

Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin-Port Royal

**Diplôme Inter Universitaire
de
Médecin Coordonnateur en EHPAD**

Année Universitaire 2011-2012

**LE RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD
QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES CONNAISSANCES
QUELS SUPPORTS PEDAGOGIQUES ?**

Docteurs : Le Minh Viem H., Maixent P., Osmani S., Rémond A.

Directeur de l'enseignement : Professeur Anne-Sophie Rigaud
Responsables de l'enseignement : Docteurs Serge Reingewirtz et Jean-Claude Malbec
Directeur de Mémoire : Docteur Serge Reingewirtz

REMERCIEMENTS

Un grand merci aux directrices, directeurs, médecins des EHPAD qui ont participé à l'enquête sur les connaissances de leurs salariés au sujet du risque infectieux.

Liste des établissements ayant participé :

- **EHPAD « Les Althaeas »**
57 rue Lino Ventura - 45 200 Amilly

- **EHPAD « Les Bord de l'Orge »**
7 rue de Villemoisson - 91360 Epinay Sur Orge
Directeur : monsieur Frank Gacon
Médecin : Docteur Patrick Maixent

- **EHPAD de Château - Renard**
Rue de Verdun – Château - Renard
Directrice : madame Chapin
Médecin : Docteur Le Minh Viem Henri

- **EHPAD « Notre Foyer »**
1 pl Bénédictines - 45200 Montargis

CONFLITS D'INTERET

Nous déclarons ne pas avoir directement ou indirectement de liens avec les intervenants sollicités ou évoqués dans ce mémoire, et ne pas avoir de liens avec une ou plusieurs entreprises de l'audio visuel

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	page 4
<u>CHAPITRE I</u> : situation actuelle du risque infectieux en EHPAD.....	page 5
<u>CHAPITRE II</u> : questionnaire en milieu médico-social gérontologique.....	page 14
– constitution du questionnaire présentation du modèle.....	page 14
–	
– présentation du questionnaire.....	page 11
–	
– résultat et analyse du questionnaire.....	page 18
–	
– comparaison avec d'autres enquêtes.....	page 25
a) enquête faite par l'ARLIN Limousin 2009-2010.....	page 25
b) audit en 2007 réalisé par le réseau régional d'hygiène de Basse Normandie.....	page 29
c) évaluation de l'observance des précautions standards réalisé par le CCLIN Ouest.....	page 33
d) audit de quatre CCLIN entre 2008 et 2009 sur l'observance et la pertinence de l'hygiène des mains.....	page 34
 <u>CHAPITRE III</u> : déroulement type d'un plan de sensibilisation et formation à la gestion du risque infectieux en EHPAD.....	page 47
– sensibilisation de l'équipe directoriale.....	page 47
– sensibilisation des cadres et référents.....	page 49
– les supports d'un programme de formation interne par vidéo.....	page 52
 <u>CONCLUSION</u>	page 65
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	page 67

INTRODUCTION

Les établissements d'accueil pour personnes âgées ont connu de grandes évolutions depuis une vingtaine d'années quant aux conditions d'hébergement. Ils se sont pour une large part médicalisés. De façon générale, dans nos pays européens, les résidents sont logés assez confortablement, dans des conditions de sécurité convenables.

Quelles que soient ces conditions d'hébergement, la personne âgée reste jusqu'au bout un être humain à part entière, en dépit de son état physique et psychique.

Il reste donc un être de relations, riche en besoins affectifs et de communication. Il conserve des liens sociaux et une dynamique de projets personnels, jusqu'à la phase ultime de son existence.

Les professionnels du domaine de la gériatrie ont bien pris conscience de cet état de fait et ont donc développé des règles de comportement et de pratiques adaptées.

Il existe pourtant un domaine de ces pratiques, souvent souligné dans les plaquettes de présentation des établissements d'accueil, mais dont l'observation réelle peut être l'occasion de manques, d'inexactitudes par routine. C'est celui de l'environnement d'hygiène des résidents, pourtant particulièrement important à respecter et à développer pour contribuer au mieux au respect de leur mode de vie.

Le risque infectieux est pourtant bien réel dans les EHPAD, de par la fragilité de la population accueillie et ses multiples pathologies intriquées.

Mais comment répondre aux exigences de prise en compte de ce risque, alors qu'il s'agit de personnes dont les capacités motrices et intellectuelles sont souvent diminuées ?

Comment mobiliser et révéler les énergies latentes des professionnels, pour les diriger dans un sens positif, à la fois au bénéfice des résidents et à celui de leur propre formation professionnelle ?

Avec quels moyens ?

Comment répondre aux attentes des EHPAD dans le domaine de l'hygiène et de la gestion du risque infectieux et pouvoir s'inscrire dans la démarche qualité souhaitée par les autorités de tutelle à ce propos ?

C'est pour ébaucher des réponses que nous avons élaboré un questionnaire. Il s'agit, d'une part, d'évaluer les besoins d'informations et de formation de ces professionnels de santé, d'autre part, de les sensibiliser à la prévention en équipe des risques d'épidémie .

Le décret du 27 MAI 2005, qui définit les missions du médecin coordonnateur, stipule que sous la responsabilité du directeur, le médecin coordonnateur élabore, coordonne le projet de soins et évalue sa mise en œuvre.

Il a donc la responsabilité de prévenir et de signaler le risque infectieux dans son établissement et de veiller, avec l'ensemble de l'équipe, au maintien de l'hygiène dans celui-ci, dans la mesure où il s'agit d'un élément clé de ce projet de soins.

Notre mémoire porte surtout sur :

- la situation actuelle du risque infectieux en EHPAD.
- une évaluation des connaissances des professionnels de santé sur ce risque grâce à un questionnaire réalisé en milieu médico – social gériatrique, analysé et interprété.
- les conséquences des recommandations des ARS (surtout de RHÔNE ALPES, qui préconisent une évaluation et une formation de tout le personnel quant au mode de transmission des germes.
- l'élaboration d'un plan de sensibilisation et de formation à la gestion du risque infectieux en EHPAD, qui consiste à sensibiliser l'équipe directoriale, les cadres et les référents à l'intérêt d'un programme de formation interne, ayant comme support la vidéo.

CHAPITRE 1 : SITUATION ACTUELLE DU RISQUE INFECTIEUX

EN EHPAD

Un EHPAD remplit une mission médico-sociale complexe, qui favorise des tensions permanentes entre des attentes et des obligations divergentes.

C'est, en effet, le lieu de vie quotidienne d'une collectivité de personnes âgées. Elles sont en droit d'attendre, ainsi que leurs proches, un environnement confortable, des services appropriés d'hébergement et de restauration, des animations de qualité, en réponse à leurs besoins et leurs attentes, tout au long de cette fin de vie.

Le personnel de l'établissement va donc porter attention aux valeurs soutenant ces missions : sens de l'accueil, du relationnel, de la qualité des prestations d'hôtellerie (hébergement et nourriture). La culture de l'établissement va donc être tirée vers une approche «touristique», cette tendance étant encore encouragée par le statut des personnes hébergées, en tant que résidents à titre privé.

Mais, en même temps, c'est le lieu de prise en charge de personnes de plus en plus âgées lors de leur entrée, atteintes de pathologies multiples et intriquées, responsables d'invalidité, manifestant une dépendance croissante. Elles nécessitent des prises en charge médicales et paramédicales multiples et prolongées, mettant en œuvre des moyens variés et de nombreux intervenants internes et externes.

Ces exigences sont inséparables d'une culture du soin. Elle est marquée par son origine hospitalière, fait appel à des professionnels formés dans cette filière, avec des références qui considèrent davantage le patient en situation de demande de guérison, qu'un résident conservant toute sa liberté de choix et de décision en ce qui concerne ses soins et ses prises en charge.

Les tensions sont donc fortes entre des cultures divergentes selon les fonctions exercées par les personnels, pouvant susciter des cloisonnements, des difficultés aux échanges d'informations, aux transmissions, des retards dans les capacités à développer des projets communs ou à appliquer les mêmes procédures.

De plus, le ratio de personnel par rapport au nombre de résidents est toujours sensiblement plus faible qu'en milieu hospitalier, malgré la diversité des tâches à remplir. Les qualifications professionnelles s'avèrent aussi très variables d'un établissement à l'autre, à fonctions analogues exercées. Les formations complémentaires à programmer, qu'elles soient organisées en interne à l'établissement, ou dans le cadre d'une structure externe (centre hospitalier, organisme de formation), se heurtent au problème de la disponibilité sur les heures de travail, des pré requis en connaissances souhaitables pour tirer profit des formations apportées. La Direction va aussi devoir arbitrer le choix des personnes appelées à bénéficier des formations, selon le plan de formation intégré au projet d'établissement, mais aussi en fonction de sa compréhension du rôle respectif des divers intervenants dans des actions transversales, qui mettent en jeu toute l'équipe, comme par exemple celles qui traitent de l'hygiène et de la prévention du risque infectieux dans l'établissement. Il va donc falloir se rappeler que toute formation peut ne pas être vécue comme une démarche positive de progression personnelle et d'amélioration de la qualité, mais comme une occasion de déstabilisation, de remise en cause de notions réputées solides, d'incertitude sur sa compétence personnelle et sur sa place au sein de l'équipe.

Parmi ses diverses missions, le médecin coordonnateur d'EHPAD se doit de donner un avis sur les conditions d'engagement des membres du personnel, selon leurs qualifications et leur adaptation au poste proposé, en référence au projet d'établissement. Il a également pour mission de contribuer à la formation professionnelle continue des personnels, par ses actions propres et en permettant la mise en place de cycles de formation et de veiller à leur développement personnel.

En tant que garant de la qualité des soins et des prises en charge, il doit se préoccuper du respect des bonnes pratiques gériatriques, assurer les valeurs de la bientraitance, garantir les conditions d'une prise en charge thérapeutique adaptée et efficace, s'entourant de tous les moyens nécessaires, pour chaque situation pathologique.

Le risque infectieux doit donc être tout particulièrement présent à son esprit, car il traverse nombre de ses missions d'animation et de coordination. Cette question interroge quotidiennement les personnels, leur capacité à percevoir une situation à risque, à l'évaluer et à appliquer les procédures appropriées, donc la qualité de leur formation sur ces points. Le médecin coordonnateur doit, par ailleurs, veiller à la meilleure prévention possible de ce risque chez les résidents, ainsi qu'à la gestion des épisodes avérés, notamment en cas de situation épidémique, en sachant mettre en œuvre les moyens techniques et réglementaires nécessités par la situation. Les conditions d'hébergement des résidents, leurs profils médicaux, contribuent à rendre ce risque infectieux très présent au sein des EHPAD, et en même temps particulièrement difficile à gérer de façon satisfaisante.

Sous l'impulsion des Pouvoirs Publics, qui avaient constaté l'amplitude des problèmes d'infections en milieu hospitalier, le développement de souches bactériennes multi-résistantes et des dérives dans l'emploi des antibiotiques, de nombreuses études et enquêtes ont été conduites ces dernières années, afin d'élaborer des stratégies de prise en charge des épisodes infectieux, une bonne utilisation des moyens thérapeutiques, et développer des structures de formation et de veille sanitaire à travers des réseaux coordonnés. Mais il est apparu aussi que les établissements médico-sociaux ne pouvaient être laissés en dehors de ces évaluations, car certaines enquêtes y révélaient une prévalence d'événements infectieux entre 4 et 11%, alors même qu'ils disposent de moyens de gestion moins élaborés et d'un personnel moins formé, que dans les établissements sanitaires. **(Enquête nationale de l'ORIG – Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie – en 2006/2007).**

La démarche impulsée par les Pouvoirs Publics, si elle a bien reconnu l'existence de problèmes infectieux au sein des établissements médico-sociaux, a été cependant faite de recommandations stratégiques décalquant souvent ce qui se fait en milieu sanitaire sur ce qui concerne les divers établissements médico-sociaux : « Les établissements de santé, ainsi que les établissements médico-sociaux **doivent établir et mettre en œuvre** un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à leurs activités et en cohérence avec les objectifs nationaux » (Plan National Stratégique de Prévention des infections associées aux soins 2009-2013) ; « Chaque établissement médico-social **doit prendre conscience** du caractère **indispensable** de la formation à la prévention des infections associées aux soins ; un plan local de maîtrise des épidémies **doit être élaboré et susceptible d'être mis en œuvre** dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale (circulaire 2009-264 relative à la mise en œuvre du Plan National Stratégique signalé plus haut) ; **nécessité** de l'élaboration d'un plan de crise sanitaire, intégrant notamment les mesures de détection de l'épidémie, les mesures de gestion, la mise en place d'une cellule de crise. » (circulaire 2011-377 concernant ce même plan).

Certes. Mais comment ?

De nombreux facteurs ont en effet été identifiés comme susceptibles d'expliquer cette prévalence dans des établissements dont la vocation initiale n'est pas le soin. Mais en même temps, ils témoignent de toutes les particularités de cette pathologie infectieuse au sein des EHPAD. **Le Docteur Nathalie MAUBOURGUET-AKE, à l'occasion d'une réunion d'information tenue par le CCLIN Sud Ouest, en septembre 2008, citait les facteurs suivants :**

Les uns directement en rapport avec les problèmes posés par les résidents :

- **L'âge** de plus en plus avancé des résidents, lors de l'entrée en institution, avec dorénavant un âge moyen de l'ordre de 85 ans ;

- **Le caractère poly pathologique de leurs problèmes de santé**, qui implique une fragilité accrue, une plus grande chance de développer une dépendance physique, et à un degré moindre une réduction de la mobilité globale ;
- **Une situation très courante de dénutrition**, dont on sait qu'elle constitue, à elle seule, une cause largement accrue de sensibilité aux infections ;
- **L'existence pour la majorité des résidents de troubles psycho-comportementaux**, qui vont réduire leurs capacités à s'impliquer dans une éducation thérapeutique efficace, intéressant ce domaine et à saisir les consignes nécessaires ;
- **Les résidents disposent d'un statut de logement privatif et locatif**, qui leur confère des droits inaliénables et ne permet pas, ou difficilement, d'empêcher diverses situations de la vie courante : prise en commun des repas, partage de zones de vie communes, échange d'objets, mais aussi aménagement privatif de la chambre, visites de personnes extérieures. Ces conditions matérielles compliquent la mise en œuvre efficace d'une politique d'hygiène et de prévention du risque infectieux ;

D'autres sont à mettre au compte des problèmes que peuvent poser les personnels :

- **Leur niveau de qualification professionnelle**, qui s'avère très variable d'un établissement à l'autre pour des fiches de poste analogues ;
- **L'histoire de leur formation professionnelle**, de leur parcours, de leurs formations complémentaires ne les prépare pas forcément au mieux à occuper un poste plus particulièrement concerné par la Gériatrie et la Gériatrie ;
- **Leur formation professionnelle, initiale et continue, reste très axée sur les missions principales à remplir et néglige d'autres aspects**. Cela peut entretenir un cloisonnement, obstacle à la diffusion des données de formation et à la coordination des actions à mener ;
- **Le manque d'habitude pour coordonner les actions entre équipes au sein de l'établissement, mais aussi avec les intervenants extérieurs**, ces derniers ne se sentant pas forcément impliqués étroitement au bon fonctionnement de l'établissement ;
- **Une appréciation variable et souvent négative quant à l'intérêt d'effectuer des vaccinations préventives du risque professionnel d'infection**.
- Enfin, et par-dessus tout, **le ratio faible de personnels intervenant au titre des soins comme de l'entretien et de l'hôtellerie**, par rapport au nombre de résidents, notoirement plus faible qu'en milieu hospitalier. Il est amplement démontré, pourtant, qu'une politique efficace du risque infectieux reste largement tributaire d'un nombre suffisant de personnes.

Les locaux de vie peuvent également poser des problèmes d'adaptation, de par leur âge, pour conduire une politique hygiénique efficace et pérenne. Conception de la circulation des résidents, qualité des sols et des revêtements, gestion de l'alimentation en eau, notamment de l'eau chaude, entretien des gaines d'aération, stockage et transport des déchets à risque infectieux.

Enfin, les médecins traitants, eux-mêmes, conservent parfois de mauvaises habitudes de traitement des épisodes infectieux : emploi d'une antibiothérapie à l'aveugle, sans isolement bactériologique préalable, antibiothérapie à large spectre, renoncement à obtenir des prélèvements bactériologiques en établissement. **Les médecins coordonnateurs eux – mêmes, présentent parfois des carences de sensibilisation et de formation**, qui les handicape pour bien conduire une politique efficace dans ce domaine.

Le Docteur MAUBOURGUET-AKE concluait sa présentation en insistant sur les points négatifs de l'articulation des équipes autour de la gestion des problèmes infectieux, et sur les efforts à développer pour améliorer cette pratique :

Elle identifiait l'hétérogénéité de la qualité de cette prise en charge, d'un établissement à l'autre, selon l'intérêt porté par les équipes soignantes et par la Direction,

selon les capacités de mobilisation et de motivation des équipes, souvent favorisée par la présence de moniteurs internes à l'établissement, ou par la proximité d'une équipe hospitalière référente, susceptible d'apporter son aide technique dans les situations difficiles, d'encadrer la formation continue de membres du personnel, ou de détacher des équipes selon les besoins.

Elle soulignait aussi le manque de formation et de prise de conscience des médecins coordonnateurs, aboutissant à un défaut d'encadrement et d'organisation des équipes, aussi bien dans la gestion quotidienne de l'hygiène que dans celle des crises sanitaires infectieuses, à un déficit d'emploi de protocoles adaptés aux exigences des EHPAD, dans ces situations, à l'insuffisance de recherche d'un équilibre managérial efficace avec le directeur et l'infirmière coordonnatrice.

Elle définissait les divers besoins à satisfaire pour améliorer l'efficacité de cette prise en charge :

- Nécessité de penser une structuration de la prévention du risque infectieux et de la gestion des épisodes infectieux déclarés, au sein des EHPAD ;
- Besoin de développer des kits adaptés pour la formation initiale et la formation continue des personnels ;
- Besoin de développer des accords professionnels solides, à partir desquels élaborer des outils d'évaluation interne de l'état des lieux susceptibles d'aider à la fédération des efforts autour de cette thématique ;
- Mise en place de modalités de coopération et de soutien procédural avec des établissements de référence, chaque fois que cela est possible géographiquement ou statutairement.

On voit donc que les besoins identifiés concernent en priorité la formation, le savoir faire, la gestion procédurale des épisodes infectieux et de la prévention du risque, aussi bien en ce qui concerne le personnel soignant, qu'en ce qui concerne le personnel hôtelier et l'encadrement administratif et médical.

Cette constatation avait déjà été faite, d'ailleurs, quelques années auparavant, par l'**Académie de Médecine**. Elle s'était penchée, dès 2004, sur les divers aspects de « **La prévention du risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées** » (J. CARLET, B. de WAZIERES (16/11/04). Elle identifiait alors les moyens disponibles en France, pour contribuer à sensibiliser et informer les divers personnels :

« Globalement, l'organisation de la lutte contre le risque infectieux en EHPAD et la formation du personnel sont globalement insuffisantes et très certainement inhomogènes.

° Les modules d'enseignement des médecins coordonnateurs (capacité de gériatrie, DU de médecin coordonnateur, enseignement délivré par les organismes de formation continue) comportent peu, voire très peu d'informations relatives au risque infectieux et à l'hygiène en EHPAD.

° La DGAS a réalisé des « recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD », qui sont, de l'avis de tous, de bonne qualité. Une page seulement est consacrée à l'infection et la plupart des mesures sont listées (sur proposition de l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie [ORIG], mais elles ne sont pas détaillées et restent générales.

° Le C.CLIN Ouest a réalisé un document très pratique, fait de fiches techniques (Hygiène et Prévention du risque infectieux en EHPAD).

° Le Guide d'auto-évaluation « ANGELIQUE » comporte un certain nombre d'items ayant trait à l'hygiène et la prévention du risque infectieux, qui correspondent pour une bonne part aux éléments du référentiel ANAES. Ce guide a cependant été détourné de sa fonction initiale d'évaluation au profit d'un objectif d'allocation de ressources.

° Enfin, le ministère a diffusé récemment « un guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins en dehors des établissements de santé »,

qui est très complet et peut s'adapter en partie aux EHPAD. Il reste cependant trop peu pratique et trop volumineux pour être utilisé sans une déclinaison sous forme de fiches techniques.

Tout récemment le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (section maladies transmissibles) a diffusé des recommandations concernant la conduite à tenir en cas d'épidémie de grippe dans les collectivités gériatriques, mettant en lumière la prise de conscience des autorités vis-à-vis du risque infectieux en EHPAD (séance du 16 janvier 2004) (voir Annexe 4).

L'ORIG regroupe des hygiénistes et des gériatres essentiellement hospitaliers et travaille depuis des années sur le sujet. Cette structure a dépouillé la partie gériatrique (USLD) de l'enquête de prévalence de 2001 et a programmé les actions suivantes : 1) rédaction de recommandations pour la prévention de l'infection dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Cette mission a été confiée au PR LEJEUNE (Brest) dans le cadre d'une coopération entre l'ORIG et la SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière), 2) mise en place dans le département du Val de Marne, avec le soutien du conseil général, d'une enquête de prévalence un jour donné dans le maximum d'EHPAD, sur la base du volontariat, 3) réflexion sur la définition d'événements sentinelles qu'il serait pertinent de détecter dans les EHPAD et de déclarer. »

A cette époque, l'approche restait marquée par un esprit hospitalier, une culture sanitaire, basée sur l'idée d'une organisation hiérarchique, propre à assurer une circulation des informations efficace, mais susceptible de cibler davantage certaines catégories de personnes mieux identifiées par cette culture, par leur proximité de formation, et leur rôle de soignant, au détriment des personnels d'entretien aux missions moins bien connues. Consciente de cet écueil, l'Académie de Médecine proposait les grandes lignes d'un programme de prévention mieux adapté aux établissements d'hébergement pour personnes âgées :

*« Il est indispensable de structurer la prévention du risque infectieux en EHPAD. Ce programme doit être **réaliste, pragmatique, adapté aux caractéristiques de ces structures**. Elles doivent **apporter une aide manifeste à ces structures, souvent très isolées, si possible sans alourdir les tâches administratives et la charge de travail déjà considérable, sous peine d'anéantir le projet.***

Elles doivent tenir compte de l'importance du « trio » directeur d'établissement / médecin coordonnateur / infirmière ou cadre infirmier dans le fonctionnement de ces structures. La qualité et la coopération entre ces 3 types de professionnels est déterminante. Il est en effet fondamental de bien préciser le rôle des différents acteurs dans le programme de lutte contre le risque infectieux en EHPAD, et de s'assurer que ceux-ci travaillent de façon synergique. Le rôle du médecin coordonnateur est fondamental. Il faut lui donner les moyens d'assurer cette mission de coordination, en particulier vis à vis de ses confrères généralistes, et lui procurer une formation qui le lui permette. Enfin, le programme doit s'intégrer dans celui déjà en place dans les hôpitaux et dans celui (c'est une opinion personnelle) qui devrait être proposé à la population générale en matière de risque infectieux et d'hygiène. »

Pour répondre à ces souhaits, des mesures diverses ont été élaborées et proposées aux professionnels, qu'on peut classer en plusieurs grandes catégories :

1° des actions de formation et de sensibilisation du personnel des EHPAD. Elles sont le plus souvent calquées sur les moyens employés depuis déjà quelques années dans les établissements sanitaires, et s'appuient sur l'expertise des équipes d'hygiène hospitalière et sur l'expérience tirée des relations étroites entretenues entre ces établissements, les CCLIN et les ARLIN.

