



## Ministère la santé et des solidarités

Direction Générale de la Santé  
Direction de l'Hospitalisation et de  
L'Organisation des Soins  
Cellule infections nosocomiales  
Dossier suivi par valérie DROUVOT  
Tél : 01.40.56.41.41/46.46  
[Valerie.drouvot@sante.gouv.fr](mailto:Valerie.drouvot@sante.gouv.fr)

Le Ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,  
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences  
régionales de l'hospitalisation  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département  
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales  
(pour diffusion aux responsables des établissements de santé  
publics et privés)

Messieurs les responsables  
des centres de coordination de lutte contre les infections  
nosocomiales  
(pour diffusion aux présidents de CLIN des établissements de  
santé publics et privés)

### **CIRCULAIRE N°DGS/SD5C - DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière.**

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

<b>Résumé</b> : Incitation des établissements de santé à la réalisation d'un audit des pratiques en hygiène hospitalière sur une thématique nationale.
<b>Mots-clés</b> : Audit des pratiques - Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 - Hygiène des mains – Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
<b>Textes de référence</b> : Circulaire N°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé. - Arrêté du 23 septembre 2004 portant création d'un comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.- Arrêté du 11 juin 2002 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.- Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Article L. 6111-1 du code de la santé. Articles R. 711-1-1 à R. 711-1-10 du code de la santé publique. - Arrêtés du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales.
<b>Textes abrogés ou modifiés</b> : Néant
<b>Annexe</b> : « Réussir un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcoliques pour l'hygiène des mains » - Août 2005

Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 fixe des orientations et des objectifs quantifiés à atteindre pour 2008.

Dans le cadre de l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels de santé, il est prévu que les établissements de santé développent l'évaluation de leurs pratiques notamment au travers des programmes d'audits.

L'annexe de la circulaire DGS DHOS n°96 du 18 février 2005 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé qui analyse les bilans 2001 – 2003, témoigne d'une évolution favorable mais qui reste trop modeste. En effet, en 2003, seulement 30% des établissements ont déclaré avoir réalisé un audit de bonnes pratiques. L'objectif à atteindre pour 2008 est que les 3/4 des établissements réalisent de tels audits.

Dans le cadre de ses missions, le groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 a proposé de retenir comme première thématique nationale l'hygiène des mains par friction avec des produits hydro alcooliques. Il a mandaté un groupe de travail composé notamment des représentants des cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) pour élaborer les principes méthodologiques. Le document « Réussir un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains » a été rédigé en s'inspirant notamment du référentiel de l'ANAES : « Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. » (2003) et de l'avis du Comité Technique National des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur la place des SHA dans l'hygiène des mains lors des soins. (Bulletin Officiel 2001;52:2).

L'objet de la présente circulaire est de diffuser le document « Réussir un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains » en vue d'aider les professionnels des établissements de santé dans la réalisation d'un audit d'utilisation des solutions hydro-alcooliques. Un tel audit devra être réalisé d'ici le mois de juin 2006 et mentionné dans le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé de l'année correspondante (application du protocole hygiène des mains).

Les cinq CCLIN et leurs antennes régionales seront les structures d'expertise de référence pour conseiller les établissements de santé dans la réalisation de cet audit. Les CCLIN pourront proposer des outils informatiques aux établissements de santé qui souhaiteront utiliser une méthodologie « clé en main ».

Je vous demande de bien vouloir en informer par courrier les responsables et les présidents de comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) des établissements de santé publics et privés.

Nous insistons sur l'intérêt à faire participer le plus grand nombre d'établissements de santé à cette démarche d'audit d'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins.

Le Directeur général de la santé

Pr. Didier HOUSSIN

Le Directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Jean CASTEX

# REUSSIR UN AUDIT D'OPPORTUNITES D'UTILISATION DES SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES POUR L'HYGIENE DES MAINS

## I. CONTEXTE DE L'AUDIT AVEC UNE THEMATIQUE NATIONALE

L'importance de l'hygiène des mains dans la prévention des infections nosocomiales a été prouvée à de multiples reprises dans le cadre des infections d'origine exogène et endogène [1-6].

