



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**

### **Consignes de remplissage**

**Thème**

**Infections Associées aux soins  
(IAS)**

*Indicateur « Bonnes pratiques de précautions  
complémentaires contact »*

## **Campagne IQSS 2021**

[contact.iqss@has-sante.fr](mailto:contact.iqss@has-sante.fr)

**Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)  
Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (EvOQSS)**

Version : mars 2021

**Objet : consignes explicitant les critères des grilles de recueil de l'indicateur « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact » pour la campagne 2021**

Ces consignes explicitent les questions de la grille de recueil auditant le dossier du patient pour l'indicateur « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact » ainsi que le questionnaire établissement.

**Consignes pour la grille de recueil de l'indicateur : « Bonnes pratiques de précautions complémentaires contact »**

| N°   | Libellés de la grille          | Instructions   |
|--|--------------------------------|--|
| <b>Identification - structure</b>                        |                                |  |
| FINESS   | Numéro FINESS enquêté          | Le numéro FINESS de l'établissement enquêté s'affiche automatiquement sur la grille. |
| RS_FINESS  | Nom de l'établissement enquêté | Le nom de l'établissement s'affiche automatiquement.                                 |
| FINESS_PMSI  | FINESS PMSI de l'établissement | Le FINESS PMSI de l'établissement s'affiche automatiquement.                         |
| RS_FINESS_PMSI   | Raison sociale du FINESS_PMSI  | La raison sociale PMSI de l'établissement s'affiche automatiquement.                 |
| <b>Identification - tirage au sort et date de saisie</b> |                                |  |
| D_Saisie   | Date de la saisie              | La date de la dernière saisie enregistrée s'affiche automatiquement.                 |

## Identification - caractéristiques du séjour patient

|          |                              |                           |
|----------|------------------------------|---------------------------|
| D_Finsej | Date de fin du séjour<br>MCO | S'affiche automatiquement |
| DureeSej | Durée du séjour              | S'affiche automatiquement |

|           |   |  |
|-----------|---|--|
| GHM       | Groupe Homogène de malades                  | S'affiche automatiquement  |
| Service   | Service (ou pôle)                           | Indiquez le service où le patient est pris en charge.<br>La saisie n'est pas obligatoire pour cette variable.<br>L'établissement souhaitant disposer d'informations par service (ou pôle) doit renseigner celle-ci. Le cas échéant, il convient d'établir une liste de correspondance où chaque service (ou pôle) est identifié par un code alphanumérique comportant au maximum 5 caractères. |
| Age       | Age du patient à la date d'entrée du séjour | S'affiche automatiquement  |
| Sexe      | Sexe du patient                             | S'affiche automatiquement  |
| Code_diag | Diagnostic CIM-10 retenu                    | S'affiche automatiquement  |

### Identification - caractéristiques du dossier à analyser

|      |         |   |
|------|---------|---|
| ID_1 | Dossier | <p><b>Cocher « Retrouvé et analysable »</b> si le dossier peut être analysé.</p> <p><b>Cocher « Retrouvé avec incohérence PMSI »</b> dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séjour &lt; 72 heures (3 nuits) ;</li> <li>▪ Séjours d'enfant de moins de 5 ans avec un <i>Clostridium difficile</i> ;</li> <li>▪ Erreur GHM lorsque le GHM issu du PMSI apparaît incompatible avec le contenu du dossier.</li> <li>▪ Aucun germe n'est retrouvé dans le dossier tiré au sort</li> </ul> <p>Dans ces cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier.</p> <p><b>Cocher « Dossier retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées »</b> s'il est explicitement mentionné dans le dossier que le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier.</p> <p><b>Cocher « Dossier non retrouvé »</b> si le dossier n'est pas retrouvé. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier.</p> |
|------|---------|---|

