

Guide méthodologique

Document destiné au coordonnateur de l'audit

QUICK-AUDIT HYGIENE DES MAINS

Observance de l'hygiène des mains et Qualité de la friction



Avertissement

Ce Quick-audit par observation directe repose sur une *sélection* d'indications parmi celles identifiées dans les recommandations. Centré sur le patient/résident et son environnement, il cible des opportunités particulièrement liées à la prévention de la *transmission croisée*, correspondant au tout début ou à la fin de la prise en charge des patients/résidents (entrées et sorties de chambre).

Pour autant, les indications d'hygiène des mains plus directement liées aux actes de soins (ex : juste avant un acte invasif, juste après un soin contaminant,...) ne sont pas à négliger. Ces dernières sont à évaluer en complément lors d'audits de procédures de soins (pose ou manipulation de dispositifs invasifs, soins de nursing...) et doivent être rappelées en formation continue.

Ce Quick-audit repose également sur une évaluation *simplifiée* de la qualité de la principale technique d'hygiène des mains utilisée, la *friction hydro-alcoolique*, avec pour objectif principal d'identifier un profil de gestuelle. Les différents critères de qualité (nombre d'étapes, dose de produit hydro-alcoolique, durée de contact et prérequis dont l'absence de port de bijoux) peuvent être évalués en complément à l'aide d'outils plus spécifiques et sont à rappeler également en formation continue.

GRUPE DE TRAVAIL

NOM Prénom	Fonction	Structure/organisme	Ville (n° département)
Professionnels paramédicaux (cadres, infirmiers)			
CAUCHY Laurence	Cadre de santé hygiéniste	CHRU de Lille	Lille (59)
ERTZSCHEID Marie-Alix	Cadre de santé hygiéniste	CCLin Ouest	Rennes (35)
JOUZEAU Nathalie	Infirmière hygiéniste	CCLin Est	Vandœuvre-lès-Nancy (54)
LANDRIU Danièle	Cadre supérieur hygiéniste	CCLin Paris-Nord	Paris (75)
NOVAKOVA Ivana	Infirmière hygiéniste	Arlin Ile-de-France	Paris (75)
Professionnels médicaux (médecins, pharmaciens)			
GIARD Marine	PH - Médecin hygiéniste	CCLin Sud-Est	Saint-Genis-Laval (69)
GIRARD Raphaëlle	PH - Médecin hygiéniste	Hospices Civils de Lyon (HCL)	Pierre-Bénite (69)
LALAND Catherine	PH - Pharmacien hygiéniste	Arlin Poitou-Charentes	Poitiers (86)
MEUNIER Olivier	PH - Médecin hygiéniste	CH d'Haguenau	Haguenau (67)
VERJAT-TRANNOY Delphine	PH - Pharmacien hygiéniste	CCLin Paris-Nord	Paris (75)
Informaticien			
CLAVER Julien	Informaticien	CCLin Est	Vandœuvre-lès-Nancy (54)
Partenaires institutionnels			
RULLON Isabelle	Médecin	HAS - IPAQSS	Saint-Denis (93)

Coordination du groupe de travail : Delphine Verjat-Trannoy

VALIDATION DU GREP HH

Représentants du réseau CCLin-Arlin : Martine Aupée (CCLin Ouest), Véronique Delannoy (Arlin Aquitaine), Marie-Alix Ertzscheid (CCLin Ouest), Marine Giard (CCLin Sud-Est), Nathalie Jouzeau (CCLin Est), Catherine Laland (Arlin Poitou-Charentes), Danièle Landriu (CCLin Paris-Nord), Elisabeth Laprugne-Garcia (CCLin Sud-Est, SF2H), Loïc Simon (CCLin Est, SF2H), Delphine Verjat-Trannoy (CCLin Paris-Nord)

Représentant de la Haute Autorité en Santé (HAS) : Bruno Bally

Représentante de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : Sophie Alleaume

Outil élaboré dans le cadre des travaux du Grep hh sur suggestion du groupe de travail « Icsha3 » coordonné par Pierre Parneix (CCLin/SF2H), Sophie Alleaume (DGOS) et Isabelle Rullon (HAS).

Un remerciement particulier à Marine Warlop pour sa contribution aux vidéos.

Le groupe de travail tient à remercier tous les établissements et tous les professionnels ayant participé aux phases de relecture et de test de l'outil pour leurs commentaires.

ETABLISSEMENTS TESTEURS OU RELECTEURS

CHR/CHU :

Hôpital Avicenne (APHP, Bobigny) : Delphine Seytre
Hôpital Joffre-Dupuytren (APHP, Draveil) : Nadine Sabourin
Hôpital Corentin Celton (APHP, Issy-les-Moulineaux) : Isabelle Lorenzi
CHRU de Lille : Laurence Cauchy
Hospices Civils de Lyon : Raphaële Girard
CHU de Nîmes : Brigitte Richaud-Morel
CHRU de Rennes : Yolaine Gautier

CH/CHG

CH d'Agen (Villeneuve sur Lot) : Rudayna Maari
CH d'Alès-Cévennes (Alès) : Annie Courrège
CH de Bagnols-sur-Cèze : Annie Courrège
CH de Béthune : Elodie Béclin
CH de Chalons-en-Champagne : Vincent Stoeckel
CH de Dieppe : Stéphanie Edouard
CH de Dunkerque : Isabelle Joly
CH d'Haguenau : Olivier Meunier
CH de Hénin-Beaumont : Carole Domrault
CH de Lodève : Mo Heimig-Brun, Mylène Aliaga
CH de Sainte-Anne (Paris) : Florence Bekaert
CH de de la région de Saint-Omer (Saint-Omer) : Marie-Dominique Hennebil

Cliniques MCO

Clinique du Parc (Castelnau-le-lez) : Françoise Delecueillerie
Clinique de Cognac : Catherine André
Clinique de Flandre (Coudekerque-Branche) : Blanche Ghalloussi
Clinique Louis Pasteur (Essey-lès-Nancy) : Brigitte Fumery
Clinique Edouard Rist (Paris) : Vivianne Lebreton
Clinique Les Dentellières (Valenciennes) : Laurent Wartelle

SSR

Clinalliance SSR (Fontenay-aux-roses) : Tibère Cristéa
Centre médical Georges Coulon (Le Mans) : Eric Tricot, Yannick Olivo
ESSRIN MGEN (Maisons-Lafitte) : Arnault Devaine, Agnès Rignaud

EHPAD

Ehpad ADEF Résidences en Ile-de-France : Marie Azpurua
Ehpad Léonard de Vinci (Le Mans) : Eric Tricot, Yannick Olivo
Ehpad La Souvenance (Le Mans) : Eric Tricot, Yannick Olivo

ACRONYMES et ABREVIATIONS

AES = Accident d'exposition au sang	Samu = Service d'aide médicale urgente
AM = Accord modéré	SF = Sage-femme
AMP = Aide médico-psychologique	SF2H = Société française d'hygiène hospitalière
AP = Auxiliaire de puériculture	SFHH = Société française d'hygiène hospitalière
Arlin = Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales	
AS = Aide-soignant(e)	Smur = Service mobile d'urgence et de réanimation
ASS = Assistante sociale	SSPI = Salle de soins post-interventionnels
ASH = Agent des services hospitaliers	SSR = Soins de suite et de réadaptation
BHRe = Bactéries hautement résistantes émergentes	
BMR = Bactéries multi-résistantes	UAD = Unité d'auto-dialyse
Cclin = Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales	
CD = <i>Clostridium difficile</i>	UDM = Unité de dialyse médicalisée
Ehpad = Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes	
EMS = Etablissement médico-social	USC = Unité de soins continus
EOH = Equipe opérationnelle d'hygiène	USI = Unité de soins intensifs
ES = Etablissement de santé	
ESI = Etudiant en soins infirmiers	
Espic = Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	
Fam = Foyer d'accueil médicalisé	
FHA = Friction hydro-alcoolique	
Grephh = Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière	
HAD = Hospitalisation à domicile	
HAS = Haute Autorité en Santé	
HCSP = Haut Conseil en Santé Publique	
HDJ = Hôpital de jour	
HDM = Hygiène des mains	
Iade = Infirmière anesthésiste diplômée d'état	
IAS = Infection associées aux soins	
Ibode = Infirmière de bloc opératoire diplômée d'état	
Icsha = Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques	
IDE = Infirmière diplômée d'état	
IME = Institut médico-éducatif	
LS = Lavage simple	
Mas = Maison d'accueil spécialisé	
ME = Moniteur-éducateur	
MER = Manipulateur d'électroradiologie médicale	
MK = Masseur-kinésithérapeute	
NO = Non observable	
OMS = Organisation mondiale de la santé	
PC = Précautions complémentaires	
PHA = Produit hydro-alcoolique	
Propias = Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins	

