

Evaluation des Pratiques Professionnelles
dans les établissements de santé

**Audit prévention du risque infectieux
en établissement de santé
ou en établissement médico-social**

Guide méthodologique



Septembre 2016

Groupe de travail :

Dr Anne CANIVET-THOMASSIN	Pharmacien hygiéniste/GDRAS*	CLCC Caen
Dr Sandie CHEVRIER	Pharmacien hygiéniste/GDRAS*	CH Quimper
Dr Erika FONTAINE	Pharmacien hygiéniste/GDRAS*	CClin Ouest, Rennes
Mme Liliane HENRY	Cadre de santé hygiéniste	Arlin Normandie, Caen
Mme Sylvie JOURDAIN	Cadre de santé hygiéniste	Arlin Bretagne, Brest
Dr Annie LE GUYADER	Pharmacien hygiéniste	CH Vitré/Fougères
Mme Françoise RAYMOND	Cadre de santé hygiéniste	Arlin Pays de la Loire, Nantes
Dr Flavie ROUSSEAU	Pharmacien hygiéniste	CH Laval
Dr Dominique TENCE	Pharmacien hygiéniste/GDRAS*	CH Dinan

*Coordonnateur ou temps dédié à la gestion des risques associés aux soins

Etablissements testeurs :

Clinique Saint Léonard, Angers

Centre Hospitalier de Cornouaille, Quimper

Centre de dialyse ANIDER, Hérouville St Clair

Centre Hospitalier de Fougères

Centre Hospitalier de Vitré

Centre Hospitalier des Marches de Bretagne, Antrain-Saint Brice en Coglès

Centre hospitalier de la Guerche de Bretagne

Relecteurs :

Dr Pierre PARNEIX	Médecin responsable	CClin Sud-Ouest, Bordeaux
Dr Loïc SIMON	Pharmacien responsable adjoint	CClin Est, Nancy
Dr Marine GIARD	Médecin coordonnateur	CClin Sud-Est, Lyon
Dr Pascal JARNO	Médecin coordonnateur	GCS CAPPs Bretagne, CHU Rennes
Lenaïg DANIEL	IDE hygiéniste	CHU Brest
Dr Marie-José D'ALCHE GAUTIER	Médecin de santé publique	CHU Caen
Noémie TERRIEN	Coordonnateur	Réseau QualiSanté, Nantes
Danièle LANDRIU	Cadre supérieur de santé hygiéniste	CClin Paris-Nord
Elisabeth LAPRUGNE-GARCIA	Cadre supérieur de santé hygiéniste	CClin Sud-Est, Lyon
Dr Gwenaël ROLLAND-JACOB	Médecin hygiéniste/GDRAS	CH Cornouaille, Quimper

Remerciements :

A l'équipe opérationnelle d'hygiène du CHRU de Brest pour la mise à disposition de leur document « Le point en hygiène dans votre service » qui a servi de base à ce travail.

Sommaire

Introduction.....	5
Objectifs.....	5
Objectif général	5
Objectifs spécifiques.....	5
Méthode	5
Principe.....	5
Champ d'application.....	5
Organisation	6
Entretien avec les professionnels.....	6
Modalités d'utilisation de la grille d'entretien	6
Estimation du temps nécessaire.....	6
Critères évalués	6
Modalités de remplissage de la grille	7
Observation et documentation	7
Modalités d'utilisation de la grille d'observation et documentaire	7
Estimation du temps nécessaire.....	7
Critères évalués	8
Modalités de remplissage de la grille	8
Mise en œuvre de l'audit	9
Coordination de l'audit.....	9
Equipe projet	9
Auditeurs	9
Résultats	10
Analyse des données	10
Restitution des résultats et plan d'actions.....	10
Références.....	11
Annexes	12
Annexe 1 : Grille d'entretien avec les professionnels - audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social.....	13
Annexe 2 : Grille d'observation et documentaire - audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social.....	17
Annexe 3 : Guide de l'auditeur.....	25
Annexe 4 : Evaluation du risque infectieux - plan d'actions.....	28
Annexe 5: Feuille d'émargement	30

Sigles et acronymes

AES :	Accidents d'exposition au sang
APR :	Appareil de protection respiratoire
Arlin :	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
AS :	Aides-soignantes, auxiliaires de puériculture
ASH :	Agents de service hospitalier
Ccecqqa :	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CCLin :	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CS :	Cadres de santé
Dasri :	Déchets d'activités de soins à risque infectieux
DM :	Dispositif médical
EMS	Etablissement médico-social
EOH :	Equipe opérationnelle d'hygiène
Espic :	Etablissements de santé privé d'intérêt collectif
GDRAS :	Gestion des Risques Associés aux Soins
IAS :	Infection Associée aux Soins
IDE :	Infirmiers diplômés d'état et infirmiers diplômés d'état spécialisés
Icsha :	Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques
LDB :	Laveur désinfecteur de bassin
M :	Médecins
OPCT :	Objets piquants, coupants, tranchants
Paqss :	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PC :	Précautions complémentaires
PCA :	Précautions complémentaires Air
PCC :	Précautions complémentaires Contact
PCG :	Précautions complémentaires Gouttelettes
PHA :	Produit hydro-alcoolique
Propias :	Programme de prévention des infections associées aux soins
PS :	Précautions standard
SAD :	Sonde à demeure
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
UU :	Usage unique
VSC :	Voie sous-cutanée
VVC :	Voie veineuse centrale
VVP :	Voie veineuse périphérique

Introduction

La prévention des infections associées aux soins est un enjeu majeur de la qualité et de la sécurité des soins aux patients, inscrite dans le programme de prévention des infections associées aux soins 2015 (Propias)¹.

Il est notamment demandé aux établissements de santé de développer une culture de qualité et de sécurité des soins en utilisant des outils de gestion des risques adaptés^{1,2,3}.

L'audit est l'un des outils proposés par la HAS² (Haute Autorité de Santé). Il fait partie des démarches *a priori* de repérage et d'évaluation des risques par comparaison à un référentiel. Il permet d'évaluer les pratiques et les organisations, de mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée.