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| ID_2 à ID_5 | Le patient est bien porteur ou infecté par un SARM, BHRé, EBLSE ou gale  | <p>L'information du portage ou de l'infection par un des germes cités peut être retrouvée dans tout le dossier patient (résultats bactériologique, dossier médical, dossier de soins infirmier, etc.).</p> <p>La date de dépistage initial peut être antérieure à la date de séjour du dossier sélectionné. Si la date est postérieure, le dossier est à exclure en incohérence PMSI.</p> <p>Pour chaque germe évoqué, indiquer le statut du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline (SARM)</li> <li>- Bactéries hautement résistante émergentes (BHRé)</li> <li>- Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE)</li> </ul> <p>Si oui, indiquer s'il s'agit d'une <i>Escherichia coli</i> BLSE ou d'une autre EBLSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gale</li> </ul> |
| ID_6        | <i>Clostridium difficile</i>   | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le patient est positif à <i>Clostridium difficile</i></p> <p>Remarque : si vous indiquez systématiquement l'absence de germe cité (réponse « non » systématique à ID_2 à ID_6) alors c'est une incohérence PMSI : modifier ID_1</p>  |
| ID_6_1      | Trace de symptômes de diarrhée associés à la détection d'un <i>Clostridium difficile</i> toxigène  | <p>Le patient doit faire l'objet d'une infection par ce germe pour être placé en précautions complémentaires contact.</p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si est retrouvée dans le dossier la trace de symptômes de diarrhée associés à la présence d'un <i>Clostridium difficile</i> toxigène, c'est-à-dire sécrétant les toxines A et ou B</p> <p>Si ce n'est pas une infection à <i>Clostridium difficile</i> toxigène symptomatique cocher « Non » et la saisie des données est terminée pour ce dossier.</p>   |
| ID7         | Le patient était connu porteur ou infecté par le microorganisme (SARM, BHRé, <i>Clostridium difficile</i> , EBLSE ou gale) avant le séjour | <p>La date du premier dépistage par le microorganisme peut être retrouvée dans tout le dossier patient : résultats bactériologique, dossier médical, dossier de soins infirmier, etc.</p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si le patient a déjà été dépisté positif au microorganisme identifié plus haut au cours d'une précédente prise en charge.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si le patient a été dépisté positif lors du séjour tiré au sort.</p>   |
| MULTI_RUM   | Patient hospitalisé dans plusieurs services au cours du séjour   | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le patient a été hospitalisé dans plus d'un service au cours du séjour</p> <p>Remarque pour la suite du questionnaire :</p> <p>Pour les patients ayant séjourné dans plusieurs unités médicales lors du même séjour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en compte la première unité du séjour si le patient était porteur ou infecté par le microorganisme avant le séjour.</li> <li>• Sinon prendre en compte l'unité médicale ayant reçu les résultats du prélèvement positif.</li> </ul>   |

### Mise en place des PCC

|          |   |  |
|----------|---|--|
| PCC_TM   | La mise en place effective des PCC par l'équipe soignante ou médicale est retrouvée   | <p>La traçabilité de la mise en place effective des précautions complémentaires contact doit apparaître au niveau du dossier de soins infirmier et/ou du dossier médical (sur la prescription médicale par exemple). La trace <b>doit au minimum inclure la notion de mise en place de précautions complémentaires contact (PCC) et la date de mise en place.</b></p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si l'on retrouve la trace de la mise en place effective des PCC datée dans le dossier patient du séjour.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire</p>   |
| PCC_TM_1 | Si Non, l'information de positivité à un microorganisme nécessitant des PCC a été transmise à l'équipe soignante en charge du patient seulement après la sortie du patient de l'établissement | <p>Dans certains cas, les résultats de laboratoire permettant de confirmer un statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de PCC, sont transmis tardivement à l'équipe soignante. Les résultats sont donc datés en aval de la sortie du patient ou du jour même de la sortie.</p> <p>Dans d'autres cas, il peut arriver que le patient décède avant la confirmation d'un résultat positif par le laboratoire.</p> <p>Dans ces cas, il n'est pas possible de mettre en place les PCC à temps.</p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les résultats sont datés du jour de la sortie ou postérieurs de la sortie, ou si le décès du patient a eu lieu avant la réception des résultats.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si aucune de ces situations correspond au séjour audité.</p> |