SOMMAIRE

Thème	Page
Introduction – Contexte	6
Objectif – Principe – Avantages - Limites	7
Objectif du Quick-audit	7
Principe du Quick-audit	7
Avantages du Quick-audit	7
Ce que n'évalue pas le Quick-audit	8
Champ d'application – Méthode – Période - Stratégie	9
Champ d'application	9
Méthode	10
Préalables à la mise en œuvre du Quick-audit	10
A quel moment mettre en œuvre le Quick-audit ? Notion de contexte	10
Comment évaluer l'hygiène des mains ? Durée des observations	11
Comment réaliser les observations ?	11
Quand effectuer les observations ?	12
Combien d'opportunités à observer ? de sessions d'observation à prévoir ?	12
Où ? Dans quels services/secteurs ?	12
Qui est observé ?	12
Par qui sont faites les observations ? Fonction et nombre d'auditeurs	13
Avec quel outil recueillir les données ?	13
Période et durée de l'audit	13
Stratégie de conduite de l'audit	14
En amont de l'audit	14
Session exploratoire	15
Le jour de l'audit	15
Après l'audit	15
Restitution aux services	15
Grille d'observation – Guide de l'auditeur	16
Etablissement, période et contexte	16
Session d'observation – Description des conditions d'audit	16
Patient/Résident en précautions complémentaires « PC »	17
Définition des opportunités d'hygiène des mains	18
Profession du personnel	19
Hygiène des mains	21
Qualité de la friction	22
Formation des auditeurs – Diaporama – Scénarios – Vidéos	23
Guide de l'auditeur	23
Diaporama de présentation et formation	23
Scénarios et outils d'aide à l'identification des opportunités	23
Vidéos et outils d'aide à l'identification des profils de gestuelle (friction)	24
Références bibliographiques	25
Annexe 1 – Liste des contextes	26
Annexe 2 – Liste des spécialités	27
Annexe 3 – Liste des catégories professionnelles	28
Annexe 4 – Technique de friction : comparaison des profils de gestuelle	30
Annexe 5 – Exemple de message d'information pour les patients ou résidents	31

INTRODUCTION - CONTEXTE

L'hygiène des mains (HDM) est depuis longtemps reconnue comme un geste de base de la prévention des infections associées aux soins (IAS) au sein des précautions standard. Elle a un intérêt lors des **soins** pour éviter la survenue d'infections (ex : actes invasifs) mais également lors des simples **contacts** des professionnels avec les patients/résidents, le matériel et l'environnement (surfaces) pour **prévenir la diffusion des micro-organismes (virus, bactéries) dont les bactéries multi-résistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRe)**. Dans les dernières « Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des BHRe » du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) [1], il est rappelé que ce geste permet de « minimiser le risque de transmission croisée [...] avant et après contact avec le patient et son environnement » et qu'il doit être renforcé en présence de BHRe pour maîtriser les épidémies. Le recours à la technique de friction hydro-alcoolique (FHA) doit être majoritaire, le mode opératoire devant être parfaitement connu et respecté. Ce document de référence indique également la nécessité de s'assurer que l'observance de l'HDM est élevée en la mesurant **sur un grand nombre d'observations**.

Cette mesure de prévention des IAS fait partie des thèmes prioritaires du Propias 2015 [2], que ce soit en termes de formation, de promotion ou d'évaluation. En pratique, les établissements de santé (ES) et les établissements médico-sociaux (EMS) sont largement incités à utiliser les outils du Grephh pour effectuer des audits sur l'HDM, **de façon régulière** (« à périodicité définie ») et « **dans tous les secteurs d'activité** » avec, comme il se doit pour tous les audits, une restitution aux équipes (« rétro-information »). Les audits réguliers sont cités dans ce programme non seulement comme instruments de mesure mais également comme outils pouvant contribuer directement à l'amélioration de l'observance.

La consommation des produits hydro-alcooliques (PHA) fait depuis plusieurs années l'objet d'un suivi annuel dans les ES, notamment depuis la mise en place de l'indicateur spécifique Icsha. Même si certaines études ont montré qu'il y avait un lien entre les résultats d'Icsha et les taux d'observance mesurés dans les ES, cet indicateur n'est toutefois pas toujours le reflet des pratiques réelles d'hygiène des mains et seuls des audits permettent d'évaluer objectivement l'application des recommandations en la matière c'est-à-dire **le respect des indications et la qualité du geste**. C'est le sens qui est donné par la Haute Autorité en Santé (HAS) au nouvel indicateur Icsha3 qui invite à évaluer l'observance de l'HDM des professionnels en parallèle du suivi de consommation des PHA (cf. « autres actions levier ») [3].

Réaliser des audits réguliers et généralisés demande néanmoins d'avoir des outils simples, faciles à utiliser, applicables dans une majorité de services et apportant le maximum d'informations en un minimum de temps. C'est tout l'intérêt des Quick-audits qui ciblent quelques critères incontournables.

OBJECTIF – PRINCIPE – AVANTAGES - LIMITES

OBJECTIF DU QUICK-AUDIT

Ce Quick-audit a pour objectif d'évaluer la mise en application par les professionnels de santé des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) en matière d'hygiène des mains et plus particulièrement de la friction hydro-alcoolique, tant en termes d'observance qu'en termes de qualité du geste.

PRINCIPE DU QUICK-AUDIT

OBSERVANCE : trois des indications d'HDM de l'OMS sont évaluées.

- Indication n° 1 : avant le contact patient/résident,
- Indication n° 4 : après le contact patient/résident,
- Indication n° 5 : après le contact avec l'environnement proche du patient/résident.

Dans le cadre de ce Quick-audit, la première indication (1) correspond aux opportunités de type « **Entrée** », les deux autres (4,5) aux opportunités de type « **Sortie** ».

Remarque : l'environnement proche du patient/résident n'est pas pris en compte pour les opportunités de type « Entrée » puisqu'il ne correspond pas à une indication d'HDM que ce soit au niveau de l'OMS ou de la SF2H.

En pratique, pour un patient/résident donné, on s'intéresse au 1^{er} contact avec le patient/résident et au dernier contact avec le patient/résident et/ou son environnement. Schématiquement, le « contact patient » correspond au contact avec le patient/résident et/ou ses dispositifs médicaux et le « contact environnement » correspond aux objets et mobilier de la zone patient (matériel type hôtelier ou médical + déchets + linge). Des exemples précis sont donnés dans le paragraphe « Définition des opportunités d'hygiène des mains » (p. 18).

QUALITE : à chaque fois qu'une friction hydro-alcoolique est réalisée, la gestuelle est observée et classée dans une des 3 catégories de profil proposés : gestuelle complète (avec ou sans bijoux), partielle ou insuffisante.

AVANTAGES DU QUICK-AUDIT

→ **Choix d'opportunités** permettant :

- d'évaluer l'HDM **de tous les professionnels de santé**, y compris celle des intervenants extérieurs,
- d'évaluer de façon distincte l'HDM en entrée et en sortie (début et fin de prise en charge) avec des améliorations ciblées en fonction des résultats.

→ **Le format Quick-audit permet** :

- d'évaluer l'HDM régulièrement et donc dans différentes circonstances (cf. liste des contextes en annexe 1),
- d'identifier un nombre important d'opportunités d'HDM en un temps limité,
- de vérifier le respect de l'HDM à la fois en routine (précautions standard) et en cas de précautions complémentaires (PC),
- d'obtenir des taux d'observance et de qualité de la friction par service avec leur évolution dans le temps.

→ **Le type d'observation proposé** (avec un positionnement possible de l'auditeur dans le couloir) permet d'accéder à des informations complémentaires sur l'organisation du service (fréquence des interruptions de soins), sur l'emplacement des PHA... utiles pour l'interprétation des données d'observance.

→ **Les professionnels de santé sont ainsi sensibilisés :**

- à l'importance de la prévention de la transmission croisée manuportée dans un contexte de forte prévalence des BMR et BHRe,
- à l'importance des contacts avec l'environnement des patients/résidents,
- à l'importance de la qualité de réalisation de la friction.

→ **En réalisant ce type d'audit**, les équipes d'hygiène peuvent répondre aux orientations du Propias 2015 [2] qui demande une évaluation plus régulière de l'HDM, aux exigences de la certification et aux démarches d'accompagnement de l'lcsha3.

CE QUE N'ÉVALUE PAS LE QUICK-AUDIT

Un Quick-audit est par définition une évaluation limitée d'un sujet.

Ce Quick-audit ne peut donc pas être utilisé pour évaluer :

- l'observance de l'HDM à l'occasion d'un soin invasif ou contaminant, qui correspondent plutôt aux indications d'HDM 2 et 3 de l'OMS (pour ces indications, se référer à l'outil « Hygmain » du Grephh :

<http://www.grephh.fr/Observance-Pertinence-GREPHH.html>) ;

- la qualité de la friction de manière exhaustive ou celle du *lavage* des mains (se référer à l'outil « Qualimain » du Grephh : <http://www.grephh.fr/Technique-GREPHH.html>) ;

- la pertinence du choix de la technique d'HDM car il faudrait disposer d'informations sur l'état des mains (mains souillées) ;

- la prévalence du « zéro bijou » qui nécessiterait d'évaluer chaque professionnel une seule fois (cf. outil

« Qualimain » du Grephh + autres outils du réseau Cclin-Arlin : <http://www.cclin-arlin.fr/ES/evaluation/audits.html> ; <http://www.cclin-arlin.fr/EMS/evaluation/evaluation.html>)

- l'HDM de façon individuelle car il s'agit d'une évaluation collective ;

- l'impact du port de gants sur l'observance de l'hygiène des mains.