Le constat de la faible observance de la pratique de l'hygiène des mains a été réalisé dans plusieurs pays [1, 7] en particulier pour le savonnage des mains. L'introduction des solutions hydro-alcooliques a permis d'augmenter l'efficacité du geste et son observance [4, 5, 8].

Un avis du CTIN sur l'intérêt de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA) a été émis en décembre 2001 [9].

Le volume annuel de solutions ou de gels hydro-alcooliques commandé par journée patient est un des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Pour une meilleure observation des recommandations princeps dont celles portant sur l'hygiène des mains, le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005 – 2008 a notamment fixé dans ce cadre :

- **Un objectif à atteindre pour 2008** : 75% au moins des établissements de santé réalisant des audits de bonnes pratiques pour 2008.
- **Une orientation** : Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels ayant un impact sur le risque infectieux
- **Un axe de travail** : Développer l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment par le développement de programmes d'audits
- **Un action nationale** : Encourager la réalisation d'audits de pratiques par les EOHH, notamment sur les priorités nationales définies par le CTINILS : hygiène des mains ...

**Dans le cadre de cette action, un groupe de travail<sup>1</sup> a été chargé de l'élaboration d'un document en vue d'aider les professionnels des établissements de santé à la réalisation d'un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, dès 2005.**

L'analyse des rapports d'activités des CLIN de l'année suivante permettra de connaître le nombre d'établissements participants.

---

<sup>1</sup> Cf. Composition du groupe en annexe 1

## II. PROTOCOLE DE L'AUDIT

### **A. Objectifs de l'audit**

Objectifs généraux :

- Evaluer une pratique en vue de l'améliorer,
- Réaliser une action pédagogique auprès des personnels de santé.

Objectifs spécifiques :

- Evaluer l'utilisation des solutions hydro-alcooliques dans l'hygiène des mains pour des actes de soins, de tous les professionnels des établissements de santé,
- Développer un plan d'amélioration pour l'utilisation des SHA dans l'hygiène des mains.

### **B. Etapes de la mise en œuvre de l'audit**

**Le document « Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration » de l'ANAES, année 2003, donne des précisions sur la démarche de préparation d'un audit.**

La mise en œuvre de l'audit au sein des établissements de santé nécessite la réalisation des principales étapes suivantes :

- Décision de l'organisation par le CLIN en lien avec la direction de l'établissement,
- Information et accord de l'encadrement et des personnels,
- Elaboration de la méthode en groupe de travail (équipe projet et chef de projet),
- Programmation selon les services, les professionnels, les actes de soins,
- Sélection et formation des auditeurs (entraînement au recueil, règles de confidentialité à observer...),
- Elaboration d'un plan de communication (du lancement du projet à la restitution des résultats),
- Définition des actions correctives (formations, informations, organisation...) afin d'envisager le plan d'amélioration.

### **C. Moyens requis pour la mise en œuvre de l'audit**

Il est nécessaire que chaque établissement ou réseau d'établissements dégagent les moyens nécessaires pour la réalisation de l'audit. Ces moyens reposent essentiellement sur la possibilité de mobiliser une équipe projet, des ressources informatiques et logistiques et sur la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Des aides régionales et inter-régionales sont à envisager en cas de difficultés de développement de moyens (absence d'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière par exemple).

### **D. Champ d'application de l'audit**

- Tous les établissements de santé et tous les types de séjour,
- Tous les soignants médicaux et para-médicaux,

- Tous les services de soins dans la mesure des moyens. Si nécessité de choix, il faut privilégier les services à risques infectieux les plus élevés.

**Les critères d'inclusion :** tous les types de soins (la liste de soins est à déterminer dans chaque établissement, un exemple de codage des soins figure en annexe 3).