|            |   |   |
|------------|---|---|
| PCC_TM_1_1 | <p>Si Non, un protocole institutionnel établi par l'EOH et signé par la CME prévoit que seules les précautions standard sont requises pour les patients infectés ou colonisés par SARM dans le service concerné</p> | <p><b>S'ouvre si Non à la question PCC_TM_1 et que le patient est porteur de SARM</b></p> <p><b>Cocher « Oui »</b> s'il un tel document institutionnel existe et concerne le SARM et le service concerné.</p> <p>Ce document doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire les conditions dans lesquels il n'est pas nécessaire d'adjoindre des PCC aux précautions standard (microorganismes et services concernés)</li> <li>- Inclure la justification de l'application d'une telle mesure dans le respect des recommandations nationales</li> </ul> <p><i>Recommandations SF2H 2009 : « R3 : Le CLIN peut définir la stratégie de prévention de la transmission croisée, entre « précaution standard » uniquement et « précaution standard + précautions complémentaires de type contact » si l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à disposition de PHA au plus près des soins, • observance de l'hygiène des mains élevée, mesurée sur un nombre important d'observations,</li> <li>• Niveau de consommation de PHA élevé, disponible par service, • proportion élevée de recours à la friction avec PHA dans les gestes d'hygiène des mains,</li> <li>• Bon usage du port des gants,</li> <li>• Expertise/expérience solide de l'EOH et du CLIN,</li> <li>• Connaissance solide de l'épidémiologie microbienne, basée sur des prélèvements de dépistage (notion de prévalence) »</li> </ul> <p>Pour rappel, pour le patient ayant séjourné dans plusieurs services, est concerné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le premier service du séjour si le patient était porteur ou infecté par le microorganisme avant le séjour.</li> <li>• Ou le service ayant reçu les résultats du prélèvement positif dans le cas contraire.</li> </ul> <p><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire.</p> |
|------------|---|---|

|            |  |   |
|------------|--|---|
| PCC_TM_1_2 | Si Non, un protocole institutionnel établi par l'EOH et signé par la CME prévoit que seules les précautions standard sont requises pour les patients infectés ou colonisés par <i>E.coli</i> BLSE dans le service concerné | <p><b>S'ouvre si Non à la question PCC_TM_1 et que le patient est porteur d'une E. Coli BLSE</b></p> <p><b>Cocher « Oui »</b> s'il un tel document existe et concerne <i>E.Coli</i> BLSE et le service concerné.</p> <p>Ce document doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire les conditions dans lesquels il n'est pas nécessaire d'adjoindre des PCC aux précautions standard (microorganismes et services concernés)</li> <li>- Inclure la justification de l'application d'une telle mesure dans le respect des recommandations nationales</li> </ul> <p><i>Recommandations SF2H 2009 : « R3 : Le CLIN peut définir la stratégie de prévention de la transmission croisée, entre « précaution standard » uniquement et « précaution standard + précautions complémentaires de type contact » si l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mise à disposition de PHA au plus près des soins, • observance de l'hygiène des mains élevée, mesurée sur un nombre important d'observations,</i></li> <li>• <i>Niveau de consommation de PHA élevé, disponible par service, • proportion élevée de recours à la friction avec PHA dans les gestes d'hygiène des mains,</i></li> <li>• <i>Bon usage du port des gants,</i></li> <li>• <i>Expertise/expérience solide de l'EOH et du CLIN,</i></li> <li>• <i>Connaissance solide de l'épidémiologie microbienne, basée sur des prélèvements de dépistage (notion de prévalence) »</i></li> </ul> <p>Pour rappel, pour le patient ayant séjourné dans plusieurs services, est concerné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le premier service du séjour si le patient était porteur ou infecté par le microorganisme avant le séjour.</li> <li>- Ou le service ayant reçu les résultats du prélèvement positif dans le cas contraire.</li> </ul> <p><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire.</p> |
|------------|--|---|