L'audit proposé ici permet d'évaluer la prévention du risque infectieux dans une unité de soins ou médico-technique. Il associe plusieurs approches (audit mixte) :

- Des entretiens avec les professionnels.
- L'observation sur le terrain.
- La consultation des ressources documentaires.

Il permet de réaliser un état des lieux de la gestion du risque infectieux, de suivre ainsi que d'améliorer l'organisation et les pratiques autour de cette thématique transversale.

Objectifs

Objectif général

Réaliser un état des lieux de la prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement dans une unité de soins, une unité médico-technique, ou un établissement médico-social afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Objectifs spécifiques

- Evaluer les niveaux de conformité des pratiques liées à la prise en charge du patient ou du résident, par rapport aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux.
- Identifier les points forts et les points à améliorer dans l'organisation de l'activité d'une unité et dans les pratiques professionnelles, afin de proposer des mesures permettant de les améliorer.
- Définir, mettre en place et suivre un plan d'actions d'amélioration.

Cet outil est un outil de pilotage interne, il n'a pas vocation à être utilisé dans le cadre du benchmarking.

Méthode

Principe

Il s'agit d'un audit mixte élaboré selon la méthodologie décrite dans le guide de la HAS sur la gestion des risques pour les établissements de santé, constitué de 2 volets, réalisés sur le terrain :

- Entretiens avec les professionnels.
- Observation et consultation documentaire.

Cet outil a été élaboré sur la base des recommandations nationales et de la réglementation^{4,5,6,7}.

Champ d'application

Etablissements concernés :

- Tout établissement de santé, quel que soit son statut (public, privé, ESPIC) et sa catégorie (CHU, CH, clinique, CLCC, SSR...).
- Tout établissement médico-social. L'audit est alors à adapter au type d'établissement et peut être complémentaire à l'élaboration du Document d'Analyse du Risque infectieux (DARI)
- Services concernés : tous les services de soins, d'hébergement et les services médico-techniques.

Professionnels concernés : médecins séniors et internes, sages-femmes, cadres de santé, infirmiers coordonnateurs, infirmiers et infirmiers spécialisés, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, agents de services, kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, ambulanciers, brancardiers, techniciens et auxiliaires de laboratoire.

Organisation

Deux grilles sont disponibles : une **grille d'entretien avec les professionnels** et une **grille d'observation et consultation documentaire** (annexes 1 et 2). Elles sont accompagnées d'un « guide de l'auditeur » (annexe 3) et d'un diaporama de formation disponible sur le site www.cclin-arlin.fr.

En fonction des moyens et du temps disponibles, le choix peut être fait de réaliser **les deux parties de l'évaluation ou une seule**.

De même, le périmètre de l'audit (établissement, plusieurs services ou un service unique) est laissé au choix des professionnels organisant l'audit, en fonction des moyens disponibles et de l'objectif fixé.

Entretien avec les professionnels

Modalités d'utilisation de la grille d'entretien

En fonction des moyens et du but recherché, les organisateurs de l'évaluation (EOH, cadre de santé, infirmier coordonnateur...) déterminent le **nombre de professionnels** à interroger.

Plusieurs modalités sont possibles :

- Réaliser une « photographie » succincte et interroger une seule personne de chaque catégorie professionnelle.
- Interroger un échantillon de chaque catégorie professionnelle.
- Interroger l'ensemble des professionnels du service.

Le taux de conformité sera exprimé selon le nombre de personnes interrogées.

Remplir une fiche par professionnel interrogé.

Estimation du temps nécessaire

Temps d'entretien par professionnel : 20 minutes

Critères évalués

- Organisation de la prévention des infections associées aux soins.
- Précautions standard.
- Précautions complémentaires.
- Soins invasifs.

- Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage.
- Gestion des *excreta*.
- Soins de nursing.

Modalités de remplissage de la grille

- Numéro de fiche :

Les numéros sont à attribuer au moment de la réalisation de la visite.

- Service :

Renseigner le nom du service (à usage interne).

- Auditeur (facultatif) :

Si besoin, renseigner le nom et / ou la catégorie professionnelle de l'auditeur (à usage interne).

- Fonction du professionnel évalué :

Des professionnels de chaque catégorie représentée dans le service peuvent être interrogés, **hors étudiants** (externes, élèves infirmiers, élèves aides-soignants...).

- Éléments attendus :

La colonne « éléments attendus » prend en compte les recommandations nationales^{4,5,6,7}.

- Comment répondre ?

Pour chaque question posée :

- Cocher « Conf » (conforme) si la réponse **est conforme aux éléments attendus et complète** (des cases permettant de cocher les éléments attendus au fur et à mesure sont proposées).
- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse **n'est pas conforme aux éléments attendus ou incomplète**.
- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : professionnel non concerné par le critère, soin non réalisé dans le service).

- Commentaires :

Une colonne « commentaires » est laissée à disposition pour la personne qui réalise l'évaluation. Elle est à usage interne et ne sera pas exploitée dans l'outil informatique.

Observation et documentation

Modalités d'utilisation de la grille d'observation et consultation documentaire

Remplir une grille par unité ou service visité.

Noter les réponses en fonction de ce qui est observé ou des documents disponibles.

Estimation du temps nécessaire

Temps d'observation par service ou unité : 45 minutes minimum.

Critères évalués

- Organisation de la prévention des infections associées aux soins.
- Précautions standard.
- Précautions complémentaires.
- Soins invasifs.
- Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage.
- Gestion des *excreta*.
- Gestion des déchets.
- Gestion du linge.
- Maitrise du risque lié à l'eau.
- Maitrise du risque infectieux lié à l'alimentation.

Modalités de remplissage de la grille

- Numéro de fiche :

Si plusieurs observations sont réalisées (exemple : plusieurs unités ou plusieurs services) les numéros sont à attribuer au moment de la réalisation de la visite.

- Service :

Renseigner le nom du service (à usage interne).

- Auditeur (facultatif) :

Si besoin, renseigner le nom et / ou la catégorie professionnelle de l'auditeur (à usage interne).