**Les critères d'exclusion :** le bloc opératoire, les soins en plateau technique (imagerie par exemple, explorations fonctionnelles) et les consultations externes.

**La taille de l'échantillon :** le nombre d'observation minimum proposé est de **30 à 50 pratiques** sur une période qui ne doit pas excéder 6 semaines afin d'éviter la démotivation. Les temps d'observation vont de 10 min pour les services à haute densité de soins (services de réanimation) et de 1 heure pour les services à plus faible densité de soins.

### III. METHODOLOGIE DE L'AUDIT

La période de réalisation de l'audit est préconisée **avant le 1<sup>er</sup> juin 2006**.

Ainsi, il devra être mentionné dans le bilan d'activités de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé de l'année correspondante (2005 ou 2006) pour l'item « application du protocole hygiène des mains ».

#### **A. Le recueil des données**

- **Critère de jugement**

Le critère principal est la réalisation d'un geste d'hygiène des mains lors d'un soin avec un savon ou avec une SHA. L'hygiène des mains a lieu avant le soin ; cependant une hygiène des mains effectuée après un soin peut être considérée comme celle réalisée avant un autre soin, dès lors qu'il n'y a pas eu de recontamination des mains.

L'utilisation de gants sera notée, mais ne modifie pas les indications pour l'hygiène des mains.

- **Variables recueillies**

**Une grille de recueil des données est proposée en annexe 2. Les établissements peuvent utilement la reprendre en l'accompagnant d'un guide d'utilisation qui comprendra notamment les éléments suivants :**

- **Types d'établissement :** la typologie utilisée est celle proposée dans les surveillances des infections nosocomiales du RAISIN (voir un exemple de codage en annexe 3).
- **Type de services :** la typologie utilisée est celle proposée dans la surveillance des bactériémies (voir un exemple de codage en annexe 3). Sont exclus : le bloc opératoire et les soins en plateau technique (imagerie par exemple, explorations fonctionnelles).
- **Catégorie professionnelle des soignants :** sont distingués les médecins et internes, les sages-femmes, les infirmières(ers) spécialisés (IADE, puéricultrices, IBODE), les

infirmières(ers), les aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, les agents du service hospitaliers, les élèves en stage (voir un exemple de codage en annexe 3)

- Le **moment** de l'hygiène des mains par rapport à l'acte : avant ou après le soin et l'heure dans la journée.
- Le **type de soins** en distinguant (voir un exemple de codage en annexe 3) :
  1. *Sans rapport direct avec les soins* : arrivée ou départ du service, préparation de médicaments, préparation de soins en salle de soins, en sortie des toilettes...
  2. *Soins autour du patient* : réfection de lit, entretien de la chambre et des sanitaires...
  3. *Contact avec la peau saine* : soins de peau saine, toilette, contact avec les vêtements, prises de constantes...
  4. *Contacts avec la peau lésée* : soins de plaie, soins sur abcès, soins dermatologiques...
  5. *Soins veineux ou artériels* : prise de sang, pose, maintenance et ablation de cathéters, injections intra-veineuses, manipulations des tubulures, robinets et rampes, réfection de pansements de cathéters, réalisation de glycémie capillaire...
  6. *Soins avec injections autres qu'intra-vasculaires* : injections intra-musculaires, injections sous-cutanées...
  7. *Soins urinaires* : examen cyto-bactériologique des urines, pose, maintenance et ablation de sonde urinaire...
  8. *Soins respiratoires* : examen de crachats, aspiration trachéale, soins de trachéotomie...
  9. *Soins digestifs* : pose, maintenance et ablation de sonde gastrique, soins de gastrostomie, soins de bouche...
  10. *Soins génitaux* : toilette intime, examen génital...
  11. *Soins invasifs autres* : ponctions lombaires, ponctions diverses, soins et ablation de drains de redon...

