



## Enquête régionale 2018 « Hygiène des mains »

**Priorité régionale 2018 - RHC-CPias**



# SOMMAIRE

	Page
I. Contexte et objectifs de l'enquête -----	3
II. L'enquête-----	5
III. Organisation -----	5
Inscription de l'établissement -----	5
Dates-clé à retenir pour le déroulement de l'enquête -----	5
Analyse des données -----	5
IV. Le volet Observation des pratiques -----	6
Objectifs -----	6
Champ de l'enquête -----	6
Mise en œuvre -----	6
La grille d'observation-----	6
V. Le module optionnel « Enquête microbiologique »-----	8
Objectif -----	8
Mise en œuvre -----	8
VI. Schéma récapitulatif-----	9
 Annexes :	
Guide de remplissage de la grille d'observation -----	10
Codification des disciplines et spécialités -----	11
Codification des fonctions observées -----	13
Codification des soins observés -----	14
Fiche établissement à joindre aux écouvillons -----	16
Grille d'observation -----	17
Livret d'inscription -----	19

**Si vous n'êtes pas encore inscrit à l'audit, le livret d'inscription est disponible en fin de protocole (page 19)**

## CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'hygiène des mains (HM) est une des mesures de base pour la prévention des infections associées aux soins (IAS). Elle est intégrée aux **Précautions Standard**. Elle permet la réalisation d'actes invasifs plus sûrs mais aussi de prévenir la diffusion des micro-organismes après un contact avec le patient/résident, l'environnement ou le matériel souillé.

L'HM fait l'objet de recommandations nationales et internationales.

Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) positionne l'amélioration de l'HM parmi ses axes prioritaires [1]. L'axe 2 incite à mettre en œuvre différentes actions de promotion de l'HM.

### **Axe 2 - Renforcer la Prévention et la Maîtrise de l'Antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins**

**Thème 2: Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu**

**Objectif 2 : Améliorer le niveau d'application des précautions « standard » dans les trois secteurs, la prise en compte du « péril fécal » et de l'environnement**

**Action 1 : Améliorer l'observance des précautions « standard », en particulier l'HM**

- Assurer la formation de tous les professionnels à l'HM dès la formation initiale et s'assurer de la cohérence des messages délivrés par les formateurs
- Amplifier la campagne annuelle nationale de communication et de promotion de l'HM « journée mondiale sur l'hygiène des mains du 5 mai » vers les professionnels de santé et le public, en développant de nouveaux outils avec l'Inpes
- En ES, adapter un indicateur de consommation des PHA pour une meilleure prise en compte d'objectifs plus ambitieux et motivants, intégrant l'observance de l'HM, pour les différentes catégories d'activité, avec rétro-information semestrielle aux équipes
- Etendre la démarche aux autres secteurs, en proposant un indicateur pour les EMS et un indicateur pour l'application des précautions « standard » en soins de ville, en s'appuyant sur « une charte de qualité pour des soins plus sûrs » pour favoriser la généralisation des bonnes pratiques ; en ville, la ROSP pourrait être un support facilitateur
- Utiliser, en ES et EMS, les outils mis à disposition (GrepH) pour effectuer des audits d'HM et d'utilisation des gants, et les outils de gestion des risques « visites de risque » à périodicité définie dans tous les secteurs d'activité, avec rétro-information aux équipes
- Maintenir au niveau national la promotion de l'observance de l'HM, au moyen d'outils d'amélioration à destination des EOH (mission mains propres, audits GrepH) et par des indicateurs appropriés

La désinfection des mains par friction hydro-alcoolique est la technique de référence du fait de son efficacité, sa tolérance et sa facilité d'utilisation. La consommation en produit hydro-alcoolique des ES est un des indicateurs recueillis par l'HAS. Dans sa 3<sup>ème</sup> version (Icsha 3),

cet indicateur incite les ES à évaluer l'observance de l'HM en plus du suivi de la consommation en produits hydro-alcooliques [2].

Les préalables à l'HM sont les suivants : avant-bras découverts, absence de bijoux (mains et poignets), ongles courts et propres sans vernis, faux ongles ou résine. Les facteurs jouant un rôle dans la qualité de la désinfection des mains sont :

- l'utilisation d'un volume de produit suffisant pour couvrir la totalité des mains,
- le respect d'un temps de friction adapté aux recommandations du fabricant du produit utilisé,
- le respect d'une gestuelle définissant 7 étapes [3].

En 2015, en région Centre Val de Loire, l'observation des pratiques portant sur la pose et la gestion des dispositifs intravasculaires a mis en évidence une observance de l'HM plutôt satisfaisante, et un recours à la friction plutôt qu'au lavage simple des mains. Néanmoins, la conformité de la friction (7 étapes, durée) était faible pour les soins les plus complexes (avec plusieurs changements de gants) avec diminution de l'observance et de la qualité de la friction au fur et à mesure de l'avancée du soin. Nos résultats confirment ceux obtenus par d'autres équipes [4][5][6].

