 17)	X	3	XX %
Transport (1 si oui ou NA à chaque item)	X	3	XX %
<b>Score ressources</b>	XX	18	<b>XX %</b>

- **Score total procédures et ressources du service A**

Somme des 2 scores/28, soit **XX %** d'objectifs atteints.

## Fiche « auto-évaluation des pratiques professionnelles »

L'analyse sera faite par établissement, par service et par catégorie de professionnels.

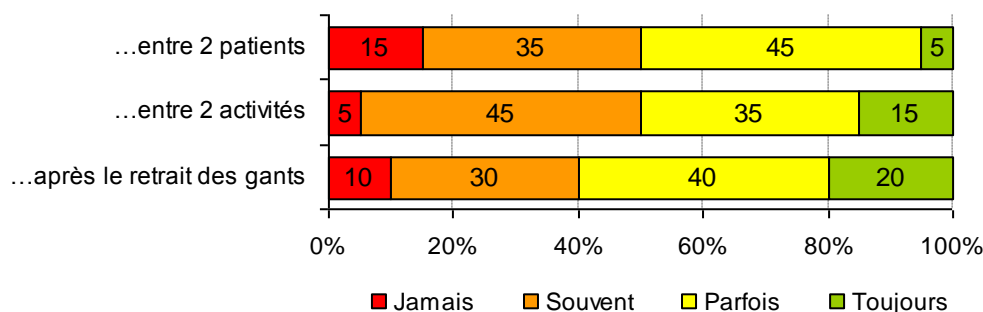
### • Formation

Pourcentage déclaré de personnes :

- formées
- formées dans les 5 dernières années
- qui savent trouver une procédure ou affiche CAT en cas d'AES.

Chacun des résultats de la fiche autoévaluation des pratiques professionnelles sera présenté sous forme de graphique de la façon suivante :

#### Pourcentage déclaré de désinfections des mains avec un produit hydro alcoolique ou de lavage des mains...



### • Attitudes

#### ○ Hygiène des mains

Pourcentage déclaré de désinfection des mains avec un produit hydro alcoolique ou de lavage des mains :

- entre 2 patients
- entre 2 activités
- après le retrait des gants.

#### ○ Gants (port et changement)

Pourcentage déclaré de port de gants à usage unique :

- en cas de risque de contact avec du sang ou tout autre produit biologique d'origine humaine
- en cas de risque de contact avec des muqueuses
- en cas de risque de contact avec la peau lésée du patient
- lors de la manipulation de prélèvements biologiques
- lors de la manipulation de linge souillé
- lors de manipulation de matériel souillé
- lors de soins, lorsque les mains comportent des lésions (crevasses, gerçures, coupures...)
- lors de la toilette intime d'un patient
- lors du change d'un patient
- lors de la vidange de drains
- lors de la vidange de collecteurs à urines
- lors de l'ablation d'un pansement souillé
- lors de la réalisation d'une injection IM / SC
- lors de la pose ou du retrait d'une voie veineuse
- lors de la réalisation d'un prélèvement sanguin (veineux ou capillaire)

- lors de la manipulation des déchets.

Pourcentage déclaré de changement de gants à usage unique :

- entre 2 patients
- entre 2 activités / soins différents chez un même patient.

- **Equipements de protection individuelle**

Pourcentage déclaré de port de surblouse ou de tablier à usage unique pour protéger la tenue professionnelle en cas de risque de :

- projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine
- contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine.

Pourcentage déclaré de port de masque :

- en cas de un risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou de tout autre produit d'origine humaine
- en cas de suspicion d'infection respiratoire (rhume, toux...) lors de soins auprès d'un patient.

Pourcentage déclaré de port des lunettes de protection ou de masque à visière en cas de risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou de tout autre produit d'origine humaine.

- **Piquants tranchants**

Pourcentage déclaré :

- d'absence de recapuchonnage des aiguilles souillées
- d'absence de désadaptation des aiguilles souillées à la main
- d'élimination des objets piquants tranchants souillés au plus prêt du soin dans un collecteur adapté.

Les résultats concernant le recapuchonnage et la désadaptation des aiguilles souillées sont calculés à l'inverse des autres questions. Par exemple, le codage « jamais » à la question « il m'arrive de recapuchonner les aiguilles souillées » sera présenté comme « absence de recapuchonnage des aiguilles souillées », donc une réponse attendue.

