

ÉVALUATION DE LA PREVENTION DES INFECTIONS EN IMAGERIE MEDICALE

Protocole
« EVALIMAG 2008 »

Composition du comité d'organisation (groupe projet 2008)

NOM PRENOM	FONCTION	SERVICE / ETABLISSEMENT
Véronique Bussy-Malgrange (animatrice du projet)	Praticien hygiéniste	Coordination Resclin
Fabienne Menu	Cadre de santé	Pôle Imagerie médicale, CHU Reims
Brigitte Jernasz	Manipulatrice en électroradiologie médicale	CH Charleville-Mézières
Marie-Armelle Raulet	Manipulatrice en électroradiologie médicale	Pôle Imagerie médicale, CHU Reims
Maria Ferreira	Manipulatrice en électroradiologie médicale	Cabinet de radiologie St Rémi, Reims
Chantal Mestrude	Assistante technique qualité hygiène	Institut Jean-Godinot, Reims
Elisabeth Etien	Manipulatrice en électroradiologie médicale	HMB, CHU Reims
Catherine Barbier	Cadre manipulatrice en électroradiologie médicale	CH Charleville-Mézières
PERSONNES RESSOURCES		
Mounir Jebabli	Biostatisticien	Resclin
Martine Blassiau	Cadre de santé	Resclin

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION/CONTEXTE/OBJECTIF	3
MOYENS/ACTEURS/METHODE	4
REFERENCES	6
GUIDE DE L'ENQUETEUR	7
ANNEXE 1 : DIAPORAMA DES RESULTATS DE LA PERIODE DE FAISABILITE	11
ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATIONS GENERALES	13
ANNEXE 3 : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES	14
ANNEXE 4 : FICHE DES CODES DU « STATUT » ET « TYPE » DE L'ETABLISSEMENT	15
ANNEXE 5 : MODELE D'AFFICHE D'INFORMATION DU PATIENT	16

Introduction

Les infections nosocomiales et liées aux soins sont un risque non négligeable pour le patient. L'enquête nationale de prévalence menée en juin 2006 au sein de 2337 établissements de santé français, montrait que 4,97% des patients hospitalisés un jour donné avaient une infection nosocomiale.

La réalisation d'actes techniques peut constituer la porte d'entrée d'une infection liée aux soins. La transmission des microorganismes au patient est le plus souvent croisée par l'intermédiaire du personnel, essentiellement par manuportage. La transmission se fait plus rarement par l'environnement contaminé du patient et par l'intermédiaire du matériel médico-chirurgical contaminé ou directement de malade à malade.

Les moyens de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) ont été largement décrits et font l'objet de recommandations nationales et internationales. Ils comprennent d'une part l'information du patient ou de ses proches, dans le respect de la confidentialité, et d'autre part l'application des mesures techniques d'isolement permettant de renforcer les précautions standard. Des actions de communication sont également essentielles. Elles portent sur la signalétique et sur la transmission d'information entre soignants au cours du ou des séjours hospitaliers mais également après tout séjour hospitalier.

Les plateaux d'imagerie sont, comme les autres plateaux médico-techniques de médecine nucléaire ou de radiothérapie, de vastes creusets où se « rencontrent » et se croisent des patients de toutes origines hospitalières ou communautaires.

La technologie de plus en plus poussée et les interventions de plus en plus sophistiquées chez des patients parfois fragilisés, font de ces secteurs d'intervention des lieux où le risque infectieux associé aux soins est important.

De plus, en établissements de soins, les manipulateurs en électroradiologie médicale sont souvent appelés à intervenir auprès des patients en isolement septique ou dans les services à haut risque infectieux : blocs opératoires, néonatalogie, réanimation, soins intensifs, urgences, hématologie, ...

Contexte

La mesure de la qualité de la pratique professionnelle fait partie des exigences de la loi du 4 mars 2002. Elle permet d'apporter les mesures correctives adaptées à la réalisation d'un processus afin d'assurer la sécurité des patients et des professionnels

La fédération nationale des médecins radiologues conduit depuis plusieurs années auprès de ses adhérents une démarche d'amélioration de la qualité.

L'évaluation de l'isolement technique diligentée par le Resclin depuis 1998 est annuelle au cours d'un trimestre, conduite dans les services de soins des établissements de santé volontaires. Elle a montré de façon itérative la difficulté d'évaluer la transmission de l'information concernant les patients porteurs de BMR ou infectés entre les services de soins et les plateaux techniques. Le groupe de travail a donc proposé d'intégrer l'évaluation de la qualité de cette information dans la grille d'évaluation des pratiques des secteurs médico-techniques.

En région Champagne-Ardenne, de nombreux services d'imagerie publics et privés ont mis en place des démarches d'amélioration de la qualité en matière de gestion du risque infectieux. Les protocoles en place dans les services ou cabinets sont utilisés pour les évaluations ou les audits des pratiques. Ces protocoles sont établis en relation avec l'équipe opérationnelle en hygiène de l'établissement quand elle existe et sont validés par le Clin ou son équivalent.