- Éléments attendus :

La colonne « éléments attendus » prend en compte les recommandations nationales^{4,5,6,7}.

- Comment répondre ?

- Cases vides :

- Cocher « Conf » (conforme) si la réponse est conforme aux éléments attendus **et complète** (des cases permettant de cocher les éléments attendus au fur et à mesure sont proposées).
- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse n'est pas conforme aux éléments attendus **ou incomplète**.
- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : soin non réalisé dans le service).

- Cases pré-remplies (« n= » ou « N= ») : renseigner la valeur demandée.

- Cases grisées : ne pas remplir la case.

Mise en œuvre de l'audit

Coordination de l'audit

Le coordonnateur de l'audit est un professionnel de l'EOH, le coordonnateur de la gestion des risques, ou un référent de l'établissement en charge de la lutte contre les Infections Associées aux Soins (président de Clin, infirmier coordonnateur,...).

La coordination de l'audit consiste à :

- Informer la direction de l'établissement et les instances du déroulement de l'audit.
- Déterminer la composition de l'équipe projet et la coordonner.
- Organiser les différentes étapes de l'audit.
- S'assurer de la validation des fiches.
- S'assurer de la présentation des résultats selon le champ de l'audit (instances ou commissions de l'établissement, réunions de services...).

Equipe projet

Une équipe projet aide le coordonnateur de l'audit dans sa mission. Elle est idéalement multiprofessionnelle et multidisciplinaire (acteurs de soins, encadrement, professionnels ayant une expertise en prévention du risque infectieux, professionnels ayant des connaissances sur la technique de l'audit). L'implication de l'encadrement est essentielle dans la préparation de l'évaluation, la restitution des résultats et la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration qui pourront être proposées.

Ses missions sont :

- Déterminer le champ de l'évaluation.
- Identifier les auditeurs et leur présenter le protocole d'audit et les documents de recueil.
- Planifier l'audit et informer les services.
- Centraliser les résultats et les valider.
- Organiser le traitement des données (saisie, analyse, édition du rapport).
- Organiser la restitution des résultats et proposer des actions d'amélioration.
- Programmer le suivi des actions.

L'évaluation peut être proposée par l'équipe opérationnelle d'hygiène, le cadre de l'unité concernée (par exemple lors d'une prise de fonction dans l'unité)...

Auditeurs

Ils doivent être formés à la méthodologie de l'audit et disposer de connaissances solides dans la prévention du risque infectieux.

Leur rôle est de :

- Réaliser le recueil des données.
- Remettre les fiches d'évaluation à l'équipe projet.

Résultats

Analyse des données

La saisie des données est réalisée par le coordonnateur de l'audit ou un membre de l'équipe projet. Un outil de saisie Excel sera mis à disposition sur le site CClin-Arlin (www.cclin-arlin.fr) fin 2017. Il permettra également la publication automatique d'un rapport qui sera transmis au service.

Restitution des résultats et plan d'actions

La réunion de restitution orale est planifiée après l'évaluation, idéalement dans le mois suivant. Tous les professionnels concernés sont alors invités à y participer.

Elle a pour but de communiquer les principaux éléments relevés lors de l'évaluation (points forts, points à améliorer), et de déterminer des axes d'amélioration.

Un plan d'actions est établi avec l'équipe. Les actions retenues sont ensuite contractualisées entre les différents acteurs concernés (service, encadrement, EOH, direction...) et font l'objet d'un suivi (pilote, échéancier) (voir annexe 4).

Remarque : afin de garantir leur réalisation, il est recommandé de se fixer des objectifs atteignables, et de ne pas envisager un trop grand nombre d'actions.

Le plan d'actions est intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS). Il est présenté aux instances *ad hoc* selon l'organisation de l'établissement (instance en charge de la lutte contre les infections associées aux soins, commission ou conférence médicale d'établissement, comité de suivi des risques...).

Références

1. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS n° 2015-202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015. 92 p.
2. Haute autorité de santé. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé : des concepts à la pratique. 2012. 220 p.
3. CCLin Ouest. La gestion du risque infectieux dans un établissement de santé : une démarche collective au service du patient. 2014. 32 p.
4. Société française d'hygiène hospitalière. Recommandations pour l'hygiène des mains. 2009. 102 p.
5. Société française d'hygiène hospitalière, Haut conseil de la santé publique. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. 2010. 175 p.
6. Société française d'hygiène hospitalière Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. 2009. 60 p.
7. Société française d'hygiène hospitalière. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. 2013. 60 p.

Annexes

- Annexe 1 : Grille d'entretien avec les professionnels**
- Annexe 2 : Grille d'observation et consultation documentaire**
- Annexe 3 : Guide de l'auditeur**
- Annexe 4 : Plan d'actions**
- Annexe 5 : Feuille d'émargement pour la réunion de restitution**

Annexe 1 : Grille d'entretien avec les professionnels

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'entretien avec les professionnels

Se reporter au Guide de l'auditeur pour renseigner la fiche.

N° de fiche :

ANNEXE 1

Date de l'audit :

Auditeur (facultatif) :

Service :