**Information au patient pour un portage ou infection découvert pendant le séjour**

|        |  |   |
|--------|--|---|
| PCC_TP | Une information au patient sur la nécessité de la mise en place de PCC est retrouvée | « <i>Il est fortement recommandé d'informer le patient, la famille, les correspondants médicaux et paramédicaux de la positivité d'un prélèvement à un micro-organisme justifiant des précautions complémentaires de type contact (y compris en cas de portage) ».</i> SF2H, R91 « Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact, 2009 ». |
|--------|--|---|



|            |  |  |
|------------|--|--|
|            |  | <p>« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »</p> <p>(Article L1111-2 du Code de la Santé Publique)</p> <p>Si le patient a été dépisté porteur ou infecté durant le séjour, l'équipe soignante doit l'informer et le tracer dans le dossier.</p> <p>Si le patient était connu porteur ou infecté avant le séjour, l'équipe soignante doit s'assurer que le patient a été informé et le tracer dans le dossier.</p> <p>Si le patient est un enfant ou un mineur, l'information doit être donnée au parent.</p> <p>Il faut donc rechercher cette information dans tout le dossier patient : elle peut être retrouvée dans le dossier de soins infirmier, le dossier médical ou tout autre composant du dossier patient.</p> |
| PCC_TP_1   | Si Non il est retrouvé dans le dossier que le patient était non communicant  | <p><b>Cocher « Oui »</b> lorsqu'il est retrouvé que le patient n'était pas en capacité recevoir l'information (patient dans le coma, sous sédation, ...)</p> <p>Cocher également Oui s'il est tracé que le patient a refusé de recevoir cette information.</p>   |
| PCC_TP_1_1 | Si Oui, il est retrouvé dans le dossier que l'entourage a reçu l'information | <p>Pour les patients ne pouvant recevoir cette information.</p> <p><b>Cocher « Oui »</b> lorsqu'il est retrouvé que l'entourage du patient a reçu l'information.</p>   |

