

# Point en Hygiène Hospitalière

**RRESO**  
**1<sup>er</sup> février 2007**

**Sylvie JOURDAIN et Lénaïg DANIEL**  
Service de santé publique,  
Hygiène Hospitalière  
Évaluation




## Objectifs

- **Bilan des moyens de prévention du risque infectieux lié**
  - aux pratiques professionnelles
  - à l'environnement
- **Créer une collaboration entre UHH et Unités**
- **Cibler les orientations de travail de l'UHH**

# Méthodologie

- **Audit à la demande des unités**
- **Recueil de données**
  - Visite de 2h maximum
  - Avec le cadre de santé, le correspondant en Hygiène Hospitalière et un membre de l'UHH
  - Grille de 40 critères et guide de remplissage
    - Grille et guide sont préalablement transmis à l'unité auditée
    - Critères répartis par thème
    - Critères détaillés dans le guide
    - A chaque critère correspond une réponse par :
      - OUI : l'unité satisfait complètement le critère
      - NON : l'unité ne satisfait pas ou que partiellement le critère
      - NA : le critère n'est pas applicable dans l'unité
      - OBSERVATIONS

# Guide de remplissage

	<b>Le point sur l'Hygiène Hospitalière... Guide de remplissage</b>	<b>Service de Santé Publique, Hygiène Hospitalière et Evaluation</b>
---	--	--

Service : *libellé de l'unité*

U.F. : *code de l'unité fonctionnelle*

Date : *jour de la visite*

Référents du service : *nom du cadre de santé et du correspondant en hygiène hospitalière*

<b>OBJECTIF</b>	Faire un état des lieux des moyens de prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement dans les unités de soins. L'objectif est l'amélioration de la prévention des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.
<b>METHODOLOGIE</b>	Il s'agit de répondre aux critères de la grille d'évaluation en collaboration avec le cadre de santé de l'unité, le correspondant en Hygiène Hospitalière et un membre de l'Unité d'Hygiène Hospitalière.  Le recueil de données est réalisé lors d'une visite dans l'unité d'une durée estimée à 2h maximum. La grille est préalablement transmise au cadre de santé de l'unité et au correspondant en Hygiène Hospitalière pour leur permettre de préparer la visite.  L'analyse des réponses est réalisée par l'Unité d'Hygiène Hospitalière et les résultats sont rapidement transmis au chef de service et au cadre de santé pour information et diffusion. Les actions d'amélioration sont à l'initiative de l'unité auditée.
<b>CRITERES</b>	Les critères sont répartis par thème. A chaque critère correspond une réponse par : <b>OUI</b> : l'unité satisfait complètement le critère. <b>NON</b> : l'unité ne satisfait pas ou que partiellement le critère. <b>NA</b> : le critère n'est pas applicable dans l'unité. <b>OBSERVATIONS</b> : des précisions ou des commentaires concernant le critère peuvent être apportées si nécessaire.  Les critères sont détaillés ci-dessous ainsi que les réponses attendues, issues des recommandations institutionnelles.

## Guide de remplissage

<b>Généralités</b>	
01- Classeur Hygiène Hospitalière actualisé et accessible.	Le Classeur "Hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales" comporte l'ensemble des protocoles institutionnels diffusés et actualisés. Les protocoles du service sont insérés dans la partie du classeur prévue à cet effet. Le classeur est facilement accessible à l'ensemble des professionnels et des étudiants du service 24h/24 et 7jours/7.
02- Correspondant paramédical en Hygiène Hospitalière identifié.	Un professionnel paramédical de l'unité (ou du service) est identifié comme correspondant en hygiène hospitalière.
03- Messagerie électronique accessible au correspondant paramédical.	Le correspondant paramédical a une adresse électronique du CHU. Il peut facilement accéder à sa messagerie.
04- Correspondant médical en Hygiène Hospitalière identifié.	Un professionnel médical de l'unité (ou du service) est identifié comme correspondant en hygiène hospitalière.
05- Signalement des infections nosocomiales organisé au sein du service.	Les infections nosocomiales font l'objet d'un signalement au référent de l'établissement.
<b>Risques professionnels</b>	
06- Postes de lavage des mains équipés (savon, essuie-mains à usage unique, poubelle non manuelle).	Les postes de lavage des mains sont équipés de savon liquide avec une pompe de distribution, d'essuie-mains à usage unique et d'une poubelle à ouverture non manuelle.
07- Mise à disposition de produit hydro-alcoolique pour la désinfection des mains.	Les professionnels disposent de flacons de produit hydro-alcoolique.
08- Affichage de la conduite à tenir en cas d'A.E.S.	Les consignes de conduite à tenir en cas d'accident par exposition au sang et aux liquides biologiques sont affichées.
09- Mise à disposition de 7 tenues de travail par professionnel.	Chaque professionnel a 7 tenues mises à sa disposition permettant un changement quotidien.

