



## LE PROGRAMME SPIADI 2020

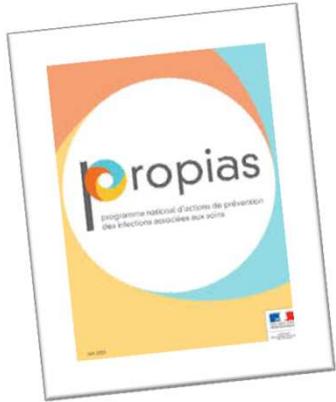
BACT  
ADI +

EXP  
ADI

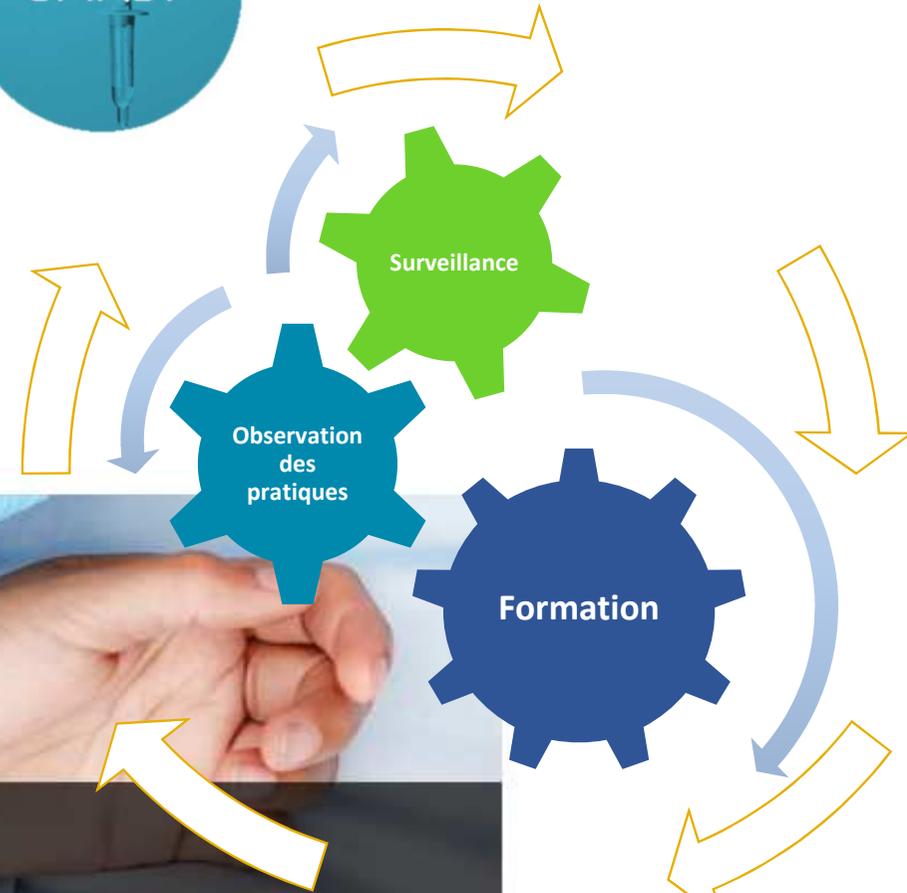
INF  
ADI



# Participer au réseau SPIADI



- diminuer le nombre des infections associées aux dispositifs invasifs
- une priorité nationale du PROPIAS



## La mission 4 : SPIADI

- Une stratégie globale associant **Surveillance, Évaluation et Prévention**.
- Un programme soutenable focalisé sur les objectifs du PROPIAS.
- Un schéma de travail basé sur un **cycle annuel**, qui priorise la production rapide des résultats et leur valorisation à tous les niveaux : local, régional et national.
- Une animation respectueuse des savoir-faire et de l'intelligence du terrain pour un renforcement du réseau national des professionnels de la GRIAS.



## Surveillance

**Les inscriptions à la surveillance 2020 sont ouvertes.**  
Pour vous inscrire, rendez vous dans votre espace SPIADI.

[Mon espace SPIADI](#)

La **page de présentation** de la surveillance a été mise à jour avec le **déroulement et les protocoles 2020**.

[La surveillance 2020](#)

Les résultats et protocoles de la surveillance 2019 sont accessibles sur la page Résultats.

[Résultats 2019](#)



## Observation des pratiques

Deux modules d'observation des pratiques sont proposés pour 2020 :

- **OBSERVA4**  
Observation des pratiques concernant la pose et la manipulation des cathéters.
- **RÉA-SINK**  
Étude de la contamination des points d'eau à proximité des patients en services de réanimation.

[En savoir plus](#)

Le module d'inscription en ligne est en cours de développement et sera prochainement disponible dans votre espace SPIADI.



## Formation et valorisation

### 2020

**La Journée Nationale 2020 de la mission SPIADI aura lieu le 13 Octobre 2020 à Tours.**

### 2019

Le 15 Octobre 2019 s'est tenue la première **Journée Nationale de la mission SPIADI**, pendant laquelle ont été présentés les premiers résultats de la surveillance.

Vous trouverez sur cette page quelques photos de la journée, ainsi que les diaporamas des interventions.

[En savoir plus](#)

Surveillance

3 mois

## La surveillance 2020



3 mois de surveillance

Compris entre le 1er janvier et le 31 mai 2020.



Saisie/Import des fiches sur le site

Impérativement avant le 30 juin 2020 pour les rapports nationaux.



Données établissements

À saisir sur le site impérativement avant le 30 juin 2020.



Analyses et Rapports nationaux

Les analyses et rapports nationaux seront présentés lors de la journée nationale le 13 octobre 2020.



Exploration des données

Statistiques et graphiques calculés en temps réel à partir des fiches.

# Surveiller les infections associées aux dispositifs invasifs

## Bact-ADI+

Surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs

Surveillance

3 mois



### Pour tous les services

Les services de Réanimation sont cependant encouragés à participer à Exp-ADI.



### Pour chaque bactériémie associée aux soins

Fiche unique avec données patients et données relatives à l'épisode bactériémique : date de l'épisode, germes et les résistances associées, porte d'entrée.

Documentation précise des bactériémies associées aux dispositifs intra-vasculaires (délai entre pose du cathéter et épisode infectieux).

En option, documentation des bactériémies à porte d'entrée urinaire chez les patients ayant un antécédent récent de sondage vésical.

- **Recommandé pour tous (hors REA)**
- **Pour tout ou partie de votre établissement**