Pour accroître l'adhésion des professionnels à la friction, certains auteurs proposent de la faire évoluer notamment avec une simplification de la gestuelle [7]. Le bureau permanent du RHC CPIAS a décidé de proposer aux ES et EMS de la région une enquête relative à l'HM.

Cette enquête comporte 2 volets distincts : (1) une observation des pratiques de la technique de friction hydro alcoolique (hors désinfection chirurgicale), et (2) une enquête microbiologique ayant pour objectif de déterminer si une gestuelle simplifiée procure un résultat acceptable.

## **Références**

1. Instruction N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins 2015
2. Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves- Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 3- ICSHA.3 (indicateur en simulation) - HAS - mars 2017.
3. SF2H-Recommandations pour l'hygiène des mains- juin 2009.
4. Villanueva Aria A, Garcell HG, Ochoa YR, Arias KF, Miranda FR. Assessment of hand hygiene techniques using the World Health Organization's six steps. J Infect Public Health. 2015
5. Skodova M, Garcia Urra F, Gimeno Benitez A, Jimenez Romano MR, Gimeno Ortiz A. Hand hygiene assessment in the workplace using a UV lamp. AM J Infect Control 2015, 43(12): 1360-1362.
6. Garnier L, Burger S, Salles F, Meunier O. Quantifier la qualité de la friction des mains. Hygiènes 2014, volume XXII – n°3: 211-2017.
7. Tschudin-Sutter S, Rotter ML, Frei R, Nogarth D, Häusermann P, Stranden A et al. Simplifying the WHO'how to hand rub'technique: three steps are as effective as six- results from an experimental randomized crossover trial. Clin Microbiol Infect 2017, pii:S1198-743X(16)30664-4.



## L'ENQUÊTE

Elle est proposée à l'ensemble des ES et EMS de la région Centre Val de Loire.  
Elle comporte 2 volets :

- une évaluation des pratiques par observation directe des soignants,
- une enquête microbiologique optionnelle.

Les établissements peuvent participer aux 2 volets de l'enquête ou uniquement à l'évaluation des pratiques.

## ORGANISATION

Pour toute question, vous pouvez contacter Agnès PETITEAU au 02.47.47.82.89 ou par mail [a.petiteau@chu-tours.fr](mailto:a.petiteau@chu-tours.fr).

### Inscription de l'établissement

Une fiche d'inscription à cette enquête (page 19) est indispensable pour :

- formaliser l'accord de la direction de l'établissement et l'inscription à l'enquête régionale,
- identifier une personne responsable de l'enquête, destinataire des résultats.

Le RHC-CPias accusera réception de la fiche d'inscription.

### Dates-clé à retenir pour le déroulement de l'enquête

**Le 20 février 2018 a eu lieu la réunion de lancement de l'enquête.**

Les observations des pratiques seront réalisées sur la période du **15 mars au 15 juillet 2018**.

**Les données des observations devront être saisies sur l'outil de saisie et adressées au RHC-CPias au plus tard le 15 septembre 2018.**

Concernant le module optionnel « Enquête microbiologique », les prélèvements devront être réalisés au plus tard avant le 15 juin.

**Les résultats de l'enquête seront présentés lors de la journée régionale de formation du 4 décembre 2018.**

L'outil de saisie est disponible sur le site internet du RHC-CPias via le lien suivant : <http://RHC-arlin.com>.

### Analyse des données

Les données seront analysées par le RHC-CPias. Un rapport automatique est disponible via l'outil de saisie.



# Le volet OBSERVATION DES PRATIQUES



## Objectifs

Evaluer

- le respect des pré-requis à la réalisation d'une hygiène des mains (HM),
- la qualité de la friction (gestuelle, durée).

## Champ de l'enquête

L'enquête concerne :

- tous les professionnels de santé et autres intervenants auprès des patients et résidents y compris les étudiants de chaque catégorie professionnelle,
- pour un soin, un contact avec le patient/résident.

Sont exclues de l'enquête :

- la désinfection chirurgicale des mains par friction,
- les situations sans intervention auprès du patient.

## Mise en œuvre

L'enquêteur est un hygiéniste ou une personne formée à l'hygiène.

L'enquêteur prend contact avec les responsables du service pour informer de cette enquête.

Le jour de l'audit, l'enquêteur observe les pratiques et remplit les grilles d'observation.

L'objectif est de recueillir au moins 30 observations par structure participant à l'enquête.

Les observations seront les plus variées possibles. Chaque professionnel ou intervenant ne sera observé qu'une fois.

## La grille d'observation

La grille d'observation est disponible en annexe 6 de ce document ainsi qu'une grille d'aide au remplissage (annexe 1).

