

Préparation de la certification au CH de Cornouaille

(Quimper-Concarneau) Certification prévue en mai 2027



Dr Gwenaël Rolland-Jacob
Cécile LE PELLEC
SEHPRI CHC



CPias
Bretagne

**5^{ème} édition des journées régionales
de prévention du risque infectieux**

Stratégie et méthodologie (2024/2025)

Etat des lieux/Evaluation

- Création boîte à outils : été 2025
- Des **quicks audits** : 1 fois par semestre
- Des **traceurs ciblés** : 1 fois par an
- Des **audits risques infectieux (RI)** : 1 fois/an SEHPRI et 1 fois /an service
- Visites des locaux déchets et linge sale (2025)

Analyse/Résultats/indicateurs

- **Restitution aux équipes** de chaque évaluation
- **Synthèse polaire des évaluations** (traceurs ciblés et audits risques infectieux) : pour identification des actions au niveau institutionnel et prioritaire
- Synthèse annuelle sous forme de **tableaux de bords indicateurs pour chaque unité**

Plan d'action

- Préconisations des **actions d'amélioration par unité**
- Mise en œuvre d'un **plan d'action institutionnel** en lien avec les services et les directions impliquées. Par exemple amélioration sur sillage et plan d'action globalisé sur les locaux
- Nouvelle **campagne de formation SIMANGO 2026**
- **Actualisation des affichages** (faits, diffusion prévue pour le MCO début 2027)

Suivi des indicateurs en 2027

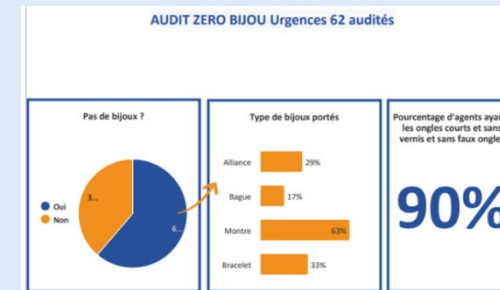
- Actualisation des tableaux de bords annuels

Etat des lieux/Evaluation

1. Critère impératif 2.2-08 : précautions standards

- **Quick-audits (Sphinx) : toutes les unités** (encadrement et SEHPRI)

- Zéro bijoux
- Gestion des excréta :
- Pose et manipulation des VVP
- **Gestion des collecteurs OPCT (prévu en juin 2026)**




- **Traceur ciblé risque infectieux** : (prévu pour toutes les unités. **16 unités réalisées**).

- Rencontre encadrement SEHPRI (PH et cadre sup) avec échantillon de l'équipe médicale et paramédicale


- **Audits « Observations risque infectieux »** prévu pour toutes les unités (**17 unités réalisées**)

- Audits SEHPRI Audits
- Audits à réaliser également par l'encadrement de chaque unité

TRACEURS CIBLES RISQUES INFECTIEUX

	A	B	C	D	E	F	G
1		Date d'audit	09/03/2026		Professionnels présents	1 CS	
2		Service	SMIT			2 IDE	
3		Auditeurs	Dr Rolland-Jacob et N. Le Du			1 PH	
4		Date de restitution	16/03/2026			2 AS	
5	Secteurs	Libelé chapitre	Nom indicateur	Question posée	Taux de conformité	Détail de l'action	Pilote dans le service
6	Tous	2.2-08 LES EQUIPES RESPECTENT LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE	L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.	Connaissez-vous l'équipe opérationnelle d'hygiène ? (Nomme au moins un des membres de l'EOH) Savez-vous où trouver leur numéro?	100% Réponse sans hésitation		
7	Tous	2.2-08 LES EQUIPES RESPECTENT LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE	L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.	Connaissez-vous le(s) référent(s) hygiène de votre unité (Nomme un référent)	100%		
8	Tous	2.2-08 LES EQUIPES RESPECTENT LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE	L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.	Connaissez-vous les précautions standard ? (6 Attendus : <input type="checkbox"/> HM, <input type="checkbox"/> EPI, <input type="checkbox"/> Hygiène respiratoire, <input type="checkbox"/> AES, <input type="checkbox"/> Gestion des excréta, <input type="checkbox"/> Gestion de l'environnement)	80% Ensemble des thématiques citées sauf AES et réponses avec hésitation	Rappel des Précautions standard PT/PERS/005 - v.8	Cadre
9	Tous	2.2-08 LES EQUIPES RESPECTENT LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE	L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.	Quels sont les prérequis à l'hygiène des mains ? 15% pour chaque (attendu : 0 zéro bijou, 0 manches courtes, 0 ongles courts, 0 absence de vernis) Avez-vous réalisé un audit Zéro bijoux les 6 derniers mois? (0 l'audit Zéro-bijoux en 2025)? Si oui, quel est le score du service ? (bonus) Si les soignants présents n'ont pas de bijou : +25%	100% 1 PH avec alliance et montre	Communication à réaliser dans l'unité de la mise à jour du règlement intérieur en matière des règles d'hygiène	Cadre
10	Tous	2.2-08 LES EQUIPES RESPECTENT LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE	L'équipe applique les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts.	Quelles sont les règles à respecter pour avoir une tenue professionnelle conforme (absence de tenue civile ou tenue civile à manches courtes recouverte par une tenue professionnelle propre, cheveux longs ou mi-longs attachés)	100%		
	Tous	2.2-08 LES EQUIPES RESPECTENT LES PRECAUTIONS STANDARDS D'HYGIENE	L'équipe respecte les indications d'hygiène des mains : avant et après contact avec le patient, avant un geste aseptique	Connaissez-vous les indications à l'hygiène des mains? (5 indications de l'OMS) 20% pour chaque (Attendu 5 indications de l'HDM)	100%		