CHAMP D'APPLICATION - METHODE – PERIODE - STRATEGIE

CHAMP D'APPLICATION

	Concernés/inclus	Non concernés/exclus
Etablissements de santé	Tout statut (public, privé, Espic) et toute catégorie	-Hospitalisation à domicile (HAD)
Etablissements médico-sociaux	Cet outil est utilisable par les EMS (dont les Ehpad) mais sa mise en œuvre doit faire l'objet d'une réflexion au cas par cas. En effet, ce type de démarche nécessite une culture de l'évaluation, une organisation des soins et une coordination infirmière.	
Spécialités des services	-Une majorité de spécialités (détail : cf. annexe 2 du guide)	-Médecine d'urgence pré-hospitalière (Smur/Samu) -HAD -Bloc opératoire (sauf SSPI) -Consultations externes
Lieux d'observation	Patients/résidents pris en charge dans leurs chambres ou dans des espaces communs de soin (réanimation, dialyse, SSPI, ...)	Patients/résidents rencontrés dans le couloir ou en tout lieu de circulation, dans les lieux d'activité ou d'animation (ex : EMS)
Professionnels	-Tous les professionnels de santé et autres intervenants auprès des patients et résidents pour un soin, un acte, un contact ou une communication (détail : cf. annexe 3 du guide) -Y compris les étudiants de chaque catégorie professionnelle	-Professionnels des établissements sans intervention auprès des patients ou résidents
Patients/résidents	-Tout patient ou résident, adulte ou enfant, informé de la démarche et n'ayant pas exprimé de refus quant à l'éventuelle entrée d'un auditeur dans sa chambre, -Quel que soit son statut infectieux (patient en précautions complémentaires ou non)	-Patient ou résident exprimant un refus
Mesure de l'observance		
Opportunités d'HDM	Indications n° 1, 4 et 5 de l'OMS	Indications n° 2 et 3 de l'OMS
Techniques d'HDM	Toute technique observable en pratique courante : friction ou lavage	
Mesure de la qualité		
Techniques d'HDM	Friction hydro-alcoolique uniquement	Lavage

METHODE

PRELABLES A LA MISE EN ŒUVRE DU QUICK-AUDIT

Les responsables médicaux et paramédicaux des services/secteurs/unités concernés ainsi que les différentes directions (dont la direction des soins infirmiers) sont informés de la démarche d'évaluation et de sa durée (par exemple, passage d'auditeurs à plusieurs reprises sur une période de plusieurs semaines à plusieurs mois). Cette information concerne également les patients/résidents ou les parents des enfants mineurs (cf. message-type spécifique à cette étude fourni en annexe 5).

A QUEL MOMENT METTRE EN ŒUVRE LE QUICK-AUDIT ? Notion de contexte

Différentes situations où le Quick-audit peut être utilisé ont été identifiées. Elles sont détaillées en annexe 1 en complément du tableau ci-dessous.

	Contexte	Nombre et type de services concernés	Objectif
1	Programme d'actions EOH	Plusieurs services	Mesurer l'observance de l'HDM et la qualité de la friction dans différents services
2	Avant intervention (« T0 »)	Un ou plusieurs services	Evaluer l'efficacité d'une intervention (action de formation, de sensibilisation...) en comparant l'observance et/ou la qualité avant et après l'intervention
3	Après intervention (« T »)	Le ou les mêmes qu'avant intervention	
4	Investigation	Le service concerné par l'événement indésirable infectieux	Apporter des éléments de compréhension à la survenue d'un événement (mesures de prévention appliquées ?)
5	Accompagnement Icsha	Services avec Icsha faible	Apporter des éléments de compréhension à la faible utilisation des PHA (opportunités non identifiées et/ou volume de friction faible ?)
6	Audit multicentrique*	Un maximum de services ou des services représentatifs de l'établissement	Mesurer une observance globale pour l'établissement dans le cadre d'une enquête régionale ou nationale
7	Autre contexte	Un ou plusieurs services	Former les étudiants à l'évaluation des pratiques, fournir un indicateur sur les pratiques de prévention au sein d'un projet de recherche....

*Dans le contexte particulier de participation de l'établissement à un **audit multicentrique, un référent de l'audit doit être identifié**. Ce sera l'interlocuteur privilégié en interne pour la coordination de l'évaluation et vis-à-vis des structures extérieures organisant l'audit (réseau CCLin-Arlin).

Bien choisir le contexte est important :

- pour les établissements, car il permet d'éditer des rapports spécifiques à un contexte donné permettant une interprétation fine des résultats (ex : avant ou après une intervention, ...) ;
- pour les organisateurs d'audits multicentriques, car il permet de regrouper des données recueillies dans les mêmes conditions garantissant une homogénéité lors de l'analyse.

COMMENT EVALUER L'HYGIENE DES MAINS ? Durée des observations

Le recueil des données est effectué par **observation directe lors de sessions de courte durée (20 à 30 minutes)**.

COMMENT REALISER LES OBSERVATIONS ?

▪ Opportunités de type « Entrée » :

Rappel de l'objectif : vérifier qu'un geste d'HDM est réalisé avant 1^{er} contact « patient », ce qui nécessite d'essayer d'observer ce 1^{er} contact.

Il y a deux options : soit l'auditeur **reste positionné dans le couloir**, soit il **accompagne le professionnel dans la chambre** jusqu'au 1^{er} contact (il peut ensuite ressortir car il n'est pas nécessaire de suivre l'ensemble de la prise en charge du patient/résident, ni d'attendre la fin de la prise en charge).

Ce choix est à faire par le coordonnateur de l'audit, pour l'établissement dans son ensemble ou en fonction des spécialités, et doit être précisé aux auditeurs avant mise en œuvre de l'évaluation.

Observation	Avantages	Inconvénients
depuis le couloir prérequis : nécessite que la porte soit ouverte avec bonne visibilité	Observation d'un grand nombre d'opportunités (observance) Moins d'effet Hawthorne* Dérange moins les patients/résidents Dérange moins le personnel	Professionnel vu de dos Risque de ne pas voir en détail une friction réalisée dans la chambre (qualité)
en entrant dans la chambre prérequis : s'assurer de l'absence de refus du patient/résident	L'auditeur se trouve au plus près du professionnel et du patient/résident donc au plus près du 1 ^{er} contact La friction peut être observée en détail (qualité) Un éventuel lavage réalisé dans les sanitaires du patient/résident peut être constaté	Effet Hawthorne* potentiellement plus important Risque de déranger le patient/résident (s'assurer de l'absence de refus) Risque de déranger le personnel

**modification de comportement du personnel audité lié au fait de se sentir observé*

Dans les services/secteurs/unités où l'observation du 1^{er} contact ne peut être réalisée, soit parce qu'entrer dans les chambres est une difficulté (respect de l'intimité des patients/résidents, patient en PC air, soins palliatifs...) soit parce que l'observation de ce qui se passe dans la chambre est impossible (portes de chambre généralement fermées ou visibilité insuffisante depuis le couloir), il est possible de prendre en compte l'HDM du personnel réalisée **au moment d'entrer dans la chambre** (sans savoir s'il y aura une opportunité). Il s'agit en effet d'un geste d'anticipation à valoriser.

▪ Opportunités de type « Sortie » :

Rappel de l'objectif : vérifier qu'un geste d'HDM est réalisé après le dernier contact « patient » ou « environnement patient », ce qui nécessite d'essayer d'observer ces contacts.

L'auditeur est positionné dans le couloir pour observer les sorties de chambre. En sortant de la chambre, le professionnel est de face, ce qui permet en principe de pouvoir observer en détail la friction (qualité).

Dans les services/secteurs/unités où l'observation du dernier contact (« patient » ou « environnement patient ») ne peut être réalisée, quand l'observation de ce qui se passe dans la chambre est impossible (portes de chambre généralement fermées ou visibilité insuffisante depuis le couloir), il est possible de prendre en compte l'HDM du personnel réalisée **au moment de sortir de la chambre** (sans savoir s'il y a eu une opportunité). Il s'agit en effet d'un bon réflexe à valoriser.

QUAND EFFECTUER LES OBSERVATIONS ?

Les sessions d'observation peuvent être mises en œuvre à **tout moment de la journée et de façon privilégiée au moment où les soins sont les plus fréquents** dans le service/secteur/unité. Ce moment peut être identifié en amont de l'audit, lors d'une session exploratoire (cf. p. 15).

COMBIEN D'OPPORTUNITÉS A OBSERVER ? DE SESSIONS D'OBSERVATION A PREVOIR ?

■ Nombre d'opportunités à recueillir

L'objectif est de recueillir un nombre important d'opportunités de façon à fiabiliser le calcul du taux d'observance. **Il est conseillé** de prendre pour **objectif minimum** :

- le recueil de **50 opportunités** par service/secteur/unité évalués,
- le recueil de **200 opportunités** par établissement ou regroupement de services (pôle, site...).

Ce nombre d'opportunités est à adapter au nombre de lits (de l'établissement ou du service) et au contexte de l'audit.

Remarque : dans le cadre d'un audit régional ou national, il est possible que ce nombre soit redéfini.

