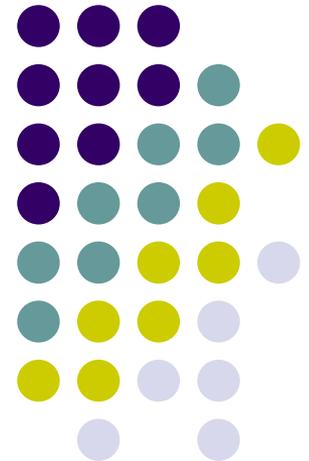
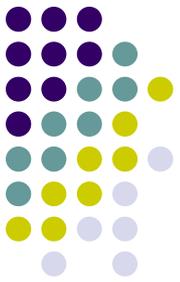


Audit hygiène des mains

Formation des auditeurs





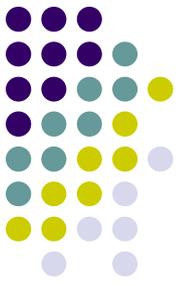
Contexte

- L'hygiène des mains : 1^{ère} mesure de prévention des infections associées aux soins
- Les Produits Hydro-Alcooliques (PHA) améliorent l'observance de l'hygiène des mains, leur utilisation est préconisée (CTIN 2001, SFHH 2002, programme national de lutte : circulaire 13/12/04)



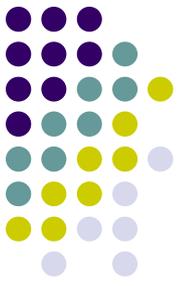
2005 : 1^{ère} thématique nationale d'audit

- Circulaire 11 août 2005 (incitation nationale à l'audit « Hygiène des mains »)
- Mais protocoles d'audit différents selon les CCLIN
- Seuls indicateurs communs : observance et utilisation des PHA



2008 : Année de l'hygiène des mains

- Campagne nationale : 23 mai 2008
- Formation, information dans tous les établissements un jour donné
- Nouveau protocole d'audit proposé par le GREPHH (méthodologie unique pour tous les établissements)

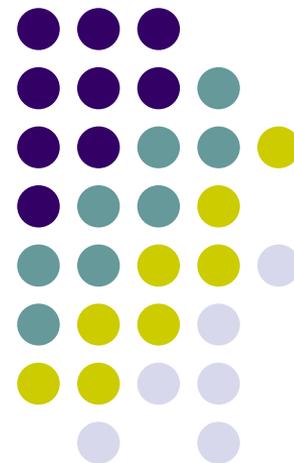


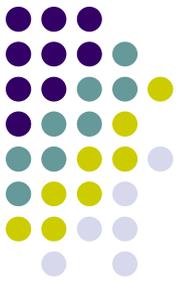
Audit hygiène des mains

- 2 parties
 - Observance /pertinence
 - Qualité technique du geste
- Par observation directe

Audit hygiène des mains

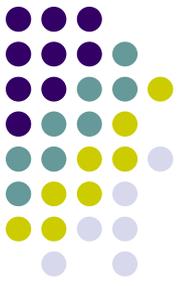
Partie observance/pertinence





Objectifs

- Mesurer l'observance (geste d'hygiène des mains réalisé au bon moment)
- Mesurer la pertinence (technique et produit utilisés adaptés à l'opportunité)
- Mesurer la proportion d'utilisation des différents types d'hygiène des mains dont la friction hydro alcoolique (FHA)



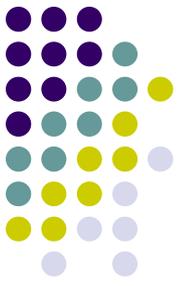
Méthodologie (1)

- **Critères d'inclusion**
 - **Population évaluée** : toute catégorie professionnelle
 - **Geste évalué** : parmi 7 situations proposées
 - **Type d'hygiène des mains évalué** : désinfection par friction, lavage simple, lavage hygiénique
- **Critères d'exclusion**
 - **Patients** : infectés par *Clostridium* ou atteint par la gale
 - **Gestes** : tout autre soin en dehors des situations proposées
 - **Type d'hygiène des mains** : désinfection chirurgicale



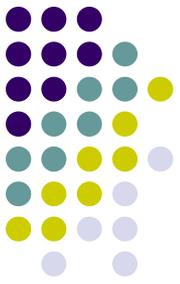
Les 7 situations

1. **Manipulation des déchets, excréta et linges souillés**
2. **Soins sur peau saine : examen clinique (auscultation, palpation), kinésithérapie, ...**
3. **Change de patients**
4. **Pose de voie veineuse périphérique ou voie sous-cutanée**
5. **Injections IV, et toute manipulation d'un dispositif intra-vasculaire**
6. **Pose d'une sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur**
7. **Prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires type « contact »**