Les thèmes de formation portent essentiellement sur :

- **La connaissance et la mise en œuvre des règles standards de prévention du risque infectieux**, dans la mesure où il s'agit des règles les plus fondamentales à appliquer systématiquement dans toute situation de soins ou d'intervention corporelle sur un résident, par toute personne appelée à être en contact avec lui, professionnel ou non, et également de mesures propres à contribuer à enrayer les situations épidémiques en établissement. Il s'agit donc essentiellement :
 - ◆ De l'hygiène des mains, avec les modalités de réalisation de ce lavage, les produits à employer de préférence, les circonstances de mise en œuvre, les mérites comparés des diverses techniques de lavage disponibles ;
 - ◆ Du recours au principe de « mesures barrières » corporelles à appliquer pour éviter les transmissions croisées de germes, avec les divers équipements exploitables et les modalités d'emploi, selon les circonstances ;
 - ◆ Des modalités de prévention des accidents liés à l'exposition au sang (AES) et des mesures à prendre en cas de survenue de celui-ci ;
 - ◆ Des règles de gestion des surfaces susceptibles d'être souillées, du matériel de soins réutilisable, et nécessitant donc décontamination, désinfection et conditionnement.
- **La connaissance et la mise en œuvre des précautions complémentaires de prévention.** Elles ne sont pas décidées par le personnel soignant, mais par les médecins. Cependant, dans la mesure où elles s'adressent à des situations infectieuses bien particulières, au potentiel épidémique prononcé, et où elles font aussi courir un risque professionnel d'exposition aux personnels, elles doivent être bien comprises par ceux-ci et acceptées comme un moyen de sécurité, qui leur permette d'aborder ces difficultés sans appréhension excessive et paralysante.
- **Des protocoles de gestion, de déclaration et de traitement d'épisodes infectieux spécifiques, initialement rencontrés surtout en milieu hospitalier, mais qui se manifestent de plus en plus souvent en EHPAD, avec les difficultés de prise en charge rencontrées par des personnels soignants peu habitués à ce type de pathologie, d'autant que les décisions doivent être partagées avec des intervenants extérieurs moins sensibilisés aux problèmes de la collectivité :**
 - ◆ Problèmes posés par les infections à BMR (bactéries multi-résistantes) ;
 - ◆ Problèmes posés par les épisodes infectieux aigus des voies respiratoires, surtout basses ;
 - ◆ Problèmes posés par les épisodes de gastro-entérites et par les TIAC (toxi-infections alimentaires collectives) ;
 - ◆ Problèmes posés par les épisodes grippaux saisonniers ;
 - ◆ Problèmes posés par les épisodes de gale ;
- **Des protocoles de réalisation de gestes de soins techniques, appelés à être mis en œuvre de plus en plus souvent en EHPAD, du fait de la dépendance croissante des résidents :**
 - ◆ Mise en place, vidange, retrait de sonde urinaire ;
 - ◆ Réalisation d'un cathétérisme sous-cutané ;
 - ◆ Réalisation de protocoles d'oxygénothérapie ou d'aérosolthérapie ;
 - ◆ Soins de stomies ;
 - ◆ Soins d'escarres ;

Le plus souvent, il s'agit de programmes de formation organisés en externe par rapport à l'établissement, souvent animés par des équipes issues des CCLIN ou des ARLIN, et dans les locaux géographiquement rattachés à un centre hospitalier. Ils sont organisés sous la forme de sessions échelonnées tout au long de l'année, pour permettre à un maximum de personnes d'en bénéficier, avec une durée variable selon les thèmes abordés, entre une et deux journées en moyenne. Les difficultés rencontrées avec ce type d'organisation, pour ce qui concerne les EHPAD, apparaissent comme étant les suivantes :

- La nécessité d'identifier les personnes qui ont le plus besoin de formation ou de mise à niveau, au sein de l'équipe. Celles aussi dont la formation s'avérera la plus productive pour la qualité ultérieure du travail d'équipe, pour leur capacité à entraîner une dynamique de groupe vers plus de qualité ;
- Le choix des thèmes de formation à privilégier, en fonction des besoins recensés, et des axes retenus dans le projet de soins de l'établissement ;
- La place à donner au personnel qui ne relève pas directement de la fonction soignante, mais dont l'implication dans les précautions hygiéniques est fondamentale au sein d'une collectivité de vie : personnel de cuisine, personnel d'entretien des locaux et des moyens techniques, personnel d'hôtellerie et de restauration. La sensibilisation de ces personnes est indispensable. Elle apportera des conditions de vie favorables aux résidents, sur lesquelles les équipes soignantes pourront s'appuyer en sécurité. Toutefois, leur formation initiale reste éloignée d'un discours médical influencé par la culture hospitalière. Comment faire pour que leur formation soit efficace, mais adaptée ?
- La sensibilisation de la Direction à l'utilité d'organiser des formations et de les financer. Cela implique l'organisation du planning des présences et des remplacements, des dates des formations largement avant leur époque de réalisation, mais aussi d'accepter de renouveler les opérations de formation pour les nouvelles équipes en poste, compte tenu du turn over des personnels, ou bien de ne faire bénéficier de ces formations que des salariés en poste fixe et durable, ou des remplaçants à longue durée. Un choix drastique des personnels appelés à en bénéficier est donc à redouter, compte tenu du montant élevé de l'investissement financier pour la Direction ;
- La capacité à appliquer efficacement les mesures apprises au cours des formations, une fois de retour dans l'établissement, ce qui implique la mise à disposition des équipements et fournitures nécessaires en quantités suffisantes et en qualités adaptées, la possibilité de faire diffuser les notions acquises auprès des membres de l'équipe qui n'auront pas fait cette formation, la cohésion de cette formation avec les procédures déjà utilisées éventuellement ; il en découle aussi la nécessité de disposer de référents dans l'établissement, au sein du personnel, qui seront capables de relayer la démarche de formation et de la piloter ;
- Comme pour toute démarche qualité au sein de l'établissement, la nécessité d'évaluer l'efficacité pratique de cette formation sur les comportements et sur les résultats obtenus en prévention des risques, donc de se doter de moyens internes de contrôle et de favoriser le rôle d'observateur et de référent tenu par certains membres du personnel, sur la base du volontariat.

2° des actions de formation et de sensibilisation conduites au sein même des établissements, portant sur les mêmes thèmes que ceux répertoriés plus haut.

Dans certains cas, ces actions en interne peuvent être conduites par des équipes extérieures à l'établissement, dans le cadre de conventions leur permettant de mettre leur expertise à la disposition de celui-ci, d'employer leurs outils de formation pour cette mission, et de prendre en mains la conduite de la démarche ainsi qu'éventuellement un suivi des résultats obtenus. En fait, ce mode de fonctionnement est plutôt requis à l'occasion d'épisodes épidémiques déclarés au sein de l'établissement et qui demandent la mise en œuvre de moyens techniques particuliers et d'un savoir-faire efficace et rapide à déployer.

Le plus souvent, l'action de formation en interne va solliciter les ressources en personnes et en compétences disponibles au sein de l'établissement lui-même. Le médecin coordonnateur va alors être en première ligne pour veiller à la qualité de la démarche et à son efficacité. Il va devoir identifier les exigences en principes pédagogiques et en moyens à rassembler pour qu'une telle formation soit possible, se montre efficace et obtienne l'adhésion des personnels. Ceci implique la

connaissance des principes de base à appliquer dans la formation d'adultes, alors que dans les autres cas, la charge serait déléguée à des professionnels extérieurs à l'établissement :

- Comme pour les formations externes, la nécessité d'identifier les bonnes cibles, les personnes susceptibles d'en bénéficier. Il faut donc que la fiche de poste de chaque membre du personnel soit établie avec précision, que chacun connaisse bien ce qui est attendu de lui dans ses fonctions, quelles actions il aura à exécuter et quels moyens requièrent ces actions. Chacun doit pouvoir aussi faire remonter à sa hiérarchie les besoins de formation qu'il éprouve et être aidé à les identifier, ce qui suppose de disposer d'un « référent » auprès de qui exprimer et analyser ses besoins.
- Il faut que les créneaux horaires de la formation soient compatibles avec les temps de travail, avec les plannings d'organisation des équipes, avec les questions soulevées par les congés et le turn over, pour permettre un investissement positif dans la démarche.
- L'organisation et le contenu de la formation doivent impérativement tenir compte du fait qu'on s'adresse à des adultes au travail, qui ont un passé, une histoire, et pas à de jeunes enfants en milieu scolaire. L'apprentissage d'un adulte répond à des principes éloignés de ce milieu scolaire, avec ses cours magistraux et la réception passive des informations (principes andragogiques) : ANDRAGOGIE de S. HACHICHA – Institut Supérieur de l'Éducation et de la Formation Continue – 2006 ; Apprentissages informels pour la formation des adultes. Quelle valeur et quelle mesure ? E. OLLAGNIER – Université de Genève. Pour être payant, Il doit s'appuyer sur l'expérience acquise par le sujet dans le domaine professionnel, sur les analyses pragmatiques qu'il a eu l'occasion de réaliser lors d'événements remarquables et de problèmes rencontrés dans sa pratique quotidienne. Il doit permettre de dégager de nouvelles questions, des besoins à couvrir, qui serviront de levier pour entrer volontairement dans la démarche d'apprentissage, avec le sentiment d'un enrichissement personnel et de la qualité du travail fourni, pas d'une obligation réglementaire. Savoir faire ressortir une valorisation personnelle de l'apprenant à travers cette démarche. Les moyens matériels et les supports pédagogiques retenus doivent aussi s'adapter au mieux aux mécanismes de fonctionnement mental des participants. La difficulté sur ce point viendra de ce que chaque réunion va rassembler des individus qui fonctionnent différemment pour apprendre, dont les attentes diverses vont créer un niveau de motivation et de capacité à s'impliquer variables, qu'il faudra essayer de fédérer en un mouvement commun. Les temps disponibles pour chaque formation, nécessairement limités, vont enfin contribuer largement à rythmer les séances, leur déroulement et leur contenu.
- Tous les auteurs qui se sont penchés sur la question de l'apprentissage des adultes insistent sur la nécessité de proposer des thèmes précis, limités en nombre et en complexité, de réduire les aspects abordés pour éviter des phénomènes de saturation. Ils montrent aussi l'utilité de recourir à des mises en situation, au cours du travail habituel et en présence des autres membres de l'équipe, portant sur les thèmes abordés, à la fois pour aider à formaliser les problèmes posés, et pour vérifier l'application des notions acquises. Il faut donc que celles-ci soient présentées d'une façon suffisamment simple et parlante, pour s'appliquer aussitôt à la pratique d'une part, d'autre part pour permettre à un collègue sans formation particulière de jouer le rôle de regard extérieur lors de cette mise en application.

Le CCLIN Sud Ouest a choisi de proposer une méthodologie d'audit interne réalisable au sein des EHPAD, avec les moyens propres à l'établissement, et balayant de façon assez exhaustive les divers chapitres de l'hygiène en établissement, des modalités de réalisation des précautions standard et des précautions complémentaires. L'ensemble des personnels employés est ciblé. Le but est de permettre aux équipes d'établir un état des lieux de leurs pratiques et de leurs connaissances vis à vis du risque infectieux. Partant de ce constat, d'élaborer un projet de formation personnalisé, répondant aux demandes de l'établissement.

Après une phase de test, cet outil a été promu au plan national pour l'ensemble des EHPAD, sur la proposition des Pouvoirs Publics, dans le cadre d'une déclinaison particulière du Plan National de

Prévention du Risque Infectieux en milieu sanitaire. Il avait même été prévu initialement de demander la réalisation annuelle de cet audit, pour chaque établissement, et de joindre ce travail au rapport médical annuel d'activité, ce qui montre l'importance accordée par les Autorités à cette question. Finalement, un décret du mois de mars 2012 a rapporté cette décision et a choisi de créer un chapitre spécifique d'audit du risque infectieux, dans le cadre de l'audit interne qui doit être effectué tous les cinq ans, au cours de la démarche qualité attachée au renouvellement des conventions tripartites.

Si l'intention de mettre à disposition des outils « clé en main » doit être saluée, il faut toutefois souligner que des aspects pratiques ne sont pas abordés dans le manuel de réalisation de cet audit :

- Comment motiver l'ensemble de l'équipe à répondre à un volume important de questions, avec la charge de travail importante qui en découle, difficile à articuler avec les obligations du poste ?
- Comment aborder cet audit dans l'esprit d'une démarche qualité, si la réponse aux questions est l'occasion de découvrir pour la première fois les difficultés qu'on peut avoir avec certains thèmes. On sera alors dans une situation déstabilisante, avec le risque de voir les personnes concernées se « braquer » contre l'ensemble du processus. De plus, le travail de réflexion occasionné sera peut être de moindre qualité s'il n'a pas été précédé d'une phase de sensibilisation aux problèmes.
- Comment élaborer un projet de formation en interne destiné à corriger les insuffisances répertoriées ? Les recommandations sont de faire l'état des lieux de celles-ci et d'élaborer un projet de formation propre à l'établissement, basé sur ces constatations. Mais elles ne donnent pas de marche à suivre pratique, et renvoient donc les responsables de formation aux choix qui ont été décrits plus hauts, avec les mêmes difficultés. Comment éviter de remettre au plus tard possible la réalisation de l'audit, du fait de ces difficultés perçues, et en conséquence retarder les opportunités d'amélioration de la prévention du risque infectieux ?
- Comment éviter le cloisonnement de chaque groupe professionnel, sa rétraction sur ses fondamentaux techniques et son désintérêt pour les problèmes posés aux autres et, au contraire, favoriser une culture transversale permettant aux uns et aux autres de s'appuyer en confiance sur le travail effectué par les autres équipes pour travailler eux-mêmes dans de meilleures conditions techniques et psychologiques ?

Le but de ce travail est d'apporter aux médecins coordonnateurs, notamment quand ils travaillent dans des environnements isolés et ne peuvent se décharger de cette mission au profit d'intervenants extérieurs ou d'équipes d'experts, des outils simples à mettre en œuvre, susceptibles d'être bien acceptés et compris par les personnels. Ils doivent leur permettre d'initier une démarche qualité dans le domaine infectieux. Une fois instaurée puis entretenue, elle aidera à aborder dans de bonnes conditions psychologiques et techniques l'audit interne demandé par les Pouvoirs Publics, en disposant déjà de l'expérience assurant de réagir positivement à ses résultats.

Dans cette perspective, il nous est apparu intéressant de s'appuyer sur un questionnaire traitant des notions les plus courantes autour du risque infectieux, tout en restant d'emploi facile. Ce questionnaire permettra de dresser l'état des lieux des connaissances des équipes, d'engager un dialogue autour des questions qu'il soulèvera, de susciter un intérêt pour un programme de formation bâti en conséquence, d'aider ensuite au suivi de cette démarche qualité. Il sera donc à la base d'une démarche adaptée, qui permettra ensuite de préparer efficacement l'audit interne DARI prévu par les textes législatifs.

CHAPITRE 2 : QUESTIONNAIRE EN MILIEU MEDICO-SOCIAL GERONTO-LOGIQUE

Le programme de formation élaboré par le Médecin Coordonnateur doit, en premier lieu, identifier les attentes et les manques ressentis, ou les défauts de formation révélés parmi les divers personnels intervenant au sein de son établissement. Cela lui permettra de cerner les thèmes de formation à retenir en priorité, à établir une liste préférentielle des personnes appelées à bénéficier au mieux de cette formation.

Il nous est apparu intéressant de tester la validité d'un questionnaire simple, adapté à des niveaux culturels divers, pouvant être proposé au cours des heures de travail, sans retentir sur le déroulement des activités professionnelles et qui permette d'obtenir rapidement un état des lieux portant sur les principaux aspects du problème du risque infectieux.

Pour ce faire, il a été proposé aux membres du personnel de plusieurs établissements de répondre aux questions le constituant, sans préparation préalable, ou sensibilisation initiale, en considérant des établissements géographiquement épars, et répondant à des modes de fonctionnement différents.

Nous présentons ici les résultats obtenus, sous la forme d'une synthèse statistique, qui sera dans un deuxième temps comparée aux résultats de plusieurs enquêtes de dimensions nationales ou régionales, ayant porté sur des thèmes proches, réalisées au cours des dernières années, ce qui permettra de contrôler si nos résultats sont analogues à ceux de ces enquêtes plus vastes.

La constitution du questionnaire :

Ce questionnaire comporte au total 13 questions, destinées à balayer rapidement plusieurs aspects de la problématique du risque infectieux en EHPAD, en s'appuyant surtout sur les notions mises en jeu dans la pratique quotidienne des personnels interrogés, pour que le propos soit plus facile à comprendre quelque soit le niveau de formation. Certaines questions comportent des « pièges » pour forcer à un travail de réflexion personnelle. Il s'agit d'un outil de sensibilisation, non pas d'un outil de formation. Des aspects comme la gestion d'un épisode épidémique en établissement, les moyens de prévention contacts, ne sont pas abordés volontairement, car difficiles à synthétiser au sein de questions courtes et relevant plutôt des thèmes de formations.

Il a été présenté dans six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de localisations géographiques et de « cultures » différentes, mais présentant tous la spécificité de ne pas être adossés à des établissements sanitaires.

Seules les données de cinq établissements ont pu être exploitées (établissements de A à E), celles du sixième établissement étant revenues trop tardivement pour pouvoir les exploiter.

Les questionnaires sont remplis au cours de la visite dans l'établissement de l'interviewer. On cherche à obtenir la photographie instantanée du niveau des connaissances et des pratiques, tout en évitant le parasitage éventuel des personnes interrogées les unes par les autres.

Ce choix a l'inconvénient de leur laisser peu de temps pour répondre, ce qui peut perturber certains, surtout pour les questions volontairement ambiguës. De plus, on établit une « coupe » dans les personnels, qui n'est pas forcément représentative de l'équilibre habituel entre fonctions au sein de l'établissement, et donc des capacités habituelles de mobilisation face au risque infectieux, ce qui peut fausser l'interprétation statistique des résultats pour un établissement donné. Il faudrait pallier cet inconvénient en répétant ces coupes à plusieurs reprises, de façon aléatoire.

On pourrait aussi envisager de l'enrichir par des questions portant sur les formations suivies antérieurement : sujets traités ; modalités de formations ; dates de celles-ci ; avis sur les

connaissances acquises et les problèmes d'application au travail quotidien. Cela permettrait de mieux prendre en compte le turn over des personnels, les disparités de formations suivies et d'aider à mieux définir la politique de formation de l'établissement.

Les questions constitutives du questionnaire :

Questionnaire de l'action de sensibilisation (1)

- **1- Quels sont les germes qui peuvent vous rendre malade ?**
 - Virus
 - Prions
 - Bactéries
 - Champignons
 - Parasites
- **2- Quelles sont les personnes qui peuvent être contaminées par les germes présents sur votre lieu de travail ?**
 - Les Résidents
 - Les Familles des Résidents
 - Vous-même
 - Vos enfants, votre conjoint
 - Les Intervenants externes
- **3- Quels sont les mécanismes de transmission des germes ou comment pouvez-vous être contaminé ?**
 - Voie digestive
 - Voie sanguine
 - Voie aérienne
 - Voie cutané-muqueuse
- **4- Quelles sont les maladies que vous pouvez contracter sur votre lieu de travail ?**
 - Grippe
 - Gale
 - Hépatites
 - HIV
 - Tuberculose
 - Infarctus
 - Méningite
 - Affection à BMR (bactérie multi-résistante)

Questionnaire de l'action de sensibilisation (2)

- **5- Les Bactéries multi-résistantes (BMR) sont résistantes aux**
 - Antiseptiques
 - Antibiotiques
 - Eau de Javel
 - Vaccins
 - Gel hydro alcoolique
- **6- Quelles sont les maladies qu'on peut contracter en cas d'accident d'exposition au sang (AES) ?**
 - Grippe
 - Cancer
 - Hépatite A
 - Hépatite B
 - Hépatite C
 - Sida
 - Tuberculose
- **7- Vous lavez-vous les mains ?**
 - Après les travaux de nettoyage
 - Entre les soins successifs
 - Après avoir été aux toilettes
- **8- Utilisez-vous les solutions hydro alcooliques ?**
 - Oui
 - Non
- **9- Vous a-t-on expliqué comment utiliser les solutions hydro alcooliques ?**
 - Oui
 - Non
- **10- Combien y-a-t-il de phases nécessaires pour effectuer une bonne friction hygiénique des mains avec un gel hydro alcoolique ?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 ou 8

Questionnaire de l'action de sensibilisation (3)

- **11- Effectuez-vous le nettoyage ?**
 - Des poignets de porte
 - Des poignets des fauteuils roulants
 - Des surfaces des chariots de nettoyage, en fin de journée
 - Des combinés téléphoniques

- **12- Utilisez-vous des gants à usage unique ?**
 - Oui
 - Non

- **13- Changez-vous de gants après chaque soin réalisé, ou après chaque utilisation ?**
 - Oui
 - Non



Résultats obtenus dans cinq établissements :

Questionnaire de l'action de sensibilisation (4)

Les Personnels interrogés, catégories professionnelles

- Infirmières
- Aides soignantes
- Aides médico-psychologiques (A.M.P.)
- Agents de service hospitalier (A.S.H.)
- Lingères
- Agents d'entretien

La fiche proposée au personnel des EHPAD :

Maison de **retraite**

ACTION DE SENSIBILISATION SUR LE RISQUE INFECTIEUX

ETAT DES LIEUX AVANT SENSIBILISATION

FONCTION : ASH AS AMP INFIMIERE LINGERE AGENT D'ENTRETIEN

AGE **ANCIENNETE**

1) **Quels sont les germes ou microbes qui peuvent vous rendre malade ?**

virus prions bactéries champignons parasites

2) **Quelles sont les personnes qui peuvent être contaminées par les germes présents sur votre lieu de travail ?**

les résidents les familles des résidents vous vos enfants, conjoints

intervenants externes

3) **Quels sont les mécanismes de transmission des germes ou comment pouvez vous être contaminés ?**

voie digestive voie sanguine voie aérienne voie cutanéomuqueuse

4) **Quelles sont les maladies que vous pouvez contracter sur votre lieu de travail ?**

grippe gale hépatite HIV tuberculose infarctus méningite

BMR (bactérie multi résistante)

5) **Les bactéries multi résistantes (BMR) sont résistantes aux**

antiseptiques antibiotiques eau de javel aux vaccins gel hydro alcoolique

6) **Quels sont les maladies qu'on peut contracter en cas d'accident d'exposition au sang (AES) ?**

grippe cancer hépatite A hépatite B hépatite c sida tuberculose

7) **Lavez vous les mains ?**

après les travaux de nettoyage entre les soins après avoir été aux toilettes

8) **Utilisez vous les solutions hydro alcooliques ?** oui non

9) **Vous a t on expliqué comment utiliser les solutions hydro alcoolique ?** oui non

10) **Il y a combien de phases pour effectuer une bonne friction hygiénique des mains avec un gel hydro alcoolique ?**

UNE DEUX TROIS QUATRE CINQ SIX SEPT HUIT

11) **Nettoyez vous ?**

les poignets de portes oui non

les poignets des fauteuils roulants oui non

les chariots de nettoyages en fin de journée oui non

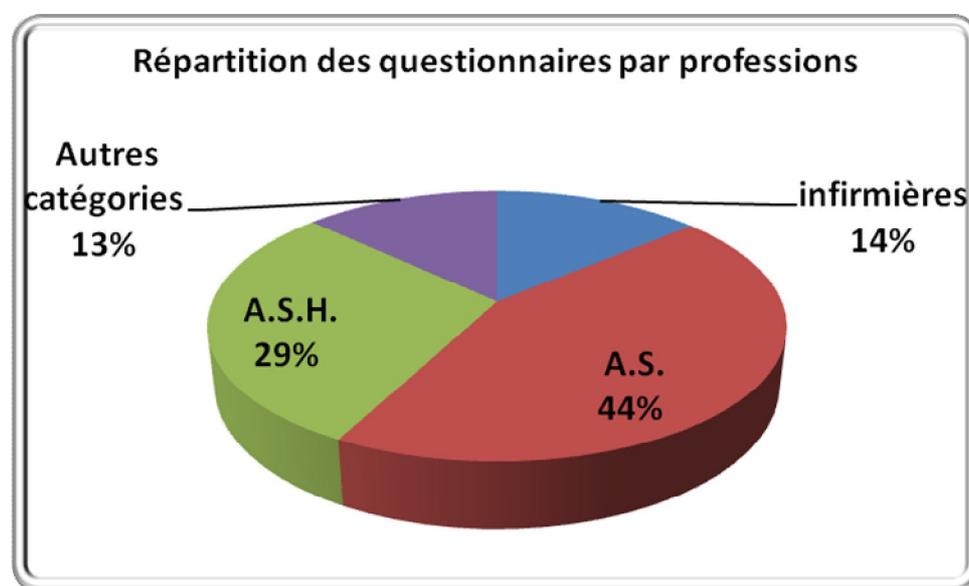
les combinés téléphoniques oui non

12) **Utilisez vous les gants à usage unique ?** oui non

13) **Changez vous de gants après chaque soin réalisé ou après chaque utilisation ?** oui non

Résultats :

