

L'hygiène des mains : Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Travail de Bachelor

Dunand Hilaire N° 10644979
Laghzoun Mathieu N° 766020807

Directeur: Diby Marc – Adjoint scientifique HES

Membre du jury externe: Veyrat Valere - Chef de Groupe de l'Inspectorat à la DGS
Service du Médecin Cantonal à l'Etat de Genève

Genève, juin 2014

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 5 juin 2014

Dunand Hilaire & Laghzoun Mathieu

Remerciements

En préambule à ce travail, nous tenons à adresser nos remerciements aux personnes qui nous ont offert l'opportunité de réaliser ce travail de Bachelor sur le thème de l'hygiène des mains, ainsi qu'à celles qui ont consacré leur temps afin de nous conseiller et de nous orienter dans la bonne direction.

Nous souhaitons ainsi remercier tout particulièrement :

M. Marc Diby, Adjoint scientifique HES et Directeur de ce travail de Bachelor, pour nous avoir aidés à mener à bien cette recherche, pour nous avoir consacré de son temps et également pour nous avoir motivés et encouragés tout au long du projet.

Au corps enseignant de la Haute Ecole de Santé de Genève, pour avoir partagé avec nous leur savoir et leur expérience afin d'étoffer notre recherche.

Et nous remercions toutes les personnes qui nous ont apporté leur aide et leur soutien tout au long de la rédaction de ce travail de Bachelor.

Résumé

Contexte : L'hygiène des mains est devenue sous l'impulsion de la campagne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) un concept majeur de la sécurité des patients. Avec la publication de la stratégie multimodale en 2010 opérer au sein des établissements de soins les changements de pratique devrait être plus facilité.

Objectifs: Nous proposons à travers une revue de la littérature les facteurs favorisant le changement de pratique de l'hygiène des mains avec la mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS.

Méthode: Nous avons conduit une revue de la littérature dans les bases de données Pubmed, Cinhal sur les quatorze dernières années.

Résultats : Nous avons retenu 10 articles de recherche.

Ces derniers ont démontré trois résultats significatifs. Le premier, concernant le taux d'observance de l'hygiène des mains grâce à la mise en place d'une structure multimodale calquée sur celle l'OMS. Le second, examine la mise en place d'un outil d'évaluation de cette structure. Le dernier, observe l'augmentation de la durée du taux d'observance grâce à l'ajout de la notion de leadership au sein d'une structure multimodale.

Perspectives: L'incorporation de la notion de leadership et d'un rappel des 5 outils de la structure multimodale pourraient augmenter le taux d'observance d'hygiène des mains sur un plus long terme.

Mots-clés : hygiène des mains, stratégie multimodale de l'hygiène des mains, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), implémentation, hôpital

Key words: hand hygiene, multimodal hand hygiene improvement strategy, World Health Organization (WHO), implementation, hospital

Table des matières

1. Introduction	6
1.1 Motivations personnelles:.....	9
1.2 Motivations professionnelles :	10
1.3 Motivations disciplinaires :.....	10
1.4 Motivations sociopolitiques :.....	11
2. La justification du point de vue théorique	11
3. Problématique	14
4. Question de recherche.....	17
5. Méthode	18
6. Résultats	21
6.1 Résultats concernant l'observance de l'hygiène des mains	21
6.2 Résultat concernant l'outil d'évaluation	33
6.3 Résultat concernant le leadership	35
7. Discussion.....	37
7.1 Ancrage disciplinaire	40
7.2 Limites de la revue de la littérature.....	40
8. Perspective pour la pratique.....	42
9. Conclusion	44
10. Bibliographie	47
11. Liste des Annexes.....	52

1. Introduction

Selon les bases de données existantes de Swissnoso, les estimations actuelles concernant les infections nosocomiales peuvent faire peur: 70'000 personnes seraient victimes en Suisse chaque année de ces infections. Il y a tout de même 2'000 décès à la clé, selon Giorgio Zanetti, professeur associé au Service de médecine préventive hospitalière du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). (Swissnoso, 2013)

L'hygiène hospitalière est une préoccupation de longue date. En effet, à Vienne en 1845, suite au fort taux d'augmentation de la mortalité par fièvre puerpérale, il était moins risqué pour les femmes enceintes d'accoucher à domicile plutôt que d'aller à l'hôpital. Deux années plus tard, grâce à l'ouverture d'une clinique obstétrique et aux efforts du Dr Ignaz Semmelweis concernant l'hygiène des mains, le taux de mortalité des bébés et des mères est descendu de 12.4% à 1.3%. (Salabert, 2008, p.18)

Les mesures d'hygiène ont été également mises en avant grâce à Florence Nightingale durant la guerre de Crimée (1854-1856) car il y avait un taux de mortalité important dû aux maladies infectieuses dans les hôpitaux de guerre. De nos jours, ces mesures d'hygiène sont reprises par des organisations telles que l'OMS qui publie régulièrement des protocoles de soins maximisant l'hygiène hospitalière. De plus, la population exerce une forte pression sur les établissements de santé car elle exige plus de sécurité dans les soins et ne tolère plus de contracter une maladie dans un lieu censé les guérir.

Certains de ces protocoles servent à établir des précautions standards. Hygiène Prévention et Contrôle de l'Infection (HPCI) est une organisation créant justement des précautions standards. Ces dernières s'adressent à l'ensemble des professionnels de la santé et doivent être appliquées pour tous les patients en cas de contact direct ou d'une exposition à des liquides biologiques. Elles servent à éviter toutes transmissions de germes de patient à patient par l'intermédiaire d'un soignant.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012), 7% des patients hospitalisés dans les pays développés sont sujets à une infection nosocomiale, 10% dans les pays en développement et 30% dans les unités de soins intensifs, tous pays

confondus. Selon le site internet (larousse.fr), l'infection nosocomiale est une infection contractée dans un établissement de santé. L'infection est dite nosocomiale quand elle est absente lors de l'entrée du patient et qu'elle se développe 48h après l'admission, 30 jours pour le traitement d'une plaie et 1 an pour la pose d'une prothèse. Le lavage des mains est un facteur essentiel pour empêcher la transmission des infections nosocomiales. Dans le milieu hospitalier ou divers établissements médicaux, ce sont les mains des soignants qui sont les premières responsables ; mais il ne faut pas oublier que les mains des patients jouent également un rôle dans le développement des maladies infectieuses. Ainsi, un geste simple peut éviter le développement de ces bactéries comme la friction des mains avec une solution hydro-alcoolique¹. Ce geste peut sauver des vies. Par ailleurs, il convient de mentionner que le coût des infections nosocomiales est bien plus élevé que le prix d'investissement de l'hygiène des mains.

Malheureusement, nous constatons qu'encore aujourd'hui, ce geste est négligé, oublié ou même incompris par les soignants. Lors d'une infection les médecins peuvent utiliser des antibiotiques. Toutefois, ces derniers coûtent chers et leurs utilisations abusives ont créé des résistances à certains antibiotiques chez certaines bactéries. Cependant, nous constatons que les antibiotiques servent avant tout à guérir tandis que l'hygiène des mains sert essentiellement à prévenir et éviter les infections.

Du point de vue économique, les prix relatifs à la santé sont en hausse. Cette augmentation des coûts de la santé se répercute sur les soins effectués. En effet, ce souci d'économie ne tend pas vers une prise en soin bénéfique pour le patient comme nous le démontre la citation ci-dessous.

Selon Graf-Litscher Edit (2012) :

Grâce aux enquêtes du groupe Swissnoso, nous savons que dans les hôpitaux suisses de soins aigus, 2 à 14% des patients (selon la taille de l'établissement) contractent une infection nosocomiale. Par extrapolation, on estime donc que 70'000 patients sont ainsi infectés chaque année. Il en résulte des coûts supplémentaires de 240 millions de francs et une

¹ Annexe IV

prolongation du séjour à l'hôpital de 300'000 journées. Le calcul des surcoûts se fonde sur une moyenne prudente de 3'500 francs supplémentaires par infection.

La thématique que nous abordons ne touche pas que les soins infirmiers mais toutes les professions de la santé. En effet, la prise en soin du patient passe par la pluridisciplinarité, il est donc normal que chaque professionnel de la santé soit concerné par l'hygiène. Pour le bien-être optimal du patient, il faut que tous les soignants (médecins compris) aient une hygiène irréprochable.

Concernant l'aspect législatif dans le canton de Genève, il existe la loi K103 qui traite la santé. Certains de ces articles de loi sont en lien avec notre sujet d'intérêt. En voici ci-dessous deux particulièrement pertinents :

-« 1 Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention détermine les besoins en fonction des domaines concernés et définit les mesures propres à les satisfaire. Il tient compte des initiatives d'organismes privés, des projets des communes et des organismes publics cantonaux ainsi que des actions menées par les autres cantons et la Confédération.

2 Le plan cantonal accorde une attention spéciale aux populations se trouvant dans une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et aux différences de cultures. Il tient compte des besoins de l'individu spécifiques à chaque étape de sa vie.

3 Le département, en collaboration avec les autres départements concernés, met en œuvre le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Il coordonne les projets de promotion de la santé et de prévention, s'assure de leur qualité et de leur évaluation. Il encourage la recherche en la matière. » (Art. 29 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (= LS/GE ; RSG K 1 03)).

-« La prévention comprend l'ensemble des mesures ayant pour but d'éviter la survenance de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences. » (Art. 15 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (= LS/GE ; RSG K 1 03)).

1.1 Motivations personnelles:

De Hilaire Dunand :

Mes parents m'ont particulièrement initié à l'hygiène très jeune. Aujourd'hui encore lorsque je rentre à la maison, ma mère me rappelle inlassablement de me laver les mains pour éviter que je tombe malade en attrapant les germes de l'extérieur. Grâce à ma mère, dans ma vie de tous les jours je fais attention à l'hygiène de mes mains après chaque activité.

L'hygiène est la prévention primaire à connaître, et surtout à pratiquer dans notre métier d'infirmier. Les risques sont multiples et les patients comme les infirmiers y sont exposés ; il est donc très important de suivre les règles en vigueur. C'est à cause de l'importance cruciale de l'hygiène dans les soins que je suis motivé à faire mon travail de Bachelor sur ce thème.

De Mathieu Laghzoun :

Depuis tout petit, mes parents ont toujours été très attentifs à l'hygiène dans la vie courante et j'ai reçu des informations sur le danger d'attraper des maladies et de faire attention aux risques d'infections. Par chance depuis mon plus jeune âge, je n'ai jamais été confronté à des risques d'infection ou autres. Toutefois, je me suis toujours intéressé à l'hygiène à travers des articles de magazines et journaux.

Depuis que j'ai commencé ma formation en soins infirmiers, j'ai pu continuer à recevoir des informations sur l'hygiène, mais cette fois à travers des recherches scientifiques avec des données épidémiologiques. Dans mon avenir professionnel, j'aimerais pouvoir être à jour en ce qui concerne les techniques d'asepsie et également pouvoir m'informer de l'évolution de l'hygiène dans le milieu hospitalier. De plus, l'hygiène a évolué depuis quelques années et je trouve qu'elle est très présente dans la vie quotidienne. A travers ce travail, je souhaite alors mieux comprendre cette évolution et si cela est possible, pouvoir la partager.

1.2 Motivations professionnelles :

Selon les lieux où nous avons effectué les stages pratiques durant notre formation, nous trouvons qu'il y avait un manque d'information sur l'hygiène. La plus grande différence que nous avons observée au niveau de l'information sur l'hygiène était entre le milieu hospitalier et un EMS (Établissement médico-social).

Avec du recul et grâce aux années d'études que nous avons d'ores et déjà effectuées depuis nos premiers stages, nous pouvons désormais affirmer que certaines pratiques soignantes des infirmiers/ères n'étaient pas en accord avec les mesures d'hygiène à respecter. Le soin que nous avons le plus observé être effectué de manière inadéquate, est le prélèvement veineux. Un grand nombre de soignants ne mettait pas de gants. Ainsi, ce qui nous a motivé à choisir ce thème est le manque de connaissances d'une infirmière concernant le protocole Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). Nous n'évoquerons pas certains autres stages que nous avons effectués car ce sont des lieux où les protocoles d'hygiène n'ont soit pas la même importance soit doivent être adaptés à la situation et à l'établissement. Ces deux lieux de stage sont des unités de soins situés à Belle-Idée et l'Institution genevoise de Maintien Domicile (IMAD).

Au vu de ces informations, nous pouvons préciser notre sujet : les conséquences de l'hygiène des mains en milieu hospitalier. L'OMS propose un guide concernant l'hygiène des mains à travers lequel il préconise différentes méthodes pour appliquer de manière optimale la mise en œuvre de l'hygiène des mains. Malgré la pertinence des éléments et les campagnes implémentées pour améliorer l'hygiène des mains dans le monde, force est de constater qu'il existe encore un taux d'incidence de transmission de germes trop élevé.

1.3 Motivations disciplinaires :

Notre thème porte sur l'hygiène dans les soins. Nous l'avons choisi car ce domaine est essentiel dans notre profession. Hélas, il reste de nombreux points à améliorer c'est pour cette raison que nous avons choisi cette thématique. Pour traiter ce sujet, nous avons utilisé le modèle de soin de Watson: «le caring». Nous reviendrons sur ce sujet ultérieurement dans notre travail.

1.4 Motivations sociopolitiques :

Nos motivations sociopolitiques ont soulevé plusieurs problèmes éthiques que nous pourrions rencontrer. Tout d'abord, les habitudes sont difficilement réversibles et certains professionnels de la santé connaissent les nouveaux protocoles d'hygiène mais ont de la peine à les appliquer. De plus, certains soignants ne sont même pas au courant des mises à jour concernant ces protocoles. En ce qui concerne les politiques, elles aimeraient pouvoir faire des économies sur le budget de la santé. Si les soignants utilisent de manière assidue les protocoles d'hygiène, le coût de la santé pourrait être réduit notamment en évitant certaines maladies nosocomiales dues au manque d'hygiène dans les soins.

2. La justification du point de vue théorique

En 1846 Ignaz Philip Semmelweiss, un obstétricien hongrois, était le premier à faire un lien entre l'hygiène hospitalière et le taux de mortalité lors d'accouchement. Il a remarqué qu'un des deux services d'obstétrique de l'hôpital de Vienne est plus touché car il est fréquenté par des étudiants de médecine venant directement de la salle de dissection, quant à l'autre il est fréquenté par des sages-femmes qui n'ont pas accès à cette salle. Il en a retenu que : « ce sont les doigts des étudiants, souillés au cours de récentes dissections, qui vont porter les fatales particules cadavériques dans les organes génitaux des femmes enceintes ». Par la suite, il a instauré le lavage des mains obligatoire avec une solution de chlorure de chaux. Les résultats sur la mortalité ont été probants, elle est passée de 12.4% à 1.3%. Cependant, sa théorie allait à l'encontre des idées de l'époque et a été accueillie avec scepticisme. (Salabert, 2008, p.18)

La théorie qui explique l'émergence de l'hygiène hospitalière fut introduite par Florence Nightingale. Pendant la guerre de Crimée (1854-1856) elle fut l'une des premières à créer un lien entre la mort prématurée des soldats dans les hôpitaux de guerre et le manque d'hygiène le plus élémentaire. Comme elle était une statisticienne passionnée et aimait la précision des mathématiques, avec l'aide des données collectées durant la guerre en moins de six mois elle a réduit le taux de mortalité de 43% à 2%, prouvant que l'amélioration de l'hygiène est essentielle. Ces faits font d'elle l'une des premières chercheuses en soins infirmiers. Bien que

Florence Nightingale fut la première infirmière à développer la thématique de l'hygiène, elle n'a cependant pas créé de modèle de soins infirmiers. C'est pourquoi nous allons suivre le modèle de soin de Jean Watson car il correspond le mieux à notre problématique.

La théorie de Jean Watson se définit comme suit :

La philosophie du caring, connue dans les milieux infirmiers comme une approche de soins holistiques et humanistes où l'infirmière accueille le patient dans toute sa dignité en lui offrant un environnement propice au développement optimal de son potentiel et de sa santé, permettrait d'éviter les événements indésirables. (Watson, 1988, page 633).

Cette citation de la théorie de Jean Watson est en adéquation avec notre thématique sur l'hygiène hospitalière. Nous l'avons choisie car l'idée morale de Jean Watson est de protéger et valoriser la dignité humaine au travers d'un environnement sain et sûr pour le patient. Le type d'environnement ne pouvant tolérer la contraction de maladie nosocomiale. De plus, dix facteurs caratifs en découlent. Nous allons développer celui que nous jugeons le plus pertinent, à savoir:

« Provision for Supportive, Protective, and Corrective Mental, Physical, Sociocultural, and Spiritual Environment: Nurses must recognize the influence that internal and external environments have on the health and illness of individuals. Concepts relevant to the internal environment include the mental and spiritual well-being and sociocultural beliefs of an individual. In addition to epidemiological variables other external variables include comfort, privacy, safety, and clean, aesthetic surroundings (Watson, 1979). » (Alligood, 2010, p. 95-96)

Nous avons choisi le huitième facteur caratif de Jean Watson car l'environnement est considéré comme une multitude de facteurs externes influant la personne et son processus de santé.

Reprenons les quatre métaconcepts de Jean Watson :

En premier lieu, nous allons discuter de l'environnement favorisant le *caring* et permettant un bon développement du potentiel de la personne. Il faut pouvoir laisser la possibilité à la personne de faire des choix judicieux en matière de santé. Selon Jean Watson, l'environnement est un monde physique, spirituel et existentiel comprenant les forces de l'univers et de l'environnement de la personne. De plus, la personne doit évoluer dans un environnement sécurisé: « She also broad view of environment: "the caring science is not only for sustaining humanity, but also for sustaining plant... Belonging is to an infinite universal spirit world of nature and all living things» (Alligood, 2010, p. 99).

Ensuite en ce qui concerne la personne, J. Watson explique que la relation entre le patient et le soignant est déterminée par le moment de leur rencontre. J. Watson l'appelle la relation de *caring* "transpersonnelle". Cette relation est représentée par les valeurs humanistes, dont la connexion entre soignant-soigné s'appuie. L'infirmier démontre un intérêt qui va au-delà de l'évaluation objective de la santé du patient pour une compréhension subjective et profonde de la signification donnée, par la personne concernant son état de santé. Elle décrit la personne comme étant un corps entier en continuité dans le temps et dans l'espace et ayant des composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles. Elle requiert aussi un système de santé basé sur l'absence de maladie mais aussi sur la perception de l'être uni en harmonie avec son corps : « She views the person as "a unity of mind/body/spirit/nature" » (Alligood, 2010, p.99)

Par ailleurs, selon J. Watson la santé et la prévention de la maladie doivent être promues. De plus, le soin doit être prodigué en tenant compte de la réalité externe et interne de la personne. A la page 98, Watson expose le soin comme un art et une science humaine du "care", elle promouvoit l'harmonie du corps âme/esprit au travers des dix facteurs caratifs. «Nurses are interested in understanding health, illness, and the human experience ;(...) Using the original and evolving 10 carative factors, the nurse provides care to various patients. » (Alligood, 2010).

Finalement, J. Watson conçoit la santé comme un processus d'adaptation, de croissance sur le continuum naissance-mort. Tout au long de sa vie, l'individu fait face aux changements, aux crises de développement, ainsi qu'aux pertes ; et celui-ci doit continuellement s'adapter. Il faudrait ainsi un système de santé basé sur

l'absence de maladie, mais aussi focalisé sur la perception de l'être uni en harmonie entre le corps l'âme et l'esprit. J. Watson résume cela dans sa phrase : « she defined health as "unity and harmony within the mind, body, and soul" » (Alligood, 2010, p. 99)

Dans la hiérarchie des connaissances, nous pouvons situer l'approche de J. Watson comme un modèle de soins infirmiers, ce qui le place au niveau le moins abstrait sur l'échelle de la hiérarchie des connaissances.

3. Problématique

Devant l'importance de l'enjeu de la sécurité des patients, l'OMS a invité les pays à renforcer leurs systèmes de santé.

La sécurité du patient est un principe fondamental des soins de santé. Chaque étape de l'administration des soins s'accompagne d'un certain risque pour le patient.

Des événements indésirables peuvent résulter de problèmes au niveau de la pratique, des produits utilisés, des procédures ou des systèmes sanitaires. Les améliorations de la sécurité pour les patients supposent un effort complexe de l'ensemble du système.

Un ensemble de mesures variées sont susceptibles d'en améliorer le fonctionnement, notamment celles touchant à l'hygiène et à la gestion du risque, à la lutte contre les infections, à l'usage rationnel des médicaments, à la sécurité du matériel et aux pratiques cliniques. (OMS, 2013)

L'OMS a élaboré des normes de références mondiales afin que tous les pays aient les mêmes conditions de sécurité. Le plus grand défi mondial pour la sécurité des patients est l'hygiène des mains. Il est évident que l'amélioration de l'hygiène des mains permet de réduire la fréquence de l'infection liée aux soins. Par conséquent, elle permet de sauver des vies, de réduire la morbidité et également le coût supplémentaire lié aux infections. Bien que certains pays soient mieux développés que d'autres, les infections associées aux soins (IAS) restent un problème méconnu et sous-estimé qu'aucun pays ne peut prétendre avoir résolu. Les pays développés ont des IAS comprises entre 5 à 15 %, en Suisse l'incidence est de 10,1%.

Selon le Larousse médical, la définition des IAS est la suivante:

Les infections associées aux soins englobent l'ensemble des infections associées au système de santé ou aux soins. Elles comprennent les infections nosocomiales et les infections contractées lors de soins délivrés hors des établissements de santé. Ce nouveau terme répond aux difficultés à appliquer la définition d'infection nosocomiale devant la multiplication des parcours de soins et des intervenants. » (2006)

Notre sujet d'intérêt est influencé par des facteurs tels que l'accès à l'eau courante (faire attention à ce qu'il y ait suffisamment de lavabo, au minimum 1 pour 10 patients), au savon ou à la solution hydro-alcoolique (doit être en cohérence avec les 5 indications de l'hygiène des mains, avant de toucher un patient, avant un geste aseptique, après un risque d'exposition à un liquide biologique, après avoir touché un patient, après avoir touché l'environnement du patient²), la formation des futurs soignants par une évaluation et une restitution de certains résultats, des rappels incitatifs sur le lieu de travail et une sécurité institutionnelle. Tous ces éléments font partie de la stratégie multimodale de l'OMS³. (OMS, 2010, page 8)

La distinction entre le lavage des mains et la désinfection des mains est la suivante : pour le lavage des mains, le but est de les nettoyer et donc d'éliminer les souillures visibles et/ou invisibles. A l'inverse, la désinfection des mains vise à se débarrasser des micro-organismes (bactéries, virus et champignons). Il existe deux types de désinfection des mains, d'une part l'hygiénique et de l'autre la chirurgicale ; dans le présent travail nous allons nous concentrer sur la désinfection hygiénique des mains.

La solution hydro-alcoolique (SHA) est composée de 70% d'alcool, de 0,5% de Chlorhexidine, et d'émollient. Son objectif est de briser la chaîne de transmission manuportée en cas de contacts directs ou indirects. Les 5 indications sont des moments clés pour briser cette chaîne. Bien qu'elle soit efficace, la SHA présente toutefois certains inconvénients, tels que l'irritation et le dessèchement de la peau. Cependant, notons qu'ils existent des crèmes afin de prévenir ce dessèchement.

² Annexe II

³ Annexe V

Selon le résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins, les conséquences liées au problème des IAS sont une prolongation des séjours hospitaliers, des invalidités à long terme, une résistance accrue des micro-organismes aux antimicrobiens, une mortalité accrue, un impact émotionnel pour les patients et leurs familles, des coûts élevés pour les systèmes de santé et une charge financière supplémentaire très élevée. (OMS, 2010, page 4)

Aux États-Unis, le risque de contracter ce type d'infections a augmenté régulièrement au cours des dernières décennies et entraîné des dépenses supplémentaires estimées à US\$ 4,5 – 5,7 milliards par an. Tandis qu'en Angleterre, on estime leur coût annuel à £1 milliard pour le Service national de la santé. Les IAS n'épargnent aucun établissement et système de santé dans le monde. La difficulté à collecter des données probantes ne permet pas aux recherches préalablement effectuées de prouver son impact réel car dans certains pays du monde les systèmes de surveillance des IAS sont inconnus voire inexistant.

Selon le guide de mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène de mains, il existe cinq éléments sur lesquels nous allons cibler notre question de recherche. Ces cinq éléments sont :

- **Changement de système**, permettant d'assurer la mise en place d'infrastructure pour pratiquer l'hygiène des mains.
- **Formation et éducation**, proposant des programmes de formation basés sur les « cinq indications de l'hygiène des mains » destinés à tous les professionnels soignants.
- **Evaluation et restitution des résultats**, assurant une surveillance des pratiques et des infrastructures disponibles.
- **Rappels et incitatifs sur le lieu de travail**, afin de rappeler aux personnels soignants l'importance de pratiquer l'hygiène des mains selon les techniques recommandées.
- **Culture institutionnelle de la sécurité**, afin d'instaurer un climat propice à la sensibilisation de l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains. (OMS, 2010, page 8-9)

En plus des cinq outils de la stratégie multimodale, notre sujet d'étude portera son attention sur le personnel soignant et plus précisément sur les infirmiers/ères. Tout au long de nos diverses recherches d'articles scientifiques, nous avons identifié que les principales victimes d'un manque d'hygiène sont les patients. Le personnel soignant qui est l'acteur direct de cette application et de la non application des protocoles d'hygiène, est le principal vecteur de transmission des germes provoquant des infections nosocomiales. Le guide ne propose que des solutions pour pallier au manque d'hygiène des mains, et n'évoque pas les causes engendrant des négligences dans les établissements de santé ayant les ressources nécessaires.

4. Question de recherche

Au début de notre travail, nous avons un questionnement simpliste. Par nos recherches à travers le guide de l'OMS sur l'hygiène des mains et les divers articles lus afin de nous aiguiller dans l'aboutissement de notre question de recherche, nous avons pu constater que le sujet d'intérêt le plus pertinent pour nous était de connaître l'importance de l'hygiène des mains. Cela nous a permis de constater que les exigences pour une institution hospitalière nécessitent des ressources financières et matérielles, mais il reste encore certaines barrières sur l'application de ces exigences de l'OMS même concernant les institutions hospitalières ayant l'économie et le matériel nécessaire.

Nous sommes arrivés à la question suivante: Depuis la publication du guide de l'OMS en 2010, qu'est-ce qui détermine les facteurs favorisants ou défavorisants du taux d'observance de l'hygiène des mains du personnel médico-soignant à travers les cinq outils de la structure multimodale en milieu hospitalier ?

5. Méthode

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons effectué une revue de la littérature. Nous avons établi une liste de mots-clés, à partir de la méthode PICO (Patient, Intervention, Comparaison et Outcome). Ensuite, nos mots-clés en français ont été traduits en mot Mesh pour faciliter notre recherche. Nous avons pu les traduire grâce au site Honselect. Les mots-clés sélectionnés sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1: Sélection de mots-clés :

	Mots-clés	Mesh HON	Pubmed	Cinhal
Patient et problème	-Personnel médico-soignant en hospitalier	-Nursing Staff, Hospital		
Intervention	-Echelle d'intervention concernant l'adhérence de l'hygiène -Hygiène des mains -Stratégie multimodale	-Intervention Studies -Hand hygiene -Improving hand hygiene -Multimodal hand hygiene improvement strategy	-Hand hygiene improving hand hygiene -Multimodal hand hygiene improvement strategy	-Hand hygiene improving hand hygiene -Multimodal hand hygiene improvement strategy
Comparaison				
Outcome (issue clinique)	-Qualité des soins - Contrôle de l'infection - Implémentation	-Quality of healthcare -Infection control -Implementation	-Quality of healthcare -Infection control -Implementation	-Quality of healthcare -infection control -Implementation

Ensuite, nous avons recherché nos articles dans deux bases de données : Cinhal et Pubmed.

Nous avons sélectionné des limites pour affiner notre recherche telles que:

- Articles de recherche (clinical trial)
- Langue de l'article : Anglais et Français
- Publication ces 14 dernières années (2000 à 2014)
- Humain

Après notre recherche, nous sommes arrivés à 2'417 articles, nous avons effectué une première sélection d'articles selon leurs titres.

Tableau 2: 1^{ère} sélection des articles selon leurs titres:

1 ^{ère} sélection des articles par titre				
Critères d'exclusion	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus	Total des articles après dédoublement
N'aborde pas : -Programme de l'OMS -Hygiène des mains -Changement de système -Formation et éducation -Evaluation et restitution des résultats -Rappels et incitatifs sur le lieu de travail -Culture institutionnelle de la sécurité -Hôpital	2417	2342	75	75

Tableau 3: 2^{ème} sélection des articles selon leurs *abstracts*:

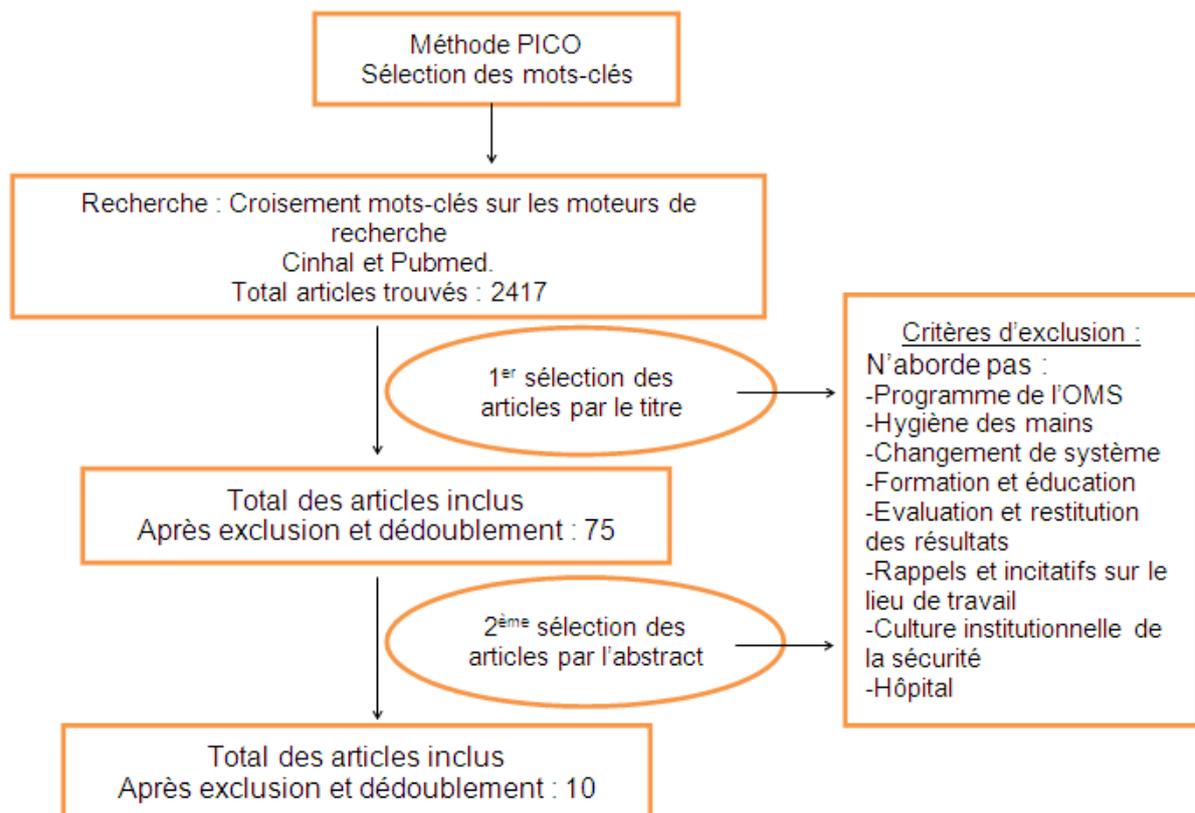
2 ^{ème} sélection des articles par l'abstract sur 75 articles résultant de la première sélection		
Critères d'exclusion	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus
N'aborde pas : -Programme de l'OMS -Hygiène des mains -Changement de système -Formation et éducation -Evaluation et restitution des résultats -Rappels et incitatifs sur le lieu de travail -Culture institutionnelle de la sécurité -Hôpital	59	16

Tableau 4: 3^{ème} sélection des articles à leur lecture:

3 ^{ème} sélection des articles à la lecture des 16 articles résultant de la 1 ^{ère} et 2 ^{ème} sélection		
Critères d'exclusion	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus
N'aborde pas : -Programme de l'OMS -Hygiène des mains -Changement de système -Formation et éducation -Evaluation et restitution des résultats -Rappels et incitatifs sur le lieu de travail -Culture institutionnelle de la sécurité -Hôpital -Zone de « développement » -Méthode : épidémiologique, descriptif, analytique	6	10

Nous allons résumer notre processus grâce au diagramme de Flux ci-dessous:

Schéma 1 : Résumé de la méthodologie



6. Résultats

A travers cette revue de la littérature, nous voulions constater par nous-même les résultats alarmants décrits dans la presse et dans nos cours théoriques que nous avons évoqués précédemment dans notre travail.

6.1 Résultats concernant l'observance de l'hygiène des mains

Comme premiers résultats de notre étude, les articles analysés montrent une meilleure observance de l'hygiène des mains grâce à la mise en place de la structure multimodale complète ou incomplète de l'OMS. Alfred E. Yawson et Afua A. J. Hesse (2013) dans leur article de recherche concernant la mise en place de cette structure multimodale dans un hôpital du Ghana démontre l'utilité de concevoir des programmes d'intervention de promotion de l'hygiène des mains dans tous les services car le résultat obtenu est de 9,6% d'observance avant l'intervention et de 54% après l'intervention pour les infirmiers.

