Université Jean MONNET – Saint-Etienne
CPias ARA

Précautions standard lors de la réalisation de la toilette : évaluation des pratiques et impact de la formation

Standard precautions when performing the toilet: evaluation of practices and impact of training

Par ROCHE Mireille

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

DIPLOME D'UNIVERSITE

INFIRMIER EN HYGIENE

Directeur de mémoire : **Dr PEGHAIRE Sabine**

Octobre 2023

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION 1

I. CONTEXTE 2

1. L'Établissement 2

2. Présentation personnelle 3

3. Situation d'appel 4

4. Objectifs principaux et secondaires 4

5. Question de départ 4

6. Plan du travail 4

II. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE 5

1. Cadre réglementaire 5

a) Décrets de compétence IDE et AS 5

b) Certification en Établissement de Santé 6

c) Autoévaluation en Établissement Médico-Social 6

2. Recommandations Nationales 7

a) Stratégie nationale (PROPIN, PROPIAS et 2022-2025) 7

b) Historique des précautions standard 9

c) Recommandations actuelles 10

III. ETUDE DE TERRAIN 12

1. Présentation des objectifs et de la méthodologie 12

a) Étude observationnelle 12

b) Formation 14

c) Questionnaire de satisfaction 16

d) Mise en place des moyens matériels 16

e) 2ème étude observationnelle 16

2. Présentation des résultats 17

a) Résultats de l'audit n°1 17

b) Résultats du questionnaire post-formation 23

c) Résultats de l'audit n°2 26

IV. EXPLOITATION DES RESULTATS 27

1. Critique de la méthode 27

2. Analyse et discussion des résultats 29

a) Analyse des observations 29

b) Analyse de la formation et du questionnaire 34

3. Perspectives et proposition d'un plan d'actions et d'amélioration 37

a) Former les correspondants en hygiène 38

b) Continuer la mise en place des guéridons 38

c) Réaliser un compagnonnage 38

d) Former à l'HDM 38

e) Faire évoluer la formation existante 39

CONCLUSION 40

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

« Dès lors que nous évaluons, nous avons tendance à améliorer les résultats »

Pr. Jean-Michel CHABOT

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma famille, mes enfants, mes amis, mes collègues de travail, l'EMH (Équipe Mobile d'Hygiène) du Puy en Velay pour leur soutien durant ces deux années de DU.

Ma directrice de mémoire le Dr Sabine PEGHAIRE, praticien hygiéniste qui a su m'encourager, me guider par ses conseils riches, sa rigueur, son professionnalisme et ses relectures.

Mes précieuses lectrices et aides pour la mise en forme de ce travail : Madame Elodie, Marie Christine, Céline et Marie.

Je remercie aussi le CHPCA, en particulier l'EOH dont Amélie, les équipes soignantes, les cadres de santé pour s'être engagés dans cette démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Mon conjoint pour m'avoir soutenu dans ce choix de réintégrer les cours.

LISTE DES ABREVIATIONS

AES	Accident Exposition au Sang
AMP	Aide Médico-Psychologique
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ASFF	Aide-soignant Faisant Fonction
ASG	Assistant de Soins en Gérontologie
ASH	Agent de Service Hospitalier
CDC	Centers for Disease Control & Prevention
CHER	Centre Hospitalier Émile Roux
CHPCA	Centre Hospitalier du Pays de Craponne sur Arzon
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CPIAS	Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins
DAMRI	Démarche d'Analyse et de Maîtrise du Risque Infectieux
DD	Détergent Désinfectant
EHPAD	Établissement d'Hébergement Personnes-Âgées Dépendantes
EMH	Équipe Mobile d'Hygiène
EMS	Établissement Médico-sociaux
EOH	Équipe Opérationnelle d'Hygiène
EPI	Équipement de Protection Individuelle
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ES	Établissement de Santé
ESMS	Établissements et services Médico-sociaux