Etablissement	Nombre total de questionnaires	Dont infirmières	Dont A.S.	Dont A.S.H.	Dont Autres catégories
A	32	0	15	13	4
B	31	4	15	4	7
C	20	5	9	6	0
D	15	3	4	5	3
E	33	6	14	10	3
TOTAL :	131	18	57	38	17
		13,74%	43,51%	29,01%	12,98%



On considère qu'une réponse est bonne dans deux situations selon la nature des questions :

- Réponse attendue à une question (questions 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16)
- Pas de réponse positive à une proposition volontairement erronée, destinée à vérifier la vigilance (autres questions)

Résultats globaux aux questionnaires sur 5 établissements pour chaque question et chaque catégorie de personnels

QUESTION N°	INFIRMIERES N=18		AS N=57		ASH N = 38		AUTRES CATEGORIES N = 17	
	% de bonnes réponses	% de réponses erronées	% de bonnes réponses	% de réponses erronées	% de bonnes réponses	% de réponses erronées	% de bonnes réponses	% de réponses erronées
1 - virus	100,00	0,00	89,47	10,53	89,47	10,53	64,70	35,30
1 - prions	77,77	22,23	19,29	80,71	7,89	92,11	17,64	82,36
1 - bactéries	94,44	5,56	78,94	21,06	71,05	28,95	100,00	0,00
1 - champignons	88,88	11,12	45,61	54,39	36,84	63,16	47,05	52,95
1 - parasites	88,88	11,12	54,38	45,62	18,42	81,58	58,82	41,18
2 - résidants	100,00	0,00	96,49	3,51	89,47	10,53	100,00	0,00
2 - familles des résidants	94,44	5,56	85,96	14,04	71,05	28,95	76,47	23,53
2 - vous	100,00	0,00	96,49	3,51	89,47	10,53	88,23	11,77
2 - vos enfants, votre conjoint	82,35	17,65	68,42	31,58	44,73	55,27	70,58	29,42
2 - les intervenants extérieurs	88,88	11,12	73,68	26,32	42,10	57,90	70,58	29,42
3 - voie digestive	77,77	22,23	61,40	38,60	39,47	60,53	52,94	47,06
3 - voie sanguine	83,33	16,67	63,15	36,85	55,26	44,74	52,94	47,06
3 - voie aérienne	100,00	0,00	87,71	12,29	68,42	31,58	82,35	17,65
3 - voie cutanéomuqueuse	88,88	11,12	75,43	24,57	50,00	50,00	70,58	29,42
4 - grippe	94,44	5,56	94,73	5,27	100,00	0,00	100,00	0,00
4 - gale	77,77	22,23	64,91	35,09	39,47	60,53	52,94	47,06
4 - hépatites	83,33	16,67	94,59	5,41	39,47	60,53	58,82	41,18
4 - HIV	77,77	22,23	59,64	40,36	18,42	81,58	47,05	52,95
4 - tuberculose	83,33	16,67	63,15	36,85	44,73	55,27	58,82	41,18
4 - infarctus	100,00	0,00	94,74	5,26	89,48	10,52	88,24	11,76
4 - méningites	61,11	38,89	47,36	52,64	26,31	73,69	52,94	47,06
4 - infections à BMR	94,44	5,56	71,92	28,08	44,73	55,27	52,94	47,06
5 - antiseptiques	44,45	55,55	43,86	56,14	63,16	36,84	64,71	35,29
5 - antibiotiques	72,22	27,78	52,63	47,37	60,52	39,48	52,94	47,06
5 - eau de Javel	83,33	16,67	78,95	21,05	68,43	31,57	76,48	23,52
5 - vaccins	72,23	27,77	75,44	24,56	68,43	31,57	88,24	11,76
5 - gel hydroalcoolique	61,12	38,88	64,92	35,08	60,53	39,47	64,71	35,29
6 - grippe	83,34	16,66	94,74	5,26	78,95	21,05	70,59	29,41
6 - cancers	100,00	0,00	100,00	0,00	89,48	10,52	100,00	0,00
6 - hépatite A	44,44	55,56	52,63	47,37	18,42	81,58	29,41	70,59
6 - hépatites B, C	61,11	38,89	82,45	17,55	52,63	47,37	52,94	47,06
6 - sida	66,66	33,34	92,98	7,02	94,73	5,27	94,11	5,89
6 - tuberculose	88,89	11,11	85,97	14,03	65,79	34,21	88,24	11,76
7 - après les travaux de nettoyage	72,22	27,78	85,96	14,04	94,73	5,27	88,23	11,77
7 - entre les soins	100,00	0,00	92,98	7,02	81,57	18,43	70,58	29,42
7 - après être allé aux toilettes	100,00	0,00	94,73	5,27	94,73	5,27	94,11	5,89
8 - emploi des solutions hydroalcooliques ?	100,00	0,00	94,73	5,27	84,21	15,79	70,58	29,42
9 - apprentissage de l'emploi des solutions ?	100,00	0,00	96,49	3,51	76,31	23,69	47,05	52,95
10 - une à trois phases (réponse fausse)	88,89	11,11	80,71	19,29	65,79	34,21	64,71	35,29
10 - quatre à cinq phases (réponse fausse)	72,23	27,77	73,69	26,31	68,43	31,57	52,50	47,50
10 - six phases (bonne réponse)	27,77	72,23	22,80	77,20	18,42	81,58	11,76	88,24
10 - sept à huit phases (bonne réponse)	27,77	72,23	21,05	78,95	10,52	89,48	17,64	82,36
10 - ne sait pas (réponse fausse)	94,45	5,55	91,23	8,77	92,11	7,89	94,12	5,88
11 - nettoyage poignets de portes ?	50,00	50,00	42,10	57,90	97,36	2,64	35,29	64,71
12 - nettoyage poignets fauteuils roulants ?	38,88	61,12	77,19	22,81	63,15	36,85	35,29	64,71
13 - nettoyage combinés téléphoniques ?	55,55	44,45	35,08	64,92	73,68	26,32	41,17	58,83
14 - nettoyage des chariots ?	38,88	61,12	38,59	61,41	84,21	15,79	35,29	64,71
15 - emploi des gants ?	100,00	0,00	98,24	1,76	100,00	0,00	76,47	23,53
16 - changements des gants ?	100,00	0,00	96,49	3,51	84,21	15,79	76,47	23,53
MOYENNES :	79,23	20,77	72,53	27,47	62,99	37,01	64,45	35,54

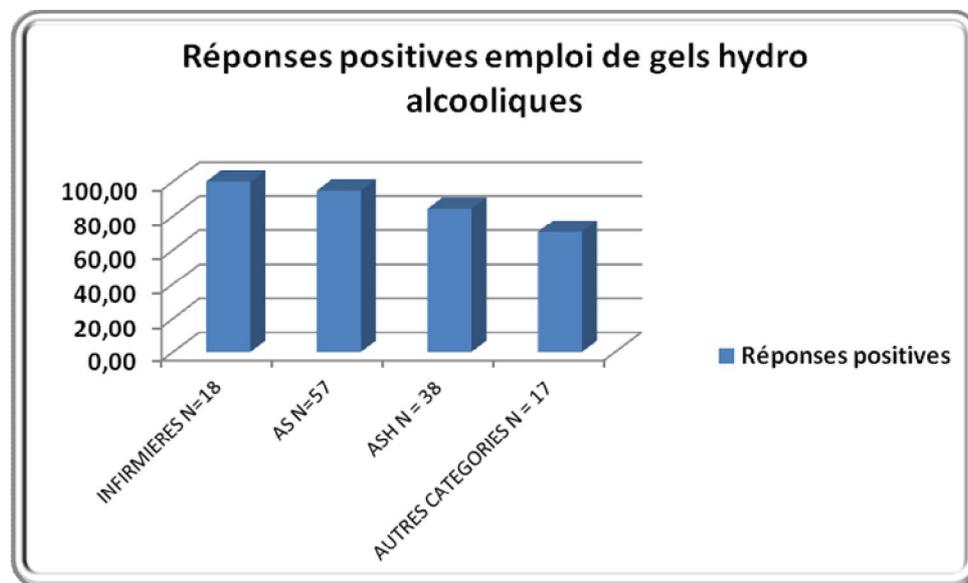
On peut constater que, globalement, sur l'échantillon professionnel considéré, les infirmières donnent le taux de bonnes réponses le plus élevé, de l'ordre de 80 %, avec cependant des aspects paradoxaux pour ce qui concerne certains domaines de l'hygiène et de la prévention :

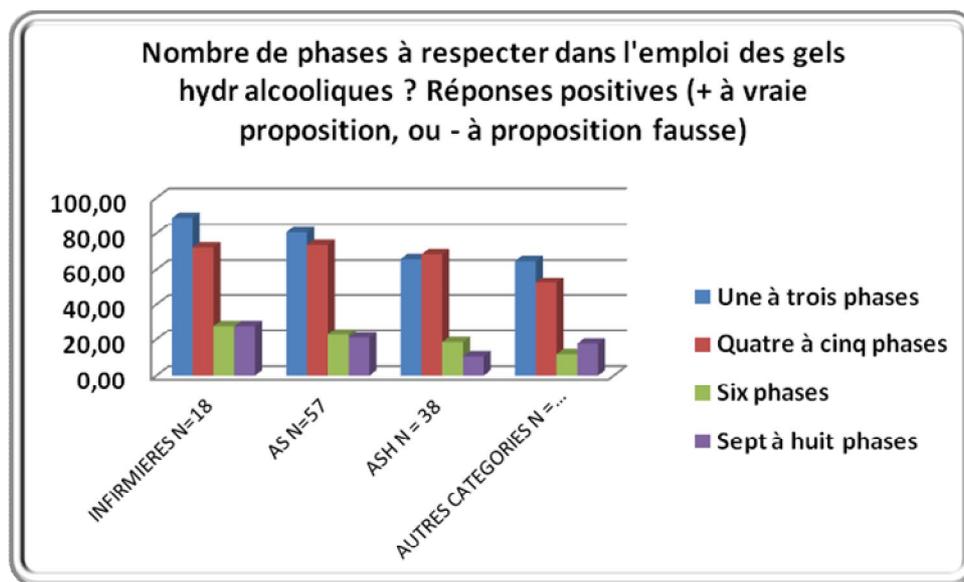
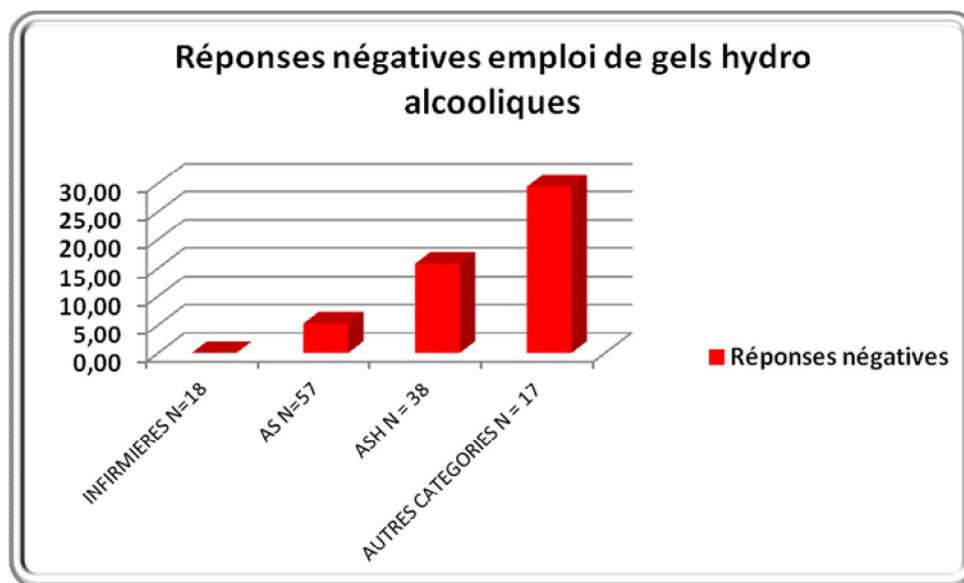
- Notions concernant les bactéries multi-résistantes
- Notions concernant les accidents d'exposition au sang
- Notions concernant les modalités pratiques d'utilisation des gels hydro alcooliques et leur efficacité sur les germes
- Notions d'hygiène des locaux et des surfaces

A l'opposé, les A.S.H. montrent le taux le plus important de réponses fausses, qui traduisent surtout un manque de connaissances sur les principes fondamentaux de l'infection en EHPAD, sur la nature des risques encourus et des personnes concernées par ce risque, sur l'emploi des solutions hydro alcooliques. Elles témoignent par contre d'une très bonne implication dans le nettoyage hygiénique des locaux et des surfaces, en réponse à une de leurs missions importantes. Il semble donc exister un gisement d'amélioration en couplant la qualité de cette pratique professionnelle avec l'acquisition de notions fondamentales partagées avec les autres équipes, en leur expliquant le « pourquoi » de leurs actions.

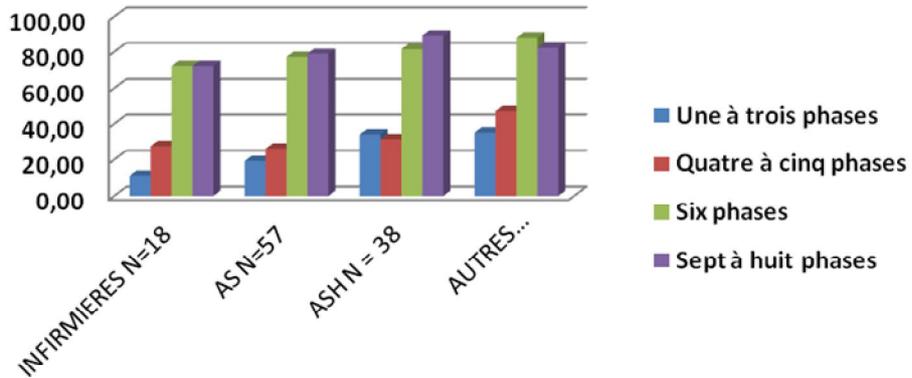
Presque au même niveau de réponses erronées, les personnels d'autres qualifications, qui ont été représentées surtout par des personnels d'entretien ou de lingerie, présentent une assez bonne notion des principes fondamentaux et du ciblage des populations qui risquent d'être touchées, mais par contre, présentent des lacunes nettes pour ce qui concerne le bon emploi des gels hydro alcooliques, les règles de nettoyage des locaux et des surfaces, l'emploi rationnel des gants.

Il semble au total que les personnels souffrent d'un certain niveau de cloisonnement calqué sur leurs missions respectives. Méconnaissance, ou manque d'intérêt (?) pour les aspects qui ne sont pas directement sollicités dans la pratique quotidienne. Cela souligne l'intérêt de concevoir une formation transversale, qui implique l'ensemble des personnels au cours des ateliers, pour permettre le développement d'une culture commune.

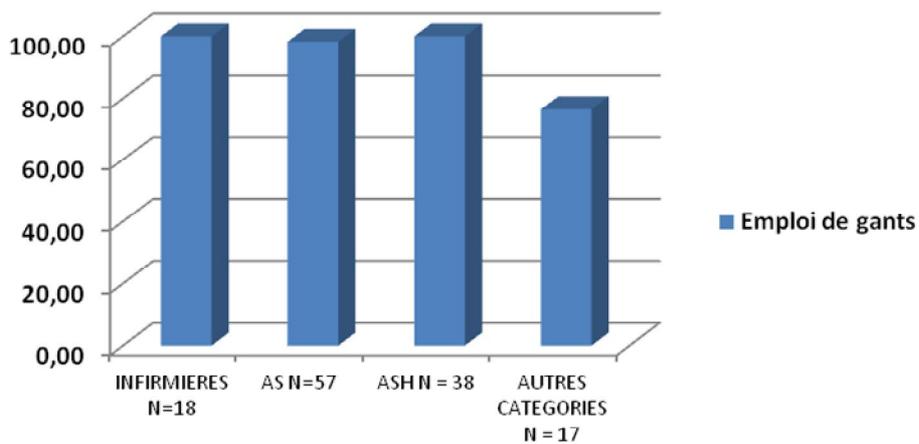




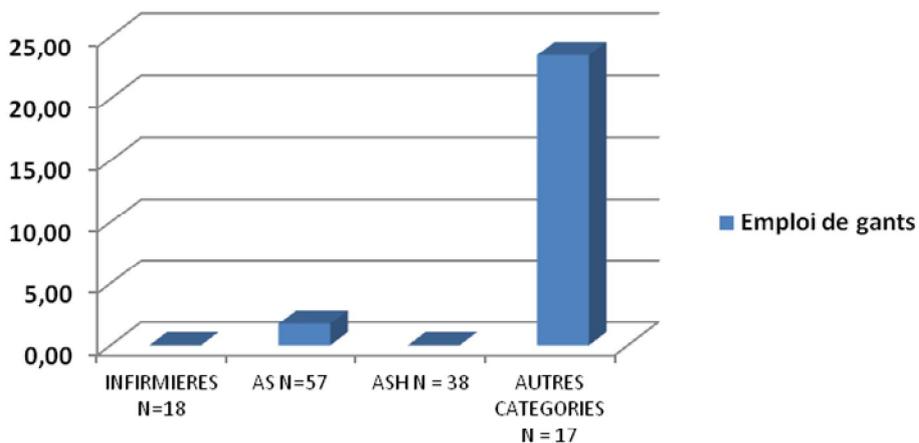
Nombre de phases à respecter dans l'emploi des gels hydro alcooliques ? Réponses négatives (- à vraie proposition, ou + à proposition fausse)



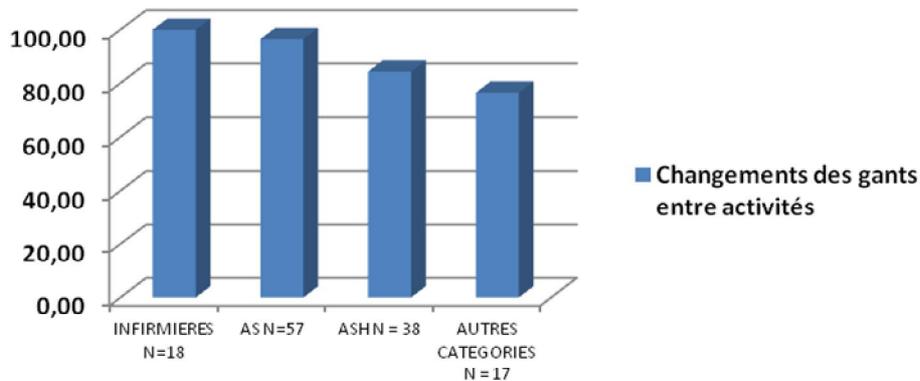
Emploi de gants : réponses positives



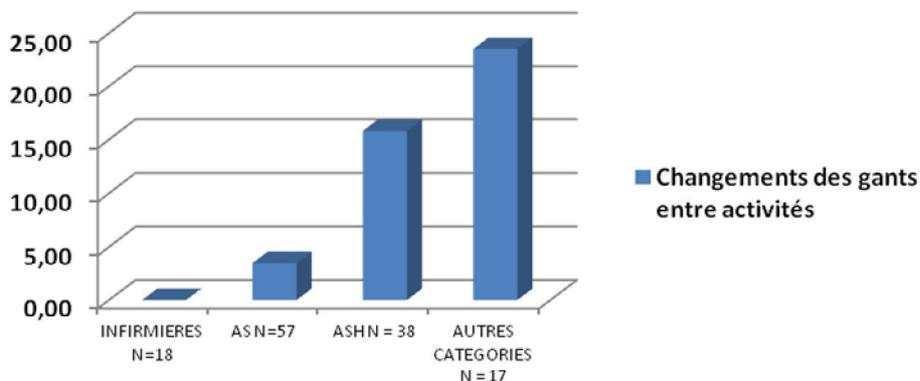
Emploi de gants : réponses négatives



Changements des gants entre activités : réponses positives



Changements des gants entre activités : réponses négatives

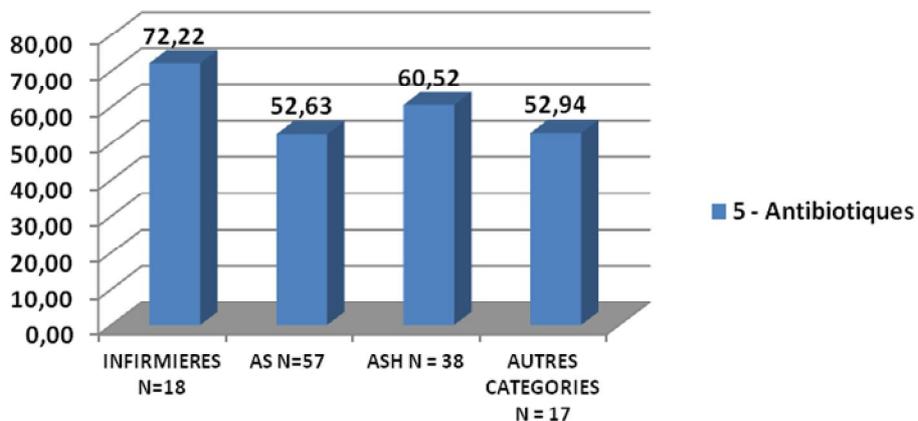


L'information sur l'intérêt de l'emploi des gels hydro alcooliques a été apportée à une grande majorité des personnels, sauf en ce qui concerne ceux qui relèvent des « autres catégories ». De même une forte proportion emploie régulièrement les gels dans leur pratique quotidienne. Pour autant, les principes d'utilisation adéquate de la friction hygiénique sont assez peu respectés : Seuls 55 % des infirmières et 44 % des aides soignantes indiquent une utilisation correcte de ces gels en nombre de phases d'application. Le pourcentage adéquat tombe même à 29 % pour les ASH et les autres personnels.

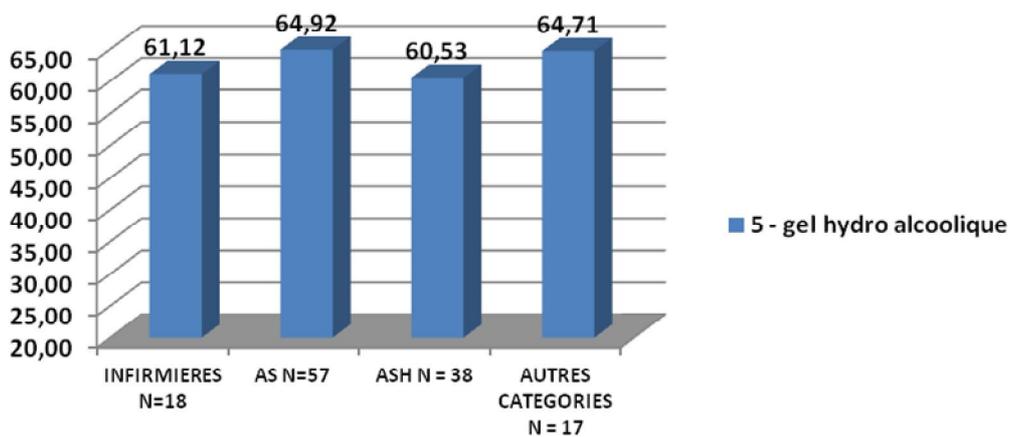
L'emploi des gants s'avère mieux intégré par l'ensemble des personnels mais leur changement systématique n'est pas intégré de façon homogène, reste assez critiquable pour les ASH et les autres personnels.

