

Guide d'entretien

dans le cadre des traceurs ciblés

Prévention des infections associées aux soins



Avertissement

Ce guide a été construit comme une aide à la réalisation de traceurs ciblés dans vos établissements. Il ne s'agit en aucun cas de la trame que les experts-visiteurs vont mobiliser pendant la visite de certification.

Ce guide ne présente pas de caractère exhaustif ni opposable. Il fera l'objet d'actualisation le cas échéant.



Infections associées aux soins

Informations sur la cible (exemples) : Précautions complémentaires : Patient arrivé avec un test PCR COVID positif.	Service(s) concern(és) et professionnels rencontré(s) : Service de soins : équipe médico-soignante : médecin du service, IDE, AS, ASH, ASS, etc. Service d'Hygiène Hospitalière: praticien et IDE hygiénistes (EOHH)
--	---

Professionnels

2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	Champ	Réponse
EE 02	L'équipe connaît et respecte les indications de l'hygiène des mains : avant et après le contact avec le patient, avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 03	L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène des mains en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène : audit type « Pulp friction » ou tout autre audit.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 04	L'équipe connaît le résultat de son service pour la consommation de solutions hydroalcooliques (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA) et a mis en place des actions d'amélioration le cas échéant.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'équipe :

- Pouvez-vous me dire à quels moments vous effectuez une hygiène des mains ?
- Sur quelles données vous basez-vous pour appliquer ces indications (sensibilisation ? formation ? document établissement ?)
- De quand date votre dernière participation à un sensibilisation à l'hygiène des mains ?
- Comment évaluez-vous vos pratiques relatives à l'hygiène des mains (audits, EEP, indicateurs ?)
- Des audits sur l'hygiène des mains sont-ils réalisés dans votre service ? Avez-vous un retour des résultats ?
- Savez-vous si la consommation de SHA est suivie au sein de votre service ? Si oui, connaissez-vous votre résultat ?
- Si score < cible fixée, qu'est-il prévu pour améliorer ce résultat ? Une analyse en équipe est-elle faite ? Pouvez-vous participer au plan d'action d'amélioration ?
- Où pouvons-nous retrouver ces informations au sein du service ? (Affichage résultats LIN)



Infections associées aux soins

2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires		Champ	Réponse
EE 02	<p>L'équipe est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'équipe sait que les précautions standard sont à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé ;- l'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standard ;- l'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excréta.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 03	L'équipe assure la mise en place des précautions complémentaires des patients, médicalement indiquée.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 04	L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service et/ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 05	L'équipe connaît et sait contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'équipe (cible mise en place de PC) :

- Qu'avez-vous mis en place pour le cas de ce patient dont le test Covid s'est avéré positif ?
- Qui a décidé de mettre en place les mesures ?
- Avez-vous été formé(e) ou sensibilisé(e) ?
- La mise sous PC est-elle tracée dans le dossier du patient ?
- Comment l'information de la mise en PC du patient est-elle diffusée au sein de l'équipe ? auprès d'un intervenant en interface avec l'équipe ? en cas de transfert ?
- Comment est assurée l'information au patient sur les PC (quoi, pourquoi, comment...) ?
- Comment est assurée l'information à la famille, aux proches ?



Infections associées aux soins

- Comment est évaluée la pertinence du maintien des PC chez le patient ?
- De quel matériel spécifique disposez-vous pour assurer le respect des PC ?
- Comment gérez-vous les EPI ? comment gérez-vous les DM dans le cadre de ces PC chez ce patient ? (ex : stheto, tensiomètre, thermomètre) ?
- Comment s'organise l'identification d'éventuels patients contact (chambre à 2 lits si découvert en cours de séjour par exemple) ?

Questions complémentaires pour l'équipe :

- Connaissez-vous les principes de base de l'hygiène hospitalière ? (les 7 piliers des précautions standard)
- Savez-vous faire la différence entre précautions standard et complémentaires ?
- Comment et quand déclenchez-vous la mise en œuvre des PC ? (réponse : suspicion ou diagnostique, prescription ou protocole ?) - qui décide de les mettre en place ?
- Informez-vous l'EOH en cas de prise en charge d'un patient en PC dans le service ? Si oui, comment ?
- En cas de doute sur la précaution à appliquer, qui contactez-vous et de quelle manière ?
- Comment un nouveau professionnel peut-il savoir la procédure de mise œuvre des PC dans votre service ?
- Évaluez-vous les pratiques d'hygiène de votre service ? Si oui avec quel outil (indicateur, audit, etc.) ?
- Connaissez-vous les résultats ces évaluations ? Des actions d'amélioration ont-elles été mises en place ?

En ce qui concerne plus spécifiquement les excréta :

- Comment les gérez-vous ?
- De quel(s) matériel(s) disposez-vous pour les gérer (lave bassin, sac protecteur UU, etc.)
- Comment vous protégez-vous pour éviter une éventuelle transmission (tenue, EPI) ?