- **Variables optionnelles**

Le statut infectieux du patient (patient en isolement ou non), la tenue du soignant (correcte avec manches courtes, absence de bagues, vernis à ongles, montres et bijoux), le risque infectieux du soin [2] (bas, médian, élevé).

*Les commentaires libres accompagnant les observations sont utiles lors de l'analyse des résultats.*

- **Méthodologie de recueil des données**

Deux méthodes sont proposées pour cette étude prospective qui repose sur l'observation directe des situations :

1. l'auditeur est présent dans une chambre de patient et note, selon la tranche horaire choisie, les utilisations de savons ou de SHA selon l'acte réalisé. La durée de 10 minutes d'observation est le minimum pour les services à haute densité de soins.

Les tranches de 10 minutes peuvent être renouvelées pour d'autres chambres, pour les mêmes heures ou d'autres tranches horaires

2. l'auditeur « suit » un soignant dans son travail et note, pour ce soignant, les utilisations de savons ou de SHA selon l'acte réalisé. La durée d'observation est variable selon la charge de travail ou le type de tâche selon le service.

### **Attention !**

- l'auditeur doit informer le patient présent du but de l'observation des pratiques et obtenir son accord.
- Une conduite à tenir en cas d'observation de pratique mettant en jeu la sécurité des patients est à définir au préalable.

### **B. La saisie des données**

Un contrôle de la qualité de la saisie doit être réalisé sur un échantillon de grilles pour s'assurer de la fiabilité de cette opération.

### **C. Le traitement des résultats**

Les résultats montreront la proportion d'utilisation des SHA lors des actes de soins selon les critères suivants : type et taille de l'établissement, type de services (court séjour en médecine, chirurgie, et réanimation, soins de suite, psychiatrie, soins de longue durée), catégorie de soignants, catégorie de soins...(voir des exemples de graphes en annexe 4)

- **L'analyse des résultats** : elle doit identifier les points forts et analyser les points faibles.

Pour l'analyse des points forts, l'ANAES / Haute autorité en santé (HAS) propose une liste de questions pour aider à l'analyse des résultats :

#### **Demandez-vous :**

- *quels sont les critères ou groupes de critères pour lesquels les résultats sont très performants ?*
- *dans quels domaines et sur quelles forces s'appuient-ils ?*

Si l'audit concerne plusieurs services :

- *y a-t-il des résultats particulièrement bons, communs à tous les services ?*

*Quels sont les acquis en termes de connaissances, de savoir-faire et de culture qualité ?*

- *y a-t-il des services ayant obtenu d'excellents résultats ? À quoi cela tient-il ? Comment leur expérience peut-elle être utile ?*

- **L'analyse des écarts**

L'ANAES / HAS propose la démarche suivante :

Il s'agit d'identifier les écarts par rapport à l'attendu. L'équipe projet élabore des critères de conformité en ayant recours aux référentiels cités en annexe 5.

Commencez avec l'équipe projet à identifier les écarts critère par critère. Il peut être intéressant de partir des graphiques puis de croiser avec les résultats chiffrés. Dans un second temps, une

analyse des critères prioritaires ou par groupe de critères est utile pour dégager un problème dans un domaine particulier.

**Demandez-vous :**

- *quels sont les critères ou groupes de critères déficitaires ? L'écart est-il important ?*
- *quels sont les critères pour lesquels aucun écart n'est acceptable ?*
- *y a-t-il des relations ou des points communs entre les critères déficitaires ?*

Si vous avez réalisé **l'audit dans plusieurs services**, procédez avec l'équipe projet à une analyse globale pour dégager les points faibles communs et les écarts entre les services.

Cela vous permettra ultérieurement de définir les actions à mener au plan institutionnel et celles destinées aux services. Dans un second temps, procédez à une analyse détaillée de ces points faibles avec chacune des équipes auditées concernées.