| Bact  |  | Bactériémie |  | Etiquette patient |  |
|---|--|-------------|--|-------------------|--|
| FINES ETABLISSEMENT   |  |             |  |                   |  |
| NUMÉRO FICHE  |  |             |  |                   |  |
| DONNÉES ADMINISTRATIVES DU PATIENT  |  |             |  |                   |  |
| CODE SERVICE  |  |             |  |                   |  |
| DATE NAISSANCE  |  |             |  |                   |  |
| SEXE  |  |             |  |                   |  |
| DATE ENTRÉE dans le service   |  |             |  |                   |  |
| IMMUNODÉPRESSION  |  |             |  |                   |  |
| CANCER ÉVOLUTIF   |  |             |  |                   |  |
| SI AD/PEO   |  |             |  |                   |  |
| SI nouveau-né   |  |             |  |                   |  |
| POIDS NAIS.   |  |             |  |                   |  |
| ÂGE GESTA.  |  |             |  |                   |  |
| DEVENIR DU PATIENT 7 JOURS APRÈS LA DATE DE L'ÉPISODE (Date de réalisation de la 1 <sup>ère</sup> hémoculture positive) |  |             |  |                   |  |
| DÉCÈS   |  |             |  |                   |  |
| SI OUI, DATE DÉCÈS  |  |             |  |                   |  |
| DONNÉES RELATIVES À LA BACTÉRIÉMIE ASSOCIÉE AUX SOINS   |  |             |  |                   |  |
| DATE ÉPISODE  |  |             |  |                   |  |
| DATE DIAGNOSTIC   |  |             |  |                   |  |
| ORIGINE   |  |             |  |                   |  |
| PORTE D'ENTRÉE  |  |             |  |                   |  |
| DIV (C)   |  |             |  |                   |  |
| Dialyse (D)   |  |             |  |                   |  |
| Autre (A)   |  |             |  |                   |  |
| SI PORTE D'ENTRÉE C1 à C11 ou D1 (DIV et cathéter dialyse)  |  |             |  |                   |  |
| DATE POSE   |  |             |  |                   |  |
| SITE POSE   |  |             |  |                   |  |
| RETRAIT   |  |             |  |                   |  |
| DATE RETRAIT  |  |             |  |                   |  |
| CRITÈRE DIAG  |  |             |  |                   |  |
| LIP /ALIM PARENT.   |  |             |  |                   |  |
| SI PORTE D'ENTRÉE A4 (urinaire)   |  |             |  |                   |  |
| SONDAGE URINAIRE  |  |             |  |                   |  |
| RETRAIT   |  |             |  |                   |  |
| SI oui, DATE RETRAIT  |  |             |  |                   |  |
| CRITÈRE DIAG  |  |             |  |                   |  |
| SI PORTE D'ENTRÉE A13 (non retrouvée)   |  |             |  |                   |  |
| CATHÉTER  |  |             |  |                   |  |
| TYPE CATHÉTER   |  |             |  |                   |  |
| DATE POSE   |  |             |  |                   |  |
| MICRO-ORGANISME -1  |  |             |  |                   |  |
| STA AUR   |  |             |  |                   |  |
| STA CAP (si retrouvé)   |  |             |  |                   |  |
| ENC FAE ou ENC FAI  |  |             |  |                   |  |
| ENTÉROBACTÉRIE  |  |             |  |                   |  |
| PSE AER   |  |             |  |                   |  |
| CAR   |  |             |  |                   |  |
| ACI BAU   |  |             |  |                   |  |
| CANDIDA   |  |             |  |                   |  |
| MICRO-ORGANISME -2  |  |             |  |                   |  |
| STA AUR   |  |             |  |                   |  |
| STA CAP (si retrouvé)   |  |             |  |                   |  |
| ENC FAE ou ENC FAI  |  |             |  |                   |  |
| ENTÉROBACTÉRIE  |  |             |  |                   |  |
| PSE AER   |  |             |  |                   |  |
| CAR   |  |             |  |                   |  |
| ACI BAU   |  |             |  |                   |  |
| CANDIDA   |  |             |  |                   |  |

OPTIONNEL



# Surveiller les infections associées aux dispositifs invasifs

Surveillance

3 mois

Exp-ADI

Surveillance des infections avec étude de l'exposition aux dispositifs invasifs à l'échelle du service



Pour chaque pneumopathie associée aux soins (optionnel hors réanimation)

optionnel

Fiche unique avec données patients et données relatives à l'épisode infectieux : date de l'épisode, germes et résistances associées.



Pour chaque sepsis néonatal associé aux soins (optionnel)

Fiche unique avec données patients et données relatives à l'épisode infectieux : date de l'épisode et porte d'entrée suspectée.

| Pneumopathie  |  | Etiquette patient          |      |
|---|--|----------------------------|------|
| Exp ADI   |  | optionnel hors réanimation |      |
| <b>FINES ÉTABLISSEMENT</b>  |  |                            |      |
| NUMÉRO FICHE  | généralisé automatiquement lors de la saisie                                   |                            |      |
| <b>DOMMÈNES ADMINISTRATIFS DU PATIENT</b>   |  |                            |      |
| CODE SERVICE  | âge/disc/spéc/UF   |                            |      |
| DATE NAISSANCE  | jj/mm/aaaa   |                            |      |
| SEXE  | 1.masculin 2.féminin 3.autre 9.NC  |                            |      |
| DATE ENTRÉE dans le service   | jj/mm/aaaa   |                            |      |
| IMMUNODÉPRESSION  | 1.aplasie-500 PH 2.autre 3.non 9.NC  |                            |      |
| CANCER ÉVOLUTIF   | 1.tumeur solide 2.hémopathie 3.non 9.NC  |                            |      |
| ANTIBIOTIQUE à l'admission  | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| PORTAGE BMR/BHRe  | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| Si oui, préciser le(s) micro-organisme(s)   | 1.SARM 2.GISA 3.ERG (faecium) 4.ERG (faecalis) 5.EBLSE 6.EPC 7.ABRI 8.PARC     |                            |      |
| <b>Si adulte/enfant</b>   |  |                            |      |
| PROVENANCE  | 1.DOM 2.REA 3.MCO 4.SSR 5.PSY 6.SLD 7.EHP 8.autre 9.NC                         |                            |      |
| <b>Si nouveau-né</b>  |  |                            |      |
| PROVENANCE  | 1.DOM 2.NEO 3.MATER 4.SAL 5.BO 6.autre 9.NC                                    |                            |      |
| LIEU DE NAISSANCE   | 1.étab 2.hors étab 9.NC  |                            |      |
| POIDS NAISSANCE   | grammes  |                            |      |
| ÂGE GESTATIONNEL  | SA   |                            |      |
| VENTILATION   | 1.invasive 2.non invasive 3.non 9.NC   |                            |      |
| LEUCOMALACIE  | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| <b>RÉANIMATION</b>  |  |                            |      |
| <b>Adulte/enfant</b>  |  |                            |      |
| PATIENT TRAUMA.   | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| CATÉGORIE DIAG.   | 1.méd. 2.chir.urg. 3.chir.réglée 9.NC  |                            |      |
| SCORE SÉVÉRITÉ  | AD : IGS II (0-163) - 999 si non connu PED : PIM II (0-100) - 999 si non connu |                            |      |
| autre score   | nom/score  |                            |      |
| <b>Nouveau-né</b>   |  |                            |      |
| SCORE SÉVÉRITÉ  | CRIB II (0-27) - 999 si non connu  |                            |      |
| autre score   | nom/score  |                            |      |
| <b>DEVENIR DU PATIENT 7 JOURS APRÈS LA DATE DE L'ÉPISODE (Date du début des signes cliniques)</b> |  |                            |      |
| DÉCÈS   | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| Si oui, DATE DÉCÈS  | jj/mm/aaaa   |                            |      |
| <b>DOMMÈNES RELATIVES À L'EXPOSITION AUX DISPOSITIFS INVASIFS</b>                                 |  |                            |      |
| ECMO  | 1.veino-artérielle 2.veino-veineuse 3.non 9.NC                                 |                            |      |
| INTUB/TRACHÉO   | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| DATE INTUB/TRACHÉO  | jj/mm/aaaa   |                            |      |
| RÉINTUBATION  | 1.oui 2.non 9.NC   |                            |      |
| FIN INTUB/TRACHÉO   | jj/mm/aaaa   |                            |      |
| <b>DOMMÈNES RELATIVES À LA PNEUMOPATHIE</b>   |  |                            |      |
| DATE ÉPISODE  | jj/mm/aaaa - date du début des signes cliniques                                |                            |      |
| DATE DIAGNOSTIC   | jj/mm/aaaa - date où tous les critères diagnostiques sont obtenus              |                            |      |
| ORIGINE   | 1.acquise HC 2.acquise HI 3.autre ES 4.EHPAD 5.DOM/Ville 9.NC                  |                            |      |
| CRITÈRE DIAGNOSTIQUE  | 1.PDP 2.PDNP 3.autre 4.ASP/EXPECT 5.aucun 9.NC                                 |                            |      |
| MICRO-ORGANISME -1  | Annexe   |                            |      |
| STA AUR   | OXA  | GLY                        | PAN  |
| ENC FAE ou ENC FAI  | GLY  | PAN                        |      |
| ENTEROBACTERIE  | C3G  | BLSE                       | PAN  |
| PSE AER   | CAR  | EPC                        | TYPE |
| ACI BAU   | CAR  | PAN                        |      |
| CANDIDA   | FLU  | SDD/R                      | NC   |