Méthodologie (2)

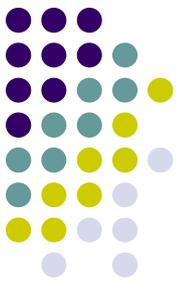
- Grilles de recueil des données :
 - Fiche établissement
 - Fiche personnel observé
- Fiche personnel : 2 observations successives d'un même personnel possibles sur la même fiche
- Outil de saisie et d'analyse des données



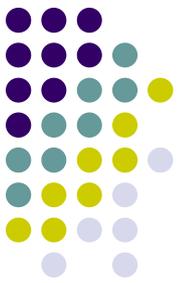
Modalités d'observation possibles

- Suivi d'une personne dans différents lieux
- Observation de plusieurs personnes dans 1 même lieu du service
- Observation successive de plusieurs personnes dans différents lieux du service

Indications pour une hygiène des mains



SITUATIONS A OBSERVER		INDICATION POUR UNE HYGIENE DES MAINS	
		AVANT	APRES
1	Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	NON	OUI
2	Soins sur peau saine: examen clinique (auscultation, palpation), kinésithérapie, ...	OUI	OUI
3	Change de patient	OUI	OUI
4	Pose de voie veineuse périphérique et sous-cutanée	OUI	OUI
5	Injections IV et toute manipulation d'un dispositif intra-vasculaire	OUI	OUI
6	Pose d'une sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur	OUI	OUI
7	Prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires type contact (soin ou contact avec le patient ou son environnement)	OUI	OUI



Critères de conformité pour l'hygiène des mains dans les 7 situations proposées

Situations	AVANT			APRES			Conformité « avant/après »
	Hygiène des mains réalisée	Type d'hygiène des mains utilisé	Conformité « avant »	Hygiène des mains réalisée	Type d'hygiène des mains utilisé	Conformité « après »	
1	oui ou non	FHA*	oui	oui	FHA*	oui	oui
2 et 3	oui	FHA*	oui	oui	FHA*	oui	oui
4, 5 et 6	oui	FHA ou LH	oui	oui	FHA*	oui	oui
	oui	LS	NON				NON
7	oui	FHA*	oui	oui	FHA ou LH	oui	oui
				oui	LS	NON	NON

*ou à défaut lavage (LS ou LH)

FICHE ETABLISSEMENT

ETABLISSEMENT :

Code de l'établissement :

|_|_|_|_|_|

C-CLIN :

1. Paris-Nord 2. Ouest 3. Est
4. Sud-Est 5. Sud-Ouest

|_|

Type d'établissement :

1. CHR/CHU 2. CH/CHG 3. CHS/Psy
4. Hôp. Local 5. Clinique MCO 6. H. I. Armées
7. SSR/SLD 8. CLCC 9. EHPAD
10. HAD 11. Autre

|_|

Statut :

1. Public 2. Privé 3. PSPH

|_|

Nombre total de lits :

|_|_|_|_|_|

Nombre de services :

|_|_|_|

FICHE VALIDÉE : Oui Non

N° DE SAISIE FICHE :

FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE

Code ETS : _____ Code service : _____ Nom (ou code) de l'auditeur : _____

Date :		CODAGE	Période d'observation	CODAGE
Discipline du service	_	<input type="checkbox"/> ₁ Matin	|_|
Catégorie de personnel	_	<input type="checkbox"/> ₂ Après-midi <input type="checkbox"/> ₃ Nuit	

	OBSERVATION N° 1	CODAGE		CODAGE
Situation observée (1 à 7)		|_|		|_|
Changement de patient			<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Changement de chambre			<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|

	AVANT	CODAGE		CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Hygiène des mains réalisée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	_	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	|_|
Conformité AVANT	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|



	APRES	CODAGE		CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Hygiène des mains réalisée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	_	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	|_|
Conformité APRES	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|

	AVANT/APRES	CODAGE		CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|

FICHE VALIDÉE : Oui Non

N° DE SAISIE FICHE : _____



FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE (1)

Code ETS : _____ Code service : _____ Nom (ou code) de l'auditeur : _____

Date : __ / __ / ____		CODAGE	Période d'observation	CODAGE
Discipline du service	_	<input type="checkbox"/> ₁ Matin <input type="checkbox"/> ₂ Après-midi <input type="checkbox"/> ₃ Nuit	|_|
Catégorie de personnel	_		

FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE (2)

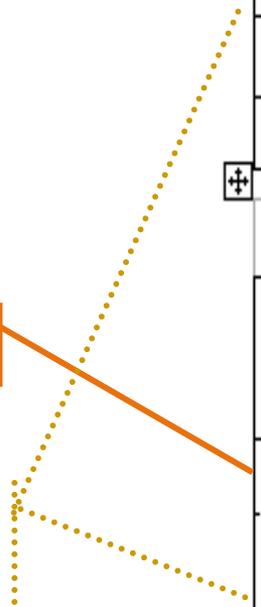
	OBSERVATION N° 1	CODAGE
Situation observée (1 à 7)	.....	|_ |
Changement de patient		
Changement de chambre		
+		
	AVANT	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_ |
Hygiène des mains réalisée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_ |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	|_ |
Conformité AVANT	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_ |

Observance

Pertinence
Produit adapté à la situation

Conformité
Respect de l'observance +
Produit adapté

Proportion de PHA



FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE (3)

Observance

	APRES	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Hygiène des mains réalisée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	|_|
Conformité APRES	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|

Pertinence
Produit adapté à la situation

Conformité
Respect de l'observance +
Produit adapté

	AVANT/APRES	CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|

FICHE VALIDEE : Oui Non

Proportion de PHA

FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE

Exemple de remplissage du cadre « description »

Donné par CCLIN
si enquête

Code ETS : 24538 Code service : A Nom (ou code) de l'auditeur : Dupont

Date : __/__/____		CODAGE		CODAGE
Discipline du service	.....Médecine.....	| <u>1</u> |	Période d'observation <input type="checkbox"/> ₁ Matin <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Après-midi <input type="checkbox"/> ₃ Nuit	| <u>2</u> |
Catégorie de personnel	.....IDE.....	| <u>1</u> |		

FICHE OBSERVANCE/PERTINENCE

Exemple 1^{ère} observation

	OBSERVATION N° 1	CODAGE
Situation observée (1 à 7)	Pose v v .....	| <u>4</u> |
Changement de patient		
Changement de chambre		
+		
	AVANT	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	| <u>1</u> |
Conformité AVANT	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |

Codage réalisé dans un 2^{ème} tps

Conformité évaluée dans un 2^{ème} tps

FICHE OBSERVANCE/PERTINENCE

Exemple 1^{ère} observation (suite)

	APRES	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	| <u>1</u> |
Conformité APRES	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |
	AVANT/APRES	CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| <u>1</u> |

Exemple pour une 2ème observation sur la même fiche

- **Situation 5**
- changement de patient : **oui**
- changement de chambre : **non**
- indication avant : **oui**
- hygiène réalisée : cocher oui ou non
- si oui, quel type d'hygiène : cocher en fonction de ce qui est observé
- conformité avant : cocher oui si hygiène réalisée et si type d'hygiène pertinent, ici FHA ou LH
- même attitude pour l'après du geste, ici FHA ou LS
- la conformité « avant/après » est cochée « **oui** » si celle avant et celle après le geste sont cochées « **oui** »

FICHE OBSERVANCE/PERTINENCE (2)

Exemple 2^{ème} observation

	OBSERVATION N° 1	CODAGE	OBSERVATION N° 2	CODAGE
Situation observée (1 à 7)	Pose v v	|__|	Manip dispo vasc	|__|
Changement de patient			<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|__|
Changement de chambre			<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Non	|__|
	AVANT	CODAGE	AVANT	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	__	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|__|
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	__	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|__|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	__	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	|__|
Conformité AVANT	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	__	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|__|

FICHE OBSERVANCE/PERTINENCE (3)

Exemple 2^{ème} observation

	APRES	CODAGE	APRES	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	|_|
Conformité APRES	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|
	AVANT/APRES	CODAGE	AVANT/APRES	CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	|_|

FICHE VALIDEE : Oui Non

N° DE SAISIE FICHE :

EXEMPLE DE REMPLISSAGE (1)

FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE

Code ETS : 24538

Code service : **B** Nom (ou code) de l'auditeur : DL

Date : 05 / 03 / 2008

	CODAGE	Période d'observation	CODAGE
Discipline du service	| 1	<input type="checkbox"/> 1 Matin	| 2 |
Catégorie de personnel	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Après-midi	
		<input type="checkbox"/> 3 Nuit	

