



Guide de remplissage du Diagnostic d'Hygiène Hospitalière

*Nom ou Logo
établissement*

Pôle : *libellé du pôle* Spécialité : *libellé de la spécialité* U.F. : *libellé ou code de l'unité fonctionnelle* Date : *jour de la visite*

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

OBJECTIF	Faire un état des lieux de la prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement dans les unités fonctionnelles.
METHODOLOGIE	<p>Il s'agit de répondre aux critères de la grille d'évaluation en collaboration avec le cadre de santé de l'unité et/ou le correspondant en hygiène hospitalière et un membre de l'unité d'hygiène hospitalière.</p> <p>Le recueil de données est réalisé lors d'une visite dans l'unité fonctionnelle d'une durée estimée à 2h maximum. Il s'effectue par observation et/ou par entretien.</p> <p>La grille peut être préalablement transmise au cadre de santé de l'unité fonctionnelle et au correspondant en hygiène hospitalière pour leur permettre de préparer la visite.</p> <p>L'analyse des réponses est réalisée par l'unité d'hygiène hospitalière. Les résultats sont rapidement transmis au responsable médical, au cadre de santé et au correspondant en hygiène de l'unité fonctionnelle pour information et diffusion. Les actions d'amélioration sont à l'initiative de l'unité fonctionnelle audité.</p>
CRITERES	<p>Les critères sont répartis par thème. A chaque critère correspond une réponse par :</p> <p>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. VU : pratique observée. OBSERVATIONS : des précisions ou des commentaires concernant le critère peuvent être apportées si nécessaire.</p> <p>Les critères sont détaillés ci-dessous ainsi que les réponses attendues, issues des recommandations nationales et/ou institutionnelles</p>

Connaissance de la politique d'Hygiène Hospitalière	
01- Classeur Hygiène Hospitalière actualisé, accessible et connu par tous.	Le Classeur d'Hygiène Hospitalière, version papier ou électronique, comporte l'ensemble des protocoles institutionnels diffusés et actualisés. 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 et connu comme correspondant en hygiène hospitalière.
03- Correspondant médical en Hygiène Hospitalière identifié.	Un professionnel médical de l'unité (ou du service) est identifié et connu comme correspondant en hygiène hospitalière.
04- Signalement des infections nosocomiales organisé au sein du service.	Les infections nosocomiales font l'objet d'un signalement au référent de l'établissement.

Hygiène des mains et tenue	
05- Postes de lavage des mains équipés.	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.
06- Mise à disposition et utilisation de produit hydro-alcoolique pour la désinfection des mains.	Les professionnels disposent de flacons de produit hydro-alcoolique et les utilisent. La date de péremption du produit est respectée.
07- Conformité de la tenue.	Tenue à manches courtes, absence de bijoux sur les mains et les avant-bras, cheveux attachés, absence de gilet, etc.

CRITERES	
Risques professionnels	
08- Affichage et connaissance 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 et sont connues.
09- Mise à disposition et utilisation du matériel sécurisé lors des soins.	Le matériel de sécurité, disponible dans l'établissement, est mis à disposition et utilisé des professionnels.
10- Utilisation adaptée des collecteurs pour piquants et tranchants.	Le collecteur est utilisé à proximité du soin. Il est rempli dans la limite de sa capacité, le couvercle est solidaire de la boîte et la fermeture provisoire est utilisée.
11- Mise à disposition et utilisation de masques médicaux et de protection respiratoire individuelle.	Les masques chirurgicaux (ou de soins), les masques de protection respiratoire individuelle et si nécessaire les masques anti-projection sont mis à disposition des professionnels du service et sont utilisés.
12- Mise à disposition et utilisation de gants.	Les gants nécessaires aux soins et aux activités du service sont mis à disposition des professionnels et sont utilisés selon les recommandations.
13- Mise à disposition et utilisation 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. Les protections oculaires sont utilisées.

Techniques de soins	
14- 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. Le matériel est utilisé.
15- Flacons de produits antiseptiques datés et péremption respectée.	La date d'ouverture ou de fin d'utilisation des produits antiseptiques est indiquée sur chaque flacon entamé. Le flacon est fermé.
16- Chariot de nursing entretenu.	Le chariot de nursing est entretenu, organisé et rangé, y compris le matériel pour les soins bucco-dentaires.
17- Respect de la préparation cutanée.	Le protocole de l'établissement est respecté (ex. : pose de cathéter, préparation cutanée de l'opéré, etc).
18- Utilisation adaptée des sondes d'aspiration bronchique.	Utilisation d'une sonde par aspiration.
19- Entretien de l'aérosol après chaque séance.	Le protocole de l'établissement est respecté.