A titre indicatif, pour l'ensemble des 5 indications, l'OMS recommande de prendre en compte 200 opportunités par période et par unité évaluée [4]. Le programme canadien (« Just Clean Your Hands program », Ontario) propose de 50 à 200 opportunités [5], tandis qu'en Australie « Hand Hygiene Australia » conseille de 50 à 350 opportunités [6].

■ Nombre de sessions d'observations à réaliser

Le nombre de sessions d'observations à réaliser dépend du nombre total d'opportunités à recueillir et du nombre d'opportunités recueillies/session. Ce dernier est fonction du moment choisi pour l'observation (fréquence des entrées/sorties de chambre) et du nombre d'auditeurs disponibles (qui permet une observation dans les différentes zones du service).

OU ? DANS QUELS SERVICES / SECTEURS ?

Le recueil de données est adapté à une configuration en chambres (entrées et sorties de chambre) mais peut également être utilisé dans d'autres configurations (baies vitrées, box, espace commun de soins à plusieurs lits...) à partir du moment où il reste centré sur le patient/résident et son environnement proche. Dans ces configurations, **l'entrée** représente toujours le début de la prise en charge (avant 1^{er} contact patient/résident) et **la sortie** la fin de prise en charge (après dernier contact patient/résident ou environnement proche).

La liste détaillée des spécialités dans lesquelles peut être mis en œuvre ce Quick-audit figure en annexe 2.

QUI EST OBSERVE ?

Il est possible d'observer plusieurs fois un même professionnel mais le résultat est d'autant plus représentatif du service/secteur/unité que les observations concernent différents professionnels et de différentes catégories. Il n'est pas demandé de suivre un personnel dans ses déplacements, les entrées et les sorties peuvent être évaluées de façon indépendante (sans obligation d'assister à l'ensemble de la prise en charge ou d'attendre la sortie d'un soignant dont on a observé l'entrée dans la chambre).

PAR QUI SONT FAITES LES OBSERVATIONS ? Fonction et nombre d'auditeurs

Le Quick-audit proposé est un audit externe qui peut être mené par l'équipe d'hygiène ou toute personne formée et déléguée par celle-ci (correspondant en hygiène, cadre d'un service, étudiants...). L'avantage de faire appel à d'autres auditeurs, souvent moins identifiables que les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), est de limiter l'effet Hawthorne. La durée courte des sessions, l'observation dans le couloir, les déplacements de l'auditeur dans les différentes zones du service permettent également de réduire cet effet.

La réalisation d'une session d'observation peut être confiée à un seul auditeur. Réaliser le Quick-audit en binôme (quand cela est possible) a l'inconvénient de rendre plus visible l'évaluation mais permet de recueillir un nombre plus important de données et d'évaluer plus facilement les différentes zones d'activité du service (ailes).

AVEC QUEL OUTIL RECUEILLIR LES DONNÉES ?

Deux modes de recueil sont mis à disposition.

▪ Recueil classique des données sous format « papier »

Une grille unique est proposée avec un nombre limité de critères.

Pour chaque **session d'observation** (1 page recto-verso à compléter par d'autres pages si besoin), il est demandé de tracer les conditions dans lesquelles l'audit a été mené : où (service/secteur/unité) et quand (date d'observation, moment de la journée). En complément, il est possible de préciser les heures de début et de fin de session et par qui les observations sont réalisées (initiales ou nom de l'auditeur).

Pour chaque **opportunité d'HDM identifiée** (1 ligne de la grille d'observation), il est demandé de recueillir 4 principales informations :

- 1- le type d'opportunité (« Entrée » ou « Sortie »),
- 2- la technique d'HDM employée ou l'absence d'HDM,
- 3- la qualité de la gestuelle de friction,
- 4- et uniquement en cas de PC : le statut infectieux du patient/résident.

En complément, il est possible de préciser la profession du personnel observé.

▪ Recueil des données sous format informatique (en « live »)

Il est possible, pour ceux qui disposent de tablettes ou de smartphones professionnels, **de saisir directement les données d'observation sur une grille sous format informatique.**

PERIODE ET DUREE DE L'AUDIT

En dehors d'un contexte d'audit régional ou national où la période est généralement imposée, le Quick-audit peut être réalisé à différents moments de l'année, dans des contextes variés décrits en annexe 1. Le type de contexte, le nombre de services à auditer et le nombre de sessions à réaliser conditionnent la durée de l'audit.

STRATEGIE DE CONDUITE DE L'AUDIT

EN AMONT DE L'AUDIT

▪ **Choix de l'audit : contexte, période, services**

- Choisir le **contexte** correspondant à l'audit envisagé avec les éventuelles précisions associées (cf. annexe 1).
- Identifier le nombre et le type de services à évaluer en fonction du contexte.
- Programmer une **période d'audit** (dates de début et de fin) en accord avec les responsables des services participants.
- Donner un nom à la période d'audit (= nom qui apparaîtra sur le rapport).

▪ **Pour chaque service/secteur/unité concernés :**

- définir un code pour la saisie,
- définir un nombre d'opportunités à recueillir (objectif à atteindre).

▪ **Formation et préparation des auditeurs**

- Identifier et **former** des auditeurs (pour les outils : cf. chapitre « Formation des auditeurs » pages 23-24).
- Préciser aux auditeurs ce que le coordonnateur a choisi en termes **d'organisation de l'observation** selon les services :
 - types d'opportunités évaluées : « Entrées » et/ou « Sorties »,
 - en cas d'évaluation des « Entrées » : entrée possible des auditeurs dans la chambre des patients/résidents pour l'observation du 1^{er} contact (en présence ou en absence de PC) ou observation uniquement depuis le couloir.
- Préciser aux auditeurs ce que le coordonnateur a choisi en termes **de remplissage de la grille d'observation** :
 - saisie des observations sous format papier ou en « live » (nécessite tablettes ou smartphone)
 - traçabilité ou non du nom de l'auditeur,
 - recueil ou non des heures de début et de fin d'observation de chaque session,
 - recueil ou non de la profession et du statut étudiant du professionnel observé,
 - informations à noter en remarques : hygiène des mains unique pour 2 opportunités, interruptions de soin, lavage hygiénique, non-attente du séchage complet du PHA, port de gants, mains souillées....
- Fournir les documents nécessaires à l'audit avec **remplissage préalable** des données relatives à l'établissement, à la période, au contexte et éventuellement au service concerné. Il est également possible de pré-coder « 13 » pour la profession, si le recueil de ce paramètre n'est pas demandé à l'auditeur.
- Organiser la **saisie des données** après vérification du codage (code service, code profession).

▪ **Anticiper les difficultés d'observation** à l'entrée et la sortie des chambres.

Dans certains cas, l'HDM peut être décrite par l'auditeur comme « non observable » (NO) (cf. document « Principales situations observées »). Si le taux de NO (nombre d'HDM non observables sur nombre total d'observations) est élevé pour un service donné (> 50%), les résultats risquent d'être inexploitable (taux d'observance peu représentatif du service). Pour mesurer ce taux de NO en entrée et en sortie, il est possible de réaliser une « **session exploratoire** » avant le tout premier audit dans un service donné.

SESSION EXPLORATOIRE

Il s'agit d'une sorte de « test à blanc » réalisé en amont d'un audit. Cette session n'est pas obligatoire mais elle a plusieurs intérêts :

- mesurer le taux de NO en entrée et sortie pour pouvoir définir quelles opportunités pourront être correctement évaluées : « Entrée » et « Sortie » ou « Entrée » uniquement ou « Sortie » uniquement ;
- vérifier si l'identification des premiers et derniers contacts est possible (+/- simple selon les spécialités, cf. hémodialyse) ;
- servir d'entraînement au remplissage de la grille pour les auditeurs (appropriation de l'outil) ;
- repérer l'emplacement des produits hydro-alcooliques utilisés dans le service en général (chariot, distributeur mural, poche...) et dans les chambres ;
- repérer la signalétique adoptée concernant les patients en précautions complémentaires ;
- repérer les différentes professions et les tenues associées (une identification rapide est nécessaire lors de l'observation en cas de recueil de ce paramètre) ;
- identifier le moment de la journée optimal pour réaliser les observations en fonction de la fréquence des soins ;
- mesurer le nombre d'observations possibles par session de 20 à 30 min pour estimer le nombre de sessions ultérieures à prévoir pour atteindre l'objectif fixé.

Suggestion : les informations recueillies peuvent être consignées dans une fiche « service ».

LE JOUR DE L'AUDIT

- Identifier les patients en PC à l'arrivée dans le service (s'adresser au cadre ou à une infirmière) ;
- Réaliser un recueil le plus exhaustif possible des données sur la grille d'observation pendant l'observation ;
- Respecter l'anonymat des professionnels observés ;
- Indiquer dans la colonne « Remarque » toute information utile à l'interprétation des données (interruption de soin, lavage hygiénique, non-attente du séchage complet du PHA, port de gants, mains souillées...) ;
- Vérifier le bon remplissage de chaque grille avant de quitter le service (ex : heure de fin d'observation si cette option a été retenue) (objectif : limiter les données manquantes).

APRES L'AUDIT

- Coder les données avant transmission des grilles au coordonnateur de l'audit (cf. grille « Fiche complète ? O / N ») ;
- Saisir les données recueillies sous format papier sur l'application informatique en ligne (sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit) ;

Remarque : il peut être utile de réunir régulièrement les auditeurs pour échanger sur les situations éventuellement complexes rencontrées et leur interprétation.