Objectif :

Donner aux services d'imagerie médicale des indications qui leur permettent d'optimiser la prévention des infections et la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques au cours de la prise en charge des patients.

Moyens :

Un questionnaire d'évaluation et son guide ont été établis sur la base des recommandations en vigueur.

Acteurs :

Investigateur principal :

Il assure la coordination de l'étude dans l'établissement, il est le correspondant du Resclin.

Evaluateur(s) :

Il s'agit de manipulateurs formés à l'audit et à la prévention des infections (correspondant en hygiène) de préférence n'appartenant pas au secteur audité, éventuellement en collaboration avec un infirmier en hygiène ou un praticien en hygiène.

Personnes ressources :

L'évaluateur et l'investigateur principal disposent d'une aide méthodologique auprès de la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne (**03 26 78 94 91, resclin@chu-reims.fr**). Si nécessaire et pour toute question concernant l'organisation spécifique d'un établissement, la coordination du Resclin conseillera de contacter l'équipe d'hygiène de l'établissement.

S'il le souhaite, après analyse et en accord avec l'équipe d'hygiène de l'établissement ou avec les responsables du cabinet, l'investigateur pourra recourir à un groupe de travail pluri-professionnel concerné par le sujet qui interviendra notamment pour rechercher les causes de non satisfaction et proposer des actions d'amélioration.

Méthode :

1 - Description de l'étude

➤ Première phase : Une période de faisabilité s'est déroulée du 01 au 31 octobre 2007 dans trois établissements de santé et un cabinet de ville de la région. Les résultats de la première phase ont été présentés lors de la réunion régionale annuelle du Resclin le 15 novembre 2007 à Reims (diaporama joint en annexe 1₂₀₀₈). Grâce à cette faisabilité, les membres du comité de pilotage ont optimisé le protocole et la fiche de recueil des données utilisés pour la deuxième phase.

➤ Deuxième phase : du 15 septembre au 15 octobre 2008 sur une ou plusieurs journées (patients consécutifs).

Les présidents du Clin de tous les ES ou les responsables de tous les cabinets de ville sont appelés sur la base du volontariat à donner leur autorisation à participer à l'enquête.

En fonction de l'organisation de l'ES ou du cabinet, l'évaluation concerne une ou plusieurs des activités suivantes : radiologie conventionnelle, scanner, IRM, secteur vasculaire, échographie, secteur interventionnel,...)

Une ou plusieurs entité(s) peuvent être identifiées. L'établissement ou le cabinet peut constituer une entité. Plusieurs services, secteurs, activités de l'établissement ou du cabinet peuvent être identifiés séparément en plusieurs entités.

Si la structure comporte plusieurs entités identifiées, l'évaluation peut porter sur chacune de ces entités individualisées et repérées par le codage de la coordination du Resclin.

Les unités d'imagerie interventionnelle et non interventionnelle peuvent être évaluées.

2 - Champ d'application

L'évaluation comprend les deux domaines suivants :

- Le statut infectieux du patient : information du service d'imagerie
- La prise en charge du patient dans l'entité : réalisation de l'examen

Un contrôle de qualité de l'information est également proposé

3 - Critères d'inclusion

Les inclusions sont prospectives et continues tout au long des temps d'audit choisis (journée(s) ou partie(s) de journée(s)). Elles concernent tout nouveau patient admis dans l'entité, qu'il soit infecté ou non infecté, porteur ou non de BMR

Chaque entité concernée doit effectuer l'évaluation sur l'ensemble des patients consécutifs

4 - Critères d'exclusion

Les patients ayant déjà été admis une première fois au cours de la même journée d'évaluation

5 – Informations préalables :

Le Resclin Champagne-Ardenne a informé l'ensemble des présidents des Clin et les responsables des équipes opérationnelles d'hygiène Hospitalier (EOHH), des ES et l'ensemble des responsables des cabinets d'imagerie de ville de la région.

6 – Autorisation auprès :

➤ **Du personnel des structures d'imagerie** : Avant le début de la période d'évaluation, l'investigateur principal informe tous les professionnels du service (unité ou secteur) d'imagerie concerné.

➤ **Des patients** : Une information à destination des patients est réalisée à l'aide d'une affiche ou d'un tract dont un modèle à modifier est joint en annexe 5₂₀₀₈. Tout autre support peut rester à l'initiative de l'entité.

7 – Désignation d'un investigateur principal : le président du Clin, le responsable de l'EOHH ou le responsable du cabinet désigne l'investigateur principal.

8 – Auditeurs : le président du Clin, le responsable de l'EOHH ou le responsable du cabinet désigne le(s) auditeur(s).