| Sepsis  |  | Etiquette patient |  |
|---|--|-------------------|--|
| du nouveau-né (optionnel)   |  |                   |  |
| <b>NT</b>   |  |                   |  |
| généralisé automatiquement lors de la saisie  |  |                   |  |
| <b>RATIVES DU NOUVEAU-NÉ</b>  |  |                   |  |
| âge/disc/spéc/UF  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| 1.masculin 2.féminin 3.autre 9.NC   |  |                   |  |
| e service   |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| Immission   |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| icro-organisme(s)   |  |                   |  |
| 1.SARM 2.GISA 3.ERG (faecium) 4.ERG (faecalis) 5.EBLSE 6.EPC 7.ABRI 8.PARC  |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| 1.Étab. 2.hors étab. 9.NC   |  |                   |  |
| grammes   |  |                   |  |
| SA  |  |                   |  |
| 1.invasive 2.non invasive 3.non 9.NC  |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| CRIB II (0-27) - 999 si non connu   |  |                   |  |
| autre score   |  |                   |  |
| nom/score   |  |                   |  |
| <b>T 7 JOURS APRÈS LA DATE DE L'ÉPISODE (Date du début des signes cliniques)</b>  |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| <b>AU SEPSIS</b>  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa - date du début des signes cliniques   |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa - date où tous les critères diagnostiques sont obtenus   |  |                   |  |
| 1.acquise HC 2.acquise HI 3.autre ES 5.DOM/Ville 9.NC   |  |                   |  |
| <b>SPECTÉE</b>  |  |                   |  |
| C1.CVC C2.CCI C3.CVO C4.PICC C5.cathéter artériel C6.ECMO C7.autre cathéter central C8.MIDline avec PI C9.MIDline sans PI C10.CVP avec PI C11.CVP sans PI D1.cathéter dialyse D2.fistule native D3.fistule prothésée D4.dialyse péritonéale A1.cutanée A2.site op. A3.pleuro-pulmonaire A4.urinaire A5.digest/abdo A6.transloc. digest. A7.materno-fœtale A8.méningite A9.endocardite A10.ostéo-artic. A11.cathéter sous-cutané A12.autre A13.non retrouvée |  |                   |  |
| <b>C1 à C11 ou D1 (DIV et cathéter dialyse)</b>   |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| 1.sous-clavier 2.jug.interne 3.fémoral 4.périph. 5.ombilical 6.céphalique 7.membre sup 8.membre inf non fémoral 9.NC 10.autre   |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| <b>NT.</b>  |  |                   |  |
| Dans les 7 jours précédant la date de l'épisode - 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| <b>A3 (pleuro-pulmonaire)</b>   |  |                   |  |
| D.  |  |                   |  |
| Dans les 7 jours précédant la date de l'épisode - 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| <b>A4 (urinaire)</b>  |  |                   |  |
| AIRE  |  |                   |  |
| Dans les 7 jours précédant la date de l'épisode - 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| RAIT  |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |
| <b>A13 (non retrouvée)</b>  |  |                   |  |
| 1.oui 2.non 9.NC  |  |                   |  |
| C1.CVC C2.CCI C3.CVO C4.PICC C5.cathéter artériel C6.ECMO C7.autre cathéter central C8.MIDline avec PI C9.MIDline sans PI C10.CVP avec PI C11.CVP sans PI D1.cathéter dialyse   |  |                   |  |
| jj/mm/aaaa  |  |                   |  |



# Les modalités recommandées

Surveillance  
3 mois

TOUS SERVICES  
(hors REA)  
Bact-ADI +

- Pour tous les services hors réanimation
- Pour chaque bactériémie associée aux soins  
Fiche unique avec données patients et données relatives à l'épisode bactériémique : date de l'épisode, germes et les résistances associées, porte d'entrée.



REA NEONAT DIALYSE ONCO. HEMATO

1 fiche / bactériémie  
1 fiche / pneumopathie (optionnel)  
1 fiche / sepsis néonatal (optionnel)  
Incidence BLC (cvc, cci, picc, cvo, c.art, mid, cvp) /1000 JH /100 admissions  
Incidence BLC (cvc, cci, picc, c.art) /1000 J-catheter /100 patients exposés  
Incidence PNE /1000 J-ventilation /100 patients exposés

1 fiche / bactériémie  
Incidence BLC (cvc, cci, cvo, picc, c.art, mid, cvp) /1000 JH /100 admissions

Exp-ADI  
REA, Néon., Dialyse, Hémato-Oncologie

- Pour les services de réanimation  
Les soins intensifs, les services de néonatalogie et les services d'hémodialyse peuvent également opter pour cette surveillance.
- Pour chaque bactériémie associée aux soins  
Fiche unique avec données patients et données relatives à l'épisode bactériémique : date de l'épisode, germes et les résistances associées, porte d'entrée.

- Mesi
- Inclus 48h.
- Pour Inclus CVC



| FINIS ÉTABLISSEMENT |      | PÉRIODE DE SURVEILLANCE  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                | CODE SERVICE |  |  |
|---------------------|------|--|--------------------------|-----|-----|-----|------|-------------------|------|------------------------|------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|--|--|
|                     |      | Du 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                | NOMBRE PR    |  |  |
| Jour                | date | Nombre d'admissions  | Nombre total de patients | CVC | CCI | CCO | PICC | Cathéter artériel | ECMO | Autre cathéter central | Cathéter dialyse | Ventilateur mécanique (non-invasif) | Nombre total de patients avec: |              |  |  |
| 1                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 2                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 3                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 4                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 5                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 6                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 7                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 8                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 9                   |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 10                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 11                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 12                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 13                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 14                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 15                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 16                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 17                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 18                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 19                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 20                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 21                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 22                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 23                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 24                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 25                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 26                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 27                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 28                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 29                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 30                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |
| 31                  |      |  |                          |     |     |     |      |                   |      |                        |                  |                                     |                                |              |  |  |



# Surveiller les infections associées aux dispositifs invasifs

Surveillance

3 mois

## Réa/Néo/Dia-InfADI

Surveillance des infections avec étude de l'exposition aux dispositifs invasifs à l'échelle du patient



Pour les services de réanimation, néonatalogie, hémodialyse, ou tout autre service volontaire



Mesure de l'exposition aux dispositifs invasifs par le suivi des patients hospitalisés plus de 48h.

Cathéterisme vasculaire, ventilation, etc.



Pour chaque infection associée aux soins (Bactériémies, ILC, Pneumopathies, ...) et pour les colonisations de CVC (optionnel)

Fiche unique avec données patients et données relatives à l'épisode infectieux : date de l'épisode, germes et les résistances associées, porte d'entrée.

- Période minimale de suivi : 3 mois
- suivi de tous les patients hospitalisés >48h



Pour les services d'hémodialyse

Inclusion de tous les patients dialysés pendant la période de surveillance, détection des infections associées aux cathéters de dialyse et aux fistules.



Pour les services de néonatalogie

Inclusion de tout nouveau-né porteur de CVC ou CVO.