Audit d'observation risque infectieux

 CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE Quimper Cornouaille	GRILLE QUICK AUDIT RISQUE INFECTIEUX UNITÉ DE SOINS	Réf : EN/GISP/292 – Version 4
		Date : 13/10/2025
		Page : 1/4

Service : Hépatogastro-entéro.	Auditeurs : Vanina Branquet et Christine Le Trotter	Date : 03/02/2026
Personnes sollicitées : Cadre du service, AS, IDE		
Observations	Remarques	
Précautions standard (observer 3 paramédicaux IDE et AS)		
Q1- Les cheveux sont attachés	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q2- Les mains et les poignets sont nus (absence de bijoux, d'alliance, montre, vernis, faux ongles)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q3- Les manches de la tenue professionnelle sont courtes	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Ports de gants		
Q4- Absence de port de gants et tablier dans les couloirs (sauf gestion de bassin)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Equipement de Protection Individuelle (EPI)		
Q5- L'unité de soins dispose de lunettes de protection, masque chirurgical, FFP2, tabliers	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1 professionnelle avait le masque en collier et 1 autre au bras
Q6- Masque non porté en collier	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q7- Gants à usage unique immédiatement jetés après le geste	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Non observé
AES		
Q8- La procédure AES est connue des professionnels et ils savent où la trouver	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	GED et salle de soins nommés
Distributeurs de PHA (tester au hasard 2 distributeurs de PHA)		
Q9- Les distributeurs muraux sont opérationnels (non vides) <i>(NB pour les poches AIBLESS la date d'ouverture n'est pas à noter)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q10- Les distributeurs de PHA des chariots sont opérationnels (non vides)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q11- La date de péremption est respectée (date de péremption inscrite sur le flacon)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Flacons antiseptiques		
Vérifier dans le service que la date d'ouverture et la date de péremption sont notées sur les flacons d'antiseptiques et respectent les durées d'utilisation (EN/MATI/318 et PT/MATI/125)		
Q12- Chlorhexidine alcoolique 2% (<1mois)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Non observé
Q13- Dakin (<1 mois)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q14- Alcool 70° (<1mois)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q15- Bétadine Alcoolique (<6mois)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q16- Bétadine dermique (<6mois)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Non observé
Q17- Biseptine (< 1 mois) (secteur enfant)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q18- Amukine (< 1 mois) (secteur enfant)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Collecteurs OPCT		
Q19- Les collecteurs OPCT sont fermés provisoirement en dehors de toute utilisation	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q20- Les collecteurs OPCT sont fixés sur les chariots de soins à l'aide d'un support	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q21- Les collecteurs OPCT sont fixés sur les plans de travail à l'aide d'un support	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q22- La limite de remplissage du collecteur OPCT est respectée	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

 CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE Quimper Cornouaille	GRILLE QUICK AUDIT RISQUE INFECTIEUX UNITÉ DE SOINS	Réf : EN/GISP/292 – Version 4
		Date : 13/10/2025
		Page : 2/4

Dispositifs médicaux invasifs (abord vasculaires veineux périphériques et centraux, sondage urinaire et ventilation assistée)		
Q23- la date de pose ou du geste est systématiquement tracée dans le DPI (vérification dans le DPI)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	La surveillance du dispositif est tracée mais fait 1/jour (1/équipe selon la procédure)
Q24- la surveillance du dispositif est tracée dans le DPI	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q25- la réévaluation du maintien du dispositif est tracée dans le DPI	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	La réévaluation du maintien du dispositif n'est pas effective
Q26- l'utilisation d'un prolongateur est systématique sur les voies d'abords périphériques	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q27- le protocole de rinçage pulsé est respecté « Cathéter Veineux Court Périphérique : pose et gestion » PT/PATU/010	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Salle de décontamination		
Q28- La traçabilité de la reconstitution des produits (suif, alcool, et Exoco) sept first est effective (feuilles de traçabilité EN/MATI/389 et EN/MATI/390)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Les fiches de traçabilité ont été refaites : envoyées par mail le 03/02/26
Q29- Le bac de décontamination est équipé d'un couvercle et le matériel à décontaminer est totalement immergé	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q30- Les procédures produits de nettoyage et de désinfection des surfaces et du matériel PT/MATI/026 V14 et PT/MATI/061 V19 sont affichées	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Affiches à actualiser Manque tabliers et masques
Q31- Les Equipements de Protection Individuel (EPI) sont à disposition dans la salle (lunettes/masques/gants à usage unique/ tabliers)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q32- Les bassins/ urinaux sont rangés dans la salle de décontamination sur des supports adaptés	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Certains bassins ou urinaux sont à renouveler Lave bassin : calcaire à l'intérieur, surface extérieure propre. Présence de fût DASRI en salle de décontamination
Q33- Absence de bassins/ urinaux tâchés et/ou abimés	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q34- Absence de bassins/ urinaux/ boccux en attente de passage en lave bassin	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q35- Le lave bassin est visuellement propre	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q36- Absence de stockage de DASRI dans la salle de décontamination	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Entretien du/des réfrigérateur(s) alimentaire(s) vérification sur la fiche de traçabilité EN/MATI/145		
Q37- Le nettoyage extérieur est réalisé tous les jours	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pas de traçabilité du nettoyage extérieur et du dégivrage : 1 nouvelle version de la fiche de traçabilité vous sera envoyée par mail
Q38- Le nettoyage intérieur est réalisé 1 fois/ semaine	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q39- Le dégivrage est réalisé 1 fois/ mois	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q40- Le relevé de température est réalisé quotidiennement	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Bio nettoyage des chambres		
Q41- Les chambres sont visuellement propres	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Non observé
Q42- Les bouches d'aération sont visuellement propres	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q43- Le bio nettoyage des locaux est effectué et tracé	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

 CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE Quimper Cornouaille	GRILLE QUICK AUDIT RISQUE INFECTIEUX UNITÉ DE SOINS	Réf : EN/GISP/292 – Version 4
		Date : 13/10/2025
		Page : 3/4

Précautions complémentaires pour un patient		
Q44- L'affiche dédiée est apposée sur l'unité mobile de protection pour prévenir les soignants et les visiteurs	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Patient non questionné
Q45- Si précautions complémentaires BMR/BHR/Clostridium, le patient est informé à l'aide du flyer dédié BMR/ BHR (CI/PATU/589) ou Clostridium (CI/PATU/593) <i>Répondre OUI en questionnant un patient BHR/BMR/ Clostridium/précaution respiratoire</i>	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q46- L'information au patient sur les précautions complémentaires est tracée dans le dossier <i>Répondre oui en consultant le dossier du patient</i>	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Nous indiquons aux IDE qu'une prescription IDE pour 3 jours peut être réalisé dans le plan de soins du DPI en attendant la prescription médicale
Q47- Le médecin a prescrit les précautions complémentaires dans le DPI (Actipidos/Sillage) <i>Répondre oui si en consultant le dossier patient, on retrouve la prescription</i>	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Gestion des chariots		
Q48- Les chariots sont propres et rangés (le propre sur le plateau supérieur, le sale sur le plateau inférieur)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Chariot de ménage rangé dans le couloir : pas de local dédié
Q49- Le chariot de nettoyage est rangé dans un local dédié après son utilisation	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Q50- Absence de produits détergents/désinfectants dans des contenants non sécurisés (utilisation de pipettes identifiées)	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Armoire de linge		
Q51- L'armoire de linge est propre et fermée	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Armoire non observée Linge dans 1 local réserve avec protections, boîte de gants, haricots jetables...
Q52- Absence de stock sauvage de linge propre dans les réserves ou autres pièces	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Gestion du linge sale		
Q53- Les chariots de linge sale sont munis de couvercles	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Couvercles dont l'attache est cassée : en commande
Q54- Les couvercles sont propres et nettoyables	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q55- Utilisation de bassine pour l'évacuation du linge sale des chambres	<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Q56- Utilisation de gants et tabliers pour évacuer le linge souillé par les liquides biologiques	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Non observé
Gestion des déchets		
Q57- Le tri des déchets est respecté et la procédure affichée dans la salle de décontamination (PT/PATU/001)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Local non sécurisé
Q58- L'élimination des DASRI est sécurisée (sacs fermés, containers verrouillés et identifiés au nom de l'UF)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Non observé
Affichage obligatoire et lieu d'affichage		


Résultat audit observations risque infectieux

- Un document de synthèse est également transmis avec un code couleur pour cibler la priorisation des actions correctives :