Exemples de questions pour le médecin :

- Dans quels contextes un patient est-il placé en PC dans votre service ?
- Avez-vous prescrit la mise en place de PC chez ce patient ? Comment ? (ex : dès la suspicion ? une fois que vous avez la confirmation diagnostique ?)
- De quelle manière avez-vous prévu de réévaluer les PC appliquées à ce patient ?
- Avez-vous prévu d'évaluer la transmission croisée au sein du service et comment ?
- En cas de transfert d'un de vos patients en PC vers un autre service ou un autre ES, ou en cas de retour à domicile, comment informez-vous vos confrères ?



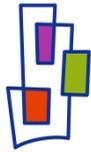
Infections associées aux soins

2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs		Champ	Réponse	
EE 01	L'équipe applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 02	Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel, respectant les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 03	La prescription d'antibioprophylaxie utile est systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et est tracée dans le dossier du patient, et elle est vérifiée lors de la checklist.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 04	Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 05	L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène, et des actions d'amélioration sont engagées. Ce point doit faire l'objet d'une vérification ultime lors de la checklist. Si il est constaté des dysfonctionnements de la réalisation de l'antibioprophylaxie, un plan d'action est mis en place allant jusqu'à la vérification formelle de ce point à l'occasion de la checklist.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'équipe :

- Un protocole d'antibioprophylaxie adapté aux actes interventionnels pratiqués est-il disponible pour tous les prescripteurs du service ? Sous quelle forme (LAP, protocoles validés par le CLIN ou la CME..)?
- Ce protocole est-il conforme aux dernières recommandations de la SFAR/SFC ?
- Qui assure la mise à jour des protocoles dans le service et/ou l'établissement ?
- Les ATB prévus aux protocoles sont-ils toujours disponibles à la PUI ?
- Qui prescrit l'antibioprophylaxie, à quel moment du parcours du patient ?
- Où cette prescription est-elle tracée ?



Infections associées aux soins

- La prescription précise-t-elle clairement le moment d'administration de l'ATB et la durée ?
- La bonne administration de l'antibioprophylaxie est-elle vérifiée au temps de pause avant incision de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » ?
- Que faites-vous en cas de non respect ou de dysfonctionnement de la réalisation de l'antibioprophylaxie ?
- Y a-t-il une évaluation régulière des pratiques d'antibioprophylaxie au niveau du service ?
- Qui organise cette évaluation et en assure le suivi ?
- A quand remonte la dernière évaluation de pratiques d'antibioprophylaxie du service ?
- Avez-vous une personne référente en antibioprophylaxie au sein du service ? De l'établissement ?

2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

		Champ	Réponse	
EE 01	L'équipe assure le suivi d'indicateurs de prévention des infections.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 02	Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux réutilisables et des équipements de désinfection et de stockage sont connus des équipes.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 03	Les professionnels chargés de la désinfection sont formés.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 04	La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables dans les secteurs interventionnels est disponible et actualisée.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 05	Le compte rendu d'examen identifie les dispositifs médicaux réutilisables utilisés. (consultation documentaire)	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 06	La traçabilité de la désinfection est complète. (consultation documentaire)	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'équipe :

- Concernant le patient mis en PC Covid+ (ou choix cible), quelle gestion du matériel médical a été définie ? (stéthoscope, tensiomètre, etc.)



Infections associées aux soins

- Concernant la gestion des DMR de votre service, comment vous coordonnez-vous avec l'équipe de stérilisation/la PUI ? Comment vous répartissez-vous la charge de travail ?
- Comment réalisez-vous la surveillance de la prévention des infections liées au DMR ? (indicateur ISO (site opératoire) ?
- Savez-vous comment sont réalisés les contrôles microbiologiques en lien avec vos DMR ? Êtes-vous informés des résultats de ces indicateurs ?
- Avez-vous bénéficié d'une formation relative à la prédésinfection ?
- Pouvez-vous nous expliquer comment la traçabilité de la désinfection des DM est réalisée ?
- Est-elle en lien avec le dossier du patient ? (existence d'une fiche de traçabilité du nettoyage et désinfection des DM, traçabilité du DM employé pour réaliser l'intervention sur le compte-rendu d'examen)
- Disposez-vous, au sein de votre service, d'une fiche listant les DMR disponibles. Si oui, quand est-elle actualisée ?



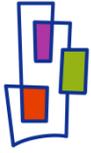
Infections associées aux soins

2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates		Champ	Réponse	
EE 04	L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs intravasculaires.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 05	L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée et les connaît.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 06	La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 07	Pour les dispositifs invasifs qui le requièrent (abords veineux et sondes notamment), la pertinence de leur maintien est réévaluée périodiquement.	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non
EE 08	L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Non

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'Equipe :

- Comment maintenez-vous vos connaissances relatives aux bonnes pratiques des dispositifs invasifs ? (Abord vasculaire, sonde urinaire, ventilation mécanique)
- Disposez-vous de protocoles décrivant la gestion de ces dispositifs ? *exemple : pour la ventilation mécanique : vérification de la pression du ballonnet, protocole d'aspiration et position demi-assise pour éviter la pneumopathie acquise sous ventilation (PAVM)*
- Avez-vous suivi une ou des formation(s) ? De quand date votre dernière formation sur ce sujet ?
- Comment est assurée la gestion des dispositifs invasifs ?
 - Lors de la pose (date dans DPI ?) Quel est votre protocole de désinfection ? Surveillance ?
 - Lors de l'évaluation du maintien ? Si oui, à quel moment ?
- Comment évaluez-vous vos pratiques relatives à la gestion des dispositifs invasifs ?
- Audits observationnels, EPP, indicateurs ? Avec qui menez-vous ces évaluations ? EOH ?