ETP	Équivalent Temps Plein
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GREPHH	Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HDM	Hygiène Des Mains
IAS	Infections Associées aux Soins
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État
LDB	Laveur Désinfecteur de Bassin
MO	Micro-organisme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCT	Objet Perforant Coupant Tranchant
PMRI	Prévention et Maitrise du Risque Infectieux
PRI	Prévention du Risque Infectieux
PROPIAS	Programme National d'actions de Préventions des Infections Associées aux Soins
PROPIN	Programme National de Prévention des Infections Nosocomiales
PS	Précautions Standard
REPIAS	Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins
SF2H	Société Française d'Hygiène Hospitalière
SHA	Solution Hydro Alcoolique
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Dans le cadre du Diplôme Universitaire en Hygiène, il nous est demandé de réaliser un travail de recherche et de réflexion dans le domaine des soins en lien avec la prévention du risque infectieux et/ ou la gestion du risque infectieux. Ce travail va s'orienter sur le thème des Précautions Standard (PS).

Les PS représentent, au sein des Établissements de Santé (ES) et des Établissements et Services Médico-sociaux (ESMS), un enjeu important dans la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS). Ces bonnes pratiques d'hygiène que sont les PS constituent la première barrière contre toute infection, pour le patient/résident et pour le soignant. Il est ainsi important de veiller à leur bonne application.

Le soin de nursing en ESMS, catégorie à laquelle les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPADs) appartiennent, repose sur l'application d'une technique particulière définie dans le respect strict des règles d'hygiène.

Les Aides-soignants (AS), les Aides-soignants Faisant Fonction (ASFF), les Aides Médico-Psychologiques (AMP) et les Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) sont les principaux personnels en charge de ce soin.

Le personnel qualifié de la structure n'a pas bénéficié d'une formation récente sur le terrain et certaines catégories de personnel, peu qualifiées, sont eux peu informés et peu formés aux risques infectieux. Par ailleurs, le turn-over des équipes ne favorise pas l'application des bonnes pratiques d'hygiène.

La formation des professionnels de santé fait partie intégrante du travail de l'IDE hygiéniste. Elle constitue non seulement la rencontre et l'échange sur les pratiques professionnelles mais représente également un temps d'apprentissage sur les savoir-faire et les savoir être en termes de gestion et de prévention du risque infectieux.

J'ai donc choisi d'analyser les effets que la formation interne aux PS a pu avoir sur les pratiques des équipes AS et ASFF, notamment lors de la réalisation de la toilette.

Tout d'abord j'expliquerai ce qui m'a poussé à choisir ce thème, puis je décrirai le cadre de références théoriques qui l'encadre. J'exposerai la méthodologie utilisée pour réaliser l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que les résultats obtenus. Enfin, je comparerai mon travail aux données de la littérature.

I. CONTEXTE

1. L'Établissement

Le Centre Hospitalier du Pays de Craponne sur Arzon (CHPCA) est un hôpital public appartenant au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Haute-Loire. Il se situe sur la commune de Craponne-sur-Arzon en région Auvergne Rhône-Alpes, distant de 120 km de Lyon et de Clermont Ferrand, 40 km du Puy-en-Velay. L'établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier Émile Roux (CHER) du Puy-en-Velay. C'est un établissement de proximité, moderne et en constante évolution pour répondre aux besoins de santé de la population du territoire. Le CHPCA dispose d'un service de médecine polyvalente, de soins palliatifs, d'addictologie et de consultations avancées. Il dispose aussi d'un EHPAD avec un pôle spécialisé dans la prise en charge de troubles Alzheimer ou apparentés.

L'établissement dispose d'une capacité totale de 153 lits répartis sur 2 étages.

Le domaine sanitaire est représenté par le service de médecine (Hygie), qui compte 21 lits (dont 3 lits de soins palliatifs) complétés par 9 lits d'EHPAD, soit un total de 30 lits.