9 – Confidentialité :

Patients : Aucune donnée permettant l'identification du patient n'est transmise. Les coordonnateurs s'engagent à traiter de façon confidentielle toutes les données.

Code entité : Un numéro de code confidentiel est attribué à l'investigateur principal de chaque entité (ES, service, cabinet) d'imagerie participante.

Méthode permettant le respect de la confidentialité :

➤ Les fiches papier comportant l'identification des patients inclus sont anonymisées par découpage de la partie supérieure avant d'être adressées à la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne. L'investigateur principal s'assure auparavant du remplissage simultané sur la partie supérieure et sur la partie inférieure du code entité et du numéro de la fiche

➤ Le personnel médical et paramédical fournit les informations nécessaires aux enquêteurs, sous couvert du secret professionnel.

10 - Modalités d'évaluation

Dès son arrivée dans le secteur, l'évaluateur signale sa présence aux professionnels médecins et non médecins.

Le recueil des données est réalisé **en temps réel par l'évaluateur, sans utiliser d'intermédiaire**. La fiche de recueil des données est renseignée après observation directe, recherche dans les dossiers médicaux et infirmiers, questions aux patients, questions aux soignants, aux secrétaires, selon les précisions indiquées dans la fiche de recueil.

Les fiches de recueil sont numérotées par ordre chronologique d'inclusion.

11 - Recueil des données :

a- Les **Documents techniques** sont adressés par le Resclin-Champagne-Ardenne à l'investigateur principal :

- Protocole de l'enquête qui comporte la fiche de recueil.
- Accord de participation à retourner au Resclin pour attribution du code d'anonymat de(s) entité(s).

b- Les **définitions et codes** nécessaires au remplissage des fiches sont joints en annexes :

- Fiche « Informations générales » (Annexe 2₂₀₀₈)
- Fiche « Recueil des données » (Annexe 3₂₀₀₈)
- Fiche « Codes du statut et type de l'établissement » (Annexe 4₂₀₀₈)

c- Les données sont **validées** sous la responsabilité de l'investigateur principal.

12 - Saisie des données :

Elle est effectuée par la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne.

13 - Restitution des résultats :

- La coordination du Resclin-Champagne-Ardenne adresse les résultats propres de l'entité à chaque investigateur principal. Chaque investigateur principal remet les résultats au responsable du service (pour les ES) ou du cabinet, au président du Clin et au responsable de l'équipe opérationnelle en hygiène.
- Le comité d'organisation se réunit pour étudier les résultats.

14 - Calendrier

- L'évaluation se déroule du 15 septembre au 15 octobre 2008, sur une, plusieurs ou partie(s) de journée(s).
- Les fiches anonymisées sont adressées au Resclin-Champagne-Ardenne au plus tard une semaine après la fin de l'évaluation.
- Les résultats propres à chaque entité sont communiqués aux investigateurs au plus tard le 14 novembre 2008.

Références

- 1) CTIN. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale. Isolement septique. Recommandations pour les établissements de soins. 1998
- 2) CTIN. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. 1999
- 3) CTIN. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 1999
- 4) Réseau Champagne-Ardenne de lutte contre les infections nosocomiales, 2004 : Prévention des infections à bactéries multirésistantes en milieu gériatrique et maintien de la socialisation
- 5) Cclin Paris-Nord : Hygiène en radiologie interventionnelle. Guide des bonnes pratiques. Edition juin 1999.
- 6) Cclin Sud-Ouest : Prévention du risque infectieux en imagerie médicale non interventionnelle. Edition 2005.

GUIDE DE L'ENQUÊTEUR (OUTIL D'AIDE AU REMPLISSAGE DES FICHES)

Code entité (établissement, cabinet ou service...): donné par la coordination du Resclin-Champagne-Ardenne. (Si plusieurs entités identifiées, un code par entité).

A/ Fiche informations générales concernant la qualité de la prise en charge des patients dans le domaine de la prévention des infections dans le service d'imagerie

Ce questionnaire doit être complété par l'investigateur principal qui remplit une fiche par établissement ou par entité en cas de différence entre les entités

1 Ce questionnaire concerne un **secteur interventionnel** : compléter par *1=oui, 2=non*

On considère un acte comme une intervention s'il y a effraction cutanée à l'exclusion des injections parentérales

2 Statut de l'établissement : *selon le codage annexe 4₂₀₀₈*

3 Type de l'établissement : *selon le codage annexe 4₂₀₀₈*

LES REPONSES AUX ITEMS CI-DESSOUS se complètent simplement par un nombre après interrogation des professionnels de l'entité qui apportent les preuves ou arguments nécessaires

PREUVES « RESSOURCES HUMAINES » : comptes-rendus de réunion, attestations, ...