## Guide de remplissage

<b>CRITERES</b>	
<b>Techniques de soins</b>	
10- Mise à disposition et utilisation du matériel sécurisé lors des soins.	Le matériel de sécurité, disponible au CHU de Brest, est mis à disposition des professionnels : pince Tactil, corps de prélèvement éjectable, épicroaniennes, aiguille de prélèvement d'hémoculture, dispositif de prélèvement d'urine, aiguille pour prélèvement veineux, lancettes rétractables, etc.
11- Mise à disposition et utilisation de matériel permettant le sondage urinaire en système clos.	Le matériel (sonde et sac collecteur) mis à disposition pour la réalisation d'un sondage urinaire à demeure est stérile. Le sac collecteur a un site de prélèvement.
12- Aide à la toilette du patient : utilisation de flacon distributeur de savon.	Les professionnels qui aident à la toilette d'un patient utilisent un savon liquide fourni par l'établissement. Il n'est pas recommandé d'utiliser de savon sous forme de pain.
<b>Isolément du patient</b>	
13- Mise à disposition et utilisation de la fiche individualisée de conduite à tenir en cas de patient infecté.	La fiche d'aide à l'isolement du patient infecté est utilisée afin d'adapter les mesures d'isolement à chaque patient. Elle mise à disposition des professionnels.
14- Mise à disposition et utilisation de la signalétique permettant l'identification d'un patient en isolement septique ou protecteur.	Lorsqu'un patient est en isolement septique ou protecteur, un panneau "Merci de prendre contact avec l'infirmier" permet d'identifier la chambre du patient.
15- Mise à disposition et utilisation de la signalétique en cas de déplacement ou de transfert intra-CHU du patient infecté.	Lorsqu'un patient infecté se déplace pour une consultation ou pour un examen, un autocollant (silhouette verte ou noire avec poumons rouge) est utilisé, permettant de signaler aux professionnels des autres services la mise en œuvre de précautions particulières. Cette signalétique est également utilisée dans le cas d'un transfert de patient infecté intra-CHU.
16- Mise à disposition et utilisation du guide du malade isolé pour l'information du patient infecté.	Le patient pour lequel une prescription d'isolement septique a été faite reçoit le "guide du malade isolé".
17- Mise à disposition de blouses d'isolement.	Des blouses d'isolement sont mises à la disposition des professionnels au cours des soins à un patient en isolement septique (isolement contact).

## Guide de remplissage

Produits et matériels de soins	
18- Flacons de produits antiseptiques et hydro-alcooliques datés et péremption respectée.	La date de fin d'utilisation des produits antiseptiques et hydro-alcooliques est indiquée sur chaque flacon entamé.
19- Pompes distributrices de savon antiseptique entretenues.	Les pompes réutilisables des flacons de savon antiseptique sont nettoyées et désinfectées avant l'ouverture d'un nouveau flacon.
20- Affichage de la fiche technique sur l'utilisation des masques en milieu de soins.	L'affiche "Quel masque choisir ?" (FT.MAS.01) est aisément consultable par les professionnels du service.
21- Mise à disposition de masques médicaux et de protection respiratoire.	Les masques chirurgicaux (ou de soins), les masques de protection respiratoire et si nécessaire les masques anti-projection sont mis à disposition des professionnels du service.
22- Affichage de la fiche technique sur l'utilisation des gants en milieu de soins.	L'affiche "Utilisation des gants en milieu de soins" (FT.PRMA.02) est aisément consultable par les professionnels du service.
23- Mise à disposition de gants.	Les gants nécessaires aux soins et aux activités du service sont mis à disposition des professionnels.
24- Mise à disposition de protections oculaires (lunettes, masque à visière).	Des lunettes et/ou des masques à visière sont mis à disposition des professionnels pour se protéger lors des soins et des activités à risque de projections.