Fonction de la personne interrogée : M CS IDE AS ASH Autre

Critères		Éléments attendus Le personnel interviewé :	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
A – Organisation de la prévention du risque infectieux associé aux soins						
A1	Connaissez-vous l'équipe opérationnelle d'hygiène ?	Nomme au moins un membre de l'EOH.				
A2	Connaissez-vous le(s) correspondant(s) en hygiène de votre unité ?	Nomme le(s) correspondant(s) en hygiène, ou sait où trouver l'information.				
A3	Savez-vous où trouver la documentation relative à l'hygiène (le « classeur hygiène ») ?	Montre les documents (papier ou informatique).				
A4	Savez-vous comment signaler les infections associées aux soins ?	Explique comment et à qui signaler une IAS.				
A5	Pensez-vous que toutes les infections associées aux soins doivent être déclarées ?	Sait que toutes les IAS doivent être signalées.				
B – Précautions standard (PS)						
B1	Quelles sont les règles à respecter pour avoir une tenue professionnelle conforme et les pré-requis pour assurer une bonne hygiène des mains ?	Cite: <input type="checkbox"/> absence de tenue civile ou tenue civile à manches courtes recouverte par une tenue professionnelle propre, <input type="checkbox"/> manches courtes, <input type="checkbox"/> cheveux longs ou mi-longs attachés, <input type="checkbox"/> absence de bijoux aux mains et poignets, <input type="checkbox"/> ongles courts et nus.				
B2	Lors des soins, avez-vous un produit hydro-alcoolique au plus près du soin ?	Déclare avoir un PHA avec lui dans la chambre pour les soins (ou il y en a un dans la chambre en permanence).				
B3	A quels moments réalisez-vous un geste d'hygiène des mains ?	Cite: <input type="checkbox"/> avant et après tout soin ou tout contact direct avec un patient/résident ou son environnement, <input type="checkbox"/> entre un soin contaminant et un soin propre chez un même patient/résident, <input type="checkbox"/> entre 2 patients/résidents, <input type="checkbox"/> avant de mettre les gants et après les avoir retirés.				
B4	Connaissez-vous l'indicateur ICSHA de votre unité ?	Donne un résultat approximatif de l'ICSHA de son service.				
B5	Où est affichée la conduite à tenir en cas d'AES ?	Montre l'affiche ou indique où elle se trouve.				
B6	Quelles sont les règles d'utilisation des conteneurs pour OPCT ?	Cite: <input type="checkbox"/> la proximité immédiate du soin, <input type="checkbox"/> la fermeture provisoire entre 2 utilisations, <input type="checkbox"/> le respect du niveau de remplissage, <input type="checkbox"/> la fixation (ventouse, plateau préformé...), <input type="checkbox"/> la fermeture définitive avant élimination.				

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'entretien avec les professionnels

Critères		Éléments attendus Le personnel interviewé :	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
B7	Dans quelles situations utilisez-vous des gants de soins à usage unique non stériles ?	Cite <input type="checkbox"/> « précautions standard » ou <input type="checkbox"/> soins à risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques, <input type="checkbox"/> contact avec les muqueuses ou la peau lésée, <input type="checkbox"/> peau lésée du soignant. <i>Si « précautions contact » citées (ou exemples selon protocole interne donnés), noter conforme à la question C4.</i>				
B8	Dans quelles situations utilisez-vous des tabliers imperméables à usage unique ?	Cite <input type="checkbox"/> « précautions standard » ou <input type="checkbox"/> soins souillants, mouillants ou à risque de contact avec le sang ou les liquides biologiques. <i>Si « précautions contact » citées (ou exemples selon protocole interne donnés), noter conforme à la question C5.</i>				
B9	Dans quels cas utilisez-vous des masques chirurgicaux ?	Cite <input type="checkbox"/> « précautions standard » ou <input type="checkbox"/> en cas de toux du professionnel, <input type="checkbox"/> dans la chambre d'un patient/résident qui tousse, <input type="checkbox"/> en cas de soin à risque de projection ou d'aérosolisation. <i>Si « précautions gouttelettes » citées (ou exemples donnés selon protocole interne), noter conforme à la question C6.</i>				
B10	Dans quel cas utilisez-vous des protections oculaires (lunettes de protection ou masque à visière) ?	Cite <input type="checkbox"/> « précautions standard » ou <input type="checkbox"/> en cas de soins à risque de projection ou d'aérosolisation, <input type="checkbox"/> en cas de manipulation des produits d'entretien concentrés.				
B11	Savez-vous comment trier les déchets dans votre établissement / service ?	Sait dans quel contenant éliminer les déchets en fonction de leur nature, ou bien où trouver l'information.				
C – Précautions complémentaires (PC)						
C1	Utilisez-vous une signalétique particulière pour les patients/résidents en précautions complémentaires ?	Sait quel affichage apposer sur les portes de chambres et où le trouver.				
C2	Informez-vous les autres professionnels en cas de demande d'examen ou de transfert interne ou externe ? si oui, comment ?	Sait qu'il faut informer et comment le faire (explique ou montre ce qu'il fait).				
C3	Quel type d'hygiène des mains pratiquez-vous chez un patient/résident en PC (hors gale et <i>Clostridium difficile</i>) ?	Répond qu'il réalise une friction hydro-alcoolique.				
C4	Dans quels cas utilisez-vous des gants de soins à usage unique non stériles ? (hors gale et <i>Clostridium difficile</i>)	Mêmes réponses qu'à la question B7.				
C5	Dans quels cas utilisez-vous des tabliers imperméables à usage unique ?	Cite « précautions contact » ou donne des exemples selon protocole interne. <i>Noter Conf sans reposer la question si déjà cité à la question B8.</i>				
C6	Dans quels cas utilisez-vous des masques chirurgicaux ?	Cite « précautions gouttelettes » ou donne des exemples selon protocole interne. <i>Noter Conf sans reposer la question si déjà cité à la question B9.</i>				
C7	Dans quels cas utilisez-vous des masques FFP2 (ou bec de canard) ?	Précautions « Air » ou éléments de réponse selon protocole interne.				

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'entretien avec les professionnels