Hygiène des mains	Le bio nettoyage	Salle de décontamination
<p>Pré requis <u>Zéro bijoux</u> Tenues manches courtes</p> <p>Les cheveux ne sont pas toujours attachés</p>	<p>Les chambres sont visuellement propres Le bio nettoyage des locaux est effectué et tracé Les chariots sont propres et organisés</p> <p>Sur le chariot de ménage, présence d'un seau contenant du détergent/ désinfectant d/D, pas de pipette identifiée. Le détergent/désinfectant est utilisé pour nettoyer le sol à la place du détergent</p> <p>Certaines bouches d'aération ne sont pas visuellement propres</p>	<p>Traçabilité de reconstitution des produits est effective Le bac de décontamination possède un couvercle Les bassins sont rangés sur des supports adaptés</p> <p>Tout le matériel n'est pas immergé dans le bac de décontamination. Le bac est équipé d'un couvercle Tous les EPI nécessaires en salle de décontamination ne sont pas <u>présents</u> Quelques bassins sont sales ou abimés</p> <p>Présence de DASRI en salle de décontamination, non sécurisée</p>
<p>Les équipements de protection individuelle</p> <p>Tous les EPI sont disponibles dans le service Port d'EPI conforme : Pas de port de gant ou de tablier dans le couloir</p> <p>Port d'EPI non conforme: masque en collier parfois</p>	<p>Les dispositifs médicaux invasifs</p> <p>Le protocole de rinçage pulsé est respecté La surveillance du DM est tracée</p> <p>La date de pose du dispositif n'est pas toujours tracée dans le DPI</p> <p>Le réfrigérateur alimentaire</p> <p>Le nettoyage hebdomadaire est réalisé et tracé, le relevé des températures également</p> <p>Le nettoyage extérieur quotidien et le dégivrage mensuel ne sont pas tracés</p>	<p>Les précautions complémentaires: non observé</p> <p>Le plan d'actions</p> <ul style="list-style-type: none">Vigilance aux dates d'ouverture et péremption des flacons d'antiseptiquesOPCT : vigilance à la fermeture transitoire des boîtesRappel sur le <u>non stockage</u> de DASRI dans la salle de décontamination si local non sécuriséBionettoyage : Veiller au bon respect des procédures de bionettoyage et de gestion des produits dilués : pas de nettoyage du sol au surfanios mais au détergent et utilisation de surfanios en pipettes identifiées pour les surfacesS'assurer de l'uniformité des bonnes pratiques de gestion des abords vasculaires
<p>Prévention des AES</p> <p>La procédure AES est connue, l'équipe sait où la trouver La limite de remplissage des collecteurs OPCT est respectée Les collecteurs sont fixés sur les chariots de soins et les plans de travail</p> <p>Les collecteurs OPCT ne sont pas tous fermés provisoirement en dehors de leur utilisation</p>	<p>Gestion du linge</p> <p>Les chariots de linge sont munis de couvercles et sont visuellement propres</p> <p>Les bassines ne sont pas utilisées pour l'évacuation du linge sale</p> <p>Présence de stock de linge dans réserve non dédiée (avec cartons...)</p>	
<p>Les flacons d'antiseptique</p> <p>Les dates d'ouverture et de péremption ne sont pas toujours notées sur les flacons d'antiseptiques</p>		