## Guide de remplissage

Traitement des dispositifs médicaux (DM)	
25- Procédure d'entretien des DM adaptée au niveau du risque infectieux. Traçabilité des actes réalisés.	<p>Les procédures d'entretien des DM respectent les précautions standard : le matériel a subi une procédure d'entretien (désinfection ou stérilisation) avant d'être réutilisé.</p> <p>Les DM non critiques sont traités dans un bain d'Hexanios® pendant 15 min. Les bassins, les urinaux sont traités dans un lave bassin.</p> <p>Les DM semi critiques thermorésistants sont autoclavés. Les DM semi critiques thermosensibles sont traités dans un bain d'acide peracétique ou de glutaraldéhyde pendant le temps préconisé par le fabricant. Une traçabilité patient/DM/désinfection est mise en place.</p> <p>Les DM critiques thermorésistants sont autoclavés. Les DM critiques thermosensibles sont traités dans un bain d'acide peracétique ou de glutaraldéhyde pendant le temps préconisé par le fabricant. Une traçabilité patient/DM/désinfection est mise en place.</p>
26- Utilisation et gestion adaptées des produits désinfectants pour DM. Traçabilité des actes réalisés.	Les désinfectants utilisés sont adaptés aux DM utilisés dans le service. La fréquence de renouvellement des bains de désinfectant est conforme : tous les 7 jours pour l'Hexanios®, tous les 7 jours ou les 50 passages pour l'Antioxyde 1000®, etc. Une traçabilité est mise en place permettant la gestion des désinfectants.

## Guide de remplissage

CRITERES	
Maîtrise de l'environnement	
27- Circuit identifié et adapté à l'élimination du linge, dont le linge contaminé.	L'élimination du linge sale et du linge contaminé est organisée. Elle respecte les précautions standard. Le linge contaminé doit être évacué du service dans un emballage étanche, fermé.
28- Affichage du circuit d'élimination des déchets hospitaliers.	L'affiche "Circuit d'élimination des déchets hospitaliers" est aisément consultable par les professionnels du service.
29- Circuit identifié et adapté à l'élimination des déchets, dont les DASRI.	L'élimination des déchets domestiques, des déchets d'activité de soins à risques infectieux, et le cas échéant l'élimination des pièces anatomiques, des déchets à risques chimiques et toxiques, des déchets radioactifs est organisée.
30- Mise à disposition et utilisation des emballages adaptés aux DASRI.	Des sacs jaunes et des conteneurs de tailles adaptées aux soins réalisés dans le service sont mis à disposition des professionnels. Les précautions standard sont respectées : le matériel piquant tranchant à usage unique est déposé immédiatement après usage sans manipulation de ce matériel dans un conteneur adapté dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. Ce conteneur doit être stabilisé et sa fermeture provisoire utilisée. Les DASRI sont évacués du service dans un emballage étanche, fermé.
31- Existence d'une procédure de bionettoyage des locaux. Traçabilité des actes réalisés.	Le bionettoyage des chambres, des salles de bain, des postes de soins et des voies de circulation est organisé. Une traçabilité est mise en place permettant le suivi des actes réalisés.
32- Existence d'une procédure d'entretien du réfrigérateur utilisé pour les produits et matériels de soins. Traçabilité des actes réalisés.	Le bionettoyage du réfrigérateur est organisé. Une traçabilité est mise en place permettant le suivi des actes réalisés.
33- Utilisation et gestion adaptées des produits d'entretien.	Les détergents et les désinfectants utilisés pour le bionettoyage des surfaces sont adaptés. La fréquence de renouvellement de l'Aniosurf <sup>®</sup> est quotidien.
34- Matériels utilisés pour le bionettoyage entretenus. Traçabilité des actes réalisés.	Le matériel utilisé pour le bionettoyage est régulièrement entretenu. Une traçabilité est mise en place permettant le suivi des actes réalisés.
35- Prévention de la légionellose nosocomiale organisée au sein du service.	Le protocole de prévention de la légionellose nosocomiale dans les unités de soins est mis en œuvre dans le service.