N. Bouafia et al. (2010) ont pour but dans leur article d'évaluer l'adhésion du personnel soignant au lavage des mains ainsi que l'observance et la pertinence de cette pratique. Ce dernier se déroulant en Afrique aussi, en Tunisie à Sousse. Il montrait un taux d'observance relativement bas (16,1% du personnel soignant se sont lavés avant et après les soins) car il n'y avait pas une structure multimodale suffisamment développée pour permettre la promotion et l'amélioration de l'observance de l'hygiène des mains. Il aborde légèrement le changement de système et se penche surtout sur l'évaluation des résultats.

Carmen Martín-Madrado et al. (2012) démontrent des résultats significatifs même avec une structure multimodale incomplète. Ils constatent une augmentation de 21,6% d'observance de l'hygiène des mains par rapport au groupe de contrôle, qui n'ont pas eu la structure multimodale. Toutefois, les auteurs ont surtout mis l'accent sur le changement de système, la formation et l'éducation, l'évaluation et restitution des résultats et les rappels et incitatifs sur le lieu de travail.

Un des articles que nous avons analysé (Allegranzi & al., 2010), a été désigné comme site d'essai en Afrique pour la stratégie multimodale de l'OMS afin

d'améliorer l'hygiène des mains. Ainsi il reprenait la totalité de la structure multimodale, étape par étape. Les résultats de cette étude sont significatifs, le taux d'observance était de 8% au départ et pendant le suivi celui-ci est passée à 21,8%. C'est un résultat encourageant car l'augmentation de l'observance est significative, mais il reste insuffisant si l'on veut réduire les IAS.

Grâce aux résultats de nos articles de recherche, nous avons pu examiner chaque outil séparément de la structure multimodale. L'outil de mise en œuvre du changement de système est un élément primordiale afin d'inaugurer la structure avec une base solide. Au cours de nos recherches, Allegranzi et al. (2010) décrivent l'outil de changement de système et ce qu'ils ont entrepris par rapport à la production locale d'une SHA. Dans leur étude, ils ont évalué l'importance des outils de la structure en fonction des perceptions des professionnels de la santé. Plus précisément les auteurs ont remarqué que l'importance accordée aux divers outils de la structure permet l'observance de l'hygiène des mains. Le résultat au début de l'étude était de 5 sur 7 (ils ont développé leur propre échelle de mesure) et pendant le suivi de l'étude les professionnels de la santé ont évalué l'importance de l'outil de changement de système à 7 sur 7. L'article de Bouafia et al (2011), met en avant l'outil de changement de système car leur étude leur permet de connaître les dysfonctionnements de leur système et d'avoir une notion de l'observance actuelle avant de passer à l'étape suivante de la structure.

L'outil de mise en œuvre, formation et éducation, est traité dans plusieurs articles. C'est un point de la structure multimodale cruciale pour le maintien de l'observance de l'hygiène des mains car il rafraichit et renforce les connaissances des professionnels de la santé. Huis et al (2013) exposent leur méthode d'éducation à travers des brochures sur les idées fausses de la SHA, sur l'importance de l'hygiène des mains et sur leurs 5 indications. Ils ont développé un site internet où l'on peut faire un quizz sur l'hygiène des mains avec un *feedback*⁴. Les auteurs ont aussi réalisé des sessions d'éducation pratique avec les professionnels de la santé. Grâce à tous ces éléments, l'étude montre qu'une bonne formation et éducation permet aux professionnels de la santé d'avoir une connaissance pointue sur l'importance et les risques de la non observances de l'hygiène des mains.

⁴ Annexe I

L'outil de mise en œuvre, évaluation et restitution des résultats, évalue les deux premiers points de la structure multimodale ; il est donc intéressant de voir les problèmes rencontrés lors des deux précédents éléments. De plus, cet outil est délicat car dans nos lectures il y avait plusieurs formes de questionnaires avec chacun leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans l'article de Stewardson et al. (2012), les chercheurs évaluent les indicateurs de la grille d'évaluation de l'OMS, en mettant en évidence ceux qui sont peu clairs ou incompréhensibles. Après avoir testé les indicateurs, ils ont sorti des problèmes potentiels par rapport à la définition d'un "système" qui était peu clair dans les indicateurs de la grille au départ. Ensuite Stewardson et al., ont mis en évidence une possible confusion sur les questions spécifiques se référant au guide de l'OMS, puis les auteurs ont séparé les 5 indications et la technique de frictions des mains pour marquer leurs différences et pour pouvoir mieux les évaluer. Enfin les auteurs ont précisé le temps entre chaque évaluation : trois mois, et rajouter aussi dans leur questionnaires deux options de réponses, soit « non » ou « pas mesuré » afin d'éviter les suppositions et interprétation dans leur rubrique évaluation et restitution des résultats. Grâce à ces changements dans le questionnaire de l'OMS, il était plus facile aux observateurs d'évaluer les professionnels de la santé, ils avaient une base commune.

L'outil rappels et incitatifs sur le lieu de travail a pour but de rappeler aux professionnels de la santé à travers des affiches, des dépliants et des écrans de veille les techniques d'hygiène des mains, afin d'augmenter le taux d'observance à long terme et pas uniquement pendant la période d'évaluation.

L'outil de mise en œuvre, culture institutionnelle de la sécurité, a été difficile d'évaluer car dans nos résultats il est sous-entendu et non explicité. Nous pensons qu'il est primordial d'avoir une aide institutionnelle car c'est elle qui peut débloquer les fonds nécessaires afin de développer la structure multimodale. Il est essentiel d'avoir un discours cohérent et commun avec la culture institutionnelle afin d'avoir son appui et une certaine crédibilité auprès des établissements de la santé pour la mise en place d'une structure multimodale.

Eldridge et al (2006) évaluent la satisfaction personnelle au vu des résultats positifs ou négatifs de la mise en place d'une structure multimodale. Leurs résultats démontrent qu'il n'y a pas d'effet négatif sur la satisfaction des professionnels de la santé sur la mise en place d'une structure multimodale. Au contraire, les bons résultats du taux de l'observance de l'hygiène des mains augmentent la satisfaction personnelle des professionnels de la santé. En outre, les résultats suggèrent la possibilité de synergie entre les différents outils de la stratégie, il est essentiel de mettre en place chacun des outils pour avoir un maximum de résultats positifs sur l'observance des mains. Cette approche peut réussir dans différentes cultures comme dans l'article d'Allegranzi et al (2010).

Dans l'ensemble, les études montrent une évolution positive mais perdent de leur influence avec le temps, c'est pourquoi même avec des solutions comme une structure multimodale nous avons des chiffres alarmants encore à l'heure actuelle.

Tableau 5: Articles étudiés pour l'observance de l'hygiène des mains

Auteur	Yawson, A. E. & Hesse, A. A.
Titre	Hand hygiene practices and resources in a teaching hospital in Ghana
But d'étude	Cette étude vise à fournir des données de base sur le respect de l'hygiène des mains parmi les travailleurs de la santé et des ressources nécessaire au bon fonctionnement de l'hygiène des mains dans un grand hôpital d'enseignement de l'Afrique de l'Ouest (Ghana).
Type de l'étude	Etude transversale d'observation.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	L'étude a été faite à l'hôpital Korle-Bu Teaching Hospital (KBTH) au Ghana, dans 15 unités réparties selon 4 services (médecine, chirurgie, pédiatrie et gynécologie obstétrique) et le laboratoire central sur une période de 3 semaines.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	Les 5 éléments de la stratégie multimodale ne sont pas énoncés explicitement mais on retrouve par exemple l'enquête sur la consommation des solutions hydro alcooliques et une exposition des 5 indications concernant la friction des mains.
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Dans l'étude, les données ont été recueillies en utilisant la liste de contrôle standardisée de prévention des infections et de contrôle de l'hôpital KBTH. La liste de contrôle est une adaptation de celle de l'OMS. Les indicateurs sont les 5 inactions pour l'hygiène des mains, l'utilisation de savon et de l'eau courante pour se laver les mains, accessibilité à l'eau courante, le temps recommandé pour se laver les mains (40-60sec), désinfection des mains avec l'alcool, utilisation de papier à usage unique pour se sécher les mains et que le personnel soignant fait de manière approprié le lavage des mains.
Résultat	Cette étude fournit la preuve que l'observance de l'hygiène des mains des médecins et des infirmiers dans ce grand hôpital d'enseignement de l'Afrique de l'Ouest est faible. Par conséquent, il est nécessaire de concevoir des programmes d'intervention de promotion de l'hygiène des mains dans tous les services. Le résultat de l'étude était de 9,6% d'observance avant l'intervention et de 54% après l'intervention pour les infirmiers.

Auteur	Bouafia, N., Bouhlel, Z., Helali, R., Zinelabidine, R., Bouzayen, A., Zayri, I. & Njah. M.
Titre	L'hygiène des mains en milieu de soin : la fréquence mais aussi la qualité !
But d'étude	Le but de l'étude est d'évaluer l'adhésion du personnel soignant au lavage des mains ainsi que l'observance et la pertinence de cette pratique.
Type de l'étude	Etude transversale d'observation.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	La recherche a été réalisée à l'Hôpital universitaire de Sousse en Tunisie pendant une durée de deux semaines en janvier 2009.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	On retrouve les points 1 et 3 de la structure de la stratégie multimodale soit respectivement le changement de système et l'évaluation et restitution des résultats.
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Réalisation d'un audit par observation directe des pratiques auprès de tout professionnels de la santé confondus dans quatre services classés à haut risque d'infection qu'ils ont sélectionné aléatoirement.
Résultat	54 observations ont été réalisées durant les deux semaines de l'étude. 18,9% des personnels observés se lavent les mains avant et après un acte, alors que 24% des personnes auditées se sont lavés les mains avant d'effectuer un acte seulement. La conformité avant et après soin était uniquement de 16,1%.

Auteur	Martín-Madrazo, C., Soto-Díaz, S., Cañada-Dorado, A., Salinero-Fort, M.A., Medina-Fernández, M., Carrillo de Santa Pau, E., Gómez-Campelo, P. & Abánades-Herranz, J.C.
Titre	Cluster Randomized Trial to Evaluate the Effect of a Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy in Primary Care
But d'étude	Evaluation de l'efficacité d'une intervention multimodale basée sur les 5 indications de l'hygiène des mains de l'OMS des professionnels de santé pour améliorer l'observance aux pratiques d'hygiène des mains.
Type de l'étude	Etude transversale d'observation.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	Dans les centres hospitaliers à Madrid de Janvier 2009 à Décembre 2009.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	Dans la recherche, cette recherche s'est axée sur l'outil du changement de système, l'outil de formation et éducation, l'évaluation et restitution des résultats et sur les rappels et incitatifs sur le lieu de travail mais n'évoque pas de la culture institutionnelle de la sécurité.
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Observation par un infirmier formé pour cela. Indicateur utilisé : le sexe (masculin/féminin), la catégorie de travailleur de la santé, type de contrat (CDD/CDI), et l'expérience professionnelle (années).
Résultat	Les résultats montrent que la stratégie d'amélioration de l'hygiène des mains multimodale améliore le niveau d'observance de l'hygiène des mains chez les professionnels de la santé de 21,6%, par rapport au groupe de contrôle.

Auteur	Allegranzi, B., Sax, H., Bengaly, L., Richet, H., Minta, D.K., Chraitit, M.N., Sokona, F.M., Gayet-Ageron, A., Bonnabry, P. & Pittet, D.
Titre	Successful Implementation of the World Health Organization Hand Hygiene Improvement Strategy in a Referral Hospital in Mali, Africa
But d'étude	L'hôpital du Point G (UHPG) à Bamako, République du Mali, a été désigné comme site d'essai en Afrique pour la stratégie multimodale de l'OMS afin d'améliorer l'hygiène des mains.
Type de l'étude	Etude de cohorte, avant et après.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	L'étude a été faite à l'hôpital du Point G (UHPG) à Bamako, République du Mali de décembre 2006 à juin 2008, comprenant une période d'évaluation de référence de 6 mois et une période de 8 mois de suivi depuis le début de l'intervention.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	L'étude reprend les 5 outils de la stratégie multimodale selon la structure de l'OMS et les confronte aux difficultés d'un pays en voie développement (changement de système, formation et éducation, évaluation et restitution des résultats, rappels et incitatifs sur le lieu de travail et culture institutionnelle de la sécurité).
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Recueil des données par questionnaire et méthode d'analyse statistique. Les indicateurs utilisés sont : le respect de l'hygiène des mains, la connaissance sur les agents pathogènes des transmissions croisés et la pratique de l'hygiène des mains, la perception des professionnels de la santé concernant les IAS l'importance de l'hygiène des mains et l'efficacité de celle-ci.
Résultat	La stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains est faisable et efficace dans un pays à faible revenu. L'application de la friction des mains était de 8% au départ et pendant le suivi elle est passé à 21,8%. L'accès aux SHA est primordial pour le succès de l'étude, le coût de la production locale n'était que d'environ 0,30 \$ US par 100 mL, soit 0,006% du budget annuel total de l'hôpital.

Auteur	Ho, M.-L., Seto, W.H., Wong, L.C. & Wong, T.Y.
Titre	Effectiveness of Multifaceted Hand Hygiene Interventions in Long-Term Care Facilities in Hong Kong: A Cluster-Randomized Controlled Trial
But d'étude	Pour déterminer l'efficacité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) stratégie multimodale dans la promotion de l'hygiène des mains chez les travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée (personnes âgées).
Type de l'étude	Etude transversale d'observation.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	18 maisons pour les personnes âgées à Hong Kong de novembre 2009 à juillet 2010.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	L'étude expose les outils de la structure multimodale suivants : formation et éducation, évaluation et restitution des résultats, rappels et incitatifs sur le lieu de travail. Cependant, elle ne parle pas du changement de système et de la culture institutionnelle de la sécurité.
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Observation directe de la pratique de l'hygiène des mains : Indicateur utilisé dans l'étude: les 5 indications de l'hygiène des mains, l'indice d'activité et le type de déchets de soins médicaux et les données de notification de la maladie au cours de mars-septembre de 2007-2010.
Résultat	L'étude a montré qu'un programme de promotion d'application de la stratégie multimodale de l'OMS a été efficace dans l'amélioration de l'application de la friction des mains des professionnels de la santé dans les établissements de soins de longue durée (personnes âgées).

Auteur	Eldridge,N.E., Woods, S.S., Bonello, R.S., Clutter, K., Ellingson, L., Harris, M.A., ... Wright, S.M.
Titre	Using the Six Sigma process to implement the Centre for disease control and prevention guideline for hand hygiene in 4 intensive care units
But d'étude	Utiliser le processus Six Sigma pour examiner les pratiques d'hygiène des mains et accroître la conformité avec les recommandations d'hygiène du Centre for disease control (CDC) recommander par Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO).
Type de l'étude	Etude transversale d'observation..
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	L'étude a été effectuée dans trois hôpitaux, deux hôpitaux universitaires et un hôpital non universitaire du Midwest aux USA, l'étude a été faite sur 9 mois.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	La structure "Six Sigma" reprend les éléments de la structure multimodale de l'OMS. Ils mettent l'accent sur ces 4 points, tous les professionnels de la santé ayant un contact avec les patients, l'hygiène des mains chirurgicales, la gestion de l'institution (matériel et action administratif). De plus, les chercheurs ont développé leur propre action concernant l'hygiène des mains en mettant l'accent sur les rappels incitatifs sur les murs de unité et aussi l'agencement/mise à disposition des solution hydro alcoolique (SHA), mise en place de personnels qualifiés pour contrôler l'observance de l'hygiène de mains chez les professionnels de la santé, promouvoir la sécurité des patients et mesurer l'utilisation de SHA par mois. Ils promeuvent le changement de culture à travers les politiques, les lois, la formation et la sensibilisation.
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Le questionnaire a été rempli en observant les infirmiers avant et après l'intervention.
Résultat	Toutes les unités de soins intensifs ont montré une augmentation statistiquement significative de l'observance des pratiques d'hygiène des mains, avec une amélioration relative comprise entre 55% à 95 %.

Auteur	Reichardt, C., Königer, D., Bunte-Schönberger, K., Van der Lindena, B., Mönch, N., Schwabb, F., Behnke, M. & Gastmeier, P.
Titre	Three years of national hand hygiene campaign in Germany: what are the key conclusions for clinical practice?
But d'étude	Améliorer le respect de l'hygiène des mains à l'aide d'une campagne "AKTION Sauber Hände" selon les critères de l'OMS.
Type de l'étude	Études rétrospectives.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	L'étude s'est déroulée dans 700 institutions de santé dont 28 hôpitaux universitaires en Allemagne pendant la durée de 3ans (2008-2010).
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	La campagne allemande reprend exactement la structure de la stratégie multimodale de l'OMS.
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Dans l'article la méthode n'est pas présente car c'est un article sur une étude rétrospective qui se base sur des études antérieures.
Résultat	Dans l'ensemble, il y a eu une augmentation significative de 11 % dans le respect de l'hygiène des mains dans les hôpitaux.

Auteur	Lusardi, G.
Titre	Hand Hygiene
But d'étude	Le but de l'étude est d'explorer l'expérience de l'hygiène de mains des étudiants infirmiers.
Type de l'étude	Etude transversale d'observation comportant des biais importants.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	L'étude a été effectuée à l'université de Glamorgan au Royaume-Uni. La durée n'est pas précisée.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	La structure multimodale n'est pas complète, l'étude survole l'étape 2 (formation et éducation).
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	Deux ou trois questions ouvertes permettant au participant de décrire leur expérience le but est de découvrir les différents éléments pouvant influencer l'hygiène des mains chez un étudiant. L'étude s'est faite uniquement avec un échantillonnage de neuf étudiants infirmiers.
Résultat	Trois type d'influences ont été évaluées : l'influence du personnel soignant, l'influence de l'école, et l'influence de l'expérience antérieure.

6.2 Résultat concernant l'outil d'évaluation

En plus de l'augmentation de l'observance de l'hygiène des mains, nous pouvons ajouter dans les résultats qu'à l'aide de nos articles de recherche A.J. Stewardson et al. ont créé un outil d'évaluation de la stratégie multimodale de l'OMS. L'étude démontre l'efficacité de la structure multimodale à travers une grille d'évaluation comprenant 27 indicateurs permettant de noter le niveau de la structure multimodale d'inadéquat, basique, intermédiaire et avancé. Les points vont de 0 à 500⁵. La moyenne du résultat de l'étude est de 262 points montrant donc un niveau intermédiaire de la structure multimodale.

⁵ Annexe VI

Tableau 6: Article étudié pour outils d'évaluation

Auteur	Stewardson, A. J., Allegranzi, B., Perneger, T.V., Attar, H. & Pittet D.
Titre	Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability
But d'étude	L'objectif de cette étude est de décrire les tests d'utilisabilité et de fiabilité effectués lors de l'élaboration de la "hand hygiene self assessment framework" (HHSAF).
Type de l'étude	Etude transversale d'observation.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	Etude écrite à Genève mais effectuée dans 19 pays différents selon 26 établissements en accord avec le guide de l'OMS.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	L'étude reprend les 5 outils de la stratégie multimodale dans sa globalité (changement de système, formation et éducation, évaluation et restitution des résultats, rappels et incitatifs sur le lieu de travail et culture institutionnelle de la sécurité).
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	27 indicateurs présents dans la version finale selon les 5 outils de la structure multimodale sous forme de questionnaire rempli par deux "experts" qui ont une bonne connaissance de la promotion de l'hygiène des mains sur leur lieu de travail et qui parlent anglais. Le questionnaire comprends 500 points au total, 100 points par outils de la stratégie. Les chercheurs ont créés des niveaux de la promotion de l'hygiène des mains allant d'inadéquat (0-125), basique (126-250), intermédiaire (251-375) et avancé (376-500).
Résultat	Les scores totaux de l'étude vont de 35 à 480 points avec une moyenne de 262 points.

6.3 Résultat concernant le leadership

Le dernier résultat pouvant influencer l'observance de l'hygiène de mains que nous allons évoquer est la notion de leadership. D'après Gaunand Antonin (2013) le leadership est la capacité d'une personne à influencer et à fédérer un groupe, à atteindre un but commun, à installer une relation de confiance mutuelle et le tout pour une durée limitée.

La notion de leadership n'est pas un élément de la structure multimodale de l'OMS mais l'article d'Huis et al (2013) l'évoque comme un moyen supplémentaire pour renforcer leur structure. Les auteurs testent cette notion de leadership en comparant deux structures, l'une comprenant l'implémentation d'une structure multimodale et la seconde reprends cette même structure en y ajoutant la notion de leadership. Dans les deux groupes les résultats de l'implémentation d'une structure multimodale étaient très positifs. La notion de leadership ajouté à la structure multimodale, montre un résultat plus grand concernant l'observance de l'hygiène des mains. Les résultats après 12 mois sont de 44,1% d'observance de l'hygiène des mains pour la structure multimodale simple (21,5% au départ) et de 59,5% après 12 mois (20,7% au départ) pour la structure avec la notion de leadership. Ainsi, cette étude a pu révéler la valeur ajoutée des aspects spécifiques de l'influence sociale et du leadership dans les stratégies d'amélioration de l'hygiène des mains.

Tableau 7: Article étudié pour la notion de leadership

Auteur	Huis, A., Holleman, G., Achterberg, T., Grol, R., Schoonhoven, L. & Hulscher, M.
Titre	Explaining the effects of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses: a process evaluation alongside a cluster randomised controlled trial
But d'étude	Cette étude a pour but d'examiner les composants de deux stratégies d'amélioration de l'hygiène des mains, plus précisément sur l'observance de l'hygiène des mains auprès des infirmiers.
Type de l'étude	Etude transversale d'observation.
Lieux (type d'hôpital)/ temps (durée) de l'étude	La recherche s'est déroulée dans 3 hôpitaux, dont un universitaire en Hollande sur une durée de 12 mois.
Structure de la stratégie multimodale : les 5 outils complets/pas complets	Dans l'étude, ils exposent deux stratégies pour promouvoir l'hygiène des mains, l'une expose les 5 outils de la structure multimodale (éducation, rappels incitatifs, évaluation/ <i>feedback</i> et l'installation et la production de matériel) et la deuxième reprend la même structure en ajoutant un composant "leadership". Elles sont appelées respectivement " State-of-the-art strategy" (SAS) et "Team and leaders-directed strategy" (TDS).
Méthode d'analyse (indicateur utilisé)	La récolte des données s'est effectuée par observations et par questionnaires. Les indicateurs utilisés sont: l'éducation, les rappels, les informations, les matériaux et les installations, les effets sur l'hygiène des mains du personnel infirmier, les facteurs contextuels et le nombre d'année d'expérience des infirmiers.
Résultat	Les observations ont été faites à différents moment de l'étude (T1 avant intervention, T2 après intervention à 6 mois et T3 le suivis à 12 mois). Les résultats de SAS étaient à T1 de 21,5% d'observance de l'hygiène des mains, à T2 de 40,7% et à T3 de 44,1%. Pour TDS les résultats étaient à T1 de 20,7%, à T2 de 58,6% et à T3 59,5%. Les résultats de l'étude démontrent la valeur ajoutée des aspects spécifiques de l'influence sociale et le leadership dans les stratégies d'amélioration de l'hygiène des mains.

7. Discussion

Cette revue de la littérature cherche à répondre à l'amélioration de la qualité de sécurité des patients à travers l'hygiène des mains et de ce fait à la réduction des IAS. Nous allons discuter des résultats trouvés dans nos articles scientifiques.

Notre revue montre que la mise en place d'une structure multimodale proposée par l'OMS concernant l'hygiène des mains a de bons résultats sur l'observance du personnel soignant et sur la réduction des IAS. Nous pouvons interpréter ces résultats en miroir sur la méthode d'implémentation qui a été utilisé car l'article de revue d'Oxman et al (1995) détermine l'efficacité de différents types d'interventions destinée à améliorer le rendement des professionnels de la santé et à accroître les résultats sur la santé. Ils ont conclu qu'il n'y a aucune "formule magique" pour accroître la qualité des soins de santé, cependant il existe un vaste éventail d'interventions disponibles qui, si on les utilise comme il faut, pourraient donner lieu à d'importantes améliorations de la pratique des professionnels et des résultats au niveau des patients.

Selon Brennan et al (2012), il existe de nombreux instruments pour évaluer l'amélioration continue de la qualité des soins. La plupart exige une utilisation ultérieure et d'essais pour établir leurs fiabilités. Le développement et l'utilisation de ces mesures dans les évaluations devraient augmenter la contribution de notre compréhension et renforcer notre capacité à synthétiser des preuves pour étayer les politiques et la pratique.

Nous savons que l'OMS a utilisé la structure multimodale dans différents sites pilotes et a dû effectuer des ajustements pour améliorer leur structure. Nous constatons au travers de ces articles que leur outil a des résultats positifs et que la mise en application de cette structure est efficace, cependant force est de constater que cette intervention peut encore être améliorée comme avec la notion de leadership par exemple.

Le deuxième résultat à discuter est la grille d'évaluation de la structure multimodale. Grâce à cet outil, nous pouvons évaluer l'efficacité et les lacunes de la mise en

œuvre/implémentation de cette structure. La mise en place d'un outil d'évaluation permet de potentialiser l'effet de la structure en la réajustant, entraînant alors une augmentation de la sécurité du patient. Revenons sur l'article de Philippe Michel (2012) sur la sécurité du patient puisque ce dernier définit la sécurité comme « l'absence d'exposition à un danger et la protection contre la survenue ou le risque de dommage » Grâce à la grille, nous pouvons adapter la structure pour pouvoir éviter cette exposition aux patients. De plus, René Amalberti (2012) évoque les défis pour demain concernant la sécurité des patients, à la page 21 il cite 4 forces qui font évoluer la médecine. Parmi ces quatre forces, deux sont pertinentes afin d'améliorer la sécurité du patient. La première concerne la force organisationnelle, conséquence des innovations.

La seconde est sociétale et est liée à la transparence augmentée de l'activité médicale. Selon Amalberti (2012), « On peut aussi imaginer que la décennie 2010-2020 sera caractérisée par une participation accrue des patients à leurs processus de soins et à leur sécurité. » (p. 22). Dans une étude interne des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) les soignants ont inclus les patients dans l'évaluation prospective de la qualité des soins par rapport à l'hygiène des mains. Ils leur ont proposé de participer à l'amélioration de l'observance de l'hygiène des mains en leur fournissant une SHA sur leur table de nuit et en stimulant les soignants à la friction des mains. Ainsi en utilisant de telle technique nous pouvons supposer que l'observance augmenterait. Cependant, lors de notre participation à la journée de l'hygiène des mains au HUG, nous avons pu nous entretenir de manière informelle avec certains membres du Service Prévention et Contrôle de l'Infection (SPCI)⁶. Selon eux, cette technique n'apporte pas de plus-value au taux de l'observance.

Haas et Larson (2008) ont identifié à travers la littérature les barrières à l'adhérence de l'hygiène des mains. Celle-ci peut être un manque d'accès au lavabo pour se laver les mains, pas suffisamment de temps, irritation de la peau, ignorance du problème et habitude personnelle et préférence. Dans cet article, ils évoquent des possibles solutions face à ces barrières. Dans la littérature les auteurs ont retracés des solutions qui font déjà partie de la structure multimodale de l'OMS.

⁶ Annexe IV

De plus, certains obstacles potentiels ont une influence sur la durabilité de la campagne de la structure multimodale telle que la surcharge de travail, le manque de personnel, la faible implication de la direction dans certain domaine, et une mauvaise observance par le personnel médical. (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014)

Le troisième résultat, que nous voulons discuter est la notion de leadership. Au début de notre recherche scientifique, nous ne nous attendions pas à trouver une notion de leadership par rapport à la structure multimodale de l'OMS. Cette notion de leadership est connue de la littérature concernant les changements de pratique. Néanmoins, elle revient d'actualité car elle existe depuis les années 1990. Dans l'article " Compliance with hand hygiene" Hass & Larson, (2008) déclarent que l'hygiène des mains est simple, mais l'amélioration de la conformité ou bonne pratique requière la notion de leadership, de collaboration, d'accès aux SHA et de *feedback*. La notion de leadership est la seule, citée ci-dessus qui ne fait pas partie de la structure multimodale de l'OMS.

Dans notre recherche scientifique, nous avons rencontré dans nos articles analysés, l'effet Hawthorne ressort dans les articles de Reichardt et al (2010), Huis et al (2013). De plus, il a été évoqué comme limite dans d'autres études, Huis et al (2011) et Erasmus et al (2011) mais ces textes ne ressortent pas dans notre analyse car ils n'avaient pas de résultat dans leur étude. Selon le site psychologue du travail (<http://www.psychologuedutravail.com>), l'effet Hawthorne influence les résultats d'une étude en partant du principe que les sujets ayant conscience de participer à une expérience ont généralement une plus grande motivation. Nous nous sommes demandé si cet effet était vraiment négatif pour les bonnes pratiques des professionnels de la santé. Si les professionnels de la santé modifient leurs comportements lors d'une étude et qu'ils se rendent compte que cela améliore la sécurité des patients en diminuant les IAS, alors l'effet Hawthorne pourrait contribuer à améliorer le respect de l'hygiène des mains. Généralement, les études concernant l'hygiène des mains se font souvent à l'aide d'audits et sont répétées plusieurs fois. Ces audits permettraient aux professionnels de la santé d'adhérer aux "meilleures" pratiques. Donc nous pensons pouvoir le considérer un effet positif pour améliorer la sécurité du patient.

7.1 Ancrage disciplinaire

Dans les résultats que nous avons trouvés concernant l'implémentation de la structure multimodale, l'utilisation d'un outil d'évaluation et l'ajout de la notion de leadership, il existe des liens que nous pouvons rapprocher aux soins infirmiers. Dans le livre *Nursing Theorists and their work*, Martha R. Alligood (2010) reprend la théorie du "caring" de Jean Watson. Cette théorie peut être reprise à travers nos résultats.

Les quatre métaconcepts selon Watson démontrent l'importance de l'observance de l'hygiène des mains pour garantir un développement sécurisé dans un environnement sain et ainsi permettre à la personne de ne pas développer de maladie. De surcroît, les soins selon Watson doivent tenir compte de l'environnement externe et interne de la personne, tout comme l'hygiène des mains. L'hygiène des mains protège l'intérieur de la personne des germes extérieurs et évite de transmettre les germes d'une personne à une autre. Cette théorie est centrée sur la relation soignant/soigné, mais nous avons pu constater que l'approche de l'ensemble des métaconcepts de la théorie de J. Watson démontre l'aspect important de l'observance de l'hygiène des mains.

7.2 Limites de la revue de la littérature

Une première limite à relever concerne le caractère généralisable de notre travail. La majorité des articles sur lesquels nous avons travaillé se réfère à des études dans des hôpitaux très différents. En effet, force est de constater que les pays dans lesquels ces études ont été menées ne sont ni comparables économiquement ni culturellement. Ainsi, il est difficile d'attester avec certitude de la robustesse de nos résultats.

Une autre limite que nous avons rencontrée est le caractère restrictif de notre base de données. En effet, durant notre recherche, nous avons trouvé un grand nombre d'articles sur la thématique de l'hygiène des mains. Néanmoins, les articles concernant la structure multimodale de l'OMS ne sont pas prédominants dans ces bases de recherche. Il nous manquait des articles de type « Cochrane » pour renforcer notre travail. Ces articles « Cochrane » sont de haute qualité pour les

décisions de la santé, et auraient ainsi pu nous apporter des données supplémentaires intéressantes pour notre propos.

Enfin, une dernière limite à mentionner concerne la méthode de réalisation de notre travail. Comme suggéré par nos professeurs, nous avons commencé cette recherche en entreprenant une revue de la littérature, préalablement délimitée. Il aurait été intéressant d'effectuer un travail plus en profondeur telle qu'une méta-analyse, afin d'avoir des données statistiques ainsi qu'une analyse plus précise sur l'hygiène des mains dans le Monde. En procédant de cette manière, nous aurions ainsi pu tirer des conclusions plus globales concernant nos résultats.

Aux vues des limites méthodologiques de notre travail, nous concluons que de futures recherches sont nécessaires afin d'investiguer les différences interindividuelles, culturelles et économiques sur la non-observance de l'hygiène des mains dans certains pays.

8. Perspective pour la pratique

Notre article de recherche explique l'importance d'une structure multimodale afin d'améliorer le taux d'observance de l'hygiène des mains et de le maintenir.

Nous avons pu remarquer qu'il existe différents moyens pour avoir un taux élevé d'observance de l'hygiène de mains et de réduire la transmission des germes. Toutefois le meilleur moyen prouvé, à l'heure actuelle, est la structure multimodale de l'OMS. Il est important de développer cet outil dans les milieux hospitaliers, car quand cet outil est utilisé de manière adéquate c'est à dire en respectant chaque étape dans l'ordre, il a démontré d'excellents résultats par rapport à la réduction de IAS, même dans des pays à faible revenu. (Allegranzi et al, 2010)

Au fil des années de l'implémentation de la structure l'OMS, une baisse du taux d'observance a été observée, même si la structure a un schéma cyclique. Allegranzi et al. ont donc introduit la notion de leadership afin d'avoir un taux d'observance correct sur le long terme.

Comme perspective pour la pratique nous pourrions proposer d'introduire la notion de leadership au sein de la structure multimodale de l'OMS. Afin d'avoir un changement de pratique et d'adopter une approche systémique concernant la sécurité du patient. De ce fait nous pourrions donc proposer de développer une formation spécialisée pour enseigner aux cadres et aux infirmiers référents de l'hygiène dans les unités, à la notion de leadership et aux 5 outils de la structure multimodale de l'OMS.

La combinaison entre le leadership et le rappel des 5 outils de la structure, permettra d'améliorer le taux d'observance de l'hygiène des mains sur le long terme, d'améliorer les changements de pratique des soignants, par conséquent de réduire les IAS et augmenter le climat de sécurité des patients en milieu hospitalier.