4a à 4d Des correspondants en hygiène ou gestion des risques sont nommés

5a à 5c Formation des correspondants

6a à 6c Formation/réunion d'information des professionnels non correspondants

Le nombre moyen de réunions est calculé sur les 2, 3 ou 4 dernières années

PREUVES « PROTOCOLES MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS DU SERVICE » : Protocoles, fiches techniques, ... [Répondre par *1=oui ; 2=non*]

7 à 7c Hygiène des mains

8a à 8c Hygiène de l'environnement

9 Précautions complémentaires

PREUVES « COMMUNICATION » : rapports, résultats, comptes-rendus de réunions, ... [Répondre par *1=oui ; 2=non*]

10 Si vous travaillez en établissement de santé : hôpital, clinique, SSR, SLD, PSPH, ..., avez-vous au moins une fois par an des informations formalisées sur cet établissement concernant :

10a La prévalence ou l'incidence de l'ensemble des infections nosocomiales (avec ou sans BMR)

10b La prévalence ou l'incidence des infections à BMR

10c Ces informations sont données à l'ensemble des agents du service

PREUVES « SOLUTIONS HYDROALCOOLIQUES (SHA) » : protocoles, observation directe, ...

11 Pour la désinfection des mains, utilisez-vous des SHA (*1=oui, 2=non*)

11a Si oui, année d'introduction dans l'entité (aaaa, 9999=inconnu) : rechercher auprès du gestionnaire, de l'économat, ...

Les items suivants concernant le suivi de la consommation des SHA de l'entité sont introduits à titre d'indicateurs internes afin de sensibiliser les équipes des entités participantes

Consommation en litres par année (indicateur de suivi interne) :

11b 2004

11c 2005

11d 2006

11e 2007

11f Qui assure ce suivi : compléter par *1=pharmacie, 2=service logistique, 3=EOH-CLIN, 4=votre service, 5=autre, 9=inconnu*

B/ Fiche d'évaluation de la prévention des infections en imagerie médicale

Selon les indications portées sur la fiche de recueil, les données sont obtenues :

- par recherche dans les dossiers informatique ou papier du patient (DP). Par extension les courriers sont compris dans les dossiers des patients
- Par interrogation du patient ou de ses proches (QP), des professionnels d'imagerie (QI), des soignants des services ou secteurs cliniques (QC)
- Par observation directe (OD)

Données confidentielles (Elles ne sont pas transmises).

Ces données pourraient permettre de retrouver un dossier dont certains éléments de recueil manqueraient

Nom Prénom : nécessaires pour la gestion de l'enquête par l'investigateur

En provenance du : service de l'établissement, autre établissement de santé ou domicile

N° de fiche : donné en temps réel par l'enquêteur, par ordre chronologique

Renseignements administratifs (items 1 à 6)

1 Code entité (établissement, cabinet ou service..) : attribué au début de l'étude par le Resclin

2 Date de l'évaluation : date d'initialisation de la fiche par l'enquêteur

3 Initiales de l'enquêteur : utile en cas de question ou de problème à la saisie

4 N° de fiche : donné en temps réel par l'enquêteur, par ordre chronologique

5 Patient hospitalisé : au moment de son admission dans l'entité (1=*oui*, 2=*non*)

6 Examen réalisé en urgence : l'examen a été placé entre d'autres examens, sans respecter l'ordre chronologique d'arrivée des demandes (1=*oui*, 2=*non*)

STATUT INFECTIEUX DU PATIENT : INFORMATION DU SERVICE D'IMAGERIE (items 7 à 11)

7 Le statut infectieux du patient a été donné ou a été découvert : 1=*lors de la prise du rendez-vous*, 2=*au moment de l'arrivée du patient*, 3=*au moment de la réalisation de l'examen*, 4=*n'a pas été donné*

Si item 7=1, 2 ou 3 : répondre aux items 8, 9

Si item 7=4 : passer directement à prise en charge du patient dans l'entité (item 12)

8 Statut infectieux du patient : 1=*infecté sans BMR*, 2=*infecté par une BMR*, 3=*colonisé (porteur sain) de BMR*, 4=*non infecté non porteur de BMR*

Quelque soit la réponse à l'item 8, l'item 9 doit être renseigné

9 Indiquer les modalités de découverte : 1=*fiche de liaison, ordonnance, autre support* 2=*recherche active dans le dossier patient accessible en temps réel*, 3=*information donnée par le patient ou son accompagnant (ambulancier, brancardier, proche)*, 4=*le jour même par un soignant du service (courrier, téléphone)*, 5=*patient connu du service*, 6=*renseignement clinique inscrit sur un support non prévu à cet effet*, 7=*logo visible*, 8=*autre (en clair)*

Si item 7=2 ou 3 ET item 9=1,2,3 ou 4 : répondre aux items 10, 11

10 Vous déplacez son rendez-vous (codage ci-dessous)

11 vous l'accueillez dans un espace « réservé » (codage ci-dessous)