RESTITUTION AUX SERVICES

■ Par les auditeurs

Le Quick-audit étant réalisé sous forme de plusieurs sessions d'observation, il est conseillé d'attendre la fin de la dernière session dans un service donné pour communiquer par oral les premiers résultats au service (attente d'un nombre suffisant de données).

■ Par le coordonnateur de l'audit

Les résultats quantitatifs pourront être fournis sous forme de rapport, une fois la saisie des données effectuée.

**Dans le cadre d'un audit multicentrique national ou régional,
les conditions exactes attendues pour la mise en œuvre de l'audit seront précisées.**

GRILLE D'OBSERVATION – GUIDE DE L'AUDITEUR

Le Quick-audit repose sur une seule grille d'audit, à utiliser pour chaque session d'observation dans un service/secteur/unité donné. Une ligne est remplie par opportunité d'HDM identifiée (« Entrée » ou « Sortie »).

ETABLISSEMENT, PERIODE ET CONTEXTE

Le **nom de l'établissement**, le **nom de la période d'audit**, le **contexte de l'audit** et éventuellement des **précisions sur le contexte** sont à renseigner en vue de la saisie informatique des données. Pour simplifier le travail de l'auditeur, il est conseillé de remplir les grilles avec ces informations **en amont du Quick-audit** avant photocopie des grilles.

- **Nom de la période d'audit** : un nom est attribué par le coordonnateur de l'audit à chaque nouvelle période d'audit. Ce nom servira à identifier la période dans l'application informatique. Chaque période est associée à un contexte et un calendrier donnés et peut concerner un ou plusieurs services.
- **Contexte de l'audit** : un contexte est à choisir parmi les 7 propositions (cf. p.10 du guide, paragraphe « A quel moment mettre en œuvre le Quick-audit ? » et l'annexe 1).
- **Précisions sur le contexte** (optionnel) : elles permettent de donner des détails sur certains contextes comme par exemple la nature de l'intervention pour les contextes 2 et 3, les circonstances de l'investigation pour le contexte 4, le type d'audit multicentrique (national ou régional) pour le contexte 6.

SESSION D'OBSERVATION : DESCRIPTION DES CONDITIONS D'AUDIT

- Le **numéro de session** est un numéro informatique créé automatiquement par l'application lors de la saisie. Il est à reporter sur la grille papier. Il permet de faire le lien entre les données recueillies sur la grille papier et les données saisies sur l'outil informatique.
- Le **nom du service** est à renseigner par l'auditeur (en toutes lettres) lors de l'observation ou éventuellement en amont.
- Le **code service** est choisi par le coordonnateur de l'audit. Il peut s'agir du nom du service lui-même (cf. ci-dessus), d'un nom abrégé ou d'un numéro. Il permet l'identification du service lors de son enregistrement dans l'application informatique et la sélection des services concernés pour chaque période d'audit. Il est indispensable à la saisie des données. C'est ce code qui apparaîtra dans le rapport service, associé à la spécialité du service préalablement enregistrée.
- **Observateur** : permet l'identification de l'auditeur (nom, initiales, ...). Cette information peut être saisie dans l'application mais n'apparaît pas dans le rapport et n'est pas bloquante en cas d'absence.
- Le **lieu** (service, secteur ou unité évalués), la **date** et le **moment de la journée** sont à recueillir pour chaque session d'observation (obligatoires pour la saisie).

Le recueil des **heures de début et fin de session** est également proposé mais non obligatoire. Il peut intéresser les équipes qui souhaitent évaluer le temps nécessaire au recueil d'un certain nombre d'opportunités par service et/ou valoriser le temps passé par les auditeurs aux observations. Ces données nécessitent de ne pas oublier de noter l'heure de fin d'observation sur la grille (à rappeler aux auditeurs le cas échéant).

Justification : le recueil du **moment de la journée** est principalement à visée descriptive (traçabilité des conditions de l'évaluation). Les **heures de début et fin de session** permettent de calculer la durée de chaque session et la durée totale des observations dans un service/secteur/unité donné.

Le nombre d'observations possibles par session peut varier selon les services et le nombre d'auditeurs) (15 à 30 par session environ) : c'est un chiffre utile à connaître pour la gestion de l'audit et l'estimation du nombre de sessions à prévoir pour un service donné.

Possibilités d'analyse

Analyse par service

Une analyse pourra être réalisée :

- pour un **service donné** (cf. rapport service)
- pour un **ensemble de services** (cf. rapport multiservices) avec possibilité de donner un nom au regroupement (pôle X, site Y, ...).

Analyse par moment de la journée

Sous réserve d'avoir un effectif suffisant dans chaque catégorie, une analyse ciblée par **moment de la journée** (matin, après-midi, nuit) pourra être éventuellement réalisée à partir d'une extraction des données (il n'y a pas d'analyse selon ce critère dans le rapport automatisé).

PATIENT /RESIDENT EN PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES (« PC »)

La présence de patients/résidents en précautions complémentaires (PC) est vérifiée à l'arrivée dans le service. Leur numéro de chambre et leur emplacement dans la chambre (porte ou fenêtre) sont recherchés avant de commencer l'audit. Ceci permet de renseigner la grille au moment des observations.

Pour les patients/résidents concernés par des précautions complémentaires (PC), le type de PC est à préciser :

- *Clostridium difficile* (CD)
- Gale
- Autre PC : PC Gouttelettes ou PC Air ou autres PC Contact (ex : BMR, BHRe, virus entériques, ...)

⚠ **Ne rien cocher signifie que le patient/résident n'est pas concerné par des PC (« sans PC »).**

Possibilités d'analyse

Analyse en cas de précautions complémentaires

Dans le rapport d'analyse, les résultats obtenus pour les patients/résidents en PC sont comparés aux patients sans PC. Cette comparaison n'est valable que si le statut infectieux de tous les patients/résidents concernés par les observations est systématiquement connu.

Justification : le statut infectieux du patient en termes de **précautions complémentaires** (PC) est demandé pour vérifier que le taux d'observance de la friction est de 100% en sortie de chambre ou en fin de prise en charge. La présence d'un patient porteur de **gale ou de *Clostridium difficile*** est notée pour évaluer la pertinence du choix de la technique d'HDM (une friction n'est pas suffisante en sortie, nécessité d'un lavage simple suivi d'une friction).

DEFINITION DES OPPORTUNITES D'HYGIENE DES MAINS

Une **opportunité** d'HDM est un moment de l'activité où un geste d'HDM est requis en lien avec une ou plusieurs indications. L'OMS (au niveau international) et la SF2H (au niveau français) ont défini plusieurs indications respectivement pour l'HDM et la friction hydro-alcoolique.

Certaines indications sont directement **liées aux soins/actes invasifs** et à la prévention des infections pour le patient/résident (avant geste aseptique/immédiatement avant tout acte invasif) ou **liées aux soins contaminants** et à la prévention des accidents d'exposition au sang (AES) pour les professionnels de santé (après le risque d'exposition à un liquide biologique/après un soin contaminant/après tout contact avec des liquides biologiques). **Ces indications concernent uniquement les professionnels en charge de ces actes.** Une HDM est attendue juste avant et après le soin. Même si elles sont primordiales, elles n'ont pas été retenues dans le cadre de ce Quick-audit. Pour leur évaluation, il est conseillé de se reporter au précédent outil du Grephh (Hygmain, observance/pertinence) ou à tout outil d'évaluation des procédures de soins qui intègre ces indications d'HDM (ex : pose de cathéters veineux périphériques et autres actes invasifs...).

D'autres indications sont **liées au contact** des mains des professionnels avec le patient/résident ou son environnement proche (avant le contact patient, immédiatement avant tout contact direct avec le patient, après le contact patient, ...). **Ces indications concernent l'ensemble des professionnels en contact direct avec le patient ou le résident ou son environnement** (cf. liste des catégories professionnelles en annexe 3). Ces indications ont pour objet de limiter la diffusion par manuportage des micro-organismes et en particulier celui des BMR et des BHRé. Une HDM est attendue avant le 1^{er} contact patient et après le dernier contact patient ou son environnement proche. Ces indications sont celles retenues dans ce Quick-audit.

Dans le cadre de ce Quick-audit, deux opportunités d'HDM ont été retenues :

- **Opportunité « Entrée »** : dès qu'un professionnel de santé (ou un intervenant extérieur) rentre dans une chambre ou se prépare à prendre en charge un patient/résident (configuration sans chambre, espaces communs de soins). Elle correspond à l'indication « avant 1^{er} contact patient ».
- **Opportunité « Sortie »** : dès qu'un professionnel de santé ou un intervenant extérieur sort d'une chambre ou termine la prise en charge d'un patient/résident (configuration sans chambre, espaces communs de soins). Elle correspond à la fusion de deux indications : « après dernier contact patient » et « après dernier contact avec l'environnement proche du patient ».

Contact avec le patient : tout contact avec le patient, les vêtements qu'il porte ou le matériel porté par le patient ou relié au patient (par exemple dispositifs de perfusion, de sondage, de drainage,...).