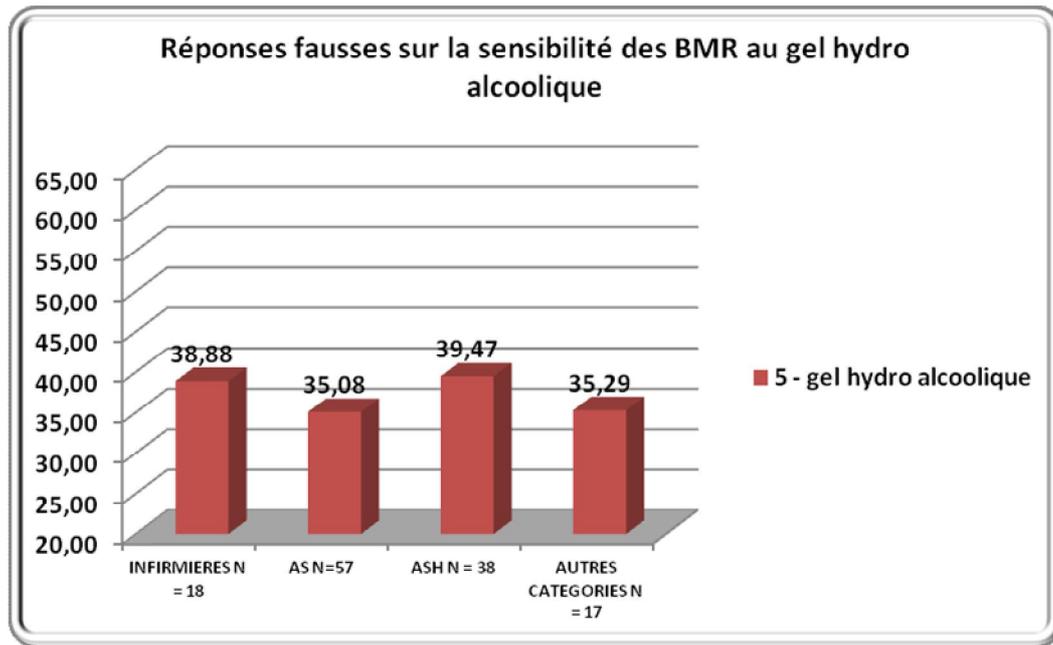
Un autre domaine à considérer est celui des notions autour des bactéries multi-résistantes en établissement et des problèmes posés par la gestion de ce risque, compte tenu des connaissances et des croyances des personnels.

5 - Réponses exactes sur la résistance des BMR aux Antibiotiques



Réponses exactes sur la sensibilité des BMR au gel hydro alcoolique

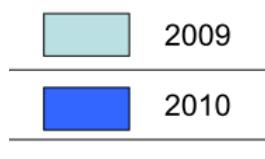


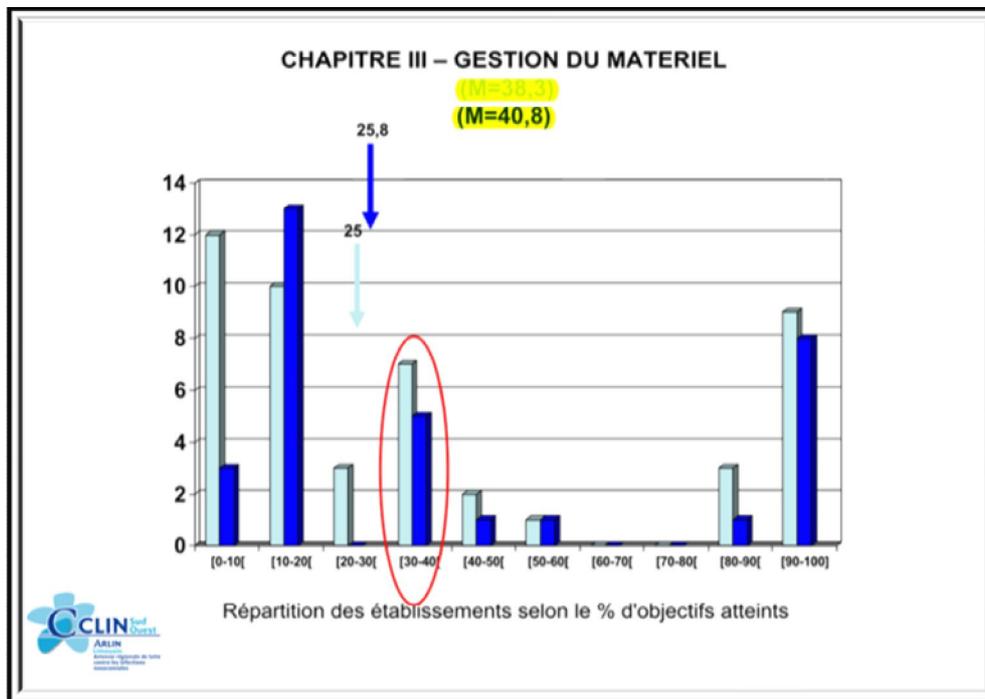
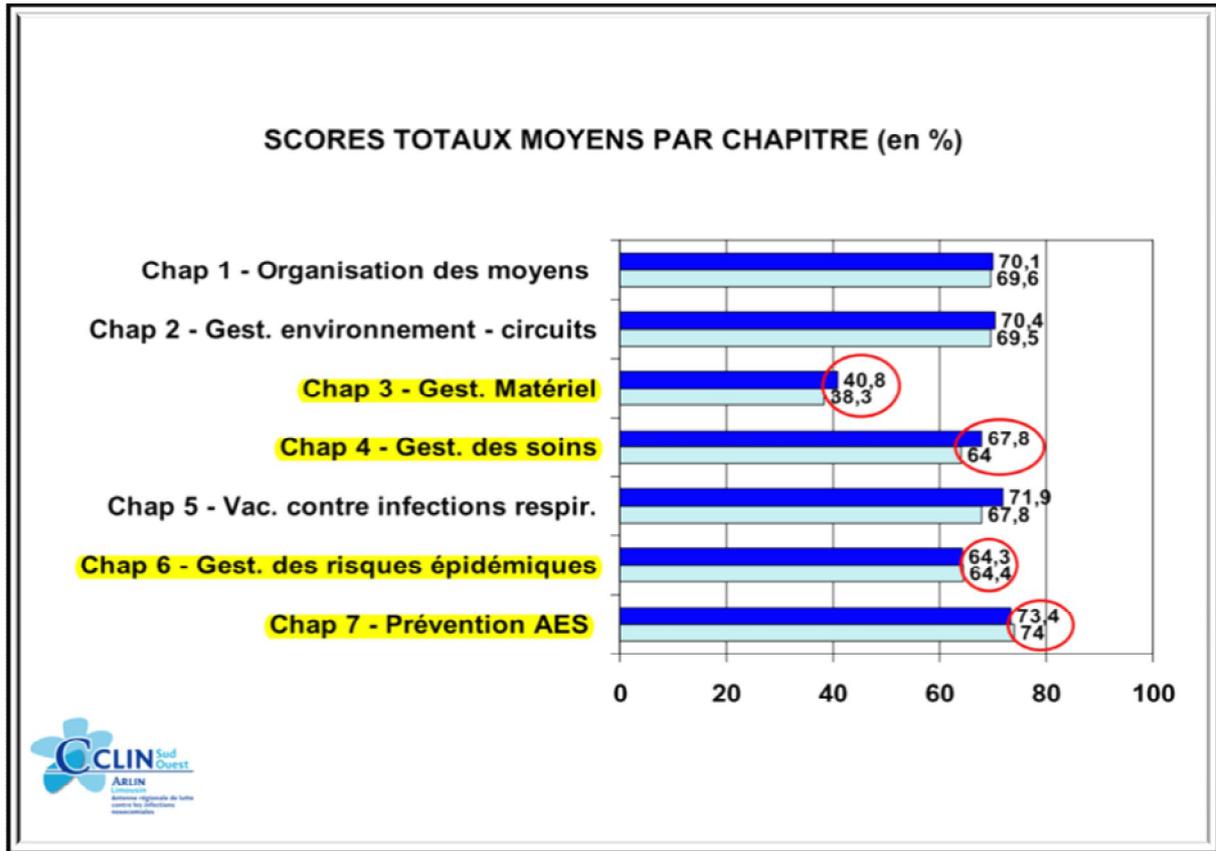


Cette enquête apporte donc des renseignements parfois surprenants. On peut, toutefois, argumenter qu'il s'agit d'effectifs faibles et non représentatifs de la situation habituelle rencontrée dans les établissements. Est-il possible de comparer ces résultats à d'autres enquêtes de plus grandes dimensions ? Cette comparaison permettrait-elle de montrer la validité d'un emploi courant de notre questionnaire comme outil de débrouillage et de sensibilisation pour les équipes ne disposant pas de moyens institutionnels élaborés ?

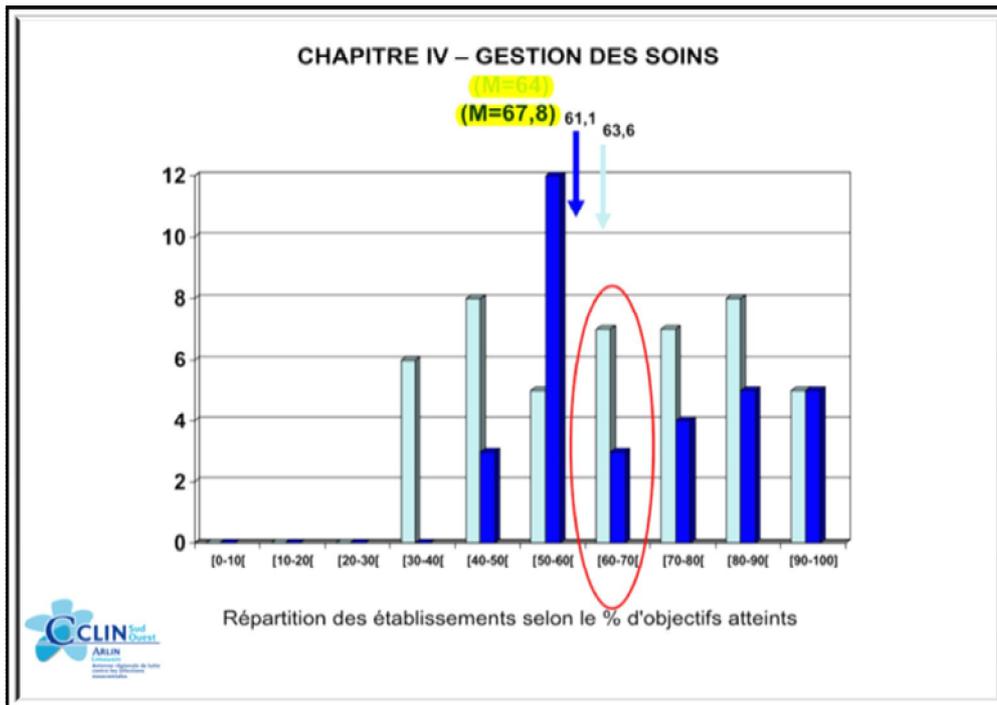
On peut identifier plusieurs enquêtes menées ces dernières années, dont les résultats apparaissent intéressants à considérer :

1°/ Une enquête a été conduite par l'ARLIN Limousin en 2009 et 2010 sur les conditions d'utilisation de l'auto-évaluation de la gestion du risque infectieux en EHPAD, selon le document proposé à partir de 2008 à titre expérimental, et qui a été incorporé depuis lors au document d'auto-évaluation interne réglementaire pour les EHPADS. Ses résultats ont été publiés en mars 2012, à BREST, lors de journées de formation. Cette étude balayait l'ensemble des chapitres inclus dans cette auto-évaluation interne. Si on considère plus particulièrement les chapitres très directement en rapport avec l'implication directe des personnels à la gestion du risque infectieux (chapitre 3 sur la gestion du matériel ; chapitre 4 sur la gestion des soins ; chapitre 6 sur la gestion des événements épidémiques et chapitre 7 sur la gestion des accidents d'exposition au sang) pour une population de 88 % de l'ensemble des EHPADS publics et privés ayant répondu à l'enquête en Haute Vienne et en Creuse, de 57 % en Corrèze, avec un nombre de lits compris entre 1 et 99 pour 64 établissements et un nombre de lits compris entre 100 et 249 pour 15 établissements, on obtient les résultats suivants, traduits en pourcentages de l'ensemble des objectifs qualité à atteindre pour chacun des chapitres considérés :

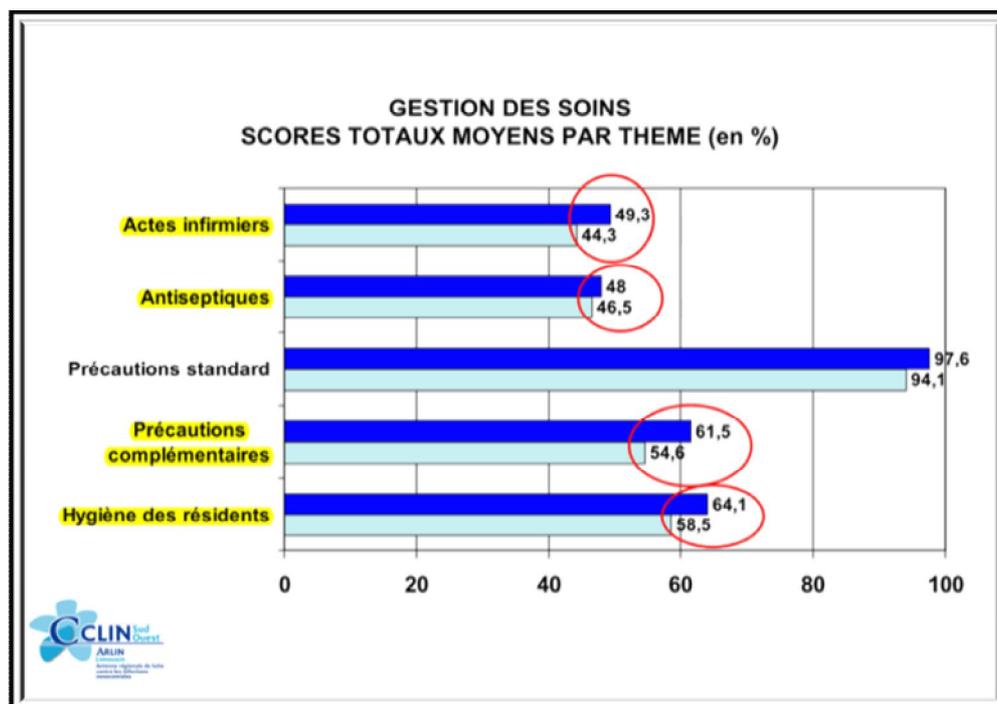




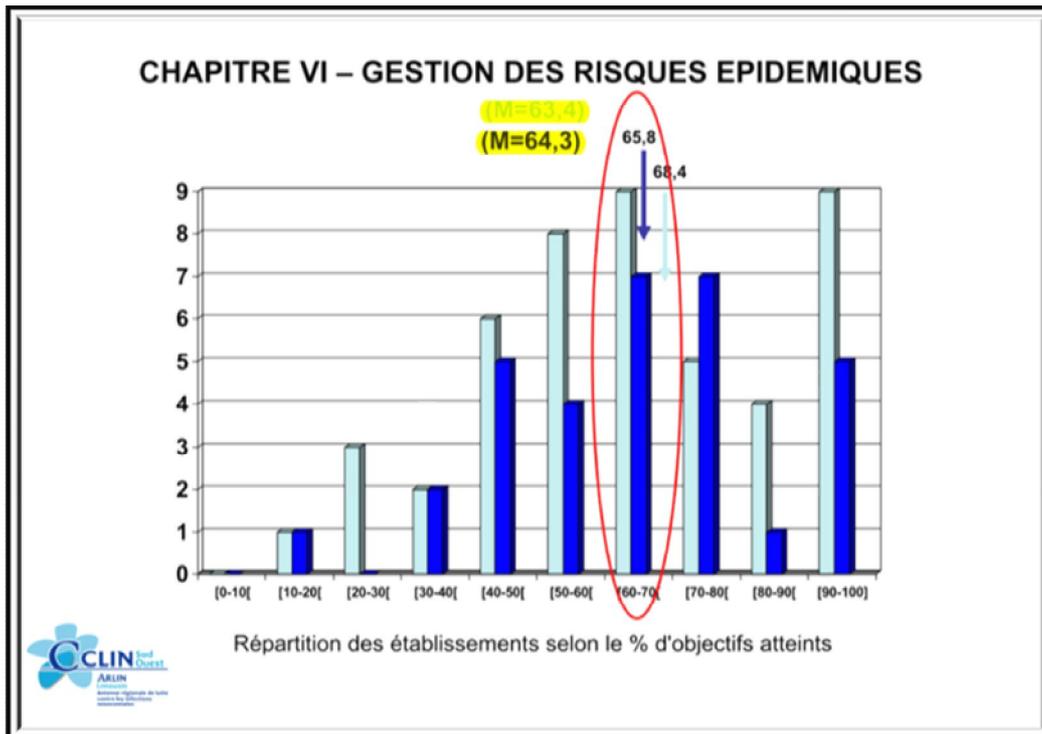
38 à 40 % des objectifs sont atteints seulement dans le domaine de la gestion du matériel.



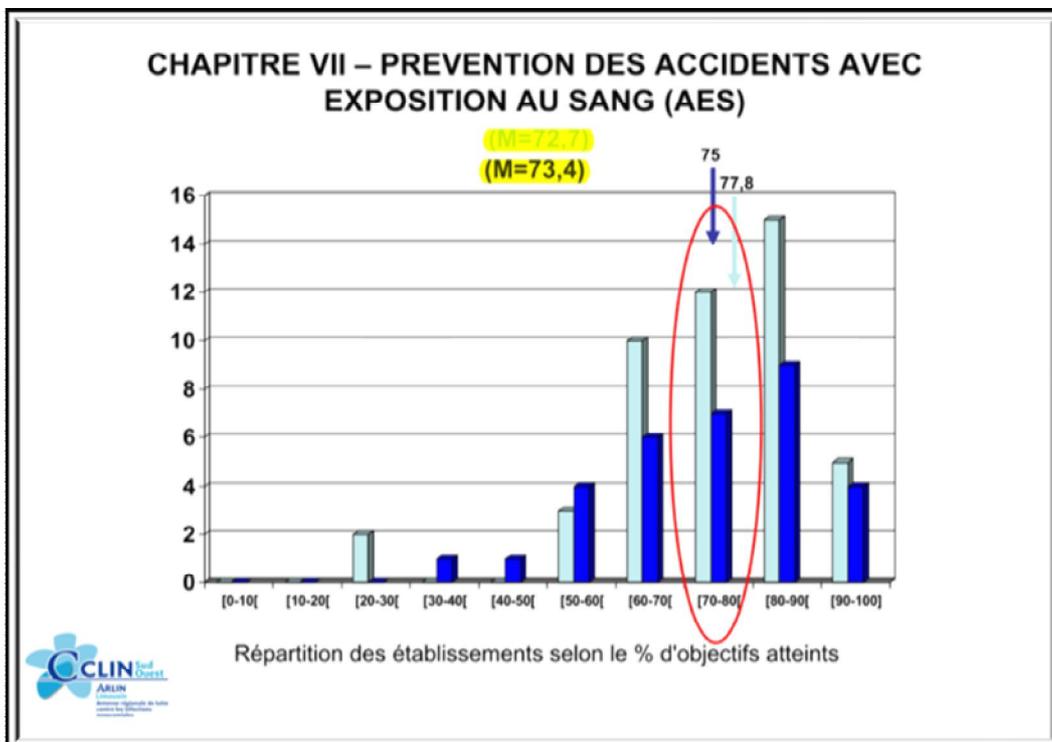
Au niveau des items concernant la gestion des soins, la couverture des objectifs atteint environ 68 %.



Cette couverture est de l'ordre de 45 % pour les actes infirmiers, de l'ordre de 48 % pour l'emploi adéquat des antiseptiques, de l'ordre de 60 % pour une utilisation correcte des précautions complémentaires d'hygiène, de l'ordre de 62 % pour les règles d'hygiène applicables aux résidents.



On retrouve environ 64 % de couverture des objectifs face à l'organisation de la gestion des risques épidémiques.



Environ 73 % de satisfaction des objectifs qualité dans le domaine de la gestion des accidents d'exposition au sang.

En conclusion ce travail apportait les constatation suivantes :

Faiblesse dans les domaines :

- Gestion du matériel
- Gestion des soins (grande hétérogénéité)
- Gestion des épisodes épidémiques

Faiblesses constatées souvent associées à une protocolisation des activités insuffisantes**Des questionnements**

- Comment aider les établissements dans le travail de protocolisation ?
- Comment diffuser rapidement les messages clefs et les bonnes pratiques ?

Les axes de travail retenus

- Former
- Fournir des outils d'aide à la protocolisation les plus élaborés possibles, accessibles rapidement, avec un accompagnement
- Elargir la palette des supports et médias utilisés pour dynamiser

Et proposait un certain nombre de pistes d'action de formation et d'aides à la protocolisation toutes basées sur un travail en coopération et en conventionnements entre EHPADS et structures du CCLIN ou de l'ARLIN, mais dans lesquelles l'action restait initiée et en grande partie maîtrisée par ces structures .

2°/ En 2007, le Réseau Régional d'Hygiène de Basse-Normandie a réalisé un audit au sein d'un ensemble d'établissements sanitaires de la région, basé sur un questionnaire élaboré à partir de recommandations de portée nationale, et concernant la pénétration au sein de ces établissements des connaissances concernant les précautions standard et complémentaires à appliquer dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux. Il s'agit donc d'une enquête qui n'inclut pas de personnels d'EHPAD et qui n'est pas basée sur le document d'auto-évaluation actuellement retenu. On remarquera, toutefois, qu'elle s'adresse à des personnels particulièrement sensibilisés par leur fonction soignante à la question des infections nosocomiales. Les résultats apparaissent d'autant plus surprenants, puisqu'ils rapportent que :

sur 18 établissements audités, avec 82 médecins, 150 infirmier(e)s, 153 aide soignant(e)s et 73 autres catégories, soit un total de 458 soignants, à la question sur la capacité à citer les trois mesures essentielles relevant des précautions « standard » :

■ **Quelles sont les mesures essentielles des précautions "standard" à appliquer à tout patient ?**

	Médecin	Infirmier(e)	Aide-soignant(e)	Autre	p	Total
Traitement des mains entre 2 patients	90,2 %	87,3 %	88,2 %	79,5 %	ns	86,9 %
Traitement des mains entre 2 soins	52,4 %	67,3 %	61,4 %	68,5 %	ns	62,9 %
Port de gants à usage unique non stériles si risque d'exposition	54,9 %	74,7 %	73,2 %	89,0 %	< 10 ⁻⁴	72,9 %

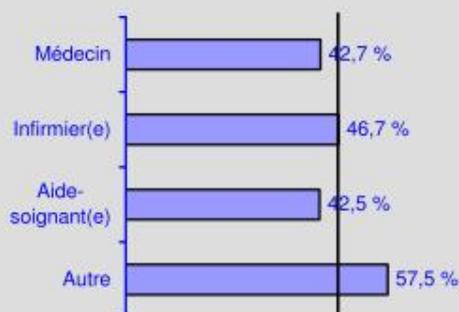
ns = non significatif

« Si globalement 9 soignants sur 10 citent le traitement des mains entre 2 patients parmi les

mesures essentielles des précautions "standard", seulement 62,9 % citent le traitement des mains entre 2 soins, et 72,9 % l'usage des gants à usage unique non stériles lorsqu'il y a risque d'exposition (54,9 % pour les médecins). »

Critère 2 : les précautions "standard" concernant le traitement des mains (entre 2 patients et 2 soins) et le port de gants sont connues :

Les soignants peuvent citer les 3 précautions "standard" essentielles.



Globalement : 46,3 %

	N	Minimum	Médiane	Maximum
CH	6	12,7 %	38,8 %	83,3 %
Autres	12	17,2 %	64,9 %	100,0 %

Et seulement une moyenne de 46 % des personnels interrogés est capable de citer correctement les trois mesures ensemble.

■ Connaissez-vous les noms des différentes précautions particulières ?

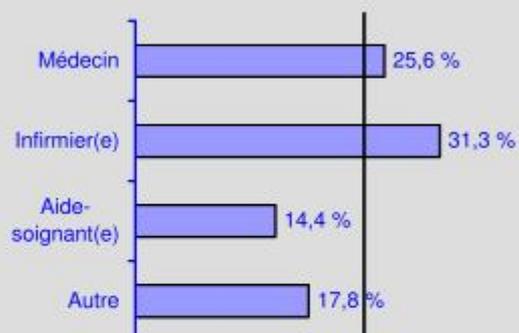
	Médecin	Infirmier(e)	Aide-soignant(e)	Autre	p	Total
Précautions « contact »	40,2 %	68,0 %	50,3 %	42,5 %	< 10 ⁻⁴	53,1 %
Précautions « gouttelettes »	35,4 %	42,7 %	34,0 %	38,4 %	ns	37,8 %
Précautions « air »	34,1 %	48,7 %	29,4 %	27,4 %	0,001	36,2 %

ns = non significatif

Les noms des différentes précautions particulières sont globalement mal connus : 53,1 % pour les précautions « contact », 37,8 % pour les précautions « gouttelettes », et 36,2 % pour les précautions « air ». Les soignants connaissant le mieux la dénomination de ces précautions sont les infirmier(e)s, sans toutefois atteindre 50 % pour les précautions « gouttelettes » et « air ».