La friction observée est décomposée en différentes étapes.

L'ordre de réalisation des différentes étapes est indifférent.

Chaque geste observé doit être coché :

- 7 étapes correspondent à celles des recommandations actuelles : A, B, C, D, E, F et G
- l'étape S est particulière. Elle fait l'objet de la proposition de simplification de la gestuelle de la friction [7].

Deux vidéos de simulation sont disponibles sur le site internet du RHC CPIAS <http://RHC-arlin.com> :

- la première simule l'étape S seule,
- la seconde simule la proposition de simplification de la gestuelle (étapes : A, S, E et F)

**A****Paume contre paume**

Désinfection des paumes

**B****Paume sur dos**

Désinfection du dos des 2 mains, des doigts et espaces interdigitaux (mouvement d'avant en arrière)

**S****Surface des mains**

Désinfection de la surface des 2 mains par mouvements d'enveloppement en insistant sur le dessus et la paume (à l'image de l'application d'une crème)

**C****Paume contre paume, doigts entrelacés**

Désinfection des espaces interdigitaux et des doigts (mouvement d'avant en arrière)

**D****Paume/doigts**

Désinfection du dos des doigts en les tenant dans la paume opposée

**E****Pouces**

Désinfection des 2 pouces par rotation dans la paume opposée

**F****Bout des doigts**

Désinfection du bout des doigts des 2 mains par rotation dans la paume opposée

**G****Poignets**

Désinfection des 2 poignets par rotation dans la main opposée

# Le module optionnel « Enquête microbiologique »



## Objectif

Evaluer « microbiologiquement » une gestuelle de friction simplifiée comprenant les étapes A, S, E et F de la grille d'observation des pratiques ; l'ordre de réalisation de ces étapes étant indifférent.

<b>A</b>		<b>Paume contre paume</b> Désinfection des paumes
<b>S</b>		<b>Surface des mains</b> Désinfection de la surface des 2 mains par mouvements d'enveloppement en insistant sur le dessus et la paume (à l'image de l'application d'une crème)
<b>E</b>		<b>Pouces</b> Désinfection des 2 pouces par rotation dans la paume opposée
<b>F</b>		<b>Bout des doigts</b> Désinfection du bout des doigts des 2 mains par rotation dans la paume opposée

## Mise en œuvre

Pour ce volet de l'étude, dans un 1<sup>er</sup> temps, **l'enquêteur forme des professionnels** de son choix (ex : correspondants en hygiène) à la gestuelle présentée ci-dessus.

Dans un 2<sup>ième</sup> temps, l'enquêteur procède à un prélèvement de surface des mains d'un professionnel immédiatement après la réalisation d'une friction respectant la gestuelle apprise, et respectant les critères de conformité de l'HM. La friction est réalisée après un soin.

Le prélèvement est réalisé par écouvillonnage des 2 mains (paumes, extrémités des doigts, du pouce, espaces interdigitaux...).

Six prélèvements sont réalisés par établissement participant. Les écouvillons utilisés pour les prélèvements sont exclusivement ceux fournis par le RHC. Ce sont des écouvillons particuliers avec milieu de transport. Ils peuvent être conservés 1 à 2 jours à température

ambiante. Les écouvillons sont identifiés avec le code établissement, le numéro d'écouvillon (de 1 à 6) et le code correspondant au soin réalisé. L'envoi des écouvillons est fait au plus tard dans les 48H. Ils seront envoyés en double emballage à l'adresse suivante :