Il serait pertinent que les établissements de soins bénéficiaires de l'implantation d'une structure multimodale informent globalement, les professionnels de l'ensemble des outils de la structure à travers les cadres et les infirmiers référents formés préalablement, afin d'avoir une idée des raisons des différentes étapes. Cette

perspective pourrait aussi être employée dans les établissements de soins bénéficiant déjà d'une structure multimodale, afin que le personnel soignant soit informé des outils de la structure et de leur but. L'objectif de cette perspective serait du point de vue de la profession infirmière que les soignants connaissent les cinq outils de la structure multimodale et leur importance.

Beaucoup de professionnels de la santé connaissent, par exemple les 5 indications de la friction des mains qui font partie d'une des étapes de la structure multimodale de l'OMS, mais ils ne connaissent pas la globalité de la structure. Ils ne se rendent pas compte que la réduction du taux des IAS ne dépend pas que d'eux, mais d'un ensemble. Peut-être qu'avec cette information, les professionnels de la santé auraient une vision plus complète des moyens mis en œuvre pour diminuer les IAS que le simple fait de se frictionner les mains.

9. Conclusion

En conclusion, notre travail tente de montrer à l'aide de plusieurs études qu'afin que les hôpitaux évitent à leurs patients de développer des IAS, il est nécessaire de mettre en place une structure multimodale complète agissant sur l'observance de l'hygiène des mains. Les établissements de santé pourraient alors agir efficacement sur le manque d'hygiène qui est le principal facteur de transmission de germe.

A l'aide de cette revue de la littérature, nous avons pu agrandir nos connaissances dans cette matière au fur et à mesure de l'avancée de notre travail et nous pensons avoir pu démontrer l'importance de cette structure multimodale et donc des raisons qui ont amené l'OMS à créer cette structure.

En plus du manque d'observance, il faut aussi tenir compte de la façon dont les soignants se frictionnent les mains. En effet, la bonne rigueur de l'hygiène des mains ne suffit pas si l'on ne s'aseptise pas correctement les mains.

Les soins infirmiers sont les garants de l'amélioration de l'hygiène des mains car ils sont le plus souvent en contact avec les patients. Il nous apparaît ainsi primordial d'avoir accès aux formations/éducations pour assurer une meilleure sécurité aux patients. L'accessibilité pour ces mises à jour dépend de la volonté de l'institution, puisque celle-ci a le devoir d'effectuer des contrôles réguliers pour garantir un taux d'observance permanent dans les services de soins.

Dans une perspective d'avenir pour les soins infirmiers, l'OMS a mis en place des sites pilotes pour sa stratégie multimodale : 8 sites ont été sélectionnés dans le monde (Bangladesh, Costa Rica, Hong Kong, Italie, Mali, Pakistan, Arabie Saoudite). Les résultats pour ces sites pilotes ont été concluants, le taux d'observance est passé de 39,6 % au départ à 56,9 % après la période d'intervention de 3 mois. Le deuxième résultat significatif est l'utilisation de SHA à 49,1 % de toutes les actions d'hygiène des mains au départ et à 70,6 % au cours du suivi. De plus, durant l'implémentation de la structure, les hôpitaux des sites pilotes avec l'aide de l'OMS, ont réussi à développer une production locale à moindre coûts pour six d'entre eux. Le troisième résultat indique qu'il y a une meilleure connaissance de l'importance de l'infection associée aux soins de santé et de l'hygiène des mains des travailleurs de

la santé. Pour finir, grâce à ces études pilotes, l'OMS a démontré la création ou le renforcement d'un climat de sécurité dans les établissements de santé, ainsi que la faisabilité de la mise en œuvre et de l'adaptabilité de la stratégie multimodale de l'OMS.

Pour les sites pilotes, la clé de la réussite pour la majorité d'entre eux, était que l'Etat apportait son soutien autant au niveau financier que législatif. Après la réédition des résultats, l'Etat a décidé de poursuivre l'implémentation de la structure à une plus grande échelle : par exemple d'un service à tout l'hôpital et de tout l'hôpital à un plan national.

Nos résultats montrent l'importance de l'implémentation d'une structure multimodale afin de maintenir le taux d'observance de l'hygiène des mains à un niveau optimal. En outre, nous avons pu constater qu'il existait un moyen supplémentaire afin d'améliorer l'effet d'une structure multimodale en y ajoutant la notion de leadership. En rajoutant par exemple, des infirmiers responsables de l'hygiène des mains dans certains services hospitaliers, nous assisterons probablement à une diminution de cette non-observance.

Enfin, en dernière réflexion de ce travail de Bachelor, nous désirons revenir sur le climat actuel des services hospitaliers. Aujourd'hui, nous nous dirigeons vers une augmentation de l'exigence des patients ce qui crée une tendance à les voir comme des clients. Pour eux, il est inacceptable de sortir de l'hôpital sans être guéri. Par conséquent, si un patient ressort de l'hôpital et développe par la suite une IAS à cause d'un manque d'hygiène des mains du personnel soignant, il serait en droit de demander réparation.

Cette évolution des rapports soignant/soigné peut avoir des effets néfastes directs, sur la prise en soins, puisqu'en traitant les patients comme des clients, nous les désindividualisons et avons ainsi tendance à ne plus les voir dans leur globalité. Qui plus est, cela ne semble pas réellement respecter le serment infirmier de Florence Nightingale (XIX^e siècle) qui stipule que l'on doit se dévouer « au bien-être de ceux qui sont laissés à ma garde » et s'abstenir « de toute pratique délictueuse ou malfaisante ». Ainsi, si le patient n'est pas traité comme tel, peut-être que ce dernier ressentirait la non implication du soignant et ne se sentirait pas respecté en tant qu'individu. Si cela est bien le cas, assiste-t-on véritablement à un manque d'éthique

de la part du personnel soignant ? Et est-il contraire au serment de percevoir les patients comme des clients ?

Par ailleurs, il convient de s'interroger aussi sur l'avenir du personnel soignant lorsque celui-ci ne respecte pas les règles de l'hygiène des mains. Comme nous l'avons mentionné précédemment, lorsqu'un patient contracte une IAS dans l'hôpital, c'est la structure de santé qui est immédiatement tenue responsable et des sanctions sont infligées au personnel. Nous devons donc nous interroger sur le climat de travail des infirmiers lorsque de telles conséquences peuvent apparaître suite à une simple erreur d'asepsie. Dans quelle mesure pouvons-nous travailler efficacement si lorsque de simples gestes du quotidien ne sont pas intégralement respectés ceux-ci peuvent avoir des conséquences tragiques sur les patients ?

En dernier lieu, la structure multimodale de l'OMS constitue-t-elle la solution idéale afin de prévenir ces risques sur la sécurité du patient ? De notre point de vue, la mise en place d'une telle structure ne sera jamais suffisante si celle-ci n'est pas respectée entièrement par le personnel soignant. Il est primordial d'avoir un soutien collectif des instances hiérarchiques des hôpitaux afin que chaque infirmier se sente libre de travailler dans un climat de confiance. De plus, il faudrait que les gestes de cette structure ne soient pas seulement respectés mais avant tout intégrés par le personnel soignant, afin que les cinq étapes du cycle deviennent des réflexes et non des devoirs.

10. Bibliographie

- Amalberti, R. (2012) *La sécurité des patients: évolution des concepts et des politiques*. Paris : La documentation Française
- Allegranzi, B., Sax, H., Bengaly, L., Richet, H., Minta, D.K., Chraïti, M.N., Sokona, F.M., Gayet-Ageron, A., Bonnabry, P. & Pittet, D. (2010) *Successful implementation of the World Health Organization hand hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa*. Chicago: Chicago Journals
- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work Seven Edition*. Riverport Lane : Mosby Elsevier
- Assemblée fédérale – Parlement suisse. (2012). *Infections hospitalières. Renversement du fardeau de la preuve*. Accès http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaeefte.aspx?gesch_id=20123103
- Association des victimes des infections nosocomiales. (2008). *Hygiène des mains : la première arme pour lutter contre les infections nosocomiales*. Accès <http://www.advin.org/documentation-specialisee/hygiene-des-mains-la-premiere-arme-pour-lutter-contre-les-infections-nosocomiales.html>
- Bouafia, N., Bouhlel, Z., Helali, R., Zinelabidine, R., Bouzayen, A., Zayri, I. & Njah. M. (2011). *L'hygiène des mains en milieu de soin : La fréquence mais aussi la qualité !*. Tunis : R.T.I
- Boyce , J.M. & Pittet, D. (2002). *Guideline for hand hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*. Genève : MMWR.
- Brennan, S., Bosch, M., Buchan, H. & Green, S. (2012) *Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments*. Londres: Implementation science

- Clayton Petty, W. (2009). *INFECTION CONTROL: Why Hand Washing Is Vital!*
Cherry Hill: American Society of PeriAnesthesia Nurses
- Eldridge, N.E., Woods, S.S., Bonello, R.S., Clutter, K., Ellingson, L., Harris, M.A., ...
Wright, S.M. (2006) *Using the six sigma process to implement the Centers for
Disease Control and Prevention Guideline for Hand Hygiene in 4 intensive care
units*. Allemagne: Journal of General Internal Medicine
- Erasmus, V., Huis, A., Oenema, A., Van Empelen, P., Boog, M., Van Beeck, H.,
Polinder, S., Steyerberg, E., Richardus, J.H., Vos, M. & Van Beeck, V.F.
(2011). *The ACCOMPLISH study. A cluster randomised trial on the cost-
effectiveness of a multicomponent intervention to improve hand hygiene
compliance and reduce healthcare associated infections*. Londres : BioMed
Central
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes
quantitatives et qualitatives 2^{ème} édition*. Montréal : Chenelière Education inc.
- Haas, J. & Larson, E. (2008) *Compliance with hand hygiene*. Philadelphie : Lippincott
Williams & Wilkins
- Ho, M.-L., Seto, W.H., Wong, L.C. & Wong, T.Y. (2012) *Effectiveness of multifaceted
hand hygiene interventions in long-term care facilities in Hong Kong: a cluster-
randomized controlled trial*. Chicago: Chicago Journals
- Huis, A., Holleman, G., Achterberg, T., Grol, R., Schoonhoven, L. & Hulscher, M.
(2013). *Explaining the effects of two different strategies for promoting hand
hygiene in hospital nurses : a process evaluation alongside a cluster
randomised controlled trial*. London : BioMed Central
- Huis, A., Schoonhoven, L., Grol, R., Borm, G., Adang, E., Hulscher, M., & Van
Achterberg, T. (2011). *Helping hands: A cluster randomised trial to evaluate the
effectiveness of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital
nurses*. Londres : Implementation Sciences

Martín-Madrado, C., Soto-Díaz, S., Cañada-Dorado, A., Salinero-Fort, M.A., Medina-Fernández, M., Carrillo de Santa Pau, E., Gómez-Campelo, P. & Abánades-Herranz, J.C. (2012) *Cluster randomized trial to evaluate the effect of a multimodal hand hygiene improvement strategy in primary care*. Chicago: chicago Journals

Médic Actu. (2014). *Le serment de Florence Nightingale* Accès <http://www.ifsip-ouarzazate.com/2107-serment-nightingale>

Michel, P. (2012) *Définition et repères épidémiologiques en matière de sécurité des patients*. Paris : La Documentation Française

Larousse. (2014). *Infection nosocomiale ou infection hospitalière*. Accès http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/infection_nosocomiale/13870

Larousse médical. (2006). *Infection associée aux soins*. Accès <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/513>

Leduc, L. (2008). *Audit sur l'observance de l'hygiène des mains: Unités de soins de la constituante HPLG*. Lanaudière

Loi K1-03. (2006). *Loi sur la santé*. Accès http://www.lexfind.ch/dtah/62115/3/rsg_k1_03.html

Lusardi, G. (2007). *Hand Hygiene*. Hoboken : John Wiley & Sons Ltd

Morlot, R. & Sales.Wuillemin, E. (2008) *Revue internationale de la psychologie: Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet: application à l'hygiène hospitalière*. Grenoble: Press univ. de Grenoble

OMS. (2005). *Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée): synthèse*. Accès http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_fr.pdf

- OMS. (2010). *Guide de mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains*. Accès
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf
- OMS. (2010). *Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins*. Accès
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf
- OMS. (2012). *L'OMS insiste sur l'importance d'une bonne hygiène des mains pour la sécurité des patients*. Accès
http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/hygiene_20120504/fr/
- OMS. (2013). *Sécurité du patient*. Accès http://www.who.int/topics/patient_safety/fr/
- OMS. (2014). *Pilot testing in the WHO Western Pacific Region (WPR)*. Accès
http://www.who.int/gpsc/country_work/pilot_sites/hong_kong/en/
- OMS. (2014). *Un soin propre est un soin plus sûr*. Accès
<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/fr/>
- OMS. (2014). *Testing the WHO Guidelines on hand hygiene in health care in eight pilot sites worldwide*. Accès
http://www.who.int/gpsc/country_work/pilot_sites/introduction/en/
- Oxman, A., Thomson, M., Davis, A. & Haynes, B. (1995) *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice*. Ottawa: Canadian Medical Association
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière 3^{ème} édition*. Montréal : Chenelière Education inc.
- Psychologue du Travail. (2009) *Effet Hawthorne*. Accès:
<http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/effet-hawthorne/>

- Reichardt, C., Königer, D., Bunte-Schönberger, K., Van der Lindena, B., Mönch, N., Schwabb, F., Behnke, M. & Gastmeier, P. (2013). *Three years of national hand hygiene campaign in Germany: what are the key conclusions for clinical practice?* Riverport Lane : Mosby Elsevier
- Salabert, D. (2008). L'hygiène en médecine général: Etat des lieux dans une commune des Hauts de Seine. (Thèse de doctorat en Médecine). Université Pierre Marie Curie, Paris.
- Sax, H., Clack, L., Touveneau, S., Jantarada, F., Pittet, D. & Zingg, W. (2013) *Implementation of infection control best practice in intensive care units throughout Europe: a mixed-method evaluation study.* Londres: Implementation science
- Service cantonal de la santé publique en collaboration avec les réseaux de soin. Médecin préventive hospitalière du centre hospitalier universitaire vaudois. (2011). *Hygiène prévention et contrôle de l'infection – Vaud.* Accès http://www.hpci.ch/hh_home/hh_docu_accueil/hh_docu_hpci_precautions-standard/hh_hpci_docu_ps_generalite.htm
- Stewardson, A. J., Allegranzi, B., Perneger, T.V., Attar, H. & Pittet D. (2012) *Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability.* Riverport Lane : Mosby Elsevier
- Swissnoso. (2013). *Infections nosocomiales en Suisse : environ 2000 décès par an Estimés par extrapolation* Accès http://www.swissnoso.ch/wp-content/uploads/2013/08/130823_epidemiologie-des-infections-nosocomiales-en-suisse10.pdf
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing.* New York, National League of Nursing N° 15-2236
- Yawson, A. E. & Hesse, A. A. (2013) *Hand hygiene practices and resources in a teaching hospital in Ghana.* Ghana: The Journal of Infection in Developing Countries

11. Liste des Annexes

Annexe I: Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins

Annexe II: Hygiène des Mains : Manuel Technique de Référence

Annexe III: La friction hydro-alcoolique Comment?

Annexe IV: Conseils pour l'Engagements des Patients et des Organisations de Patients en faveur des Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains

Annexe V: Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains: Modèle de Plan d'Action

Annexe VI: Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 (HHSAF)

Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins

Lorsqu'une stratégie de promotion de l'hygiène des mains est mise en œuvre dans votre établissement de soins, il est fondamental de veiller à maintenir cet élan et de pérenniser les améliorations obtenues.

Les établissements de soins concernés doivent déjà avoir défini des visions stratégiques à long terme et des plans d'actions pour que la promotion de l'hygiène des mains reste une priorité en matière de sécurité des patients. Une planification sur le long terme permet de maintenir le niveau de sensibilisation, d'obtenir les financements nécessaires et garantir un processus d'amélioration continue.

Votre établissement de soins a déjà mis en œuvre les 5 éléments fondamentaux de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains: les infrastructures nécessaires sont disponibles et fonctionnelles, un programme de formation au personnel soignant est proposé, des plans d'évaluations régulières des pratiques d'hygiène des mains et de surveillance des infections associées aux soins (IAS) sont définis, les rappels et incitatifs sont clairement affichés, distribués, diffusés dans les lieux de travail et les dirigeants font preuve de réelles qualités d'autorité et de gestion ainsi que de leur soutien à vos initiatives.

Ce document propose des activités et des outils complémentaires qui pourraient être mis en œuvre afin de consolider les résultats obtenus, de maintenir l'élan et d'assurer la pérennisation de la stratégie d'amélioration. Ce document permet aussi d'aider d'autres établissements de soins à tirer les enseignements de vos expériences. L'équipe du Premier Défi Mondial de l'OMS pour la Sécurité des Patients porte le plus grand intérêt à tous les projets de mise en œuvre de ces initiatives ou d'autres initiatives qui ne sont pas citées ci-après.

La liste des outils et activités complémentaires n'est pas exhaustive.



ACTIVITES	DETAILS
<p>Outils d'apprentissage en ligne</p>	<p>De nombreux programmes de formation actuels impliquent une interaction entre formateur et personne en formation. Les supports de formation en ligne ne peuvent pas se substituer entièrement à ces programmes de formation – par exemple, les ateliers pratiques et les démonstrations des techniques de friction hydro-alcoolique ou de lavage au savon et à l'eau sont plus efficaces dans le cadre d'interactions et de discussions personnalisées.</p> <p>L'apprentissage en ligne peut s'avérer particulièrement utile lorsqu'un grand nombre de personnels soignants doit être formé. Cette forme d'apprentissage à distance permet également de réduire l'investissement nécessaire du formateur en temps et en énergie. Enfin, il facilite le suivi du processus d'apprentissage.</p> <p>Des programmes d'apprentissage en ligne, dans le domaine de la médecine et des soins, utilisés conjointement à des formations conventionnelles (apprentissage mixte) se sont avérés particulièrement efficaces. L'apprentissage en ligne devrait constituer une stratégie complémentaire associée aux méthodes d'enseignements classiques.</p> <p>Les contraintes de l'apprentissage en ligne sont liées aux compétences informatiques, à un accès limité à des ordinateurs ou à une connexion Internet dans certains établissements. La conception d'un module d'apprentissage en ligne peut prendre beaucoup de temps et requiert des compétences spécifiques de la part du formateur.</p> <p>Les contenus de la formation adaptés au visionnage en ligne ou au téléchargement, à la convenance de la personne en formation, sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La transmission des IAS,▪ Les conséquences des IAS au niveau mondial,▪ Les conséquences et l'impact des améliorations dans votre établissement sur les IAS,▪ Les attentes du personnel soignant en matière de promotion de l'hygiène des mains dans votre établissement,▪ La simulation des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains »,▪ La simulation d'activités cliniques pour la formation des observateurs▪ Autres activités de formation sur la base de scénarios <p>Les supports d'apprentissage en ligne présentent les avantages suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Le visionnage à la convenance de la personne en formation,▪ Les faibles coûts d'exploitation de ces supports (sans considérer les coûts de production),▪ La disponibilité et l'accessibilité immédiate à ces supports pour tout nouveau personnel soignant, évitant l'organisation de sessions de formation pour tout nouveau personnel et épargnant les coûts qui en découlent, les contrôles des participations;▪ Le partage des informations et des expériences avec d'autres établissements de soins pour aider à améliorer les pratiques de l'hygiène des mains,▪ L'effet stimulant et la facilitation du retour d'information.

ACTIVITES	DETAILS
Symposiums, conférences et débats	<p>Les conférences ou symposiums traitant des aspects fondamentaux de la prévention des infections associées aux soins (IAS) et de l'importance de l'hygiène des mains peuvent motiver le personnel soignant et leur rappeler l'importance de l'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains », notamment lorsque l'impact en clinique peut être démontré.</p> <p>Encourager la participation du personnel soignant, ouvrir un forum de discussion et souligner les efforts réalisés par le personnel soignant ont permis d'augmenter le taux d'observance et de réduire les IAS. Lorsque les données d'impact sur la morbidité et la mortalité sont disponibles cela permet de renforcer la motivation et de gagner le soutien du personnel soignant.</p> <p>Ces symposiums ou conférences pourraient traiter des aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La pertinence, toujours actuelle, de l'antisepsie des mains dans la réduction des maladies cliniques – vendre l'hygiène des mains sur un marché bondé ;▪ Hygiène des mains : une responsabilité constante de tous les personnels soignants ;▪ Programme d'hygiène des mains mis en œuvre dans votre établissement – et après ?▪ Poursuite et renforcement de l'analyse des données et restitution des résultats en interne ;▪ Comment l'amélioration de l'hygiène des mains a-t-elle permis de réduire les IAS, la morbidité et la mortalité dans l'établissement – regard sur le nombre de vies sauvées grâce à l'amélioration de l'hygiène des mains.▪ Jumelage avec un autre établissement – Comment tirer les enseignements et aider d'autres établissements à tirer profit de notre succès ?▪ Au vu des excellentes ressources et du programme de formation mis en œuvre dans notre établissement, comment se fait-il que l'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » ne soit pas de 100% ? Est-ce réalisable, et quand ?▪ Quelles sont les indications les plus difficiles à respecter dans notre établissement et pourquoi ?▪ L'établissement doit-il appliquer une politique de tolérance « zéro » en matière d'observance à l'hygiène des mains ?▪ Le personnel soignant doit-il être tenu personnellement responsable de la non-observance aux recommandations relatives à l'hygiène des mains ?▪ Comment susciter ou renforcer la participation du patient dans le cadre de la promotion de l'hygiène des mains ?

**Présentation et/ou
publication des
résultats obtenus
dans votre
établissement
concernant les
infections
associées aux soins
(IAS)**

Le partage des données relatives aux améliorations des pratiques d'hygiène des mains dans votre établissement, en particulier sur la façon dont ces améliorations ont contribué à l'instauration d'un climat favorable à la sécurité des patients et à la réduction des IAS (et de leur morbidité et mortalité) permettraient de :

- Enrichir les ressources bibliographiques mettant en évidence l'importance de l'hygiène des mains,
- Aider d'autres établissements et personnels soignants à comprendre l'importance de l'hygiène des mains et à mettre en œuvre des plans d'actions efficaces de promotion de l'hygiène des mains dans le monde,
- Elever le niveau de votre établissement au rang de centre garantissant la sécurité des patients et appliquant les normes relatives au contrôle des infections,
- Motiver le personnel soignant à poursuivre ses efforts en matière d'hygiène des mains.

Les soumissions de manuscrits à des revues médicales ou de soins infirmiers à politique éditoriale, ou de résumés lors de conférences locales, nationales ou internationales, présentent un véritable intérêt. Ces soumissions fourniraient des références bibliographiques utiles au programme de l'OMS pour la Sécurité des Patients ou à d'autres professionnels ou organisations de santé dans leurs communications et leurs efforts de promotion de l'hygiène des mains et de réduction des IAS.



ACTIVITES	DETAILS
Documents de réflexion sur l'hygiène des mains	<p>En plus des publications de données sur l'amélioration de l'hygiène des mains dans votre établissement, les personnels soignants pourraient être intéressés eux-mêmes à produire des revues, des articles, des commentaires en matière d'hygiène des mains et sur son impact sur la sécurité des patients. Ces publications pourraient traiter de préoccupations et questions d'intérêt local, régional ou mondial.</p>
Participation des patients	<p>Bien que la responsabilité de la pratique de l'hygiène des mains incombe entièrement aux professionnels soignants, la stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains considère l'implication des patients comme un facteur promoteur de l'hygiène des mains, permettant d'améliorer l'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains », y compris leurs encouragements à pratiquer l'hygiène des mains de manière appropriée. La pratique de l'hygiène des mains devant le patient contribuerait à renforcer son sentiment de sécurité.</p> <p>La sensibilisation du patient à l'hygiène des mains et sa compréhension de l'hygiène des mains sont des éléments importants dont il faut tenir compte dans les plans d'actions à long terme. Toutefois, la mise en œuvre d'une stratégie de participation des patients requiert le soutien inconditionnel des professionnels, à tous les niveaux de l'organisation. Des sessions d'information pourraient s'avérer nécessaires pour rassurer le personnel soignant quant aux objectifs de cette stratégie, c'est-à-dire réduire des effets adverses sur les patients, et reporter ainsi leur adhésion.</p> <p>Les Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009) suggèrent que la participation des patients soit présentée comme une composante de la stratégie de promotion de l'hygiène des mains aux principaux décideurs.</p> <p>La participation des patients pourrait comprendre les activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Instaurer un réseau pour le soutien individuel, mais aussi des organisations des personnels soignants, des responsables locaux, des défenseurs et supporters des causes de santé, des représentants et conseillers des patients,▪ Engager les organisations de patients à user de leur influence pour obtenir le financement des initiatives sur le long terme,▪ Distribuer des feuillets et autres affiches d'information destinées aux patients, les mettre à disposition dans les lieux de passage et fréquentés au cours du séjour dans l'établissement. Porter l'information sur ce que le patient est en droit d'attendre en matière d'hygiène des mains et sur la façon dont il peut encourager et soutenir la promotion de l'hygiène des mains. Les patients ou les organisations de patients devraient être impliqués dans la conception de ces documents.▪ Développer un protocole destiné aux observateurs non spécialistes. <p>Se référer également aux « Conseils pour l'Engagement des Patients et des Organisations de patients en faveur des Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains ». Ce document donne des conseils détaillés sur la façon de collaborer avec les patients et les organisations de patients.</p>

ACTIVITES	DETAILS
<p>Mise en commun des expériences : en interne</p>	<p>Selon les Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009), il est important que les équipes de direction ou les professionnels de santé qualifiés et fiables partagent leur expertise en hygiène des mains avec les personnels soignants moins expérimentés ou nouvellement recrutés pour les motiver et remporter leur adhésion à l'hygiène des mains. Cette approche a été décrite comme ayant une influence positive sur l'observance à l'hygiène des mains, en particulier, du personnel médical.</p> <p>Quelques exemples d'activités possibles sont proposés ci-dessous.</p> <p>Binômes</p> <p>Le système « binôme », associant un soignant peu expérimenté ou nouvellement recruté à un soignant expérimenté et formé, peut être mis en œuvre. Au sein du binôme le soignant expérimenté serait chargé de :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Souligner l'importance de l'hygiène des mains et expliquer l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains »,▪ Expliquer les initiatives, politiques et directives de l'établissement en matière d'hygiène des mains (ainsi que les pénalités ou récompenses attribuées en cas de non observance ou d'observance),▪ Présenter les données de l'établissement qui mettent en évidence les améliorations de l'hygiène des mains qui ont été obtenues et leur impact sur la réduction des IAS, de la morbidité et de la mortalité,▪ Désigner les ressources de l'établissement pour l'hygiène des mains,▪ Faire des démonstrations des techniques de friction hydro-alcoolique et de lavage au savon et à l'eau et expliquer quand l'usage de gants est indiqué,▪ Fournir les informations et leurs supports ainsi que le matériel didactique,▪ Suivre et évaluer l'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » du nouveau collaborateur, dans le cadre d'une observation continue et d'un système de retour d'informations. <p>Ce système de binôme peut motiver les personnels soignants confirmés et moins expérimentés à pratiquer une hygiène des mains optimale.</p> <p>Bulletins d'informations internes</p> <p>Les bulletins d'informations internes distribués aux personnels soignants peuvent être utilisés pour :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Fournir les informations actualisées sur les activités menées et les améliorations constatées en matière d'hygiène des mains,▪ Mettre en valeur les situations, les individus, les équipes ou les unités de soins dont les performances se sont avérées particulièrement appropriées,▪ Annoncer les sessions de formation, les présentations, les débats ou les publications à venir. <p>Déjeuners-débats</p> <p>Des présentations brèves conduites par des unités de soins ou des personnels soignants clés peuvent constituer des outils de motivation et d'éducation. Ces présentations peuvent servir à :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Explorer les problèmes relatifs à l'hygiène des mains dans son unité ou service,▪ Expliquer comment ces problèmes sont gérés,▪ Mettre en évidence les améliorations et progrès réalisés,▪ Discuter des principaux enseignements tirés de ces activités,▪ Considérer et anticiper les prochaines étapes et les options futures.

ACTIVITES	DETAILS
	<p>Focus Groups ou groupes de discussion</p> <p>Dans ce contexte, la technique des groupes de discussion peut aider les personnels soignants qui ont déjà suivi les sessions régulières de formation à l'hygiène des mains, à exprimer leurs perceptions, attitudes, convictions et difficultés à pratiquer l'hygiène des mains, en particulier pour certaines indications spécifiques, et à discuter à l'aide d'un modérateur la complexité des changements de comportement que l'on attend d'eux. Les groupes de discussion peuvent avoir lieu au niveau d'une unité de soins ou d'un service de façon à cibler la discussion sur les pratiques quotidiennes. Ces groupes doivent être conduits par un modérateur, qui doit être un soignant expérimenté, formé à l'hygiène des mains et reconnu comme modèle en la matière.</p> <p>Tournées de promotion internes</p> <p>Les établissements de soins peuvent envisager l'organisation de tournées thématiques régulières de promotion en interne (au moins une fois par an) qui pourraient avoir lieu tous les 5 mai dans chaque unité de soins ou service afin de :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Montrer les techniques d'hygiène des mains,▪ Expliquer les activités entreprises pour atteindre les objectifs à long terme en matière d'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains »,▪ Apposer des affiches et informations sur les pratiques appropriées,▪ Présenter (de manière informelle) l'évolution des données d'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains ».

ACTIVITES	DETAILS
<p>Mise en commun des expériences : en externe</p>	<p>Les établissements de soins faisant preuve d'excellence en matière d'hygiène des mains pourraient souhaiter partager leur expérience avec d'autres établissements où la stratégie de promotion de l'hygiène des mains est initiée, au niveau local ou international. Ces échanges contribueraient ainsi à soutenir les efforts réalisés au niveau mondial en faveur de l'hygiène des mains, de sauver des vies, et à procurer une certaine renommée aux établissements.</p> <p>La mise en commun des expériences peuvent être envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation d'une étude de cas illustrant votre expérience que le Programme de l'OMS pour la Sécurité des Patients pourrait exploiter et qui permettrait de faire connaître votre succès aux autres établissements de soins dans le monde entier : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en ligne sur le site Internet du Programme de l'OMS pour la Sécurité des Patients (www.who.int/gpsc/5may/en/) ○ Pour accéder aux modèles pour la présentation d'une étude de cas : www.who.int/gpsc/5may/en/ ○ Soyez créatif ! Considérez la présentation de l'étude de cas sous forme de film. Cf. exemples sur www.youtube.com ▪ Communication avec les autorités sanitaires locales et, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Proposer de présenter votre cas d'étude à d'autres établissements, ○ Encourager le personnel soignant d'autres établissements à venir visiter votre établissement afin de se former aux pratiques d'hygiène des mains. ▪ Jumelage avec un autre établissement pour l'accompagner dans les démarches suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprendre l'importance de l'hygiène des mains, ○ Etablir un plan d'action efficace pour la promotion de l'hygiène des mains, ○ Obtenir le financement des ressources nécessaires. ▪ Partage des supports de formation (tels que les outils d'apprentissage en ligne) ▪ Publication des données relatives à l'amélioration de l'hygiène des mains dans des manuscrits soumis à un comité de lecture ou présenter les données lors de conférences locales, nationales ou internationales. ▪ Contact avec le rédacteur en chef local de la publication de votre profession de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire vos objectifs et vos succès. ○ Demander s'il accepterait d'écrire un article sur le sujet dans un prochain numéro ou de publier un article que vous avez écrit.
<p>Responsabilité personnelle du personnel soignant et/ou</p> <p>Récompense pour bonne observance</p>	<p>Lorsqu'un établissement de soins met à disposition du personnel soignant toutes les ressources possibles permettant la pratique de l'hygiène des mains, celui-ci peut décider de la responsabilité individuelle du personnel soignant en cas de non-observance aux recommandations.</p> <p>La reconnaissance des pratiques d'hygiène des mains appropriées et de l'observance aux « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » est importante en termes de motivation. Elle peut également stimuler une émulation entre les soignants, encourageant une meilleure observance à l'hygiène des mains dans l'ensemble de l'établissement.</p> <p>Envisager la manière de récompenser les pratiques exemplaires dans votre établissement. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer l'hygiène des mains dans les objectifs personnels du personnel soignant, et les plans de carrière ; ▪ Organisation de concours pour la préparation d'affiche ou de gadget par le personnel soignant, soit individuellement soit en groupe, avec remise de prix



(selon l'aspect visuel, la conformité conceptuelle, l'utilisation) ;

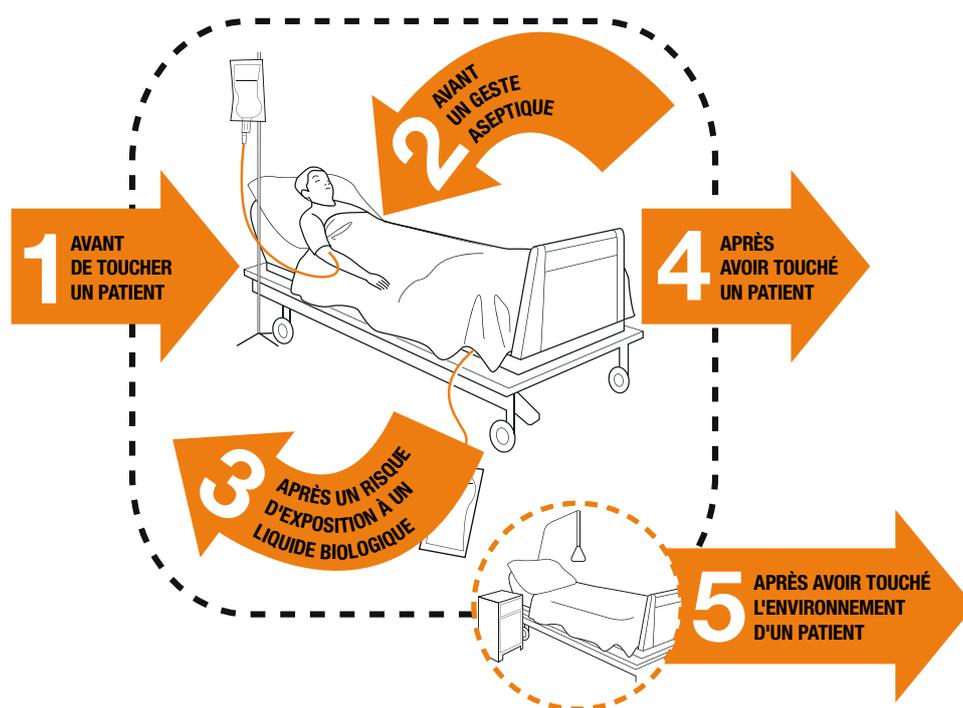
- Reconnaître et remercier publiquement les personnels soignants/équipes/unités de soins/services ayant fait preuve d'une observance exemplaire aux « 5 indications de l'hygiène des mains » à l'occasion de l'évènement de 5 mai.
 - Cet évènement pourrait inclure une remise de prix.
- Annonces dans les bulletins d'information internes ou lors de réunions formelles ou informelles.