Critère 3 : les précautions particulières sont connues :

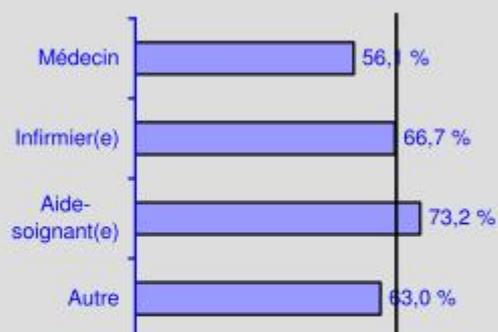
Les soignants peuvent citer les noms des 3 types de précautions particulières.



Globalement : 22,5 %

	N	Minimum	Médiane	Maximum
CH	6	8,9 %	25,4 %	26,1 %
Autres	12	0,0 %	29,4 %	44,4 %

Critère 4 : les grands principes des précautions « contact » sont connus :



Globalement : 66,4 %

	N	Minimum	Médiane	Maximum
CH	6	42,0 %	61,3 %	100 %
Autres	12	46,2 %	83,0 %	100 %

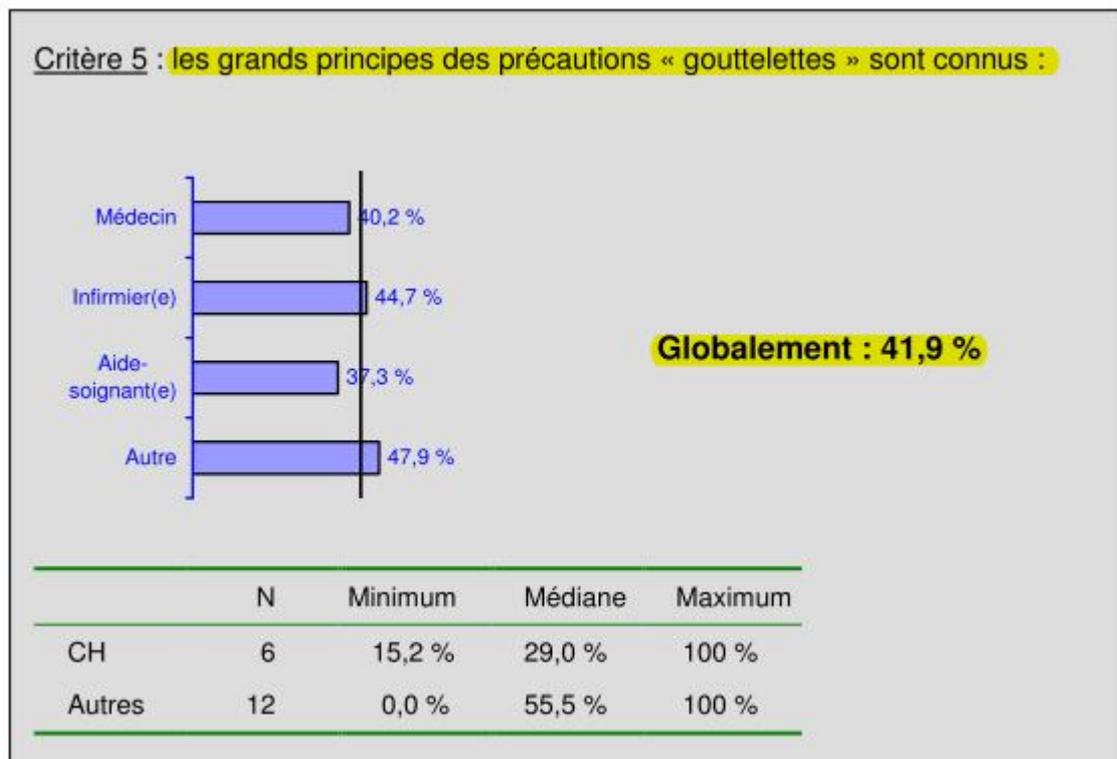
« La nécessité d'une chambre seule est connue par la majorité des soignants (78,4 %), mais la plupart pense que la porte du patient doit rester fermée (ils ne sont que 42,9 % à penser

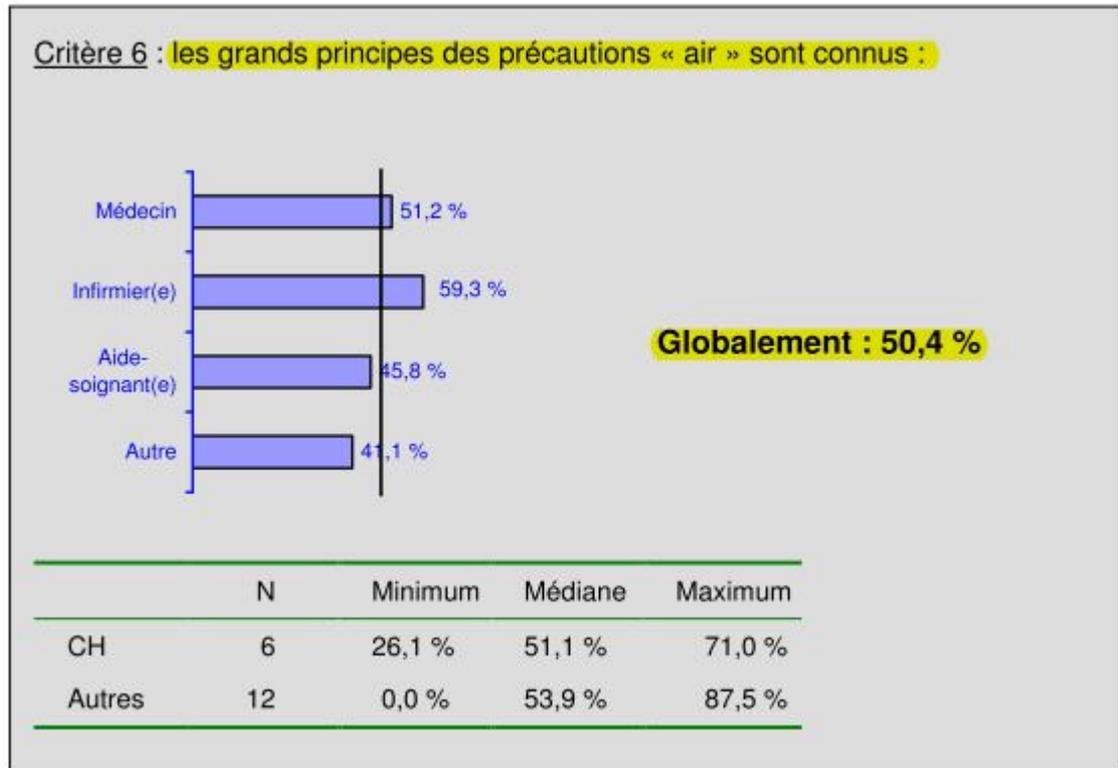
qu'elle peut rester ouverte). A noter que le référentiel utilisé est amené à évoluer pour ce critère.

De même, si le port de gants à usage unique non stériles est jugé nécessaire par 93,2 % des audités, seulement 35,4 % savent que le port de gants n'est utile qu'en cas de contact avec le patient ou son environnement.

Peu de soignants ont omis de citer l'un des 3 traitements des mains attendus (lavage avec savon antiseptique, friction avec solution hydro-alcoolique (SHA), ou lavage simple puis friction avec solution hydro-alcoolique).

Les médecins citent plus volontiers la friction avec solution hydro-alcoolique (74,4 % contre 40,7 % pour les infirmier(e)s, $p < 10^{-4}$) alors que les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s citent le plus souvent le lavage simple suivi d'une friction hydro-alcoolique (60,0 % contre 30,5 % pour les médecins, $p < 10^{-4}$). Globalement, la friction avec solution hydro-alcoolique (précédée ou non d'un lavage simple) est majoritairement citée par l'ensemble des soignants par rapport au lavage des mains avec solution antiseptique. »





« La chambre seule, porte fermée, est la réponse la plus fréquente de l'ensemble des audités. Le port du masque est connu à 96,3 %, mais le type de masque n'est cité que dans 70,3 % (à noter beaucoup de remarques précisant que certains services n'étaient pas concernés par ce type d'isolement). Notons également que les recommandations sur le type de masque sont amenées à évoluer. Les soignants savent majoritairement que le masque doit être mis avant d'entrer dans la chambre (96,1 %), mais moins souvent qu'il doit être ôté après en être sorti (70,7 %). »

La conclusion générale de cet audit réalisé en milieu hospitalier, insistait sur l'existence d'insuffisances dans divers domaines de la prévention : « **Si un très grand nombre de soignants connaît la nécessité du traitement des mains entre deux patients, à peine la moitié d'entre eux est capable de citer les trois précautions essentielles des précautions « standard ».**

En ce qui concerne la connaissance des précautions particulières, nous remarquons que les précautions de type « contact » sont les mieux connues. Peu de soignants citent les trois tels que décrits dans les documents.

Cependant, il est à noter que la nécessité du traitement des mains est l'élément le plus connu par la majorité des soignants. Quant à la maîtrise de la globalité des précautions « gouttelettes », il apparaît un besoin d'informations car celles-ci sont les moins bien connues. »

3°/ Un travail plus récent a été conduit par l'Interrégion Ouest du CCLIN Ouest, pour évaluer l'observance des précautions standard au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux de nature variée, en s'attachant à analyser d'une part la politique de promotion de ces précautions standard au sein de chaque établissement, d'autre part l'attitude des personnels de diverses appartenances quant à l'emploi courant de ces précautions.

210 établissements ont été audités, dont 17 EHPAD. Au plan des personnels : 35,7 % d'infirmier(e)s, 33,8 % d'aides soignants, 10,4% d'agents hospitaliers, 6% de médecins et 4% de

personnels d'autres fonctions, cette répartition des postes étant moins représentative de celle habituellement rencontrée dans les EHPAD.

L'évaluation a été faite sous la forme d'un pourcentage d'objectifs atteint pour chacune des rubriques de l'audit, et a donné les résultats suivants :

- **Plus de 80 % de réponses positives, correspondant à une pratique adaptée, pour l'ensemble des items suivants :**
 - Principes de gestion de l'hygiène des mains
 - Emploi adapté des gants à usage unique selon le type de risque de contact contaminant
 - Emploi adapté des gants à usage unique selon le type de manipulation effectuée
 - Recours à un lavage hygiénique simple, suivi d'une friction avec une solution hydro alcoolique, quand la peau des mains est initialement souillée
 - Recours à un lavage hygiénique complété par une application d'antiseptique en cas d'accident d'exposition au sang
 - Recours à un rinçage en cas de projection
- **Mais moins de 80 % de réponses positives, selon la même signification, pour l'ensemble des items suivants :**
 - Changements des gants à usage unique, entre deux activités
 - Port d'une surblouse ou d'un tablier, à usage unique, pour protéger la tenue professionnelle
 - Port de masques, de lunettes de protection

4°/ Il faut aussi considérer l'important travail, de dimension nationale, réalisé par le Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH), qui a rassemblé les actions d'audits conduites par quatre CCLIN entre 2008 et 2009, sur l'observance et la pertinence de l'hygiène des mains, car cette étude a rassemblé au total 762 établissements, dont 13 EHPAD, 133 SLD et SSR et 9 HAD, pour un total de 99414 personnels audités, dont 6391 en EHPAD, 15660 en SSR, 6282 en SLD, dont 38,9 % d'infirmier(e)s, 29,2 % d'aides soignantes et 6,1 % d'agents hospitaliers, représentant au total l'analyse de 146 864 gestes d'hygiène des mains. Si cette étude ne concerne pas de façon spécifique le domaine médico-social, elle trouve cependant sa valeur dans la façon dont est analysée la pratique de l'hygiène des mains. Elle est observée à l'occasion de sept circonstances de soins définies, dans lesquelles l'observance attendue a priori est de 100 %. Il s'agit de :

- Manipulation des excréta, des déchets d'activité de soins et des linges souillés ;
- Soins sur peau saine, tels que geste de kinésithérapie, examen clinique du patient, etc... ;
- Change de patients ou de résidents ;
- Pose de voie veineuse périphérique ou de voie sous-cutanée ;
- Injections intra-veineuses et toute manipulation de dispositif intra-vasculaire ;
- Pose de sonde urinaire à demeure ; sondage urinaire évacuateur ;
- Prise en charge d'un patient nécessitant la mise en œuvre de mesures complémentaires, type « contact », à l'exclusion des situations d'infections à *Clostridium Difficile*, ou de Gale ;

Par ailleurs, les mesures d'hygiène des mains sont évaluées pour chacune de ces situations, selon qu'elles sont employées seulement avant la réalisation du geste de soins, seulement après ou avant et après.

Les critères retenus par l'enquête :

« *OBSERVANCE*

Quand un geste d'hygiène des mains, attendu dans une situation donnée, est réalisé.

L'observance peut se décliner de la façon suivante :

- Observance « avant soin » : pour un soin ou une situation donné, réalisation d'une hygiène des mains (quand elle est indiquée) avant soin qu'il y ait ou non observance après (cas des situations 2 à 7).
- Observance « après soin » : pour un soin ou une situation donné, réalisation d'une hygiène des mains (quand elle est indiquée) après le soin qu'il y ait ou non observance avant (cas des situations 1 à 7).
- Observance « avant et après soin » : pour un soin ou une situation donné, réalisation d'une hygiène des mains avant et après (encadrement du soin) quand il y a une indication d'hygiène des mains avant et après soin (cas des situations 2 à 7).

PROPORTION DES DIFFERENTS TYPES D'HYGIENE DES MAINS

- Proportion « globale » : pour tous les gestes d'hygiène des mains réalisés avant ou après soin
- Proportion « avant soin » : pour tous les gestes d'hygiène des mains réalisés avant soin
- Proportion « après soin » : pour tous les gestes d'hygiène des mains réalisés après soin

CONFORMITE OBSERVANCE/PERTINENCE

Dans cet audit, la conformité repose sur la réalisation d'une hygiène des mains quand elle est attendue/indiquée (observance) avec une technique adaptée au niveau de risque infectieux (pertinence).

En effet, il ne suffit pas de réaliser une hygiène des mains au bon moment, encore faut-il que le produit utilisé soit adéquat. Ainsi, le lavage simple n'est pas suffisant dans la plupart des situations évaluées.

Pour chaque situation, la conformité a été évaluée avant soin, après soin puis globalement. La conformité avant et après soin peut être affirmée si l'hygiène des mains est conforme avant soin et conforme après soin. »

TABEAU 7 : Répartition des observations selon la situation

Situation observée	N	%
Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	18 050	18,2
Soins sur peau saine	38 053	38,3
Change de patient	16 562	16,7
Pose de voie veineuse périphérique ou sous-cutanée	8 337	8,4
Injection IV et toute manipulation d'un dispositif IV	13 483	13,6
Pose sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur	1 097	1,1
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires	3 832	3,9
Total	99 414	100,0

TABEAU 8 : Répartition des observations (en %) selon la catégorie de personnels et la situation observée (N=99 414)

Catégorie professionnelle	Situation observée							Total
	1 Déchets, excréta linge sale	2 Peau saine	3 Change	4 Pose VVP, SC	5 Inj. IV Manip DIV	6 Sonde	7 Précautions contact	
Infirmière et IDE spécialisée	10,0	30,5	6,7	17,5	29,0	2,1	4,3	100,0
Médecin	1,0	85,4	0,7	4,7	4,6	0,9	2,7	100,0
Sage-Femme	5,0	51,2	5,5	12,9	15,3	8,5	1,7	100,0
Kinésithérapeute	0,9	94,7	0,6	0,3	0,2	0,1	3,3	100,0
Manipulateur radio	6,6	53,3	1,1	15,7	21,1	0,1	2,0	100,0
Aide-Soignante/ Aux. puériculture	29,6	26,5	39,3	0,2	0,3	0,1	3,9	100,0
Agent Hospitalier	61,9	13,4	21,3	0,0	0,1	0,0	3,2	100,0
Ambulancier	9,6	75,7	0,9	-	0,9	-	13,0	100,0
Brancardier	13,0	75,9	5,5	0,3	-	0,2	5,1	100,0
Etudiant	17,5	39,0	13,5	9,0	15,8	1,0	4,2	100,0
Autre	17,2	51,0	12,6	3,6	12,2	-	3,4	100,0

Les situations observées se répartissent, comme on pouvait s'y attendre, différemment selon les catégories professionnelles, tout en restant cohérentes. Dans toutes les catégories professionnelles, les observations lors de soins sur peau saine sont les plus représentées sauf chez les AS/AP et les agents hospitaliers. Chez ces derniers 62% des observations portaient sur la situation 1 et pour les AS/AP, 39% portent sur la situation 3 « change des patients ».

TABEAU 9 : Répartition des observations (en %) selon la discipline et la situation observée (N=99 414)

Discipline	Situation observée							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
	Déchets, excréta linge sale	Peau saine	Change	Pose VVP, SC	Inj. IV Manip DIV	Sonde	Précautions contact	
Médecine	15,6	39,2	14,2	8,2	17,8	0,7	4,3	100,0
Chirurgie	18,8	37,9	13,8	8,6	16,5	1,1	3,3	100,0
Maternité-Obstétrique	16,7	47,2	13,9	7,5	10,5	2,9	1,1	100,0
Réanimation/Soins Intensifs	13,2	38,5	13,6	6,0	20,4	1,7	6,7	100,0
SSPI	11,1	35,3	3,2	20,3	28,4	0,8	1,0	100,0
Bloc Opératoire	21,3	22,3	2,7	29,1	19,8	3,6	1,2	100,0
Médico-Technique	11,7	53,2	2,8	11,8	17,4	1,1	2,0	100,0
Hémodialyse	20,5	16,9	1,5	18,4	40,4	0,2	2,1	100,0
Urgences	11,8	46,9	7,1	15,9	15,3	1,6	1,6	100,0
Psychiatrie	36,1	31,3	19,0	4,7	6,9	0,3	1,6	100,0
SSR	18,3	43,9	18,0	5,4	6,1	1,4	6,9	100,0
SLD	19,7	26,9	40,2	5,6	3,0	0,6	4,0	100,0
Consultations	10,0	71,9	2,1	5,6	5,6	2,8	2,0	100,0
EHPAD	22,4	29,7	37,7	4,7	2,9	0,5	2,1	100,0
Total	18,2	38,3	16,7	8,4	13,6	1,1	3,9	100,0

Les soins sur peau saine correspondent à la situation la plus observée en fonction de la discipline, sauf pour certains secteurs où elle vient en seconde position, après les injections et manipulation de dispositifs intra vasculaires (hémodialyse), pose de voie veineuse (bloc opératoire), change des patients (SLD et EHPAD) et manipulation de déchets, linge sale (psychiatrie).

TABLEAU 11 : Observance de l'hygiène des mains selon la discipline

Discipline	Avant et après soin		Avant soin		Après soin	
	N	%	N	%	N	%
Médecine	14 130	68,5	15 616	75,7	20 387	83,5
Chirurgie	10 000	68,6	10 890	74,7	15 045	83,8
Maternité-Obstétrique	2 275	71,1	2 601	81,3	3 043	79,1
Réanimation/Soins Intensifs	3 291	69,4	3 641	76,7	4 595	84,0
SSPI	817	55,2	1 024	69,1	1 164	69,9
Bloc Opératoire	795	48,5	1 068	65,2	1 242	59,7
Médico-Technique	1 654	60,3	1 963	71,6	2 373	76,5
Hémodialyse	1 185	70,4	1 450	86,1	1 691	79,8
Urgences	2 182	59,9	2 517	69,1	3 176	77,0
Psychiatrie	2 211	63,2	2 543	72,7	4 118	75,2
SSR	8 936	69,8	9 744	76,1	13 266	84,7
SLD	3 412	67,6	3 830	75,9	5 239	83,4
Consultations	343	46,6	436	59,2	555	67,8
EHPAD	3 485	70,3	3 799	76,6	5 476	85,7

Les meilleures observances (autour de 70%) avant et après soin sont observées en maternité – obstétrique, hémodialyse, EHPAD, SSR et réanimation. L'observance la plus faible est celle des secteurs de consultations (46,6%) et des blocs opératoires (48,5%). A noter qu'au bloc opératoire, l'observance est calculée sur les différents types d'hygiène des mains mais pas sur la désinfection chirurgicale (Cf. exclusions). **L'observance après soin est globalement meilleure que l'observance avant soin**, hormis en maternité – obstétrique, en bloc opératoire et hémodialyse.

TABLEAU 13 : Observance de l'hygiène des mains selon la catégorie de personnel

Catégorie de personnel	Avant <u>et</u> après soin		Avant soin		Après soin	
	N	%	N	%	N	%
Infirmière et IDE spécialisée	25 494	73,3	28 214	81,2	33 178	85,9
Médecin	4 654	47,0	5 507	55,6	6 722	67,2
Sage-Femme	765	77,4	872	88,2	868	83,4
Kinésithérapeute	2 552	64,4	2 828	71,4	3 253	81,4
Manipulateur radio	843	57,5	995	67,9	1 172	74,7
Aide-Soignante/ Auxiliaire puériculture	13 998	68,6	15 473	75,9	24 428	84,3
Agent Hospitalier	1 485	63,8	1 667	71,7	4 595	75,4
Ambulancier	18	17,3	24	23,1	48	41,7
Brancardier	322	37,0	386	44,4	550	55,0
Etudiant	4 121	71,2	4 596	79,4	5 857	83,5
Autre	464	57,6	560	69,5	699	71,8

L'observance la meilleure avant et après soin est observée chez les sages-femmes (77,4%), les IDE (73,3%) et les étudiants (71,2%). C'est chez les ambulanciers que l'observance est la plus faible (17,3%). Chez ces derniers l'observance est plus importante après soin (41,7%). Après soin, ce sont les IDE, les AS/AP, les étudiants et les sages-femmes qui sont les plus «observants».

TABLEAU 15 : Observance de l'hygiène des mains selon la situation de soins (situations 2 à 7)

Situation	Avant <u>et</u> après soin		Avant soin uniquement		Après soin uniquement		Absence d'HDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soins sur peau saine	22 417	58,9	3 116	8,2	6 882	18,1	5 638	14,8
Change de patient	12 018	72,6	1 035	6,2	2 554	15,4	955	5,8
Pose de voie veineuse périphérique ou sous-cutanée	6 616	79,4	743	8,9	551	6,6	427	5,1
Injection IV et toute manipulation d'un dispositif IV	9 965	73,9	1 258	9,3	1 378	10,2	882	6,5
Pose sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur	925	84,3	68	6,2	71	6,5	33	3,0
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires	2 775	72,4	186	4,9	616	16,1	255	6,7

Absence d'HdM = absence d'hygiène des mains.

On remarque que l'observance avant et après soin varie de 58,9% à 84,3% selon les situations. Mais on constate que dans 10% des observations d'injection IV et manipulation de dispositif IV et 6,6% des poses de VVP ou sous cutanée, l'hygiène des mains est réalisée uniquement après soin.

Quant à l'absence d'hygiène des mains, elle atteint 14,8% pour les soins sur peau saine et varie de 3 à 6,5% lors des gestes invasifs. Lors de la prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires de type contact, il y a absence d'hygiène des mains dans 6,7% des observations (N=255).

TABLEAU16 : Absence d'HDM selon la situation

Situation observée	Absence d'hygiène des mains AVANT		Absence d'hygiène des mains APRES	
	N	%	N	%
Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	-	-	3 448	19,1
Soins sur peau saine	-	-	8 754	23,0
Change de patient	-	-	1 990	12,0
Pose de voie veineuse périphérique ou sous-cutanée	978	11,7	-	-
Injection IV et toute manipulation d'un dispositif IV	2 260	16,8	-	-
Pose sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur	104	9,5	-	-
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires	-	-	441	11,5

Si l'on s'attache à analyser plus finement l'absence d'hygiène des mains, elle varie de 9,5 à 16,8% avant un geste invasif et de 11,5 à 23% après une situation à risque de transmission croisée.