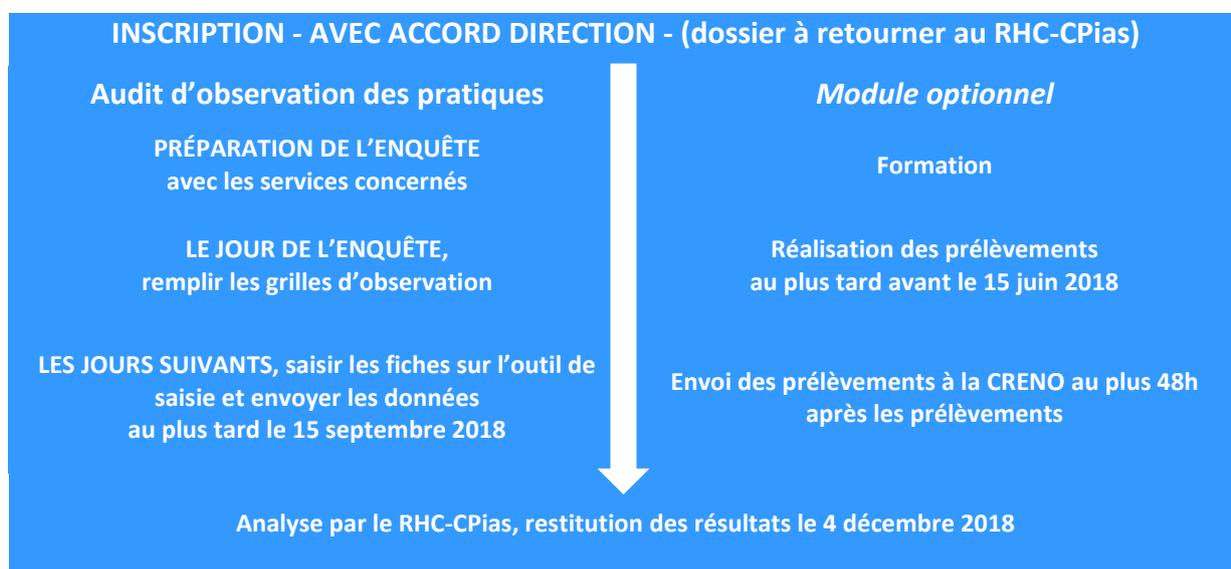
CRENO

CHRU Trousseau, Laboratoire de Bactériologie et Hygiène, 37044 TOURS Cedex 9

Une fiche pour l'envoi des écouvillons est disponible en annexe 5 du document.

Pour toute question portant sur les prélèvements microbiologiques, vous pouvez contacter Nathalie Van der Mee-Marquet par mail [n.vandermee@chu-tours.fr](mailto:n.vandermee@chu-tours.fr).

## SCHÉMA RECAPITULATIF



# Annexe 1

## Audit Hygiène des mains

### Guide de remplissage Grille d'observation

#### Établissement

- **Code Établissement** : code attribué pour chaque établissement (si vous ne le connaissez pas, merci de vous rapprocher du secrétariat du RHC-CPIAS au 02.47.47.82.90)

#### Grille d'observation

- **Numéro de l'observation**: cette rubrique ne peut être renseignée au moment de l'observation. Au moment de la saisie, chacune des observations seront numérotées de 1 à 30.
- **Date** : date à laquelle est réalisée l'observation
- **Discipline/S spécialité** : noter les 3 lettres correspondant à la discipline puis les 3 correspondant à la spécialité (voir annexe 2)
- **Fonction** :  
Reporter le code de la fonction de la personne observée en vous référant aux codes disponibles en annexe 3.  
Cocher la case « Étudiant » s'il s'agit d'un étudiant
- **Soin** :  
Reporter le code du soin observé en vous référant aux codes disponibles en annexe 4.
- **Pré-requis** :  
Les pré-requis à l'hygiène des mains sont l'absence de bijoux aux mains et aux poignets, les ongles courts et propres, l'absence de vernis, de résine ou de faux-ongles, une tenue à manches courtes.  
Cocher oui si ces critères sont respectés.
- **Friction**
  - Cocher A,B,S,C,D,E,F,G selon les différentes étapes observées lors de la réalisation de la friction
  - Au moins 20 secondes : cocher si la durée de la friction est d'au moins 20 secondes.
  - Temps de séchage : cocher si la friction des mains est réalisée jusqu'à séchage complet du produit.

## Annexe 2

# Audit Hygiène des mains

## Codification des disciplines et spécialités

<b>Pédiatrie</b>	<b>Codage discipline</b>	<b>Codage spécialité</b>
Néonatalogie	PED	NEO
Hospitalisation de jour, pédiatrie		JOU
Surv. continue pédiatrique, soins intensifs pédiatriques		SUR
Pédiatrie et spécialités pédiatriques		PED
Pédiatrie, autre		AUT
<b>Réanimation Hors soins intensifs</b>		
Réanimation néonatale	REA	NEO
Réanimation pédiatrique		PED
Réanimation médicale adultes		MED
Réanimation polyvalente		POL
Réanimation chirurgicale pour adulte		CHI
Réanimation spécialisée		SPE
Réanimation autre		AUT
<b>Chirurgie</b>		
Chir. Thoracique et thoracique-cardio-vasculaire	CHI	THO
Chir. Cardiaque		CAR
Chir. Vasculaire		VAS
Chir. Cardio-vasculaire		CVA
Neurochirurgie		NEU
Chir. Digestive		DIG
Chir. Générale		GEN
Chir. Infantile		PED
Orthopédie traumatologie		ORT
Chir. Plastique et reconstructive		PLA
ORL		ORL
Ophtalmologie		OPH
Stomatologie, chir. Maxillo-faciale		STO
Urologie		URO
Chir. Carcinologique		CAN
Surv. continue chirurgicale, soins intensifs chirurgicaux		SUR
Chirurgie ambulatoire		AMB
Chir. transplantation		TRA
Autres chirurgie		AUT
<b>Gynéco-Obs</b>		
Gynécologie-obstétrique, Obstétrique	OBS	OBS
Gynécologie chirurgicale		CHI
Gynécologie, suivi de grossesse		GYN
Autres, Gynécologie et obstétrique		AUT