	OBSERVATION N°1	CODAGE	OBSERVATION N°2	CODAGE
Situation observée (1 à 7)	Pose voie veineuse	| 4 |	Manip dispo vasc	| 5 |
Changement de patient			<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Changement de chambre			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input checked="" type="checkbox"/> 2 Non	| 2 |

	AVANT	CODAGE	AVANT	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1 |
Conformité AVANT	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |

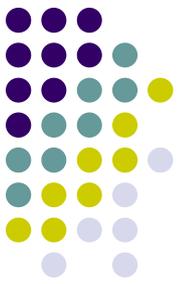
	APRES	CODAGE	APRES	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1	<input type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1 |
Conformité APRES	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |

	AVANT/APRES	CODAGE	AVANT/APRES	CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |

FICHE VALIDÉE : Oui Non

N° DE SAISIE FICHE :





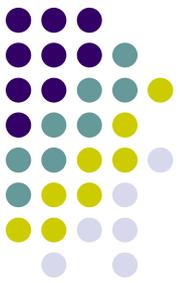
Remarques - 1

- Pour le codage : types d'hygiène des mains
 - FHA = 1
 - Lavage simple = 2
 - Lavage hygiénique = 3

Attention ! L'association d'un lavage et d'une friction n'est pas considérée comme conforme (non décrite dans les recommandations générales actuelles)

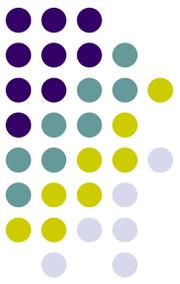
Si observé :

- Lavage simple + FHA = 12
- Lavage hygiénique + FHA = 13



Remarques - 2

- Une hygiène des mains réalisée avant la situation 1 (manipulation de déchets, excréta et linge sale) n'est pas indispensable toutefois elle sera considérée conforme si elle est réalisée
- Une « surqualité » c'est-à-dire lavage hygiénique à la place de lavage simple est considérée comme conforme



Remarques - 3

- Pour la situation 7
 - l'opportunité « après » est celle correspondant à la sortie de chambre
- Pour la situation 1
 - si aucune hygiène des mains n'est réalisée **avant** : la conformité « avant » est = oui



Remarques - 4

- cas de 2 observations consécutives, sur un même patient ou sur un autre patient **dans une même chambre** :
 - L'hygiène des mains entre les 2 soins sera notée (si elle est effective) « après » la première observation
 - Pour établir la **conformité « avant » de la 2^{ème} observation** il faut tenir compte de 2 critères :
 1. De la conformité « après » la **première** observation
 2. De la pertinence du type d'hygiène des mains (si l'après du premier soin requiert le même type d'hygiène)

EXEMPLE DE REMPLISSAGE (2)

FICHE OBSERVATION / PERTINENCE

Code ETS : 24538

Code service : A

Nom (ou code) de l'auditeur : DL

Date : 05 / 03 / 2008

	CODAGE	Période d'observation	CODAGE
Discipline du service	| 1	<input type="checkbox"/> 1 Matin	| 2 |
Catégorie de personnel	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Après-midi	
		<input type="checkbox"/> 3 Nuit	

	OBSERVATION N°1	CODAGE	OBSERVATION N°2	CODAGE
Situation observée (1 à 7)	Pose voie veineuse	| 4 |	Manip dispo vasc	| 5 |
Changement de patient			<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Changement de chambre			<input type="checkbox"/> 1 Oui <input checked="" type="checkbox"/> 2 Non	| 2 |

	AVANT	CODAGE	AVANT	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input type="checkbox"/> 1 Oui <input checked="" type="checkbox"/> 2 Non	| 2 |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1	<input type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1 |
Conformité AVANT	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |

	APRES	CODAGE	APRES	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1	<input type="checkbox"/> 1 Friction alcoolique <input type="checkbox"/> 2 Lavage simple <input type="checkbox"/> 3 Lavage hygiénique	| 1 |
Conformité APRES	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |

	AVANT/APRES	CODAGE	AVANT/APRES	CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Oui <input type="checkbox"/> 2 Non	| 1 |

Dans cet exemple l'hygiène des mains « après » 1^{ère} observation est valable pour l'« avant » de la 2^{ème} observation

FICHE VALIDÉE : Oui Non

N° DE SAISIE FICHE :

Dans cet exemple, l'hygiène des mains «après» 1^{ère} observation est valable pour l'«avant» de la 2^{ème} observation.