1=*oui car le patient suivant ou le patient voisin est immunodéprimé*, 2=*impossible dans l'organisation générale*, 3=*impossible dans l'organisation de ce jour*, 4=*pas nécessaire car respect des protocoles de désinfection entre 2 patients*, 5=*pas nécessaire car site infectieux bien isolé*, ou pas de site infectieux, 6=*non*

PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS L'ENTITE : REALISATION DE L'EXAMEN

Items 12 à 20 : Répondre par 1=*oui tous*, 2=*pas tous*, 3=*aucun*

On considère un acte comme une intervention s'il y a effraction cutanée à l'exclusion des injections parentérales

Tenue vestimentaire, bijoux des intervenants (manipulateurs, médecins, autres)

L'enquêteur observera si pour réaliser l'examen les intervenants participant à la réalisation de l'acte :

12 portent une blouse

13 leur tenue est à manches courtes

14 leur mains et poignets sont nus : ne portent aucun bijou (l'alliance qu'elle soit lisse ou non et la montre sont considérées comme des bijoux)

Avant l'examen

Désinfection des mains du (des) professionnel(s) réalisant la préparation

L'enquêteur observera si les intervenants réalisant le soin au patient (préparation) pratiquent une désinfection des mains.

S'il y a désinfection des mains, l'enquêteur observera :

15 si le produit utilisé est une SHA

16 si la technique utilisée est un lavage simple au savon doux

17 si la technique utilisée est un lavage hygiénique au savon antiseptique

Désinfection des mains du (des) professionnel(s) réalisant l'acte

*Un ou plusieurs manipulateurs peuvent intervenir simultanément autour d'un acte pour sa réalisation (un manipulateur à la console, et un autre réalisant l'acte). **Seul le manipulateur qui réalise l'acte est observé.***

S'il y a désinfection des mains, l'enquêteur observera :

18 si le produit utilisé est une SHA

19 si la technique utilisée est un lavage simple au savon doux

20 si la technique utilisée est un lavage hygiénique au savon antiseptique

21 Acte interventionnel (1=*oui*, 2=*non*)

22 Si l'acte est interventionnel, l'enquêteur observera s'il y a eu préparation cutanée du patient par désinfection *en un seul temps (=1), en 3 temps (=2), en 4 temps ou plus (=3) ou s'il n'y a pas eu de désinfection (=4)*

Rappel de la désinfection en 4 temps : Détersion, rinçage, séchage, application de l'antiseptique

23 S'il y a eu préparation cutanée par désinfection (item 22=1, 2 ou 3), le détail des produits utilisés sera précisé

Après l'examen

Items 24 à 26 : Répondre par 1=*oui tous*, 2=*pas tous*, 3=*aucun*

Désinfection des mains du (des) professionnel(s) ayant réalisé(s) l'acte

S'il y a désinfection des mains, l'enquêteur observera :

24 si le produit utilisé est une SHA

25 si la technique utilisée est un lavage simple au savon doux

26 si la technique utilisée est un lavage hygiénique au savon antiseptique

27 l'enquêteur observera si les intervenants pratiquent une désinfection de la table d'examen (1=*oui*, 2=*non*, 3=*non applicable car le patient est sur un brancard ou dans son lit...*)

28 l'enquêteur observera si les intervenants pratiquent une désinfection du matériel en contact avec le patient (cassette, sonde,...) (1=*oui*, 2=*non*)

CONTROLE DE LA QUALITE, COMMENTAIRE PAR RECHERCHE DE L'ENQUETEUR


Le cas échéant, l'enquêteur procédera à des recherches dans le dossier du patient, par enquête téléphonique ou par questionnement au patient sous réserve que cette pratique ne soit pas susceptible de le perturber. Il pourra ainsi compléter les items suivants :

29 en cas de renseignements non obtenus par ailleurs, cet item peut préciser si le patient est infecté sans BMR, infecté par une BMR, porteur sain à BMR ou non infecté non porteur sain à une BMR.


30 Un cas particulier (*1=oui, 2=non*) peut être précisé en clair.

Envoi des fiches de recueil au plus tard une semaine après la fin de votre évaluation (délai ultime = 22 octobre 2008) par courrier, par email ou par fax après les avoir anonymisées en découpant la partie supérieure.