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



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Hygiène des mains : manuel technique de référence : a l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs des pratiques d'hygiène des mains.

1.Lavage mains - normes. 2.Hygiène. 3.Infection hospitalière - prévention et contrôle. 4.Soins aux patients. 5.Manuel. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Sécurité des Patients OMS.

ISBN 978 92 4 259860 5

(Classification NLM: WB 300)

© **Organisation mondiale de la Santé 2010**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

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



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	4
------------------	----------

PARTIE I – LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET L’HYGIENE DES MAINS	7
I.1 Qu’est-ce qu’une infection associée aux soins ?	
Quelles en sont les conséquences pour la sécurité du patient ?	7
I.2 Quel est le rôle des mains dans la transmission des germes ?	7
I.3 Quelle est la place de l’hygiène des mains dans la prévention des infections associées aux soins ?	7
I.4 Comment pratiquer l’hygiène des mains ?	8
I.5 Quand pratiquer l’hygiène des mains ?	9
I.5.1 Le concept des « 5 Indications de l’Hygiène des Mains »	9

PARTIE II –LA PRATIQUE, L’ENSEIGNEMENT ET L’EVALUATION DE L’HYGIENE DES MAINS	11
II.1 L’application des « 5 Indications de l’Hygiène des Mains »	11
II.1.1 1 La zone patient	11
II.1.2 L’environnement de soins	12
II.1.3 Le contact avec un patient et son environnement	12
II.2 Les professionnels de santé concernés par l’hygiène des mains	12
II.3 Les activités de soins et les indications	12
II.4 Les indications et les actions d’hygiène des mains	12
II.5 Mieux comprendre les cinq indications	13
II.5.1 L’Indication 1 : Avant de toucher un patient	13
II.5.2 L’Indication 2 : Avant un geste aseptique	14
II.5.3 L’Indication 3 : Après un risque d’exposition à un liquide biologique	15
II.5.4 L’Indication 4 : Après avoir touché un patient	15
II.5.5 L’Indication 5 : Après avoir touché l’environnement d’un patient	16
II.5.6 Les cinq indications au cours d’une séquence de soins	17
II.6 Les indications de l’hygiène des mains et l’usage des gants médicaux	17

PARTIE III – L'OBSERVATION DES PRATIQUES D'HYGIENE DES MAINS	19
III.1 Le but de l'observation	19
III.2 L'observation directe des pratiques d'hygiène des mains	19
III.3 Les règles de l'observation	19
III.4 L'observateur et son rôle	19
III.5 L'opportunité à l'hygiène des mains	20
III.6. L'action d'hygiène des mains vue par l'observateur	20
III.7 L'observance à l'hygiène des mains	21
III.8 La méthodologie d'observation	21
III.8.1 Le Formulaire d'Observation	23
III.8.2 Le formulaire de Calculs d'Observance de Base	25

PARTIE IV – LES AUTRES ASPECTS DE L'HYGIENE DES MAINS	29
IV.1 Des mains sûres	29
IV.2 Des mains soignées	29

PARTIE V – BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE	31
--	-----------

ANNEXE – FORMULAIRES D'OBSERVATION ET DE CALCULS D'OBSERVANCE	32
--	-----------

GLOSSAIRE

Produit hydro-alcoolique

Préparation (solution, gel ou mousse) contenant de l'alcool, à appliquer sur les mains pour inactiver les micro-organismes présents et stopper temporairement leur multiplication. Ces préparations peuvent contenir différents types d'alcools et autres principes actifs additionnés d'excipients et d'agents hydratants.

Geste aseptique

Activité de soins impliquant un contact direct ou indirect avec une muqueuse, une peau lésée ou un dispositif médical invasif. Au cours de l'exécution de ce geste, aucun germe ne doit être transmis au patient.

Liquides biologiques

Substance ou liquide provenant de l'organisme :

- Sang ;
- Excrétions : urines, selles, vomissements, méconium, lochies ;
- Sécrétions : sécrétions muqueuses, salive, larmes, sperme, colostrum, lait maternel, cérumen, vernix caseosa (jusqu'au premier bain) ;
- Exsudats et transsudats, à l'exception de la sueur : liquide lymphatique, liquide pleural, liquide céphalo-rachidien, liquide d'ascite, liquide synovial, liquide amniotique, pus ;
- Par extension : échantillons organiques (tissus, cellules, organes, moelle osseuse, placenta).

Site critique

Le site critique est associé à un risque infectieux. Il correspond soit à un site corporel ou à un dispositif médical qui doit être protégé de tout germe (site critique présentant un risque infectieux pour le patient), soit à un site corporel ou à un dispositif médical soumettant les mains (du soignant) à un risque d'exposition à des liquides biologiques et aux micro-organismes présents dans le sang (site critique présentant un risque d'exposition à des liquides biologiques). Un site critique peut soumettre à la fois le patient et les professionnels aux risques décrits ci-dessus simultanément.

Gants médicaux

Gants utilisés pour les procédures médicales et de soins :

- Gants de soins stériles ou non stériles ;
- Gants chirurgicaux
- Gants de chimiothérapie.

Soins des mains

Soins de prévention des lésions et de l'irritation de la peau.

Hygiène des mains

Terme générique désignant toute action visant à réduire ou inhiber la présence et la croissance de la flore microbienne sur les mains, généralement par friction des mains avec un produit hydro-alcoolique ou lavage des mains au savon et à l'eau.

Indication de l'hygiène des mains

Raison justifiant la pratique de l'hygiène des mains.

Opportunité à l'hygiène des mains

Moment lors des activités de soins où une action d'hygiène des mains est nécessaire pour interrompre la transmission de germes par les mains. L'opportunité constitue le dénominateur du calcul de l'observance à l'hygiène des mains qui met en rapport le nombre de fois où les professionnels soignants pratiquent l'hygiène des mains au nombre de fois où la pratique est requise.

Friction hydro-alcoolique des mains

Application d'un produit hydro-alcoolique sur les mains visant à réduire ou inhiber la croissance de micro-organismes. L'action ne nécessite ni l'usage d'eau courante, ni de rinçage ou séchage des mains à l'aide d'essuie-mains ou autre matériel.

Dispositif médical invasif

Tout dispositif médical pénétrant dans l'organisme, soit par un orifice naturel, soit par effraction de la peau ou d'une muqueuse.

Colonisation

Présence et croissance de micro-organismes sans invasion ou lésion tissulaire.

Infection

Invasion des tissus ou d'une partie du corps par des micro-organismes et multiplication de ces micro-organismes, provoquant une lésion tissulaire ou évoluant vers une maladie manifeste due au déclenchement d'une série de mécanismes cellulaires ou toxiques.

CONTEXTE

Les infections associées aux soins (IAS) constituent une menace sérieuse dont l'impact économique pour les patients et les systèmes de santé dans le monde entier est significatif. Pourtant, la pratique de l'hygiène des mains – le simple fait d'assurer l'antisepsie des mains au moment opportun et de manière appropriée – permettrait de sauver des vies.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a développé les *Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009)*, basées sur l'évidence pour aider les établissements de soins à promouvoir et améliorer l'hygiène des mains et ainsi réduire la fréquence des IAS.

Le Manuel Technique de Référence en Hygiène des Mains a été conçu pour faciliter la compréhension des professionnels soignants de l'application de l'hygiène des mains là où ils exercent, conformément aux *Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins*.

Ce Manuel Technique de Référence, conçu pour une utilisation dans tout établissement de soins, décrit en détail l'hygiène des mains. Destiné aux professionnels soignants, aux formateurs et aux observateurs, il s'attache principalement à développer la compréhension, la pratique et l'enseignement des concepts de l'hygiène des mains afin d'aider à comprendre son importance et son application dans la prévention de la transmission de micro-organismes. Ce manuel est essentiel car il fournit des informations complètes sur l'application des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » et sur la pratique de l'observation de l'hygiène des mains. Des exemples pratiques et visuels sont également proposés. Ce manuel facilite l'approfondissement des connaissances sur les moments opportuns et sur la manière appropriée de pratiquer l'hygiène des mains et sur l'observation de ces pratiques. Il peut être utilisé à l'appui des sessions de formation et d'éducation et accompagner le processus d'évaluation de l'observance et de restitution des données relevées lors des sessions d'observation. Les buts ultimes de ce manuel sont l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains, la réduction des IAS, la préservation des ressources et des vies.

PARTIE I

LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS ET L'HYGIENE DES MAINS

I.1 QU'EST-CE QU'UNE INFECTION ASSOCIEE AUX SOINS ? QUELLES EN SONT LES CONSEQUENCES POUR LA SECURITE DES PATIENTS ?

Une infection associée aux soins (IAS), également connue comme infection nosocomiale, est une « infection acquise par un patient au cours des soins délivrés à l'hôpital ou dans tout autre établissement de soins, qui n'était ni présente, ni en incubation au moment de son admission. Cela inclut également les infections contractées au cours des soins mais qui ne se déclarent qu'après la sortie de l'hôpital ainsi que les infections contractées par les professionnels soignants dans le cadre de leurs activités ».

Cette définition souligne clairement que la survenue de ces infections est associée à la dispensation de soins et qu'elles peuvent résulter, même si ce n'est pas toujours le cas, d'une défaillance des systèmes et procédures de soins ou du comportement humain. Ces infections représentent un problème considérable pour la sécurité des patients.

Les IAS sévissent partout dans le monde et affectent des centaines de millions de patients dans les pays développés comme dans les pays en développement. Dans les pays développés, les IAS touchent 5 à 10% des patients admis dans les établissements de soins intensifs. Dans les pays en développement, le risque est 2 à 20 fois plus élevé et le pourcentage de patients affectés est parfois supérieur à 25%. Au-delà des conséquences physiques et morales subies par les patients et leurs familles, les IAS représentent une charge financière élevée pour les systèmes de santé et engagent des ressources qui pourraient être allouées au financement de mesures préventives ou d'autres actions prioritaires.

I.2 QUEL EST LE ROLE DES MAINS DANS LA TRANSMISSION DES GERMES ?

Les micro-organismes (germes) à l'origine des IAS sont des virus, des champignons, des parasites et, plus fréquemment, des bactéries. Aussi bien les micro-organismes présents sur la peau ou sur les muqueuses des patients (micro-organismes endogènes) que les micro-organismes transmis d'un patient à un autre, par le personnel soignant ou par l'environnement du patient (micro-organismes exogènes) sont à l'origine des IAS. Dans la plupart des cas, les mains du personnel soignant sont le véhicule de transmission de la source au patient ;

néanmoins, les patients eux-mêmes peuvent également être à l'origine de contaminations. Les micro-organismes sont transmis d'un patient à un autre, d'un site corporel à un autre, ou de l'environnement au patient et vice versa. Au cours des soins délivrés aux patients, les mains du personnel soignant sont progressivement colonisées par des germes potentiellement pathogènes et en l'absence de pratique de l'hygiène des mains, plus les soins durent longtemps, plus le degré de contamination et les risques potentiels associés pour la sécurité des patients sont élevés.

Le risque de transmission et les effets nocifs potentiels surviennent à n'importe quels moments au cours des soins et affectent particulièrement les patients vulnérables, immunodéprimés et/ou équipés de dispositifs médicaux invasifs (sonde urinaire, cathéter intraveineux, sonde endotrachéale ou drain).

I.3 QUELLE EST LA PLACE DE L'HYGIENE DES MAINS DANS LA PREVENTION DES IAS ?

Plusieurs études ont clairement démontré que la mise en œuvre de programmes structurés de contrôle des infections permet de réduire, à moindre coût, le nombre des IAS. Certaines études ont notamment montré que des résultats similaires pouvaient être obtenus dans les pays et établissements de soins disposant de ressources limitées.

Les principes du contrôle des infections reposent sur des précautions simples et bien établies dont l'efficacité a été démontrée et largement reconnue. Les Précautions « Standard » intègrent ces principes de base du contrôle des infections requis dans tous les établissements de soins. Leur application s'étend à chaque patient recevant des soins, quels que soient ses diagnostics, ses facteurs de risque et son statut infectieux présumé, dans le but de prévenir l'acquisition d'infections par les patients et les professionnels soignants.

L'hygiène des mains est au cœur des Précautions « Standard » et incontestablement la mesure la plus efficace pour le contrôle des infections. Elle s'applique également aux situations où les « précautions d'isolement » spécifiques sont nécessaires (précautions additionnelles basées sur les modes de transmission : par le contact, par les gouttelettes ou par l'air). Son importance est soulignée dans l'ensemble des stratégies multimodales d'amélioration de la qualité dont l'objectif est la prévention d'infections spécifiques, telles que la

bactériémie primaire en lien avec le cathéter vasculaire ou l'infection urinaire en lien avec le sondage vésicale, les infections du site chirurgical et les pneumonies associées à la ventilation mécanique.

I.4 COMMENT PRATIQUER L'HYGIÈNE DES MAINS ?

L'hygiène des mains peut être pratiquée par friction avec un produit hydro-alcoolique ou par lavage au savon et à l'eau. La technique et le produit utilisé pour pratiquer l'hygiène des mains permettent de décontaminer les mains au cours des soins des germes potentiellement pathogènes.

La friction hydro-alcoolique

La méthode la plus efficace pour une hygiène des mains optimale est la friction des mains avec un produit hydro-alcoolique. Selon les *Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins*, lorsqu'un produit hydro-alcoolique est disponible, il doit être utilisé en première intention pour la pratique de l'antisepsie des mains de routine (recommandation IB). Les produits hydro-alcooliques présentent les avantages immédiats suivants :

- L'élimination de la plupart des germes (y compris des virus),
- La rapidité de la procédure (20 à 30 secondes),
- La disponibilité du produit sur le lieu des soins*,
- La tolérance cutanée,
- La non-nécessité d'infrastructures spécifiques (réseau d'alimentation en eau propre, lavabo, savon, essuie-mains).

L'utilisation concomitante de savon et de produit hydro-alcoolique n'est pas recommandée (recommandation II).

Dans le cadre de l'hygiène des mains de routine, le personnel soignant doit pratiquer l'hygiène des mains à l'endroit et au moment de la réalisation des soins, c'est-à-dire sur le lieu de soins* et aux moments opportuns, ce qui rend nécessaire l'usage d'un produit hydro-alcoolique.

Le lavage des mains

Le lavage des mains au savon et à l'eau est indiqué lorsque les mains sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques, en cas d'exposition présumée ou avérée à des germes sporulés ou après être allé aux toilettes (recommandation II).

L'efficacité de l'hygiène des mains, par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau (Figures 1.a et 1.b) dépend de plusieurs facteurs :

Figure 1.a



- la qualité du produit hydro-alcoolique (conformité aux normes européennes et américaines),
- la quantité de produit utilisée,
- La durée de la procédure (friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau),
- La surface des mains à frictionner ou laver.

Les actions d'hygiène des mains sont plus efficaces lorsque la peau des mains ne présente aucune lésion, lorsque les ongles sont naturels, courts et non vernis, et lorsque les mains et les avant-bras ne portent aucun bijou et sont découverts (cf. Chapitre 4. Autres aspects de l'hygiène des mains).

Il est important de respecter chaque étape des techniques de l'hygiène des mains pour des mains sûres au cours des soins (Figures 1.a et 1.b).

* **Lieu de soins** : Lieu de convergence de trois éléments – le patient, le professionnel en contact avec le patient et le soin ou traitement délivré au patient. La notion de « lieu de soins » fait référence à la disponibilité et l'accessibilité d'un produit pour l'hygiène des mains pour les professionnels soignants (ex. produit hydro-alcoolique lorsqu'il est disponible), à l'endroit même où ils pratiquent les soins au patient (dans la zone du patient). Cela implique que le produit sur le lieu de soins doit être à portée de main, au plus près des professionnels, sans qu'ils aient besoin de quitter la zone du patient.

La disponibilité du produit sur le lieu de soins est réalisée au moyen des flacons de poche individuels, des distributeurs muraux, des distributeurs fixés sur les lits ou tables de nuit des patients, ou sur les chariots et autres plateaux amenés sur le lieu de soins.

Figure 1.b



I.5 QUAND PRATIQUER L'HYGIENE DES MAINS ?

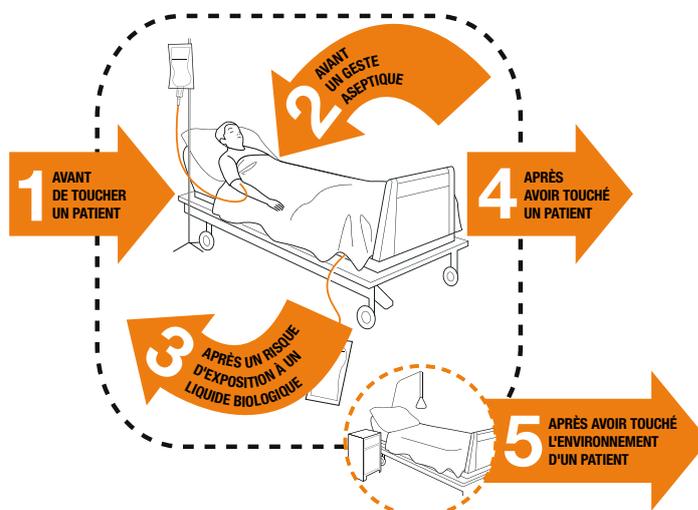
L'observance comme la non-observance à l'hygiène des mains ont des conséquences sur la transmission des germes et le développement des IAS. L'hygiène des mains n'est pas une option, une question de bon sens ou simplement une opportunité ; elle répond à des indications survenant au cours des activités de soins, justifiées par le risque de transmission de germes. Afin de minimiser les différences dans la manière dont ces indications sont comprises et mises en application par les professionnels soignants, les formateurs et les observateurs, il est fondamental que ces indications soient universellement compréhensibles et que leurs définitions ne laissent pas de place à l'interprétation. De plus, pour l'évaluation des pratiques d'hygiène des mains et la restitution des résultats dans le cadre d'une promotion continue, il est essentiel que les observateurs possèdent une compréhension claire et objective des indications de l'hygiène des mains.

I.5.1 Le concept des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains »

Le concept des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » propose une vision commune à l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs visant à limiter les variations interpersonnelles dans la compréhension et ainsi conduire efficacement à une amélioration de l'observance des pratiques d'hygiène des mains partout dans le monde. Ce concept, basé sur l'évidence, intègre les

Figure 2.

Les 5 indications de l'hygiène des mains



indications de l'hygiène des mains énoncées dans les *Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins* (cf. Partie II des *Recommandations*) et les synthétise en cinq indications génériques requérant la pratique de l'hygiène des mains. Cette approche, centrée sur l'utilisateur et le patient, a pour objectif l'assimilation de l'hygiène des mains dans les activités de soins qui s'appliquent à un large éventail d'établissements de soins et de professionnels des soins.

La décision d'aborder le problème de l'hygiène des mains à l'aide d'un concept synthétique centré sur cinq indications a pour ambition de faciliter la compréhension des moments à risque de transmission de germes par les mains, de les mémoriser et de les intégrer aux activités de soins. Les « 5 Indications de l'Hygiène des mains » (cf. Figure 2) constituent l'approche de référence pour la mise en œuvre, la formation et l'évaluation des pratiques d'hygiène des mains. Ce concept va au-delà de l'énumération (non exhaustive) des actions et des situations de soins nécessitant la pratique de l'hygiène des mains ; il ne définit pas des problèmes ou situations de soins spécifiques et multiples mais se concentre sur les moments critiques d'une séquence de soins nécessitant l'hygiène des mains. En aucune manière ce concept vise à diminuer les indications de l'hygiène des mains. Il s'agit d'un outil qui permet de les identifier précisément, et qui indirectement permet de discerner lorsque l'hygiène des mains n'est pas nécessaire.

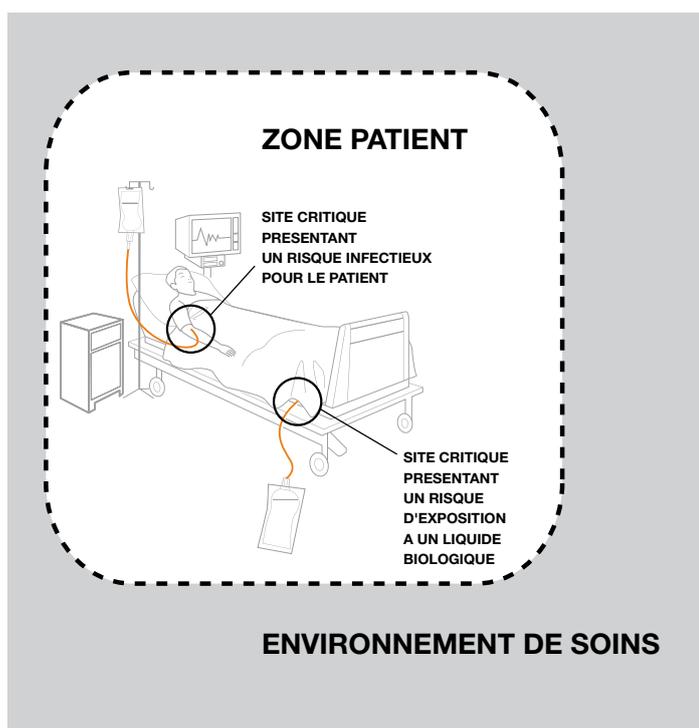
PARTIE II

LA PRATIQUE, L'ENSEIGNEMENT ET L'EVALUATION DE L'HYGIENE DES MAINS

II.1 L'APPLICATION DES « 5 INDICATIONS DE L'HYGIENE DES MAINS »

La nécessité de pratiquer l'hygiène des mains est étroitement liée aux activités du personnel soignant dans l'environnement des patients. Du point de vue de chaque patient, l'environnement dans lequel il reçoit des soins se compose de deux zones géographiques virtuelles : la *zone patient* et l'*environnement de soins*, comme illustré par la Figure 3.

Figure 3.



II.1.1 La zone patient

Les « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » découlent des contacts survenant à l'intérieur de la *zone patient*, lors des soins pratiqués dans cette zone.

La *zone patient* est un espace qui comprend le patient lui-même et son environnement immédiat qui contient les surfaces et objets qui lui sont **temporairement** et **exclusivement** dédiés (Figure 3), c'est-à-dire le patient ainsi que toutes les surfaces inertes touchées par le patient ou en contact direct avec lui (par exemple : literie, barrières de lit, chaise, table de nuit, tubulure de perfusion, moniteur de surveillance, boutons sur les appareils médicaux et toute autre surface).

La zone patient n'est pas une zone géographique statique (c'est-à-dire une zone entourant le patient et comprenant son lit ainsi que le mobilier et les équipements qui lui sont associés) mais la zone qui entoure le patient à tout instant. Elle « accompagne » le patient dans l'environnement de soins, où qu'il soit et aille. Ce concept ne s'applique pas seulement à un patient alité mais également aux patients assis ou recevant des soins de physiothérapie dans une zone de traitement commune (Figure 4). En conséquence, le concept des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » s'applique également aux situations créant une zone patient « temporaire » (par exemple : lorsque le patient va aux toilettes). La *zone patient* peut varier considérablement en fonction de l'unité de soins, de la durée du séjour hospitalier et du type de soins délivrés.

Figure 4.



La *zone patient* est contaminée par la propre flore bactérienne du patient. Par conséquent, chaque objet destiné à être réutilisé doit être décontaminé avant d'entrer et de quitter cette zone. Tout objet qui n'est pas habituellement dédié aux soins dispensés au patient et qui est fréquemment déplacé dans l'environnement des soins ne doit jamais être considéré comme faisant partie de l'environnement du patient, indépendamment de sa proximité au patient (par exemple, le dossier et la feuille de température du patient, le support au dossier informatisé, les stylos, etc.). Les effets personnels du patient font partie de la *zone patient* puisqu'ils ne doivent pas en sortir. De plus, les objets et surfaces temporairement exposés au patient, tels que les surfaces des salles de bains communes ou une table de physiothérapie ou de radiologie, doivent être décontaminés après leur utilisation par le patient.

II.1.2 L'environnement de soins

L'*environnement de soins* correspond à l'ensemble des surfaces d'un établissement de soins, en dehors de la zone d'un patient donné, et comprend tous les autres patients et leurs zones respectives, ainsi que l'environnement commun. L'*environnement de soins* est caractérisé par la présence de nombreux germes, y compris de germes multi-résistants. La pratique de l'hygiène des mains, selon les 5 indications lors des soins dispensés aux patients dans leurs zones respectives, permet de prévenir la contamination de l'*environnement de soins* par les germes dont les patients sont porteurs.

II.1.3 Le contact avec un patient et son environnement

Le patient est une personne qui reçoit des soins impliquant un contact direct ou indirect (par l'intermédiaire d'un objet).

Il existe différents types de contact :

- Contact avec la peau intègre et les effets personnels du patient ;
- Contact avec les muqueuses, une peau lésée, un dispositif médical correspondant à un site critique présentant un risque infectieux pour le patient (illustrés par l'accès vasculaire, cf. Figure 3) ;
- Contact potentiel ou effectif avec un liquide biologique correspondant à un site critique présentant un risque d'exposition à des liquides biologiques (illustré par l'urine collectée dans une poche, cf. Figure 3), y compris un contact avec une muqueuse ou une peau lésée (sites critiques avec un risque infectieux pour le personnel soignant) ; et
- Contact avec les objets dans l'environnement du patient.

Chaque type de contact justifie une ou plusieurs indications de l'hygiène des mains, précédant ou suivant un acte, afin de prévenir la transmission de germes au patient, au professionnel soignant ou dans l'environnement de soins.

II.2 LES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES PAR L'HYGIENE DES MAINS

Tous les professionnels soignants en contact direct ou indirect avec les patients et leurs environnements respectifs, au cours de leurs activités, sont concernés par l'hygiène des mains. Le mode de transmission des germes diffère d'une activité de soins à l'autre, mais l'ampleur du risque associé à la transmission de germes dans un contexte spécifique est généralement inconnue. C'est la raison pour laquelle toute personne impliquée dans la dispensation de soins est responsable de la prévention de la transmission microbienne lorsqu'un contact direct ou indirect motive des indications de l'hygiène des mains. Dans un environnement de soins, toutes les activités impliquant un contact direct ou indirect avec des patients sont considérées comme des activités de soins ; cela signifie qu'en dehors du personnel administratif, tous les professionnels, indépendamment du domaine dans lequel ils exercent, sont potentiellement concernés par l'hygiène des mains au cours de leur activité professionnelle.

II.3 LES ACTIVITES DE SOINS ET LES INDICATIONS

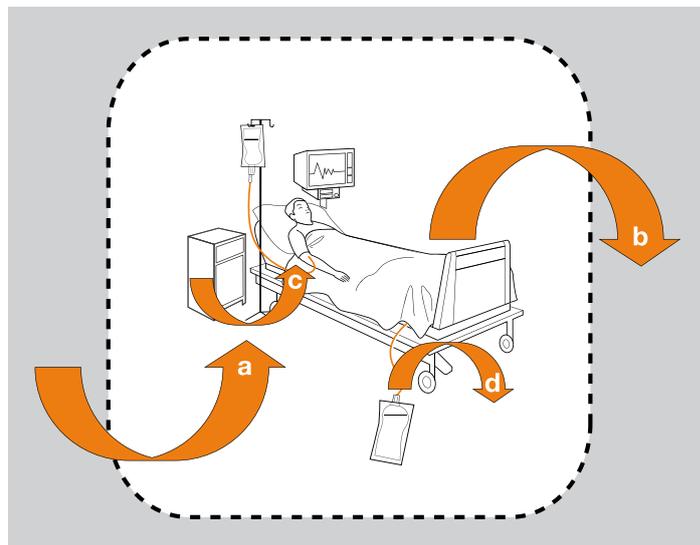
L'activité de soins peut être décrite comme une succession d'actes au cours desquels les mains des professionnels touchent des surfaces de natures diverses (mains du patient, muqueuses, cathéter intraveineux, table de nuit, instrument médical, déchets, aliments, urines). La transmission de germes d'une surface à une autre doit être interrompue étant donné que chaque contact représente une source potentielle de contamination des mains et par les mains des professionnels. Dès qu'il y a un risque de transmission de germes, les indications de l'hygiène des mains s'appliquent dans l'intervalle de temps entre deux contacts.

... ➔ CONTACT 1 ➔ [INDICATION(S)] ➔ CONTACT 2 ➔ [INDICATION(S)] ➔ ...

Les indications de l'hygiène des mains ont les objectifs suivants :

- Interrompre la transmission des germes par les mains (Figure 5) a) entre l'*environnement de soins* et la *zone patient* ; b) entre la *zone patient* et l'*environnement de soins* ; c) à un site critique présentant un risque infectieux pour le patient (par exemple, une muqueuse, une peau lésée, un dispositif médical invasif) ; d) à partir du sang ou d'autres liquides biologiques.
- Prévenir a) la colonisation du patient par des agents pathogènes (notamment multi-résistants) ; b) la propagation de germes (notamment multi-résistants) dans l'*environnement de soins* ; c) les infections provoquées par des germes endogènes essentiellement ; d) la colonisation et l'infection des professionnels soignants.

Figure 5. *Environnement de soins* et *zone patient* : dynamique de la transmission des germes.



II.4 LES INDICATIONS ET LES ACTIONS D'HYGIENE DES MAINS

La pratique efficace de l'hygiène des mains implique la sensibilisation des professionnels soignants à ces indications, aux moments où elles surviennent au cours des activités de soins. L'action d'hygiène des mains peut être réalisée par friction avec un produit hydro-alcoolique ou par lavage au savon et à l'eau.

Une indication est la raison de l'hygiène des mains à un moment donné. Elle est justifiée par le risque de transmission de germes d'une surface à une autre. Une indication se rapporte à un type de contact spécifique. Les indications décrites dans ce manuel s'appliquent aux activités de soins de routine. Elles ne s'appliquent pas aux procédures nécessitant la préparation chirurgicale des mains.

Les indications de l'hygiène des mains ne correspondent pas au début et à la fin d'une séquence ou d'une activité de soins. Elles se présentent lorsque les mains d'un professionnel se déplacent d'une zone géographique à une autre (de l'*environnement de soins* à la *zone patient*, et vice versa), d'un site critique à un autre site corporel du patient et vice versa (par exemple : d'un site critique présentant un risque d'exposition à un liquide biologique à un simple contact avec le patient), ou encore à distance du patient (par exemple : d'un environnement de soins à un site critique pour le patient).

Selon l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » de l'OMS, les indications de l'hygiène des mains synthétisent les indications décrites dans les *Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins* en cinq moments-clés lors desquels la pratique de l'hygiène des mains est nécessaire au cours des activités de soins (cf. tableau ci-dessous).

Ce concept se distance de l'énumération (jamais exhaustive) des actes et des situations de soins nécessitant la pratique de l'hygiène des mains. Il permet simplement d'identifier les moments essentiels de l'hygiène des mains qui ponctuent de multiples séquences et situations de soins. En aucune manière le concept n'a pour ambition de réduire la pratique de l'hygiène des mains. En revanche, cet outil permet de distinguer les moments où l'hygiène des mains est requise ainsi que ceux où elle n'est pas nécessaire.

Tableau. Correspondance entre les indications et les recommandations de l'OMS

Les 5 Indications	Recommandations consensuelles <i>Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009)</i>
1. Avant de toucher un patient	D.a) Avant et après avoir touché un patient (IB)
2. Avant un geste aseptique	D.b) Avant de manipuler un dispositif médical invasif pour les soins au patient, indépendamment du port de gants (IB) D.d) Au moment de passer d'un site corporel contaminé à un autre site corporel lors des soins à un même patient (IB)
3. Après un risque d'exposition à un liquide biologique	D.c) Après avoir touché des liquides biologiques ou excréments, des muqueuses, une peau lésée ou un pansement (IA) D.d) Au moment de passer d'un site corporel contaminé à un autre site corporel lors des soins à un même patient (IB) D.f) Après avoir retiré des gants stériles (II) ou non stériles (IB)
4. Après avoir touché un patient	D.a) Avant et après avoir touché un patient (IB) D.f) Après avoir retiré des gants stériles (II) ou non stériles (IB)
5. Après avoir touché l'environnement d'un patient	D.e) Après avoir touché des surfaces et objets inanimés (matériel médical inclus) à proximité immédiate du patient (IB) D.f) Après avoir retiré des gants stériles (II) ou non stériles (IB)

II.5 MIEUX COMPRENDRE LES CINQ INDICATIONS

Deux des cinq indications de l'hygiène des mains s'appliquent **avant** un contact ou une procédure de soins ; les trois autres s'appliquent **après** un contact ou une exposition à des liquides biologiques. Les indications « **avant** » soulignent la nécessité de prévenir tout risque de transmission microbienne au patient. En revanche, les indications « **après** » visent à prévenir les risques de transmission microbienne au personnel soignant et dans l'environnement de soins (c'est-à-dire aux autres patients, à leurs environnements respectifs et à l'environnement de soins). Lors d'une séquence de soins, plusieurs indications peuvent coïncider au même moment. Si en pareille situation une seule action d'hygiène des mains est requise, il n'empêche que chaque indication et le risque qui lui est inhérent doivent être évalués séparément.