Isolement du patient	
20- 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 permet d'identifier la chambre du patient.
21- 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 (précautions "contact").

Traitement des dispositifs médicaux (DM)	
22- Procédure de traitement des DM adaptée au niveau du risque infectieux.	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. Les DM non critiques sont traités par un détergent-désinfectant. 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. 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.
23- Procédure de traitement des bassins et des urinaux adaptée.	Les bassins, les urinaux sont traités dans un lave bassin si l'établissement en dispose.
24- Traçabilité du traitement des DM réalisée.	Il existe une traçabilité du traitement des DM critiques et semi-critiques.
25- Utilisation et gestion adaptées des produits détergents et/ou désinfectants pour DM.	Les produits sont adaptés aux DM utilisés dans le service. La fréquence de renouvellement des bains est conforme.

CRITERES	
Maîtrise de l'environnement	
26- Circuit identifié et adapté à l'élimination du linge, dont le linge contaminé.	L'élimination du linge est organisée. Elle respecte les précautions standard. Le linge contaminé doit être évacué du service dans un emballage étanche, fermé.
27- Circuit du linge propre identifié et adapté.	Les lieux de stockage sont identifiés et propres. La manipulation du linge se fait dans le respect des précautions standard.
28- Connaissance du circuit des déchets hospitaliers.	L'affiche ou le protocole de l'établissement est connu par les professionnels : emballages, tri, élimination, etc.
29- Le circuit des déchets, y compris les DASRI, est respecté. Mise à disposition et utilisation des emballages adaptés aux 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 organisé et respecte le protocole. Des sacs jaunes et des collecteurs pour piquants-tranchants de tailles adaptées aux soins réalisés dans le service sont mis à disposition des professionnels et utilisés. Les DASRI sont évacués du service dans un emballage étanche, fermé.
30- Le bionettoyage des locaux est effectué et tracé.	Le bionettoyage des locaux (chambres, salles de bains, postes de soins, voies de circulation, etc) respecte le protocole de l'établissement. Une traçabilité est mise en place.
31- L'entretien du réfrigérateur utilisé pour les produits et matériels de soins est effectué et tracé, la température est contrôlée.	Le bionettoyage du réfrigérateur respecte le protocole de l'établissement. Une traçabilité est mise en place.
32- Utilisation et gestion adaptées des produits d'entretien.	Les détergents et les désinfectants utilisés pour le bionettoyage des surfaces sont adaptés et leur fréquence de renouvellement est respectée. Les contenants sont identifiés.
33- Matériels utilisés pour le bionettoyage entretenus.	Le matériel utilisé pour le bionettoyage est entretenu.
34- Mise en œuvre du protocole de prévention de la légionellose nosocomiale.	Le tirage d'eau pour la prévention de la légionellose nosocomiale est organisé au sein du service.

Office alimentaire	
35- Mise à disposition et utilisation 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 et portées par les professionnels.
36- Le bionettoyage de l'office est effectué et tracé.	Le bionettoyage de l'office alimentaire respecte le protocole de l'établissement. Une traçabilité est mise en place.
37- L'entretien du matériel est effectué et tracé, la température du réfrigérateur est contrôlée.	Le matériel (réfrigérateur, four, four micro-ondes, lave-vaisselle, etc) est entretenu et l'entretien respecte le protocole de l'établissement. Une traçabilité est mise en place.
38- 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.
39- Matériels utilisés pour le bionettoyage entretenus.	Le matériel utilisé pour le bionettoyage est entretenu.

CONCLUSION	Le nombre de critères satisfaits est rapporté aux critères étudiés afin d'obtenir le taux de conformité de l'unité.
Points forts	Bilan des critères conformes aux attentes.
Points à améliorer	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 audité.

BIBLIOGRAPHIE	<ul style="list-style-type: none"> • Classeur d'Hygiène hospitalière de l'établissement. • Comité technique national des infections nosocomiales, Ministère de l'emploi et de la solidarité. <i>Désinfection des dispositifs médicaux</i>. 1998. • Comité technique national des infections nosocomiales, Ministère de l'emploi et de la solidarité. <i>100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales</i>. 1999.
----------------------	---