*à : Resclin-Champagne-Ardenne
CHU-Clinique de Champagne
3 rue de l'Université
51100 Reims
email : resclin@chu-reims.fr
Fax : 03 26 78 35 60
Tél : 03 26 78 94 91*

 **Résultats (faisabilité)**


- 4 établissements participants:
 - Publics: CHU, CH Charleville-Mézières
 - Privés, PSPH: Cabinet Saint Rémi à Reims, Institut J.-Godir
- 22 secteurs, 99 actes (patients)
 - 50 pts hospitalisés (51%)
 - 19 examens réalisés en urgence (19%)
 - 16 actes interventionnels (16%)
 - 83 actes non interventionnels (84%)

 **Résultats : mesures de prévention 4 établissements (ES)**


- Correspondants en hygiène et formation à la LIN :
 - Manipulateur : 4 ES (13 manip.)
 - formation : 2 ES (10 manip.)
 - Médecin : 1 ES (1 médecin)
 - formation : 1
 - Autre : 3 ES (1 IDE, 1 cadre, 1 ?)
 - formation : 2 ES (2 agents autres)
- « formation » des autres professionnels : 3 ES

 **Résultats : mesures de prévention 4 établissements (ES)**


- Protocoles à disposition des professionnels :
 - Hygiène des mains (LS, LH, SHA) : 4 ES
 - Hygiène de l'environnement :
 - Avant accueil 1er patient du jour : 2 ES
 - Entre 2 patients : 4 ES
 - Après l'accueil du patient : 3 ES
 - Isolement septique (infections) : 3 ES
 - Isolement technique (BMR) : 3 ES
- SHA
 - Utilisation : 4 ES
 - Suivi annuel de la consommation : 4 ES (≤ 2004)
 - Par EOHH, services logistiques, pharmacie

 **Résultats**

- Statut infectieux du patient :
 - Information à la prise du RV : 8 (orale : 3, écrite : 5)
 - 1 infecté sans BMR (urgence) ; 7 non infectés-non BMR
 - Découverte :
 - A l'arrivée du patient : 2 (1 inf. BMR+ ; 1 inf. BMR-)
 - Au moment de l'examen : 1 inf. BMR-
- Au total :
 - Connaissance statut infectieux du patient : 11
 - Infection sans BMR : 3 (fiche de liaison : 2)
 - Infection avec BMR : 1
 - Absence d'infection ou de portage de BMR : 7
 - Absence d'information : 83
 - Item non renseigné : 5

 **Résultats**

- Déplacement du RV des patients infectés ou porteurs de BMR:
 - Impossible dans l'organisation du jour : 1
 - Inutile car respect des PTC entre 2 patients : 2
 - Non : 1

 **Résultats**

- Préparation cutanée pour les 16 actes interventionnels :
 - En 1 temps : 1 (Chlorhexidine)
 - En 3 ou 4 temps : 15
 - PVPI scrub, NaCl 9%, PVPI : 4
 - PVPI scrub, NaCl 9%, PVPI alcoolique : 9
 - PVPI scrub, eau stérile, séchage, PVPI : 1
 - PVPI scrub, eau stérile, séchage, PVPI alcoolique : 1

Résultats

Tenue vestimentaire :

	Acte Interventionnel (N=16)	Acte Non interventionnel (N=83)
Port de blouse	Oui ¹ :15 ; non ² :1	Oui ¹ :77 ; non ² :4
Tenue à m. courtes	Oui ¹ :16	Oui ¹ :59 ; Partiel ³ :23
Port de bijoux	Oui ¹ :4 ; partiel ³ :10 ; non ² :2	Oui ¹ :35 ; partiel ³ :26 ; non ² :21

Au cours d'un même acte :

- 1= oui pour tous les intervenants
- 2= non pour tous les intervenants
- 3= partiel : oui pour certains intervenants et non pour d'autres

Résultats

Désinfection des mains :

	Acte Interventionnel (N=16)	Acte Non interventionnel (N=83)
Avant examen	Oui ¹ :10 ; partiel ³ :5 ; non ² :1	Oui ¹ :34 ; partiel ³ :11 ; non ² :38
→ SHA	Oui ¹ :9 ; partiel ³ :5	Oui ¹ :27 ; partiel ³ :2
Après examen	Oui ¹ :8 ; partiel ³ :6 ; non ² :2	Oui ¹ :44 ; partiel ³ :15 ; non ² :23
→ SHA	Oui ¹ :7 ; partiel ³ :4	Oui ¹ :34 ; partiel ³ :10

Au cours d'un même acte :

- 1= oui pour tous les intervenants
- 2= non pour tous les intervenants
- 3= partiel : oui pour certains intervenants et non pour d'autres

Résultats

Désinfection de l'environnement :

	Acte Interventionnel (N=16)	Acte Non interventionnel (N=83)
Table d'examen	Oui : 16	Oui : 51 ; Non : 11 ; NA : 14 ; NR : 7
Matériel en contact	Oui : 16	Oui : 44 ; Non : 20 ; NR : 19

- NA : non applicable : examen au lit, sur brancard, sur chaise
- NR : non réponse

Informations générales concernant la qualité de la prise en charge des patients dans le domaine de la prévention des infections dans le service d'imagerie
Ce questionnaire doit être complété par l'investigateur principal
Une fiche à compléter par établissement (Si nécessaire, compléter plusieurs fiches)