## Consignes de remplissage pour la grille de recueil du Questionnaire Etablissement

Ces questions ne sont à remplir qu'une fois pour l'établissement

| Identification - structure                |  |   |
|---|--|---|
| Label                                     | Questions  | Instructions  |
| <b>Organisation de la gestion des PCC</b> |  |   |
| <b>Système d'alerte</b>                   |  |   |
| PCC_1                                     | Il existe une procédure définissant les modalités de transmission, aux <u>services cliniques concernés</u> , des résultats de prélèvements positifs à des germes nécessitant des PCC | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le document existe et définit les modalités de la transmission des résultats positifs aux germes nécessitant des PCC aux services cliniques</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si ce n'est pas le cas.</p> <p>Cette procédure doit être retrouvée dans les services émetteurs des résultats de prélèvements microbiologiques.</p>   |
| PCC_1_1 à PCC_1_3                         | Si « Oui », les éléments suivants sont retrouvés :   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste des germes nécessitant des PCC</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les germes nécessitant des PCC sont clairement identifiés au sein du documenta liste des microorganismes nécessitant des PCC est définie par l'EOH sur la base des recommandations nationales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le mode de transmission des résultats de ces prélèvements au service clinique (exemple téléphone, fax, via un logiciel <i>ad hoc</i>, autre...)</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les modes de transmission sont définies</p> <p><b>Cocher « non »</b> si ce n'est pas le cas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le délai de transmission de l'information aux services cliniques après validation des résultats</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si un délai est défini</p> <p><b>Cocher « non »</b> si ce n'est pas le cas</p> |
| PCC_2                                     | Il existe une procédure définissant les modalités de transmission, à l' <u>EOH</u> , des résultats de prélèvements positifs à des germes nécessitant des PCC                         | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le document existe et définit les modalités de la transmission des résultats positifs aux germes nécessitant des PCC à l'EOH.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si ce n'est pas le cas</p> <p>Cette procédure doit être retrouvée dans les services émetteurs des résultats de prélèvements microbiologiques.</p>  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| PCC_2_1 à PCC_2_3                         | Si « Oui », les éléments suivants sont retrouvés :   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La liste des germes nécessitant des PCC</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les germes nécessitant des PCC sont clairement identifiés au sein du document</p> <p>La liste des microorganismes nécessitant des PCC est définie par l'EOH sur la base des recommandations nationales</p> <p><b>Cocher « non »</b> si ce n'est pas le cas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le mode de transmission des résultats de ces prélèvements à l'EOH (exemple téléphone, fax, via un logiciel <i>ad hoc</i>, autre...)</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les modes de transmission sont définies</p> <p><b>Cocher « non »</b> si ce n'est pas le cas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le délai de transmission de l'information à l'EOH après validation des résultats</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si un délai est défini</p> <p><b>Cocher « non »</b> si ce n'est pas le cas</p> |
| PCC_3                                     | Il existe un document définissant la politique de signalisation des porteurs d'une bactérie justifiant des PCC | <p>Cette procédure décrit les moyens à mettre en œuvre par l'établissement pour avertir chaque professionnel (ou secteur de soins) afin de prendre les mesures nécessaires tout au long de la prise en charge du patient (transferts, examens, etc.).</p> <p>Les moyens décrits dans la procédure peuvent être par exemple la rédaction d'un document spécifique (fiche d'examen, fiche de liaison) ; l'apposition d'un logo sur la planification, la porte de la chambre, les demandes d'examen, les fiches de liaison intra ou extra-établissement, les demandes de transport ; etc...</p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si ce document existe.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire.</p>  |
| <b>Procédure de mise en œuvre des PCC</b> |  |   |
| PCC_4                                     | Il existe une procédure décrivant la mise en œuvre des PCC   | <p><b>Cocher « Oui »</b> si cette procédure existe.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire</p>  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| PCC_4_1 à<br>PCC_4_2_1  | Si « Oui », elle indique :  | <p>- <u>Les indications de PCC concernant les microorganismes</u></p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si la procédure mentionne explicitement une liste de microorganisme posant l'indication de PCC ou si des fiches ou documents annexés décrivent la mise en œuvre de PCC par type de microorganisme.</p> <p>Les indications de PCC concernent les microorganismes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bactéries hautement résistante émergentes (BHRé)</li> <li>➤ Staphylococcus aureus résistant à la mécilline (SARM)</li> <li>➤ Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE)</li> <li>➤ <i>Clostridium difficile</i></li> <li>➤ Gale</li> </ul> <p>Cocher « <b>Non</b> » si ce n'est pas le cas</p> <p>- <u>Les conditions de mise en œuvre des PCC</u></p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les conditions de la mise en œuvre des PCC : en présence ou en l'absence d'un médecin sont décrites. Coché « <b>Non</b> » si ce n'est pas le cas</p> <p>- <u>Ces conditions prévoient que les PCC peuvent être mise en place en l'absence de prescription médicale</u></p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les PCC peuvent être mises en place en l'absence de prescription médicale...</p> |
| <b>Les informations tracées dans la procédure de mise en œuvre PCC incluent également</b> |   |   |
| PCC_4_3   | L'obligation d'informer le patient de la positivité d'un prélèvement à un micro-organisme nécessitant des PCC | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le document indique qu'il est obligatoire d'informer le patient en cas de positivité à un germe nécessitant des PCC.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si l'information ne figure pas dans le document ou que la notion d'obligation est manquante</p>   |
| PCC_4_4   |   | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le document décrit les modalités de mise en œuvre des PCC.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si le document ne donne pas d'indications sur la manière dont les PCC doivent être mises en place</p>   |

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| <p>PCC_4_4_1 à<br/>PCC_4_4_3</p> | <p>Les modalités de mise en œuvre de PCC</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pratique systématique d'une friction avec un PHA après le dernier contact avec le patient ou son environnement proche</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les conditions suivantes sont mentionnées : friction avec un PHA et après le dernier contact avec le patient ou son environnement proche.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une des conditions n'est pas mentionnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Port du gant en fonction du type de soins</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les situations du port de gants sont décrites.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si les situations du port de gants ne sont pas mentionnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Port d'un tablier à usage unique lors des contacts directs avec le patient (tout soin avec risque de contact souillant et/ou contaminant, distribution et aide au repas, nursing, toilette au lit, douche et chariot douche, etc...)</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si la protection mentionnée est un tablier plastique à usage unique.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si la protection mentionnée est une surblouse à usage unique ou une protection réutilisable, ou si rien n'est mentionné.</p> |
|----------------------------------|--|--|