## Guide de remplissage

Office alimentaire	
36- Mise à disposition de tenues pour la manipulation et la distribution des repas.	Des tenues spécifiques pour la manipulation et la distribution des repas sont mises à disposition des professionnels.
37- Existence d'une procédure de bionettoyage de l'office. Traçabilité des actes réalisés.	Le bionettoyage de l'office alimentaire est organisé. Une traçabilité est mise en place permettant le suivi des actes réalisés.
38- Existence d'une procédure d'entretien du matériel. Traçabilité des actes réalisés.	Le nettoyage du réfrigérateur, du four, du four à micro-ondes et du lave-vaisselle est organisé. Une traçabilité est mise en place permettant le suivi des actes réalisés.
39- Utilisation et gestion adaptées des produits d'entretien.	Les détergents et les désinfectants utilisés pour le bionettoyage des surfaces sont adaptés et autorisent le contact alimentaire.
40- Matériels utilisés pour le bionettoyage entretenus. Traçabilité des actes réalisés.	Le matériel utilisé pour le bionettoyage est régulièrement entretenu. Une traçabilité est mise en place permettant le suivi des actes réalisés.
<b>CONCLUSION</b>	Le nombre de critères satisfaits est rapporté aux critères étudiés afin d'obtenir le taux de conformité de l'unité.
<b>Points forts</b>	Bilan des critères conformes aux attentes.
<b>Points à améliorer</b>	Bilan des critères à améliorer. Certains points peuvent être complétés par un audit ciblé, d'autres faire l'objet d'une information ou d'une formation. Les actions d'amélioration sont à l'initiative de l'unité auditée.


## Méthodologie

- **Analyse par l'Unité d'Hygiène Hospitalière**
  - Score % : nombre de critères satisfaits/critères applicables
    - Suivi de l'évolution par unité
  - Points forts
  - Points à améliorer
  - Validation par médecin hygiéniste
- **Analyse interne par critère**
  - Base de données
  - Mesurer l'acquisition d'un critère

## Méthodologie

- **Résultats**
  - Rapide
  - Transmis par courrier pour information et diffusion :
    - chef de service
    - cadre de santé
    - Correspondant en hygiène hospitalière
- **Actions d'amélioration sont à l'initiative de l'unité auditée**
- **Nouveau point en hygiène : 1 an**

## Unité XXX

	<b>Le point sur l'Hygiène Hospitalière dans votre unité</b>	Service de Santé Publique, Hygiène Hospitalière et Evaluation
---	---	---

Service : **HC XXX** U.F. : **1234** Date : **1<sup>er</sup> décembre 2006**

Référents du service : Mme S. XXX (CS), Mme E. XXX (IDE correspondant HH)

CRITERES	OUI	NON	NA	OBSERVATIONS
<b>Généralités</b>				
01- Classeur Hygiène Hospitalière actualisé et accessible.	✗			
02- Correspondant paramédical en Hygiène Hospitalière identifié.	✗			
03- Messagerie électronique accessible au correspondant paramédical.		✗		
04- Correspondant médical en Hygiène Hospitalière identifié.		✗		
05- Signalement des infections nosocomiales organisé au sein du service.		✗		
<b>Risques professionnels</b>				
06- Postes de lavage des mains équipés (savon, essuie-mains à usage unique, poubelle non manuelle).	✗			
07- Mise à disposition de produit hydro-alcoolique pour la désinfection des mains.	✗			
08- Affichage de la conduite à tenir en cas d'A.E.S.	✗			
09- Mise à disposition de 7 tenues de travail par professionnel.	✗			