1 Ce questionnaire concerne un secteur interventionnel* /___/ (1=oui, 2=non)

* Intervention = si effraction cutanée à l'exclusion des injections parentérales

2 Statut de l'établissement : /___/___/___/

3 Type de l'établissement: /___/___/___/

RESSOURCES HUMAINES

4 Des correspondants en hygiène ou gestion des risques sont nommés :

4a Nombre de correspondants manipulateurs /___/

4b Nombre de correspondants médecins /___/

4c Nombre de correspondants « autres » /___/

4d Si « autres » : précisez la profession _____

5 Formation des correspondants :

Les correspondants sont formés régulièrement en interne ou en externe, par un professionnel de l'hygiène, lors d'une réunion sur l'hygiène et la prévention des infections, lors d'un stage :

5a Nombre de réunions/an (moyenne) des correspondants manipulateurs /___/

5b Nombre de réunions/an (moyenne) des correspondants médecins /___/

5c Nombre de réunions/an (moyenne) des correspondants « autres » /___/

6 Formation/réunion d'information des professionnels non correspondants :

6a Nombre de réunions/an (moyenne) des manipulateurs /___/

6b Nombre de réunions/an (moyenne) des médecins /___/

6c Nombre de réunions/an (moyenne) des « autres » /___/

PROTOCOLES MIS A DISPOSITION DES PROFESSIONNELS DU SERVICE

7 Hygiène des mains : (1=Oui, 2=Non)

7a Lavage simple (savon doux) /___/

7b Lavage hygiénique (savon antiseptique) /___/

7c Désinfection des mains par les solutions hydroalcooliques (SHA) /___/

8 Hygiène de l'environnement : (1=Oui, 2=Non)

8a Avant l'accueil du premier patient de la journée /___/

8b Entre deux patients /___/

8c Après l'accueil du dernier patient de la journée /___/

9 Précautions complémentaires en place (patient porteur de BMR, infecté ou non) /___/ (1=oui, 2=non)

COMMUNICATION

10 Si vous travaillez en établissement de santé : hôpital, clinique, SSR, SLD, PSPH,...., avez vous au moins une fois par an des informations formalisées sur cet établissement concernant : (1=Oui, 2=Non)

10a La prévalence ou l'incidence des infections /___/

10b La prévalence ou l'incidence des infections à BMR /___/

10c Ces informations sont données à l'ensemble des agents du service /___/

SOLUTIONS HYDRYOALCOOLIQUES (SHA)

11 Pour la désinfection des mains, utilisez-vous des SHA : /___/ (1=oui, 2=non)

11a Si oui, année d'introduction dans l'entité : /___/___/___/___/ (aaaa, 9999=inconnu)

Le suivi de la consommation des SHA de votre service ou cabinet d'imagerie est réalisé :

Consommation en litres par année (indicateur de suivi interne) :

11b 2004 : /___/___/___/___/

11c 2005 : /___/___/___/___/

11d 2006 : /___/___/___/___/

11e 2007 : /___/___/___/___/

11f Qui assure ce suivi : /___/ (1=pharmacie, 2=service logistique, 3=EOH-CLIN, 4=votre service, 5=autre, 9=inconnu)