L'EHPAD, soit la partie médico-sociale, dispose de 123 lits avec différentes unités :

- L'EHPAD 1er étage avec les unités HEMERA (30lits) et le pôle spécialisé comprenant :
    - 1 Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) Hélios de 14 lits ;
    - 1 Unité de Vie Protégé (UVP) Hestia de 12 lits ;
    - 1 Pôle d'Activités et Soins Adaptés (PASA) Eosde 14 places ;
    - 1Accueil de Jour Théia de 6 places.
- L'EHPAD 2ème étage avec les unités HERA (30 lits) et METIS (30 lits).

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins constitue une préoccupation centrale et permanente du CHPCA notamment sur la maîtrise du risque infectieux. Un plan de formation du personnel est organisé annuellement. Il inclut une partie hygiène.
Conformément aux préconisations de la SF2H (Société Française d'Hygiène Hospitalière), une formation continue des personnels aux PS est organisée régulièrement par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) pour tout le personnel déjà en poste et les nouveaux arrivants.

En réponse au compte rendu de la dernière certification en 2017 : « *l'ETS ne dispose pas des ressources humaines adaptées pour maîtriser le risque infectieux, il n'y a pas de référent en hygiène formé, pas d'infirmière hygiéniste ni de médecin ayant une formation en hygiène, il n'existe pas de référent hygiène paramédical par unité, les pratiques de soins ne font pas l'objet d'évaluation*

ou d'audits réguliers pour s'assurer des bonnes pratiques de soins. » ; « La formation à la maîtrise du risque infectieux n'est pas suffisamment organisée »[1]. Le CHPCA a mis en place les actions suivantes : la reconstitution d'un CLIN dont la présidente est un médecin généraliste, la nomination de douze correspondants en hygiène répartis dans tous les services, de jour et de nuit (IDE, AS, ASH, le responsable hôtellerie, le cuisinier, le responsable des services techniques) et le recrutement d'une IDE hygiéniste à 0,2 ETP.

La prochaine certification est prévue en décembre 2023.

2. Présentation personnelle

Ayant exercé de nuit pendant dix-huit ans sur le service de médecine et EHPAD, j'ai postulé sur un poste de jour en service EHPAD en 2020 ; en parallèle j'étais correspondante en hygiène. Depuis 2022, je suis une formation pour obtenir un Diplôme d'Université (DU) d'infirmière en hygiène hospitalière.

J'occupe actuellement le poste partagé de référente en prévention du risque infectieux au sein de l'EOH du CHPCA (0,2 ETP) et d'infirmière en EHPAD (0,6 ETP).

J'ai souhaité candidater au poste de référente en hygiène car il représentait pour moi la continuité de ma mission de correspondante en hygiène. Aussi, je bénéficie d'un partenariat et tutorat avec l'Équipe Mobile d'Hygiène (EMH) du Centre Hospitalier Émile Roux (CHER) du Puy-en-Velay (43). Cela me permet d'être accompagnée par une praticienne en hygiène hospitalière, ressource qui n'est pas présente sur le site. Ce tutorat m'aide à acquérir des compétences qui me seront indispensables sur le terrain en parallèle de la formation du DU. Je dispose également de l'aide de la pharmacienne de la structure qui siège au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Depuis ma prise de poste, j'ai mis en place une formation théorique aux PS. Celle-ci est réalisée auprès de tous les agents de la structure, réunis par petits groupes, et a pour support un power-point. Toutefois, je n'ai pas mesuré son impact sur les connaissances ou les pratiques.

J'assure également le suivi de l'indice de Consommation des Solutions Hydro Alcooliques (ICSHA) qui objective le volume de produits hydro alcooliques délivrés dans les établissements sanitaires et définit le volume (3ml par friction) et le nombre minimal de frictions recommandées en fonction de l'activité de soin. C'est un marqueur indirect de la mise en œuvre de l'hygiène des mains.

[1] **HAS**, *« Rapport de certification centre hospitalier du Pays de Craponne-sur-Arzon »,* Juin 2017, p.16.