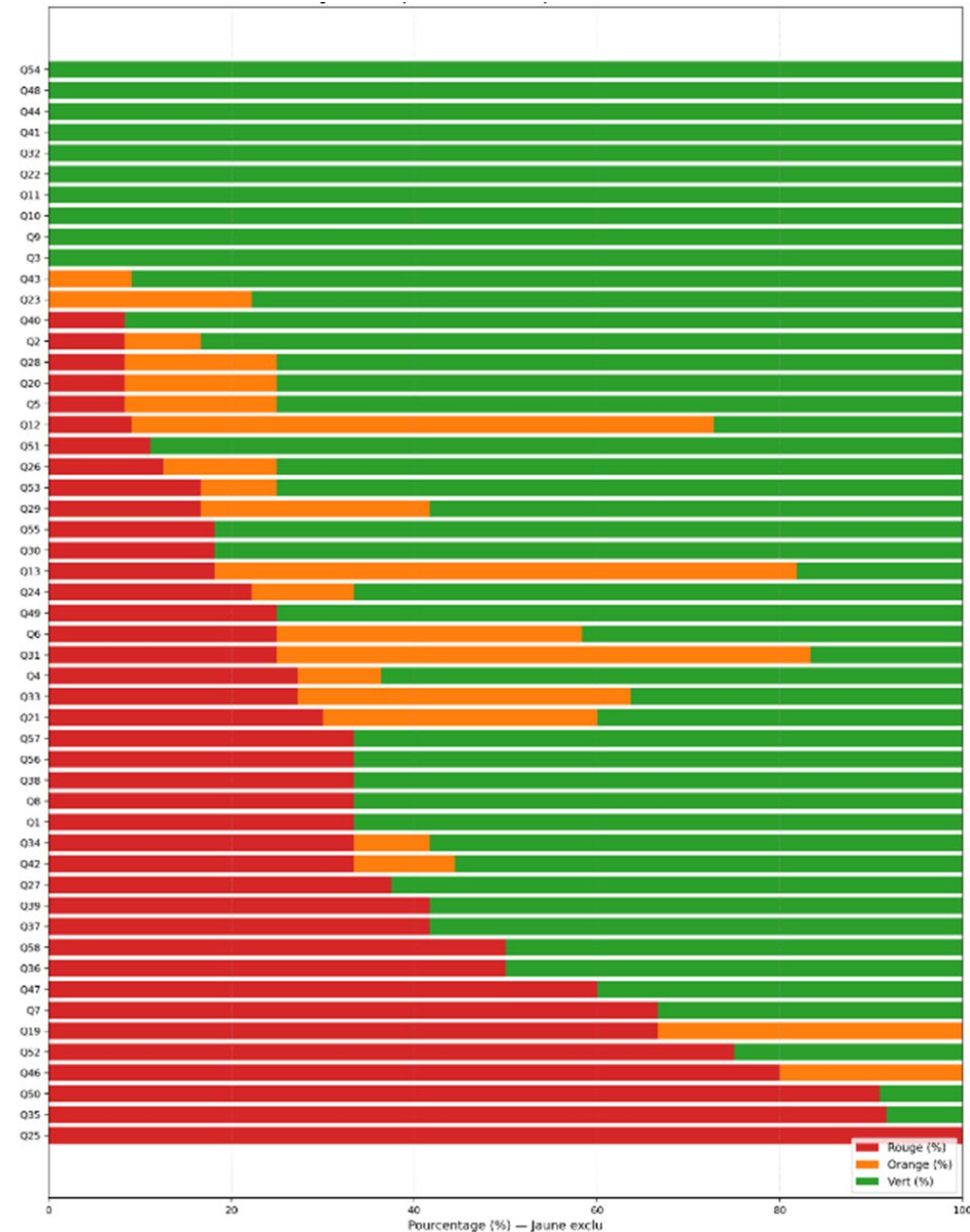
Résultats aux attendus

TOTALEMENT CONFORME
PARTIELLEMENT CONFORME
NON CONFORME



Analyse polaire : cartographie et actions prioritaires

Question	Description	vert	orange	rouge
Q25	Réévaluation du maintien des DMI tracée ds DPI	0	0	100
Q50	Produits chimique non sécurisés (pipette surfan	10	0	91
Q46	Information patient tracée	0	20	80
Q19	Collecteurs DPCT fermés hors utilisation	0	26	74
Q7	Gants jetés immédiatement	34	0	67
Q52	Absence stock sauvage linge	25	8	68
Q47	Prescription précautions dans DPI	40	0	60
Q36	Absence stockage DASRI salle	50	0	50
Q58	Élimination DASRI sécurisée	50	0	50
Q42	Bouches aération propres	56	1	44
Q37	Nettoyage extérieur frigo quotidien tracé	59	0	42
Q39	Dégivrage 1/mois	59	0	42
Q21	Collecteurs fixés plans de travail	40	20	40
Q27	Rinçage pulsé respecté et tracé	63	0	38
Q8	Procédure AES connue	67	0	34
Q38	Nettoyage intérieur 1/semaine tracé	67	0	34
Q56	EPI pour linge souillé	67	0	34
Q57	Tri déchets respecté	67	0	34
Q34	Pas de bassins en attente	59	9	34
Q4	Absence de port de gants/tablier dans couloirs	64	10	28
Q33	Absence de bassins abîmés	37	37	28
Q49	Chariot nettoyage rangé local dédié	75	0	25
Q6	Masque non porté en collier	42	34	25
Q31	EPI disponibles salle déconta	17	59	25
Q35	Lave bassin propre	9	65	27
Q24	Surveillance tracée	67	12	23
Q30	Procédures affichées	82	0	19
Q55	Bassine pour évacuation linge	82	0	19
Q13	respect date de péremption	19	64	19
Q20	Collecteurs fixés aux chariots	75	10	16
Q53	Chariots linge sale avec couvercles	75	9	17
Q29	Bac décontamination conforme et DM in	59	25	17
Q26	Prolongateur systématique	75	13	13
Q51	Armoire linge propre et fermée	89	0	12
Q43	Bio nettoyage tracé	91	1	9
Q12	date d'ouverture notée	28	64	10
Q40	Température relevée quotidiennement	92	0	9
Q5	EPI disponibles	75	17	9
Q28	Traçabilité reconstitution produits	75	17	9
Q3	Tenue manches courtes	100	0	0
Q9	Distributeurs muraux opérationnels	100	0	0
Q10	Distributeurs chariots opérationnels	100	0	0
Q11	Date de péremption PHA respectée	100	0	0
Q22	Limite de remplissage respectée	100	0	0
Q32	Bassins rangés	100	0	0
Q41	Chambres propres	100	0	0
Q44	Affiche précautions complémentaires adaptée	100	0	0
Q48	Chariots propres et rangés	100	0	0
Q54	Couvercles propres	100	0	0
Q23	Date pose dans DPI	78	23	0



Exemple 1. Q46: PC, l'information du patient est tracée

- La remise du flyer dédiée à l'information du patient est intégrée dans le protocole, donc si protocole validé = information donnée **mais pas systématiquement fait en réalité...**

Intitulé / désignation	Ind.	Plan. Jour	soir	matin	midi
KT PERIPHERIQUE IV	J3	1 soin, par jour			
PC CONTACT - BHRE*	J1				
REGIM PUREE JAMBON	J3	[2]			
Transmissions [6]					
ALIMENTATION TROUBLE / ALIMENTATION	J4		D A		
DOULEUR	J1				
EXAMENS	J7				
INFECTIEUX PROBLEME OU RISQUE	J1				
THERMOREGULATION TROUBLE	J3			D	
VOIE D'ABORD - Depuis 1 jour(s)	J1				
Evénements					
Evènements déclenchés		Historique			
Voie orale [5]					
LEVOFLOXACINE 500MG CP	J1/7				
Voie orale					

PC CONTACT - BHRE*

1 soin, matin
à partir du mercredi 18/03/2026 matin

- PR/PATU/376 : Pour prévenir la contamination d'agent infectieux.
CI/PATU/603 : AFFICHE C

Chambre seule.
PC pendant tout le séjour.
Tablier à Usage Unique.
Hygiène des mains PHA.

Remise du flyer information du patient BMR/BHRe.

Dépistage rectal (calendrier donné par l'EOH).