Critères		Eléments attendus Le personnel interrogé :	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
D – Soins invasifs						
D1	Posez-vous tous les jours la question de la nécessité du maintien des dispositifs invasifs ?	Sait qu'il faut évaluer le rapport bénéfice-risque du dispositif invasif tous les jours.				
D2	Pouvez-vous décrire le principe du système clos pour le sondage urinaire ?	Sait <input type="checkbox"/> que la sonde doit être connectée avant la pose, <input type="checkbox"/> ne doit pas être déconnectée après la pose et <input type="checkbox"/> qu'elle doit être reposée en cas de déconnexion accidentelle.				
D3	Que faites-vous en cas de déconnexion accidentelle de la sonde urinaire ?	Sait que la sonde doit être changée.				
D4	Quel type d'antiseptique utilisez-vous pour la préparation cutanée avant la pose d'un cathéter (VVP, VVC, VSC) ?	Cite le nom d'un antiseptique alcoolique (povidone iodée ou chlorhexidine).				
E – Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage						
E1	Les dispositifs médicaux réutilisables sont-ils nettoyés après chaque utilisation ?	Décrit succinctement la procédure d'entretien réalisée dans le service.				
E2	Entretenez-vous votre chariot chaque jour ?	Nettoie chaque jour le(s) chariot(s) qu'il utilise.				
E3	La dilution des produits et la durée de conservation des bains d'entretien pour DM sont connues et respectées.	Interroger les professionnels sur la réalisation des dilutions.				
E4	La dilution des produits et la durée de conservation des produits de bionettoyage sont connues et respectées.	Interroger les professionnels sur la réalisation des dilutions.				
F – Gestion des excréta						
F1	L'utilisation des douchettes est-elle abandonnée ?	Cocher « Conf » si sait qu'il ne faut plus les utiliser				
S'il y a des lave-bassins (LDB) dans le service :						
F2	Quelles sont les bonnes pratiques d'utilisation ?	Donne les règles de bon usage : <input type="checkbox"/> bassin mis plein, <input type="checkbox"/> acheminement avec couvercle, <input type="checkbox"/> à chaque fois que le bassin, l'urinal est utilisé (urines et/ou selles).				
S'il n'y a pas de LDB dans le service ou en cas de panne :						
F3	Connaissez-vous la gestion des excréta en cas de panne du lave-bassins ou d'absence de LDB ?	Sait qu'il existe une procédure de gestion des excréta en l'absence de LDB (protections de bassin, désinfection manuelle, utilisation du LDB d'un autre service...).				
G – Soins de nursing						
G1	Quelle méthode permet la meilleure hygiène corporelle ?	Cite la douche (classique ou chariot-douche ou douche au lit).				
G2	A quel rythme doit être assurée l'hygiène bucco-dentaire des patients/résidents ?	Sait qu'une hygiène bucco-dentaire quotidienne est nécessaire.				

Annexe 2 : Grille d'observation et documentaire

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Se reporter au Guide de l'auditeur pour renseigner la fiche.

N° de fiche :

Service :

ANNEXE 2

Date de l'audit :

Auditeur (facultatif) :

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
A – Organisation de la prévention du risque infectieux associé aux soins						
A1	Au moins un correspondant hygiène est nommé dans le service.	Des fiches de mission ou une liste validée des correspondants hygiène désignés existent dans l'établissement.				
A2	Le signalement des infections associées aux soins (interne et externe) est organisé.	Une procédure définit l'organisation du signalement interne et externe des IAS.				
A3	En cas de signalement, le patient/résident est informé.	Vérifier dans les dossiers que l'information du patient/résident est tracée. <i>Cocher NA si aucun signalement n'a été réalisé dans le service.</i>				
A4	Une analyse des causes est menée en cas d'événement infectieux grave.	On entend par événement infectieux grave par exemple un décès associé à une IAS, une infection profonde du site opératoire, des cas groupés...Un document traçant la démarche d'analyse des causes de l'évènement est retrouvé (ex : compte rendu RMM...). <i>Cocher NA si aucun événement infectieux grave n'a été signalé dans le service.</i>				
B – Précautions standard						
B1	Un protocole « précautions standard » existe.	Un protocole institutionnel validé est disponible. Il décrit les mesures à appliquer pour tout patient/résident.				
B2	La tenue des professionnels est conforme.	Cocher « Conf » si 100% des professionnels rencontrés ont une tenue conforme. Tenue professionnelle conforme : absence de tenue civile ou tenue civile à manches courtes recouverte par une tenue professionnelle propre, manches courtes, cheveux longs ou mi-longs attachés, absence de bijoux aux mains et poignets, ongles courts et nus.				Préciser les critères non-conformes observés.
B3	Les produits hydro-alcooliques sont à disposition au plus près du soin.	Un PHA est disponible en permanence dans la chambre ou les professionnels en emportent dans la chambre pour réaliser les soins.				
B4	La date d'ouverture ou d'élimination est mentionnée sur le flacon de PHA.	La durée d'utilisation maximale n'est pas dépassée.				

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'observation et documentaire

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
B5	Affichage de la conduite à tenir en cas d'AES.	La conduite à tenir en cas d'AES est affichée dans la salle de soins ou dans un lieu identifié.				
B6	Des dispositifs médicaux sécurisés sont à disposition des soignants dans le service.	Des dispositifs médicaux sécurisés sont disponibles dans le service (stylos à insuline, cathéters,...).				
Les collecteurs OPCT :						
B7	Nombre de collecteurs observés en cours d'utilisation :	Noter le nombre de collecteurs montés et prêts pour l'utilisation (même s'ils n'ont pas encore été utilisés). <i>Si pas de collecteur ($N_1=0$) en cours d'utilisation dans le service passer au critère B11.</i>	N ₁ =			
B8	Nombre de collecteurs pour lesquels la fermeture temporaire est respectée :	Parmi les collecteurs montés, noter le nombre de ceux pour lesquels on peut observer que la fermeture temporaire est activée en dehors des périodes de soins.	n ₁ =			
B9	Nombre de collecteurs pour lesquels le niveau de remplissage est respecté :	Parmi les collecteurs montés, noter le nombre de ceux pour lesquels on peut observer que le niveau de remplissage maximal n'est pas dépassé.	n ₂ =			
B10	Nombre de collecteurs fixés ou maintenus :	Parmi les collecteurs montés, noter le nombre de ceux qui sont fixés (ventouse, plateau préformé...).	n ₃ =			
B11	Des gants de soins à usage unique sont mis à disposition dans les services.	Constater que des gants de soins à usage unique sont disponibles dans un lieu de stockage identifié du service.				
B12	Si oui, ils sont présents dans les lieux le nécessitant.	Constater que des gants sont présents sur les chariots de nursing et de soins et qu'il n'y a pas de gants dans les poches des professionnels.				
B13	Des tabliers imperméables à usage unique sont disponibles dans le service.	Constater que des tabliers imperméables à usage unique sont disponibles dans un lieu de stockage identifié du service.				
B14	Des masques chirurgicaux anti-projection (type IR ou IIR) sont disponibles dans le service.	Constater que des masques chirurgicaux anti-projection (type R) sont disponibles dans un lieu de stockage identifié du service.				
B15	Des protections oculaires (lunettes ou masques à visière) sont disponibles dans le service.	Constater que des lunettes de protection sont disponibles dans un lieu de stockage identifié du service.				
C – Précautions complémentaires (PC)						
C1	Un protocole « précautions complémentaires » existe.	Un protocole institutionnel validé est disponible. Il décrit les mesures à appliquer pour les PC « contact », « gouttelettes » et « air ».				
C2	Nombre de patients/résidents signalés à l'EOH	Noter le nombre de patients/résidents en PC et signalés à l'EOH.	N ₂ =			