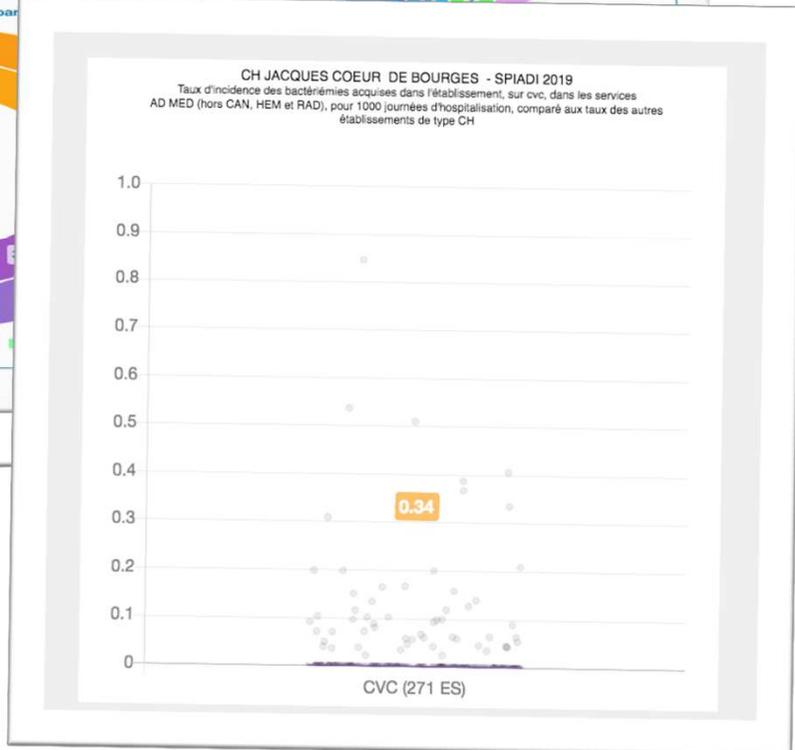
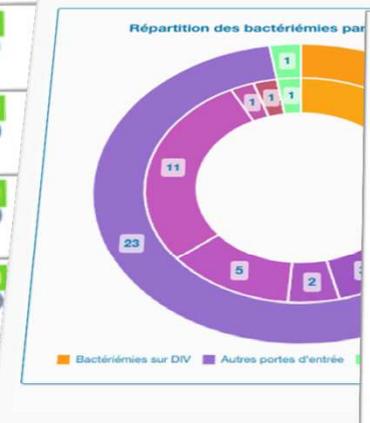
# Surveiller les infections associées aux dispositifs invasifs

Surveillance

3 mois

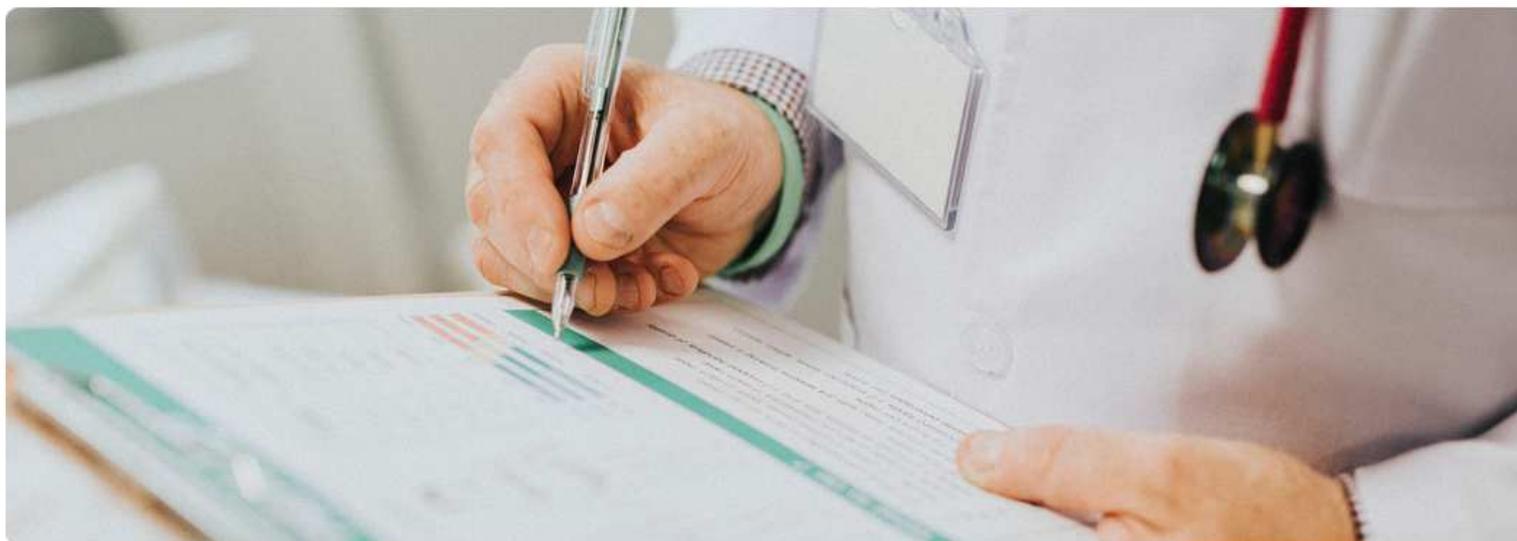
Taux d'incidence des bactériémies acquises dans l'établissement pour 1000 journées

| Discipline                    | UF                   | Cathéters centraux | Cathéters périph. | Disposit. dialyse | Toutes les PE  | CVC            | CCI            | CVO            | PICC           |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| AD MED (hors CAN, HEM et RAD) | 00<br>(AD MED AUT)   | 0.00<br>(0.17)     | 0.00<br>(0.15)    | 0.00<br>(0.01)    | 0.00<br>(0.77) | 0.00<br>(0.04) | 0.00<br>(0.10) | 0.00<br>(0.00) | 0.00<br>(0.03) |
| AD MED (hors CAN, HEM et RAD) | 0011<br>(AD MED CAR) | 0.00<br>(0.17)     | 0.00<br>(0.15)    |                   |                |                |                |                |                |
| AD MED (hors CAN, HEM et RAD) | 0021<br>(AD MED HGE) | 0.42<br>(0.17)     | 0.00<br>(0.15)    |                   |                |                |                |                |                |
| AD MED (hors CAN, HEM et RAD) | 0030<br>(AD MED INF) | 0.00<br>(0.17)     | 0.00<br>(0.15)    |                   |                |                |                |                |                |
| AD MED (hors CAN, HEM et RAD) | 0091<br>(AD MED GEN) | 0.73<br>(0.17)     | 0.00<br>(0.15)    |                   |                |                |                |                |                |
| AD MED (hors CAN, HEM et RAD) | -                    | 0.38<br>(0.17)     | 0.00<br>(0.15)    |                   |                |                |                |                |                |



- 1 Comparer vos taux avec ceux des services /établissements de même type
- 2 Identifier vos priorités en terme de dispositifs
- 3 Identifier vos priorités en terme de services
- 4 Identifier vos priorités en terme de messages