Soin du 18/03/2026 8h A effectuer

Prescription modifiée le 18/03/2026 à 15h34 par MME MEVEL ANJA
Prescription signée le 18/03/2026 à 15h34 par MME MEVEL ANJA

Ecart a été réglé en lien avec l'équipe métier Sillage (Système d'information)

Traçabilité de l'information donnée au patient/proche si PC :

Actions Transmissions				Standard		Jeudi 02/04/2026 02:00 → Vendredi 03/04 02:00				
Soins/Surveillances				Jeudi 02						
				0	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00
Soins divers [2]										
INFORMATION PATIENT / REMISE FLY... Proto. J1/2 Patient porteur										
PC CONTACT - BHRE (AVANT PRESC ... Proto. Le 02/04/2026										
PC CONTACT - BHRE (AVANT PRESC ... Proto. J1/4										
Intitulé / désignation				Ind.	Plan.	Jour				
Transmissions [1]										
DEGLUTITION TROUBLES				J79						

Création d'une ligne supplémentaire : information du patient/flyer remis à cocher 1 fois

Exemple 2. Traçabilité de l'évaluation de la pertinence du maintien des DMI (KT). Conformité à la procédure

KT PERIPHERIQUE IV	
Type de soin / Localisation / Gauge / Pose de prolongateur avec valve / Aspect du pansement / Point de ponction / Commentaire	
Posologie(s) sur la période affichée	
3 soin, par jour En cours à partir du mercredi 11/03/2026 20h - DZ se référer : PO/CLIAS/769 et PO/CLIAS/770 CHIC se référer : PT/PATU/010	
Prescription créée le 11/03/2026 à 19h47 par MME DUFRESNE MARYLOU Prescription signée le 11/03/2026 à 19h48 par MME DUFRESNE MARYLOU	
Dernière(s) tâche(s) validée(s)	
Soin du 18/03/2026 15h45 Effectué	Type de soin : Surveillance
3 dernières interventions	
Administré le 18/03/2026 à 15h45 1 suivi	
Soin du 17/03/2026 16h Effectué	Type de soin : Surveillance
3 dernières interventions	
Administré le 17/03/2026 à 16h00	
Soin du 17/03/2026 12h Effectué	Type de soin : Changement
Localisation : Avant bras droit	
Gauge : 22G (Bleu)	
Pose de prolongateur avec valve : oui	
Commentaire : 17 -> 24/02	
3 dernières interventions	
Administré le 17/03/2026 à 12h00 1 suivi	
Soin du 17/03/2026 7h Effectué	Type de soin : Surveillance
Commentaire : a changer le 18	
3 dernières interventions	
Administré le 17/03/2026 à 07h00 1 suivi	
Soin du 16/03/2026 16h Effectué	Type de soin : Surveillance
3 dernières interventions	
Administré le 16/03/2026 à 16h00 1 suivi	

Traçabilité de l'évaluation du maintien à inscrire dans commentaire,

Boîte à outils pour les équipes

Mémo Hygiène des mains

Pré requis à l'hygiène des mains



Tenue professionnelle à manches courtes, changées tous les jours

Ongles courts, sans vernis ni faux ongles

Pas de bijoux sur les mains, ni les avants bras



Les opportunités

Les 5 indications à l'HYGIENE DES MAINS



La technique de référence

La désinfection par friction hydro alcoolique **FHA** est la **TECHNIQUE de REFERENCE**



Le lavage à l'eau et au savon **uniquement en cas de mains visiblement sales** (Ou en cas de **Clostridium difficile**)

Par exemple :

- Après avoir été aux toilettes
- Après s'être mouché, avoir toussé ou éternué
- Après avoir mangé