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'observation et documentaire

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
C3	Nombre de patients/résidents relevant des précautions complémentaires (contact, gouttelettes et air) le jour de la visite :	Noter le nombre de patients/résidents relevant des PC au vu des dossiers médicaux. <i>Si aucun patient/résident en PC le jour de la visite (N₃ = 0) passer au critère D1.</i>	N ₃ =			
C4	Nombre de patients/résidents pour lesquels les précautions complémentaires sont prescrites par un médecin :	Vérifier que la prescription des PC est effective.	n ₄ =			
C5	Nombre de signalétiques mises en place :	Vérifier sur les portes dans combien de cas la signalétique « précautions complémentaires » en vigueur dans l'établissement a été mise en place.	n ₅ =			
C6	Le matériel nécessaire au respect des précautions complémentaires est disponible à l'entrée de la chambre.	Constater que des PHA et les équipements de protection individuelle adaptés sont disponibles.				
C7	La transmission de l'information est faite en cas de transfert du patient/résident ou de demande d'examen.	Observer si l'information est transmise en cas de transfert de patient/résident (autre unité, autre établissement) ou de demande d'examen : tampon sur les bons, information dans le courrier d'accompagnement... <i>Cocher NA si non observé.</i>				
D – Soins invasifs						
Sondage à demeure :						
D1	Nombre de patients/résidents porteurs d'une SAD lors de la visite :	<i>Si pas de SAD dans le service le jour de la visite (N₄ = 0) passer au critère D5.</i>	N ₄ =			
D2	Nombre de poses de SAD tracées :	Rechercher la traçabilité de la pose dans le dossier des patients/résidents.	n ₆ =			
D3	Nombre de SAD pour lesquelles l'évaluation quotidienne de la pertinence du maintien est effective :	Rechercher dans le dossier l'évaluation quotidienne de la pertinence du maintien de la SAD.	n ₇ =			
D4	Nombre de SAD pour lesquelles la surveillance clinique quotidienne est effective :	Rechercher dans le dossier la surveillance clinique quotidienne.	n ₈ =			
Cathétérisme veineux et sous-cutané :						
D5	Nombre de cathéters en place (CVP – CVC – CSC) le jour de la visite :	Un patient/résident peut être porteur de plusieurs cathéters : prendre en compte chaque cathéter. <i>Si pas de cathéter dans le service le jour de la visite (N₅ = 0), passer au critère D9.</i>	N ₅ =			
D6	Nombre de poses de cathéters tracées (date et localisation) :	Rechercher <input type="checkbox"/> la traçabilité de la date de pose et <input type="checkbox"/> la traçabilité de la localisation dans le dossier des patients/résidents.	n ₉ =			
D7	Nombre de cathéters pour lesquels l'évaluation de la pertinence du maintien est quotidienne:	Rechercher dans le dossier l'évaluation quotidienne de la pertinence du maintien.	n ₁₀ =			

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'observation et documentaire

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
D8	Nombre de cathéters pour lesquels la surveillance clinique est quotidienne :	Rechercher dans le dossier la surveillance clinique du point d'insertion du cathéter.	n ₁₁ =			
Flacons de produits antiseptiques :						
D9	Nombre de flacons en cours d'utilisation dans le service :		N ₆ =			
D10	Nombre de flacons datés et dont la durée maximale d'utilisation est respectée :	La durée d'utilisation maximale n'est pas dépassée.	n ₁₂ =			
D11	Nombre de flacons fermés (hors soins en cours) :	Les flacons doivent être maintenus fermés en dehors des périodes d'utilisation pour limiter le risque de contamination.	n ₁₃ =			
E – Entretien des dispositifs médicaux et bionettoyage						
E1	Des procédures concernant l'entretien des DM en fonction de leur niveau de criticité (non critique, semi-critique, critique) existent.	Des procédures institutionnelles validées sont disponibles.				
E2	Les produits indiqués dans les procédures sont disponibles dans le service.	Constater la présence des différents produits dans le local d'entretien des DM.				
E3	Les chariots de soins sont propres.	Observer l'état de propreté visuelle des chariots et des équipements. <i>Cocher NA dans la ligne concernée si pas de chariot observé.</i>				
E4	Les chariots de nursing sont propres.					
E5	Les chariots de bionettoyage sont propres.					
E6	Le bionettoyage des locaux est organisé.	Un (des) document(s) institutionnel(s) validé(s) existe(nt) qui défini(ssent) l'organisation du bionettoyage des locaux en fonction de leur classification, même en cas de prestataire externe (fréquence, qui, où..).				
E7	Les produits nécessaires au bionettoyage des locaux (détergents, désinfectants, détergents-désinfectants) sont disponibles dans le service.	Constater la présence des différents produits dans le local d'entretien des DM.				
E8	Le réfrigérateur pour les médicaments est réservé aux médicaments.	Répondre « Nconf » si ce réfrigérateur contient autre chose que des médicaments (denrées alimentaires). <i>Cocher NA si pas de réfrigérateur contenant des médicaments dans le service.</i>				
E9	Le réfrigérateur est entretenu à fréquence définie, l'entretien est tracé, la température est surveillée et tracée.	Observer les feuilles de traçabilité (entretien + suivi de température).				