Environnement proche du patient : ensemble des objets, matériels et équipements hôteliers ou médicaux situés autour du patient (exemples : lit, barrière de lit, table de nuit, adaptable, casier/armoire/placard, bouton d'appel (sonnette), télécommande, interrupteur de lampe, livres, canne/béquilles, fauteuil de la chambre, repose-pieds, lève-personne, potence, téléphone du patient, pied à perfusion,...). Le linge sale du patient et les déchets d'activité de soins font également partie de l'environnement proche du patient.

NB : Le terme « patient » est à considérer comme équivalent à « patient ou résident »

Remarque : les poignées de porte (chambre, toilettes/salle de bain), les surfaces sanitaires, le nécessaire de toilette, le chariot de soins ou l'ordinateur ne sont pas considérés comme « environnement proche » du patient/résident. Ils font partie de l'environnement général (hospitalier ou médico-social)..

Cas des SUCCESSIONS DE SOINS

Lorsqu'un professionnel quitte un patient/résident et son environnement (chambre 1), réalise une friction et rentre de suite dans une autre chambre (chambre 2) sans avoir eu de contacts intermédiaires avant contact avec le nouveau patient/résident (mobilier de soins dans le couloir par exemple), il est possible de compter deux opportunités distinctes : 1 opportunité « Sortie » avec friction et 1 opportunité « Entrée » avec friction. Dans ce cas, les informations recueillies sont identiques sur la profession, l'HDM et la qualité de la friction mais le statut infectieux des patients/résidents peut être différent.

Justification : ceci est rendu possible par le fait qu'il est proposé une analyse séparée des observances en entrée et en sortie dans le rapport.

Cas des INTERRUPTIONS DE SOINS (événements non attendus mais observables en pratique)

Pour un même patient/résident, un même professionnel peut être amené à rentrer et sortir de la chambre plusieurs fois au cours du même soin. Chaque entrée et sortie est à prendre en compte comme une opportunité. En cas d'interruptions de soins fréquentes, il est conseillé de noter cette information sur la grille pour pouvoir la prendre en compte lors de l'interprétation et la restitution des résultats.

Justification : les interruptions de soins constituent de réelles opportunités d'HDM. Une fréquence importante d'interruptions de soin, témoin d'un problème d'organisation des soins, peut impacter le résultat de l'observance s'il y a par exemple un nombre élevé d'opportunités « Entrée » et « Sortie » sans HDM.

PROFESSION DU PERSONNEL

▪ Catégorie professionnelle

Un recueil de la **catégorie professionnelle** est proposé (non obligatoire).

Option 1 : recueil de la profession

Sur la grille, lors de l'observation, la catégorie est notée en toutes lettres ou en abrégé (sous réserve d'être identifiable).

Le codage sera fait par la suite selon l'annexe 3 du guide méthodologique.

Au niveau de l'annexe 3, un premier tableau récapitule les différents codes et professions associées. Un deuxième tableau a pour point de départ les professions, classées par ordre alphabétique : il permet de retrouver le code associé.

Si la profession n'est pas identifiée (donnée non renseignée) : coder « 13 ».

Option 2 : non-recueil de la profession

Un codage est nécessaire pour la saisie de cette donnée : coder systématiquement « 13 ». Ce codage peut éventuellement être fait en amont de l'audit.

▪ Statut étudiant

Le statut étudiant est noté quand il est connu (non obligatoire). **Les internes en médecine ne sont pas considérés comme étudiants.**

⚠ **Ne pas cocher signifie que le professionnel observé n'est pas un étudiant ou bien que son statut n'est pas connu.**

Justification : la profession est recueillie pour une éventuelle évaluation ciblée sur ce paramètre. Cette analyse est certainement plus pertinente à l'échelle d'un ensemble de services car elle nécessite un nombre suffisant d'opportunités pour chaque profession. Même principe pour les étudiants.

Possibilités d'analyse

Analyse par profession

Il sera possible d'éditer un rapport automatisé :

- pour **une profession donnée**,
- pour un **groupe de professions***
- pour **l'ensemble des professions concernées par l'audit**.

Veiller à ce que le nombre d'observations par profession soit suffisant pour pouvoir prendre en compte les pourcentages d'observance ou de qualité (cf. rapport multiservices).

*Par exemple : il est possible de regrouper les catégories 1 et 2 pour obtenir les résultats du personnel médical et les catégories 3, 4, 5, 6, 9, 10 et 11 pour ceux du personnel paramédical.

Si une **analyse comparative des professions** est souhaitée, il sera possible :

- soit d'éditer un rapport par profession et les comparer ensemble,
- soit de procéder à une extraction des données (création d'une base de données à analyser soi-même).

Analyse des étudiants

Une analyse des données relatives aux étudiants est possible à partir de l'extraction des données. Elle nécessitera un nombre d'observations suffisantes.

Remarque : il est déconseillé de comparer les résultats entre étudiants et non étudiants si le statut étudiant du personnel n'est pas systématiquement connu.

HYGIENE DES MAINS

Pour ce critère, 5 réponses sont proposées : les 3 premières correspondent à la technique utilisée quand un geste d'HDM est réalisé, la 4^{ème} à l'absence d'HDM et la 5^{ème} à la situation d'observation impossible (NO = HDM non observable).

Les différentes techniques d'HDM proposées sont celles observables en pratique.

- La **friction hydro-alcoolique** (FHA, code 1) est la technique de référence de l'HDM. Elle est particulièrement attendue pour les opportunités de type « Entrée » et « Sortie ».
- La technique par **lavage simple puis friction** (LS+FHA, code 2), n'est pas justifiée en routine (risque d'intolérance cutanée). Elle est réservée, en sortie de chambre, aux cas particuliers de patients/résidents infectés par *Clostridium difficile* ou atteints de gale (cf. colonne « Patient PC/Résident PC») avec impérativement un séchage minutieux des mains entre les deux étapes.
- Le **lavage** (code 3) n'a pour seule indication que les mains visiblement souillées.

Justification : mettre à disposition des données sur la fréquence du lavage des mains lors de la prise en charge initiale ou finale des patients/résidents peut aider les équipes à mener une réflexion sur les raisons de sa pratique, en lien possible avec l'insuffisance d'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA).

Dans ce Quick-audit, **seule la friction hydro-alcoolique** fait l'objet d'une évaluation de la **qualité de sa gestuelle**. Ne sont donc concernés par une évaluation de la qualité que le code 1 (FHA) et le code 2 (LS+FHA).

Pour pouvoir conclure qu'« aucune HDM » n'a été réalisée (code 0), il faut qu'il n'y ait eu aucune HDM :

- **jusqu'au 1^{er} contact avec le patient/résident pour les opportunités « Entrée »** (observable depuis le couloir ou en entrant dans la chambre). En effet, d'après les recommandations sur l'HDM (SFHH, juin 2009), le fait de simplement rentrer dans une chambre sans aucun contact avec le patient ne doit pas être considéré comme une opportunité d'HDM. « *Dans le cadre de précautions standard, le fait d'entrer dans la chambre d'un patient ne constitue pas à lui seul une indication à la réalisation d'une friction ou d'un lavage des mains* ». Ceci suppose d'avoir pu observer ce 1^{er} contact. **A défaut d'avoir pu observer le contact, cocher « 9-NO ».**
- **entre le dernier contact avec le patient/résident ou son environnement proche et le contact suivant (quel qu'il soit) pour les opportunités « Sortie ».** Ceci suppose de pouvoir observer ces différents contacts. **A défaut d'avoir pu observer ces contacts, cocher « 9-NO ».**
- **immédiatement en sortie de chambre pour les opportunités « Sortie »** dans le cas d'un **patient/résident en PC** (toute sortie d'une chambre de patient/résident en PC est une opportunité d'HDM).

Justification :

- d'après le guide de recommandations Transmission croisée/Précautions complémentaires contact (SFHH, avril 2009), une HDM est attendue à la sortie de la chambre en cas de PC Contact : « *Dans le cadre des PC de type contact, il est recommandé d'effectuer une FHA avant de sortir de la chambre (AM)* » (R92).
- d'après le guide de recommandations Transmission croisée/Précautions complémentaires Air ou Gouttelettes (SF2H, mars 2013), une HDM est attendue après le retrait du masque donc à la fin de la prise en charge : « *Une friction hydro-alcoolique des mains est réalisée après avoir éliminé le masque* » (Recommandations Air p.23 « En pratique » (R1) / Recommandations Gouttelettes p. 28 « En pratique » (R4)).

Il sera répondu « NO » (non observable) (code 9) s'il est difficile d'observer l'HDM et/ou le(s) contact(s).

QUALITE DE LA FRICTION

La **qualité** de la friction doit être la même à chaque mise en œuvre. Le Quick-audit cherche à identifier, pour chaque friction observée, un **profil de gestuelle**.