**Partie spécifique : mise en place de PCC pour *Clostridium difficile***

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <p>PCC_4_1_4_1 à<br/>PCC_4_1_4_4</p> | <p>Les éléments suivants figurent dans la procédure :</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un lavage simple des mains suivi d'une friction avec un PHA doit être pratiqué après le dernier contact avec le patient ou son environnement proche</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les 3 conditions suivantes sont mentionnées : lavage simple des mains et friction avec un PHA et après le dernier contact avec le patient ou son environnement proche.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une des trois conditions n'est pas mentionnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les gants sont portés lors des contacts directs avec le patient, son environnement ou le linge</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les situations du port des gants incluent le contact direct avec le patient, son environnement et le linge</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une de ces situations n'est pas décrite</p> |
|--------------------------------------|---|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une surblouse à manches longues et à usage unique est portée uniquement lors des contacts cutanés avec le patient, son environnement patient ou le linge</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les 3 conditions suivantes sont mentionnées : usage unique et manches longues et en cas de contact cutané avec le patient ou son environnement ou son linge</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une des trois conditions n'est mentionnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entretien de la chambre comporte un nettoyage au moins quotidien complet (déterSION, rinçage, désinfection à l'eau de Javel diluée à 0,5% de chlore actif ou autre protocole sporicide équivalent)</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> s'il est mentionné que l'entretien doit être au minimum quotidien et qu'il doit être complet avec un nettoyage au détergent, rinçage et désinfection soit à l'eau de Javel avec une concentration de l'eau de Javel = 0,5% de chlore actif ; soit avec un autre traitement sporicide.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une des conditions n'est pas mentionnée.</p> |
|--|--|--|

**Partie spécifique : procédure de mise en place de PCC pour la Gale**

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| <p>PCC_4_1_5_1 à PCC_4_1_5_4</p> | <p>Les éléments suivants sont retrouvés dans la procédure :</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un lavage simple des mains suivi d'une friction avec un PHA doit être pratiqué après le dernier contact avec le patient ou son environnement proche</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les 3 conditions suivantes sont mentionnées : lavage simple des mains et friction avec un PHA et après le dernier contact avec le patient ou son environnement proche.</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une des trois conditions n'est pas mentionnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les gants sont portés lors des contacts directs avec le patient, son environnement ou le linge</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les situations du port des gants incluent le contact direct avec le patient, son environnement et le linge</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une de ces situations n'est pas décrite</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une surblouse à manches longues et à usage unique est portée uniquement lors des contacts cutanés avec le patient, son environnement patient ou le linge</li> </ul> |
|----------------------------------|---|--|

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | <p><b>Cocher « Non »</b> si au moins une des trois conditions n'est mentionnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les modalités adaptées et spécifiques de traitement du linge et de la literie (élimination des sarcoptes)</li> </ul> <p>Les modalités de traitement actuellement reconnues comme scabicides sont le traitement par un acaricide, ou un lavage du linge à 60°C ou plus, ou un enfermement du linge pendant au moins 72 heures dans un sac plastique hermétique</p> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les modalités de traitement du linge sont détaillées et qu'elles sont adaptées à l'élimination des sarcoptes</p> <p><b>Cocher « Non »</b> si les modalités de traitement du linge ne permettent pas d'éliminer les sarcoptes ou si ces modalités ne sont pas détaillées.</p> |
| <b>Elimination des excreta : équipements et procédure</b> |   |   |
| PCC_5   | Les services cliniques sont équipés de lave-bassins   | <p><b>Cocher « Oui »</b> si tous les services cliniques sont équipés de lave-bassins.</p> <p><b>Cocher « Partiellement »</b> si une partie des services clinique est équipée de lave-bassins.</p> <p><b>Cocher « non »</b> si aucun service clinique n'est équipé de lave-bassin.</p>   |
| PCC_5_1   | Si « partiellement » ou « non », des conditionnements à usage unique sont mis à disposition | <b>Cocher « Oui »</b> si des conditionnements à usage unique sont mis à disposition (bassins à usage unique, sacs géfliants, etc.)  |
| PCC_6   | Il existe une procédure décrivant la gestion des excreta                                    | <b>Cocher « Oui »</b> si cette procédure existe...  |
| PCC_6_1 à PCC_6_4   | Les éléments suivants sont décrits dans la procédure  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En présence de lave-bassin, le bassin plein est placé directement dans le lave-bassin</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> s'il est mentionné que le bassin souillé ne doit être placé dans le lave bassin que s'il est plein...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En l'absence de lave-bassin (ou en cas de panne), les bassins sont entretenus dans un local dédié à l'élimination des excreta</li> </ul>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p><b>Cocher « Oui »</b> s'il est mentionné que l'entretien des bassins doit être réalisé dans un local dédié à l'élimination des excréta en l'absence de lave bassin ou si le lave bassin est en panne...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En l'absence de lave-bassin (ou en cas de panne), des conditionnements à usage unique sont utilisés</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> s'il est mentionné l'utilisation de conditionnements à usage unique en l'absence de lave-bassin ou si le lave bassin est en panne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les situations dans lesquels les sacs gélifiants sont nécessaires sont précisées</li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> lorsque les situations nécessitant l'utilisation d'un sac gélifiant sont mentionnées (excreta des patients présentant une infection urinaire ou digestive)</p> |
|--|--|---|