Le reste du temps c'est la FHA

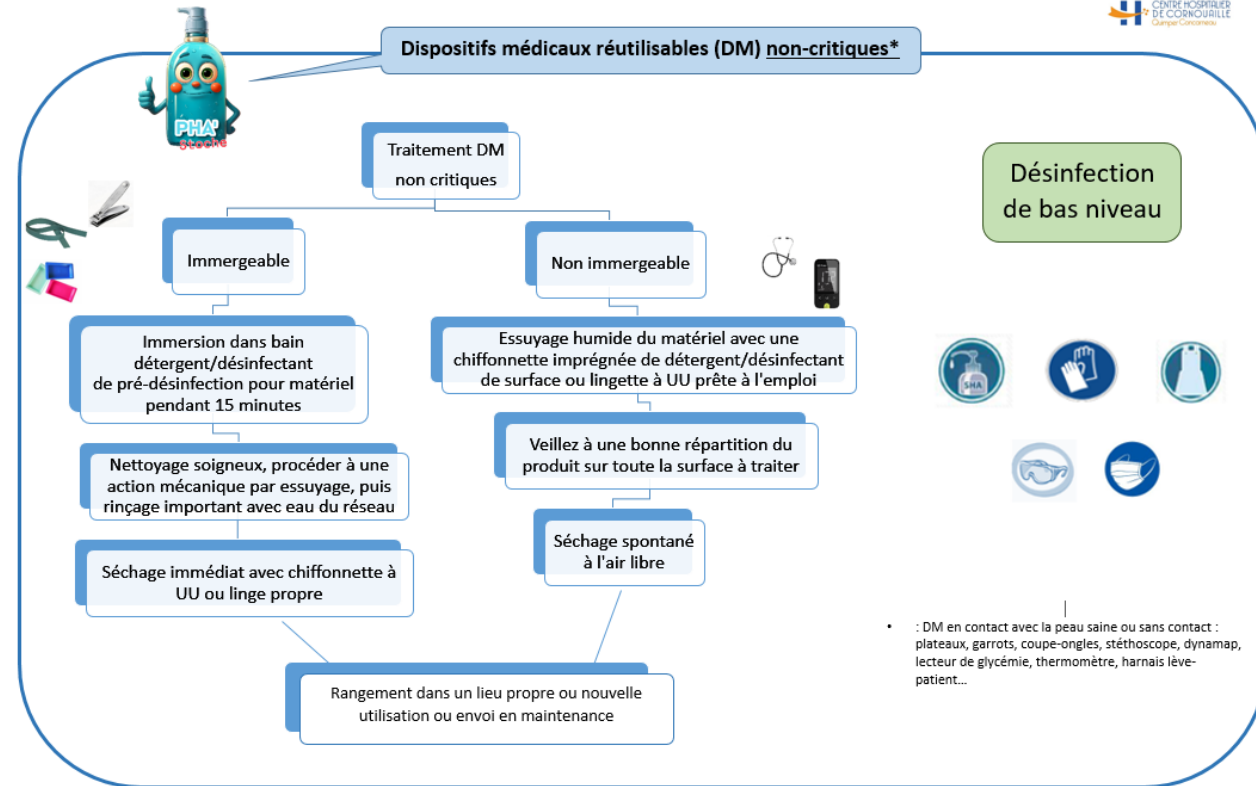
La technique

Un coup de pompe = 3 ml 30 secondes de friction 7 étapes



MEMO Traitement des dispositifs médicaux réutilisables non-critiques et semi-critiques

Dispositifs médicaux réutilisables (DM) non-critiques*



* : DM en contact avec la peau saine ou sans contact : plateaux, garrots, coupe-ongles, stéthoscope, dynamap, lecteur de glycémie, thermomètre, harnais lève-patient...

A chaque précautions standard correspond un **fiche MEMO**

Hygiène des mains

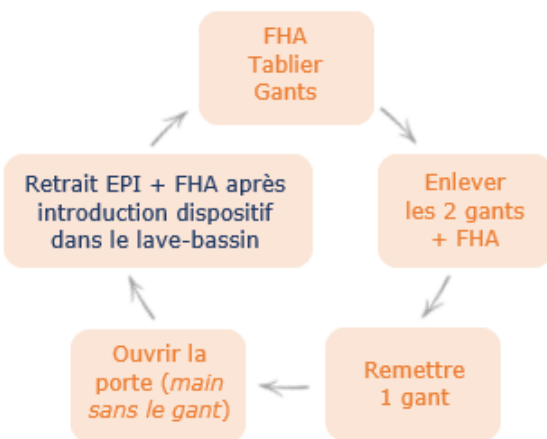
- Avant le port des gants
- Au retrait des gants
- Avant de sortir du local « lave-bassin »

Gants & tablier

- Pour tout soin souillant
- Lors du transport ou manipulation du bassin/ pot à urines/ urinal souillé/ seau de montauban
- Lors de l'entretien du matériel

Si utilisation du laveur-désinfecteur de bassin (LDB)

Parcours de la **chambre** au lave-bassin



Laveur-désinfecteur de bassin (LDB)

- Acheminement du bassin/ urinal/ bocal à urines/ seau de montauban plein avec le couvercle
- Dépose dans le lave bassin
- Enclencher le cycle de nettoyage
- Vérifier la propreté à la fin du cycle
- Stocker les dispositifs propres dans un espace dédié

ENTRETIEN

- Nettoyer les parois extérieures du LDB avec un détergent/désinfectant de surface.
- Renouveler régulièrement les bassins et urinaux dès qu'ils sont abimés (plastique rayé, strié...)

Sac protecteur gélatifiant à UU (Carebag)

- Si panne LDB
- Diarrhées infectieuses (impératif clostridium)

Bionettoyage

- Chambre, cabinet de toilette, salle de décontamination, LDB au quotidien et immédiatement si souillures
- Environnement proche du patient au quotidien et après le change

Déchets



Si Excréta non infectés

DASND : sauf si excréta importants et qui coulent



Si Excréta infectés

DASRI



Si Excréta importants et qui coulent

FUT DASRI

Application stricte des précautions standard

- Pas de vidange manuelle
- Ne pas éliminer les carrés de soins dans le LDB



- **Surveillance des infections de site opératoire ISO-PTH et PTG :**

- Validation des ISO orthopédie/traumato par les chirurgiens et suivi par infectiologues (SEHPRI) + **RCP IOA mensuelle** (dossiers complexes : infectiologues et orthopédistes) **(fait)**
- Unité d'orthopédie septique **prise en charge par infectiologues/chirurgiens orthopédistes depuis 6 ans**
- **Insertion des taux ISO PTH et PTG** dans le tableaux de bords bloc et chirurgie et diffusion auprès des agents **(prévu 2^e semestre 26)**
- Validation des ISO RTUP, Hernies, césariennes (surveillance nationale SPICMI) **(prévu)**

- **Audits préparation cutanée de l'opéré au bloc opératoire** (grille SPICMI : SEHPRI et étudiants IBO) : Fait en 2025 à renouveler en 2026 et 2027

- Respect du **temps de séchage de l'antiseptique** après chaque badigeonnage : **point de vigilance identifié**

- **Evaluation de la qualité de l'antibioprophylaxie chirurgicale**

- Reprise des audits réguliers par l'équipe MAR **(programmé 1^{er} semestre 2026)**