**Demandez-vous :**

- *y a-t-il des scores particulièrement bas, communs à tous les services ?*  
*Cela pourrait-il démontrer un problème général, davantage lié à l'institution qu'aux services eux-mêmes ?*
- *y a-t-il des écarts de conformité que l'on retrouve dans certains services et pas dans d'autres ?*

- **L'analyse des causes des écarts**

Les causes possibles des écarts sont à identifier et hiérarchiser :

**Demandez-vous :**

- Les causes du problème sont-elles d'ordre :
  - *professionnel : manque de connaissances, de compétences, de motivation, poids des habitudes... ?*
  - *organisationnel : coordination insuffisante dans la prise en charge du patient... ?*
  - *institutionnel : manque ou inadéquation du matériel, de méthode... ?*
- Les conséquences de ces écarts se situent-elles au niveau :
  - *des patients en termes de sécurité, d'insatisfaction, de non qualité ?*
  - *des soignants en termes de risque médico-légal, d'insatisfaction ?*
  - *de l'institution en termes de réputation, de coûts ?*

#### **D. Retro information**

Dans le cadre du plan de communication, une restitution auprès de l'ensemble des équipes ayant participé à l'audit est organisée **au plus tard 3 mois après la réalisation de l'audit**.

#### **E. Construction du plan d'amélioration.**



## IV. ANNEXES

### Annexe 1 : Composition du groupe de travail

Sylvie ARSAC, Bernard BRANGER, Valérie DROUVOT, Martine ERB, Philippe GASPARD, Emmanuelle GIROU, Danièle LANDRIU, Benoist LEJEUNE, Vincent JARLIER, Daniel ZAROGONI.

### Annexe 2 : Exemple de grille de recueil des données

<b>Etablissement (première fiche)</b>	
- Code CCLIN  __	Région : 1.BRE <input type="checkbox"/> 2.CEN <input type="checkbox"/> 3.BNO <input type="checkbox"/> 4. PDL <input type="checkbox"/>
- <b>Etablissement</b> .....	(code C.CLIN-Ouest)  __ __ __
- Statut  __ __ __	(voir annexe) - Type  __ __ __  (voir annexe)
<b>Lieu et moment de l'audit</b> (par regroupement d'observations) Numéro de grille :	
- Discipline  __ __ __	(voir annexe) - Spécialité  __ __ __  (voir annexe)
- Service (précision supplémentaire pour l'établissement)	__ __ __
- Unité (précision supplémentaire pour l'établissement)	__ __ __
- Date du jour (jj/mm/aaaa)	__ __ __
- Heure de début .....	Heure de fin .....

**Deux première lignes comme exemples**

Voir codes pages suivantes

Heure	Personne auditée	Soin	Hygiène des mains	Moment	Gants	Optionnels		
						Tenue conforme	Statut infectieux patient	Soins à risque infectieux
10 h 15	IDE	URIN	SHA	AV	OUI	CONF	NON ISOLE	INTER
10 h 20	AS	AUTO	RIEN	AV	NON	NON CONF	NON ISOLE	BAS

### Annexe 3. Exemples de codage

- **Statut et du type des établissements**

Statut	code	Type	code
- Public	PUB	- C.H.U et C.H.R.U	CHU
- Privé participant au service public	PSP	- C.H. et C.H.G.	CH
- Privé à but lucratif .....	PRI	- Hôpital local	LOC
		- Clinique MCO	MCO
		- Soins de suite et de réadaptation	SSR
		- Etablissement de longue durée	SLD
		- Hôpital des Armées	MIL
		- Etablissement psychiatrique	PSY
		- Centre anti-cancéreux	CAC
		- HAD	HAD
		- Autre	DIV

• **Couple Discipline/Spécialité**

<b>Pédiatrie</b>	<b>Codage discipline</b>	<b>Codage spécialité</b>
Néonatalogie	<b>PED</b>	NEO
Hospitalisation de jour, pédiatrie		JOU
Surveillance continue pédiatrique, soins intensifs pédiatriques		SUR
Pédiatrie et spécialités pédiatriques		PED
Pédiatrie, autre		AUT