Trois profils sont proposés au vu de ce qui est observé en pratique (cf. annexe 4) :

Gestuelle	Description/définition	Durée estimée	Niveau de maîtrise de l'HDM	Mesures à prévoir
Insuffisante	1 à 3 des étapes initiales de la friction ou geste type « application d'une crème » (étapes difficiles à identifier)	Environ 10 secondes (trop rapide)	Non-maîtrise (friction minimale)	Technique à revoir dans sa globalité (formation)
Partielle	3 premières étapes réalisées avec manque d'au moins 1 étape parmi les étapes suivantes de la friction (ni insuffisante, ni complète)	Environ 20 secondes (temps intermédiaire)	Maitrise partielle Acquisition du geste de friction mais exécution trop rapide / oubli de certaines étapes	« Encouragement » mais besoin de rappels sur importance des étapes et temps minimum nécessaire à l'efficacité
Complète mais avec bijoux	7 étapes attendues de la friction	Environ 30 secondes (temps suffisant)	Maitrise presque parfaite (attention bijoux)	« Encouragement » mais port de bijoux à revoir
Complète sans bijoux	7 étapes attendues de la friction	Environ 30 secondes (temps suffisant)	Maitrise parfaite	« Félicitations »

Justification : la présence de bijoux aux mains et aux poignets n'est à tracer que lorsque la gestuelle est complète. En effet, il n'est pas possible de conclure à une gestuelle de qualité s'il y a port de bijou(x). Cette information sert donc à nuancer le résultat. Elle n'est pas à recueillir dans les autres cas (gestuelle insuffisante ou partielle) puisque la gestuelle n'est pas satisfaisante, qu'il y ait bijou(x) ou non.

Remarques :

- La **durée de friction** est une durée *estimée* : la mesure précise de cette durée n'est pas exigée dans ce Quick-audit en raison des difficultés de mise en œuvre (un chronométrage est possible quand la qualité est le seul paramètre évalué). Dans ce Quick-audit où des opportunités doivent être repérées, il faudrait mobiliser deux auditeurs pour une même observation. Toutefois, la durée de la friction est liée à la qualité de la gestuelle : une étude, réalisée par un des membres du groupe de travail, a montré que les gestuelles, telles que définies ci-dessus, ont une durée respective d'environ 10, 20 et 30 secondes.
- Une gestuelle complète nécessite une **dose adaptée de PHA** : cette dose dépend du type de produits (préconisations du fabricant), de leur consistance (solution, gel, mousse) et de la taille des mains des professionnels. C'est pourquoi un critère sur la quantité n'a pas été retenu pour ce Quick-audit.
- L'attente du séchage complet** n'est pas évaluée dans ce Quick-audit mais il est toujours possible de noter en remarque la non-attente du séchage en regard de l'observation. Cela reste un critère important pour une conformité globale de l'HDM (cf. outil « Qualimain » du Grephe).

La réponse « **non évaluable** » (code 9) est utilisée en cas de difficulté technique de l'auditeur à observer *en détail* ou *dans sa totalité* la gestuelle de la friction.

FORMATION DES AUDITEURS - DIAPORAMA – SCENARIOS – VIDEOS

Les auditeurs sont informés de l'objectif de l'audit et formés à l'utilisation de la grille.

Un test préalable en conditions réelles, éventuellement lors de la session exploratoire suscitée (cf. p. 15), permet aux auditeurs de s'approprier l'outil.

Pour ce Quick-audit, il est particulièrement conseillé de vérifier que l'identification des opportunités « Entrée » et « Sortie » et les critères pour conclure qu'une HDM est soit non réalisée (aucune HDM) soit non observable (NO) sont bien acquis et compris par les auditeurs.

Différents outils complémentaires à la grille d'audit sont mis à disposition pour la présentation, la formation et l'aide à mise en œuvre de l'audit.

GUIDE DE L'AUDITEUR

Un **guide de l'auditeur** est fourni sous forme de 2 documents :

- un **mémorandum** (« mémo ») sur l'organisation du recueil des données : au recto figurent des rappels et au verso une aide à l'identification des profils de gestuelle de friction ;
- une **aide au remplissage** de la grille d'observation, item par item.

DIAPORAMA DE PRESENTATION ET FORMATION

Il est mis à disposition du coordonnateur de l'audit un **recueil de diapositives** sous format Power point. Ce recueil permet de préparer différents diaporamas en fonction de ses besoins (présentation de l'audit, formation des auditeurs). A partir du recueil, il est possible de sélectionner les diapositives souhaitées et de les mettre dans un ordre éventuellement différent de celui proposé. Attention, le contenu de chaque diapositive n'est en revanche pas modifiable.

SCENARIOS ET OUTILS D'AIDE A L'IDENTIFICATION DES OPPORTUNITES

Trois documents sont dédiés à la partie « **Observance** » de l'audit :

- un document listant les **principales situations rencontrées (« Identifications des opportunités en entrée et sortie de chambre »)** avec leur traduction en termes de remplissage de la grille, constituant une sorte de document de référence pour le coordonnateur de l'audit. Les situations tiennent compte des conditions d'observation (visibilité totale ou nulle).
- deux diaporamas comportant des **scénarios** pour la formation des auditeurs à l'identification des opportunités, à l'interprétation des observations et au remplissage de la grille.
 - un diaporama présente des **situations rencontrées en établissement de santé** (10 scénarios),
 - un autre diaporama des **situations rencontrées en établissement médico-social** (5 scénarios).

Il s'agit de cas particuliers (interruptions de soins, succession de soins) ou de situations spécifiques à certaines catégories professionnelles. A chaque scénario est associé 1 à 3 cas de situations observables avec, à chaque fois, une diapositive « question » et une diapositive « réponse ». La partie « question » peut être distribuée sous format papier en début de formation pour laisser un temps de réflexion aux personnes participant à la formation.

▪ Scénarios utilisables en établissement de santé (ES)

N° Scénario	Patient	Thème du scénario	Nb de cas	Profession concernée
Scénario 1		Soins successifs	3 cas	Infirmier
Scénario 2		Plateau-repas	3 cas	Aide-soignante
Scénario 3		Interruptions de soins	2 cas	Soignant
Scénario 4		Intervenant extérieur	2 cas	Diététicienne
Scénario 5		Visite médicale	1 cas	Médecin + externes
Scénario 6		Linge sale	1 cas	Aide-soignant
Scénario 7		Dispositif invasif	1 cas	Infirmière
Scénario 8		Gestion des <i>excreta</i>	1 cas	Aide-soignante
Scénario 9	Patient en PC	Soins de nursing/toilette	1 cas	Aide-soignante
Scénario 10		Information	1 cas	Soignant

▪ Scénarios utilisables en établissement médico-social (EMS)

N° Scénario	Résident	Thème du scénario	Nb de cas	Profession concernée
Scénario 1	Résident en EHPAD	Interruptions de soins	2 cas	Soignant
Scénario 2		Linge sale	1 cas	Aide-soignant
Scénario 3		Dispositif invasif	1 cas	Infirmière
Scénario 4		Aide à l'alimentation	1 cas	Aide médico-psychologique
Scénario 5		Gestion des <i>excreta</i>	1 cas	Aide-soignante

VIDEOS ET OUTILS D'AIDE A L'IDENTIFICATION DES PROFILS DE GESTUELLE (FRICTION)

Deux supports sont dédiés à la partie « **Qualité** » de l'audit :

- un **schéma** présente les différences entre chaque gestuelle de friction (cf. annexe 4). Ce schéma est également repris au verso du « mémo » de l'auditeur.
- une **vidéo** a été élaborée pour chaque profil de gestuelle (cf. outil informatique). Les profils de gestuelle filmés correspondent à des situations observables en pratique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] - Prévention de la transmission croisée des Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) - HCSP, juillet 2013
- [2]- Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) - Ministère des affaires sociales et de la Santé, juillet 2015
- [3] Grille de recueil, consignes de remplissage et éléments de preuves – Indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques version 3 - ICSHA.3 (Indicateur en simulation) – HAS, mars 2016
- [4] Save Lives Clean Your Hands - Hygiène des Mains : Manuel Technique de Référence – A l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs des pratiques d'hygiène des mains - OMS, 2010
- [5] Just Clean Your Hands – Hand hygiene Observation and Analysis – V. 1.4 – Public Health Ontario, 2009
- [6] Hand Hygiene Australia – Guidelines for selecting the method of hand hygiene auditing for data submission to Hand Hygiene Australia - Australian Commission on Quality and Safety in Health Care, juillet 2010

ANNEXE 1 - LISTE DES CONTEXTES

Cette liste sert au choix du contexte associé à une période d'audit lors de sa création. Il s'agit de préciser dans quelles circonstances le Quick-audit est mené : par exemple initiative locale (programme EOH, intervention, investigation...) ou participation à une enquête multicentrique. Il est important de connaître ce contexte lors des analyses puisque les résultats peuvent en dépendre.

	Intitulé du contexte pour la saisie et l'analyse	Description détaillée du contexte
1	Programme d'actions EOH	Dans le cadre du programme d'actions de l'équipe opérationnelle d'hygiène
2	Avant intervention (« T0 »)	Avant une action de formation, promotion, démarche de sensibilisation, campagne...
3	Après intervention (« T »)	Après une action de formation, promotion, démarche de sensibilisation, campagne...
4	Investigation	Dans le cadre d'une situation particulière (épidémie, événement indésirable,...)
5	Accompagnement Icsha	Dans le cadre d'une action complémentaire au suivi de la consommation des produits hydro-alcooliques (cf. « action-levier » associée à l'Icsha3)
6	Audit multicentrique	Dans le cadre d'un audit multicentrique (national, régional)
7	Autre contexte	Projet de recherche, projet d'étude des étudiants en soins infirmiers...