Le GREPHH a également considéré le recours aux diverses méthodes employées pour l'hygiène des mains, montrant que l'emploi des solutons hydro-alcooliques, pourtant préconisé face aux autres techniques depuis 2001-2002, ne constitue pas encore le seul moyen d'emploi courant, à la fois en fonction des circonstances de soins considérées, et en fonction des personnels observés, selon leurs habitudes. Sur la base d'un classement selon le recours aux solutions hydro-alcooliques, au lavage simple des mains ou au lavage hygiénique, on observe les données suivantes :

TABLEAU 18 : Proportion globale des différents types d'hygiène des mains selon la discipline

Discipline	Friction hydro-alcoolique		Lavage simple		Lavage hygiénique	
	N	%	N	%	N	%
Médecine	27 852	77,3	7 288	20,2	890	2,5
Chirurgie	20 833	79,4	4 785	18,2	617	2,4
Maternité-Obstétrique	3 854	67,5	1 648	28,8	211	3,7
Réanimation/Soins Intensifs	5 786	70,6	2 040	24,9	372	4,5
SSPI	1 490	68,5	534	24,6	151	6,9
Bloc Opérateur	1 674	71,2	465	19,8	212	9,0
Médico-Technique	3 251	75,1	973	22,5	104	2,4
Hémodialyse	2 031	64,0	836	26,3	306	9,6
Urgences	3 537	62,7	1 913	33,9	187	3,3
Psychiatrie	4 211	61,0	2 549	36,9	148	2,1
SSR	18 097	77,8	4 819	20,7	342	1,5
SLD	7 367	80,5	1 679	18,3	110	1,2
Consultations	600	61,5	335	34,3	41	4,2
EHPAD	7 210	76,1	2 128	22,4	142	1,5

C'est dans les SLD, les services de chirurgie, les SSR et les services de médecine que les produits hydro-alcooliques sont les plus utilisés (77,3 à 80,5% des gestes d'HDM observés). Les SSPI, les blocs opératoires et les secteurs d'hémodialyse utilisent encore le lavage hygiénique des mains dans 6,9 à 9,6 % des gestes d'HDM observés.

TABLEAU 20 : Proportion globale des différents types d'hygiène des mains selon la catégorie de personnels

Catégorie de personnel	Friction hydro-alcoolique		Lavage simple		Lavage hygiénique	
	N	%	N	%	N	%
Infirmière et IDE spécialisée	45 628	75,2	12 610	20,8	2 453	4,0
Médecin	9 787	81,2	1 990	16,5	282	2,3
Sage-Femme	1 099	64,3	486	28,4	124	7,3
Kinésithérapeute	4 134	69,1	1 769	29,6	81	1,4
Manipulateur radio	1 763	81,8	360	16,7	31	1,4
Aide-Soignante/ Auxiliaire puériculture	30 314	73,5	10 380	25,2	522	1,3
Agent Hospitalier	4 989	71,2	1 909	27,3	107	1,5
Ambulancier	53	79,1	13	19,4	1	1,5
Brancardier	829	88,1	105	11,2	7	0,7
Etudiant	8 284	78,7	2 035	19,3	211	2,0
Autre	913	72,3	335	26,5	14	1,1

Brancardiers, manipulateurs en électroradiologie et médecins sont les catégories professionnelles chez lesquelles on observe la plus forte proportion d'utilisation de la friction hydro-alcoolique, (81,2 à 88,1% des observations). Dans 7,3% des observations, les sages-femmes utilisent encore le lavage hygiénique.

TABLEAU 21 : Proportion globale des différents types d'hygiène des mains selon la situation de soins

Situation	Friction hydro-alcoolique		Lavage simple		Lavage hygiénique	
	N	%	N	%	N	%
Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	12 311	65,9	6 008	32,2	363	1,9
Soins sur peau saine	41 710	77,2	11 634	21,5	680	1,3
Change de patient	20 223	74,5	6 574	24,2	347	1,3
Pose de voie veineuse périphérique ou sous-cutanée	10 582	75,5	2 534	18,1	902	6,4
Injection IV et toute manipulation d'un dispositif IV	17 087	77,8	3 913	17,8	949	4,3
Pose sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur	1 220	66,5	389	21,2	226	12,3
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires	4 660	78,1	940	15,8	366	6,1

Lors de la prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires de type «contact», la proportion d'utilisation de la friction hydro-alcoolique est de 78,1% ; mais un lavage simple est observé dans 15,8% des cas. Un lavage simple des mains est également observé lors de la pose d'une sonde urinaire à demeure ou lors d'un sondage évacuateur dans 21,2% des observations.

- CONFORMITE OBSERVANCE/PERTINENCE

Ce calcul s'effectue en rapportant le nombre de situations conformes au nombre de situations observées

TABLEAU 26 : Conformité observance/pertinence selon la catégorie de personnel

Catégorie de personnel	Avant et après soin		Avant soin		Après soin	
	N	%	N	%	N	%
Infirmière et IDE spécialisée	26 657	69,0	30 182	78,1	32 189	83,3
Médecin	4 689	46,9	5 629	56,3	6 577	65,8
Sage-Femme	716	68,8	845	81,2	843	81,0
Kinésithérapeute	2 563	64,1	2 896	72,5	3 160	79,1
Manipulateur radio	871	55,5	1 060	67,6	1 138	72,5
Aide-Soignante/ Auxiliaire puériculture	20 748	71,6	24 015	82,9	23 848	82,3
Agent Hospitalier	4 115	67,5	5 360	87,9	4 510	74,0
Ambulancier	21	18,3	32	27,8	46	40,0
Brancardier	393	39,3	517	51,7	541	54,1
Etudiant	4 939	70,4	5 696	81,2	5 732	81,7
Autre	566	58,2	711	73,1	689	70,8

Les catégories professionnelles chez lesquelles la conformité « avant et après soin » est la meilleure sont les AS/AP, les étudiants, les IDE, les sages-femmes. C'est chez les ambulanciers et les brancardiers qu'elle est la plus faible (18,3 et 39,3%).

TABLEAU 27 : Conformité observance/pertinence selon la situation de soins

Situation	Avant et après soin		Avant soin		Après soin	
	N	%	N	%	N	%
Manipulation des déchets, excréta et linges souillés	-	-	-	-	14 317	79,3
Soins sur peau saine	22 689	59,6	26 082	68,5	28 827	75,8
Change de patient	12 017	72,6	13 186	79,6	14 343	86,6
Pose de voie veineuse périphérique ou sous-cutanée	5 733	68,8	6 472	77,6	6 947	83,3
Injection IV et toute manipulation d'un dispositif IV	8 689	64,4	9 888	73,3	11 006	81,6
Pose sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur	769	70,1	850	77,5	953	86,9
Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires	2 385	62,2	2 899	75,7	2 880	75,2

Selon la situation de soins observée, la conformité avant et après soin varie de 59,6% pour les soins sur peau saine à 72,6% lors du change des patients.

- CONFORMITE DANS L'ENCHAINEMENT DES SOINS

Il s'agit du pourcentage de situations où il y a conformité de l'hygiène des mains entre deux soins, c'est-à-dire une conformité "après" le premier soin associée à une conformité "avant" le second soin. Cette conformité est évaluée dans le cas de non changement de chambre (qu'il y ait changement de patient ou non) (cf. Annexe 3)

L'hygiène des mains réalisée est conforme (observance et pertinence) dans 79,7% des cas lors de l'enchaînement des soins (9 612 / 12 064).

Les conclusions de ce travail insistent sur une pénétration réelle, mais seulement progressive et encore largement perfectible, de l'utilisation préférentielle des solutions hydro alcooliques, avec un recours privilégié globalement constaté dans 75 % des cas, mais une qualité d'observance et de pertinence plus discutables, avec un taux de concordance des modalités d'hygiène des mains, avant et après soins de seulement 67 % dans un ensemble de situation où la valeur normale attendue est de 100 %. « Des variations des taux d'observance et de conformité sont observables selon les catégories professionnelles ou les disciplines des services audités. La perception du risque pour le personnel reste un facteur plus important de conformité de l'hygiène des mains que la protection du patient. Des non-conformités ont pu être mises en évidence, notamment la non pertinence lors de la réalisation de gestes invasifs et de la prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires de type «contact».» observaient également les auteurs.

On voit donc que notre questionnaire de débrouillage, rappelons le, destiné à balayer un maximum d'aspects de la gestion de l'hygiène en établissement, à l'occasion d'une évaluation « minute » sans préparation méthodologique lourde et sans occasion pour les personnes observées de « biaiser » leurs réponses, donne des résultats qui sont assez proches de ceux retrouvés par des enquêtes beaucoup plus élaborées et longues à mettre en œuvre. L'ensemble de ces données montre, de plus, qu'il reste indispensable de maintenir un effort permanent de formation et d'actualisation des connaissances auprès de l'ensemble des personnels concernés, car même ceux qui sembleraient les mieux formés, montrent des insuffisances et des routines de comportements.

Si on souhaitait fusionner les données balayées par notre questionnaire, plutôt centrées sur les connaissances pratiques des personnels avec des données concernant davantage la politique de l'établissement face à la gestion du risque infectieux et, surtout, la perception et les attentes des

personnels sur cette question, on pourrait s'inspirer du questionnaire utilisé par l'ARLIN des Pays de Loire lors de son enquête au sein des EHPAD de cette région en 2010 :



A.R.L.I.N.
Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales des Pays de la Loire

Hygiène et Gestion du risque infectieux
Etat des lieux et attentes des EHPAD des Pays de la Loire – Avril 2010

Enquête réalisée par l'ARLIN Pays de la Loire

Ce questionnaire a pour objectifs de mieux vous connaître et de mieux cerner vos attentes en matière d'hygiène et de gestion du risque infectieux. Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques minutes pour le remplir et le retourner par courrier à l'adresse suivante : ARLIN Pays de la Loire, Le Tourville CHU de Nantes, 4^{ème} étage - 5 rue Pr Boquien – 44093 NANTES

Personne ayant rempli le questionnaire

Nom :
 Fonction :

Coordonnées de l'établissement

Nom de l'établissement :
 Adresse :

Caractéristiques de l'établissement

- Capacité d'hébergement [][] places (uniquement pour la partie EHPAD)
- Nombre de chambre individuel [][][]
- Type de population accueillie (approximativement si les données disponibles) GIR moyen [][]
 % de patients GIR 1 ou 2 [][] % de patients GIR 3 ou 4 [][] % de patients GIR 5 ou 6 [][]
- Statut public privé lucratif privé associatif autre, précisez :
- Etes-vous rattaché à un hôpital ? oui non
 si oui, à quel établissement :
 pour quelles actions ? plan bleu (pandémie grippale, canicule)
 autres domaines, précisez :
- Etes-vous rattaché à un réseau d'hygiène ? oui non
 si oui, lequel :
- Personnel salarié de l'établissement: noter le nombre de personnes
 infirmières DE [][] aides soignantes DE [][] agents de service [][]
 médecins [][] autres [][], précisez :

Personne référente pour l'établissement

- Un médecin coordonnateur a-t-il été désigné ? oui non
 si oui, précisez : nom :
 tel :
 adresse e-mail :
- Pouvez-vous désigner une personne référente pour votre établissement dans le domaine de l'hygiène ou de la gestion du risque infectieux (il s'agit de la personne qui sera notre interlocuteur privilégié pour la diffusion d'informations : recommandations, groupe de travail, enquêtes, avis de réunions, ...)?
 Nom : Fonction :
 Tel : Adresse e-mail :

Tournez la page SVP 

Pour toute question sur le remplissage de ce questionnaire, vous pouvez contacter l'équipe de l'ARLIN (coordonnées sur courrier joint)

1/2

Gestion du risque infectieux

1. Avez-vous un plan de formation en hygiène pour le personnel de l'établissement ? oui non
 si oui, Quels sont les personnels concernés ?

 Quels sont les sujets abordés ?

2. Type de soins invasifs réalisés:

- pose de perfusions intra-veineuses oui non
- pose de perfusions sous-cutanées oui non
- injections sur cathéter veineux centraux oui non
- soins d'escarres, d'ulcères ... oui non
- pose de sondes urinaires oui non

3. De quels équipements disposez-vous pour l'hygiène des mains dans votre établissement ?

- savon liquide oui non
- savon en pain oui non
- solution hydro-alcoolique (produit sans rinçage) oui non
- essuie-mains à usage unique oui non
- essuie-mains en tissu oui non

4. Disposez-vous de documents écrits concernant les sujets suivants ?

- hygiène des mains oui non
- hygiène bucco-dentaire oui non
- toilette des résidents oui non
- entretien des chambres des résidents oui non
- prise en charge d'un résident présentant une diarrhée oui non
- prise en charge d'un résident présentant une infection respiratoire aiguë oui non
- prise en charge d'un résident présentant la grippe oui non

5. Disposez-vous d'un document écrit sur la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang pour le personnel ? oui non

6. Une vaccination contre la grippe est-elle systématiquement proposée à l'ensemble du personnel tous les ans ?
 oui non

7. Existe-t-il une politique de vaccination institutionnelle pour les résidents ? oui non
 si oui, quels vaccins ?

8. Avez-vous déjà été confronté à une situation épidémique ou des cas groupés d'infections (gastro-entérites, grippe, infections respiratoires, gale, ...) ? oui non
 si oui, Précisez quelle(s) année(s) et pour quelle(s) pathologie(s) ?

 Avez-vous fait appel à une structure extérieure pour vous aider dans la gestion de ces épisodes ?

Vos attentes

1. Quelles sont vos attentes dans le domaine de l'hygiène et la gestion du risque infectieux ?

- conseils sur le choix et l'utilisation des produits d'hygiène ou d'entretien oui non
- conseils sur les soins aux résidents (toilette, ...) oui non
- conseils sur les pratiques de ménage oui non
- rédaction de protocoles ou fiches techniques oui non
- formation du personnel oui non
- aide à la gestion d'épisodes épidémiques ou de cas groupés d'infections oui non
- recherche documentaire oui non
- autres, précisez : oui non

Quels sont les 3 thèmes que vous souhaiteriez voir abordés en priorité ?
 1 :
 2 :
 3 :

Seriez-vous intéressé de participer à un groupe de travail dans ce domaine ? oui non

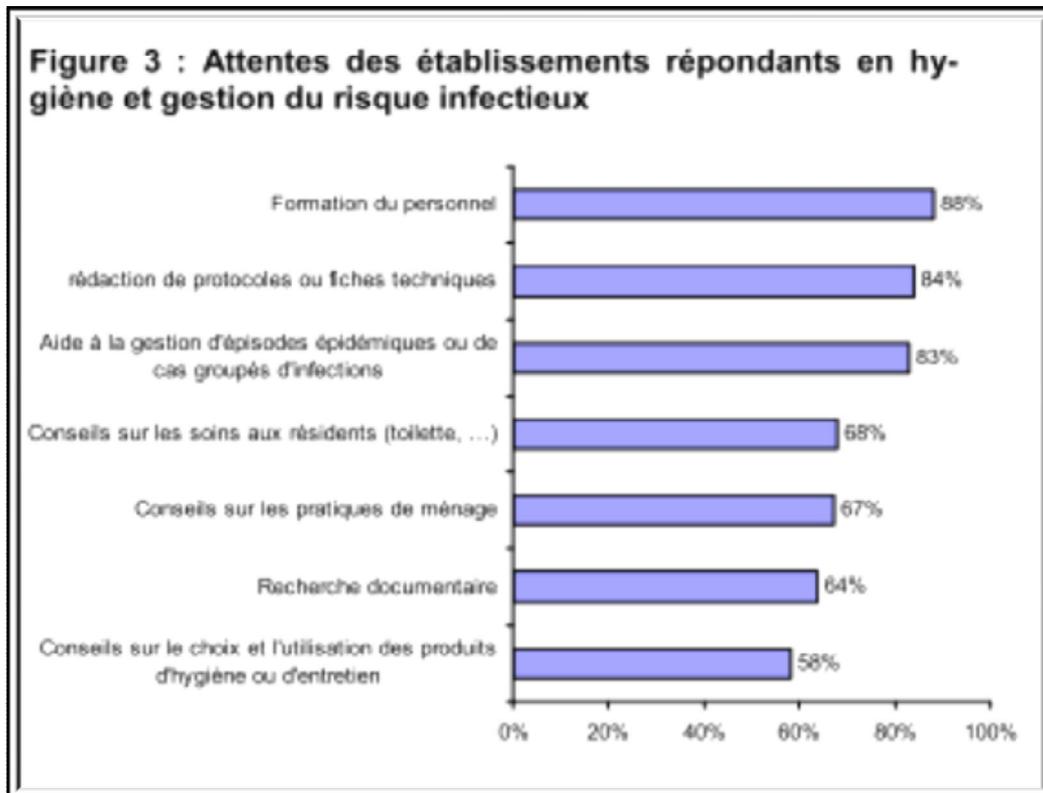
Remarques.....

Pour toute question sur le remplissage de ce questionnaire, vous pouvez contacter l'équipe de l'ARLIN (coordonnées sur courrier joint)
 2/2

Et on rappellera les résultats obtenus par ce questionnaire en ce qui concerne les besoins exprimés par les personnels en termes de formation et d'encadrement :

« Les attentes principales des Ehpads concernaient principalement la formation du personnel (88%), la rédaction de fiches techniques ou de protocoles (84%) et l'aide à la gestion d'épisodes

épidémiques (83%) (figure 3). 67% des Ehpads (n=97) seraient prêts à participer à un groupe de travail dont les thèmes prioritaires seraient la rédaction de protocoles, l'aide à la gestion d'épisodes épidémiques et la formation du personnel. »



« Certaines actions prioritaires peuvent d'emblée être proposées :

– Une aide à la gestion des épidémies : un groupe de travail régional, piloté par la Cire des Pays de la

Loire s'est attaché à élaborer un certain nombre d'outils d'aide à la détection et à la gestion des

épidémies d'infections respiratoires aiguës et de gastro-entérites qui sont les plus fréquentes dans

ces établissements (cf article de ce bulletin);

– Des protocoles existants déjà dans les établissements de santé peuvent être adaptés et mis à la disposition des Ehpads en particulier dans les domaines suivants :

- L'hygiène des mains
- Les précautions standard
- Les précautions complémentaires

– La préparation d'un protocole sur l'hygiène bucco-dentaire par un groupe de travail avec les professionnels des Ehpads;

– La mise en place d'action de formation avec l'aide des réseaux d'hygiène ligériens. »

CHAPITRE 3 : DEROULEMENT TYPE D'UN PLAN DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION A LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

1^{ère} étape : sensibiliser l'équipe directoriale

La mise en œuvre d'un programme de sensibilisation et de formation au sein de l'établissement nécessite le dégagement de moyens financiers, en temps disponible pour les personnels, en locaux, en supports matériels. De plus, il faut que l'encadrement des professionnels perçoive l'intérêt pour tous de ce travail de formation, en termes de plus grande efficacité, de plus grande sécurité et d'amélioration du confort de travail des uns et des autres.

Il faut donc commencer par montrer ces dimensions à la Direction pour l'intéresser à la démarche et pouvoir lui exposer les moyens nécessaires.

Rencontre avec la Direction

Soit de façon volontaire, soit encore plus à la suite de la survenue dans l'établissement d'un événement infectieux ayant posé des problèmes de gestion et d'organisation, il faut présenter à la direction un argumentaire sur l'intérêt et la nécessité d'entreprendre une formation spécifique à la gestion du risque infectieux, en se basant sur les arguments suivants :

- a- L'obligation de formuler une évaluation interne spécifique à la question du risque infectieux dans le cadre de l'évaluation interne quinquennale préliminaire obligatoire au renouvellement de la convention tripartite. La lourdeur du travail spécifique de ce DARI, à côté d'autres démarches elles aussi lourdes, oblige à envisager une préparation en amont suffisamment précoce pour ne pas être désorganisé ;
- b- L'obligation de considérer l'optimisation de la prévention du risque infectieux et celle de la gestion des épisodes infectieux déclarés et des situations épidémiques, parmi les éléments du projet de soins de l'établissement qui amèneront à définir des cibles d'amélioration, des indicateurs de suivi, appelés à être vérifiés par les organismes de contrôle et de certification ;
- c- Les niveaux de formation des personnels sur cette question, qui sont disparates au sein d'une même profession d'une part, d'une profession à l'autre également, en dépit des cursus de formation suivis. S'appuyer pour argumenter ces aspects sur les enquêtes réalisées par plusieurs CCLIN au sujet des connaissances des personnels d'EHPAD. Proposer de répéter cette expérience au sein de l'établissement, au moyen du questionnaire de sensibilisation pour évaluer localement l'importance de ces disparités de formation.
- d- Faire valoir aussi les problèmes apportés par le turn over des personnels, qui vient perturber la culture d'équipe, la diffusion des informations entre personnes, remettre en cause le travail de formation effectué au sein de l'établissement en faisant cohabiter des personnels formés et d'autres qui n'ont pas reçu cette même formation interne.
- e- Profiter de cette notion aussi pour revoir ce qui a déjà été entrepris, ou non, comme programme de formation annuel auprès des personnels : qui, à quelle époque, avec quelle répartition selon les groupes professionnels de l'établissement, par quels moyens (internes ou externes). Les effets de ces formations ont-ils été évalués à la suite, sur quelles données et avec quelles recommandations ?
- f- En évaluant aussi, éventuellement, les problèmes manifestés à travers certains indicateurs de fonctionnement : volumes d'utilisation de gels hydro-alcooliques et d'autres fournitures rentrant dans le cadre des règles de prévention infectieuse standards et complémentaires (masques, gants à usage unique, casques), si l'analyse de ces indicateurs révèle des tendances inappropriées.

- g- Représenter enfin les problèmes de coût engagés par une épidémie en établissement, rapidement majeurs pour le budget de l'établissement, sans compter les dimensions administratives complexes et le déficit d'image. S'appuyer sur l'enquête de coût de gestion d'une épidémie de gale en EHPAD rapportée lors d'une assemblée de CCLIN.

A partir de ce constat, proposer un plan d'action pour lequel on va définir :

- a- Qui bénéficiera de la formation au sein du personnel : nombre total de personnes concernées au cours de l'année, par rapport au nombre total des personnels. Répartition de ces candidats entre les différents métiers représentés au sein de l'établissement, en faisant valoir que ces formations doivent absolument concerner, en plus des soignants, des personnels d'hôtellerie, de cuisine, d'entretien des locaux, pour que la culture de l'hygiène soit la mieux partagée possible.
- b- Comment envisager ces formations ? En faisant appel à des formations externes (CCLIN, ARLIN, Centre Hospitalier de proximité avec des équipes adéquates) si cela est techniquement possible et offre des moyens adaptés aux besoins, avec une cohésion avec les moyens financiers et organisationnels de l'établissement. Sinon, en proposant les modalités d'une formation interne à l'établissement, ces moyens internes étant éventuellement appelés à constituer la première étape, préparatoire, d'une formation plus approfondie assurée en externe dans un deuxième temps.
- c- Si cette hypothèse de formation interne est retenue, on va en présenter les grandes lignes d'organisation proposées :
 - i. Phase initiale de sensibilisation d'un maximum de membres du personnel, à la question de l'hygiène, de la prévention du risque infectieux et de l'attitude à avoir en cas de crise épidémique déclarée, destinée à attirer l'attention sur les insuffisances, à permettre la manifestation des attentes et des besoins non exprimés. Cette sensibilisation doit être conduite en s'appuyant sur les référents professionnels présents afin de permettre une meilleure diffusion du questionnaire, d'aider à l'explication de l'enquête pour en enlever toute dimension de jugement de valeur professionnelle, d'impliquer les cadres pour le travail ultérieur de formation. Au besoin, cette démarche pourra être l'occasion de mettre en place plusieurs référents au sein des divers métiers représentés, sur la base du volontariat, moyen d'impliquer davantage les personnes et de contribuer à la valorisation de la démarche à leurs yeux.
 - ii. Cette sensibilisation initiale va employer le questionnaire défini auparavant, avec la différence qu'on va en personnaliser les résultats, pour pouvoir identifier les besoins, les attentes et les insuffisances manifestées par chaque personne, préalable nécessaire à un retour d'information positif et utile pour chaque personne questionnée. Dans le même but, le questionnaire comportera quelques questions supplémentaires portant sur les formations déjà suivies, ou non, par la personne, dans ce domaine, sur les besoins ressentis, les questions restées en suspens.
 - iii. Proposition d'une liste de personnes appelées à suivre cette formation de façon prioritaire, ainsi que des référents qui vont accompagner la démarche, à l'issue du dépouillement des réponses à ce questionnaire. Ces personnes vont être conviées à une réunion de présentation de la formation, occasion de présenter les enjeux et de motiver les personnels, et qui fera intervenir aussi les cadres et les référents. Elle sera aussi le moment de définir le calendrier des formations, les personnes conviées à chaque séance.