En 2021, le total de la consommation de SHA sur tout l'établissement était de 473 litres et en 2022 de 452 litres pour un objectif de 664 litres. Le service de médecine est à 93% de son objectif de 10 frictions/patient/jour et l'EHPAD à 57% de son objectif de 4 frictions/résidents/jour.

3. Situation d'appel

En tant qu'infirmière référente PRI, je ne suis pas satisfaite des résultats de cet indicateur et en tant qu'infirmière d'EHPAD, je constate sur le terrain que l'équipe soignante a des pratiques très disparates au moment de réaliser la toilette du résident. En particulier, j'observe souvent un défaut d'application des PS lors de la réalisation de la toilette (absence de tablier, défaut de désinfection des mains, mésusage du port de gants, dépôt de linge et protection au sol).

L'application des recommandations d'hygiène par les professionnels n'est pas harmonisée ce qui ne permet pas de garantir la maîtrise du risque infectieux. J'ai alors proposé au CLIN d'inscrire au plan d'actions du CHPCA sur l'année 2023, un travail d'audit et de formation sur ce thème.

4. Objectifs principaux et secondaires

L'objectif général de ce travail est donc de mesurer l'application des PS lors de la réalisation des toilettes afin d'objectiver les points forts et les axes d'amélioration.

Les objectifs secondaires sont de sensibiliser les professionnels à la nécessité d'appliquer les PS, d'évaluer l'impact d'une formation, de mettre en place les moyens matériels qui facilitent la mise en œuvre des PS et d'accompagner les équipes aux changements par un suivi sur le terrain.

5. Question de départ

Afin de trouver une solution pour améliorer les pratiques dans toute la structure du CHPCA, le travail s'engage sur cette question de départ : **« En quoi une action de formation peut améliorer l'application des précautions standard lors de la réalisation de la toilette ? »**

6. Plan du travail

Tout d'abord, une enquête a été réalisée grâce à des recherches documentaires afin d'acquérir des connaissances globales en plus des cours dispensés à la faculté sur les PS. Ces informations ont été synthétisées dans le cadre de références théoriques. Dans un deuxième temps, nous présenterons la méthodologie choisie pour effectuer l'évaluation des pratiques, la formation et son impact. Enfin, pour répondre à la question de départ, nous veillerons à mesurer et interpréter les résultats, mais

aussi effectuer une analyse afin de définir des perspectives d'amélioration et de proposer un plan d'action concret.

II. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE

L'application des PS est extrêmement importante puisqu'elle figure dans la réglementation française. Elle doit faire l'objet d'évaluation interne ou externe dans les ES et ESMS. De plus, depuis plus de quarante ans, les PS font l'objet de recommandations nationales en constante évolution.

1. Cadre réglementaire

a) Décrets de compétence IDE et AS

D'après le code de la santé publique[2], le décret de compétence est la liste des actes que peut réaliser un infirmier diplômé d'État, quel que soit le mode d'exercice (hospitalier, libéral, privé) : dans le cadre de son rôle propre, sur prescription médicale, en présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment.

La réalisation de la toilette d'un patient/résident est un travail d'équipe entre IDE et AS. Il est décrit dans le décret n° 20026194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier, en son article R.4311-5, qui définit le rôle de l'infirmière :*« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement*[3] *».*

Le décretn°20216980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les IDE et d'autres professionnels de santé, permet à l'IDE de confier à l'AS la réalisation des soins courants de la vie quotidienne, même en dehors de sa présence. Nous pouvons citer par exemple la réalisation de la toilette. Ainsi, l'aide-soignant acquiert des compétences pour exercer sa profession sous la responsabilité d'un infirmier.