<b>Médecine</b>			
Médecine générale, polyvalente	<b>MED</b>	<b>GEN</b>	
Médecine interne		<b>INT</b>	
Surv. continue médicale, soins intensifs médicaux polyvalents		<i>Les soins intensifs spécialisés médicaux sont classés avec les spécialités, sauf en cardiologie – Les soins intensifs polyvalents sont en surveillance continue médicale</i>	<b>SUR</b>
Pneumologie		<b>PNE</b>	
Cardio-vasculaire, cardiologie,		<b>CAR</b>	
Unité de soins intensifs cardiologiques		<b>USI</b>	
Néphrologie		<b>NEP</b>	
Hépatogastro-entérologie		<b>HGE</b>	
Dermatologie, vénéréologie		<b>DER</b>	
Endocrinologie, diabétologie, nutrition, métabolisme		<b>NUT</b>	
Rhumatologie		<b>RHU</b>	
Neurologie		<b>NEU</b>	
Médecine carcinologique, Oncologie		<b>CAN</b>	
Radiothérapie, curiethérapie, médecine nucléaire		<b>RAD</b>	
Hématologie		<b>HEM</b>	
Médecine gériatrique		<b>GER</b>	
Maladies infectieuses, Médecine tropicale		<b>INF</b>	
Hospitalisation de jour, médecine adulte		<b>JOU</b>	
Autres médecine		<b>AUT</b>	
<b>SSR Soins de suite et de réadaptation</b>			
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	<b>SSR</b>	<b>REE</b>	
Soins de suite et de réadaptation, autres		<b>AUT</b>	
<b>SLD</b>	<b>SLD</b>		
<b>Psychiatrie</b>	<b>PSY</b>		
<b>Urgences</b>	<b>URG</b>		
<b>EHPAD</b>	<b>EHPAD</b>		
<b>AUTRES</b>			
Dialyse (hors néphrologie, réa), y compris ambulatoire	<b>AUT</b>	<b>DIA</b>	
Hospitalisation à domicile		<b>HAD</b>	
Autre non MCO		<b>AUT</b>	
VILLE		<b>VIL</b>	

**Annexe 3**  
**Audit Hygiène des mains**  
**Codification des fonctions observées**

N°	Catégorie professionnelle	Professions associées	N°	Catégorie professionnelle	Professions associées
1	Personnel médical	Médecins Interne Externe	6	Personnel médicotechnique	Cadre de Santé Manipulateurs d'électroradiologie médicale Techniciens de laboratoire
2	Sage-femme	Sage-femme	7	Personnel de rééducation	Masseur-kinésithérapeute Ergothérapeute Orthophoniste Psychomotricien
3	Personnel infirmier	Cadre de Santé Infirmier Infirmier spécialisé : IADE, IBODE, Puéricultrice	8	Personnel en charge du transport des patients/résidents	Brancardier Ambulancier
4	AS- AP- AMP	Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Aide médico-psychologique	9	Autre	Diététicienne Psychologue Animateur Psycho-esthéticienne Coiffeuse...
5	Agent des services hospitaliers	ASH, ASHQ			

**Codage des étudiants**

Les élèves / étudiants/ stagiaires sont à rapprocher de leur catégorie professionnelle d'affiliation.  
 Dans la grille d'observation, cocher la « Étudiant ».

**Annexe 4**  
**Audit Hygiène des mains**  
**Codification des soins observés**

<b>Contact avec du sang (effectif ou potentiel)</b>	GS1 GS2 GS3 GS4 GS5 GS6 GS7 GS8 GS9 GS10 GS11 GS12 GS13 GS14 GS15 GS16 GS17 GS18 GS19 GS20 GS21 GS22 GS23 GS24 GS25	prélèvement de sang veineux prélèvement de sang artériel prélèvement de sang capillaire saignée pose de transfusion retrait de lignes de dialyse retrait d'une ligne veineuse manipulation de prélèvements biologiques pose d'un cathéter veineux périphérique retrait d'un cathéter veineux périphérique pose d'une aiguille de Huber retrait d'une aiguille de Huber pose d'une aiguille sur fistule artério-veineuse (FAV) retrait d'une aiguille de FAV retrait d'un Picc line prélèvement sanguin sur une ligne de sang injection intra-tubulaire sur une ligne de sang ouverture d'une ligne vasculaire en présence de sang injection IM injection SC vaccination compression de fistule artério-veineuse, artérielle (suite au retrait d'un cathéter) retrait d'un pansement imbibé de sang retrait de cathéter veineux central autre
<b>Contact avec des muqueuses (effectif ou potentiel)</b>	GM1 GM2 GM3 GM4 GM5 GM6 GM7 GM8 GM9 GM10 GM11 GM12 GM13 GM14 GM15 GM16 GM17 GM18	toilette génito-urinaire/siège dépilation organes génitaux/pubis toilette périnéale soins de bouche soins des oreilles (en présence d'écoulements, sécrétions) soins des yeux (en présence d'écoulements, sécrétions) soins de nez soins de sonde d'intubation pose de sonde naso-gastrique (SNG) retrait SNG soins de stomie lavement rectal extraction fécalome sondage vésical retrait sonde vésical pose d'un étui pénien retrait d'un étui pénien irrigation vaginale