### Vérification de la mise en place des PCC

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| PCC_7 à PCC_7_2 | Une procédure spécifique à la vérification de la mise en place des PCC existe | <p><b>Cocher « Oui »</b> si le document existe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Les modalités et les fréquences de vérifications des PCC sont précisées</u></li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les modalités (type de personnel habilité à la vérification des PCC et mode de vérification : déplacement dans le service ou par téléphone) et les fréquences de vérifications (systématique ou en fonction du germe ou aléatoire)</p> <p><b>Cocher « Non »</b> dans si les modalités et/ou les fréquences de vérifications des PCC ne sont pas mentionnées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Les modalités de traçabilité de ces vérifications sont précisées</u></li> </ul> <p><b>Cocher « Oui »</b> si les modalités de traçabilités sont mentionnées quel que soit le support de traçabilité de la vérification (par exemple : fiche de surveillance BMR, rapport d'activité, fiche d'évaluation, fichier informatique, mention dans le dossier patient...)</p> |
|-----------------|---|---|

### Activité de l'année 2019

|       |  |  |
|-------|--|--|
| PCC_8 | Des patients positifs (portage ou infections) à SARM, EBLSE, BHRé, <i>Clostridium difficile</i> ont été dépistés durant l'année 2019 | <b>Cocher « Oui »</b> si des cas ont été détectés. |
|-------|--|--|



|               |   |   |
|---------------|---|---|
| PCC_8_1       | Si oui, des PCC ont été mises en place durant l'année 2019  | <b>Cocher « Oui »</b> si des précautions complémentaires contacts ont été mis en place en 2019  |
| PCC_8_1_1     | Si oui, ces PCC ont été vérifiées par l'EOH ou les correspondants en hygiène durant l'année 2019 ?                                      | <b>Cocher « Oui »</b> si l'équipe opérationnelle d'hygiène ou les correspondants en hygiène ont vérifiées la mise en place des PCC dans les services de soins.<br><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire<br><b>Cocher « Ne sait pas »</b> si l'information n'est pas disponible  |
| PCC_8_1_1_1   | Si oui, l'information sur la conformité des PCC vérifiées en 2019 est-elle disponible ?   | <b>Cocher « Oui »</b> s'il existe des données chiffrées sur le pourcentage de PCC conformes parmi les PCC qui ont été vérifiées.<br><b>Cocher « Non »</b> dans le cas contraire<br><b>Cocher « Ne sait pas »</b> si l'information n'est pas disponible  |
| PCC_8_1_1_2   | Quel est le % des PCC qui ont été vérifiées par l'EOH ou les correspondants en hygiène durant l'année 2019 ?                            | Indiquer globalement dans l'année 2019, le pourcentage de PCC qui ont été vérifiées par l'EOH ou les correspondants en hygiène.<br>Indiquer un chiffre entre 1 et 100.  |
| PCC_8_1_1_1_1 | Parmi les PCC vérifiées durant l'année 2019, quel est le % de ces PCC qui ont été considérées conformes avant réajustement/correction ? | Les critères de conformité de la mise en œuvre des PCC sont définies par l'EOH sur la base des recommandations nationales<br><br>Indiquez le pourcentage de PCC considérées conformes (par l'EOH ou les correspondants en hygiène) avant leur réajustement ou correction parmi l'ensemble des PCC vérifiées sur l'année 2019.<br><br>Si aucune PCC n'a été considérée conforme, indiquer le chiffre « 0 » |