II.5.1 L'Indication 1 : Avant de toucher un patient

Quand : Pratiquer l'hygiène des mains en approchant le patient, avant de le toucher. Cette indication est déterminée par le contact précédent avec l'environnement de soins et le contact suivant avec le patient.

Pourquoi : Pour prévenir la transmission de germes de l'environnement de soins au patient et ainsi le protéger d'une colonisation et, dans certains cas, d'une infection exogène par des germes présents sur les mains du personnel soignant.

Remarques : Cette indication s'applique avant le contact avec la peau intacte et les vêtements du patient ; l'action d'hygiène des mains peut être réalisée avant de pénétrer dans la zone patient, en se dirigeant vers le patient ou immédiatement avant de le toucher. Un contact avec les surfaces de l'environnement du patient peut avoir lieu en touchant des objets de la zone du patient, le contact avec le patient lui-même. La pratique de l'hygiène des mains n'est pas nécessaire avant de toucher ces surfaces mais avant de toucher le patient. L'action

d'hygiène des mains réalisée avant un contact « initial » avec le patient n'a pas besoin d'être répétée lors des contacts suivants de nature similaire avec le patient et avec l'environnement du patient pour autant que les mains du professionnel soignant n'aient pas quitté la zone patient.

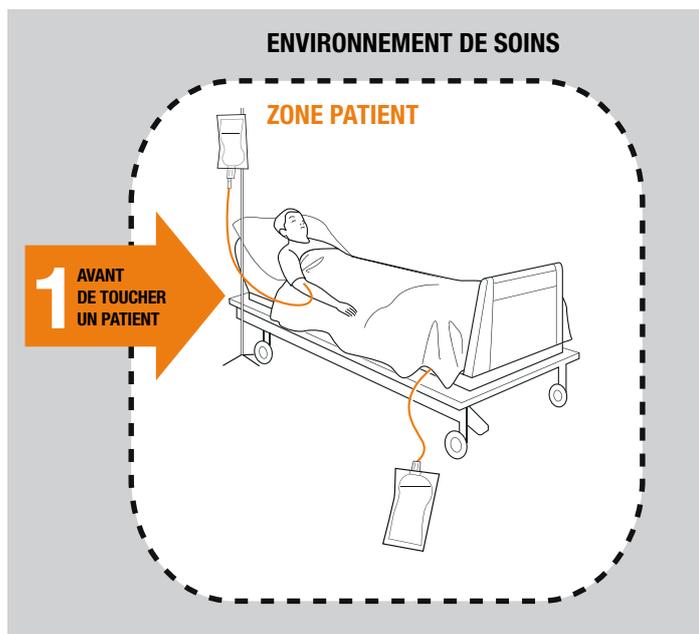
Situations illustrant le contact direct avec le patient :

- a) Avant de serrer la main d'un patient ou de caresser le front d'un enfant ;
- b) Avant d'assister un patient dans ses activités quotidiennes : aide à la mobilisation, à la toilette, à l'habillage, etc. ;
- c) Avant de dispenser des soins et tout autre traitement non invasif : application d'un masque à oxygène, pratique d'un massage ;
- d) Avant de réaliser un examen clinique non invasif : mesure des pulsations et de la tension artérielle, auscultation des poumons, enregistrement d'ECG.

Exemple pratique :

Contact avec l'environnement de soins précédant l'indication	Indication 1 Avant de toucher un patient	Contact avec un patient justifiant l'indication 1
Le soignant pénètre dans une chambre commune, pousse un chariot et ouvre les rideaux du box d'un patient	Le soignant pratique l'hygiène des mains	Le soignant déplace la table de nuit du patient pour atteindre le patient et lui serre la main ou Le soignant serre la main du patient puis déplace la table de nuit.

Figure 6.a



II.5.2 L'Indication 2 : Avant un geste aseptique (sur un site critique présentant un risque infectieux pour le patient)

Quand : Pratiquer l'hygiène des mains immédiatement avant d'accéder à un site critique présentant un risque infectieux pour le patient. Cette indication est déterminée par le contact précédent avec toute surface de l'environnement de soins ou de la zone patient (y compris avec le patient lui-même) ainsi que par toute autre procédure de soins impliquant un contact direct ou indirect avec des muqueuses, une peau lésée ou un dispositif médical invasif.

Pourquoi : Pour prévenir la transmission de germes au patient et d'un site corporel à un autre chez un même patient par inoculation.

Remarque : Si des gants sont utilisés pour exécuter le geste aseptique, l'hygiène des mains doit être pratiquée avant d'enfiler les gants.

L'indication n'est pas déterminée par la séquence de soins (réfection de pansement ou injection) mais par le contact direct ou indirect avec des muqueuses, une peau lésée ou un dispositif médical invasif.

Tout professionnel exerçant en amont du contact direct, impliqué dans la préparation de matériel, de substance devant entrer en contact avec des muqueuses ou de la peau lésée par ingestion ou inoculation (personne chargée de la stérilisation, pharmacien, cuisinier) est concernée par cette indication de l'hygiène des mains.

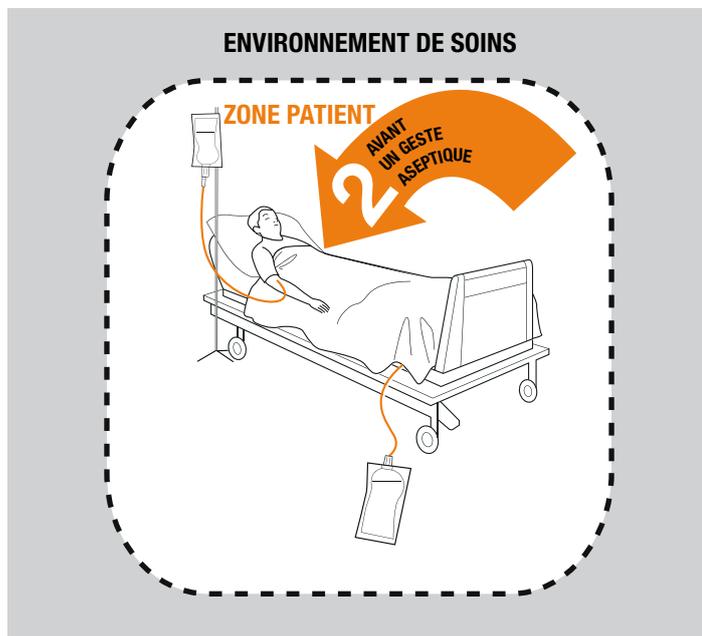
Situations illustrant des gestes aseptiques :

- a) Avant d'exécuter des soins bucco-dentaires, d'instiller des gouttes oculaires, de réaliser un toucher rectal ou un examen vaginal, un examen ORL (bouche, nez, oreille) avec ou sans instrument, d'introduire un suppositoire ou un pessaire, d'aspirer des mucosités ;
- b) Avant de faire un pansement de plaie, avec ou sans instrument, d'appliquer une pommade, de réaliser une injection ou ponction percutanée ;
- c) Avant d'insérer un dispositif médical invasif (canule nasale, sonde naso-gastrique, sonde endotrachéale, sonde urinaire, cathéter percutané, drain), avant d'ouvrir le circuit d'un dispositif médical invasif (alimentation, administration de médicaments, drainage, aspiration, mesure de pression) ;
- d) Avant de préparer et de toucher des aliments, des médicaments, des produits pharmaceutiques, du matériel stérile.

Exemple pratique :

Contact avec une surface précédant l'indication	Indication 2 : Avant un geste aseptique	Contact avec la peau lésée justifiant l'indication 2
Le soignant prépare le matériel nécessaire à une prise de sang, pratique l'antisepsie de la peau et pose le garrot.	Le soignant pratique l'hygiène des mains	Le soignant enfle des gants et insère l'aiguille dans la veine.

Figure 6.b



II.5.3 L'Indication 3 : Après un risque d'exposition à un liquide biologique

Quand : Pratiquer l'hygiène des mains dès que le geste impliquant l'exposition effective ou potentielle à un liquide biologique est terminé (et après le retrait des gants). Cette indication est déterminée par l'existence d'un contact (même minime ou non visible) avec du sang ou tout autre liquide biologique et d'un contact ultérieur avec toute autre surface, comprenant le patient lui-même, l'environnement du patient ou l'environnement de soins.

Pourquoi : Pour protéger le professionnel d'une colonisation ou d'une infection par les germes dont le patient est porteur et pour protéger l'environnement de soins d'une dissémination de ces germes.

Remarque : Si le professionnel porte des gants au moment de l'exposition à un liquide biologique, il doit les retirer immédiatement après l'exposition et pratiquer l'hygiène des mains.

L'action d'hygiène des mains peut être différée hors de la zone patient, si le professionnel doit évacuer du matériel (par exemple, drain abdominal) dans un lieu approprié, et à condition qu'il ne touche rien d'autre que ce matériel avant de pratiquer l'hygiène des mains.

Tout professionnel exerçant en aval des soins effectivement dispensés directement au patient, mais impliquant la manipulation de liquide biologique (technicien de laboratoire, médecin pathologiste), de matériel contaminé et souillé (personne chargée de la stérilisation), de déchets contaminés et souillés (personnes travaillant à la maintenance ou à la voirie) est concerné par cette indication de l'hygiène des mains.

Situations illustrant le risque d'exposition à un liquide biologique :

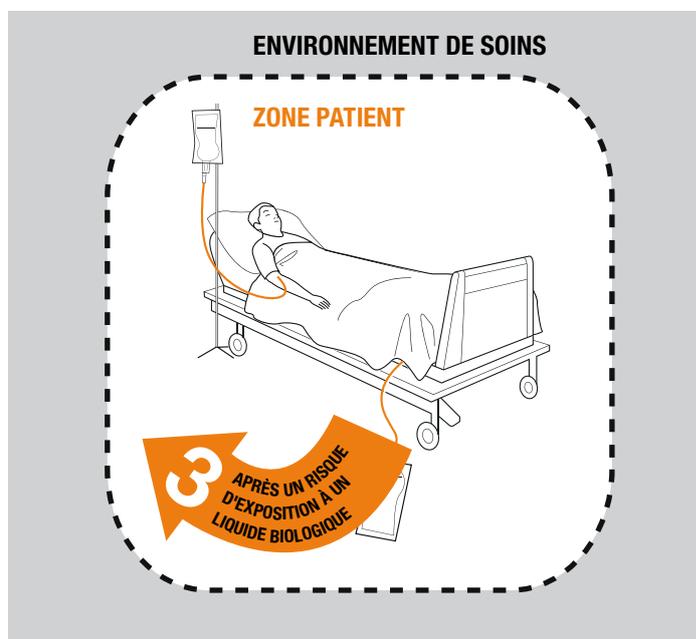
- a) Après un contact avec une muqueuse ou une peau lésée ;
- b) Après avoir pratiqué une injection ou ponction percutanée ; après l'insertion d'un dispositif médical invasif (accès vasculaire,

- cathéter, sonde, tube, drain, etc.) ; après l'ouverture d'un circuit connecté à un dispositif médical invasif ;
- c) Après le retrait d'un dispositif médical invasif ;
- d) Après le retrait de protection absorbante (couche, pansement, gaze, serviette hygiénique, etc.) ;
- e) Après la manipulation d'un échantillon de matière organique ; après le nettoyage d'excréments et d'autres liquides biologiques ; après le nettoyage de toute surface contaminée et d'équipement souillé (litière souillée, dentier, instrument médical, urinal, bassin, toilettes, etc.).

Exemple pratique :

Risque d'exposition à un liquide biologique justifiant l'indication 3	Indication 3 : Après un risque d'exposition à un liquide biologique	Contact avec un patient, son environnement ou l'environnement de soins suite à l'indication 3
Le soignant change la literie souillée du patient, retire le bassin d'un patient alité, dépose les draps dans un sac et retire ses gants.	Le soignant pratique l'hygiène des mains.	Le soignant aide le patient à se remettre au lit.

Figure 6.c



II.5.4 L'Indication 4 : Après avoir touché un patient

Quand : Pratiquer l'hygiène des mains en quittant le patient et son environnement, après avoir touché le patient. Cette indication est déterminée par l'existence d'un contact avec la peau intacte ou les vêtements du patient ou avec une surface de l'environnement du patient (suite au contact avec le patient) et par le contact à venir avec une surface de l'environnement de soins.

Pourquoi : Pour protéger le professionnel d'une colonisation ou d'une infection par les germes dont le patient est porteur et pour protéger l'environnement de soins de la dissémination de ces germes.

Remarque : L'action d'hygiène des mains peut être différée hors de la zone patient, si le professionnel doit évacuer du matériel dans un lieu approprié et à condition qu'il ne touche rien d'autre que ce matériel avant de pratiquer l'hygiène des mains.

L'indication 4 ne peut être dissociée de l'indication 1.

Lorsque le professionnel touche le patient directement, puis touche un autre objet de l'environnement du patient avant de quitter la zone patient, c'est l'indication 4 (et non l'indication 5) qui s'applique.

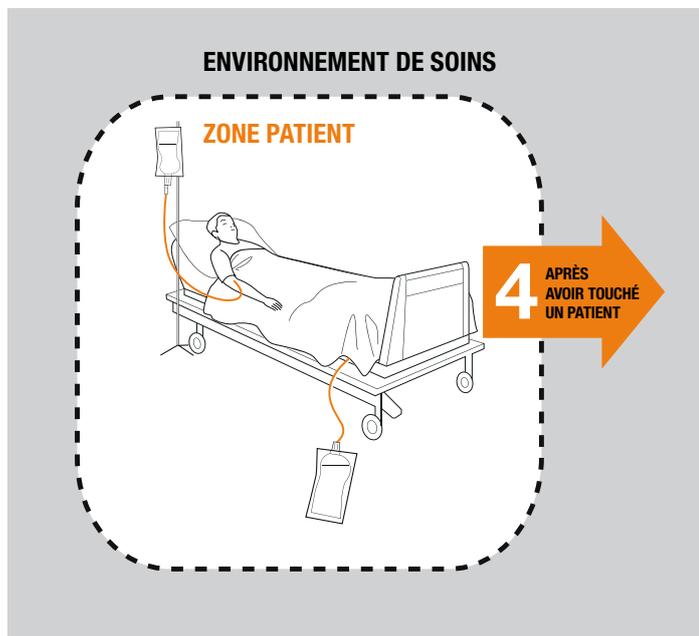
Situations illustrant le contact direct :

- a) Après avoir serré la main d'un patient ou caressé le front d'un enfant ;
- b) Après avoir assisté un patient dans ses activités quotidiennes : aide à la mobilisation, à la toilette, à l'habillage, etc. ;
- c) Après avoir réalisé un examen clinique non invasif : mesure des pulsations et de la tension artérielle, auscultation des poumons, enregistrement d'ECG ;
- d) Après avoir dispensé des soins ou tout autre traitement non invasif : changement de la literie avec patient alité, application d'un masque à oxygène, pratique d'un massage.

Exemple pratique :

Contact avec un patient et son environnement justifiant l'indication 4	Indication 4 : Après avoir touché un patient	Contact dans l'environnement de soins consécutif à l'indication 4
Le soignant aide le patient à s'asseoir dans son lit.	Le soignant pratique l'hygiène des mains.	Le soignant répond au téléphone.

Figure 6.d



II.5.5 L'Indication 5 : Après avoir touché l'environnement d'un patient

Quand : Pratiquer l'hygiène des mains en quittant l'environnement du patient, après avoir touché un objet ou du mobilier, à l'exclusion de tout contact avec le patient. Cette indication est déterminée par l'existence du contact avec des objets et surfaces inertes de l'environnement du patient (sans avoir touché le patient) et par le contact suivant avec une surface de l'environnement de soins.

Pourquoi : Pour protéger le professionnel de la colonisation par les germes dont le patient est porteur, susceptibles d'être présents sur les surfaces ou objets de l'environnement du patient et pour protéger l'environnement de soins de la dissémination de ces germes.

Remarque : L'indication 4 « après avoir touché un patient » et l'indication 5 « après avoir touché l'environnement du patient » ne peuvent jamais coïncider étant donné que l'indication 5 exclut dans sa définition le contact avec le patient et que l'indication 4 ne s'applique qu'après un contact avec le patient.

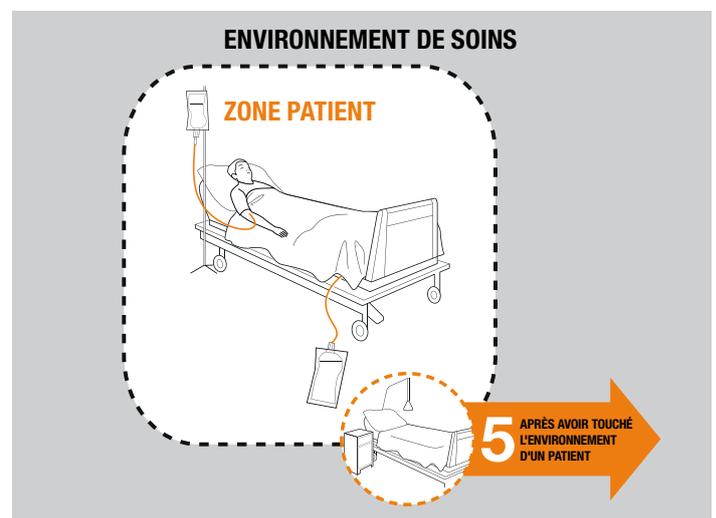
Situations illustrant les contacts avec l'environnement du patient :

- a) Après les tâches d'entretien : changement de la literie, (patient non alité) ; relèvement des barrières de lit ; nettoyage de la table de nuit ;
- b) Après les activités relatives aux soins : réglage d'un débit de perfusion, annulation d'alarmes de monitoring, etc. ;
- c) Après tout autre contact avec des surfaces ou objets (à éviter dans la mesure du possible) : s'appuyer contre un lit ou une table de nuit.

Exemple pratique :

Contact avec l'environnement du patient justifiant l'indication 5	Indication 5 : Après avoir touché l'environnement du patient	Contact dans l'environnement de soins consécutif à l'indication 5
Le soignant retire les draps d'un lit inoccupé et les dépose dans un sac.	Le soignant pratique l'hygiène des mains.	Le soignant répond au téléphone.

Figure 6.e



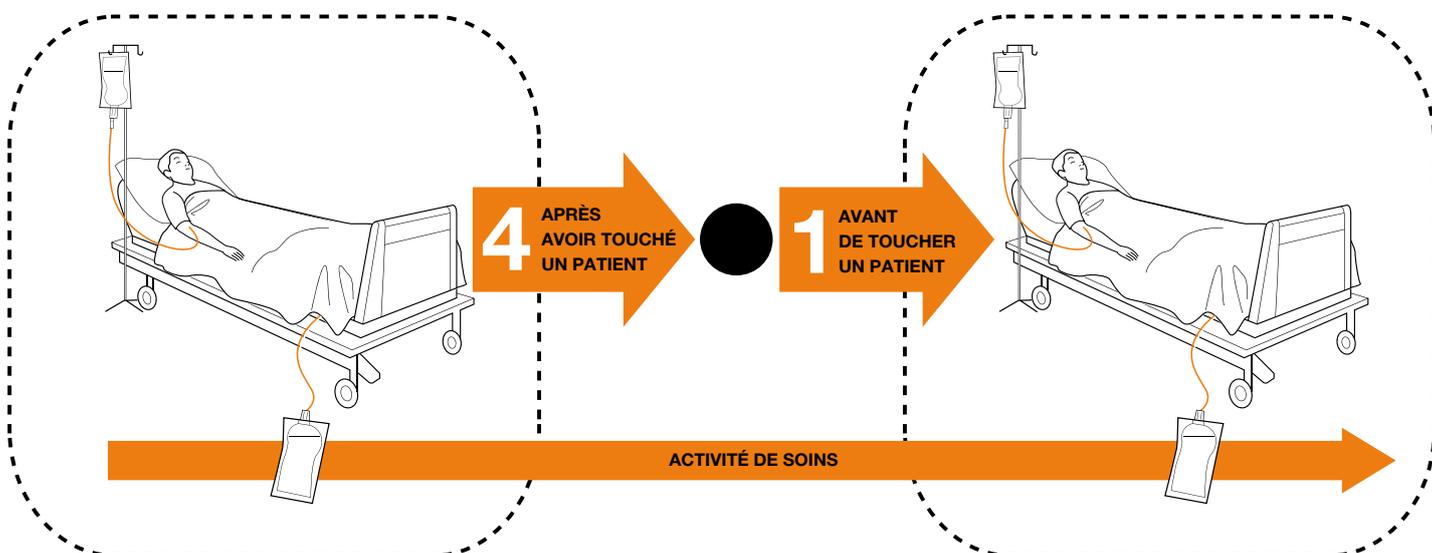
II.5.6 Les cinq indications au cours d'une séquence de soins

Une séquence de soins auprès d'un ou plusieurs patients peut conduire à la coïncidence de plusieurs indications de l'hygiène des mains. Cela ne signifie pas que chaque indication nécessite une action d'hygiène des mains spécifique. L'action d'hygiène des mains est à la fois justifiée par une indication qui précède et par une indication qui suit immédiatement une séquence impliquant deux contacts ou plus ; mais à elle seule, elle suffit à prévenir tous les risques de transmission microbienne.

La Figure 7 illustre la coïncidence de deux indications : lorsqu'un soignant se déplace d'un patient à un autre, cela implique la survenue quasi simultanée d'indications différentes selon le point de vue de chaque patient. L'indication 4, après avoir touché le patient A, s'applique lorsque le soignant quitte le patient A pour aller s'occuper du patient B. L'indication 1, avant de toucher le patient B, s'applique avant le contact entre le professionnel et le patient B.

Il existe de nombreuses autres situations au cours desquelles plusieurs indications peuvent survenir simultanément. Toutes les combinaisons sont possibles pour toutes les indications, à l'exception de la coïncidence des indications 4 et 5.

Figure 7. Coïncidence de deux indications



II.6 LES INDICATIONS DE L'HYGIÈNE DES MAINS ET L'USAGE DES GANTS MÉDICAUX

Les indications de l'hygiène des mains sont indépendantes de celles qui justifient l'usage de gants (stériles ou non). L'usage des gants médicaux ne modifie en rien ni ne se substitue à la pratique de l'hygiène des mains : a) lorsqu'une indication de l'hygiène des mains précède une activité impliquant un contact qui nécessite l'usage de gants, l'hygiène des mains doit être pratiquée avant l'enfilage des gants ; b) lorsqu'une indication succède à une activité impliquant un contact qui nécessite l'usage de gants, l'hygiène des mains doit être

pratiquée après le retrait des gants ; c) lorsqu'une indication coïncide avec l'usage de gants, ces derniers doivent être retirés pour pratiquer l'hygiène des mains et, au besoin, changés.

L'usage de gants ne détermine pas les indications de l'hygiène des mains ; en revanche l'hygiène des mains conditionne l'usage approprié des gants médicaux.

Pour plus d'informations concernant l'usage des gants médicaux, se référer à la « Fiche d'information sur l'usage des gants » qui fait partie des outils de mise en œuvre de la Stratégie Multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains.

En résumé

Les indications de l'hygiène des mains peuvent être réunies sous forme de cinq points de repères qui ponctuent l'activité de soins. La connaissance, la compréhension et l'identification de ces moments sont les fondements de la pratique d'une hygiène des mains efficace. Si les professionnels soignants sont capables de reconnaître ces indications et d'y répondre en réalisant l'hygiène des mains, cela permet de prévenir les IAS dues à la transmission des germes par les mains. L'action réalisée de manière adéquate, au moment opportun, garantit des soins sûrs aux patients.

PARTIE III

L'OBSERVATION DES PRATIQUES D'HYGIENE DES MAINS

III.1 LE BUT DE L'OBSERVATION

L'observation de l'hygiène des mains vise en premier lieu à mesurer le degré d'observance à l'hygiène des mains par les professionnels soignants. Dans certains cas, elle sert à évaluer le type et la qualité des techniques utilisées pour la pratique de l'hygiène des mains. Selon le degré d'observance, le lieu de soins, et les priorités spécifiques, les résultats de l'observation permettent d'orienter et d'adapter les interventions de promotion et de formation à l'hygiène des mains. La conduite de ces observations, avant et après de telles interventions, permet non seulement une évaluation mais également une mesure des améliorations obtenues et de l'impact de l'intervention.

Lorsqu'ils sont disponibles, les résultats de l'observation peuvent être corrélés aux fréquences des IAS, indicateurs de l'impact d'une stratégie de promotion de l'hygiène des mains.

L'objectif premier de la méthode recommandée par l'OMS pour l'observation directe proposée ci-après est d'obtenir des données d'observance à l'hygiène des mains à large échelle, selon la méthode la plus précise à l'heure actuelle et l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains ».

III.2 L'OBSERVATION DIRECTE DES PRATIQUES D'HYGIENE DES MAINS

L'observation directe des professionnels soignants au cours de leurs activités de soins de routine est l'un des moyens pour évaluer les pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe est la méthode de choix car elle produit les données les plus fiables en termes d'observance à l'hygiène des mains par les professionnels soignants. Toutefois, ces résultats ne doivent pas être considérés comme parfaitement représentatifs de la réalité. Les avantages de cette méthode sont les suivants : a) le dénominateur en temps réel qui permet d'obtenir des résultats comparables en termes de temps, de lieu et de circonstances ; b) la cohérence entre les concepts, les définitions et les outils de référence pour les professionnels soignants et les observateurs. Les deux inconvénients de l'observation directe sont l'influence possible de l'observation sur le comportement du personnel soignant (le personnel est conscient d'être observé) et l'impact de l'interprétation des définitions et de la situation par l'observateur sur la fiabilité des données collectées.

III.3 LES REGLES DE L'OBSERVATION

En règle générale, les données d'observation sont collectées de façon anonyme et tenues confidentielles. Les résultats des observations ne doivent pas être utilisés à des fins d'évaluation administrative du personnel. Toutefois, dans certains cas, sur la base d'une décision institutionnelle et en l'absence d'obstacle spécifique à l'identification du personnel observé, une observation individuelle, avec identification du professionnel observé, peut être entreprise dans une perspective formative. Afin d'améliorer la compréhension de l'hygiène des mains et de contribuer à sa promotion, les résultats (restitution des données d'observance) d'une session d'observation doivent, si possible, être présentés immédiatement aux professionnels observés. Cette restitution est réalisée de manière à favoriser un échange dont l'objectif est le développement d'une culture de la sécurité et l'instauration d'un climat de confiance mutuelle.

La restitution des données peut avoir lieu lors de réunions ou auprès d'individus à un moment jugé opportun pendant leur journée de travail, sous la forme d'un compte-rendu écrit simple qui peut être affiché dans un endroit approprié de l'environnement de soins, puis discuté régulièrement et comparé aux données recueillies ultérieurement. Des résultats définitifs doivent être envoyés à l'ensemble du personnel soignant, collectivement ou individuellement, ainsi qu'à toutes les autres personnes concernées (équipes de direction ou comités de contrôle des infections), selon les dispositions locales. Cela doit avoir lieu aussi rapidement que possible après la période d'évaluation. L'observation est une manière de sensibiliser les professionnels soignants à la nécessité de l'hygiène des mains. En effet, le simple fait d'observer les pratiques d'hygiène des mains, de restituer les résultats de l'observation et de les commenter a un effet immédiat en termes de promotion. Pour cette raison, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'observance pour la première fois avec le minimum d'influence, les résultats ne devraient pas être restitués avant la fin de la période d'évaluation, c'est-à-dire avant que le nombre total prévu d'opportunités d'hygiène des mains ait été observé – cf. Chapitre III.8).

III.4 L'OBSERVATEUR ET SON RÔLE

Le rôle premier de l'observateur est d'observer les pratiques d'hygiène des mains de façon ouverte et objective, et de collecter les données sur la base des cinq indications, à l'aide de la méthodologie et des recommandations présentées dans ce manuel. Avant tout, l'observateur doit connaître les cinq indications et les concepts qui

les sous-tendent, être capable de les appliquer, de les identifier, de les différencier et de les expliquer. Même si ces connaissances élémentaires en hygiène des mains sont résumées dans ce manuel, l'observateur doit avoir une expérience préalable des soins au patient et de la gestion clinique afin de pouvoir traduire ces concepts dans la pratique. En sa qualité d'observateur, il doit aussi être à même de réaliser les tâches d'observation de façon objective. Sa position lui confère un rôle de référence à la fois pour les professionnels observés et pour le personnel administratif et décisionnaire. En règle générale, l'observateur est également chargé de la promotion de l'hygiène des mains et, dans certains cas, de la formation, de la restitution et de l'analyse des résultats. Il participe à la conception de la campagne selon les besoins du personnel soignant. En conséquent il doit avoir les connaissances et une bonne compréhension des mécanismes de mise en œuvre d'une campagne de promotion.

L'observateur se présente au moment opportun aux professionnels qu'il observe et, si nécessaire, aux patients. Il explique les raisons générales de sa présence (par exemple : observation des pratiques de soins). Il est recommandé que la période d'observation soit formellement communiquée aux infirmier(ère)s en chefs ou aux médecins chefs des unités de soins concernées. Dans certains environnements de soins, une autorisation écrite des patients sera peut-être requise. Les professionnels soignants doivent être informés du fait que l'observation peut être anonyme ou non et de la manière selon laquelle les données collectées seront utilisées. Le respect de la vie privée des patients par l'observateur est un impératif constant qui doit être manifeste dans le comportement de l'observateur. Ce dernier ne doit pas interférer avec les activités de soins pendant la session d'observation. L'observation ne doit pas être conduite dans des situations extrêmes (urgence vitale, signes de stress incontrôlé chez le professionnel observé) car elles ne reflètent pas les situations d'activités de soins de routine. Dans de telles situations, l'observateur doit savoir se retirer. Cependant, cela n'empêche en rien la conduite d'observations dans les services d'urgences et de soins intensifs.

En règle générale, l'observateur se tient près du lieu de soins. Pour conduire l'observation, il est conseillé de placer le formulaire d'observation sur un support rigide pour faciliter le travail d'écriture. Il est également recommandé de compléter le formulaire au crayon à papier, permettant la correction immédiate, si besoin, à l'aide d'une gomme ; cependant, l'observateur doit rester objectif et ne modifier les données documentées sur le formulaire qu'en cas d'erreur incontestable lors de l'observation. Il est conseillé d'utiliser une montre pour mesurer la durée de la session d'observation. Néanmoins, si l'observateur utilise une montre, il doit donner le bon exemple et s'abstenir de la porter au poignet, tout comme il doit s'abstenir de porter des bijoux. Ses ongles doivent être courts et naturels (non vernis), les faux ongles étant à proscrire comme pour l'ensemble du personnel soignant.

III.5 L'OPPORTUNITÉ A L'HYGIÈNE DES MAINS

Les références et définitions utilisées par l'observateur pour identifier les indications et les actions d'hygiène des mains au cours des activités de soins sont celles énoncées au chapitre II.5, elles s'appliquent de manière identique aux activités d'observation, de formation et de soins. Cependant, l'observateur a un point de vue sur

les indications et les actions d'hygiène des mains qui se distingue de celui des professionnels soignants et des formateurs. Lorsque l'observateur identifie une indication, il la convertit en opportunité lorsqu'il l'enregistre sur le formulaire d'observation. C'est sur la base de l'opportunité que la nécessité de l'action d'hygiène des mains est déterminée, que l'indication (raison motivant l'action) soit unique ou multiple. Pour l'observateur, l'opportunité est comptée dès qu'une indication de l'hygiène des mains au moins est observée. Plusieurs indications peuvent coïncider et définir une seule opportunité, alors une seule action d'hygiène des mains est requise (cf. chapitre II.5.6). L'opportunité est l'unité sur laquelle le nombre d'actions d'hygiène des mains requises repose, indépendamment du nombre d'indications qui la définit. L'observance est mesurée en divisant le nombre d'actions réalisées (numérateur) par le nombre d'opportunités (dénominateur) (cf. chapitre III.7).