Déterminer les priorités d'action



## L'observation des pratiques 2020





OBSERVA4

## Observer

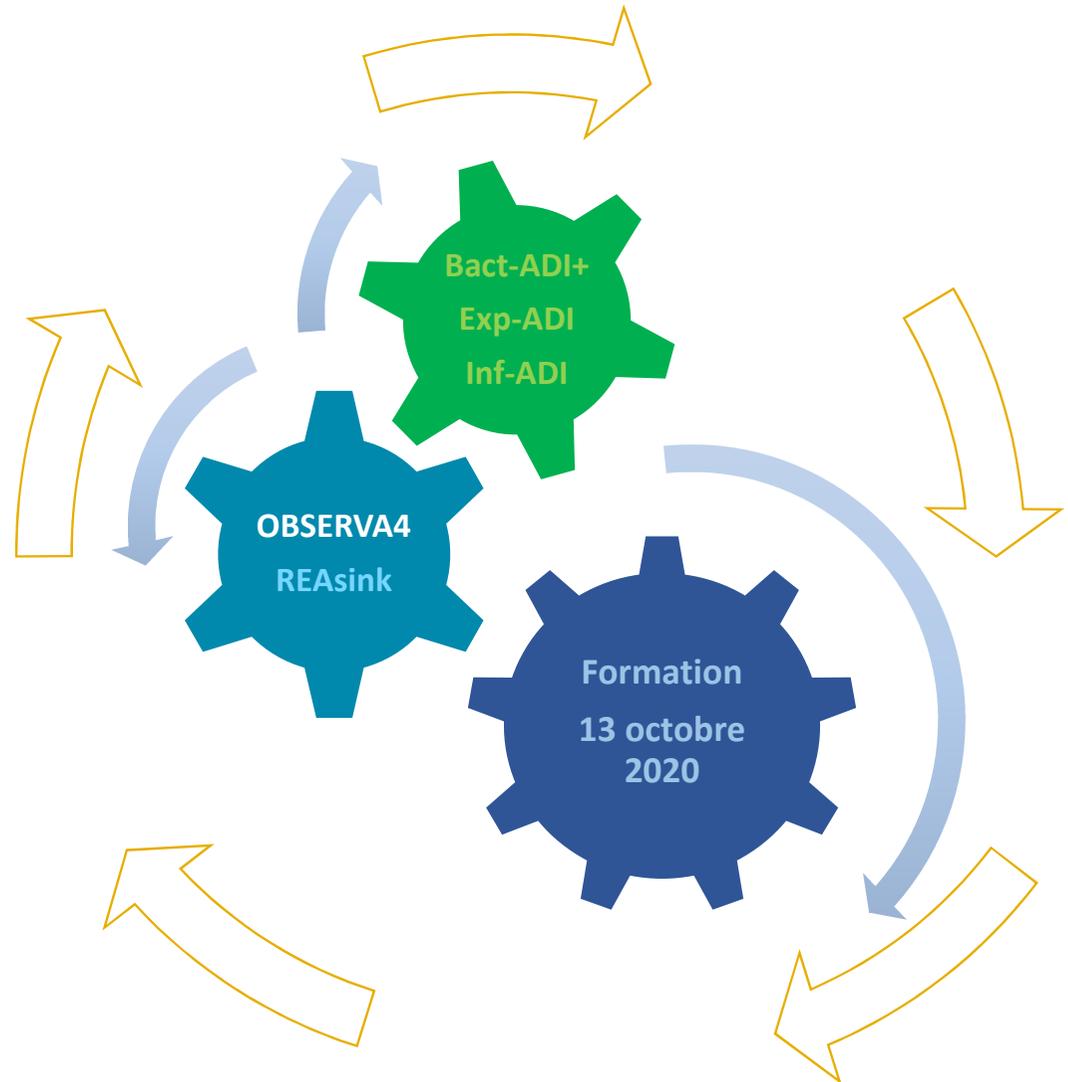
- pose des cathéters
  - cathéters centraux (tous sauf CCI)
  - cathéters périphériques
- pose d'une aiguille sur CCI
- gestion des lignes
  - manipulations proximales
  - manipulations distales

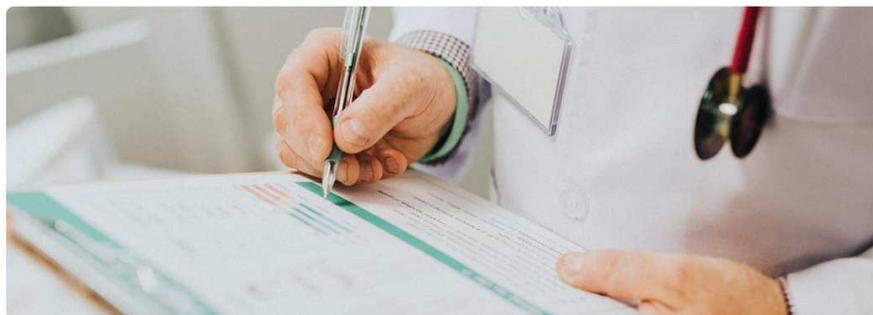
## pour comprendre

- les écarts / bonnes pratiques
- les freins à l'adhésion aux bonnes pratiques

## et identifier

- les pistes d'amélioration
- les priorités / formation





## L'observation des pratiques 2020

ES uniquement



Observation des pratiques

Entre le 1er janvier et le 30 avril 2020.



Saisie des fiches sur le site

Impérativement avant le 30 juin 2020.



Analyses et Rapports nationaux

Les analyses et rapports nationaux seront présentés lors de la journée nationale le 13 octobre 2020.

# Etudier les pratiques : modalités de l'enquête

5 grilles au choix :

- nombre limité d'items
- entretien dirigé

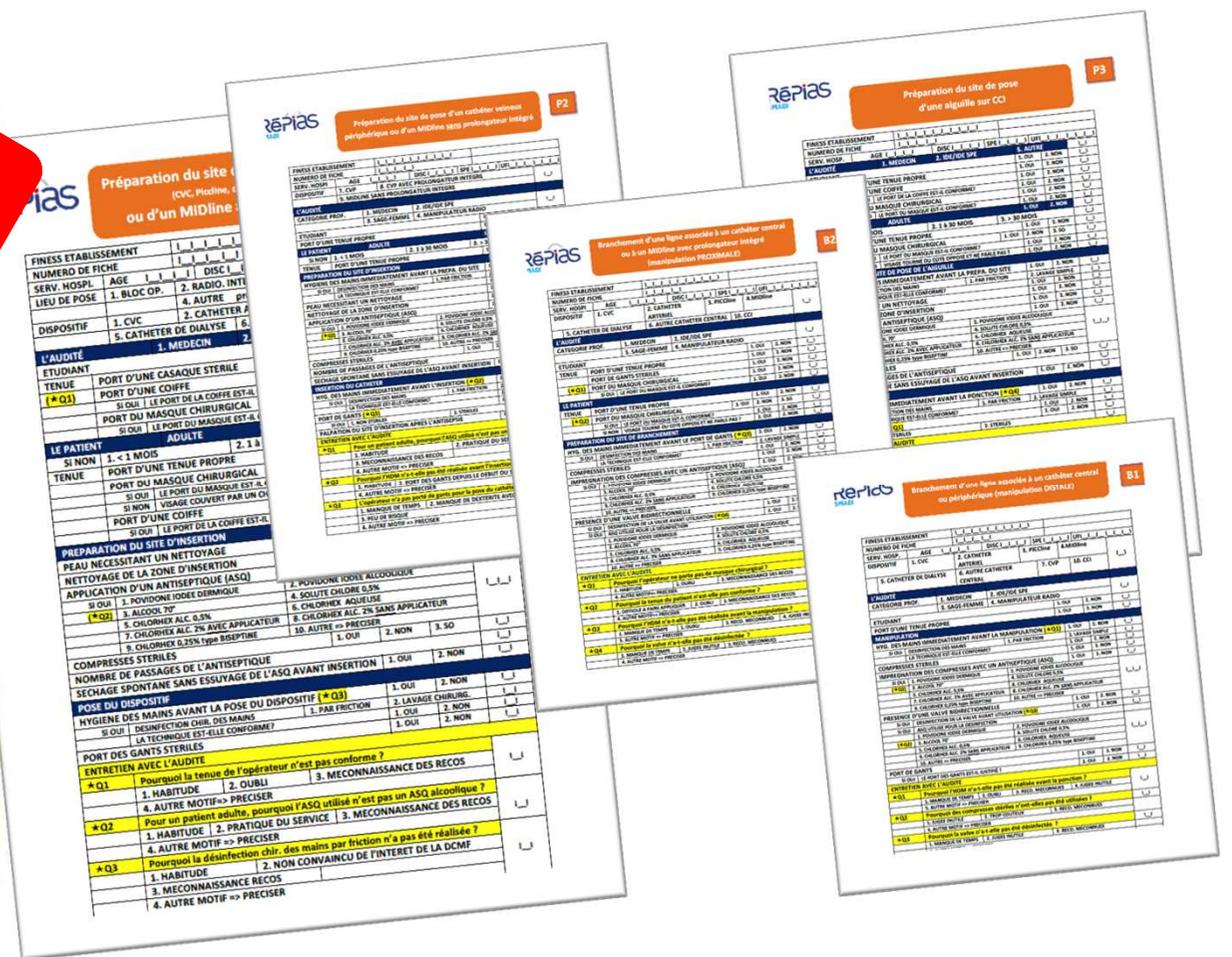
30 observations recommandées

(minimum 5)