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
F – Gestion des excreta						
F1	Absence de douchette dans les sanitaires des chambres.	Constater l'absence de douchette dans les sanitaires des chambres.				
Le service est équipé de laveur(s) désinfecteur(s) de bassins (LDB) :						
F2	Les bassins, urinaux, seaux hygiéniques type montauban et bocal à urines sont systématiquement mis pleins dans le LDB.	Constater que les bassins, urinaux, seaux hygiéniques type montauban et bocal à urines sont systématiquement mis pleins dans le LDB... <i>Cocher NA si non observé.</i>				
F3	Le local du LDB est propre et organisé.	Constater la présence d'une zone d'entreposage temporaire des DM sales, d'étagères pour les DM propres, la propreté visuelle, un flacon de PHA.				
F4	Un mode opératoire d'utilisation du LDB existe.	Un document décrit précisément le fonctionnement du LDB (différents cycles, positionnement des bassins...).				
F5	La maintenance de l'appareil est organisée.	Un document décrit les acteurs et le type d'actions à réaliser. (maintenance préventive et curative).				
Le service n'est pas équipé de laveur(s) désinfecteur(s) de bassins (LDB) :						
F6	Des protections de bassins à usage unique sont disponibles.	L'utilisation des douchettes étant proscrite (contamination de l'environnement), des solutions alternatives garantissant la protection de l'environnement et une désinfection efficace après chaque utilisation doivent être mises en place.				
F7	Il existe une procédure de désinfection des bassins : désinfection par immersion systématiquement après utilisation.					
G – Gestion des déchets						
G1	Le protocole de tri des déchets est affiché dans le service.	Constater l'affichage du protocole de tri <i>a minima</i> dans le local de stockage intermédiaire.				
G2	Les différents contenants à déchets et leurs supports sont disponibles dans le service.	Constater que les contenants adaptés au type de déchets produits sont disponibles (sacs, fûts...), et qu'ils peuvent être utilisés correctement (supports pour les fixer).				
G3	Un local permettant le stockage intermédiaire des déchets est identifié et son accès est sécurisé.	Constater qu'un local destiné au stockage intermédiaire des déchets est clairement identifié et que son accès est sécurisé.				
G4	Les délais pour l'élimination des DASRI sont respectés.	Les contenants de DASRI sont datés (fermeture). La durée de conservation dans le service (utilisation + stockage intermédiaire) ne dépasse pas la durée réglementaire (définie selon la quantité globale produite par l'établissement).				

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'observation et documentaire

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
H – Gestion du linge						
H1	La séparation entre linge propre et linge sale est respectée.	Constater l'existence de zone propre ou d'un local dédié au linge propre.				
H2	Le tri du linge est organisé.	Constater qu'il existe un protocole institutionnel et validé de tri du linge et des contenants adaptés.				
H3	Un local permettant le stockage intermédiaire du linge sale est identifié.	Constater qu'un local destiné au stockage intermédiaire du linge sale et/ou des déchets est clairement identifié.				
I – Maîtrise du risque lié à l'eau						
I1	Les points d'eau non utilisés sont purgés (eau chaude + eau froide).	Constater l'existence d'une procédure expliquant la purge des points d'eau non utilisés (comment et à quelle fréquence) ; et constater la traçabilité de cette purge.				
I2	Une politique de surveillance de la qualité de l'eau en fonction de ses usages existe dans le service (eau pour soins standard, eau bactériologiquement maîtrisée, eau chaude sanitaire...).	Constater l'existence de tout élément de preuve permettant d'attester d'une telle politique (procédure, planning de prélèvement...). Cette politique prévoit également les actions correctives en cas de résultats non conformes.				
I3	Une politique de maintenance préventive et de renouvellement des équipements (robinetteries, douches...) existe.	Constater l'existence de tout élément de preuve attestant qu'un renouvellement systématique des éléments terminaux de robinetterie est organisé et qu'une maintenance préventive des équipements existe.				
I4	Les maintenances préventive et curative des fontaines à eau et des machines à glaçons à usage alimentaire sont organisées.	Un document décrit les acteurs et le type d'actions à réaliser. <i>Cocher NA s'il n'y a ni fontaine à eau ni machine à glaçons à usage alimentaire dans le service.</i>				
I5	La surveillance microbiologique de l'eau des fontaines est réalisée.	Les résultats sont disponibles auprès de l'EOH. <i>Cocher NA s'il n'y a pas de fontaine à eau dans le service.</i>				
J – Maîtrise du risque infectieux lié à l'alimentation						
J1	L'office alimentaire du service est organisé de façon à respecter la marche en avant (dans l'espace ou dans le temps).	Constater qu'il n'y a pas de croisement des circuits dans l'espace ou dans le temps (séparation des tâches « sales » et des tâches « propres »). <i>Cocher NA si pas d'office alimentaire.</i>				
J2	Les produits utilisés pour l'entretien des surfaces hautes sont agréés contact alimentaire.	Constater que l'étiquette ou la fiche produit mentionne l'agrément contact alimentaire.				
J3	Il y a (au moins) un réfrigérateur alimentaire dans le service (hors chevets réfrigérés).	Répondre oui si un réfrigérateur contenant des aliments est présent dans le service. <i>Si non, passer au critère J7.</i>				
J4	Le réfrigérateur ne contient que des denrées alimentaires.	Répondre non si ce (ces) réfrigérateur(s) contien(en)t autre chose que des denrées alimentaires (ex : médicaments).				

Audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Grille d'observation et documentaire

Critères		Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires
J5	Le réfrigérateur est réservé à l'alimentation fournie par l'établissement.	Répondre non si ce (ces) réfrigérateur(s) contien(en)t de l'alimentation apportée par les professionnels ou les patients/résidents pour leur usage personnel.				
J6	La température du réfrigérateur est surveillée et tracée quotidiennement. Il est entretenu à fréquence définie, l'entretien est tracé.	Observer les feuilles de traçabilité (suivi de température + entretien).				
J7	La température des plats est mesurée lors de la distribution des repas.	Demander la traçabilité des mesures des températures des repas distribués aux patients/résidents.				
J8	Les couples temps-températures sont respectés lors de la distribution des repas.	Observer si les feuilles de traçabilité sont correctement remplies et conformément à la réglementation.				
J9	Les soignants distribuent les repas avec des mains désinfectées et une tenue vestimentaire conforme.	Observer que les mains des soignants sont désinfectées avant la distribution des repas et que leur tenue est protégée par un tablier plastique à usage unique ou un tablier tissu réservé à cet usage pendant la distribution des repas. Les tabliers en tissu sont nettoyés chaque jour. En cas d'installation des patients, le tablier est changé et les mains désinfectées entre deux patients.				