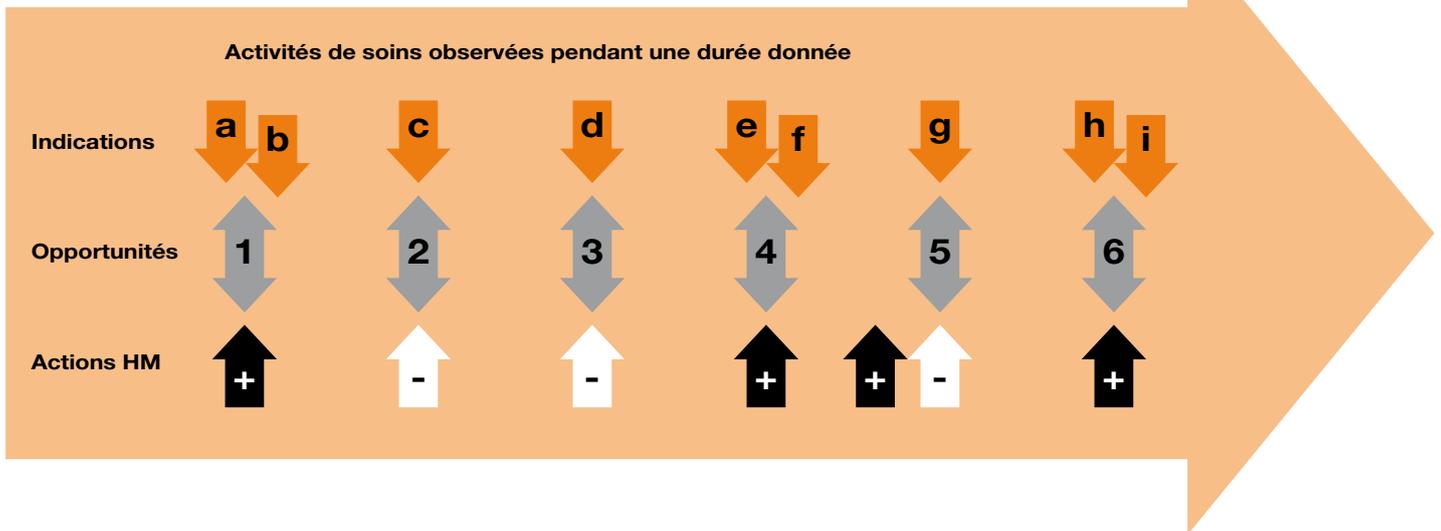
III.6. L'ACTION D'HYGIÈNE DES MAINS VUE PAR L'OBSERVATEUR

L'observateur doit toujours associer une action d'hygiène des mains observée à une opportunité comptabilisée. L'action peut être négative (non réalisée) ou positive (réalisée). L'action observée (négative ou positive) doit toujours être en lien avec une indication identifiée lorsqu'elle est enregistrée. L'observateur ne doit jamais présumer d'une action non vue lorsqu'il identifie une indication, ni même présumer d'une indication lorsqu'il observe une action positive. Dès que l'observateur identifie une indication, celle-ci est comptabilisée comme opportunité à laquelle doit correspondre une action qui est observable soit dans sa forme négative, soit positive). Une action positive reflète l'observance, une action négative reflète la non-observance. Lorsque l'observateur observe une action d'hygiène des mains positive sans lien avec une indication de l'hygiène des mains, cette action n'est pas documentée ; en conséquence elle n'est pas incluse dans les calculs d'observance.

La chronologie des événements est variable. En effet, l'indication de l'hygiène des mains peut précéder (après un risque d'exposition à un liquide biologique, après avoir touché un patient ou après avoir touché l'environnement du patient) ou suivre (avant de toucher un patient ou avant un geste aseptique) l'action d'hygiène des mains. L'enregistrement d'une indication, à un moment donné d'une séquence de soins, n'exclut pas la possibilité d'y associer d'autres indications à condition que l'action d'hygiène des mains (supposée positive) qui se rapporte aux indications combinées satisfasse à elle seule aux indications identifiées. Par exemple, un soignant pénètre dans l'environnement d'un patient, pratique l'hygiène des mains (indication 2) et connecte une tubulure de perfusion à un robinet à trois voies (sans toucher le patient). Une fois ce geste exécuté, le soignant prend le pouls du patient (indication 1). La pratique de l'hygiène des mains avant un geste aseptique (indication 2) satisfait également à l'indication 1 qui suit.

L'objet d'attention de l'observateur en première intention n'est pas l'action, mais l'indication de l'hygiène des mains à laquelle l'action négative ou positive observée sera rapportée ; cela signifie que l'observateur fixe son observation sur les contacts qu'ont les mains pour déterminer s'il y a une indication. Si l'observateur identifie une ou plusieurs indications, celles-ci sont comptabilisées comme opportunité à laquelle une action d'hygiène des mains négative ou positive doit

Figure 8. Lien entre l'indication, l'opportunité et l'action.



correspondre. Si l'observateur n'identifie pas d'indication, aucune opportunité n'est comptabilisée et aucune action enregistrée. Le rapport entre indication, opportunité et action est illustré à la Figure 8. L'observateur doit veiller à ne jamais faire d'hypothèses lorsqu'il ne possède pas tous les éléments lui permettant d'identifier une indication. Par exemple, lorsqu'un professionnel se dirige vers un patient et que l'observateur n'a pas vu ce que le professionnel a touché avant de s'approcher du patient et de le toucher, l'indication ne peut pas être enregistrée.

Selon la Figure 8 ci-dessus, au cours des activités de soins sur une durée x, l'observateur a :

- Identifié neuf indications ;
- Comptabilisé six opportunités : les opportunités 1, 4 et 6 sont chacune définies par deux indications (a et b, e et f, et h et i) ;
- Observé quatre actions d'hygiène des mains positives (réalisées), dont trois étaient liées aux opportunités 1, 4 et 6 ; une action observée n'était pas liée à une opportunité ;
- Observé trois actions d'hygiène des mains négatives (non réalisées) liées aux opportunités 2, 3 et 5.

Il est à noter que l'observateur ne doit pas enregistrer d'indications de l'hygiène des mains découlant d'une gestuelle automatique et inconsciente de la part des professionnels soignants (par exemple, réajuster ses lunettes ou repousser une mèche de cheveux). Le fait que ces gestes soient inconscients signifie qu'ils ne peuvent pas être identifiés comme indications de l'hygiène des mains par les professionnels, à l'exception de la situation de soins impliquant le geste aseptique qui ne tolère aucune rupture d'asepsie.

III.7 L'OBSERVANCE A L'HYGIENE DES MAINS

Lors de la documentation des données d'observance à l'hygiène des mains sur le formulaire d'observation, l'observateur doit garder à l'esprit les éléments suivants :

- a) Au moins une indication de l'hygiène des mains doit être observée pour pouvoir la comptabiliser comme une opportunité,
- b) A chaque opportunité doit correspondre une action d'hygiène des mains,
- c) Une action peut s'appliquer à une ou plusieurs indications,

- d) Une action documentée peut être positive (réalisée) ou négative (non réalisée) à condition qu'elle corresponde à une opportunité,
- e) L'observation d'une action positive n'implique pas obligatoirement l'existence d'une opportunité.

Le taux d'observance à l'hygiène des mains est calculé, en fonction du nombre d'actions réalisées par rapport au nombre d'opportunités relevées, à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Observance (\%)} = \frac{\text{Actions réalisées}}{\text{Opportunités}} \times 100$$

Le résultat obtenu indique le taux d'observance des professionnels soignants aux pratiques d'hygiène des mains au cours des activités de soins, selon les cinq indications (dans la mesure où celles-ci ont été comptabilisées comme des opportunités). L'observance décrit l'équivalence exacte entre le nombre d'actions réalisées et le nombre d'opportunités. Il y a non-observance lorsque le nombre d'opportunités est supérieur au nombre d'actions réalisées.

III.8 LA METHODOLOGIE D'OBSERVATION

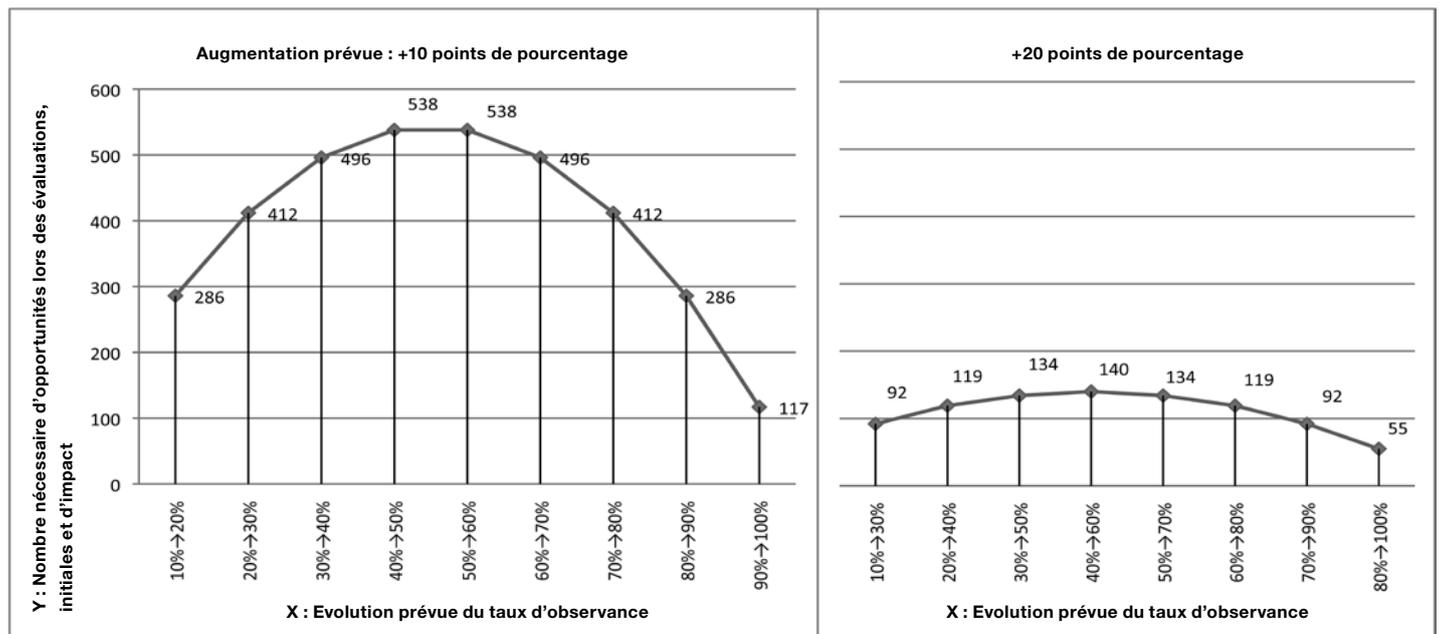
La fiabilité et l'impartialité des données recueillies, qui doivent refléter la situation observée, dépendent de la méthodologie adoptée et de son application.

En premier lieu, le champ de l'observation – environnement de soins, catégories professionnelles et indications – doit être clairement défini. Selon la Stratégie Multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains, l'observation doit avoir lieu dans les secteurs où cette stratégie est actuellement, ou doit être, mise en œuvre, c'est-à-dire dans une ou plusieurs unités de soins, un ou plusieurs services ou un établissement de soins dans son intégralité. La méthodologie décrite dans ce manuel stipule que seuls les professionnels soignants en contact direct avec les patients font l'objet d'observations. Cela ne signifie en rien que les autres professionnels des soins sont exemptés de la pratique de l'hygiène des mains (cf. chapitre II.3).

Les professionnels soignants sont répartis en quatre grandes **catégories professionnelles** : 1) infirmiers(ères) et sages-femmes ; 2) auxiliaires ; 3) médecins et 4) autres professionnels soignants. Chacune de ces catégories peut être divisée en sous-catégorie selon les informations requises. Toutes les catégories professionnelles ou seulement certaines d'entre elles peuvent être choisies pour l'observation. L'exigence principale de la méthodologie est la représentativité des professionnels observés en termes de catégorie professionnelle et d'environnement de soins. Par exemple, 50% des professionnels soignants dans une unité de soins donnée sont des infirmiers(ères), donc 50% des professionnels observés doivent être des infirmiers(ères) dans cette unité. Si le champ de l'observation s'étend à l'ensemble d'un établissement de soins et à tous les professionnels soignants, donc tous les services médicaux et toutes les catégories professionnelles doivent être représentés dans les données recueillies lors de l'observation.

La **période d'observation** est l'intervalle de temps pendant lequel l'observance à l'hygiène des mains est mesurée dans un environnement de soins. La durée de cette période d'observation dépend de la taille de l'échantillon observé. Lors de la comparaison de l'observance à l'hygiène des mains entre deux périodes d'observation (par exemple, avant et après une campagne de promotion de l'hygiène des mains), la taille de l'échantillon observé doit être suffisamment grande afin d'exclure des résultats aléatoires. Idéalement, la taille de l'échantillon est calculée au moment de la planification de l'observation des pratiques l'hygiène des mains. Il n'existe pas d'évidence claire établie au sujet de la taille idéale de l'échantillon à observer, garantissant la représentativité; néanmoins, les estimations de taille d'échantillon indiquent que 200 opportunités par période d'observation et par unité (d'observation / d'analyse / de comparaison), tels que l'unité de soins, le service, la catégorie professionnelle, etc., sont nécessaires pour une comparaison fiable des résultats. La figure 9 illustre les tailles d'échantillons nécessaires, selon la différence estimée et anticipée des taux d'observance entre les périodes d'observations, lors des évaluations initiale et d'impact par exemple.

Figure 9. Taille de l'échantillon (nombre d'opportunités) pour une augmentation attendue du taux d'observance de 10% ou 20%



D'après Sax H. et al. Am J Infect Control, 2009 (en cours d'impression).

Selon le champ de l'observation, un échantillon représentatif peut être obtenu soit par randomisation, soit par observation systématique. S'il est décidé d'observer les infirmiers(ères) d'une seule unité de soins, chaque professionnel(le) appartenant à cette catégorie doit être systématiquement observé. Si, en revanche, l'observation concerne l'ensemble des professionnels soignants d'un service qui en emploie environ 500, la randomisation sera préférable. Pour y parvenir, la méthodologie recommandée propose de séquencer l'observation en sessions de durée limitée, chaque session étant conduite dans un environnement de soins différent, sur des professionnels soignants différents et à des moments différents. En règle générale, ce séquencage permet de garantir la représentativité de l'échantillon. Pour établir une comparaison des données et des résultats obtenus lors de différentes périodes d'observation, les méthodes de sélection des professionnels, des environnements de soins et des moments doivent être similaires.

La **session d'observation** est un laps de temps durant lequel l'observation a lieu dans un environnement de soins donné (unité de soins). Cette session est numérotée et chronométrée (heures de début et de fin) afin de calculer sa durée totale. Le temps imparti à une session est de 20 minutes (± 10 minutes) selon l'activité de soins observée. Dans la mesure du possible, il est préférable d'observer une séquence de soins du début à la fin, raison pour laquelle la durée de la session peut être prolongée, si nécessaire. Si les professionnels soignants observés quittent leur activité auprès des patients en cours de session, celle-ci peut être terminée avant 20 minutes. Enfin, si aucune activité de soins majeure n'est observée lors de la session, il est inutile de la prolonger.

La raison pour laquelle il est nécessaire de scinder la période d'observation en sessions est d'obtenir une vue d'ensemble des

pratiques (professionnels **différents** travaillant dans des endroits **différents**).

La méthodologie décrite ici permet soit l'observation d'un nombre illimité de professionnels soignants, appartenant aux quatre catégories professionnelles mentionnées ci-dessus, lors d'une seule session, soit l'observation d'un nombre maximum de quatre personnes par session. La première option, c'est-à-dire ouverte sur l'échantillon le plus large, présente l'avantage d'une collecte rapide et à grande échelle du plus grand nombre d'opportunités, même dans les environnements de soins où l'intensité des activités de soins est limitée. En revanche, cette méthode ne permet pas de collecter et d'analyser les données à un niveau individuel. A l'inverse, en centrant l'observation sur quatre professionnels au plus, il est possible d'obtenir des données individuelles et de les analyser par professionnel. En revanche, la collecte des données prend plus de temps dans ce cas-là.

L'objectif de la méthode proposée ici est de générer des données sur l'observance à l'hygiène des mains à grande échelle. Cela peut être facilement adapté à des situations locales spécifiques, sans pour autant altérer les principes qui se basent sur l'identification des cinq indications de l'hygiène des mains de l'OMS. La méthode peut être adaptée en fonction de la catégorie professionnelle et de l'indication (seules certaines catégories professionnelles font l'objet d'une observation et/ou l'observance à certaines des cinq indications peut être mesurée). D'autres éléments liés aux données d'observation peuvent être intégrés sans impliquer de modification de fond ; par exemple : le lien entre l'usage des gants et la non-observance à l'hygiène des mains. Dans ce cas, lorsque l'usage des gants est observé en parallèle d'une action d'hygiène des mains négative (non

réalisée), il est alors systématiquement enregistré. L'inclusion de cette donnée permet de mesurer l'impact de l'usage des gants sur la non-observance à l'hygiène des mains. Cette information ne doit pas être confondue avec une surveillance de l'usage des gants.

En résumé, les principes suivants sont à respecter :

- Définir le champ de l'observation,
- Recueillir les données relatives à 200 opportunités par période et par unité (d'observation / d'analyse / de comparaison) tels que l'unité de soins, le service, la catégorie professionnelle, etc.,
- Observer les pratiques d'hygiène des mains des professionnels soignants en contact direct avec les patients uniquement,
- Documenter des données par catégorie professionnelle et par environnement de soins, en conduisant des sessions d'observation de 20 minutes (\pm 10 minutes),
- Ne pas observer plus de trois soignants simultanément.

III.8.1 Le Formulaire d'Observation

Le Formulaire d'Observation (cf. annexe, pp.1-2) propose un cadre pour documenter les données d'observation et se compose de deux parties : un en-tête et une grille de données.

L'en-tête (Figure 10) du formulaire permet de localiser le lieu, le moment et la durée d'une session d'observation (environnement, date, durée de la session et nom de l'observateur) et ultérieurement de classer ces données par période, par session. Ces renseignements doivent être complétés avant de conduire l'observation des pratiques afin de s'assurer que les données observées puissent être analysées.

Figure 10. L'en-tête

Etablissement :		Numéro de période* :		Numéro de session* :	
Service :		Date : (jj/mm/aa)	/ /	Observateur :(initiales)	
Unité :		Heure de début / de fin : (hh:mm)	: / :	Numéro de page :	
Département :		Durée de la session : (mm)		Ville** :	
Pays** :					

Les systèmes de nomenclature locale sont utilisés pour identifier l'unité de soins, le service médical et l'établissement de soins. La nomenclature de l'OMS pour différencier les départements est également utilisée, permettant la comparaison d'établissements différents répartis dans le monde entier. Elle est la suivante : 1) Médecine interne (y compris dermatologie, neurologie, hématologie, oncologie, etc.) ; 2) Chirurgie (y compris neurochirurgie, urologie, ORL, ophtalmologie, etc.) ; 3) Mixte (médecine et chirurgie, y compris gynécologie) ; 4) Obstétrique (y compris la chirurgie associée) ; 5) Pédiatrie (y compris la chirurgie associée) ; 6) Soins intensifs et réanimation ; 7) Urgences ; 8) Long séjour et réhabilitation ; 9) Ambulatoire (y compris chirurgie associée) et 10) Autres (à spécifier). La localisation de l'observation dans le temps permet de la situer dans une période et de rapporter les résultats à des interventions (avant et après une intervention, évaluation de suivi régulier, etc.).

L'heure de début et l'heure de fin d'une session d'observation permet de calculer sa durée et ainsi d'évaluer l'observance par rapport à une densité d'opportunités d'hygiène des mains sur une durée précise. La conduite des observations en sessions permet, entre autres, l'observation de plusieurs environnements professionnels à plusieurs moments d'une journée.

En insérant ses initiales sur le Formulaire d'Observation, l'observateur indique que le formulaire a été vérifié avant d'être restitué pour analyse. Cela permet aussi l'identification de biais éventuels de la part d'un observateur. Un numéro est attribué à chaque session, indiquant que les données sont prêtes pour l'analyse. Ce numéro de session sera ensuite saisi dans la base de données lors du traitement informatique des données ainsi que sur le Formulaire de Calcul de l'Observance de Base. Le numéro de page n'est complété que si plus d'un formulaire est utilisé lors d'une même session.

Figure 11. La grille de données

Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.		
Code			Code			Code			Code		
Nombre			Nombre			Nombre			Nombre		
Opp.	Indication	Action HM									
1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants	1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants	1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants	1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants	2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants	2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants	2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants

La **grille de données** (Figure 11) contient les informations nécessaires au calcul de l'observance à l'hygiène des mains. Cette grille est divisée en quatre **colonnes** ; chaque colonne est dédiée soit à une catégorie professionnelle (dans ce cas, les données observées chez plusieurs professionnels d'une même catégorie sont enregistrées dans la même colonne), soit à un professionnel dont la catégorie est indiquée. Lorsque les données sont classées par catégorie professionnelle, le nombre de professionnels observés dans chaque catégorie et lors de chaque session est précisé ; il n'y a pas de limitation. Lorsque les données sont classées par professionnel, les données relatives à quatre professionnels au maximum sont enregistrées par session.

Les professionnels soignants sont classés en fonction des catégories professionnelles codées de la manière qui suit :

1. Infirmier(ère)/Sage-femme
 - 1.1. Infirmier(ère)
 - 1.2. Sage-femme
 - 1.3. Etudiant(e) infirmier(ère) / sage-femme
2. Auxiliaire
3. Médecin
 - 3.1. Médecin en médecine interne
 - 3.2. Chirurgien
 - 3.3. Anesthésiste, réanimateur, urgentiste
 - 3.4. Pédiatre
 - 3.5. Gynécologue
 - 3.6. Consultant
 - 3.7. Etudiant(e) en médecine
4. Autre
 - 4.1. Thérapeute (physiothérapeute, ergothérapeute, audiologiste, orthophoniste, etc.)
 - 4.2. Technicien(ne) (radiologie, cardiologie, bloc opératoire, laboratoire, etc.)
 - 4.3. Autre (diététicien(ne), dentiste, assistant(e) social(e), et autres professionnels de santé),
 - 4.4. Etudiant(e)

Chacune des colonnes (Figure 12) est indépendante des autres : la chronologie des données n'est pas forcément la même d'une colonne à l'autre, et dépend du nombre d'opportunités observées pour chaque catégorie professionnelle ou chaque professionnel. Plusieurs professionnels peuvent être observés en même temps (s'ils

travaillent avec le même patient ou dans la même pièce). Toutefois, il est déconseillé d'observer plus de trois professionnels simultanément. Selon l'intensité des activités de soins et le nombre d'indications de l'hygiène des mains, les observateurs doivent limiter l'observation à un ou deux professionnels, de façon à ne manquer aucune opportunité au cours d'une séquence de soins. L'observateur doit toujours être capable d'identifier et d'enregistrer toutes les indications qui s'appliquent aux activités des soins et aux professionnels observés.

Chaque colonne contient 8 cellules, chacune d'entre elles correspond à une opportunité en regard de laquelle les indications et les actions (positives et négatives) d'hygiène des mains sont documentées. La case () signifie qu'aucun item à cocher n'est exclusif (si plusieurs indications coïncident en une seule opportunité, toutes les cases correspondantes doivent être cochées). Le cercle () signifie qu'un seul choix de réponse est possible. Il s'applique en l'occurrence aux actions négatives (non réalisées) d'hygiène des mains ainsi qu'à l'usage des gants, le cas échéant.

Une action positive d'hygiène des mains est enregistrée en fonction de la méthode utilisée : friction hydro-alcoolique, lavage au savon et à l'eau ou combinaison des deux si le lavage précède la friction. Cette méthode d'observation n'évalue pas la qualité (technique, durée) de la pratique de l'hygiène des mains. Si une action est enregistrée sans aucune indication la justifiant, celle-ci ne doit pas être comptabilisée lors de l'analyse des données. Une action d'hygiène des mains négative doit être enregistrée afin d'inclure l'indication et l'opportunité dans l'analyse des données. La grille des données utilise les abréviations suivantes correspondant aux cinq indications de l'hygiène des mains : *av-pat.* (avant de toucher un patient), *av-asept.* (avant un geste aseptique), *ap-l.biol.* (après un risque d'exposition à un liquide biologique), *ap-pat.* (après avoir touché un patient) et *ap-envir.* (après avoir touché l'environnement du patient). Les abréviations *frict.* (friction hydro-alcoolique) et *lav.* (lavage au savon et à l'eau) se réfèrent quant à elles aux techniques utilisées pour l'antisepsie des mains. L'abréviation *0 act.* (action manquée) correspond à l'action d'hygiène des mains non réalisée. La distinction entre les deux techniques d'antisepsie des mains permet d'évaluer l'adéquation du choix de la méthode par le professionnel soignant, si le choix est proposé, en regard des indications identifiées.

Figure 12. La colonne

Cat.prof.		
Code		
Nombre		
Opp.	Indication	Action HM
1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
3	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
4	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
5	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
6	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
7	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants
8	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="radio"/> gants

L'usage des gants n'est enregistré que lorsque le professionnel observé omet l'action d'hygiène des mains en regard d'une opportunité et qu'il porte des gants à ce moment.

Chaque formulaire est vérifié immédiatement à la fin de la session d'observation et l'heure de fin de session, la durée de la session et les initiales de l'observateur sont alors complétées sur le formulaire.

III.8.2 Le Formulaire de Calculs de l'Observance de Base

L'usage de ce formulaire (cf. annexe, pp.3-4) est particulièrement recommandé pour les établissements de soins qui ne disposent pas d'outil de saisie et d'analyse de données électronique. Il est conçu pour permettre d'obtenir des résultats d'observance globale, stratifiés par catégorie professionnelle et par indication. Il peut néanmoins être utilisé pour la stratification des résultats par environnement (ou lieu d'observation).

Le taux d'observance à l'hygiène des mains est calculé, en fonction du nombre d'actions réalisées par rapport au nombre d'opportunités, avec la formule suivante :

$$\text{Observance (\%)} = \frac{\text{Actions réalisées}}{\text{Opportunités}} \times 100$$

Sur le Formulaire d'Observation, les indications observées sont classées en opportunités d'hygiène des mains (dénominateur) auxquelles correspondent des actions d'hygiène des mains (numérateur).

Les taux d'observance à l'hygiène des mains peuvent être calculés de façon globale ou distribués par catégorie professionnelle et/ou par environnement de soins. Lors des restitutions des résultats il importe que les professionnels soignants puissent se référer directement à leur catégorie professionnelle ou à leur environnement de soins.

Le formulaire destiné au calcul de l'observance de base par catégorie professionnelle est illustré ci-dessous.

Figure 13.

	Etablissement :						Numéro de période :			Lieu de l'observation :					
	Cat. prof.			Cat. prof.			Cat. prof.			Cat. prof.			Total par session		
Numéro de session	Opp (n)	frict. (n)	lav. (n)	Opp (n)	frict. (n)	lav. (n)	Opp (n)	frict. (n)	lav. (n)	Opp (n)	frict. (n)	lav. (n)	Opp (n)	frict. (n)	lav. (n)
1															
2															
3															
...															
total															
Calculs	Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=		
	Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =		
Observance															

Le nombre total d'opportunités par session ainsi que le nombre total d'actions positives (réalisées par friction hydro-alcoolique et par lavage au savon et à l'eau) sont complétés. Chaque ligne numérotée correspond aux totaux d'une seule session ; le nombre correspondant est complété sur le formulaire, sélectionnant au besoin les données pertinentes (complètement saisies au moment de l'observation). Cette grille permet de stratifier les résultats par catégorie professionnelle et/ou par environnement de soins. L'observance est calculée en faisant la somme des résultats des sessions et en divisant le nombre total d'actions positives par le nombre total d'opportunités. Sur la base de ces calculs, la proportion d'actions positives par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau peut être calculée et mise en lien avec d'autres éléments du programme d'hygiène des mains, en particulier avec les infrastructures disponibles pour la pratique de l'hygiène des mains.

L'adhérence à l'hygiène des mains peut également être considérée par rapport aux cinq indications. Il ne s'agit pas à proprement parler d'observance étant donné que l'indication de l'hygiène des mains ne constitue pas le dénominateur de l'action d'hygiène des mains. Mais les résultats obtenus donnent néanmoins une idée des comportements des professionnels soignants vis-à-vis de chaque indication de l'hygiène des mains, aussi bien en termes d'adhérence que de technique adoptée pour l'action. Lorsque plusieurs indications coïncident en une seule opportunité, chacune des indications est enregistrée séparément et l'action correspondante est multipliée par le nombre d'indications et reportée en regard de chacune d'entre elles.

Le formulaire destiné au *calcul de l'observance de base par indication* est illustré ci-dessous.

Figure 14.

Numéro de session	Etablissement :						Numéro de période :			Lieu de l'observation :					
	1. Avant de toucher un patient			2. Avant un geste aseptique			3. Après un risque d'exp. à un liquide biologique			4. Après avoir touché un patient			5. Après avoir touché l'envir. d'un patient		
	Indic (n)	frict. (n)	lav. (n)	Indic (n)	frict. (n)	lav. (n)	Indic (n)	frict. (n)	lav. (n)	Indic (n)	frict. (n)	lav. (n)	Indic (n)	frict. (n)	lav. (n)
1															
2															
3															
...															
total															
Calculs	Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=		
	Indic1 (n) =			Indic2 (n) =			Indic3 (n) =			Indic4 (n) =			Indic5 (n) =		
Rapport Act* / indic*															

De la même manière que pour le calcul de l'observance par catégorie professionnelle, le nombre total d'indications (à la place d'opportunités) et d'actions positives est enregistré pour chaque session. Le lien entre l'indication et l'action n'est pas formel dans le formulaire d'observation ; aussi, il est important de rester vigilant lors du report de l'indication et de l'action dans le formulaire de calcul afin de n'omettre ni indication, ni action. La corrélation entre les indications et les actions d'hygiène des mains permet de concevoir des programmes de formation et d'éducation pour les professionnels soignants sur la base des comportements observés et du comportement général induit par les indications. En présentant les résultats d'adhérence à l'hygiène des mains de cette manière, on considère que les personnes concernées ont déjà des connaissances des cinq indications (définition, risque(s) de transmission, exemples) ; ou alors ces résultats sont le support initial d'un programme de formation déjà construit, visant à développer ces connaissances.

PARTIE IV

LES AUTRES ASPECTS DE L'HYGIENE DES MAINS

IV.1 DES MAINS SURES

La peau sous les bagues est plus abondamment colonisée par des germes que la peau des doigts (dépourvus de bijoux). En effet, le port de bijoux facilite la présence et la survie de flore microbienne transitoire. La recommandation consensuelle déconseille fortement de porter des bagues ou autres bijoux lors des soins.

Les zones péri-unguéales (situées autour ou en dessous des ongles) attirent les germes, en particulier si les ongles sont longs et vernis ou s'il s'agit de faux ongles. Le port de faux ongles peut contribuer à la transmission de certains germes pathogènes associés aux soins.

Toute modification de la couche supérieure de l'épiderme ou les lésions plus profondes peuvent également favoriser la prolifération de flore cutanée non-commensale (par exemple, *Staphylococcus aureus* et bactéries à Gram négatif).

Des mains sûres, c'est aussi ne pas porter de bijou, garder les ongles courts et soigner la peau avec des crèmes. Autant d'autres aspects de l'hygiène des mains qui renforcent l'efficacité de la friction avec un produit hydro-alcoolique et du lavage au savon et à l'eau.

IV.2 DES MAINS SOIGNEES

L'utilisation fréquente et répétée de produits destinés à l'hygiène des mains, en particulier le savon et autres détergents, peut provoquer des dermatites de contact chez les professionnels soignants, en particulier dans les unités de soins intensifs où la pratique de l'hygiène des mains est requise plusieurs fois par heure, ou durant la saison hivernale. Par conséquent, le soin des mains, qui comprend l'utilisation de crèmes ou lotions protectrices de bonne qualité et l'adoption de comportements appropriés sont d'une importance capitale pour prévenir le développement de lésions cutanées.

Certaines pratiques d'hygiène des mains augmentent le risque d'irritation cutanée et doivent donc être évitées. Par exemple, le lavage régulier des mains au savon et à l'eau, immédiatement avant ou après l'utilisation de produit hydro-alcoolique est non seulement inutile mais propice aux dermatites. L'enfilage des gants sur des

mains encore humides après le lavage au savon et à l'eau ou après la friction hydro-alcoolique augmente le risque d'irritation de la peau. Le personnel soignant doit s'assurer que ses mains ne sont pas altérées. La tolérance cutanée doit être considérée comme l'un des critères fondamentaux pour la sélection d'un produit.

Les aspects à prendre en compte pour garantir un bon état cutané :

- Le lavage au savon et à l'eau est plus agressif pour les mains que la friction avec un produit hydro-alcoolique contenant un agent humectant ;
- Certains savons détergents ou antiseptiques sont plus irritants que d'autres ; un test de tolérance cutanée est recommandé préalablement à leur introduction ;
- Les gants poudrés peuvent provoquer une irritation lorsqu'ils sont utilisés simultanément à un produit hydro-alcoolique ;
- L'utilisation d'une crème ou lotion protectrice pour les mains permet d'améliorer l'état de la peau à condition que ce produit soit compatible avec les produits destinés à l'hygiène des mains et avec les gants utilisés.

Les comportements suivants doivent être évités :

- L'utilisation simultanée de savon et d'eau et de produit hydro-alcoolique ;
- L'utilisation d'eau chaude pour le lavage des mains au savon et à l'eau ;
- L'enfilage des gants sur des mains humides, ce qui peut provoquer une irritation ;
- La pratique de l'hygiène des mains en dehors du cadre des indications ;
- L'usage de gants en dehors du cadre des indications.

Les principes suivants sont à respecter :

- Se frictionner les mains jusqu'à ce que le produit hydro-alcoolique soit totalement évaporé ;
- Après le lavage au savon et à l'eau, se sécher les mains avec soin, par tamponnement ;
- Appliquer régulièrement une crème protectrice pour les mains.

PART V

BIBLIOGRAPHIE DE REFERENCE

Larson E, Girard R, Pessoa-Silva CL, Boyce J, Donaldson L, Pittet D. *Skin reactions related to hand hygiene and selection of hand hygiene products*. *American Journal of Infection Control* 2006;34:627-35.

Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa da Silva C, Donaldson L, Boyce J. *Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices*. *Lancet Infectious Diseases* 2006;6:641-52.

Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. *“My five moments for hand hygiene” – a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene*. *Journal of Hospital Infection* 2007;67:9-21.

Allegranzi B, Pittet D. *The role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention*. *Journal of Hospital Infection* 2009 (in press).

Pittet D, Allegranzi B, Boyce J; on behalf of the WHO World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. *The WHO guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations*. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2009; 30:611-22.