## Unité XXX

<b>Techniques de soins</b>				
10- Mise à disposition et utilisation du matériel sécurisé lors des soins.	✗			
11- Mise à disposition et utilisation de matériel permettant le sondage urinaire en système clos.		✗		Absence de poche de recueil d'urine stérile.
12- Aide à la toilette du patient : utilisation de flacon distributeur de savon.		✗		Des savons sous forme de pain sont utilisés pour la toilette des patients.
<b>Isolement du patient</b>				
13- Mise à disposition et utilisation de la fiche individualisée de conduite à tenir en cas de patient infecté.		✗		
14- Mise à disposition et utilisation de la signalétique permettant l'identification d'un patient en isolement septique ou protecteur.	✗			
15- Mise à disposition et utilisation de la signalétique en cas de déplacement ou de transfert intra-CHU du patient infecté.		✗		L'autocollant "bonhomme vert" n'est pas utilisé en cas de patient infecté lors des consultations ou des examens.
16- Mise à disposition et utilisation du guide du malade isolé pour l'information du patient infecté.		✗		Le guide du "malade isolé" n'est pas connu.
17- Mise à disposition de blouses d'isolement.	✗			

## Unité XXX

Produits et matériels de soins				
18- Flacons de produits antiseptiques et hydro-alcooliques datés et péremption respectée.	x			
19- Pompes distributrices de savon antiseptique entretenues.			x	
20- Affichage de la fiche technique sur l'utilisation des masques en milieu de soins.	x			
21- Mise à disposition de masques médicaux et de protection respiratoire.	x			
22- Affichage de la fiche technique sur l'utilisation des gants en milieu de soins.	x			
23- Mise à disposition de gants.	x			
24- Mise à disposition de protections oculaires (lunettes, masque à visière).	x			
Traitement des dispositifs médicaux				
25- Procédure d'entretien des DM adaptée au niveau du risque infectieux. Traçabilité des actes réalisés.		x		L'installation d'un lave-bassin est en cours.
26- Utilisation et gestion adaptées des produits désinfectants pour DM. Traçabilité des actes réalisés.		x		Les désinfectants utilisés sont adaptés au niveau de risque infectieux des DM mais leur dilution n'est pas toujours respectée. Absence de traçabilité.

## Unité XXX

Maîtrise de l'environnement				
27- Circuit identifié et adapté à l'élimination du linge, dont le linge contaminé.	x			
28- Affichage du circuit d'élimination des déchets hospitaliers.	x			
29- Circuit identifié et adapté à l'élimination des déchets, dont les DASRI.	x			
30- Mise à disposition et utilisation des emballages adaptés aux DASRI.	x			Etudier la pertinence de collecteurs de petite taille dans la chambre des patients.
31- Existence d'une procédure de bionettoyage des locaux. Traçabilité des actes réalisés.		x		Le bionettoyage est réalisé dans l'ensemble des locaux mais sa traçabilité n'est effective que pour les chambres. Absence de procédure écrite de bionettoyage.
32- Existence d'une procédure d'entretien du réfrigérateur utilisé pour les produits et matériels de soins. Traçabilité des actes réalisés.		x		L'entretien du réfrigérateur est à organiser et sa traçabilité est à mettre en place.
33- Utilisation et gestion adaptées des produits d'entretien.	x			Revoir la dilution de l'Aniosurfi® et du Deterg'anhos®. Eviter l'utilisation systématique de la crème à récurer.
34- Matériels utilisés pour le bionettoyage entretenus. Traçabilité des actes réalisés.		x		L'entretien du matériel de bionettoyage est réalisé mais sa traçabilité est inexistante.
35- Prévention de la légionellose nosocomiale organisée au sein du service.		x		Le protocole institutionnel n'est pas mis en œuvre.
Office alimentaire				
36- Mise à disposition de tenues pour la manipulation et la distribution des repas.	x			
37- Existence d'une procédure de bionettoyage de l'office. Traçabilité des actes réalisés.	x			
38- Existence d'une procédure d'entretien du matériel. Traçabilité des actes réalisés.	x			
39- Utilisation et gestion adaptées des produits d'entretien.		x		Revoir la dilution du Deterg'anhos® (détergent pour le sol).
40- Matériels utilisés pour le bionettoyage entretenus. Traçabilité des actes réalisés.		x		