Service au choix

Enquêteur hygiéniste ou formé

Saisie des fiches avant le 30 juin 2020



## Préparation du site d'insertion

| PREPARATION DU SITE D'INSERTION                         |   |   |        |        |       |   |
|---|---|---|--------|--------|-------|---|
| PEAU NECESSITANT UN NETTOYAGE                           |   |   | 1. OUI | 2. NON | _     |   |
| NETTOYAGE DE LA ZONE D'INSERTION                        |   |   | 1. OUI | 2. NON | _     |   |
| APPLICATION D'UN ANTISEPTIQUE (ASQ)                     |   |   | 1. OUI | 2. NON | _     |   |
| Si OUI  | 1. POVIDONE IODEE DERMIQUE                  | 2. POVIDONE IODEE ALCOOLIQUE                |        | _      |       |   |
| (★ Q2)  | 3. ALCOOL 70°                               | 4. SOLUTE CHLORE 0,5%                       |        |        |       |   |
|   | 5. CHLORHEX ALC. 0,5%                       | 6. CHLORHEX AQUEUSE                         |        |        |       |   |
|   | 7. CHLORHEX ALC. 2% <u>AVEC</u> APPLICATEUR | 8. CHLORHEX ALC. 2% <u>SANS</u> APPLICATEUR |        |        |       |   |
|   | 9. CHLORHEX 0,25% type BISEPTINE            | 10. AUTRE => PRECISER                       |        |        |       |   |
| COMPRESSES STERILES                                     |   |   | 1. OUI | 2. NON | 3. SO | _ |
| NOMBRE DE PASSAGES DE L'ANTISEPTIQUE                    |   |   |        |        | _     |   |
| SECHAGE SPONTANE SANS ESSUYAGE DE L'ASQ AVANT INSERTION |   |   | 1. OUI | 2. NON | _     |   |

## HDM 1

|   |  |                        |                           |               |
|---|--|------------------------|---------------------------|---------------|
| <b>HYGIENE DES MAINS AVANT LA POSE DU DISPOSITIF (★ Q3)</b> |  |                        | <b>1. OUI</b>             | <b>2. NON</b> |
| <b>Si OUI</b>   | <b>DESINFECTION CHIR. DES MAINS</b>    | <b>1. PAR FRICTION</b> | <b>2. LAVAGE CHIRURG.</b> |               |
|   | <b>LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME?</b> |                        | <b>1. OUI</b>             | <b>2. NON</b> |
| <b>PORT DES GANTS STERILES</b>                              |  |                        | <b>1. OUI</b>             | <b>2. NON</b> |



| POSE DU DISPOSITIF                                      |   |
|---|---|
| <b>HYGIENE DES MAINS (HDM)</b>                          | coder <b>OUI</b> si le poseur a réalisé un geste d'hygiène des mains (HDM) <i>immédiatement avant la pose</i> du dispositif ( <i>que le geste soit conforme ou non</i> ) sinon coder <b>NON</b>   |
| <b>SI OUI</b>   | <b>TYPE D'HDM</b> Préciser la technique utilisée :  |
| <b>DESINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION</b> | <p><b>CODER 1</b></p> <p>coder <b>OUI</b>, si la technique est conforme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respect des pré-requis,</li> <li>• lavage simple des mains et avant-bras avant la désinfection des mains (&gt;10 minutes),</li> <li>• 1<sup>ère</sup> friction (mains et avant-bras, coudes inclus) jusqu'à séchage complet (durée et quantité de PHA/recos fabricant),</li> <li>• 2<sup>ème</sup> friction (mains et avant-bras, coudes exclus) jusqu'à séchage complet (durée et quantité de PHA/recos fabricant).</li> </ul> <p>coder <b>NON</b> si la désinf.chirurgicale des mains par friction n'est pas conforme.</p> |
| <b>LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS</b>                     | <p><b>CODER 2</b></p> <p>coder <b>OUI</b>, si la technique est conforme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respect des pré-requis,</li> <li>• 1<sup>er</sup> temps lavage des mains et avant-bras avec une solution moussante antiseptique (&gt;1 minute),</li> <li>• 2<sup>ème</sup> temps brossage des ongles (&gt;30 secondes/main),</li> <li>• 3<sup>ème</sup> temps lavage des mains et poignets (&gt;1 minute)</li> </ul> <p>coder <b>NON</b> si la technique n'est pas conforme.</p>   |

## HDM 2

|  |  |                        |                         |
|--|--|------------------------|-------------------------|
| <b>HYG. DES MAINS IMMEDIATEMENT AVANT L'INSERTION (★ Q2)</b> |  | <b>1. OUI</b>          | <b>2. NON</b>           |
| <b>Si OUI</b>  | <b>DESINFECTION DES MAINS</b>          | <b>1. PAR FRICTION</b> | <b>2. LAVAGE SIMPLE</b> |
|  | <b>LA TECHNIQUE EST-ELLE CONFORME?</b> | <b>1. OUI</b>          | <b>2. NON</b>           |



**HDM** coder **OUI** si l'opérateur a réalisé un geste d'hygiène des mains *immédiatement avant l'insertion* du dispositif (*que le geste soit conforme ou non*)  
sinon coder **NON**

**Si OUI, type d'HDM**

**FRICTION AVEC UN PRODUIT HYDRO-ALCOOLIQUE**

Préciser la technique utilisée  
CODER 1  
coder **OUI** si la friction est conforme :

- respect des pré-requis,
- respect des 7 étapes,
- quantité de produit et durée suffisante (respect des recommandations du fabricant) ;

coder **NON** si la friction n'est pas conforme.

**LAVAGE SIMPLE**

CODER 2  
coder **OUI** si la technique est conforme :

- respect des pré-requis,
- mouiller les mains,
- prise d'une dose de savon liquide,
- savonnage de toute la surface des mains (>15 secondes),
- rinçage soigneux et essuyage par tamponnement.

coder **NON** si la technique n'est pas conforme

# Etudier les pratiques : modalités de l'enquête

## Tenue

| L'AUDITÉ          |                            | 1. MEDECIN                                     | 2. IDE/IDE SPE | 5. AUTRE |              |
|-------------------|----------------------------|--|----------------|----------|--------------|
| <b>ETUDIANT</b>   |                            |  |                |          |              |
| TENUE             | PORT D'UNE TENUE PROPRE    |  |                | 1. OUI   | 2. NON       |
|                   | PORT D'UNE COIFFE          |  |                | 1. OUI   | 2. NON       |
|                   | Si OUI                     | LE PORT DE LA COIFFE EST-IL CONFORME?          |                | 1. OUI   | 2. NON       |
| (★ Q1)            | PORT DU MASQUE CHIRURGICAL |  |                | 1. OUI   | 2. NON       |
|                   | Si OUI                     | LE PORT DU MASQUE EST-IL CONFORME?             |                | 1. OUI   | 2. NON       |
| <b>LE PATIENT</b> |                            | <b>ADULTE</b>                                  |                | 1. OUI   | 2. NON       |
| Si NON            | 1. < 1 MOIS                | 2. 1 à 30 MOIS                                 | 3. > 30 MOIS   |          |              |
| TENUE             | PORT D'UNE TENUE PROPRE    |  |                | 1. OUI   | 2. NON       |
| (★ Q2)            | PORT DU MASQUE CHIRURGICAL |  |                | 1. OUI   | 2. NON 3. SO |
|                   | Si OUI                     | LE PORT DU MASQUE EST-IL CONFORME?             |                | 1. OUI   | 2. NON       |
|                   | Si NON                     | VISAGE TOURNE DU COTE OPPOSE ET NE PARLE PAS ? |                | 1. OUI   | 2. NON       |