**Pédiatrie** – Les soins intensifs en pédiatrie sont classés surveillance continue pédiatrique

<b>Réanimation</b> <i>Hors soins intensifs</i>	<b>Codage discipline</b>	<b>Codage spécialité</b>
Réanimation néonatale	<b>REA</b>	NEO
Réanimation pédiatrique		PED
Réanimation médicale adultes		MED
Réanimation polyvalente		POL
Réanimation chirurgicale pour adulte		CHI
Réanimation spécialisée		SPE
Réanimation autre		AUT

<b>Chirurgie</b>	<b>Codage discipline</b>	<b>Codage spécialité</b>
Chir. Thoracique et thoracique-cardio-vasculaire	<b>CHI</b>	THO
Chir. Cardiaque		CAR
Chir. Vasculaire		VAS
Chir. Cardio-vasculaire		CVA
Neurochirurgie		NEU
Chir. Digestive		DIG
Chir. Générale		GEN
Chir. Infantile		PED
Orthopédie traumatologie		ORT
Chir. Plastique et reconstructive		PLA
ORL		ORL
Ophthalmologie		OPH
Stomatologie, chir. Maxillo-faciale		STO
Urologie		URO
Chir. Carcinologique		CAN
Surveillance continue chirurgicale, soins intensifs chirurgicaux		SUR
Chirurgie ambulatoire		AMB
Chir. Transplantation		TRA
Autres chirurgie		AUT

**Chirurgie** Les soins intensifs chirurgicaux sont codés en en surveillance continue chirurgicale

<b>Gynéco-Obs</b>	<b>Codage discipline</b>	<b>Codage spécialité</b>
Gynécologie-obstétrique, Obstétrique	<b>OBS</b>	OBS
Gynécologie chirurgicale		CHI
Gynécologie, suivi de grossesse		GYN

<b>Médecine</b>	<b>Codage discipline</b>	<b>Codage spécialité</b>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Médecine générale, polyvalente		GEN
Médecine interne		INT
Surveillance continue médicale, soins intensifs médicaux polyvalents		SUR
Pneumologie		PNE
Cardio-vasculaire, cardiologie,		CAR
Unité de soins intensifs cardiologiques		USI
Néphrologie		NEP
Hépto-gastro-entérologie		HGE
Dermatologie, vénérologie		DER
Endocrinologie, diabétologie, nutrition, métabolisme		NUT
Rhumatologie		RHU
Neurologie		NEU
Médecine carcinologique, Oncologie		CAN
Radiothérapie,curiethérapie, médecine nucléaire		RAD
Hématologie		HEM
Médecine gériatrique		GER
Maladies infectieuses, Médecine tropicale		INF
Hospitalisation de jour, médecine adulte		JOU
Autres médecine		AUT

**Médecine :** Les soins intensifs spécialisés médicaux sont classés avec les spécialités, sauf en cardiologie – Les soins intensifs polyvalents sont en surveillance continue médicale

SSR	Codage discipline	Codage spécialité
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	SSR	REE
Soins de suite et de réadaptation,autres		AUT
<b>SLD</b>	<b>SLD</b>	<b>SLD</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>PSY</b>	<b>PSY</b>
<b>Autre</b>		
Dialyse (hors néphrologie, réa), y compris ambulatoire	AUT	DIA
Hospitalisation à domicile		HAD
Urgence		URG
Autre non MCO		AUT

• **Catégories professionnelles des personnels audités**

Catégorie professionnelle	code
Médecin ou interne	MED :
Sage-femme	SF
Infirmière spécialisée	ISP
Infirmière	IDE :
Aide-soignante, auxiliaire de puériculture	AS
Agent de service hospitalier	ASH
élève	ELE
kinésithérapeute...	AUT