## Unité XXX

<b>CONCLUSION</b>	<b>23 critères conformes sur 39 évalués soit un taux de conformité de 59%. 1 critère est non applicable sur 40.</b>
<b>Points forts</b>	<p>✓ <b>Implication du service dans la prévention du risque infectieux lié aux soins :</b> Les professionnels du service ont à leur disposition les moyens nécessaires à la mise en œuvre des précautions standard, et à la prévention des AES.</p>
<b>Points à améliorer</b>	<p>✓ <b>Prévention du risque infectieux lors des soins :</b> Nous recommandons l'utilisation de poche de recueil d'urines stérile pour la pratique du sondage urinaire en système clos.</p> <p>✓ <b>Prévention du risque infectieux lors de la réalisation de la toilette du patient :</b> Nous recommandons l'utilisation du savon doux liquide fourni par l'établissement pour la toilette du patient.</p> <p>✓ <b>Prévention du risque infectieux lié à l'environnement :</b> La prévention de la légionellose nosocomiale est à organiser.</p> <p>✓ <b>Utilisation des produits détergent et désinfectant (Deterg'arios®, Hexanios®, Aniosurf®, etc.) :</b> Il est important d'utiliser les produits détergent et désinfectant aux conditions recommandées par le fabricant (dilution, temps de contact, etc.) afin de garantir la qualité de la procédure d'entretien et de ne pas altérer les matériaux.</p> <p>✓ <b>Information du patient en isolement septique :</b> Il serait pertinent de diffuser l'information de l'isolement septique d'un patient aux services l'accueillant pour un examen ou une consultation, ou lors d'un transfert intra CHU.  Il serait pertinent de diffuser le "Guide du malade isolé" aux patients concernés. C'est un outil destiné à l'information du patient.</p>

Référent UHH : XXX

Relecteur UHH : XXX

## Actions d'amélioration : unité XXX

- **A l'initiative de l'unité**
- **Ajustement à court terme**
  - Ajustement des commandes de matériel
  - Information sur la bonne dilution des produits
  - Information "isolement septique"
    - Existence d'un guide destiné aux patients
    - Existence d'une signalétique spécifique

## Bilan au 1er février 2007...

24 unités ont participé

CRITERES	RESULTATS
06-Postes de lavage de mains équipés	22/24
07-Mise à disposition de solution hydro-alcoolique	24/24
11-Mise à disposition et utilisation de matériel permettant le sondage urinaire en système clos	15/16
21-Mise à disposition de masques médicaux et de protection respiratoire	17/24
22-Mise à disposition de protections oculaires	21/24

## Bilan au 1er février 2007...

CRITERES	RESULTATS
04-Correspondant médical en hygiène hospitalière identifié	4/24
05-Signalement des infections nosocomiales organisé au sein du service	0/17
18-Flacons de produits antiseptiques et hydro-alcooliques datés et péremption respectée	10/24
32-Existence d'une procédure d'entretien du réfrigérateur utilisé pour les produits et matériels de soins. Traçabilité des actes réalisés	6/24
35-Prévention de la légionellose nosocomiale organisée au sein du service	4/22

## Conclusion...

- **Pour les unités**
  - Sensibilisation de toute l'équipe
  - Détermination facilitée des actions d'amélioration
- **Travaux institutionnels**
  - Outil de signalement interne
  - Outils de traçabilité du bionettoyage
- **Perspective**
  - 1 passage annuel dans les 100 unités
  - Processus systématique