2^{ème} étape : sensibiliser les cadres et les référents

Rencontre avec les cadres :

Comme on l'a évoqué plus haut, la formation va impliquer dès l'origine les cadres des diverses équipes et des référents chargés d'assurer les liaisons et d'en faire ressortir le caractère valorisant. On va donc leur proposer une organisation pratique de cette formation. Pour tenir compte des obligations d'organisation du travail et de la nécessité de regrouper des professionnels de métiers différents, aux obligations horaires différentes, on propose des séances de formation de durée courte entre 15 et 30 minutes au maximum, et qui vont réunir à chaque fois un groupe de 8 à 10 personnes au maximum, ces chiffres ayant été démontrés par le passé comme correspondant aux meilleures conditions de réalisation des échanges et de mise en œuvre une inter activité. Chaque séance sera répétée plusieurs fois, avec le même thème, de façon à ce que le maximum de membres du personnel suive une progression parallèle dans leur formation. Chaque séance sera centrée sur une notion précise, de façon à simplifier le message et sa réception et en réservant une partie du temps de la séance à des échanges autour de l'expérience pratique des participants.

On peut proposer l'articulation suivante pour les séances avec un ordre chronologique consécutif :

1° Séances traitant des données fondamentales concernant l'hygiène et le risque infectieux :

- a. Pourquoi existe-t-il un risque infectieux en milieu d'EHPAD ? Quels en sont les vecteurs ? Quelles différences pour la prévention avec le domicile des personnes âgées et avec le milieu hospitalier ? Le résident âgé : un candidat particulièrement exposé.
- b. Comment le personnel est impliqué dans le risque de transmission ? Quelles conséquences potentielles pour les résidents, mais aussi pour les personnels eux-mêmes et pour les entourages familiaux. Comprendre pour agir et ne pas appréhender.
- c. Quels sont les germes susceptibles de transmettre des infections et par quelles voies : bactéries, virus, prion, champignons, parasites.

2° Séances traitant des moyens fondamentaux à mettre en œuvre dans le travail quotidien :

- a. Des règles simples, à appliquer systématiquement au cours du travail quotidien, et dans tous les métiers représentés dans l'établissement, et qui sont en contact régulier avec les résidents : lavage des mains antiseptique ; friction hygiénique des mains ; emploi des gants à usage unique.
- b. Des règles complémentaires à appliquer en plus dès que certaines circonstances particulières sont signalées. Modalités d'équipements à mettre en œuvre. Qui doit signaler l'existence d'une circonstance particulière chez un résident ? Quelle chaîne de transmission des informations et des décisions ? Quels responsables ? Gestion des stocks de fournitures spécifiques ? Lieux de mise à disposition de ces équipements ?

Pour documenter ces séances et leur donner une dimension la plus pratique possible, on peut s'aider des supports pédagogiques disponibles sur les sites des CCLIN, notamment en ce qui concerne les précautions standard et les précautions complémentaires, également du programme de formation interne en établissement élaboré par le CCLIN Sud Est sous la dénomination de programme Stop Risk. Le but est de mettre à disposition des personnels des « reminders » parlants et synthétiques, au niveau des salles de soins, dans les dossiers de soins et de transmissions.

On pourra également tirer profit des clips vidéos tournés en milieu d'EHPAD, et donc parlants directement aux personnels, consultables et téléchargeables sur le site du CCLIN SUD OUEST à l'adresse suivante : http://www.cclin-sudouest.com/pages/info_film_11_prevention.html.

En cherchant plus directement à éveiller l'intérêt des cadres soignants et administratifs à ces questions dans la perspective de politique générale de l'établissement, on peut aussi conseiller d'employer l'audit proposé par le CCLIN Sud Est dans le cadre de l'outil « Kit Hygiène des Mains en EHPAD » (http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/EHPAD/EHPAD_hygiene_mains.html) :

Développement de la politique Hygiène des mains en EHPAD

1- Politique de l'EHPAD

Le thème de l'hygiène des mains est inscrit dans le projet d'établissement de l'EHPAD Oui Non

L'établissement s'engage à la mise en place des 10 engagements décrits dans la « charte » Oui Non

Les produits hydro- alcooliques sont mis à disposition

<input type="checkbox"/> des professionnels	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> des résidents	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> des visiteurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

2- Disponibilité des produits

Pour le lavage des mains, le point d'eau est impérativement équipé avec :

<input type="checkbox"/> un distributeur avec savon liquide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> un distributeur avec papier à usage unique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> une poubelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Le point d'eau doit être présent dans :

<input type="checkbox"/> tous les lieux de soins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> l'office alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> les vestiaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> les sanitaires collectifs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Pour la désinfection des mains par friction

Les produits hydro- alcooliques sont disponibles dans :

<input type="checkbox"/> les lieux communs (salle à manger, salle de loisir)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tous les lieux de soins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sur les chariots de soins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> la lingerie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> le local déchets	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Les conditionnements disponibles sur l'établissement :

<input type="checkbox"/> flacon de poche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> flacon pompe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distributeur mural	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Il est rappelé que l'établissement doit fournir des produits en conditionnements unitaires et non remplissables.

3- Information-Formation

- L'hygiène des mains est une priorité de formation dans votre établissement Oui Non
- Un protocole « lavage des mains au savon doux » existe Oui Non
- Un protocole d'utilisation des PHA et de réalisation de la friction existent Oui Non
- Ces protocoles sont accessibles par les utilisateurs (classeur, intranet) Oui Non
- Une information sur l'utilisation du produit est en place pour les résidents et visiteurs Oui Non

4- Evaluation

- Une évaluation des pratiques d'hygiène des mains des soignants :
- a été réalisée Oui Non
 - est programmé Oui Non
- Un suivi de la consommation des produits hydro- alcooliques est effectué au moins une fois par an Oui Non

5- Communication des résultats

- les résultats des audits de pratiques sont rendus aux professionnels Oui Non
- les résultats sont utilisés pour le réajustement de la politique qualité Oui Non

- c. On peut concevoir d'effectuer une synthèse de l'ensemble de ces séances des périodes 1 et 2 après avoir laissé un temps d'application des principes dans le travail quotidien, à l'occasion d'une séance un peu plus longue que les autres et au cours de laquelle on demandera un retour d'expérience, une analyse des difficultés rencontrées, des problèmes de coordination éventuels entre professionnels de domaines différents et qui pourrait être aussi l'occasion d'employer en commentaire une vidéo explicative tirée des bases pédagogiques des CCLIN, pour illustrer la discussion.

3° Séances concernant les situations épidémiques en établissement :

Ces séances sont surtout destinées à permettre aux équipes de mieux dépister et plus précocement une situation épidémique émergente, de la signaler dès les premiers doutes. Elles doivent aussi les familiariser avec l'organigramme de signalement et l'arbre décisionnel qui en découle, leur permettre d'identifier les responsables à qui se référer, à l'intérieur de l'établissement et parmi les correspondants extérieurs.

Le but est de permettre à chacun de maîtriser la situation, en connaissant bien sa place, son niveau de responsabilité et les fonctions à remplir, pour ne pas être envahi par un sentiment d'inquiétude et de risque personnel, qui inhiberait toute réponse adaptée.

- a- Séance de présentation générale des diverses situations épidémiques qu'on peut rencontrer le plus fréquemment en établissement :
- ◆ Gastro entérites infectieuses

- ◆ Toxi infections alimentaires aiguës (TIAC)
- ◆ Gripes
- ◆ Syndromes infectieux respiratoires aigus, des voies aériennes hautes ou basses
- ◆ Gales
- ◆ Tuberculoses

Evoquer à cette occasion les mécanismes principaux par lesquels des germes se transmettent d'une personne à l'autre, la rapidité avec laquelle cette transmission peut favoriser la diffusion de l'épidémie, les conséquences sur la santé des résidents. Ces notions seront développées surtout pour montrer le rôle fondamental joué par le respect par chacun des mesures de prévention dans la stabilisation rapide de la situation.

Montrer aussi les conséquences pratiques de la survenue d'une épidémie en établissement sur la désorganisation des services, les hospitalisations, les réductions d'accès des familles, les coûts induits préjudiciables à d'autres financements.

- b- Quels signes doivent attirer l'attention d'un membre du personnel sur la possibilité d'installation d'une situation épidémique ? Qui faut-il avertir de ces observations ? Comment mettre en place une alerte de vigilance accrue auprès des résidents pour lesquels existe un doute non confirmé ? Comment signaler à l'ensemble du personnel les résidents présentant un épisode infectieux ? En cas de doute sur une épidémie émergente, quelles sont les mesures de prévention à respecter aussitôt ? Qui doit les préconiser ? Qui doit en surveiller la mise en œuvre ? Quels moyens de signalisation et de diffusion à l'ensemble des personnes concernées ? On pourra s'aider avec profit des informations et des conseils rassemblés dans un intéressant document de synthèse : « Guide de bonnes pratiques lors de situations épidémiques ou lors de la découverte d'un germe à caractère particulier » (Edition 1 – mai 2010 – L. BARBIER, Infirmière hygiéniste – Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers-<http://www.cclin-est.org>)
- c- Séance pour la présentation des matériels informatifs qui vont accompagner la gestion d'un épisode épidémique tout au long de son déroulement : moyens de signalement à l'entrée des chambres concernées, affichettes reprenant au niveau des lieux de soins les règles et équipements à respecter pour les contacts avec les résidents, documents analogues au sein des fiches de transmission, listes des contacts responsables de la gestion de l'épisode, avec leurs coordonnées téléphoniques, la hiérarchie de leur sollicitation l'indication de leurs rôles respectifs et de qui a déjà été contacté et à quelle date.
- d- Séance spécifique à la question des bactéries multi-résistantes. Faire bien ressortir dans cette séance la situation particulière avec des résidents qui peuvent être porteurs de ces germes sans en être malades, qui peuvent souvent les rapatrier du milieu hospitalier, à la suite d'une hospitalisation pour toute autre raison,

3^{ème} étape : Les supports d'un programme de formation interne

Plusieurs enquêtes ont cherché à identifier les besoins en formation considérés comme prioritaires par les personnels au sein des établissements de soins. Ainsi, l'enquête de 2010 de l'ARLIN des Pays de Loire, menée au niveau de 389 établissements des départements de Loire Atlantique, du Maine et Loire, de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée, avec un taux de réponse de 114 EHPAD, portait sur les attentes perçues de ces établissements en matière d'hygiène et de gestion du risque infectieux. Les réponses ont montré que les attentes principales portaient sur la qualité et les modalités de formation du personnel pour 88 % d'entre eux, le souhait de disposer de fiches techniques sur ces questions, ou de protocoles pour 84 % d'entre eux, enfin le besoin de disposer d'une aide technique de terrain dans la gestion des épisodes épidémiques, pour 83 %.

Pour leur part, les organismes spécialisés dans la lutte contre le risque infectieux, ont insisté depuis déjà de nombreuses années sur la priorité à donner à l'application des règles d'hygiène des mains et à celles des précautions standard, ainsi qu'à l'identification des différents niveaux définis de risque infectieux. Il a été en effet largement démontré que la mise en œuvre de ces diverses mesures permettait d'avoir une action réellement efficace sur la prévention de ce risque (Guide pour la Formation des nouveaux professionnels en établissements de soins – CCLIN SUD OUEST ; Société Française d'Hygiène Hospitalière – SFHH – Recommandations pour l'hygiène des mains – juin 2009, volume XVII n°3).

On est donc orienté sur les priorités à respecter au cours de ces processus de formation interne :

Quels supports de formation privilégier ?

LE SUPPORT VIDEO :

Madame Marie Bernadette ESTIFIER, enseignante formatrice à l'École de Sage Femmes de LIMOGES, rapporte que le support audio-visuel présente de nombreux avantages dans la conduite de la formation des personnels de santé (Mémoire pour le DIU de Pédagogie Médicale – Faculté de Médecine de POITIERS – TOURS – LIMOGES, année 2009-2010).

Il représente un moyen de choix pour obtenir une pédagogie active, créer un outil de « médiation entre l'apprenant et le savoir ».

De plus, l'association de l'audio et du visuel contribue à améliorer la capacité de mémorisation : on passe d'un taux de mémorisation des informations efficace de 10 à 10 % avec l'emploi d'un support de lecture, à un taux de 40 à 50 % avec l'emploi combiné de la parole et de la vue.

Quand le sujet de formation concerne une technique mettant en jeu des gestes techniques bien définis, avec un déroulement précis, qu'il faut donc reproduire à l'identique, le support filmé s'avère très supérieur pour une bonne information, permettant d'analyser la séquence de mouvements, avec finesse, avec des arrêts sur image.

R. MUCCHIELLI (MUCCHIELLI R. – Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes – ESF 1994 :78) souligne le fait que les techniques audio-visuelles constituent de fait « un excitant de motivation extrinsèque », permettent d'accélérer la formation d'un concept, conduisent à des mécanismes de conceptualisation insolites et nouveaux.

Mais si ces moyens de communication constituent un réel atout de construction cognitive, en même temps, ils modifient profondément la relation pédagogique entre le formateur et l'apprenant.

Par ailleurs, comme tout autre mécanisme de formation, sa qualité finale sur le niveau de ses retombées pédagogiques reste dépendante de la motivation initiale des personnes à s'engager dans ce processus d'apprentissage. De la sorte, il va falloir souvent créer au départ cette motivation à travers des actions de sensibilisation préalables.

En résumé, les avantages présentés par le support audio-visuel sont les suivants :

- Augmenter l'efficacité et l'efficience de l'apprentissage, c'est-à-dire le niveau et la qualité des informations acquises par les apprenants, l'adéquation de celles-ci avec les besoins pratiques de ceux-ci, le retour obtenu en termes de qualité et d'efficacité du travail quotidien effectué à la suite de cette formation.
- Donner un caractère plus attractif à l'organisation matériel et au contenu de cette formation.
- Stimuler la motivation à se former.
- Favoriser la mise en place d'un travail en collaboration, à la fois entre les apprenants et entre ceux-ci et le formateur.
- Mettre à disposition des salariés de l'établissement un matériel pédagogique facilement et rapidement consultable, à l'occasion des révisions des données acquises.
- Encourager la prise d'autonomie et l'habitude d'une démarche d'auto-évaluation.

Les supports audio-visuels qui peuvent être ainsi ciblés, concernent plusieurs aspects de la pédagogie du risque infectieux :

- **Supports concernant les techniques de l'hygiène des mains et les précautions standards à observer dans la pratique courante :**

- **Film « HYGIENE AU QUOTIDIEN ; SOINS AUX PERSONNES AGEES »**
- **Film « LES SOLUTIONS HYDRO ALCOOLIQUES »**

Les cibles pédagogiques recherchées à travers ces deux supports sont les suivantes, selon Mme Marie Bernadette ETIFIER, citée plus haut : aider à l'acquisition d'une compétence propre à permettre de « préparer un soi, de le réaliser et de ranger le matériel dans le respect des règles d'hygiène et d'asepsie », et se déclinent dans les objectifs suivants :

Comprendre les raisons de la prévention des infections manuportées ;

Effectuer les différents traitements des mains, requis lors d'une activité de soins ;

Connaître les actions respectives du savon doux, du savon antiseptique et des solutions hydro alcooliques.

Film « HYGIENE DES MAINS : SOINS AUX PERSONNES AGEES »

Ce film est réalisé par l'Unité d'Hygiène Hospitalière et le Service de Gériatrie du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine Communautaire du CHU de GRENOBLE, sous la responsabilité du Docteur Marie Reine MALLARET et du Professeur Alain FRANCO.

Durée : 15 minutes.

Il décrit pas à pas les différents moyens de lutter contre les contaminations croisées ;

Il enseigne par l'image l'organisation à mettre en place pour rendre plus aisées les précautions quotidiennes nécessaires au cours des soins courants.

Il s'adresse comme un support de formation à l'intention du personnel de soins des Services de Gériatrie, des Centres de Long Séjour et des EHPAD.

Argumentaire pédagogique : « La mise en place d'une politique d'hygiène de base passe par des points clés : * mise en place des éléments matériels et architecturaux nécessaires aux bonnes pratiques d'hygiène ; * mise en place des moyens de formation du personnel ; * réalisation d'évaluations périodiques afin de maintenir au mieux la vigilance de chacun. »

Message clé : « L'application des mesures d'hygiène de base assure la prévention de la transmission des micro-organismes et protège à la fois le patient (le résidant) et le personnel de la diffusion des bactéries multi-résistantes. »

Thèmes abordés :

- La tenue du personnel.
- Le lavage des mains.
- La désinfection des mains.
- La toilette.
- Les soins de bouche et le rasage.
- La désinfection de l'environnement.

Film « LES SOLUTIONS HYDRO ALCOOLIQUES »

Ce film est réalisé par le CCLIN PARIS NORD, antenne de PICARDIE, sous la responsabilité d'un groupe de travail régional en 2007, avec Z. KADI et J.D. ROUTIER – Médecine Interne, aile 3 SUD – CHU AMIENS – Nosopicard 2007.

Thèmes abordés :

- Présentation du produit hydro alcoolique.
- Démonstration de l'efficacité des solutions hydro alcooliques avec les tests bactériologiques.
- L'intérêt de l'utilisation des solutions hydro alcooliques.
- Les recommandations d'emploi.
- Leur mode d'emploi ; la technique à six phases d'application.

Concernant ce thème fondamental de l'hygiène des mains, on soulignera aussi que le travail de sensibilisation évoqué plus haut, ainsi que l'entraînement aux révisions des données et aux auto-évaluations pourra être aidé par l'accès au site Internet suivant :

<http://www.hygienedesmains.fr>

Celui – ci permettra aux personnels de réviser leurs connaissances à tout moment, grâce à un support animé clair et didactique, à leur rythme et selon leurs besoins.

A signaler aussi une vidéo de sensibilisation anglo-saxonne, dont l'humour peut être un bon vecteur d'opérations de sensibilisation :

http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=j327Ijfdivg

ou une sensibilisation en musique faite par les grands promoteurs de l'hygiène des mains que sont les équipes des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) :

http://www.hug-ge.ch/actualite/videos_infos_generales.html

De nombreux autres films, de qualité variable, peuvent être aisément trouvés sur YOUTUBE autour de ce thème de l'hygiène des mains, beaucoup plutôt avec une orientation de sensibilisation, qui pourra être intéressante à exploiter notamment auprès des familles et des intervenants extérieures de l'établissement.

➤ Ateliers STOPRISK

Si on considère une formation à l'hygiène plus large, associant à la fois l'hygiène des mains et les précautions standard, on peut également signaler l'existence du programme **STOPRISK**, développé par le CCLIN SUD EST (<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/stoprisk/index.html>). Il propose un partenariat actif entre les structures du CCLIN et l'équipe chargée de mener la formation dans l'établissement, tout en laissant cette dernière être entièrement mettre d'œuvre de la démarche et de l'utilisation des outils proposés dans le cadre des ateliers. Il est possible de consulter sur le site Internet les divers instruments mis à disposition (affichettes de sensibilisation et de rappels ; diaporama explicatif ; plateaux de jeu interactifs ; quizz thématiques) ainsi que les moyens de réaliser l'auto évaluation de suivi des résultats obtenus par cette formation. Afin de permettre au Médecin Coordinateur de l'établissement d'évaluer dans quelle mesure ces outils sont adaptés aux attentes de l'EHPAD et aux habitudes pédagogiques qui y règnent, il lui est possible de télécharger la majeure partie de ces documents, ce qui lui permettra aussi de les montrer aux équipes soignantes, à sa Direction, pour négocier la mise en œuvre de ce programme.

Citations du site de présentation STOPRISK :

Les outils opérationnels

4. Quelles ressources sont proposées par le CCLIN Sud-Est ?

Pour favoriser la formation et l'information des professionnels sur les précautions standard, le CCLIN Sud-Est propose aux établissements de santé de l'inter-région Sud-Est ainsi qu'aux EHPAD et aux Instituts de Formation, de prendre l'initiative de mettre en place des actions de promotion des précautions standard à partir du 1^{er} avril 2009. Pour cela, il met à disposition des établissements volontaires un guide méthodologique, ainsi que des outils de communication, pédagogiques et d'évaluation pour faciliter ces actions.

Cette démarche qui rentre dans un réel programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sera **proposée jusqu'en 2012** ; les établissements de santé pourront donc l'initier en fonction de leurs besoins et la répéter dans le temps.

Les outils permettent la mise en œuvre pratique de l'action. Affiches, affichettes et tracts ont été créés pour répondre aux besoins du plus grand nombre. Certains autres documents (diaporama, quizz, fiches techniques stand, jeux) sont téléchargeables sur les pages web spécifiques Stoprisk (à partir du site <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>) et modifiables afin d'être adaptés aux exigences et aux connaissances des équipes au sein des établissements. Les outils seront régulièrement réévalués et enrichis.

Les professionnels du CCLIN Sud-Est et des antennes régionales apporteront un soutien méthodologique aux établissements pour la mise en place de cette action par le biais de sessions d'information le cas échéant.

Le déroulement de la formation

5. Comment mettre en place le programme dans votre établissement ?

Le CLIN et l'EOH sont porteurs du projet.

5.1 Reconnaissance du projet comme priorité institutionnelle par la direction et par l'encadrement

- le directeur d'établissement et le directeur des soins sont des éléments moteurs de la démarche au sein de l'établissement
- le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou commission médicale et les responsables de pôles assurent le relais indispensable auprès du corps médical

5.2 Présentation du projet

Une fois reconnu et accepté comme une priorité institutionnelle, le projet doit être présenté aux différentes instances :

- Conseil d'administration ou instance équivalente
- Commission Médicale d'Etablissement ou commission médicale
- Direction des soins (CSIRMT)
- Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT)

ainsi qu'à l'équipe des cadres de santé.

La présentation doit s'appuyer sur l'épidémiologie locale :

- niveau d'incidence et de prévalence des infections nosocomiales dans l'établissement,
- taux d'attaque des germes résistants,
- comparaison de ces chiffres avec ceux de la littérature pour situer l'établissement,
- taux d'AES, consommation des matériels de sécurité,
- consommation des produits hydro alcooliques (PHA) comparée aux objectifs fixés,
- consommation des équipements de protection individuelle (EPI),
- résultats d'audit.

La présentation précisera les objectifs du programme, les ressources opérationnelles déjà disponibles et celles à mobiliser ainsi que le budget prévisionnel.

5.3 Phase initiale diagnostique

La mise en œuvre au sein de l'établissement, du programme Stoprisk nécessite quelques pré requis reposant sur :

- l'implication de tous les partenaires dans le processus de la campagne, mise à disposition de salle, plan de communication, disponibilité des correspondants en hygiène ...,
- la présence de procédures validées sur les différentes composantes du sujet (hygiène des mains, protocole AES...)
- la mise à disposition du matériel de sécurité et de protection pour les soignants sur l'établissement (au minimum collecteurs, masques, gants, surblouses ou tabliers, lunettes),
- la mise à disposition de PHA
- la disponibilité des équipes pour suivre cette formation,
- la cohérence globale de cette action de communication avec les autres projets internes de l'établissement.

5.4 Elaboration du plan d'action

En fonction de la taille, de la culture de l'établissement, de l'organisation des services (unités fonctionnelles, médico-administrative, administrative, technique, services généraux) le nombre, le rôle et les méthodes de travail des acteurs du projet seront variables.

Le coordonnateur

Le coordonnateur, de préférence un hygiéniste sera chargé de piloter en particulier la campagne, ce sera la personne contact pour le CCLIN Sud-Est. Ses coordonnées seront notées sur le formulaire d'adhésion au programme Stoprisk.

Le comité de pilotage

Son importance numérique sera fonction de la taille de l'établissement. Il pourra être composé par exemple par :

- les membres de l'EOH
 - le président du CLIN
 - le directeur de l'établissement ou son représentant
 - le chargé de communication de l'établissement, si ce poste existe
 - le président de la CME ou commission médicale et certains représentants
 - le directeur des Soins (CSIRMT)
 - le médecin du travail
 - le responsable qualité – gestionnaire de risques
 - des personnels responsables volontaires (cadres, responsables de pôle...)
-
- des correspondants en hygiène
 - un représentant des usagers
 - le chargé de communication de l'établissement, si ce poste existe

Le comité de pilotage choisira parmi les outils proposés ceux qui correspondent aux actions qu'il a décidé de mettre en place. Pour porter assistance à l'EOH, les membres du CLIN, les cadres et les correspondants en hygiène seront sollicités pour participer à la mise en place des actions.