Par la suite, un nouvel arrêté du 10 juin 2021 définit les nouveaux référentiels de formation et de certification du diplôme d'État d'Aide-soignant (DEAS) à partir de septembre 2021. Il est dit que l'Aide-soignant peut intervenir dans le domaine d'activité et des activités associées en réalisant

[2]**Legifrance**, *« Code de la santé publique : Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) »*,[En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/
[3]**Legifrance**, *« Code de la santé publique : Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) »*,[En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/

une *« Appréciation de l'état clinique de la personne et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration avec l'infirmier en intégrant la qualité et la prévention des risques*[4]*».*

La circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998 signifie : « *Des précautions d'hygiène doivent être appliquées pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, afin d'assurer une protection systématique de tous les patients et des personnels vis-à-vis des risques infectieux. La maîtrise du risque de transmission d'agents infectieux impose le respect par le personnel des précautions standard lors de tout risque de contact avec le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine*[5] *».*

Ainsi, nous pouvons remarquer que les textes réglementaires sous entendent qu'il est impératif de respecter l'application des règles d'hygiène lors de la toilette.

b) Certification en Établissement de Santé

La certification en Établissement de Santé réalisée tous les quatre ans par des professionnels mandatés par la HAS (Haute Autorité de Santé) est : *« une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés »*[6].

Le critère 2.3-10 et le critère impératif 2.3-11 sont axés sur la gestion du risque infectieux avec notamment la mise en œuvre des PS. Le respect de ces règles d'hygiène est évalué dans le cadre de la procédure de certification qui s'impose à l'ensemble des Établissements de santé en application des articles L.6113-3 et suivants du code de la santé publique. Ces recommandations doivent être appliquées pour tous soins donc y compris donc pour la toilette notamment pour la tenue, l'HDM, les EPI, la gestion des excreta, l'environnement et l'AES.

c) Autoévaluation en Établissement Médico-Social

La loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, a fait évoluer les missions de la HAS.

Une procédure d'évaluation Nationale commune à tous les ESMS est élaborée en date du 8 mars 2022. En effet, les EMS ont une évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Elle a lieu tous les cinq ans. Le Référentiel National d'Évaluation de la

[4] **Legifrance**, *« Code de la santé publique : Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-2) »*, [En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/

[5] **CEPIAS**, *« Circulaire DGS/DH - N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé »* [En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : https://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/1998/Circulaire/200498.pdf

[6] **HAS,***« Comprendre la certification pour la qualité des soins »,*[En ligne], Consulté le 31 mars 2023, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins

Qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux[7] est structuré en 3 chapitres autour de 9 thématiques dont *« l'accompagnement à la santé »*. Le critère 3.7.1 porte sur les professionnels qui sont régulièrement sensibilisés et ou formés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux.

L'instruction DGCS/SD5C no 2013-427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux impose une auto-évaluation du risque infectieux en ESMS. L'outil DAMRI (Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux), créé par un groupe de travail inter CPIAS (Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins) et développé par le Cpias Bourgogne Franche Comté, permet aux EMS de répondre à cette obligation réglementaire. Il est disponible depuis début 2023[8]. Son objectif est de permettre à tout ESMS de cartographier son risque infectieux, d'en mesurer son niveau de maîtrise et de mettre en place un plan d'actions d'amélioration.

Il est composé de 8 chapitres dont notamment le chapitre 1 qui porte sur l'organisation de la Prévention et Maîtrise du Risque Infectieux (PMRI) et qui s'intéresse à l'item des PS avec des critères portant sur la formation, la rédaction de protocoles, le matériel à disposition, l'hygiène des mains, etc. Le chapitre 2 intègre un paragraphe entier consacré aux soins de nursing qui prévoit, l'individualisation du matériel de soin et le nettoyage des cuvettes. Les chapitres suivants abordent l'entretien de l'environnement, les circuits du linge et des déchets.

Nous pouvons donc constater que le sujet des précautions standard est au cœur de la réglementation. Les programmes insistent tous sur l'importance de connaître et d'appliquer les PS mais sans jamais vraiment les décrire.