Annexe 3 : Guide de l'auditeur

Guide de l'auditeur : audit prévention du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Deux grilles sont à disposition :

- Une grille d'entretien avec les professionnels.
- Une grille d'observation et consultation documentaire.

En fonction des moyens et du temps disponibles, tout ou partie de l'audit peut être réalisé.

Grille d'entretien avec les professionnels

En fonction des moyens et du but recherché, les professionnels organisant l'audit (EOH, cadres...) décident du **nombre de professionnels** à interroger :

- Interroger une seule personne de chaque catégorie professionnelle pour réaliser une « photographie » succincte.
- Interroger un échantillon de chaque catégorie professionnelle.
- Interroger l'ensemble des professionnels du service.

Le taux de conformité sera exprimé selon le nombre de personnes interrogées.

Modalités de remplissage de la grille

Remplir une fiche par professionnel interrogé.

- Numéro de fiche :

Numéro donné automatiquement par l'application informatique, à recopier au moment de la saisie.

- Service :

Renseigner le nom du service.

- Auditeur (facultatif) :

Si besoin, renseigner le nom et/ou la catégorie professionnelle de l'auditeur (à usage interne).

- Fonction de la personne évaluée :

Des professionnels de chaque catégorie représentée dans le service peuvent être interrogés, **hors étudiants** (externes, élèves infirmiers, élèves aides-soignants...). Cocher la fonction de la personne évaluée et assurer l'anonymat.

- M : professionnels médicaux (médecins, chirurgiens, sages-femmes, internes...)
- CS : cadres de santé
- IDE : infirmiers diplômés d'état et infirmiers diplômés d'état spécialisés
- AS : aides-soignantes, auxiliaires de puériculture
- ASH : agents de service hospitalier
- Autres : manipulateurs radio, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides médico-psychologiques, techniciens de laboratoire,...

- Eléments attendus :

Les éléments attendus prennent en compte les recommandations nationales et/ou la réglementation.

- Comment répondre ?

Pour chaque question posée :

- Cocher « Conf » (conforme) si la réponse **est conforme aux éléments attendus et complète** (des cases permettant de cocher les éléments attendus au fur et à mesure sont proposées).
- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse **n'est pas conforme aux éléments attendus ou incomplète**.
- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : professionnel non concerné par le critère, soin non réalisé dans le service).

- Commentaires

Une colonne « commentaires » est laissée à disposition pour la personne qui réalise l'évaluation.

Grille d'observation et consultation documentaire

Remplir une grille par unité ou service audité.

Noter les réponses en fonction de ce qui est observé ou des documents consultables dans le service.

Modalités de remplissage

- Numéro de fiche :

Numéro donné automatiquement par l'application informatique, à recopier au moment de la saisie.

- Service :

Renseigner le nom du service (à usage interne).

- Auditeur (facultatif)

si besoin, renseigner le nom et/ou la catégorie professionnelle de l'auditeur (à usage interne).

- Eléments attendus :

les éléments attendus prennent en compte les recommandations nationales et/ou la réglementation.

- Comment répondre ?

- Cases vides :

- Cocher « conf » (conforme) si la réponse est conforme aux éléments attendus **et complète** (des cases permettant de cocher les éléments attendus au fur et à mesure sont proposées).

- Cocher « Nconf » (non conforme) si la réponse n'est pas conforme aux éléments attendus **ou incomplète**.

- Cocher « NA » (non applicable) si le critère n'est pas applicable (exemple : soin non réalisé dans le service ou non observé selon l'horaire de la visite).

- Cases pré-remplies (« n= » ou « N= ») : renseigner la valeur demandée.

- Cases grisées : ne pas remplir la case.

- Commentaires

Une colonne « commentaires » est laissée à disposition pour la personne qui réalise l'évaluation.

Sigles et acronymes

AES :	Accidents d'exposition au sang	M :	Médecins
APR :	Appareil de protection respiratoire	OPCT :	Objets piquants, coupants, tranchants
AS :	Aides-soignantes, auxiliaires de puériculture	PC :	Précautions complémentaires
ASH :	Agents de service hospitalier	PCA :	Précautions complémentaires Air
CS :	Cadres de santé	PCC :	Précautions complémentaires Contact
Dasri :	Déchets d'activités de soins à risque infectieux	PCG :	Précautions complémentaires Gouttelettes
DM :	Dispositif médical	PHA :	Produit hydro-alcoolique
EMS	Etablissement médico-social	Propias :	Programme de prévention des infections associées aux soins
EOH :	Equipe opérationnelle d'hygiène	PS :	Précautions standard
GDRAS :	Gestion des Risques Associés aux Soins	SAD :	Sonde à demeure
HAS :	Haute Autorité de Santé	UU :	Usage unique
IAS :	Infection Associée aux Soins	VSC :	Voie sous-cutanée
IDE :	Infirmiers diplômés d'état et infirmiers diplômés d'état spécialisés	VVC :	Voie veineuse centrale
Icsha :	Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques	VVP :	Voie veineuse périphérique
LDB :	Laveur désinfecteur de bassin		

Annexe 4 : Evaluation du risque infectieux - Plan d'actions

Evaluation du risque infectieux : plan d'actions

N° de l'action	Description	Pilote	Echéance
1			
2			
3			
4			
5			

Annexe 5: Feuille d'émargement pour la réunion de restitution

Feuille d'émargement

Thème de la réunion : évaluation du risque infectieux – réunion de restitution

Lieu :

Date :

Animateur(s) :

NOM	Prénom	Fonction	Unité	Signature