- **Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang**

Pourcentage déclaré de :

- lavage simple des mains suivi d'une friction hydro alcoolique si la peau est souillée par du sang ou des liquides biologiques
- lavage et antiseptie au niveau de la plaie en cas d'accident avec exposition au sang
- rinçage abondant à l'eau ou au sérum physiologique en cas de projection de sang ou de liquide biologique sur les muqueuses (yeux, ...).

## **Poster et rapport**

Le poster et le rapport présentent les résultats synthétiques de :

- la fiche établissement
- l'ensemble des fiches service (moyenne de scores)
- l'ensemble des fiches auto-évaluation des pratiques professionnelles.

Concernant la présentation des résultats les questions ont été regroupées de la façon suivante :

- fiche établissement :
  - questions 1 à 6 « promotion des précautions standard »
  - questions 7 à 9 « procédure précautions standard »
  - questions 10 à 12 « procédure CAT en cas d'AES »
  - questions 13 à 15 « évaluation des précautions standard »

- fiche service :
  - o questions 1 et 2 « procédure PS »
  - o questions 3 et 4 « procédure CAT en cas d'AES »
  - o questions 5 à 12 « présence du matériel »
  - o questions 13 et 14 « emplacement adapté des PHA »
  - o questions 15 à 17 « bonne utilisation des collecteurs »
  - o questions 18 à 20 « transport adapté »
- fiche auto-évaluation des pratiques professionnelles :
  - o questions 4 à 6 « bonne hygiène des mains »
  - o questions 7 à 9 et 13 « utilisation appropriée des gants en général »
  - o questions 10 à 12 « port de gants lors de la manipulation de produits souillés »
  - o questions 14 à 22 « utilisation appropriée des gants en situation particulière »
  - o questions 23 et 24 « changement approprié des gants »
  - o questions 25 et 26 « utilisation appropriée des surblouses ou tabliers à UU »
  - o questions 27 et 28 « utilisation appropriée des masques »
  - o question 29 « utilisation appropriée des lunettes ou masques à visière »
  - o questions 30 à 32 « bonne manipulation des piquants tranchants »
  - o questions 33 à 35 « bonnes pratiques en cas d'AES ».

### 3.6. Rétroinformation

Pour être efficace, la restitution des résultats aux équipes auditées doit être rapide, ciblée et accompagnée de propositions d'amélioration.

L'obtention de résultats n'est pas une fin en soi mais le commencement d'une action.

La communication des résultats est une partie fondamentale de l'audit. Les résultats peuvent être présentés de manière spécifique aux services participant, puis de manière plus large lors de réunions du CLIN...

Les modes de diffusion et les supports peuvent être multiples : affichage, bulletin, distribution large, intranet, etc...

### 3.7. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

Des points d'amélioration sont proposés automatiquement en fonction des résultats dans le rapport de résultats ; par exemple :

- fiche établissement : « Si non à la question 9 ou 12 : une procédure ne peut être utilisée que si elle est accessible. Sa diffusion peut se faire sous format papier, par exemple insérée dans un classeur d'hygiène dans chaque service, et/ou sur le site intranet de l'établissement. »
- fiche service : « Si non à 13 ou 14 : Pour éviter les transmissions croisées, la désinfection des mains par friction doit être faite au plus près du geste (préparation ou soin). L'équipe opérationnelle d'hygiène peut vous aider à trouver le format et les supports les plus adaptés à votre activité. »
- fiche auto-évaluation : « Favorisez la formation ou la sensibilisation du personnel dans les domaines où les pourcentages de respect des procédures recommandées sont les plus faibles. »

Si des écarts entre les pratiques et les procédures écrites sont observés, le responsable du projet présente les points à améliorer au responsable de l'établissement, président du CLIN et aux professionnels impliqués dans le projet pour établir un plan d'action d'amélioration et de réévaluation.

Ce plan d'amélioration identifie :

- les mesures correctives, dont la priorité est définie en fonction des écarts et de la nature des actions,
- le calendrier prévisionnel des actions,
- le responsable de chaque action.

## **Annexe : Codage de la « Fonction de la personne évaluée »**

- 1 = Médecin, chirurgien et interne
- 2 = Infirmier et IDE spécialisé
- 3 = Sage-femme
- 4 = Kinésithérapeute
- 5 = Manipulateur en électroradiologie
- 6 = Aide-Soignant / auxiliaire de puériculture
- 7 = Agent Hospitalier
- 8 = Ambulancier
- 9 = Brancardier
- 10 = Etudiant et externe en médecine
- 11 = Autre