2. Recommandations Nationales

En parallèle de la réglementation, l'État et les sociétés savantes ont développé une stratégie nationale portée par plusieurs programmes successifs.

a) Stratégie nationale (PROPIN, PROPIAS et 2022-2025)

La stratégie nationale est ancienne puisque le 1er plan de lutte contre les infections nosocomiales date de 2005.

[7] **HAS**, *« Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Validé par la CSMS le 8 mars 2022,* [En ligne], Consulté le 22 mars 2023, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

[8] **Cpias Bourgogne Franche Comté**, « *DAMRI* », màj le 10.03.2023, [En ligne], Consulté le 22 mars 2023, Disponible sur : https://www.cpiasbfc.fr/trame.php?page=8

Il a été suivi par le Programme National de Prévention des Infections nosocomiales 2009-2013 (PROPIN) qui demandait aux établissements de promouvoir et d'évaluer l'observance des PS afin d'améliorer la qualité et la sécurité des procédures.

Puis l'instruction[9] relative au Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) a impulsé les actions de prévention tout au long du parcours de santé. Le PROPIAS s'articulait autour de 3 axes prioritaires relatifs à la prise en charge du patient et de son parcours en ES, EMS et soins de ville. Il était spécifié dans l'axe 2, thème 1de *« renforcer l'observance des précautions standard, pour tout patient/ résident, lors de tous les soins et en tout lieu. Il vise à améliorer le niveau d'application des précautions standard dans les 3 secteurs ».*

Enfin la stratégie nationale 2022-2025 [10] est le cadre actuel définissant les grandes orientations nationales de la prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine. Elle est pilotée par le ministère des Solidarités et de la santé en lien avec les agences sanitaires et les ARS (Agence Régionale de Santé). Elle identifie le développement de l'antibiorésistance[11]comme l'une des menaces majeures pour l'humanité.

Un des objectifs principaux de la stratégie est de renforcer les actions de prévention et de contrôle de l'infection afin de limiter l'usage des antibiotiques. Elle comporte 6 axes, 11 objectifs et 37 actions. L'axe 3 de ce programme vise « *au renforcement de la prévention des infections et de l'antibiorésistance dans les pratiques professionnelles […]. En matière de prévention des infections, il s'agit en particulier d'amplifier, diversifier et innover dans les actions de promotion des précautions standard et de renforcer l'adhésion à la vaccination des professionnels dans les 3 secteurs de soins et enfin d'inciter à la mise en place de programmes d'actions de contrôle des risques développés par les missions nationales CPIAS* ».

Nous pouvons donc constater que le sujet des précautions standard est au cœur des débats et des recommandations nationales. Ainsi, mon projet de formation et d'amélioration des pratiques professionnelles répond parfaitement à la stratégie nationale. Cependant, pour mesurer les pratiques, je dois m'appuyer sur des critères précis qui ont été définis, revus et consolidés au fil du temps. Les critères évalués dans la grille d'audit sont les suivants : la logistique pour connaître les ressources, la tenue, HDM et EPI, l'environnement (le circuit du linge, des déchets et la désinfection du matériel), la gestion des excréta, l'AES et l'organisation de la toilette. Ensuite une partie de questions

[9] **Légifrance,** *« INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 »,* [En ligne], Consulté le 22 mars 2023, Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39781

[10] **Ministère des solidarités et de la santé**, *« STRATÉGIE NATIONALE 2022-2025 DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ET DE L'ANTIBIORÉSISTANCE SANTÉ HUMAINE »,* [En ligne], Consulté le 30 mars 2023, Disponible sur :https://cutt.ly/qwhlembG

[11] Résistance des bactéries aux antibiotiques

orales portant sur la désinfection des chariots de linge propre et sale dont la traçabilité et sur l'existence d'un protocole et d'une formation au sein de la structure.