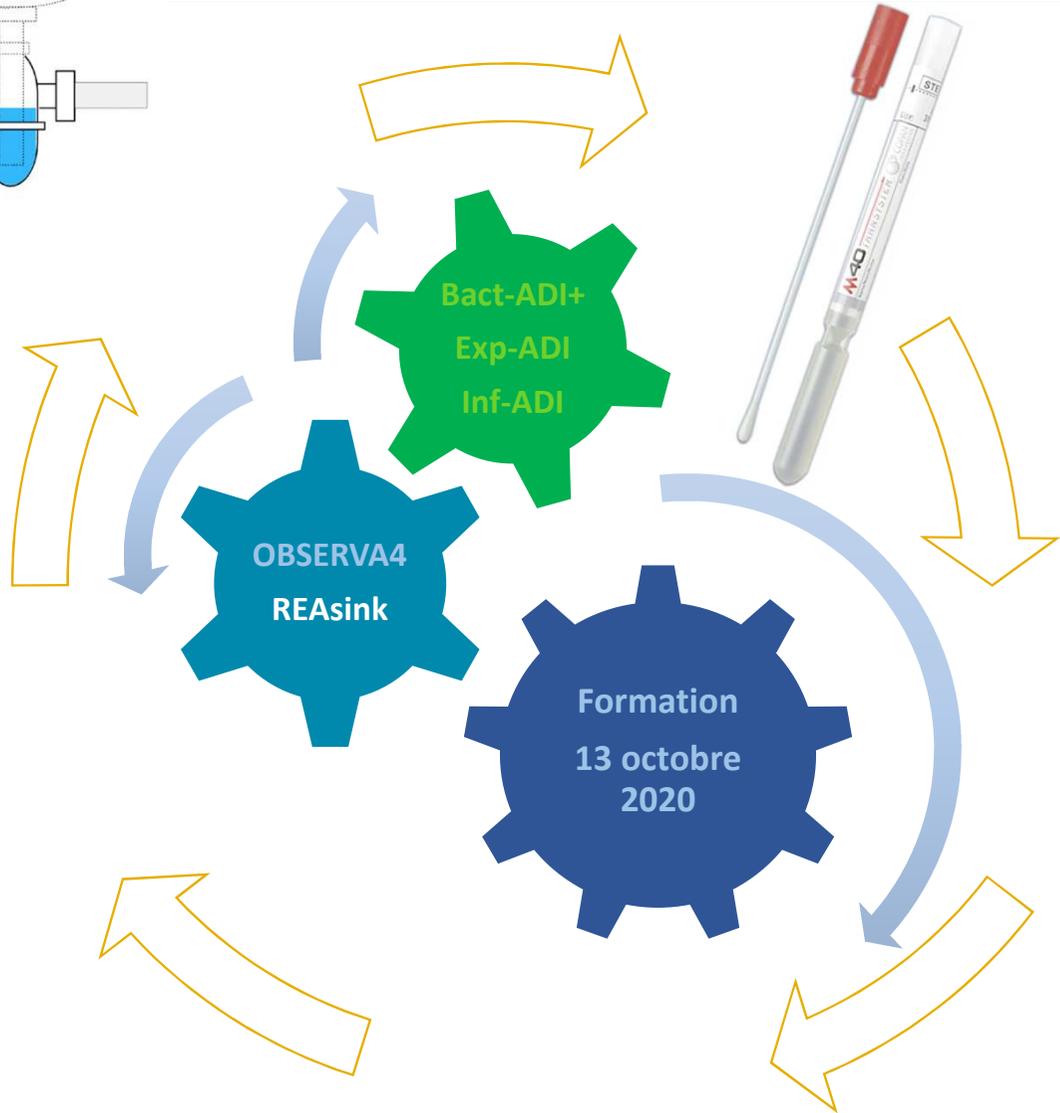
| L'AUDITÉ                         |   |
|----------------------------------|---|
| <b>CATÉGORIE PROFESSIONNELLE</b> | Renseigner la profession du poseur du dispositif  |
| <b>ÉTUDIANT</b>                  | Coder <b>OUI</b> si l'audité est un étudiant ; ne pas oublier de préciser la profession.  |
| <b>TENUE</b>                     | Pour la pose d'une aiguille sur CCI, une <b>TENUE VISUELLEMENT PROPRE</b> est attendue<br>coder <b>OUI / NON</b> en fonction de la présence/absence d'une tenue propre ou une surblouse à UU  |
| <b>COIFFE</b>                    | coder <b>OUI / NON</b> en fonction de la présence/absence de coiffe   |
| <b>SI OUI</b>                    | coder <b>OUI / NON</b> si le port de la coiffe est / n'est pas conforme (ensemble de la chevelure <b>non</b> couverte)  |
| <b>MASQUE CHIRURGICAL</b>        | coder <b>OUI / NON</b> en fonction de la présence/absence de masque chirurgical   |
| <b>SI OUI</b>                    | coder <b>OUI / NON</b> si le port du masque est / n'est pas conforme (non ajusté au visage, mobilisation du masque)   |
| LE PATIENT                       |   |
| <b>ADULTE</b>                    | coder <b>OUI</b> si le patient est un adulte (âge > 15 ans et 3 mois)<br>Si <b>NON</b> , préciser l'âge de l'enfant   |
| <b>TENUE</b>                     | coder <b>OUI</b> si le patient porte une tenue propre (absence de souillures visibles)  |
| <b>MASQUE CHIRURGICAL</b>        | Pour la pose d'une aiguille sur CCI, le port d'un <b>MASQUE CHIRURGICAL</b> est attendu<br>coder <b>OUI / NON</b> en fonction de la présence/absence d'un masque chirurgical<br>coder <b>SANS OBJET</b> si patient intubé ( <b>SO</b> ) |
| <b>SI OUI</b>                    | coder oui / <b>NON</b> si le port du masque est / n'est pas conforme (non ajusté au visage, mobilisation du masque)   |
| <b>SI NON</b>                    | coder <b>OUI /NON</b> si le patient tourne la tête du côté opposé et ne parle pas   |

## Les questions

| ENTRETIEN AVEC L'AUDITE |  |  |                             |   |
|-------------------------|--|--|-----------------------------|---|
| ★ Q1                    | Pourquoi la tenue de l'opérateur n'est pas conforme ?                        |  |                             | _ |
|                         | 1. HABITUDE  | 2. OUBLI                                 | 3. MECONNAISSANCE DES RECOS |   |
|                         | 4. AUTRE MOTIF=> PRECISER  |  |                             |   |
| ★ Q2                    | Pour un patient adulte, pourquoi l'ASQ utilisé n'est pas un ASQ alcoolique ? |  |                             | _ |
|                         | 1. HABITUDE  | 2. PRATIQUE DU SERVICE                   | 3. MECONNAISSANCE DES RECOS |   |
|                         | 4. AUTRE MOTIF => PRECISER   |  |                             |   |
| ★ Q3                    | Pourquoi la désinfection chir. des mains par friction n'a pas été réalisée ? |  |                             | _ |
|                         | 1. HABITUDE  | 2. NON CONVAINCU DE L'INTERET DE LA DCMF |                             |   |
|                         | 3. MECONNAISSANCE RECOS  |  |                             |   |
|                         | 4. AUTRE MOTIF => PRECISER   |  |                             |   |



**Pour les services de REA participant à la surveillance**



**Etudier**

- la prévalence de la colonisation des points d'eau par les BMR/BHRe dans chaque service participant
- le niveau de risque de contamination des patients à partir point d'eau, par l'étude (1) de la distance séparant les points d'eau des patients, (2) de la procédure d'entretien, et (3) du mode d'utilisation des points d'eau du service.

**Pour sensibiliser les professionnels au risque épidémique associé à la colonisation des points d'eau dans les services de réanimation.**

**avant le 30 avril 2020**

# Etudier les pratiques : inscription

## Inscription sur le site WEB de la SPIADI <https://www.spiadi.fr>

- UF
- Nombre de lits
- Nombre de points d'eau
- Adresse nominative d'envoi des écouvillons

Si difficultés : [contact@spiadi.fr](mailto:contact@spiadi.fr)

Après l'inscription, le responsable de l'enquête reçoit les écouvillons

Pour les services de REA participant à la surveillance

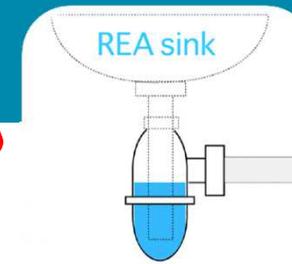
Exp-ADI

Inf-ADI



IMPERATIF d'utiliser les écouvillons SPIADI

avant le 30  
avril 2020



RéPias  
SPIADI





## FICHE SERVICE



### ENTRETIEN DES POINTS D'EAU

LES SIPHONS DES POINTS D'EAU DES CHAMBRES SONT-ILS REGULIEREMENT DESINFECTES ?