Pittet D. *Hand hygiene promotion: 5 moments, 5 components, 5 steps, and 5 May 2009*. *International Journal of Infection Control* 2009; 5:1-3.

H Sax, B Allegranzi, M-N Chraïti, J Boyce, E Larson, D Pittet. *The World Health Organization hand hygiene observation method*. *American Journal of Infection Control* 2009 (in press).

ANNEXE : FORMULAIRES D'OBSERVATION ET DE CALCULS DE L'OBSERVANCE



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Formulaire d'observation

Etablissement :	Numéro de période*:	Numéro de session*:
Service :	Date: (jj/mm/aa)	Observateur : (initiales)
Unité :	Heure de début / de fin : (hh:mm)	Numéro de page :
Département :	Durée de la session : (mm)	Ville**:
Pays**:		

Cat.prof.	Code	Nombre	Indication	Action HM	Opp.	Cat.prof.	Code	Nombre	Indication	Action HM	Opp.	Cat.prof.	Code	Nombre	Indication	Action HM	Opp.	Cat.prof.	Code	Nombre	Indication	Action HM	Opp.
		1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				1	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				2	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		3	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				3	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				3	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				3	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		4	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				4	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				4	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				4	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		5	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				5	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				5	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				5	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		6	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				6	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				6	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				6	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		7	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				7	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				7	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				7	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	
		8	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				8	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				8	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants				8	<input type="checkbox"/> av-pat. <input type="checkbox"/> av-asept. <input type="checkbox"/> ap-l.biol. <input type="checkbox"/> ap-pat. <input type="checkbox"/> ap.envir.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. <input type="radio"/> 0 act. <input type="checkbox"/> gants	

* A compléter par le responsable de la gestion des données.
 ** Facultatif, à compléter le cas échéant, conformément aux règles et besoins locaux.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle de l'Infection, pour leur participation active à l'élaboration de ce matériel.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Recommandations générales

(Référence : Manuel Technique de Référence en Hygiène des Mains)

1. Dans le cadre d'observations directes des pratiques, l'observateur se présente au moment opportun auprès des professionnels et des patients, explique la raison de sa présence et propose d'emblée un échange informel sur les résultats de son observation en fin de session.
2. Les professionnels appartenant à l'une des quatre catégories (voir ci-dessous) sont observés au cours de leur activité auprès des patients.
3. Les données identifiées et observées sont inscrites au crayon à papier, facilitant la correction immédiate au besoin, à l'aide d'une gomme.
4. L'en-tête est complété avant de démarrer l'observation et le recueil des données (à l'exception de l'heure de fin et de la durée de la session).
5. La durée moyenne d'une session est de 20 minutes (\pm 10 minutes selon la séquence de soins observée); l'heure de fin et la durée de la session sont complétées une fois la session terminée.
6. L'observateur peut observer jusqu'à trois professionnels simultanément, pour autant que la densité d'opportunités de l'hygiène des mains le permette.
7. Chaque colonne de la grille de collecte des données est dédiée à une catégorie professionnelle. Les données relatives à un nombre illimité de professionnels d'une même catégorie sont introduites séquentiellement dans une même colonne. Chaque professionnel observé est dénombré par un trait vertical. Une autre alternative consiste à dédier une colonne à un seul professionnel dont la catégorie est mentionnée.
8. Dès qu'une indication de l'hygiène des mains est identifiée, l'observateur coche la case correspondante dans la colonne appropriée. L'opportunité est d'emblée comptée, à laquelle l'observateur rapporte l'action d'hygiène des mains observée ou manquée. Plusieurs indications peuvent s'appliquer à une même opportunité.
9. Chaque ligne de chaque colonne se réfère à une opportunité; chaque ligne est indépendante d'une colonne à l'autre.
10. Cocher les propositions dans les cases (plusieurs propositions peuvent s'appliquer à une opportunité) ou les cercles (seulement une proposition s'applique à l'opportunité).
11. Quand plusieurs indications coïncident en une opportunité, chacune doit être documentée en cochant les cases correspondantes.
12. L'action d'hygiène des mains réalisée ou manquée est toujours documentée lorsqu'elle s'applique à une opportunité.
13. L'usage des gants est documenté uniquement lorsque l'action d'hygiène des mains est manquée et que le professionnel porte des gants à ce moment.

Brève description des propositions

Etablissement :	compléter selon la nomenclature locale	
Service :	compléter selon la nomenclature locale	
Unité :	compléter selon la nomenclature locale	
Département :	compléter selon la nomenclature standardisée ci-dessous	
	médical ; y compris dermatologie, neurologie, hématologie, oncologie, etc.	chirurgie ; y compris neurochirurgie, urologie, ORL, ophtalmologie, etc.
	mixte (médical & chirurgical) ; y compris gynécologie	obstétrique ; y compris chirurgie relative
	pédiatrie ; y compris chirurgie relative	soins intensifs care & réanimation
	urgences	long séjour & réhabilitation
	ambulatoire ; y compris chirurgie relative	autre (spécifier)
Numéro de période :	1) pré- / 2) post-intervention; puis selon le compteur de l'établissement.	
Date :	jour (jj) / mois (mm) / année (aa)	
Heure de début/de fin :	heure (hh) / minute (mm)	
Durée de session :	différence entre l'heure de début et l'heure de fin, résultats en minutes d'observation	
Numéro de session :	attribué au moment de la saisie des données pour analyse	
Observateur :	initiales de l'observateur, responsable de la collecte des données et du contrôle de leur cohérence avant la soumission du formulaire à l'analyse	
Numéro de page :	ne mentionner que lorsque plusieurs feuilles sont utilisées au cours d'une session	
Cat(égorie) prof(essionnelle) :	selon la classification ci-dessous:	
	1. infirmier(e) / sage-femme	1.1 infirmier(e), 1.2 sage-femme, 1.3 étudiant(e).
	2. auxiliaire	
	3. médecin	3.1 en médecine interne, 3.2 chirurgien, 3.3 anesthésiste / réanimateur / médecin d'urgence, 3.4 pédiatre, 3.5 gynécologue, 3.6 consultant, 3.7 étudiant(e) en médecine.
	4. autre professionnel soignant	4.1 thérapeute (physiothérapeute, ergothérapeute, audiologue, logopédiste), 4.2 technicien (en radiologie, en cardiologie, en salle d'opération, laborantin(e), etc.), 4.3 autre (diététicien, professionnel en dentisterie, assistant(e) social(e) et tout autre professionnel(le) impliqué dans les soins), 4.4 étudiant(e)
Nombre :	nombre de professionnels observés appartenant à la même catégorie ou sous-catégorie professionnelle (code identique) et entrant dans le champ des observations	
Opp(ortunité) :	défini par une indication de l'hygiène des mains au moins	
Indication :	raison motivant l'action d'hygiène des mains; toutes les indications qui s'appliquent à un même moment sont documentées	
	av-pat.: avant de toucher un patient	ap-l.biol.: après un risque d'exposition à un liquide biologique
	av-asept.: avant un geste aseptique	ap-pat.: après avoir touché un patient
		ap-envir.: après avoir touché l'environnement d'un patient
Action HM :	réponse à une indication; l'action est soit réalisée par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau, soit elle est manquée	
	frict.: action par friction hydro-alcoolique lavage: action par lavage au savon et à l'eau	0 act.: action manquée



Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Formulaire d'Observation – Calculs d'observance de base

Numéro de session	Etablissement :						Numéro de période :			Lieu de l'observation :			Total par session		
	Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.			Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)
	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
total															
Calculs	Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =		
Observance	Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =		

$$\text{Observance (\%)} = \frac{\text{Actions}}{\text{Opportunités}} \times 100$$

Instructions pour l'utilisation du formulaire

1. Identifier le lieu (établissement, département, service ou unité) qui détermine le champ d'analyse et le reporter dans le formulaire de calculs les données collectées dans ce lieu.
2. Contrôler les données du formulaire d'observation. Toute action d'hygiène des mains en l'absence d'information sur son indication n'est pas prise en compte et inversement.
3. Reporter le numéro de session du formulaire d'observation au formulaire de calcul, ainsi que les données qui s'y rapportent. L'attribution du numéro de session valide la prise en compte des données dans les calculs.
4. Résultats par catégorie professionnelle et par session (vertical) :
 - 4.1 Additionner les opportunités comptabilisées (opp) par catégorie professionnelle dans le formulaire d'observation et reporter la somme dans la cellule correspondante.
 - 4.2 Additionner les actions réalisées et en lien avec le total des opportunités comptabilisées ci-dessus, en différenciant les actions réalisées par friction (frict.) des actions réalisées par lavage (lav) : reporter leur somme dans les cellules correspondantes.
 - 4.3 Procéder de la même manière pour reporter les données de chaque session d'observation dans le lieu identifié.
 - 4.4 Additionner les sommes de chaque catégorie professionnelle de ce formulaire de calcul, insérer le total dans la formule, et calculer le taux d'observance (en pourcent).
5. L'addition des résultats de chaque ligne permet d'obtenir les résultats d'observance globale (en bas de la colonne de droite).



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Formulaire d'Observation – Calculs d'observance facultatifs
(Observance à l'hygiène des mains par indication)

Numéro de session	Etablissement :						Numéro de période :			Lieu de l'observation :					
	1. Avant de toucher un patient			2. Avant un geste aseptique			3. Après un risque d'exp. à un liquide biologique			4. Après avoir touché un patient			5. Après avoir touché l'envir. d'un patient		
	Indic (n)	lav. (n)	frict. (n)	Indic (n)	lav. (n)	frict. (n)	Indic (n)	lav. (n)	frict. (n)	Indic (n)	lav. (n)	frict. (n)	Indic (n)	lav. (n)	frict. (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
total															
Calculs	Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=			Act (n)=		
	Indic1 (n) =			Indic2 (n) =			Indic3 (n) =			Indic4 (n) =			Indic5 (n) =		
Rapport Act./Indic.*															

Instructions pour l'usage du formulaire

1. Identifier le lieu (établissement, département, service ou unité) qui détermine le champ d'analyse et reporter dans le formulaire de calcul les données collectées dans ce lieu.
2. Contrôler les données du formulaire d'observation. Toute action d'hygiène des mains en l'absence d'information sur son indication n'est pas prise en compte et inversement.
3. Lorsque plusieurs indications coïncident en une opportunité, chacune d'entre elle est considérée séparément, de même que l'action qui s'y rapporte.
4. Reporter le numéro de session du formulaire d'observation au formulaire de calcul ainsi que les données qui s'y rapportent. L'attribution du numéro de session valide la prise en compte des données dans les calculs.
5. Résultats par type d'indication (indic) et par session (vertical):
 - 5.1 Additionner les indications par type d'indications documentées dans le formulaire d'observation : reporter la somme dans la cellule correspondante.
 - 5.2 Additionner les actions réalisées et en lien avec le total des indications totalisées ci-dessus, en différenciant les actions réalisées par friction (frict.) des actions réalisées par lavage (lav.) : reporter leur somme dans les cellules correspondantes.
 - 5.3 Procéder de la même manière pour reporter les données de chaque session d'observation dans le lieu identifié.
 - 5.4 Additionner les sommes de chaque indication de ce formulaire de calcul, insérer le total dans la formule, et calculer le taux d'observance (en pourcent).

*Note: les résultats de ce calcul ne sont pas exactement des résultats d'observance, puisque le dénominateur est l'indication de l'hygiène des mains et non pas l'opportunité. L'action est artificiellement répliquée en regard de chaque indication. Les résultats de ces calculs sont toutefois intéressants et permettent d'estimer le comportement des professionnels soignant à l'égard des différentes indications.

SAVE LIVES

Clean **Your** Hands



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

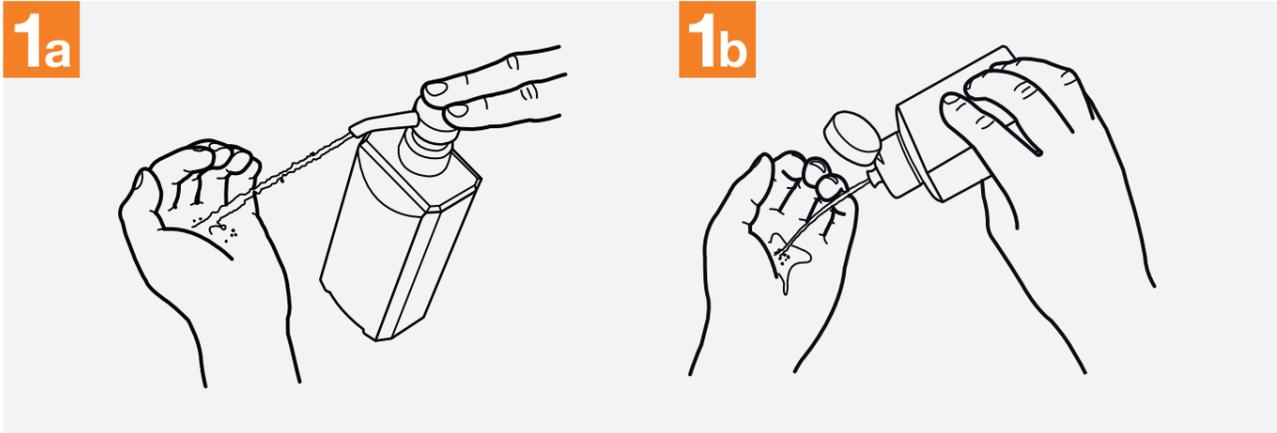


La friction hydro-alcoolique

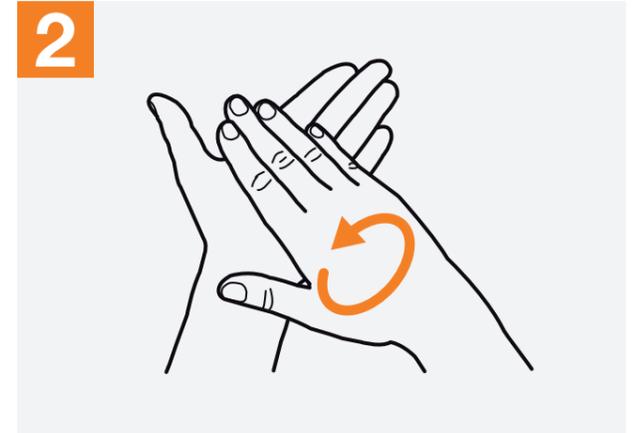
Comment ?

Utiliser la friction hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains !
Laver vos mains au savon et à l'eau lorsqu'elles sont visiblement souillées.

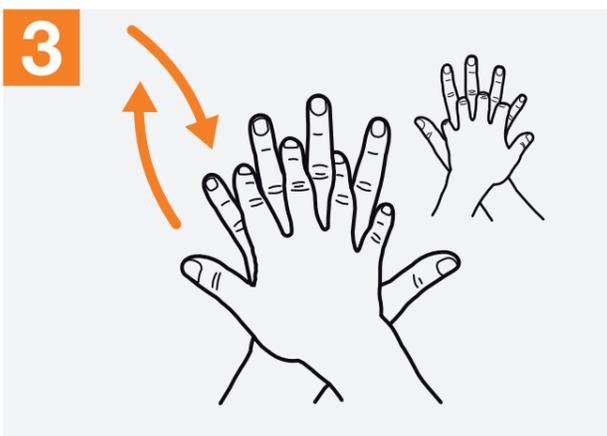
 **Durée de la procédure : 20-30 secondes**



Remplir la paume d'une main avec le produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



Paume contre paume par mouvement de rotation ;



Le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume de la main droite, et vice versa ;



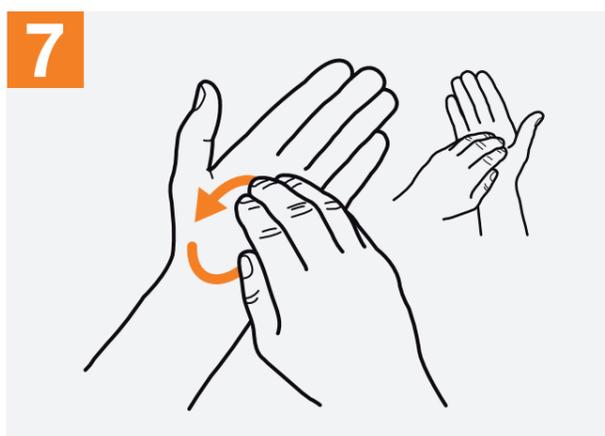
Les espaces interdigitaux, paume contre paume et doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière ;



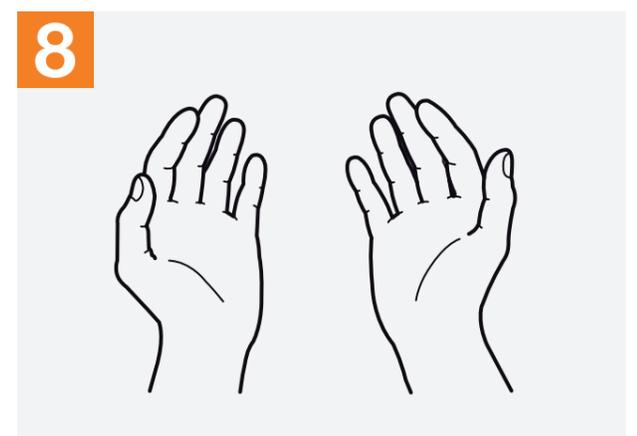
Le dos des doigts dans la paume de la main opposée, avec un mouvement d'aller-retour latéral ;



Le pouce de la main gauche par rotation dans la main droite, et vice versa ;



La pulpe des doigts de la main droite dans la paume de la main gauche, et vice versa ;



Une fois sèches, vos mains sont prêtes pour le soin.



Organisation
mondiale de la Santé

Sécurité des patients

Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

SAVE LIVES
Clean Your Hands



Conseils pour l'Engagements des Patients et des Organisations de Patients en faveur des Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains

Les Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009) encouragent un partenariat entre les patients, leurs familles et les personnels soignants afin de promouvoir l'hygiène des mains sur les lieux de soins. Une collaboration positive avec les patients et les organisations de patients dans la poursuite de la promotion de l'hygiène des mains pour une meilleure observance permet de renforcer la prévention et le contrôle des infections dans le monde et de réduire ainsi les effets adverses des infections associées aux soins (IAS). L'hygiène des mains pratiquée devant le patient renforce son sentiment de sécurité.

En conséquence, la sensibilisation, la compréhension et l'engagement du patient sont des aspects importants à prendre en compte dans les plans d'actions pour promouvoir l'hygiène des mains.

Même si la responsabilité de la pratique de l'hygiène des mains incombe au personnel soignant, les établissements de soins doivent néanmoins considérer les points qui suivent dans le cadre d'une mise en œuvre intégrale de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains :

- S'assurer du plein soutien des responsables de l'établissement (par exemple : directeurs administratifs, médicaux, infirmiers(ères) en chef) dans la recherche de la participation des patients, si cela est jugé utile ;
- Cibler les activités permettant de remporter l'adhésion des personnels soignants pour inciter la participation des patients dans la promotion de l'hygiène des mains ;
- Autoriser explicitement les patients et leurs visiteurs, selon leur volonté, à contribuer pro-activement aux pratiques d'hygiène des mains aux moments opportuns et de manière appropriée;
- Engager les organisations de patients à aider, éduquer les patients, ou à collecter des fonds et/ou améliorer les ressources des établissements de soins.

Participation des Patients

La participation du patient est un concept actuellement en développement dans le domaine des soins de santé et qui s'étend désormais au domaine de la sécurité des patients. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que la responsabilité de la sécurité des soins est avant tout celle du système de santé. Elle s'engage toutefois à informer et sensibiliser les patients sur l'importance de l'hygiène des mains et sur le rôle fondamental qu'ils peuvent jouer dans cette démarche d'amélioration. L'opportunité d'impliquer les patients dans les soins qui leur sont dispensés a évolué au cours de la dernière décennie incitant une participation plus active. Il y a plusieurs manières pour le patient de participer au processus des soins et d'y être encouragé en fonction de ses propres capacités et de ses choix.

Plusieurs aspects sont à considérer pour permettre au patient de participer activement. Le patient ne peut être impliqué qu'après avoir été suffisamment informé. D'autre part, il doit avoir compris comment utiliser ces informations et être convaincu que ces connaissances lui donnent les moyens et le droit de contribuer à l'amélioration de la sécurité des soins sans pour autant dédouaner les professionnels de leurs propres responsabilités. En effet, la responsabilité de l'hygiène des mains revient en premier lieu et en totalité au personnel soignant. Chacune des stratégies proposées et chacun des conseils énoncés dans ce document reposent sur ce postulat.

Pour plus d'informations, veuillez vous référer à :

- Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009), sur le site suivant : www.who.int/gpsc/5may/en/
- Les patients pour la sécurité des patients www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/ ou http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/fr

Les Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009) proposent un modèle en cinq points pour le développement d'un programme de participation des patients:

I. Appropriation – Développement d'une collaboration

- Réunir les données à présenter aux décisionnaires,
- Choisir la terminologie la plus appropriée au contexte local (par exemple : responsabilisation, implication, participation ou engagement du patient),
- Identifier les possibilités de soutien dans votre établissement, votre région ou votre pays,
- Constituer un réseau de soutien.

II. Revue des modèles ou des programmes de participation des patients existants

- Explorer les modèles et programmes existants dans votre pays, y compris dans d'autres domaines que celui de l'hygiène des mains. Cette revue peut nécessiter l'engagement des organisations de patients existantes.

III. Développement du programme, en tenant compte du contexte local

- Constituer une équipe de développement,
- Sur la base d'études conduites par l'OMS ou d'autres analyses disponibles localement, étudier les perceptions actuelles de la participation du patient dans la promotion de l'hygiène des mains, dans le contrôle des infections et dans l'amélioration de la sécurité des patients,
- Evaluer la volonté des patients et de leurs familles de participer,
- Identifier les obstacles à leur participation, notamment la préparation du personnel soignant, le statut des patients dans le système de santé, les besoins en ressources et la disponibilité de supports promotionnels,
- Analyser dans le contexte culturel les relations de pouvoir et de respect entre les soignants et les patients,
- Lorsque le programme est réalisable, définir la manière d'intégrer les points de vue du patient dans l'élaboration de matériels et de rappels.

IV. Mise en œuvre du programme

- La mise en œuvre du programme doit tenir compte de tous les conseils donnés dans ce document.

V. Evaluation du programme

- Enquêtes de satisfaction auprès des patients,
- Invitation des patients à conduire des observations des pratiques d'hygiène des mains.

*Ce document se concentre principalement sur certains des aspects critiques cités aux **points I et III du programme en cinq points** décrit ci-dessus. Il propose quelques conseils permettant de consolider le développement, la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie efficace d'implication des patients.*

Appropriation – Développement d'une collaboration

La meilleure façon d'y parvenir est sans doute de travailler avec les organisations de patients existantes. Quelques indications relatives à la participation des patients sont listées ci-dessous.

Conseils sur l'Engagement des Organisations de Patients

Les établissements de soins peuvent envisager un partenariat avec une organisation de patients indépendante. Il existe des organisations de patients au niveau local, régional, national ou international.

Les établissements de soins et les organisations de patients ont de nombreux objectifs communs – pas uniquement celui de sauver la vie des patients – et peuvent collaborer efficacement pour répondre aux besoins des patients. Les organisations de patients permettent d'atteindre les patients, les personnels soignants et le grand public, en contribuant au développement de :

- La promotion,
- L'éducation et l'information,
- La sensibilisation par la communication

L'Alliance Internationale des Organisations de Patients (*International Alliance of Patient Organizations (IAPO)*) a élaboré un outil promotionnel destiné aux organisations de patients, au sujet de la sécurité des patients dans le monde entier et articulé autour de la promotion, la formation et la sensibilisation (www.patientsorganizations.org). Cet outil ne concerne pas exclusivement l'amélioration de l'hygiène des mains au cours des soins mais contient de nombreux indicateurs utiles aux organisations de patients pour sensibiliser à la sécurité des patients en général.

Les établissements de soins souhaitant impliquer les organisations de patients peuvent se référer à la méthode décrite ci-dessous.

1. Identification des organisations de patients

Pour initier la collaboration avec une organisation de patients, le coordinateur du programme « Hygiène des Mains » ou un autre responsable du programme de promotion de l'hygiène des mains doit tout d'abord identifier l'organisation de patients avec laquelle il pourra coopérer, obtenir les coordonnées et contacter ses représentants.

Si un établissement de soins n'est pas encore en contact avec ces organisations ou ne connaît pas encore leur existence, il peut s'adresser au Programme de l'OMS pour la Sécurité des Patients (patientsafety@who.int).

L'IAPO propose sur son site Internet un annuaire mondial d'environ 1000 organisations de patients (www.patientsorganization.org), qui peut être le premier instrument de recherche.

2. Contacter une organisation de patients

Le coordinateur du programme « Hygiène des Mains » ou un autre représentant de l'établissement peut prendre contact par téléphone, lettre ou courriel ou encore en personne avec une organisation de patients.

Quelle que soit la manière de ce premier contact, le représentant doit en expliquer clairement les raisons et évoquer les points suivants :

- Se présenter en donnant son nom et sa fonction,
- Mentionner brièvement les raisons pour lesquelles il/elle entre en contact avec l'organisation,
- S'assurer qu'il/ elle a contacté la bonne personne ou demander, le cas échéant, les coordonnées de la personne à contacter,
- Détailler les informations sur les IAS et sur le rôle central de l'hygiène des mains pour la protection des patients, décrire comment l'Organisation de Patients pourrait être impliquée (si nécessaire),
- Solliciter une rencontre pour discuter plus avant des domaines de collaboration.



Le modèle de lettre proposé ci-dessous permet de prendre un premier contact avec une organisation de patients. Ce modèle est donné à titre d'exemple et peut être adapté aux usages locaux ou son contenu peut être utilisé comme guide d'un entretien téléphonique.

Modèle de lettre : Premier contact avec une organisation de patients

<nom de l'établissement de soins>

<adresse ligne 1>

< adresse ligne 2>

< adresse ligne 3>

< adresse ligne 4>

<date>

Madame, Monsieur

En qualité de <insérer la fonction – par ex., **Coordinateur du Programme d'Amélioration de l'Hygiène des Mains**> au sein de <insérer le nom de l'établissement>, je vous écris pour vous informer des initiatives que nous avons engagées afin de promouvoir l'hygiène des mains dans notre établissement de soins, et pour solliciter le soutien de <Insérer le nom de l'Organisation de Patients> pour sauver des vies de patients.

J'ai obtenu vos coordonnées auprès de <préciser> et suis persuadé(e) que vous êtes le(la) meilleur(e) interlocuteur(trice) pour discuter de ce sujet. Si ce n'est pas le cas, je vous serais reconnaissant(e) de bien vouloir m'indiquer les coordonnées de la personne à laquelle je dois adresser ce courrier.

Vous connaissez certainement l'impact considérable des infections associées aux soins (IAS) pour les patients et les systèmes de santé dans le monde entier. Vous savez également que l'hygiène des mains est la mesure essentielle permettant de réduire la propagation de nombreuses IAS. En effet, le simple fait que le personnel soignant pratique l'hygiène des mains aux moments opportuns et de manière appropriée permet de sauver des vies.

Au sein de <insérer le nom de l'établissement>, nous avons mis en œuvre un large éventail d'activités de sensibilisation à l'hygiène des mains et de promotion de l'hygiène des mains auprès des personnels soignants dans le cadre de la campagne **SAVE LIVES: Clean Your Hands** du Programme de l'OMS pour la Sécurité des Patients. Nous sommes persuadés que la pleine réussite de ce programme réside aussi dans la sensibilisation des patients qui séjournent dans notre établissement à l'importance de l'hygiène des mains au cours des soins. Expliquer aux patients ce qu'ils sont en droit d'attendre en matière d'hygiène des mains, la façon dont ils peuvent encourager les personnels soignants à pratiquer l'hygiène des mains et dont ils peuvent faire part de leurs observations et de leurs expériences, nous permettra d'atteindre notre objectif d'amélioration de l'hygiène des mains.

Pour cette raison nous souhaiterions solliciter les conseils et le soutien de votre organisation pour instaurer des systèmes de communication et pour élaborer des ressources éducationnelles efficaces destinés à nos patients.

Nous serions ravis d'en discuter plus en détails avec vous et nous vous proposons une rencontre dans notre établissement pour parler des initiatives en cours et réfléchir aux domaines et modalités de collaboration.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sincères salutations.

3. Organiser une réunion pour discuter des domaines de collaboration

- Désigner les représentants de l'établissement de soins qui doivent être présents lors de la réunion initiale,
- Confirmer la date, l'heure et le lieu de la réunion avec les représentants de l'organisation de patients,
- Rédiger l'ordre du jour de la réunion,
- Préparer les supports nécessaires (par exemple : présentations, dossiers).

Lors de la réunion

- Il conviendra d'expliquer:
 - L'importance de l'hygiène des mains sur les lieux de soins,
 - La responsabilité du personnel soignant en matière d'hygiène des mains,
 - Le rôle des patients et des visiteurs dans la promotion de l'hygiène des mains,
 - Les plans d'actions et initiatives de promotion de l'hygiène des mains,
 - Les améliorations apportées dans votre établissement et leur contribution à la réduction des IAS et de la morbidité et de la mortalité associées (si ces données sont disponibles),
 - Les raisons pour lesquelles l'engagement d'organisations de patients est nécessaire et les avantages pour les patients et les établissements de soins d'une telle implication,
 - Les modalités de l'engagement de l'organisation de patients.
- Si cela s'avère pertinent dans votre région, vous pouvez souligner le faible degré de sensibilisation des patients et du grand public à l'importance de l'hygiène des mains pour sauver la vie des patients,
- S'assurer de la nécessité d'accords de collaboration écrits,
- *Pour que les patients se sentent à l'aise et n'hésitent pas à rappeler au personnel soignant de pratiquer l'hygiène des mains, ils doivent être convaincus que le personnel soignant accueille favorablement leur intervention. Le soutien inconditionnel de l'établissement de soins et de l'ensemble du personnel soignant doit être obtenu et communiqué aux patients.*

4. Identifier les initiatives que les organisations de patients pourraient faciliter

Quelques exemples d'initiatives que les organisations de patients peuvent faciliter pour impliquer les patients dans la promotion de l'hygiène des mains au cours des soins sont présentés ci-dessous.

Actions de persuasion pour l'obtention de financements ou d'établissements de meilleure qualité

Des organisations de patients peuvent exercer des pressions pour le compte d'un établissement ou d'un secteur spécifique en écrivant aux :

- Ministère(s) de la Santé(s) ou aux administrateurs des établissements de soins, afin d'attirer leur attention sur l'hygiène des mains au cours des soins et encourager sa promotion et son financement;
- Organisations locales des professions de la santé (par exemple : sociétés nationales d'infirmiers, de médecins), pour qu'elles communiquent sur l'importance du renforcement de la formation de leurs membres ou sur leur responsabilité en matière d'hygiène des mains.

Etudes de cas de patients

Les organisations de patients peuvent préparer des études de cas de patients, illustrant des expériences positives et négatives en lien avec l'hygiène des mains dans les établissements de soins. Ces études de cas peuvent être utilisées pour transmettre les points de vue des patients lors des sessions de formation du personnel soignant à l'hygiène des mains ou de symposiums, de conférences ou de débats qui ont lieu dans l'établissement. Ces études de cas peuvent aussi évoquer les obstacles à la participation des patients dus aux personnels soignants. L'identification des niveaux variables de préparation des personnels soignants à la participation des patients, des opinions divergentes sur le sujet est une étape importante pour la levée des barrières à l'implication des patients.

Les études de cas peuvent être présentées sous forme écrite, sous forme de films ou encore en personne par un représentant d'une organisation de patients.

Diffusion de l'information dans le domaine public et accès à l'information sur la fréquence des IAS dans les établissements de soins de sa région.

Education et formation des patients à l'importance de l'hygiène des mains au cours des soins

Les organisations de patients peuvent participer à la sensibilisation et à l'éducation des patients en hygiène des mains au cours de soins, de plusieurs manières. Par exemple :

- Développement des outils d'information destinés aux patients (documents imprimés, exposés oraux, présentations audio-visuelles) expliquant pourquoi, quand et comment l'hygiène des mains doit être pratiquée ainsi que l'impact de cette pratique sur la réduction des IAS,
- Diffusion d'informations aux patients,
- Mise à disposition d'informations sur les sites Internet (ou par l'intermédiaire de liens donnant accès aux ressources du site Internet de l'établissement de soins) ou dans les bulletins d'information des organisations de patients,
- Intégration de l'hygiène des mains à l'ordre du jour de réunions de patients, de symposiums, de conférences, etc.
- Communication avec les patients ou les médias sur les améliorations ou initiatives de promotion de l'hygiène des mains dans l'établissement de soins.

Réalisation d'enquêtes auprès des patients

Les données recueillies par les organisations de patients sur les perceptions qu'ont les patients de l'hygiène des mains dans les établissements de soins peuvent aider à l'élaboration du plan d'action d'un établissement de soins en élargissant le point de vue sur la qualité des soins. Ces données peuvent également servir de référence et permettre de mesurer l'impact des actions et des initiatives engagées sur l'évolution de ces perceptions au cours d'une période donnée.

Mise en place d'un système de retour d'informations

Les organisations de patients peuvent contribuer à l'instauration d'un système permettant aux patients de s'exprimer sur leurs propres expériences relatives à l'hygiène des mains dans un établissement de soins ; lorsqu'un patient qui considère ne pas avoir bénéficié de soins optimaux lors de son séjour dans un établissement de soins peut ne pas avoir l'occasion de l'exprimer au personnel soignant ou peut ne pas oser le faire directement lors de son séjour. D'autres patients peuvent préférer qu'une organisation de patients les représente auprès d'un établissement de soins et transmette leurs préoccupations ou leurs compliments.