	GM19	examen pelvien/vaginal
	GM20	toucher vaginal
	GM21	toucher rectal
	GM22	autre
<b>Contact avec la peau lésée</b>	GL1	prise en charge d'une plaie cutanée
	GL2	soins d'escarre constituée
	GL3	plaie chirurgicale
	GL4	autre
<b>Contact avec les liquides biologiques (effectif ou potentiel)</b>	GB1	vidange d'un sac collecteur d'urines
	GB2	aspiration endotrachéale sur système ouvert
	GB3	manipulation d'un change souillé
	GB4	manipulation de dispositifs souillés (instrument, bassin...)
	GB5	manipulation de linge souillé
	GB6	manipulation /évacuation des DASRI
	GB7	manipulation de selles (coproculture, hématest...)
	GB8	manipulation d'urines (prélèvement ECBU, bandelette urinaire, mesure de diurèse...)
	GB9	manipulation de vomissures/liquide gastrique
	GB10	manipulation d'expectorations
	GB11	prise en charge d'un bassin ou d'un urinal souillé
	GB12	nettoyage des toilettes
	GB13	nettoyage du sol souillé par des liquides biologiques
	GB14	nettoyage de surface souillée par des liquides biologiques
	GB15	nettoyage d'objet souillé par des liquides biologiques
	GB16	autre

<b>Contact avec la peau saine</b>	
CS1	prise des constantes (pouls, tension artérielle, température en tympanique...)
CS2	toilette du patient/résident (hors toilette génito-urinaire et siège)
CS3	soins des yeux (hors sécrétions)
CS4	soins des oreilles (hors sécrétions)
CS5	soin du visage
CS6	dépilation (hors muqueuses et organes génitaux)
CS7	habillage
CS8	déshabillage
CS9	mobilisation/installation du patient/résident
CS10	transport/brancardage du patient/résident
CS11	manipulation des lignes d'accès vasculaire secondaire en dehors de celles où circule le sang (contact avec tubulures pour remise en place fixation, vérification du retour veineux, vérification du débit, changement de poche...)
CS12	mise en place d'une sonde à oxygène ou d'un dispositif non invasif pour la respiration
CS13	remplacement d'une sonde oxygène ou d'un dispositif non invasif pour la respiration
CS14	prévention d'escarre/effleurage
CS15	soins du corps : massage, pédicurie, manucure, shampoing (en l'absence effraction cutanée)
CS16	autre

**Annexe 5**  
**Audit Hygiène des mains**  
**Fiche établissement**  
**à joindre aux écouvillons**

Code Établissement : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

N° de l'écouvillon	Date du prélèvement	Codification du soin
1	/ / / /	/ / / /
2	/ / / /	/ / / /
3	/ / / /	/ / / /
4	/ / / /	/ / / /
5	/ / / /	/ / / /
6	/ / / /	/ / / /

**Les écouvillons doivent comporter l'inscription d'informations permettant de les relier facilement aux observations réalisées:**

- **Code établissement**
- **Numéro de l'écouvillon**
- **La codification du soin observé**

# Annexe 6

## Audit Hygiène des mains

### Grille d'observation



## Audit Hygiène des Mains

Grille d'observation

(créer une ligne par geste observé)

Code établissement :      /\_/\_/\_/\_/\_/\_/

N°	Date	Code discipline spécialité	Service	Code UF					
/_/_/	/_/_/	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	_____	_____					
Fonction		Soin		Pré-requis					
/_/_/		/_____/		tenue manche courte, pas de bijoux aux mains et aux poignets, ongles courts et propres, absence de vernis, de résine ou de aux-ongles					
Étudiant <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Friction									
									
A	B	S	C	D	E	F	G	≥20 sec	Séchage spontané
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°	Date	Code discipline spécialité	Service	Code UF					
/_/_/	/_/_/	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	_____	_____					
Fonction		Soin		Pré-requis					
/_/_/		/_____/		tenue manche courte, pas de bijoux aux mains et aux poignets, ongles courts et propres, absence de vernis, de résine ou de aux-ongles					
Étudiant <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Friction									
									
A	B	S	C	D	E	F	G	≥20 sec	Séchage spontané
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Audit Hygiène des Mains