EXEMPLE DE REMPLISSAGE (3)

FICHE OBSERVANCE / PERTINENCE

Code ETS : 100

Code service : C Nom (ou code) de l'auditeur : KL

Date : 06 / 03 / 2008

	CODAGE	Période d'observation	CODAGE
Discipline du service	.....SLD..... | _12_	<input type="checkbox"/> ₁ Matin <input type="checkbox"/> ₂ Après-midi <input checked="" type="checkbox"/> ₃ Nuit	| _3_|
Catégorie de personnel	.....AS..... | _6_|		

	OBSERVATION N°1	CODAGE	OBSERVATION N°2	CODAGE
Situation observée (1 à 7)	Change patient	| _3_|	Change patient	| _3_|
Changement de patient			<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_|
Changement de chambre			<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Non	| _2_|

	AVANT	CODAGE	AVANT	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_|
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	| _2_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	| _1_|
Conformité AVANT	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_|

	APRES	CODAGE	APRES	CODAGE
Hygiène des mains indiquée pour la situation observée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_|
Hygiène des mains réalisée	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Non	| _2_|
Si réalisée : type d'hygiène utilisé	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	_	<input type="checkbox"/> ₁ Friction alcoolique <input type="checkbox"/> ₂ Lavage simple <input type="checkbox"/> ₃ Lavage hygiénique	| _1_|
Conformité APRES	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Non	| _2_|

	AVANT/APRES	CODAGE	AVANT/APRES	CODAGE
Conformité AVANT/APRES	<input checked="" type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	| _1_	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input checked="" type="checkbox"/> ₂ Non	| _2_|

Le geste attendu n'a pas été fait « après » la 2^{ème} observation → non-conformité « après » et « non-conformité » « avant-après »

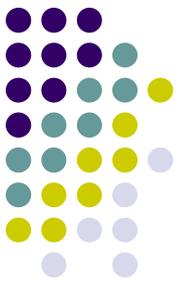
FICHE VALIDÉE : Oui Non

N° DE SAISIE FICHE :

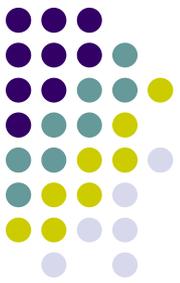
Le geste attendu n'a pas été fait « après » la 2^{ème} observation : non-conformité « après » et non-conformité « avant-après » .



Recommandations -1



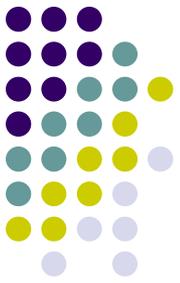
- Faire des essais d'observations avant de commencer l'audit
- Ne pas observer de gestes en cours (risque de données incomplètes pour la conformité globale)
- Limiter le nombre d'observations sur une personne auditée (pas plus de 6 observations, soit 3 fiches)
- **En cas d'interruption de soins**
 - si une hygiène des mains n'est pas réalisée, cocher « non » à hygiène des mains réalisée après et l'observation s'arrête
 - si une hygiène des mains est réalisée, ne pas tenir compte de l'interruption



Recommandations -2

- Remplir correctement les indications
- Au début des observations ne pas remplir tout de suite le codage
- Etre vigilant pour évaluer la conformité « avant », puis la conformité « après » et enfin la conformité « avant-après »

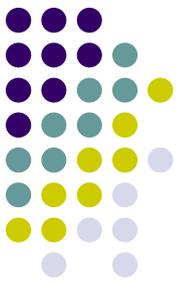
Une « surqualité » c'est-à-dire un lavage hygiénique à la place d'un lavage simple est considérée comme conforme



Résultats

- Pour l'établissement, pour les services, l'application informatique EXCEL proposée, édite un rapport automatisé des résultats.
- Si exploitation régionale, inter régionale et nationale, le fichier est transmis au CCLIN d'appartenance.