Les réactions et impressions des patients sur la pratique de l'hygiène des mains dans un établissement de soins doivent être constructives plutôt qu'accusatrices. Un modèle de formulaire d'évaluation par le patient est proposé ci-dessous.

Modèle de formulaire d'évaluation par le patient

J'étais patient/visiteur dans l'établissement de soins suivant :

Dans l'unité de soins/ le service suivant(e) :

Aux dates suivantes :

J'ai constaté que la pratique de l'hygiène des mains selon l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » n'était pas respectée durant mon séjour dans cet établissement. Je souhaiterais à ce titre alerter la(les) personne(s) responsable(s) de la prévention et du contrôle des infections / de la sécurité des patients de cet établissement.

Je suis certain(e) que l'établissement saura collaborer étroitement avec tous les personnels soignants pour promouvoir l'hygiène des mains ; en conséquence, je vous serais reconnaissant(e) de bien vouloir faire part de mes impressions et d'organiser une formation complémentaire des personnels soignants concernés.

Développement du Programme

Le point III – **Développer un programme en tenant compte du contexte local** – de la stratégie présentée en introduction comprend la mise au point de supports ou d'activités visant à former les patients et à susciter leur adhésion à la promotion de l'hygiène des mains au cours des soins. Quelques exemples ci-dessous illustrent différentes façons de procéder.

Information des Patients et Visiteurs lors de leur Admission dans l'Établissement de Soins

Les établissements de soins doivent envisager d'informer chaque patient sur l'hygiène des mains, dès son enregistrement ou son admission.

Cette information peut se présenter sous la forme d'un dépliant renseignant sur :

- Pourquoi il est important que chaque personnel soignant pratique l'hygiène des mains aux moments opportuns (penser à l'utilité de l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains »).
- Ce qu'un patient est en droit d'attendre de la part du personnel soignant de l'établissement de soins en matière d'hygiène des mains ; en d'autres termes, les patients sont en droit d'attendre de chaque personnel soignant qu'il ou elle pratique l'hygiène des mains lors des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains ».
- Les mesures actuellement en place dans l'établissement de soins, ont pour objectif d'inciter le personnel soignant à l'hygiène des mains et d'en faciliter la pratique (par exemple : mise à disposition de lavabos, d'eau, de savon, et de produit hydro-alcoolique sur le lieu de soins).
- L'incitation d'un soignant à pratiquer l'hygiène des mains si celui-ci ne respecte pas les indications à l'hygiène des mains (par exemple : nombre d'initiatives de participation des patients existantes suggèrent que le patient demande simplement: « pourriez-vous vous laver les mains ? ». Un patient défenseur de la participation active des patients propose une approche similaire mais sa demande est nuancée : « Pourquoi ne pouvez-vous pas vous laver les mains ? », invitant ainsi le soignant à réfléchir à son rôle).
- Comment faire part de son impression, positive ou négative, sur l'observance du personnel soignant à l'hygiène des mains.
- L'hygiène des mains à pratiquer par les patients eux-mêmes et leurs visiteurs et les moyens qu'ils peuvent utiliser.
- Où trouver des informations complémentaires sur l'hygiène des mains au cours des soins ou la(les) personne(s) à contacter.
- Bien que cela ne soit pas réalisable dans tous les établissements, selon les moyens disponibles, l'utilisation de vidéos ou de CD dans les chambres des patients peut être envisagée pour diffuser des messages de promotion de l'hygiène des mains.

Importance de la *littératie* dans le domaine de la santé

Le développement des informations doit tenir compte des aptitudes du patient / du public à les comprendre et à les utiliser dans le contexte de la santé. Plusieurs organisations peuvent apporter leur soutien à ce sujet :

- The International Alliance of Patient Organizations www.patientsorganizations.org/healthliteracy
- L'OMS propose des informations dans l'ouvrage intitulé "*Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions*".
www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=621

Information aux Personnels Soignants

La participation des patients est peu probable, tant qu'elle n'est pas admise et même encouragée par le personnel soignant. Le succès d'une stratégie de participation des patients requiert le soutien inconditionnel du personnel

soignant, à tous les niveaux de l'organisation de l'établissement de soins. Des sessions d'information peuvent s'avérer nécessaires afin de rassurer le personnel soignant quant aux objectifs de cette stratégie, c'est-à-dire réduire les effets adverses pour les patients, et obtenir leur soutien.

Affiches et Messages promotionnels

Il est conseillé aux établissements de soins d'apposer des affiches rappelant au personnel soignant de pratiquer l'hygiène des mains dans l'ensemble de l'établissement. Ces affiches sont disponibles sur le site Internet du Programme OMS pour la Sécurité des Patients www.who.int/gpsc/5may/en/. Idéalement, les messages choisis doivent être positifs et attractifs à la fois pour les personnels soignants et pour les patients.

Les établissements de soins peuvent également envisager d'autres affiches ou supports visant à :

- Informer les patients que tous les personnels soignants doivent pratiquer l'hygiène des mains selon les « 5 Indications de l'Hygiène des Mains »
 - Cette approche occupe une place de plus en plus importante dans les stratégies de promotion de l'hygiène des mains au niveau mondial ; il faudra cependant un peu de temps avant qu'elle soit bien comprise et intégrée par les personnels soignants et les patients. Pour cette raison, les établissements de soins peuvent choisir de mettre l'accent sur l'une ou l'autre des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains ». Par exemple, se concentrer sur l'indication 1 (avant de toucher un patient) peut constituer un point de départ simple et facilement compréhensible. Il est important que les personnels soignants connaissent cette approche afin qu'ils puissent l'expliquer aux patients.
- Informer les patients sur la façon dont ils peuvent retourner les informations à l'établissement s'ils constatent que l'hygiène des mains n'est pas optimale de la part des personnels soignants
- Encourager les patients à rappeler au personnel soignant de pratiquer l'hygiène des mains
- Des rappels et incitatifs peuvent être utilisés par le patient pour rappeler visuellement aux personnels soignants de pratiquer l'hygiène des mains
 - Par exemple : des petits badges ou autocollants comportant un message comme « Vous êtes-vous lavé les mains ? » ou encore « **SAVE LIVES: Clean Your Hands** ».
- Informer les patients que leur participation est souhaitée.
 - Par exemple : les personnels soignants peuvent porter des badges invitant clairement les patients à leur poser des questions sur l'hygiène des mains (par exemple "N'hésitez pas à poser des questions ! ")

Ressources Internet

Les établissements de soins peuvent prévoir la création de pages spécifiques sur leurs sites, si l'Internet est disponible, destinées à l'information des patients sur l'hygiène des mains.

L'invitation à la participation des patients sur les questions de la sécurité des patients en utilisant l'outil Internet, tels que les pages d'accueil pour les hôpitaux et les agences nationales, fait désormais partie de nombreux systèmes hospitaliers en raison des obligations de déclaration en matière de qualité et de sécurité.

Des balados (*podcasts*) pourraient faire partie d'autres suggestions innovantes, tel que le balado sur l'hygiène des mains et la participation des patients diffusé par le CDC en 2008, préconisant de demander ou de rappeler aux personnels soignants de pratiquer l'hygiène des mains (www2a.cdc.gov/podcast/player.asp?=9467).

A qui sont destinés les lavabos et les produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains

Avec la promotion de l'hygiène des mains et les fondations d'une stratégie réussie, il est probable que les infrastructures (lavabos et produits hydro-alcooliques, par exemple) soient disponibles sur les lieux de soins. Ces infrastructures

garantissent l'accès aux équipements et ressources nécessaires à l'hygiène des mains. La mise en place de ces infrastructures, associée à la mise en œuvre des autres éléments de la stratégie multimodale, facilite la pratique de l'hygiène des mains et incite les personnels soignants à l'observance. En résumé, le personnel soignant étant le principal responsable de la transmission de germes, il est aussi la cible principale des actions, et son observance est l'objectif majeur des interventions.

Les patients et visiteurs des établissements de soins peuvent remarquer la présence de ces infrastructures, en particulier les distributeurs de produit hydro-alcoolique, mais ne savent pas s'ils peuvent les utiliser ou si elles sont exclusivement réservées au personnel soignant. Les établissements de soins devraient donc signaler (en apposant des affiches ou étiquettes) qui sont les personnes pouvant utiliser ces dispositifs et à quel(s) moment(s) elles peuvent le faire.

Mise en Œuvre et Evaluation

Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation sont présentées dans le Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains.

En résumé :

- La participation des patients à la promotion de l'hygiène des mains au cours des soins doit être envisagée soigneusement lorsqu'il s'agit de lancer une nouvelle stratégie ou de réviser les stratégies existantes.
- L'introduction ou le renforcement de cet élément de la stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains requiert une planification rigoureuse. Ce document a pour objectif d'aider dans cette démarche.
- La participation des patients n'est concevable qu'une fois la préparation et l'adhésion du personnel soignant assurées.
- Le personnel soignant doit pouvoir accéder à toutes les infrastructures nécessaires à la pratique de l'hygiène des mains, selon les recommandations.
- La responsabilité de l'hygiène des mains appartient au personnel soignant.
- Des informations claires et précises sur les raisons, les moments et les techniques de l'hygiène des mains doivent être accessibles aux patients.
- Il est important de se rappeler que tous les patients ne souhaitent pas s'engager dans la promotion de l'hygiène des mains au cours des soins.

Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins

Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains

Modèle de Plan d'Action

Outils de mise en œuvre : Changement de système	Outils de mise en œuvre : Formation et éducation	Outils de mise en œuvre : Evaluation et restitution des résultats	Rappels et incitatifs sur le lieu de travail	Outils de mise en œuvre : Culture institutionnelle de la sécurité
Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins	Modèle de Présentation pour le Coordinateur	Hygiène des Mains : Manuel technique de Référence	Affiche : Les 5 Indications de l'Hygiène des Mains	Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Sensibilisation à l'Hygiène des Mains
Planification et Evaluation du Coût de Production locale d'un Produit hydro-alcoolique	Diapositives pour les Sessions de Formation des Formateurs, Observateurs et Professionnels médico-soignants	Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance	Affiche : La Friction hydro-alcoolique : Comment	Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Communication sur les Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains
Guide de Production Locale : Formulations de Produits hydro-alcooliques recommandées par l'OMS	Films didactiques sur les Indications et Pratiques de l'Hygiène des Mains	Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins	Affiche : Le Lavage des Mains : Comment	Conseils pour l'Engagement des Patients et des Organisations de Patients en faveur des Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains
Enquête sur la Consommation de Savon et de Produits hydro-alcooliques	Hygiène des Mains : Manuel technique de Référence	Enquête sur la Consommation de Savon et de Produits hydro-alcooliques	Dépliant : Hygiène des mains : Quand et Comment	Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins
Protocole d'Evaluation de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité d'un Produit hydro-alcoolique en usage ou à introduire : Méthode 1	Formulaire d'Observation	Questionnaire sur les Perceptions du Personnel soignant	Ecran de veille : SAVE LIVES: Clean Your Hands	DVD promotionnel : SAVE LIVES: Clean Your Hands
Protocole d'Evaluation et de Comparaison de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité de différents Produits hydro-alcooliques : Méthode 2	Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand	Questionnaire sur les Perceptions des Equipes de Direction		
	Fiche d'Information sur l'Usage des Gants	Questionnaire sur les Connaissances du Personnel soignant de l'Hygiène des Mains		
	Affiche : Les 5 Indications de l'Hygiène des Mains	Protocole d'Evaluation de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité d'un Produit hydro-alcoolique en usage ou à introduire : Méthode 1		
	Foire aux Questions	Protocole d'Evaluation et de Comparaison de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité de différents Produits hydro-alcooliques : Méthode 2		
	Publications scientifiques essentielles	Outils de Saisie et d'Analyse des Données		
	Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins	Instructions pour la Saisie et l'Analyse des Données		
		Trame pour la Synthèse et le Rapport des Résultats d'Evaluations		



Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

Introduction and user instructions

The **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** is a systematic tool with which to obtain a situation analysis of hand hygiene promotion and practices within an individual health-care facility.

What is its purpose?

While providing an opportunity to reflect on existing resources and achievements, the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** also helps to focus on future plans and challenges. In particular, it acts as a diagnostic tool, identifying key issues requiring attention and improvement. The results can be used to facilitate development of an action plan for the facility's hand hygiene promotion programme. Repeated use of the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** will also allow documentation of progress with time.

Overall, this tool should be a catalyst for implementing and sustaining a comprehensive hand hygiene programme within a health-care facility.

Who should use the Hand Hygiene Self-Assessment Framework?

This tool should be used by professionals in charge of implementing a strategy to improve hand hygiene within a health-care facility. If no strategy is being implemented yet, then it can also be used by professionals in charge of infection control or senior managers at the facility directorate. The framework can be used globally, by health-care facilities at any level of progress as far as hand hygiene promotion is concerned.

How is it structured?

The **Hand Hygiene Self-Assessment Framework** is divided into five components and 27 indicators. The five components reflect the five elements of the **WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy** (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>) and the indicators have been selected to represent the key elements of each component. These indicators are based on evidence and expert consensus and have been framed as questions with defined answers (either "Yes/No" or multiple options) to facilitate self-assessment. Based on the score achieved for the five components, the facility is assigned to one of four levels of hand hygiene promotion and practice: Inadequate, Basic, Intermediate and Advanced.

Inadequate: hand hygiene practices and hand hygiene promotion are deficient. Significant improvement is required.

Basic: some measures are in place, but not to a satisfactory standard. Further improvement is required.

Intermediate: an appropriate hand hygiene promotion strategy is in place and hand hygiene practices have improved. It is now crucial to develop long-term plans to ensure that improvement is sustained and progresses.

Advanced: hand hygiene promotion and optimal hand hygiene practices have been sustained and/or improved, helping to embed a culture of safety in the health-care setting.

Leadership criteria have also been identified to recognise facilities that are considered a reference centre and contribute to the promotion of hand hygiene through research, innovation and information sharing. The assessment according to leadership criteria should only be undertaken by facilities having reached the Advanced level.

How does it work?

While completing each component of the **Hand Hygiene Self-Assessment Framework**, you should circle or highlight the answer appropriate to your facility for each question. Each answer is associated with a score. After completing a component, add up the scores for the answers you have selected to give a subtotal for that component. During the interpretation process these subtotals are then added up to calculate the overall score to identify the hand hygiene level to which your health-care facility is assigned.

The assessment should not take more than 30 minutes, provided that the information is easily available.

Within the **Framework** you will find a column called "WHO implementation tools" listing the tools made available from the WHO First Global Patient Safety Challenge to facilitate the implementation of the **WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy** (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>). These tools are listed in relation to the relevant indicators included in the **Framework** and may be useful when developing an action plan to address areas identified as needing improvement.

Is the Hand Hygiene Self-Assessment Framework suitable for inter-facility comparison?

Health-care facilities or national bodies may consider adopting this tool for external comparison or benchmarking. However, this was not a primary aim during the development of this tool. In particular, we would draw attention to the risks inherent in using a self-reported evaluation tool for external benchmarking and also advise the use of caution if comparing facilities of different sizes and complexity, in different socioeconomic settings. It would be essential to consider these limitations if inter-facility comparison is to be undertaken.



Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

1. System Change			
Question	Answer	Score	WHO improvement tools
1.1 How easily available is alcohol-based handrub in your health-care facility? Choose one answer	Not available	0	→ Ward Infrastructure Survey → Protocol for Evaluation of Tolerability and Acceptability of Alcohol-based Handrub in Use or Planned to be Introduced:Method 1 → Guide to Implementation II.1
	Available, but efficacy ¹ and tolerability ² have not been proven	0	
	Available only in some wards or in discontinuous supply (with efficacy ¹ and tolerability ² proven)	5	
	Available facility-wide with continuous supply (with efficacy ¹ and tolerability ² proven)	10	
	Available facility-wide with continuous supply, and at the point of care ³ in the majority of wards (with efficacy ¹ and tolerability ² proven)	30	
	Available facility-wide with continuous supply at each point of care ³ (with efficacy ¹ and tolerability ² proven)	50	
1.2 What is the sink:bed ratio? Choose one answer	Less than 1:10	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guide to Implementation II.1
	At least 1:10 in most wards	5	
	At least 1:10 facility-wide and 1:1 in isolation rooms and in intensive care units	10	
1.3 Is there a continuous supply of clean, running water ⁴ ?	No	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guide to Implementation II.1
	Yes	10	
1.4 Is soap ⁵ available at each sink?	No	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guide to Implementation II.1
	Yes	10	
1.5 Are single-use towels available at each sink?	No	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guide to Implementation II.1
	Yes	10	
1.6 Is there dedicated/available budget for the continuous procurement of hand hygiene products (e.g. alcohol-based handrubs)?	No	0	→ Guide to Implementation II.1
	Yes	10	

Extra Question: Action plan

Answer this question ONLY if you scored less than 100 for questions 1.1 to 1.6: Is there realistic plan in place to improve the infrastructure ⁶ in your health-care facility?	No	0	→ Alcohol-based Handrub Planning and Costing Tool → Guide to Local Production: WHO-recommended Handrub Formulations → Guide to Implementation II.1
	Yes	5	
System Change subtotal		/100	

1. Efficacy: The alcohol-based handrub product used should meet recognised standards of antimicrobial efficacy for hand antisepsis (ASTM or EN standards). Alcohol-based handrubs with optimal antimicrobial efficacy usually contain 75 to 85% ethanol, isopropanol, or n-propanol, or a combination of these products. The WHO-recommended formulations contain either 75% v/v isopropanol, or 80% v/v ethanol.

2. Skin tolerability: The alcohol-based handrub product is well tolerated by health-care workers skin (i.e. it does not harm or irritate the skin) when used in clinical care, as demonstrated by reliable data. The WHO Protocol for Evaluation of Tolerability and Acceptability of Alcohol-based Handrub in Use or Planned to be Introduced can be used as a reference.

3. Point of care: The place where three elements come together: the patient, the health-care worker, and care or treatment involving contact with the patient or his/her surroundings (within the patient zone). Point-of-care products should be accessible without having to leave the patient zone (ideally within arms reach of the health-care worker or within 2 meters).

4. Clean, running water: A water supply that is either piped in (or where this is not available, from onsite storage with appropriate disinfection) that meets appropriate safety standards for microbial and chemical contamination. Further details can be found in Essential environmental health standards in health care (Geneva, World Health Organization, 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547239_eng.pdf).

5. Soap: Detergent-based products that contain no added antimicrobial agents, or may contain these solely as preservatives. They are available in various forms including bar soap, tissue, leaf, and liquid preparations.

6. Infrastructure: The "infrastructure" here referred to includes facilities, equipment, and products that are required to achieve optimal hand hygiene practices within the facility. Specifically, it refers to the indicators included in questions 1.1-1.5 and detailed in the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009, Part I, Chapter 23.5 (e.g. availability of alcohol based handrub at all points of care, a continuous supply of clean, running water and a sink:bed ratio of at least 1:10, with soap and single-use towels at each sink).

Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

2. Training and Education

Question	Answer	Score	WHO improvement tools
2.1			
Regarding training of health-care workers in your facility:			
2.1a How frequently do health-care workers receive training regarding hand hygiene ⁷ in your facility? Choose one answer	Never	0	→ Slides for Education Session for Trainers, Observers and Health-care Workers → Hand Hygiene Training Films → Slides Accompanying the Training Films → Slides for the Hand Hygiene Co-ordinator → Hand Hygiene Technical Reference Manual
	At least once	5	
	Regular training for medical and nursing staff, or all professional categories (at least annually)	10	
	Mandatory training for all professional categories at commencement of employment, then ongoing regular training (at least annually)	20	
2.1b Is a process in place to confirm that all health-care workers complete this training?	No	0	→ Hand Hygiene Why, How and When Brochure → Guide to Implementation II.2
	Yes	20	
2.2			→ Guide to Implementation II.2
Are the following WHO documents (available at www.who.int/gpsc/5may/tools), or similar local adaptations, easily available to all health-care workers?			
2.2a The 'WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health-care: A Summary'	No	0	→ WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: A Summary
	Yes	5	
2.2b The WHO 'Hand Hygiene Technical Reference Manual'	No	0	→ Hand Hygiene Technical Reference Manual
	Yes	5	
2.2c The WHO 'Hand Hygiene: Why, How and When' Brochure	No	0	→ Hand Hygiene Why, How and When Brochure
	Yes	5	
2.2d The WHO 'Glove Use Information' Leaflet	No	0	→ Glove Use Information Leaflet
	Yes	5	
2.3 Is a professional with adequate skills ⁸ to serve as trainer for hand hygiene educational programmes active within the health-care facility?	No	0	→ WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care → Hand Hygiene Technical Reference Manual → Hand Hygiene Training Films
	Yes	15	
2.4 Is a system in place for training and validation of hand hygiene compliance observers?	No	0	→ Slides Accompanying the Training Films → Guide to Implementation II.2
	Yes	15	
2.5 Is there a dedicated budget that allows for hand hygiene training?	No	0	→ Template Letter to Advocate Hand Hygiene to Managers → Template Letter to communicate Hand Hygiene Initiatives to Managers → Template Action Plan → Guide to Implementation II.2 and III.1 (page 33)
	Yes	10	
Training and Education subtotal		/100	

7. Training in hand hygiene: This training can be done using different methods but the information conveyed should be based on the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy or similar material. Training should include the following:

- The definition, impact and burden of health care-associated infection (HCAI)
- Major patterns of transmission of health care-associated pathogens
- Prevention of HCAI and the critical role of hand hygiene
- Indications for hand hygiene (based on the WHO 'My 5 Moments for Hand Hygiene' approach)
- Correct technique for hand hygiene (refer to 'How to Handrub' and 'How to Hand Wash')

8. A professional with adequate skills: Medical staff or nursing staff trained in Infection Control or Infectious Diseases, whose tasks formally include dedicated time for staff training. In some settings, this could also be medical or nursing staff involved in clinical work, with dedicated time to acquire thorough knowledge of the evidence for and correct practice of hand hygiene (the minimum required knowledge can be found in the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and the Hand Hygiene Technical Reference Manual).

Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

3. Evaluation and Feedback

Question	Answer	Score	WHO improvement tools
3.1 Are regular (at least annual) ward-based audits undertaken to assess the availability of handrub, soap, single use towels and other hand hygiene resources?	No	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guide to Implementation II.3
	Yes	10	
3.2 Is health care worker knowledge of the following topics assessed at least annually (e.g. after education sessions)?			
3.2a. The indications for hand hygiene	No	0	→ Hand Hygiene Knowledge Questionnaire for Health-Care Workers → Guide to Implementation II.3
	Yes	5	
3.2b. The correct technique for hand hygiene	No	0	
	Yes	5	
3.3 Indirect Monitoring of Hand Hygiene Compliance			
3.3a Is consumption of alcohol-based handrub monitored regularly (at least every 3 months)?	No	0	→ Soap/Handrub Consumption Survey → Guide to Implementation II.3
	Yes	5	
3.3b Is consumption of soap monitored regularly (at least every 3 months)?	No	0	
	Yes	5	
3.3c Is alcohol based handrub consumption at least 20L per 1000 patient-days?	No (or not measured)	0	
	Yes	5	
3.4 Direct Monitoring of Hand Hygiene Compliance Only complete section 3.4 if hand hygiene compliance observers in your facility have been trained and validated and utilise the WHO 'My 5 Moments for Hand Hygiene' (or similar) methodology			
3.4a How frequently is direct observation of hand hygiene compliance performed using the WHO Hand Hygiene Observation tool (or similar technique)? Choose one answer	Never	0	→ WHO Hand Hygiene Observation form → Hand Hygiene Technical Reference Manual → Guide to Implementation II.3
	Irregularly	5	
	Annually	10	
	Every 3 months or more often	15	
3.4b What is the overall hand hygiene compliance rate according to the WHO Hand Hygiene Observation tool (or similar technique) in your facility? Choose one answer	≤ 30%	0	→ Guide to Implementation II.3 → Observation form → Data Entry Analysis tools → Instructions for Data Entry and Analysis → Epi Info™ software ⁹ → Data Summary Report Framework
	31 – 40%	5	
	41 – 50%	10	
	51 – 60%	15	
	61 – 70%	20	
	71 – 80%	25	
≥ 81%	30		
3.5 Feedback			
3.5a Immediate feedback Is immediate feedback given to health-care workers at the end of each hand hygiene compliance observation session?	No	0	→ Guide to Implementation II.3 → Observation and Basic Compliance Calculation forms
	Yes	5	
3.5b Systematic feedback Is regular (at least 6 monthly) feedback of data related to hand hygiene indicators with demonstration of trends over time given to:			→ Data Summary Report Framework → Guide to Implementation II.3
3.5b.i Health-care workers?	No	0	
	Yes	7.5	
3.5b.ii Facility leadership?	No	0	
	Yes	7.5	
Evaluation and Feedback subtotal		/100	

9. Epi Info™: This software can be downloaded free of charge from the CDC website (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>)



Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

4. Reminders in the Workplace

Question	Answer	Score	WHO improvement tools
4.1 Are the following posters (or locally produced equivalent with similar content) displayed?			→ Guide to Implementation II.4
4.1a Poster explaining the indications for hand hygiene Choose one answer	Not displayed	0	→ Your 5 Moments for Hand Hygiene (Poster)
	Displayed in some wards/treatment areas	15	
	Displayed in most wards/treatment areas	20	
	Displayed in all wards/treatment areas	25	
4.1b Poster explaining the correct use of handrub Choose one answer	Not displayed	0	→ How to Handrub (Poster)
	Displayed in some wards/treatment areas	5	
	Displayed in most wards/treatment areas	10	
	Displayed in all wards/treatment areas	15	
4.1c Poster explaining correct hand-washing technique Choose one answer	Not displayed	0	→ How to Handwash (Poster)
	Displayed in some wards/treatment areas	5	
	Displayed in most wards/treatment areas	7.5	
	Displayed at every sink in all wards/treatment areas	10	
4.2 How frequently does a systematic audit of all posters for evidence of damage occur, with replacement as required? Choose one answer	Never	0	→ Guide to Implementation II.4
	At least annually	10	
	Every 2-3 months	15	
4.3 Is hand hygiene promotion undertaken by displaying and regularly updating posters other than those mentioned above?	No	0	→ Guide to Implementation II.4
	Yes	10	
4.4 Are hand hygiene information leaflets available on wards?	No	0	→ Hand Hygiene: When and How Leaflet
	Yes	10	→ Guide to Implementation II.4
4.5 Are other workplace reminders located throughout the facility? (e.g. hand hygiene campaign screensavers, badges, stickers, etc)	No	0	→ SAVE LIVES: Clean Your Hands Screensaver
	Yes	15	→ Guide to Implementation II.4
Reminders in the Workplace subtotal		/100	

Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

5. Institutional Safety Climate for Hand Hygiene

Question	Answer	Score	WHO improvement tools
5.1 With regard to a hand hygiene team ¹⁰ that is dedicated to the promotion and implementation of optimal hand hygiene practice in your facility:			→ Guide to Implementation II.5
5.1a Is such a team established?	No	0	
	Yes	5	
5.1b Does this team meet on a regular basis (at least monthly)?	No	0	
	Yes	5	
5.1c Does this team have dedicated time to conduct active hand hygiene promotion? (e.g. teaching monitoring hand hygiene performance, organizing new activities)	No	0	
	Yes	5	
5.2 Have the following members of the facility leadership made a clear commitment to support hand hygiene improvement? (e.g. a written or verbal commitment to hand hygiene promotion received by the majority of health-care workers)			→ Template Letter to Advocate Hand Hygiene to Managers → Template Letter to communicate Hand Hygiene Initiatives to Managers → Guide to Implementation II.5
5.2a Chief executive officer	No	0	
	Yes	10	
5.2b Medical director	No	0	
	Yes	5	
5.2c Director of nursing	No	0	
	Yes	5	
5.3 Has a clear plan for the promotion of hand hygiene throughout the entire facility for the 5 May (Save Lives Clean Your Hands Annual Initiative) been established ?			→ Sustaining Improvement – Additional Activities for Consideration by Health-Care Facilities → Guide to Implementation II.5
	No	0	
	Yes	10	
5.4 Are systems for identification of Hand Hygiene Leaders from all disciplines in place?			
5.4a A system for designation of Hand Hygiene champions ¹¹	No	0	
	Yes	5	
5.4b A system for recognition and utilisation of Hand Hygiene role models ¹²	No	0	
	Yes	5	
5.5 Regarding patient involvement in hand hygiene promotion:			→ Guidance on Engaging Patients and Patient Organizations in Hand Hygiene Initiatives → Guide to Implementation II.5
5.5a Are patients informed about the importance of hand hygiene? (e.g. with a leaflet)	No	0	
	Yes	5	
5.5b Has a formalised programme of patient engagement been undertaken?	No	0	
	Yes	10	
5.6 Are initiatives to support local continuous improvement being applied in your facility, for example:			→ Sustaining Improvement – Additional Activities for Consideration by Health-Care Facilities → Guide to Implementation II.5
5.6a Hand hygiene E-learning tools	No	0	
	Yes	5	
5.6b A hand hygiene institutional target to be achieved is established each year	No	0	
	Yes	5	
5.6c A system for intra-institutional sharing of reliable and tested local innovations	No	0	
	Yes	5	
5.6d Communications that regularly mention hand hygiene e.g. facility newsletter, clinical meetings	No	0	
	Yes	5	
5.6e System for personal accountability ¹³	No	0	
	Yes	5	
5.6f A Buddy system ¹⁴ for new employees	No	0	
	Yes	5	
Institutional Safety Climate subtotal			/100

Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

10. Hand hygiene team: The make-up of this team will vary. It is likely to most frequently consist of an infection control unit, but may range (depending on resources available) from a single person with the role of managing the hand hygiene programme, to a group of staff members from various departments within the facility with meetings dedicated to the hand hygiene programme.

11. Hand hygiene champion: A person who is an advocate for the causes of patient safety and hand hygiene standards and takes on responsibility for publicizing a project in his/her ward and/or facility-wide.

12. Hand hygiene role model: A person who serves as an example, whose behaviour is emulated by others. In particular, a hand hygiene role model should have a hand hygiene compliance rate of at least 80%, be able to remind others to comply, and be able to teach practically about the WHO 5 Moments for Hand Hygiene concept.

13. System for personal accountability: explicit actions are in place to stimulate health-care workers to be accountable for their behaviour with regard to hand hygiene practices. Examples are notification by observers or infection control professionals, reproaches by peers, and reports to higher level facility authorities, with possible consequences on the individual evaluation.

14. Buddy system: A programme in which each new health-care worker is coupled with an established, trained health-care worker who takes responsibility for introducing them to the hand hygiene culture of the health-care setting (including practical training on indications and technique for performing hand hygiene, and explanation of hand hygiene promotion initiatives within the facility).



Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

Interpretation: A Four Step Process

1. Add up your points.

Score	
Component	Subtotal
1. System Change	
2. Education and Training	
3. Evaluation and Feedback	
4. Reminders in the Workplace	
5. Institutional Safety Climate	
Total	



2. Determine the assigned 'Hand Hygiene Level' for your facility.

Total Score (range)	Hand Hygiene Level
0 - 125	Inadequate
126 - 250	Basic
251 - 375	Intermediate (or Consolidation)
376 - 500	Advanced (or Embedding)

3. If your facility has reached the **Advanced** level, then complete the Leadership section overleaf.

(otherwise go to Step 4).

4. Review the areas identified by this evaluation as requiring improvement in your facility and develop an action plan to address them (starting with the relevant WHO improvement tools listed). Keep a copy of this assessment to compare with repeated uses in the future.



Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010

Leadership Criteria	Answer (circle one)	
System Change		
Has a cost-benefit analysis of infrastructure changes required for the performance of optimal hand hygiene at the point of care been performed?	Yes	No
Does alcohol-based handrubbing account for at least 80% of hand hygiene actions performed in your facility?	Yes	No
Training and Education		
Has the hand hygiene team undertaken training of representatives from other facilities in the area of hand hygiene promotion?	Yes	No
Have hand hygiene principles been incorporated into local medical and nursing educational curricula?	Yes	No
Evaluation and Feedback		
Are specific healthcare associated infections (HAIs) monitored? (eg. <i>Staphylococcus aureus</i> bacteremia, Gram negative bacteremia, device-related infections)	Yes	No
Is a system in place for monitoring of HCAI in high risk-settings? (e.g. intensive care and neonatal units)	Yes	No
Is a facility-wide prevalence survey of HCAI performed (at least) annually?	Yes	No
Are HCAI rates presented to facility leadership and to health-care workers in conjunction with hand hygiene compliance rates?	Yes	No
Is structured evaluation undertaken to understand the obstacles to optimal hand hygiene compliance and the causes of HCAI at the local level, and results reported to the facility leadership?	Yes	No
Reminders in the Workplace		
Is a system in place for creation of new posters designed by local health-care workers?	Yes	No
Are posters created in your facility used in other facilities?	Yes	No
Have innovative types of hand hygiene reminders been developed and tested at the facility?	Yes	No
Institutional Safety Climate		
Has a local hand hygiene research agenda addressing issues identified by the WHO Guidelines as requiring further investigation been developed?	Yes	No
Has your facility participated actively in publications or conference presentations (oral or poster) in the area of hand hygiene?	Yes	No
Are patients invited to remind health-care workers to perform hand hygiene?	Yes	No
Are patients and visitors educated to correctly perform hand hygiene?	Yes	No
Does your facility contribute to and support the national hand hygiene campaign (if existing)?	Yes	No
Is impact evaluation of the hand hygiene campaign incorporated into forward planning of the infection control programme?	Yes	No
Does your facility set an annual target for improvement of hand hygiene compliance facility-wide?	Yes	No
If the facility has such a target, was it achieved last year?	Yes	No
Total	/20	

Your facility has reached the **Hand Hygiene Leadership level** if you answered “yes” to at least one leadership criteria per category and its total leadership score is 12 or more. Congratulations and thank you!