1. OUI    2. NON

SI OUI,

PRECISER LE RYTHME DE LA DESINFECTION REGULIERE DES SIPHONS

1. Quotidienne    2. Hebdomadaire    3. Mensuelle    4. Autre (préciser)

PRECISER LE PRODUIT UTILISE POUR LA DESINFECTION REGULIERE DES SIPHONS

1. Javel    2. Détergent-désinfectant    3. Autre (préciser)

PRECISER LA CONCENTRATION DU PRODUIT UTILISE

1. Javel 2.6 %    2. Javel 0.5%    3. Javel 0.1%   
4. Détergent-désinfectant (produit bionettoyage prêt à l'emploi)  
5. Détergent-désinfectant (produit bionettoyage concentré)  
6. Autre (préciser)

PRECISER LE VOLUME DU PRODUIT UTILISE (en mL)

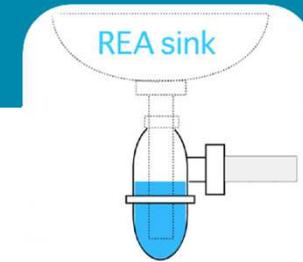
LES LAVABOS SONT-ILS EQUIPES D'UN MECANISME POUR STOPPER L'ECOLEMENT DU DESINFECTANT LE TEMPS DE LA DESINFECTION ?

1. OUI    2. NON

SI OUI,

PRECISER LE TEMPS D'EXPOSITION DU SIPHON AU DESINFECTANT (minutes)?

# Etudier les pratiques: modalités de l'enquête



**FICHE POINTS d'EAU**  
(à envoyer avec les écouvillons)

1 fiche points d'eau  
par chambre

Point le plus près du patient

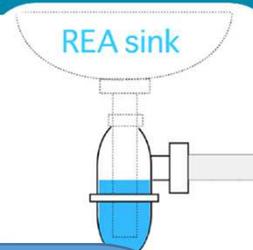
| CHAMBRE N°  | Renseigner le n° de la chambre |        | POINT D'EAU N°1          | POINT D'EAU N°2          |
|---|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|
| Présence d'un trop plein ?                                    | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eclaboussures visibles lorsque l'eau coule ?                  | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Distance entre patient et point d'eau < ou ≥ 2 m ?            | 1. <2m                         | 2. ≥2m | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Séparation entre point d'eau et patient (cloison, SAS, ...) ? | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le point d'eau est-il habituellement utilisé pour :           |                                |        |                          |                          |
| l'hygiène des mains ?   | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| la toilette du patient ?                                      | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le bionettoyage de la chambre ?                               | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| éliminer l'eau de la toilette du patient ?                    | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rincer les bassines pour la toilette ?                        | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| éliminer des liquides biologiques ?                           | 1. OUI                         | 2. NON | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Maximum 2 points d'eau par chambre
- 1 point d'eau ne doit pas être prélevé 2 fois

# Etudier les pratiques: modalités de l'enquête

## Mode opératoire écouvillonnage

Au moins 24 heures après la dernière désinfection des points d'eau  
Et avant l'entretien quotidien du lavabo



- Identifier l'écouvillon: numéro de la chambre - numéro du point d'eau
- Retirer la bonde le cas échéant
- Introduire l'écouvillon dans l'orifice d'évacuation **LE PLUS PROFONDEMENT POSSIBLE**
- Écouvillonner les surfaces interne du siphons en frottant l'écouvillon
- Retirer l'écouvillon
- Placer l'écouvillon dans le tube gélosé de transport
- Regrouper les écouvillons dans une enveloppe **UNIQUE**
- Les envoyer :

- SANS DELAI
- avec les fiches POINTS d'EAU
- Mme Sandra DOS SANTOS BORGES

Laboratoire de Bactériologie et d'Hygiène Hospitalière  
CHU Trousseau  
37044 Tours Cedex 9



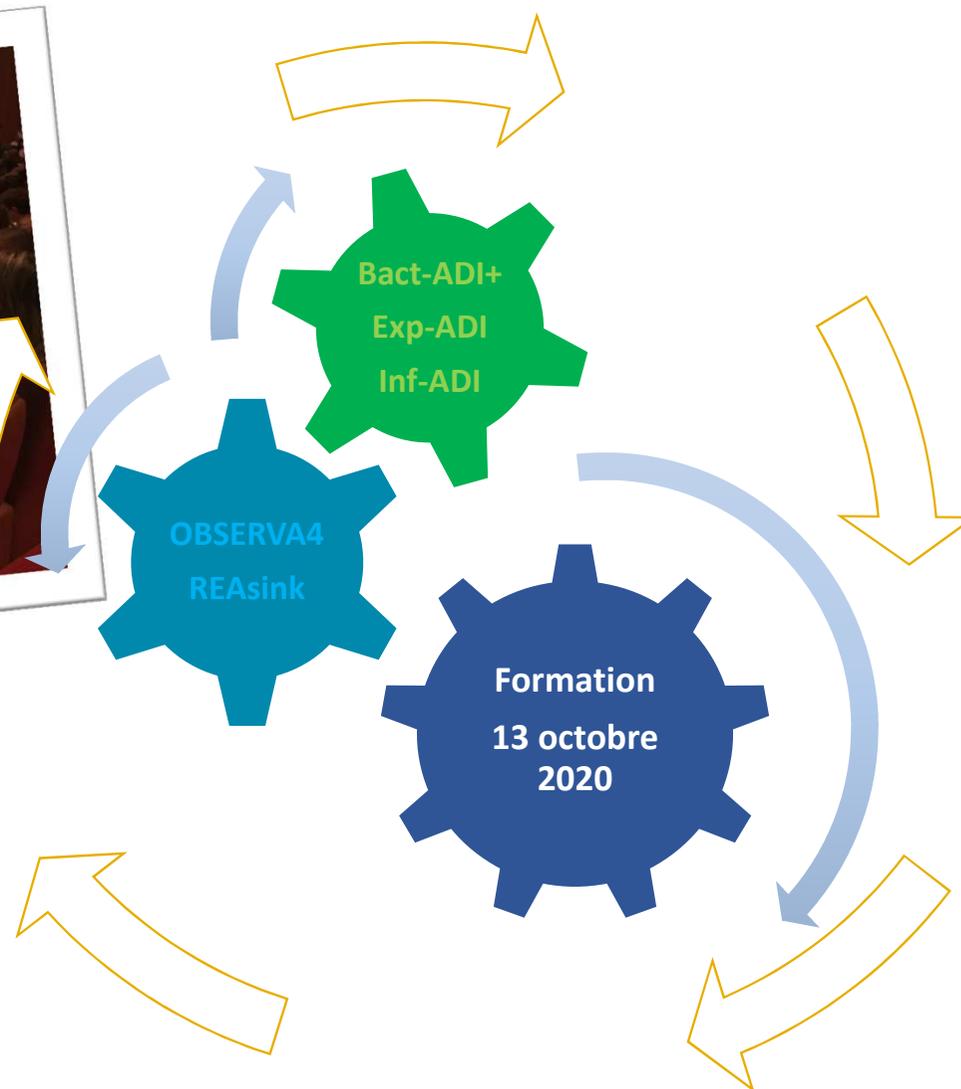
Mail : [s.dossantosborges@chu-tours.fr](mailto:s.dossantosborges@chu-tours.fr)



**Au palais de congrès de TOURS  
pour analyser les résultats 2020**

- de la surveillance
- des enquêtes de pratiques

**partager les expériences, échanger  
et se former.**





[contact@spiadi.fr](mailto:contact@spiadi.fr)

[spiadi.fr](http://spiadi.fr)



**RéPIas** Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins  
SPIADI