b) Historique des précautions standard

Louis Pasteur a démontré que les micro-organismes étaient à l'origine des infections et que la transmission croisée était l'une des modalités principales de leur acquisition. Les IAS constituent une problématique de Santé publique importante. Le risque infectieux est présent dans toute structure, que ce soit en EHPAD auprès d'un public essentiellement âgé et fragile, ou au sein d'un service sanitaire. En effet, par son degré de dépendance associé à des pathologies chroniques, le public âgé nécessite une prise en charge médicale telle que la présence de dispositifs invasifs (Sonde, cathéter sous-cutané ou intraveineux) qui crée des voies d'entrées aux micro-organismes. La vie en collectivité est un élément à prendre en compte car celle-ci favorise le risque infectieux avec la survenue d'épidémie. Les moyens humains sont parfois manquants pour la prise en charge quotidienne. Cela a des conséquences sur la prévention du risque infectieux.

Le concept des PS apparait dans les années 1980aux États-Unis, notamment *« avec l'émergence des cas de transmission du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) de patient à soignant, le concept a évolué rapidement afin de prendre en compte le risque d'exposition au sang ou aux fluides biologiques*[12] *».* Elles ont été introduites par le *Centers for Disease Control and Prevention (CDC),* aux Etats-Unis. C'est en 1985 que les Américains formulent pour la première fois des précautions à prendre pour la réalisation de soins : « *les précautions universelles* ». En 1996, le CDC transforme « *les précautions universelles »* en *« précaution standard ».*

En 1999, elles sont traduites en France dans le document *« les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales »*. L'item 43 décrit les techniques sur les soins aux patients et la gestion de l'environnement. Les items 44 et 45 insistent sur l'importance de former les professionnels concernés et d'évaluer l'observance des mesures préconisées. Les items 90, 92 et 93 décrivaient déjà les PS attendues lors de la toilette comme : l'HDM, la protection de la tenue vestimentaire, le nettoyage et la désinfection du matériel et des surfaces entre chaque patient.

Un consensus formalisé d'experts[13] publie en 2009 et décrit les PS : Accident d'Exposition au Sang (AES), déchets, dispositifs médicaux, environnement, gants, Hygiène Des Mains (HDM), linge, masque, tenue professionnelle puis à partir de la p.53, il reprend chaque soin dont l'hygiène

[12]**SF2H**, [En ligne], Consulté le 20 mars 2023, p.11 Disponible sur :https://www.sf2h.net/wp content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf
[13]**Consensus formalisé d'experts**, *« Prévention des infections en EHPAD »,* HYGIENES, juin 2009, p.47

corporelle en précisant les attendus en matière de : matériel, tenue conforme, HDM, Équipements de Protection Individuelle (EPI), gestion des excréta, gestion de l'environnement, etc.

Les patients/résidents doivent être encouragés à réaliser une HDM avant et après la toilette pour réduire le risque d'infection.

Les PS ont ensuite subi une importante actualisation[14] en 2010. Dans « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins » est définie la transmission croisée : il s'agit de la transmission d'un agent infectieux (bactéries, virus, champignons, parasites) à partir de réservoirs humains ou environnementaux vers un individu réceptif. Cette transmission croisée de microorganismes peut se faire soit de façon directe entre deux individus soit de manière indirecte par l'intermédiaire de l'environnement par exemple. La transmission des germes s'effectue principalement par manuportage. Les soignants jouent un rôle de vecteur de transmission.

Ce document définit les PS comme des mesures de base pour prévenir la transmission des infections. Elles sont les premières mesures barrières à respecter, connaître et appliquer au quotidien dans les Établissements de soins.

c) Recommandations actuelles

Les recommandations nationales ont connu plusieurs versions, elles ont été complétées au fil du temps et réactualisées en 2017 dans le guide de la SF2H. Elles se définissent en six axes :

- L'hygiène des mains
- Les équipements de protection individuelle (gants, tabliers, masque, etc.)
- L'hygiène respiratoire (masque chirurgical)
- La prévention des Accidents d'Exposition au Sang : AES
- La gestion des excréta (vomis, selles et urines)
- La gestion de l'environnement (entretien du matériel, des locaux, circuit du linge et des déchets)

Ce référentiel unique permet de promouvoir et renforcer toute démarche de prévention du risque infectieux tout au long du parcours de soin pour chaque patient dans les trois secteurs suivants : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville.