- **Audit qualité bionettoyage en salle (organisation) : programmé**

- **Plan de formation des professionnels du bloc** (Appui du COPIL « performances »)
 - **Internes intervenants au bloc** (mai26/nov26) : hygiène des mains avec caissons pédagogiques (**fait par SEHPRI**)
 - **Tous les professionnels du bloc** (à étaler sur l'année 26) :
 - Programme de formation hygiène des mains (SEHPRI) : caissons pédagogiques et tests à la peinture : en cours
 - SIMANGO (**24 IBODES, 9AS et 1 IADE** en 2025) : formation obligatoire en 2026 (encadrement du bloc et SEHPRI)
 - **Bionettoyage et contrôles environnementaux** : (SEHPRI et encadrement du bloc) : 2^e semestre..
 - Organisation
 - Ajustement des procédures
 - Accompagnement

Formation SIMANGO : A réaliser par l'ensemble des professionnels, nouveaux professionnels et étudiants



Mission : Mains propres, gants opportuns

Connaissez-vous sur le bout des doigts les différents gestes lors d'une hygiène des mains ? Saurez-vous détecter les erreurs concernant le port des gants ?

🕒 30 mn



Protocoles : Maîtriser les précautions standard

Les mains propres, les gants portés au bon moment et la tenue impeccable vous voilà prêts à trouver les erreurs pour maîtriser totalement les précautions standard.

🕒 30 mn



Challenge : chambre des erreurs

Déjouez les pièges d'identitovigilance, d'hygiène et de bientraitance. Repérez et corrigez les erreurs pour assurer la prise en soin de M. Martin et Mme Nguigi.

🕒 35min

2 - CHIFFRES CLES :

354 professionnels ont participé à au moins une formation

711 formations ont été réalisées sur 2024

• Secteur endoscopie

- **Pilotage** instance Comité de Coordination en Endoscopie **depuis 6 ans** et groupe opérationnel en 2026
- **Audit** annuel traitement des endoscopes (**audits croisés des ES du groupement**)
- **Plan d'action** du CCE 26
 - Qualification du LDE (5^e) et qualification annuelle des 4 autres LDE en 2026 (**A programmer**)
 - Mise en place d'un parcours d'habilitation de l'ensemble des professionnels en 2026 (**en cours**)
 - Formation des professionnels de l'endoscopie par fournisseur à l'arrivée d'un nouveau DM (traçabilité)

• Sondes d'échographie endocavitaires

- **Audit** PEC sondes d'échographie endocavitaires et ETO : A programmer **fin 2026- début 2027 ?**

• Gestion des DMI sur le plan infectieux

- **Pilotage** « Groupe Abords vasculaires » DMI (DSI-UAV-SEHPRI) **Depuis 2025**
- **Surveillance hebdomadaire** des bactériémies et annuelle (enquête nationale SPIADI) **FAIT**
- **Taux de BLC** PICC Line, BLC CIP, BLC Mid-Line (**Fait**) intégrés dans les tableaux de bords des unités MCO (**Prévu**)
- **Audits OBSERVA4** SPIADI : **plan d'action** et communication / professionnels (**en cours**)
- **Communication** auprès des usagers et professionnels : hygiène des mains avant toute manipulation voies veineuses (**prévu**)

Consommation de PHA



Il est attendu au minimum 4 frictions de l'équipe par jour et par résident

Résultats QUICK AUDIT 2026

GESTION DES EXCRETA

Attendu 9/10



CATHETERS VEINEUX



Gestion des Epidémies

Cas groupés d'infections 2025

3 suivis épidémiques (janvier, décembre)

IRA : 41 résidents

GEA : 11 résidents

Taux de vaccination
antigrippale (VAG)
2024/2025
(Etablissement)

22%

IDE (31%) AS (14%)
Médecins (46%)

Plan Bleu : Liste des fiches Réflexes

- Cas de Tuberculose CI/GISP/422
- Suspicion de TIAC CI/GISP/260
- Cas de Méningite à Méningocoque CI/GISP/345
- Cas d'infection de Varicelle- Zona CI/GISP/423
- Cas Groupés d'infections respiratoires IRA CI/GISP/255
- Cas Groupés de Rougeole CI/GISP/424
- Cas Groupés de Streptocoque CI/GISP/425
- Cas Groupés de GEA EN/GISP/343
- Fiche réflexe alerte EN/GISP/352

Thèmes

- Bon usage des gants
- Formation Précautions Standard
- HYG game Les précautions complémentaires
- Hygiène des mains
- Les nouvelles PC respiratoires
- Plénière hygiène
- Bon usage des collecteurs OPCT
- VVP : Prolongateurs et rinçage pulsé

Formations

Parcours Formation Simango 2025

Score de 80% par module pour valider le parcours complet :

- Mains propres, gants opportuns
- Maîtriser les précautions standard
- Chambre des erreurs
- Prévention du risque infectieux en EHPAD

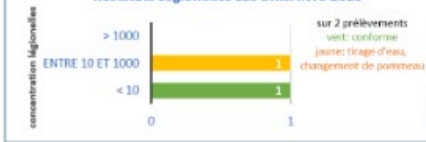
PARCOURS FORMATION SIMANGO

Réalisé / Effectif Total



Contrôles Environnementaux

Résultats Légionelles LES BRISANTS 2025



ETAT AVANCEMENT DAMRI



Chaque unité aura en 2026 son tableau de bord « risque infectieux » rassemblant le résultat de ses indicateurs