• **Soins**

Type de soins	code
<b>Actes sans rapport direct avec les soins :</b> arrivée ou départ du service, préparation de médicaments, préparation de soins en salle de soins, en sortie des toilettes...	SANS
<b>Soins autour du patient :</b> réfection de lit, entretien de la chambre et des sanitaires...	AUTO
<b>Contact avec la peau saine :</b> soins de peau saine, toilette, contact avec les vêtements, prises de constantes...	PEAU

<b>Contacts avec la peau lésée</b> : soins de plaie, soins sur abcès, soins dermatologiques...	LESE
<b>Soins veineux ou artériels</b> : prise de sang, pose, maintenance et ablation de cathéters, injections intra-veineuses, manipulations des tubulures, robinets et rampes, réfection de pansements de cathéters, réalisation de glycémie...	SANG
<b>Soins avec injections diverses</b> : injections intra-musculaires, injection sous-cutanées...	INJ :
<b>Soins urinaires</b> : examen cyto-bactériologique des urines, pose, maintenance et ablation de sonde urinaire...	URIN
<b>Soins respiratoires</b> : examen de crachats, aspiration trachéale, soins de trachéotomie...	RESP
<b>Soins digestifs</b> : pose, maintenance et ablation de sonde gastrique, soins de gastrostomie, soins de bouche...	DIGE
<b>Soins génitaux</b> : toilette intime, examen génital...	GENI
<b>Soins invasifs autres</b> : ponctions lombaires, ponctions diverses, soins et ablation de drains de redon...	INVA :

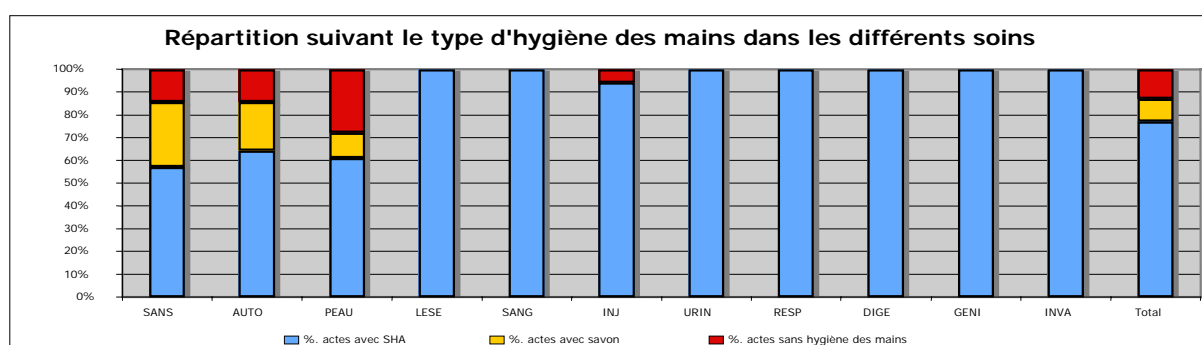
• **Hygiène des mains**

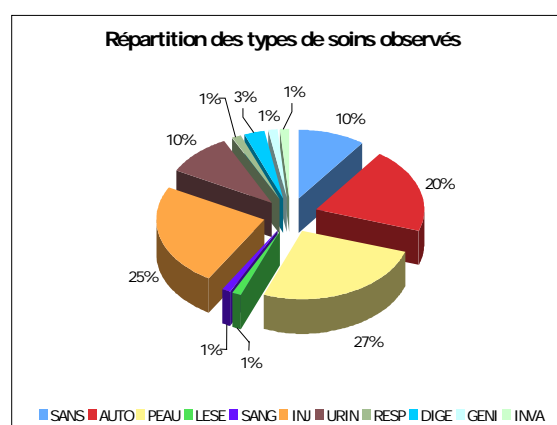
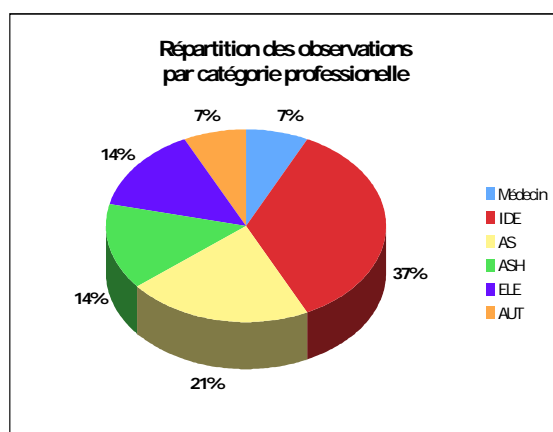
Type d'hygiène des mains	code	Moment de l'acte d'hygiène	code	Port de gants	code
savon	SAV	avant l'acte de manière isolée	AV	soin effectué avec des gants (de tous types)	OUI
solution hydro-alcoolique	SHA	après l'acte précédent et avant l'acte en question sans recontamination	AP	Soin effectué sans gants	NON
ni savon, ni SHA	RIEN				