L'adhésion au programme

Un formulaire d'adhésion est à compléter en ligne sur la première page web de Stoprisk.

Ce dernier confirme la participation de l'établissement en indiquant les coordonnées de la personne contact pour le projet.

L'accès aux documents et outils

A la réception du formulaire d'adhésion, le CCLIN Sud-Est sera en mesure d'envoyer à la personne contact les affiches, affichettes et tracts (nombre ajusté selon le nombre de lits, de services d'hospitalisation et médico-techniques et de personnels).

Les autres outils (diaporama, quizz, fiches techniques de stands, fiches jeux qui serviront à organiser un atelier et des sessions de formation) seront directement

accessibles et téléchargeables sur le site Internet. En annexe 2 sont décrits les avantages de chacun des supports proposés.

Une rubrique du site Internet sera consacrée aux outils "locaux" que les établissements proposeront afin de partager leur expérience et enrichir ainsi les moyens disponibles pour ce programme Stoprisk.

Vous pourrez également vous appuyer sur des outils de communication existants dans votre établissement.

La charte d'engagement

La charte d'engagement témoignera de la volonté qu'on eu les décideurs d'engager leur structure dans la démarche proposée. Le directeur, le président de la CME et le président du CLIN, chacun dans son champ de compétence se fixant pour objectif prioritaire de poursuivre et renforcer l'implantation des précautions standard au sein de la structure.

Ils co-signeront cette charte téléchargeable et pourront l'afficher au sein de l'établissement.

5.5. Mise en œuvre opérationnelle du plan de communication

Un bon plan de communication favorise la motivation et la participation à la campagne.

Elle nécessite une mobilisation forte des équipes et une bonne préparation logistique des actions (prévoir 1 à 3 mois de préparation selon la taille de l'établissement).

L'information préliminaire

Elle sera organisée auprès de l'encadrement médical et paramédical afin de fixer clairement les enjeux du projet.

- **Supports de formation sur les mécanismes de transmissions des germes**
 - **Film de sensibilisation et d'information sur les risques biologiques sur le lieu de travail :**

Film « UNE ENQUETE DE L'AGENT BIO 07 SUR LE RISQUE BIOLOGIQUE SUR LE LIEU DE TRAVAIL »

Réalisé par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

Durée : 13 minutes

Extrait du livret de présentation : « Il s'agit d'un film destiné à effectuer des actions de sensibilisation et d'information sur le risque biologique, sur les lieux de travail. Dans une perspective d'actions de prévention, il est également destiné à favoriser le développement de l'évaluation des risques biologiques. »

Objectifs pédagogiques principaux :

- Contribuer à animer des séances d'information ou de formation sur le risque biologique.
- Entraîner les participants à effectuer une démarche d'évaluation et de prévention des risques biologiques, à travers l'analyse de la chaîne de transmission.

Thèmes abordés : quatre séquences sont abordées successivement.

- Séquence 1 : les agents biologiques.

Les agents biologiques sont : des êtres vivants, microscopiques (donc invisibles à l'œil nu), présents partout (dans tout l'environnement et chez tous les êtres vivants). Selon les cas, ils peuvent s'avérer très utiles (dépollutions ; fabrication de médicaments) ou, au contraire être responsables de maladies (infections, allergies, etc...).

- Séquence 2 : la chaîne de transmission.

La chaîne de transmission constitue le fil rouge pour évaluer les risques biologiques. Au départ, il y a toujours un réservoir de germes, c'est-à-dire une source d'infection avec accumulation d'agents infectieux au niveau de ce réservoir.

Le risque d'infection existe dès qu'existe une « porte de sortie » à ce réservoir, soit que les germes sortent du réservoir, soit que le travailleur accède au contenu de ce réservoir. La transmission peut se faire par plusieurs voies : voie aérienne, voie digestive, simple contact, ou petite blessure.

Il existe donc plusieurs portes d'entrée possibles au niveau du corps humain : voies respiratoires, yeux, bouche, peau ...

Dans la pratique, de nombreux travailleurs sont effectivement exposés aux agents biologiques sans le savoir.

○ Séquence 3 : les situations d'exposition.

On distingue deux types de situation :

- L'utilisation délibérée des agents biologiques : ceux-ci font partie du procédé industriel ; les risques sont alors en général clairement identifiés, et les mesures de protection sont donc prises en conséquence ;
- Les expositions potentielles : les agents biologiques sont présents dans l'environnement de travail, sans que cela soit désiré. De nombreux secteurs d'activité sont concernés par ce cas de figure. Les mesures de prévention à prendre doivent donc être adaptées à chacune de ces situations professionnelles. De plus, les intervenants extérieurs peuvent être soumis à la même exposition que les travailleurs. Ils pourront, ensuite, les disséminer à d'autres entreprises ou à leur propre famille.

○ Séquence 4 : la prévention.

La prévention des risques biologiques obéit à un principe fondamental : rompre la chaîne de transmission le plus en amont possible de son déroulement et à un, ou plusieurs niveaux.

Selon les cas, il faut :

- Agir sur le réservoir de germes lui-même, origine des risques infectieux ;
- Fermer les « portes de sortie » du réservoir, pour limiter l'accès des travailleurs à ce réservoir, ou la sortie des germes ;
- Agir sur le (ou les) mode(s) de transmission de l'agent concerné ;
- Protéger les portes d'entrée potentielles par des mesures d'hygiène et le cas échéant par le port de protections individuelles complémentaires ;

Insistance toute particulière sur le rôle positif joué dans cette prévention par l'information et la formation des personnels de l'entreprise, ainsi que des intervenants extérieurs.

A côté de ce support de formation, on peut également citer une base de documentation et de formation en ligne, davantage utile au Médecin Coordonnateur, à l'Infirmière Coordonnatrice et aux référents de l'équipe, pour enrichir leurs notions dans ce domaine du risque biologique, avec une approche qui est celle de la Santé au travail, plus que celle des techniques médicales :

Réseau Ressource Risque Biologique (réseau 3RB) : <http://www.3rb-bgb.com>

Une approche également globale, mais davantage orientée sur le plan médico-social à proprement parler, peut être trouvée avec le portail offert par le ResClin Champagne-Ardenne : <http://www.resclin.fr/web-memoire/sommaire>

- **Autres types de supports pouvant être mis en œuvre aux moments jugés opportuns, par rapport au projet de formation retenu pour l'établissement :**
 - Un quizz sur les connaissances fondamentales, qui peut être directement renseigné en ligne, à partir d'un poste informatique du travail et répété aussi souvent que souhaité : <http://cclin-sudest-apps.chu-lyon.fr/quizz/index.html>
 - Des documents plus techniques, surtout destinés aux référents, aux cadres et à toute personne appelée à participer à des travaux d'élaboration de projets au sein de l'établissement :
 - http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/EHPAD/EHPAD_hygiene_mains.html : portail d'accès direct à des modèles de protocoles à diffuser pour le lavage simple des mains, ou pour la friction hydro alcoolique, avec la méthodologie générale de fabrication d'un tel protocole.
 - Par, ailleurs de présentation des divers produits disponibles pour le lavage des mains avec leurs avantages et inconvénients et leurs cibles biologiques.
 - Enfin, fiche pédagogique d'une présentation vidéo sur l'hygiène des mains en EHPAD, élaborée par le CCLIN SUD EST, dont on pourra surtout s'inspirer pour effectuer l'analyse de ce qu'on attend d'un support vidéo en termes de messages pédagogiques et pour suggérer une stratégie d'interaction entre ce support, les animateurs de la séance et les participants, afin de les aider à définir des objectifs concrets d'amélioration et d'action, à partir des informations acquises.



Juillet 2010

TITRE**FICHE « PRODUITS »****MOTS CLES**

**Points d'eau - Produits hydro alcooliques (PHA) - Savons doux liquides
Crèmes protectrices pour les mains - Lingettes pré imprégnées**

OBJECTIFS

- Aider les établissements pour personnes âgées à faire le bon choix des produits.

DEFINITIONS

- PHA : association d'antiseptiques dont au moins un alcool et des agents protecteurs de la peau qui assurent à la fois une désinfection efficace des mains et une bonne tolérance cutanée
- Savon liquide : produit ayant des propriétés moussantes et détergentes, pour l'hygiène des mains des utilisateurs
- Lingette pré-imprégnées : lingette à usage unique imprégnée de quelques ml de PHA et conditionnées en boîte distributrice pour l'hygiène des mains

IMPLANTATION

L'établissement doit définir la mise à disposition des produits en fonction de sa stratégie d'hygiène des mains :

- Choix du produit en privilégiant l'utilisation des PHA,
- Implantation : mise à disposition du produit au moment où les soins sont dispensés.

Implantation incontournable des points d'eau :

- Vestiaires,
- Offices de soins : salles dédiées aux soins médicaux et paramédicaux,
- Salles de prétraitement des dispositifs réutilisables, ...
- Sanitaires,
- Offices alimentaires, cuisines satellites, tisaneries,
- Blanchisserie,
- Chambre des résidents.

Equipement des points d'eau :

- Lavabo,
- Distributeur de savon liquide,
- Essuies mains jetables à usage unique,
- Poubelle : sans couvercle ou à commande non manuelle.

Mise à disposition recommandée des PHA :

- Vestiaires,
- Tous les lieux de soins : salles dédiées aux soins médicaux et paramédicaux,
- Salles de prétraitement des dispositifs réutilisables ...,
- Offices alimentaires, tisaneries,
- Chariots de soins,
- Locaux logistiques : lingerie, locaux à déchets ...,
- Lieux de vie : hall d'accueil, salle d'activités, restaurants, rééducation ...,
- Réflexion à conduire sur l'implantation au regard de la protection du résident : sécurité incendie, confusion et conduites addictives.

Positionner les PHA et frictionner les mains loin des sources de chaleur

Communication – sensibilisation :

- Affichage de la technique au niveau des points stratégiques préalablement définis par l'équipe d'encadrement.



Juillet 2010

Suivi : qualité de l'eau, consommables, évaluation des pratiques, choix d'indicateurs :

- ⇒ Eau pour soins standard avec un contrôle annuel à minima,
- ⇒ Consommables : pas de rupture de stocks : essuie-main à usage unique, savons liquides, PHA,
- ⇒ Évaluation des pratiques (GREPPH - grille d'audit des procédures « lavages des mains » et « friction »),
- ⇒ Choix d'indicateurs :
 - Consommation de PHA à exprimer en litre par an,
 - Autres...

PRODUITS

⇒ PHA

- Critères de choix :
 - Les normes d'application: NF EN 1040 bactéricidie (norme de base) ; NF EN 1500 bactéricidie (test en situation) ; NF EN 1275 de lévuricidie et fongicidie,
 - La norme recommandée : NF EN 14476 et A1 virucidie dont norovirus des gastro-entérites, ou infections respiratoires virales,
 - Les conditionnements recommandés :
 - Conditionnement unitaire et non remplissable,
 - Système Airless®,
 - Flacons de poche.
 - La tolérance : les résultats des études disponibles dans la littérature sur l'absorption cutanée et/ou par inhalation de l'éthanol, dans des conditions «intensives» d'utilisation, et les simulations réalisées par l'Afssaps (2009) montrent que sur des populations de professionnels, l'éthanolémie induite par l'exposition aux PHA est extrêmement faible, voir quasi nulle. Des conditions d'utilisations aussi «intensives» que celles évaluées dans ces études et simulations ne devraient pas se produire chez le grand public lors d'une utilisation normale des PHA.

En conclusion, sur la base des données disponibles, l'analyse effectuée par l'Afssaps n'a pas pu identifier un risque sanitaire supplémentaire cancérigène ou reprotoxique ou neurotoxique, par voie cutanée ou inhalée, suite à l'exposition à l'éthanol contenu dans les produits hydro alcooliques, dans les conditions normales d'utilisation chez l'homme.

Compte tenu de cette conclusion, il n'est pas nécessaire de poursuivre une évaluation du risque spécifique chez la femme enceinte, chez l'enfant (en dehors des prématurés) ou encore chez la population déficiente en enzyme, aldéhyde déshydrogénase, impliqué dans le métabolisme de l'éthanol.

- Il est conseillé de réaliser des essais avec les équipes sur les critères de tolérance et de maniabilité en concertation avec le pharmacien et le médecin du travail.

⇒ Savons liquides

- Absence de recommandations normatives,
- Conditionnement unitaire et non remplissable.
- Proscrire la forme solide pour les professionnels.
- Produits :
 - Savon codex,
 - Savons : alcalins ou métalliques ou de bases organiques. Les savons alcalins peuvent engendrer des réactions d'intolérance liées au dessèchement cutané,

⇒ Crème protectrice pour les mains

- Absence de recommandations normatives,
- Privilégier les flacons Airless®,
- A utiliser au moment des pauses, après le travail et le soir (ne pas les utiliser en même temps qu'un savon ou un produit de friction) ; en cas de problème cutané : consulter le service de santé au travail pour identifier l'élément mal toléré et obtenir conseil et prescription adaptés,

Nous sommes conscients que ce programme de sensibilisation et de formation ne couvre pas l'intégralité des thèmes à considérer dans le cadre du fonctionnement d'un EHPAD. Notamment, nous n'abordons qu'indirectement les mesures de prévention complémentaires à mettre en œuvre de façon procédurale, à l'occasion de risques infectieux contact, gouttelettes, aériens. De même, pour ce qui concerne les accidents d'exposition au sang. Enfin, pour la gestion de toutes les situations épidémiques. Les enquêtes ont montré qu'en milieu d'EHPAD les règles de base de prévention du risque infectieux étaient mal respectées, alors même qu'elles constituent un premier échelon indiscutablement efficace de prévention et de limitation d'extension des épisodes infectieux. C'est pourquoi, il nous est apparu indispensable d'insister sur ce temps initial, fondamental, de la formation, et de l'employer comme socle pour engager une démarche qualité durable autour du thème infection en établissement.

CONCLUSIONS

Longtemps négligé et sous évalué, le risque infectieux est récemment apparu comme une réalité préoccupante au sein des établissements médico-sociaux, notamment les EHPAD. Cette prise de conscience a été officialisée par les Pouvoirs Publics, à travers l'élaboration d'un « Plan National Stratégique de Prévention des Infections Associées aux Soins 2009-2013 », où l'on trouve notamment la phrase suivante : « *Chaque établissement médico-social doit prendre conscience du caractère indispensable de la formation et de la prévention vis-à-vis de ce risque.* »

Encore faut-il apporter à ces établissements, qui n'ont pas pour mission prioritaire le soin, les moyens de remplir au mieux ces objectifs, notamment en termes de sensibilisation des personnels aux divers aspects de ce risque. Divers moyens ont été proposés au cours des dernières années, mais souvent assez nettement décalqués des travaux menés dans le milieu de soins. On peut ainsi citer :

- Les recommandations élaborées par les Agences Régionales de Santé pour l'élaboration, en établissement, du volet risque infectieux du plan bleu en établissement ;
- L'intégration à la démarche d'évaluation interne en EHPAD élaborée par l'ANESM d'un chapitre complet concernant les divers aspects du risque infectieux en établissement, déclinés sous la forme d'indicateurs qualité. Il n'est pas indifférent de remarquer que, parmi ceux-ci, on trouve le nombre de salariés de l'établissement ayant reçu une formation dans ce domaine, ainsi que le nombre de formations réalisées par l'EHPAD.

Mais il ne faut pas perdre de vue que les attentes et les besoins des EHPAD ont une dimension spécifique, qui a été cernée à l'occasion de l'enquête conduite par l'ARLIN des Pays de Loire sur l'hygiène et la gestion du risque infectieux :

- Formation du personnel à ces risques pour 88 % des établissements interrogés ;
- Mise à disposition de fiches techniques et de protocoles pour 84 % d'entre eux ;
- Aide apportée par des équipes spécialisées dans la gestion des épisodes épidémiques pour 83 % d'entre eux.

En tant que garant de la qualité des soins dans l'établissement, de la bonne gestion des risques, entre autres de nature infectieuse, de la coordination des prises en charge avec les professionnels libéraux, et acteur du plan de formation des personnels, le Médecin Coordonnateur ne peut en aucun cas négliger cette question du risque infectieux et de sa prévention, et va donc être amené à défendre auprès de sa Direction la mise en œuvre d'un programme, qui tienne compte des spécificités de l'EHPAD :

- Multitude des intervenants extérieurs, de cultures professionnelles très diverses, auxquels il va falloir faire passer des messages efficaces ;
- Niveau socioculturel des salariés de l'établissement ; statut variable de poste fixe ou de remplaçant, en se rappelant que les remplaçants échappent plus souvent aux cursus de formations proposés ;
- Des capacités de budget formation prévues au sein de l'établissement ;
- Difficultés à élaborer un plan de formation, du fait de thèmes nombreux et très variés susceptibles de concerner les personnels, selon leurs fonctions ;

Un fil rouge peut toutefois être trouvé, si on se rappelle que des mesures simples de formation des personnels jouent un rôle fondamental dans la réduction significative des épisodes infectieux, à la condition de les diffuser à l'ensemble des personnels sans exception et pas seulement aux soignants. Deux thèmes apparaissent particulièrement fédérateurs pour cette formation « de base » et efficaces en termes de prévention :

- Les modes de transmission des germes de soignant à soigné, de soigné à soignant et entre soignants ou entre soignés ;
- Les précautions standard dans le cadre de la prévention du risque infectieux : techniques de lavage des mains ; utilisation des solutions hydro-alcooliques.

La première préoccupation du Médecin Coordonnateur doit être d'identifier le niveau actuel des connaissances des personnels soignants, d'hôtellerie et d'animation, ainsi que des intervenants extérieurs sur ces deux aspects fondamentaux, en tant que base à l'élaboration de son programme de formation.

C'est pourquoi nous avons voulu tester la possibilité d'employer un questionnaire de débrouillage simple et rapide (dix minutes en moyenne pour y répondre), à proposer à ces personnels au cours de leurs heures de présence, afin d'en évaluer la pertinence, l'acceptation et la capacité à révéler des carences éventuelles.

Ce questionnaire a été testé au sein de six établissements à type d'EHPAD, avec des données qui ont pu être exploitées pour cinq d'entre eux, compte tenu des délais de réception des résultats. De ceux-ci il ressort qu'une partie non négligeable du personnel ne maîtrise pas bien ces connaissances fondamentales, alors que le résultat attendu serait de 100 % de résultats positifs, sur les critères de qualité retenus par les autorités compétentes.

La mise en place d'un programme de formation consacré à ces questions apparaît donc indispensable, d'autant que chaque établissement va devoir intégrer ce domaine de compétences à son travail d'évaluation interne dans le cadre de sa démarche qualité (versant DARI du dossier d'évaluation interne).

Le support audio-visuel semble être la solution la plus appropriée pour permettre l'acquisition, ou le renforcement, de ces connaissances, car bien adapté aux impératifs de temps disponible, de moyens limités sur le plan matériel et de l'encadrement. Il permet de visualiser au mieux des gestes techniques précis, séquentiels, répétitifs, et de réviser ces techniques à tout moment. Il apporte, par ailleurs, une dimension conviviale et attractive aux efforts de cet apprentissage.

Notre travail a également consisté, dans cette optique, à identifier des ressources disponibles aisément et gratuitement, qui peuvent être exploitées à partir de l'Internet, analysées au préalable pour en évaluer l'adaptation aux besoins de l'établissement et synthétiser une formation appropriée à ceux-ci en prenant dans ces divers documents.

On peut ainsi concevoir un « kit de base » de formation à usage interne, reposant sur le questionnaire et sur les films répertoriés, qui serait proposé, d'une part à l'embauche de tout nouveau salarié pour évaluer ses connaissances et le sensibiliser au risque infectieux, d'autre part comme outil de formation et d'entraînement régulier pour les salariés déjà en poste. Au fur et à mesure du développement et de l'enrichissement de cette démarche par sa répétition, on pourra enrichir les supports par le recours à d'autres questionnaires, à des quiz, à des cycles de formation du type STOPRISK ou MOBQUAL, ce dernier organisme devant développer un module spécifique au risque infectieux à côté des autres modules déjà proposés aux équipes des EHPAD, mais qui n'est pas encore finalisé au moment où sont écrites ces lignes. Cette formation renouvelée et enrichie, permettra en définitive d'aborder dans des bonnes dispositions psychologiques et cognitives la préparation du DARI dans le cadre de l'évaluation interne quinquennale.

Le suivi qualité de la gestion du risque infectieux peut être élaboré à partir de l'évolution du taux des réponses souhaitées entre passations successives du questionnaire, notamment avant et après formation reçue. Des traceurs administratifs peuvent y être adjoints, afin de contribuer à identifier la démarche auprès des organismes de tutelle : liste d'émargement ; signatures de présence aux formations ; plannings d'organisation de celles-ci, à côté des indicateurs exploités pour suivre l'évolution des épisodes infectieux dans l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

(Enquête nationale de l'ORIG – Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie – en 2006/2007).

Docteur Nathalie MAUBOURGUET-AKE, Prévention du risque infectieux en EHPAD. Organisation et attentes. 4^o rencontres d'Arcachon du CCLIN SUD OUEST – 26 septembre 2008.

La prévention du risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées » (J. CARLET, B. de WAZIERES – Rapport à l'Académie de Médecine (16/11/04).

ANDRAGOGIE de S. HACHICHA – Institut Supérieur de l'Éducation et de la Formation Continue – 2006 ;

Apprentissages informels pour le formation des adultes. Quelle valeur et quelle mesure ? E. OLLAGNIER – Université de Genève

Guide de bonnes pratiques lors de situations épidémiques ou lors de la découverte d'un germe à caractère particulier » (Edition 1 – mai 2010 – L. BARBIER, Infirmière hygiéniste – Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers- <http://www.cclin-est.org>)

Enquête de 2010 de l'ARLIN des Pays de Loire, menée au niveau de 389 établissements des départements de Loire Atlantique, du Maine

Guide pour le Formation des nouveaux professionnels en établissements de soins – CCLIN SUD OUEST ;

Société Française d'Hygiène Hospitalière – SFHH – Recommandations pour l'hygiène des mains – juin 2009, volume XVII n°3).

Madame Marie Bernadette ESTIFIER, enseignante formatrice à l'École de Sage Femmes de LIMOGES, rapporte que le support audio-visuel présente de nombreux avantages dans la conduite de la formation des personnels de

santé (Mémoire pour le DIU de Pédagogie Médicale – Faculté de Médecine de POITIERS – TOURS – LIMOGES, année 2009-2010).

R. MUCCHIELLI (MUCCHIELLI R. – Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes – ESF 1994 :78)

Film « LES SOLUTIONS HYDRO ALCOOLIQUES »

Ce film est réalisé par le CCLIN PARIS NORD, antenne de PICARDIE, sous la responsabilité d'un groupe de travail régional en 2007, avec Z. KADI et J.D. ROUTIER – Médecine Interne, aile 3 SUD – CHU AMIENS – Nosopicard 2007

Film « UNE ENQUETE DE L'AGENT BIO 07 SUR LE RISQUE BIOLOGIQUE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Pour la Société Française d'Hygiène Hospitalière, l'hygiène des mains est une mesure prioritaire dans toutes les recommandations de bonnes pratiques (SFHH recommandations pour l'hygiène des mains – juin 2009- volume XVII n°3)

*Dans sa publication de juin 2009, il a été mentionné les recommandations concernant le choix des produits,
- SFHH recommandations pour l'hygiène des mains – juin 2009-volume XVII n°3)*

INRS 30 rue Olivier-Noyer 75 680 Paris cedex 14

Film : Soins aux personnes âgées ; l'hygiène au quotidien.

Réalisation : Marie Carmen Hurard

Production et édition Mille Images

42 rue Abbé Grégoire

38 000 Grenoble

CCLIN SUD OUEST à l'adresse suivante :

http://www.cclin-sudouest.com/pages/info_film_11_prevention.html.

BARBIER, Infirmière hygiéniste – Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers :

<http://www.cclin-est.org>

<http://www.hygienedesmains.fr>

http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=j327IJfdivg

Une sensibilisation en musique faite par les grands promoteurs de l'hygiène des mains que sont les équipes des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) :

http://www.hug-ge.ch/actualite/videos_infos_generales.html

[STOPRISK, développé par le CCLIN SUD EST \(http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/stoprisk/index.html\).](http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/stoprisk/index.html)