Application informatique (1)



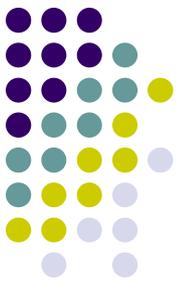
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1			Audit "Hygiène des mains" - Observance / pertinence								
2	Protocole 2008										
3											
4	Menu principal										
5	<i>Suivre les liens (texte souligné en bleu)</i>										
6											
7											
8											
9											
10	1/ Saisie de la fiche ETABLISSEMENT										
11											
12	2/ Saisie des fiches OBSERVANCE / PERTINENCE										
13											
14	3/ Edition du RAPPORT ETABLISSEMENT <input type="button" value="rapport établissement"/>										
15											
16	4/ Edition des GRAPHIQUES										
17											
18	5/ Edition du POSTER ETABLISSEMENT										
19											
20											
21	6/ Edition du RAPPORT SERVICE (choix) <input type="text"/> <input type="button" value="Création rapport service"/>										
22											

Etablissement :

code	4444
nom	CCLIN PN

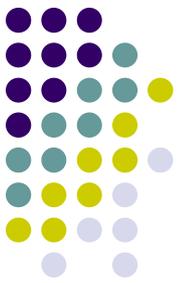
Fiche Etablissement complète **Oui**

Nombre de fiches saisies	13
Nombre de fiches complètes	13
Nombre d'observations	19



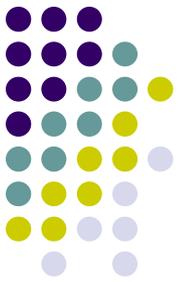
Application informatique (2)

2	Code de l'établissement	.	.	.	.	.	.
3	Code service						
4	Auditeur						
5	Date						
6	Discipline						
7	Période						
8	Catégorie de personnel						
	OBSERVATION n°1						
9	Situation observée						
	AVANT						
10	Indication pour hygiène des mains						
11	Hygiène des mains réalisée						
12	Si réalisée, type utilisé						
13	Conformité avant						
	APRES						
14	Indication pour hygiène des mains						
15	Hygiène des mains réalisée						
16	Si réalisée, type utilisé						
17	Conformité après						
18	Conformité AVANT/APRES						
	OBSERVATION n°2						
19	Situation observée						
20	Changement de patient						
21	Changement de chambre						
	AVANT						
22	Indication pour hygiène des mains						



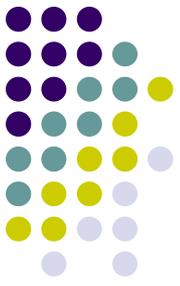
Extrait du rapport informatisé

<u>Observance de l'hygiène des mains</u>								
			N	%				
		Observance avant et après soin	0	--				
		Observance avant soin	0	--				
		Observance après soin	0	--				
		Absence d'hygiène avant et après	0	--				
<i>Soyez prudent sur l'interprétation de vos résultats vos effectifs sont inférieurs à 30</i>								
➤ Selon la période								
			Avant et après		Avant soin		Après soin	
			N	%	N	%	N	%
		Matin	0	--	0	--	0	--
		Après-midi	0	--	0	--	0	--
		Nuit	0	--	0	--	0	--



Exemple de poster « service »

GREP ^H		Résultats de l'audit		st marcel	
		"Hygiène des mains"		Service B	
<i>Soyez prudent sur l'interprétation de vos résultats si vos effectifs sont inférieurs à 30</i>				★★★★ et ★★★★	
Description des observations :			Résultats		
Nombre d'observations :		2	Observance avant et après soin		50,0%
			Observance avant soin		50,0%
Répartition par situation	N	%	Observance après soin		100,0%
Manipulation des déchets ...	0	0,0%	Les résultats attendus pour l'observance : 100 %		
Soins sur peau saine ...	0	0,0%			
Change de patient ...	0	0,0%			
Pose de voie veineuse périph. ...	0	0,0%	Conformité avant et après soin		100,0%
Injection IV et manipulation DIV ...	2	100,0%	Conformité avant soin		100,0%
Pose sonde urinaire à demeure ...	0	0,0%	Conformité après soin		100,0%
Prise en charge patient ...	0	0,0%	Les résultats attendus pour la conformité : 100 %		
Répartition par catégorie de personnel					
	N	%	Proportion utilisation FHA globale		100,0%
Infirmière et IDE spécialisée	2	100,0%	Proportion utilisation FHA avant soin		100,0%
Médecin	0	0,0%	Proportion utilisation FHA après soin		100,0%
Sage-Femme	0	0,0%	Proportion utilisation FHA avant et après soin		100,0%
Kinésithérapeute	0	0,0%			
Manipulateur radio	0	0,0%	Axes d'amélioration :		
Aide-Soignant au Puer	0	0,0%			



Restitution des résultats Plan d'amélioration

- Rétro information rapide, ciblée, dans les services concernés
- Propositions d'axes d'amélioration élaborés avec les personnes concernées, de toutes catégories professionnelles et mis en place rapidement
- Réalisation d'un nouvel audit sur les points ayant fait l'objet d'amélioration