



GRHYM
Groupe de réflexion
pour la promotion de
l'hygiène des mains

« **Communication soignant-soigné
sur l'hygiène des mains** »
QUESTIONNAIRE SOIGNANT

Principe : le soignant en charge de la communication est invité à répondre à ce questionnaire permettant d'évaluer les conditions de réalisation, les bénéfices et les éventuelles difficultés rencontrées.

Nom du service d'appartenance du soignant : / _____ /
Spécialité : médecine chirurgie obstétrique psychiatrie rééducation/SSR
 plateau technique kiné autre (préciser) :
Initiales du soignant : / ____ / Etudiant ou Professionnel
Catégorie professionnelle (ou filière d'études) / _____ /
Date de remplissage : / __ / __ / __ / __ / __ / __ / Nombre total de patients informés par le soignant : / __ / __ /

Merci de répondre aux questions suivantes.

Mise en œuvre de la démarche

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | Avez-vous facilement adhéré à cette démarche ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2 | Les messages ont-ils été faciles à communiquer ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3 | L'ensemble des 5 messages a-t-il pu être transmis aux patients concernés? | <input type="checkbox"/> A chaque fois
<input type="checkbox"/> Souvent
<input type="checkbox"/> Parfois |
| 4 | Combien de temps avez-vous passé en moyenne avec chaque patient ? | <input type="checkbox"/> Moins de 5 min
<input type="checkbox"/> Plus de 5 min
Préciser : / __ / min |

Impact de la démarche sur le patient

- | | | |
|---|--|---|
| 5 | D'une façon générale, quelle a été la réaction des patients ? | <input type="checkbox"/> Plutôt positive
<input type="checkbox"/> Neutre
<input type="checkbox"/> Plutôt négative |
| 6 | Les patients informés ont-ils posé des questions sur l'hygiène des mains ? | <input type="checkbox"/> A chaque fois
<input type="checkbox"/> Souvent
<input type="checkbox"/> Parfois
<input type="checkbox"/> Jamais |

Votre avis sur la démarche

- | | | |
|---|--|---|
| 7 | Selon vous, cette démarche a-t-elle sa place dans la prise en charge du patient ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8 | Pourriez-vous intégrer cette communication en routine dans vos pratiques (pérennisation) ? (sans le remplissage de ce questionnaire) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Impact de la démarche sur vos pratiques

- | | | |
|---|--|---|
| 9 | Cette démarche vous a-t-elle donné l'occasion d'évoluer dans vos pratiques : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Si oui , quelle évolution : | |
| | - retrait des bijoux | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | - hygiène des mains plus fréquente (observance) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | - utilisation plus systématique des SHA (utilisation préférentielle) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | - autre(s) amélioration(s) : | |
| | Si non , pourquoi ? | |

Remarques