• **Variables optionnelles**

tenue	code	Statut infectieux du patient	code	Risque infectieux [2]	code
conforme complètement (pas de bijoux, ni vernis à ongles, ni montres, ni bagues, ni alliance, manches courtes)	CONF	patient en isolement (précautions particulières)	ISOLE	risque infectieux bas	BAS
conforme sauf présence de l'alliance	MI CONF	patient non isolé (précautions standard)	NON ISOLE	risque infectieux intermédiaire	INTER
défaut de l'un des éléments	NON CONF			haut risque infectieux	HAUT

**Annexe 4 : Exemples de graphes.**





### **Annexe 5 : Référentiels disponibles**

- ANAES « Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration ». Année 2003. 89 pages
- SFHH « Recommandations pour l'hygiène des mains. Version 2 » Décembre 2002. 22 pages
- C.CLIN-Sud-Ouest « Audit de pratiques – Observance du lavage des mains dans les unités de soins » Année 2000. 84 pages

### ***Référentiels étrangers :***

- CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR 2002. Volume 51. 46 pages [1]
- BAPCOC (Belgian antibiotic policy coordination committee). Commission Belge de Coordination de la Politique Antibiotique.

<http://www.health.fgov.be/antibiotics/fr/presentationSimon.pdf>

### **Annexe 6 : Références**

1. CDC. Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR 2002;51:1-48
2. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice : a multidisciplinary approach. Emerg Infect Dis 2001;7:234-40
3. Pittet D, Boyce JM. Hand hygiene and patient care : pursuing the Semmelweis legacy. Lancet Infect Dis 2001;1:9-20
4. Pittet D, Hugonnet S, Harbath S. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000;356:1307-12
5. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. Ann Intern Med 1999;130:126-30
6. Boyce JM, Pittet D, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep 2002;51-RR16:1-45
7. Girou E, Oppein F. Handwashing compliance in a French university hospital : new perspective with the introduction of hand-rubbing with a waterless alcohol-based solution. J Hosp Infect

2001;48:S55-S57

8. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Recommandations pour l'hygiène des mains. 2002:28 pages

9. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Avis du Comité Technique National des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur la place des SHA dans l'hygiène des mains lors des soins. Bulletin Officiel 2001;52:2

**Autres références consultées**

- *F. d'Halluin et coll. Evaluation de la mise en application des précautions standard au sein du groupe hospitalier Cardio-Calmette - CHRU Lille.*
- *M. Erb et coll. Quel est le niveau optimal d'utilisation des produits hydro-alcooliques pour une politique d'hygiène des mains ? CHRU de Lille.*
- *F. Perraudin et coll.. Utilisation des solutions hydro-alcooliques : expérience du CHRU de Lille*
- *E. Girou et coll. Observance de l'hygiène des mains à l'hôpital Henri Mondor - Etude d'observation des pratiques – Protocole 2003. Unité d'hygiène et de prévention de l'infection (HYPI)*