Concernant le **nombre ou type de services concernés** et l'**objectif de chaque contexte** : voir le chapitre « Méthode » paragraphe « A quel moment mettre en œuvre le Quick-audit ? Notion de contexte » (p. 10)

ANNEXE 2 - LISTE DES SPECIALITES

Cette liste sert lors de l'enregistrement des services/secteurs/unités sur l'application informatique.

Spécialités		Détail des spécialités
1	Médecine	Toute spécialité de médecine de l'adulte et/ou de l'enfant, y compris néonatalogie, pédiatrie, gériatrie, soins palliatifs <i>Hors gynécologie médicale (cf. code 7) et hémodialyse (cf. code 11)</i>
2	Médecine à haut risque infectieux*	Transplantation, hématologie ou oncologie/cancérologie et toute spécialité médicale jugée critique vis-à-vis du risque infectieux
3	Réanimation	Réanimation médicale et/ou chirurgicale de l'adulte et/ou de l'enfant, y compris réanimation polyvalente, néonatale, pédiatrique et grands brûlés
4	Unités de soins intensifs/continus	USI/USC de l'adulte et/ou de l'enfant y compris USI néonatale, USI pédiatrique
5	Urgences	Urgences médicales et/ou chirurgicales de l'adulte et/ou de l'enfant : urgences générales, urgences adultes, urgences pédiatriques, y compris lits porte
6	Chirurgie	Chirurgie de l'adulte et/ou de l'enfant, chirurgie générale ou chirurgie spécialisée (chirurgie orthopédique, digestive, vasculaire, pédiatrique....) Chirurgie ambulatoire <i>Hors chirurgie gynécologique (cf. code 7)</i>
7	Gynécologie-obstétrique	Obstétrique, maternité, gynécologie médicale et chirurgicale
8	Soins de suite et réadaptation	Rééducation, réadaptation physique, SSR gériatrique, SSR spécialisés (digestif, pneumo, psy /addictions, neuro, cardio, onco-hémato, brûlés)
9	Secteurs médico-techniques	Endoscopie, fibroscopie, radiologie, imagerie, médecine nucléaire, explorations fonctionnelles...
10	Bloc secteur réveil	Salles de soins post-interventionnels (SSPI)
11	Hémodialyse	Centre de dialyse, unité médicalisée (UDM), auto-dialyse assistée (UAD)
12	Unités de soins de longue durée	
13	Psychiatrie/santé mentale	
14	Services médico-sociaux**	Ehpad, Fam, Mas, IME, ...

*cette spécialité est proposée en complément de la classification habituelle pour d'éventuelles analyses plus ciblées sur les secteurs de médecine à haut risque infectieux

**ces structures font partie du champ de l'audit mais nécessitent une évaluation de la faisabilité au cas par cas (cf. paragraphe « Champ d'application » p. 9).

NB : Pour les secteurs de type « **Hôpital de jour** » (HDJ) : coder selon la spécialité correspondante.

ANNEXE 3 - LISTE DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES

Au total, 13 catégories de personnel sont proposées (dont 1 lorsque la profession n'est pas identifiée ou n'est pas recueillie). Les élèves/étudiants/stagiaires sont à rapprocher de leur catégorie professionnelle d'affiliation. Pour l'aide au codage, voir le tableau page suivante.

N°	Catégorie professionnelle	Professions associées	N°	Catégorie professionnelle	Professions associées
1	Personnel médical	Médecin Interne en médecine Externe en médecine	8	Agent des services hospitaliers	Agent des services hospitaliers
2	Sage-femme	Sage-femme Etudiant sage-femme	9	Manipulateur d'électroradiologie médicale	Manipulateur d'électroradiologie médicale Etudiant
3	Cadre de santé	Cadre Faisant fonction de cadre	10	Personnel en charge du transport des patients /résidents	Brancardier Ambulancier Etudiant
4	Infirmier	Infirmier Infirmier spécialisé : Iade Ibode Puéricultrice Etudiant en soins infirmiers	11	Autre professionnel de santé	Diététicien Psychologue Technicien de biologie médicale Pédicure Podologue ... Etudiant
5	Rééducateur*	Masseur-kinésithérapeute Psychomotricien Ergothérapeute Orthophoniste Etudiant	12	Autre intervenant	Aumônier Coiffeur Esthéticienne Bibliothécaire Clown Animateur Stagiaires ...
6	AS-AP-AMP	Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Aide médico-psychologique Etudiant	13	Non identifiée	
7	Educateur	Educateur spécialisé Moniteur-éducateur Etudiant			

*personnel assurant la rééducation motrice ou cognitive des patients/résidents

Aide au codage des professions (classement par ordre alphabétique)

Document à transmettre à la personne en charge du codage de la profession (en cas de recueil de cette donnée).








Cette liste est en général utilisée après observation mais avant saisie des données sur l'outil informatique.

Professionnel observé et noté sur la grille	Catégorie professionnelle à coder
Agent des services hospitaliers (ASH)	8-Agent des services hospitaliers
Aide médico-psychologique (AMP)	6-AS-AP-AMP
Aide-soignant (AS)	
Ambulancier	10-Personnel en charge du transport
Assistante sociale (ASS)	11-Autre professionnel de santé
Auxiliaire de puériculture (AP)	6-AS-AP-AMP
Brancardier	10-Personnel en charge du de transport
Cadre de santé ou faisant fonction	3-Cadre de santé
Diététicien	11-Autre professionnel de santé
Educateur spécialisé	7-Educateur
Ergothérapeute	5-Rééducateur
Etudiant en soin infirmier (ESI)	4-Infirmier
Externe/étudiant en médecine	1-Personnel médical
Infirmier anesthésiste (Iade)	4-Infirmier
Infirmier de bloc opératoire (Ibode)	
Infirmier (IDE)	
Interne en médecine	1-Personnel médical
Kinésithérapeute	5-Rééducateur
Manipulateur Radio (MER)	9-Manipulateur d'électroradiologie médicale
Masseur-kinésithérapeute (MK)	5-Rééducateur
Médecin	1-Personnel médical
Moniteur-éducateur (ME)	7-Educateur
Orthophoniste	5-Rééducateur
Pédicure	
Podologue	11-Autre professionnel de santé
Technicien de biologie médicale	
Psychologue	
Psychomotricien	5-Rééducateur
Puéricultrice	4-Infirmier
Sage-femme (SF)	2-Sage-femme

Etudiants : la case « étudiant » est à cocher pour les étudiants en soin infirmier (ESI), les externes en médecine et tout élève, étudiant ou stagiaire de chaque profession. Les internes en médecine ne sont pas considérés comme des étudiants.

ANNEXE 4 - TECHNIQUE DE FRICTION : COMPARAISON DES PROFILS DE GESTUELLE

Ce document est également fourni en accompagnement du guide de l'auditeur (partie « Mémo organisation recueil »).

 <p>1- Paume sur paume</p>  <p>2-Paume sur dos</p>  <p>3-Doigts entrelacés</p>  <p>4-Paume/doigts</p>  <p>5-Pouces</p>  <p>6-Ongles</p>  <p>7-Poignets</p>	<p>GESTUELLE INSUFFISANTE</p> <p>→ soit respect de quelques étapes (1 à 3) parmi les étapes initiales de la friction</p> <p>→ soit gestuelle en continu (sans identification d'étapes) type « application d'une crème »</p> <p>Durée : Environ 10 s</p> <p><u>Non-maîtrise de la technique de friction</u></p>	<p>GESTUELLE PARTIELLE</p> <p>Etapes initiales respectées mais il manque au moins 1 des étapes caractéristiques de la friction (bout de doigts, pouces, ongles, poignets)</p> <p>Durée : Environ 20 s</p> <p><u>Maîtrise partielle de la technique de friction</u> Exécution trop rapide</p>	<p>GESTUELLE COMPLETE</p> <p>Durée : Environ 30 s</p> <p><u>Maîtrise de la technique de friction</u></p> <p>Maîtrise « parfaite » (sans bijou)</p> <p>Maîtrise « presque parfaite » (attention bijoux)</p>
--	---	---	---

Source des images : SF2H – Recommandations pour l'hygiène des mains – juin 2009

ANNEXE 5 – EXEMPLE DE MESSAGE D'INFORMATION POUR LES PATIENTS OU RESIDENTS

ETABLISSEMENT XXXXX

Service YYYYY

Information aux patients/résidents : réalisation d'une évaluation

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients/résidents, le service est en période d'évaluation des mesures de prévention du risque infectieux en ciblant tout particulièrement l'hygiène des mains.

A cette occasion, dans la période du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA, des observateurs extérieurs au service seront susceptibles d'observer les pratiques des professionnels réalisées à proximité ou dans votre chambre. Cette observation ne modifie en rien votre prise en charge mais vous êtes en droit de refuser la présence de ces personnes au niveau de votre chambre. Dans ce cas, n'hésitez pas à le signaler à l'équipe de soins.

Merci pour votre compréhension.

Chef de service

Cadre de santé

Dr AAAAA

M./Mme BBBBB