Grille d'observation

(créer une ligne par geste observé)

Code établissement :      /\_/\_/\_/\_/\_/

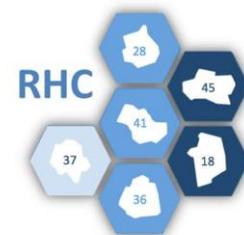
N°	Date	Code discipline spécialité	Service	Code UF					
/_/_/	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/_/_/_/	_____	_____					
Fonction		Soin	Pré-requis						
/___/		/_____/	tenue manche courte, pas de bijoux aux mains et aux poignets, ongles courts et propres, absence de vernis, de résine ou de aux-ongles						
Étudiant <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
Friction									
									
A	B	S	C	D	E	F	G	≥20 sec	Séchage spontané
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°	Date	Code discipline spécialité	Service	Code UF					
/_/_/	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/_/_/_/	_____	_____					
Fonction		Soin	Pré-requis						
/___/		/_____/	tenue manche courte, pas de bijoux aux mains et aux poignets, ongles courts et propres, absence de vernis, de résine ou de aux-ongles						
Étudiant <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
Friction									
									
A	B	S	C	D	E	F	G	≥20 sec	Séchage spontané
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réseau des Hygiénistes du Centre - CPIAS

Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

Pôle de Référence : Centre Hospitalier Universitaire de TOURS



# LIVRET D'INSCRIPTION 2018

## FICHES D'IDENTIFICATION

- |  |       |
|--|-------|
| - Fiches « Établissement »               | 20-21 |
| - Fiches « Destinataires des résultats » | 22-25 |

## INSCRIPTIONS

- |                               |    |
|-------------------------------|----|
| - Audit « Hygiène des Mains » | 26 |
|-------------------------------|----|

ÉDITER LE DOSSIER, LE REMPLIR LISIBLEMENT

ET LE RETOURNER AU RHC

Par courrier : RHC-CPIAS – 2 Bd Tonnellé 37044 TOURS Cedex 9

Par mail : [m.decalonne@chu-tours.fr](mailto:m.decalonne@chu-tours.fr)

**JANVIER 2018**

# MODALITÉS D'INSCRIPTION AUX ACTIONS PILOTÉES PAR LE RHC-CPIAS EN 2018

⇒⇒⇒ L'INSCRIPTION AUX ENQUÊTES RÉGIONALES SE FAIT EXCLUSIVEMENT  
PAR L'ENVOI DE CE DOSSIER AU RHC-CPIAS.

Pour participer à l'audit « Hygiène des Mains » piloté par le RHC-CPIAS, vous devez remplir et renvoyer les documents suivants au RHC-CPIAS

- la fiche d'identification de votre (vos) établissement(s) (p. 20-21)
- la(les) fiche(s) d'identification des destinataires des résultats (p. 22-25)
- la fiche de participation à l'audit « Hygiène des Mains » signée (p. 26)

# FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT

## HORS EMS et SSIAD

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro FINESS juridique établissement |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro FINESS géographique établissement |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

STATUT DE L'ÉTABLISSEMENT :  PUBLIC  PRIVÉ  ESPIC

- Type
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CHU-CHR             | <input type="checkbox"/> HAD                       |
| <input type="checkbox"/> CH > 300 lits       | <input type="checkbox"/> PSY                       |
| <input type="checkbox"/> CH < 300 lits       | <input type="checkbox"/> SSR                       |
| <input type="checkbox"/> Clinique > 100 lits | <input type="checkbox"/> SLD                       |
| <input type="checkbox"/> Clinique < 100 lits | <input type="checkbox"/> Hémodialyse               |
| <input type="checkbox"/> Hôpital local       | <input type="checkbox"/> Divers (à préciser) ..... |

Nombre total de lits de l'établissement |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS (hospitalisation complète) PAR TYPE DE SÉJOUR :**

MED	_ _ _ _ _	SSR	_ _ _ _ _
CHIR	_ _ _ _ _	SLD	_ _ _ _ _
OBS	_ _ _ _ _	PSY	_ _ _ _ _
REA	_ _ _ _ _	DIA	_ _ _ _ _
URG	_ _ _ _ _	NEO NAT	_ _ _ _ _
HAD	_ _ _ _ _	PLACES*	_ _ _ _ _

\*Places = lits d'Hospitalisation de Jour, HTCD, Chimiothérapie...

## FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE EMS

*SI PLUSIEURS EMS RATTACHÉS À VOTRE ÉTABLISSEMENT, REMPLIR UNE FICHE PAR EMS*

NOM DE L'EHPAD ou autre EMS \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

STATUT DE L'EHPAD :  PUBLIC  
 PRIVÉ  
 ESPIC

Numéro FINESS juridique établissement |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Numéro FINESS géographique établissement |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

EST-IL :  Rattaché à un établissement de santé

LEQUEL : \_\_\_\_\_

Indépendant

NOMBRE DE LITS DE L'EHPAD |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## FICHE D'IDENTIFICATION DE VOTRE SSIAD

*SI PLUSIEURS SSIAD RATTACHÉS À VOTRE ÉTABLISSEMENT, REMPLIR UNE FICHE PAR SSIAD*

NOM DE VOTRE SSIAD \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

STATUT DU SSIAD :  PUBLIC  
 PRIVÉ  
 AUTRE : \_\_\_\_\_

RATTACHEMENT A UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :  NON  OUI

SI OUI, LEQUEL : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PATIENTS |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

# FICHE D'IDENTIFICATION DES DESTINATAIRES DES RÉSULTATS DES ACTIONS

L'accord du directeur de l'établissement est un préalable à la participation aux actions.

Les résultats seront EXCLUSIVEMENT transmis par mail :

- pour les établissements de santé et leur(s) EHPAD
  - au Président de CLIN ou au Responsable de la Gestion Des Risques,
  - à l'Hygiéniste responsable pour les établissements de santé et leur(s) EHPAD
  - au Directeur de l'EHPAD
  - au Médecin Coordinateur de l'EHPAD
  
- pour les EHPAD ou autres EMS non rattachés à un établissement de santé
  - au Directeur
  - au Médecin Coordinateur
  - au Référent Hygiène
  
- à l'infirmière coordinatrice pour les SSIAD

# POUR VOTRE ÉTABLISSEMENT de SANTÉ : (1 fiche par établissement)

➔ Merci de renseigner l'organisation actuelle.

## DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM, PRÉNOM : \_\_\_\_\_

e-mail : (obligatoire) \_\_\_\_\_

TEL | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

## *Fonctionnement de l'équipe opérationnelle :*

LE PRÉSIDENT DE CLIN

OUI  NON

NOM, PRÉNOM : \_\_\_\_\_

e-mail : (obligatoire) \_\_\_\_\_

TEL | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

LE RESPONSABLE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

OUI  NON

NOM, PRÉNOM : \_\_\_\_\_

e-mail : (obligatoire) \_\_\_\_\_

TEL | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

LE RESPONSABLE HYGIÉNISTE DE L'ENQUÊTE

NOM, PRÉNOM : \_\_\_\_\_

e-mail : (obligatoire) \_\_\_\_\_

TEL | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

**POUR VOTRE EMS : \_\_\_\_\_**  
**(1 fiche par établissement)**

**LE DIRECTEUR DE L'EHPAD**

**NOM, PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**E-mail : (obligatoire)** \_\_\_\_\_

**TEL** | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

**LE MÉDECIN COORDONNATEUR (ou si poste vacant, CADRE DE SANTÉ),**

**NOM, PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**e-mail : (obligatoire)** \_\_\_\_\_

**TEL** | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

**LE RÉFÉRENT HYGIÈNE,**

**NOM, PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**e-mail : (obligatoire)** \_\_\_\_\_

**TEL** | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

**POUR VOTRE SSIAD : \_\_\_\_\_**  
**(1 fiche par établissement)**

**LE DIRECTEUR DU SSIAD**

**NOM, PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**e-mail : (obligatoire)** \_\_\_\_\_

**TEL** | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

**L'INFIRMIER(IÈRE) COORDINATEUR(RICE),**

**NOM, PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**e-mail : (obligatoire)** \_\_\_\_\_

**TEL** | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ |

# AUDIT HYGIÈNE DES MAINS

- ⇒ **Priorité régionale 2018** pilotée en région
- ⇒ Pour **tous les établissements de santé**
- ⇒ Pour **tous les établissements médico-sociaux**

## CALENDRIER

	Période de l'enquête	Date limite de saisie des fiches
observation des pratiques	Du 15/03/18 au 15/07/18	15/09/2018

## INSCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT



Si inscription de plusieurs EHPAD :

Si Directeur et Med co identiques pour tous les EHPAD => ne remplir qu'1 formulaire

Si Directeur et Med co différents pour chaque EHPAD => remplir 1 formulaire par EHPAD

EHPAD (préciser le ou les noms des EHPAD concernés) à inscrire : \_\_\_\_\_

Le protocole d'enquête sera présenté et validé par le groupe de travail régional lors de la réunion du **20 février 2018**.

Les données recueillies seront saisies directement sur le WEB **avant le 15/09/18**.

## SIGNATURES DES ACCORDS

### POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, SIGNATURES DES ACCORDS

LE PRÉSIDENT DE CLIN  
OU RESP. RISQUE INFECTIEUX

L'HYGIÉNISTE

### POUR LES EHPAD, MAS, FAM..., SIGNATURES DES ACCORDS

LE DIRECTEUR

LE MÉDECIN COORDONNATEUR