Infections associées aux soins

2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires		Champ	Réponse
EE 01	L'équipe s'assure que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire et, en cas de traitement des pilosités, utilise la technique de la tonte et non du rasage.	Chirurgie et interventionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 02	L'équipe dispose de protocoles de préparation de l'opéré par spécialité.	Chirurgie et interventionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
EE 03	L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référent en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène.	Chirurgie et interventionnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'équipe :

Si ce patient nécessite un acte interventionnel (ex : coronarographie) quelles sont les précautions appliquées pour l'amener au bloc ou au plateau technique ? *ex : passage en fin de programme de bloc*

Comment communiquez-vous les informations essentielles à ce type de prise en charge ? *brancardiers, soignants, etc.*

- Comment prévenez-vous les infections associées aux soins avant chaque intervention ?
 - préparation cutanée de l'opéré : existence de protocoles de préparation de l'opéré par spécialité + spécial PEC de patient atteint du COVID?
 - *vérification douche pré-opératoire du patient*
 - *traitement des pilosités si besoin, et comment ?*
- Comment évaluez-vous vos pratiques de prévention des infections liés aux actes interventionnels ? *EPP, indicateurs ? Avec qui menez-vous ces évaluations ? EOH ?*



Gouvernance

2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	Champ	Réponse
EE 05	Sur la base des résultats de l'indicateur national hygiène des mains et du suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA), l'EOH, appuyée par la gouvernance, met en place des actions d'amélioration de l'observance et de la technique d'hygiène des mains	Tout établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Questions possibles :			
Exemples de questions pour l'EOH :			
<ul style="list-style-type: none">▪ Comment est piloté le risque infectieux dans votre établissement ?▪ Comment la lutte contre le risque infectieux est articulée avec les autres vigilances de l'établissement ?▪ En ce qui concerne l'indicateur ICSHA, pouvez-vous me rappeler la valeur de votre dernier score ? Comment le communiquez-vous auprès des équipes ?▪ Avez-vous mesuré une modification de votre indicateur ICSHA depuis que vous avez des patients Covid+ à prendre en charge ? Comment avez-vous valorisé ces changements d'organisation ?▪ Si score < cible fixée, qu'avez-vous prévu pour améliorer ce résultat ?▪ Si score ≥ cible : que faites-vous pour maintenir ce résultat ?▪ Quels sont les autres indicateurs LIN que vous suivez au sein de votre établissement ?▪ Assurez-vous un suivi de la consommation de SHA par service ? Si oui, à quelle fréquence et comment le communiquez-vous auprès des équipes de terrain ?▪ A quelles instances êtes-vous invités à participer ? Quelles sont les informations que vous y partagez ?▪ Participez-vous au dispositif d'accueil des nouveaux agents ? Quelles informations leur délivrez-vous ?▪ Disposez-vous de correspondants au sein des services ? Comment animez-vous ce réseau ?▪ Des formations sont-elles organisées pour les référents/correspondants hygiène de l'établissement ?▪ Avez-vous organisé des actions/animations pédagogiques sur l'hygiène des mains au sein de l'établissement ? Pour quels publics ? (Professionnels et usagers)▪ Quels supports de communication ont été créés en ce sens ? (Professionnels et usagers)▪ Participez-vous à la Semaine Sécurité du Patient ?			



Infections associées aux soins

2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Champ

Réponse

EE 06

Des audits sont réalisés et les résultats sont évalués, du type :

.précautions complémentaires de type contact ;

.quick-audit hygiène des mains du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Grepqh) ;

.audit « gestion des excréta » ;

.réseau de prévention des infections associées aux soins.

Tout établissement

Oui Non

NA

Questions possibles :

Exemples de questions pour l'EOH :

- Êtes-vous sollicités par le service pour accompagner les équipes dans le cadre de la gestion des patients Covid+ ?
- Comment êtes-vous informés de l'hospitalisation d'un patient positif ?
- Avez-vous pu évaluer vos pratiques d'hygiène en lien avec la gestion des Cas Covid au sein de l'établissement ?
- Si oui, avez-vous communiqué les résultats ? Avez-vous identifié des axes d'amélioration ?
- Quels sont les audits que vous réalisez en lien avec la maîtrise du risque infectieux ?
- Audit PC contact ? Hygiène des mains ? gestion des excréta ?
- Comment suivez-vous l'atteinte de vos objectifs (indicateurs ? audits ? EPP ?)
- Comment ces résultats sont partagés auprès des professionnels ? Et aux instances ?
- Ces résultats alimentent-ils le PAQS de l'établissement ? L'élaboration du projet d'établissement ?
- Comment sont suivis les plans d'actions ?
- Vous appuyez-vous sur un réseau d'experts ? Les sollicitez-vous ?