Nom : _____ Prénom : _____ Identifiant du patient _____ En provenance de _____ Numéro de fiche /__/__/__/__/ (établissement, service : Intitulé propre à votre établissement ou du domicile) ✂-----découper avant tout envoi-----	DP QI QP	
ÉVALUATION DE LA PREVENTION DES INFECTIONS EN IMAGERIE MEDICALE		
1) Code entité (donné par le Resclin) /__/__/__/__/ 2) Date évaluation /__/__/2008/ 3) Initiales évaluateur /__/__/ 4) Numéro de fiche /__/__/__/__/ 5) Patient hospitalisé /__/ 1=oui, 2=non [DP] 6) Examen réalisé en urgence /__/ 1=oui, 2=non 	QI	
STATUT INFECTIEUX DU PATIENT : INFORMATION DU SERVICE D'IMAGERIE 7) Le statut infectieux du patient a été donné ou a été découvert /__/ 1=Lors de la prise de rendez-vous 2=Au moment de l'arrivée du patient 3=Au moment de la réalisation de l'examen 4=N'a pas été donné Si item 7=1, 2, 3 répondre aux items 8, 9, Si item 7=4, passer à l'item 12 8) Statut infectieux du patient : /__/ 1=Infecté sans BMR ; 2=Infecté à BMR ; 3=Colonisé (porteur sain) à BMR ; 4=Non infecté, Non porteur de BMR 9) Modalités de l'information ou de la découverte du statut infectieux : /__/ 1=fiche de liaison, ordonnance, autre support 2=recherche active dans le dossier patient accessible en temps réel 3=information donnée par le patient ou son accompagnant (ambulancier, brancardier, proche), 4=le jour même par un soignant du service (courrier, téléphone) 5=patient connu du service, 6=renseignement clinique inscrit sur un support non prévu à cet effet 7=logo visible 8=autre (précisez) _____ Si item 7=2 ou 3 ET item 8=1, 2, 3 ou 4, répondre aux items 10 et 11 10) vous déplacez son rendez-vous /__/ 11) vous l'accueillez dans un espace « réservé » /__/ 1=oui : patient suivant ou patient voisin salle d'attente immunodéprimé 2=non, impossible dans l'organisation générale, 3=non, impossible dans l'organisation de ce jour, 4=pas nécessaire : respect des protocoles de désinfection entre 2 patients, 5=non, pas nécessaire car site infectieux bien isolé, ou pas de site infectieux 6=non		QI QI QI OD QI OD
PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS L'ENTITE : REALISATION DE L'EXAMEN *Compléter les items 12 à 20 par 1=oui tous ; 2=non pas tous ; 3=aucun Tenue vestimentaire, bijoux des intervenants (manipulateurs, médecins, autres) : 12) Ils portent une tenue professionnelle /__/* 13) Leurs manches sont courtes /__/* 14) Leurs mains et poignets sont nus : ne portent aucun bijou /__/* (l'alliance est un bijou)		QI OD
Avant l'examen Désinfection des mains du (des) professionnel(s) réalisant la préparation 15) Désinfection SHA /__/* 16) Lavage simple (savon doux) /__/* 17) Lavage hygiénique (savon antiseptique) /__/*		OD
Désinfection des mains du (des) professionnel(s) réalisant l'acte 18) Désinfection SHA /__/* 19) Lavage simple (savon doux) /__/* 20) Lavage hygiénique (savon antiseptique) /__/*		OD
21) Acte interventionnel /__/ 1=oui, 2=non 22) Si acte interventionnel, préparation cutanée du patient par désinfection : /__/ (1=en 1 seul temps, 2=en 3 temps, 3=en 4 temps et plus, 4=pas de désinfection) 23) Si préparation cutanée par désinfection (item 22=1, 2, ou 3): détail des produits utilisés (en clair)		OD OD OD
Après l'examen * Compléter les items 24 à 26 par 1=oui tous, 2=pas tous, 3=aucun Désinfection des mains du (des) professionnel(s) ayant réalisé(s) l'acte 24) Désinfection SHA /__/* 25) Lavage simple (savon doux) /__/* 26) Lavage hygiénique (savon antiseptique) /__/*		OD OD
27) Désinfection de la table d'examen /__/ 1=oui, 2=non, 3=non applicable (radiologie au lit, brancard...) 28) Désinfection du matériel en contact avec le patient (cassette, sonde...) /__/ 1=oui, 2=non		OD OD
CONTROLE DE LA QUALITE, COMMENTAIRE PAR RECHERCHE DE L'ENQUETEUR : 29) Le patient est /__/ 1=infecté sans BMR 2=infecté par une BMR 3=Colonisé (porteur sain) à BMR 4=non infecté non porteur sain à une BMR 30) Cas particulier /__/ 1=oui, 2=non précisez : _____		DP QC QP

DP : Dossier patient, OD : Observation directe, QI : Question prof imagerie, QP : Question patient, QC : soignants clinique

Liste des codes « statut » et « type » des établissements

Statut établissement

Statut de l'établissement	Code
Public	PUB
Privés participant au service public hospitalier ou privés à but non lucratif	PSP
Privés	PRI

Type de l'établissement

Type de l'établissement	Code
CHR/CHU <i>public seulement</i>	CHU
Centre hospitalier <i>public seulement</i>	CH
Hôpital local <i>public seulement</i>	LOC
Autres établissements de soins MCO <i>privés et PSPH seulement</i>	MCO
Etablissements de soins de suite et de réadaptation <i>privés et PSPH seulement</i>	SSR
Etablissements de soins de longue durée <i>privés et PSPH seulement</i>	SLD
Hôpitaux militaires	MIL
Etablissement d'hospitalisation psychiatrique	PSY
Centres de lutte contre le cancer	CAC
Hospitalisation à domicile et traitement à domicile	HAD
Cabinet de ville	CAB
Autres	DIV

Remarque : Les établissements hospitaliers SSR ou SLD sont codés en « CH ».

Audit des pratiques d'hygiène en imagerie médicale

Madame, monsieur,

Notre **service ou cabinet** réalise un audit des pratiques d'hygiène en partenariat avec le Resclin-Champagne-Ardenne, antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales.

Cet audit se déroulera le(s) « date à préciser ».

Au cours de cet audit, **un membre de notre équipe, de l'équipe d'hygiène de notre établissement ou du Resclin** pourra accompagner et observer les professionnels vous prenant en charge. Cette personne pourra également vous poser quelques questions.

Si vous le souhaitez, vous pouvez vous opposer à la présence de cet observateur auprès de vous en le signalant dès à présent aux professionnels qui vous accueillent.

Nous vous remercions pour votre compréhension et votre collaboration.