Ainsi, à la lecture de ces recommandations, on peut en déduire les précautions à prendre lors d'une toilette :

[14]**Ministère de la santé et le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP),** *« surveiller et prévenir les infections associées aux soins »* HYGIENES, 2010, p.61 à 65

- **l'HDM** dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini 5 indications lors d'un soin auprès du patient, c'est-à-dire 5 moments identifiés comme des indications indispensables. Ces indications sont les suivantes :
    - Avant de toucher un patient,
    - Avant un geste aseptique
    - Après un risque d'exposition à un liquide biologique,
    - Après avoir touché un patient,
    - Après avoir touché l'environnement d'un patient.

Elle nécessite le respect de prérequis à l'HDM, le soignant doit porter une tenue à manches courtes, avoir des ongles courts, sans faux ongles ni résine et ne porter aucun bijou. La friction avec la SHA doit être effectuée avant de préparer le linge et le matériel, avant de toucher le résident, avant et après le port de gants puis en fin de soin après avoir éliminé le tablier, le linge sale et les déchets.

- **Les EPI** : porter un tablier imperméable à usage unique lors de tout soin souillant ou mouillant ou exposant à un risque de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine. Le port de gants qui doivent être changés entre deux patients ou deux activités. Ils sont utilisés pour réaliser la petite toilette car il y a un contact avec les muqueuses, Ils sont mis juste avant le contact, le soin et ils sont retirés dès la fin du soin pour être jetés avant de toucher l'environnement. Les gants sont retirés s'il y a une interruption de soin et une HDM est alors réalisée. Le port de lunettes de protection est nécessaire si des projections sont probables. L'habillage, l'installation de la personne ainsi que l'aménagement sont réalisées sans gants.
- **La gestion des excréta** nécessite le port d'EPI (tablier, gants) de manière adaptée avec la réalisation de l'HDM. La vidange du bassin, urinal doit être effectuée en lave-bassin et l'élimination de la protection sans dépose au sol.
- **L'environnement :** les surfaces contaminées proches du patient/résident doivent être désinfectées en fin de soin (le tour du lit, les barrières, la sonnette, la table de chevet et l'adaptable). La réfection du lit à mains nues et sans tablier, après désinfection du matelas. Manipuler avec des EPI adaptés tout matériel visiblement souillé, linge, déchet et au plus près du soin.
- **L'AES :** l'élimination d'un objet coupant comme par exemple un rasoir, se fait avec des gants, dans un collecteur OPCT situé au plus près du soin contribue à prévenir les AES.

Il ne faut pas oublier que la toilette et les soins cutanés qui l'entourent (prévention d'escarres, changes, mobilisation) sont autant d'occasions de transmission de micro-organismes. Une hygiène rigoureuse et adaptée contribue à la prévention et à la lutte contre les IAS. La toilette appartient aux soins d'hygiène et de confort. Elle apporte un bien-être physique et psychique à la personne.

La qualité de l'hygiène corporelle reflète souvent la qualité des soins. L'hygiène et la toilette sont importantes pour la dignité de la personne, notamment dans le cadre de l'humanitude. Cet acte est aussi un temps fort pour communiquer avec la personne soignée, il permet aussi de solliciter l'individu pour qu'il soit actif aux gestes de la vie quotidienne pour maintenir son niveau d'autonomie comme le souligne Gineste Y., MARESCOTTI. Il est donc important d'allier respect des PS et humanitude.

III. ETUDE DE TERRAIN

Je me suis appuyée sur ces recommandations pour définir les critères d'évaluation des pratiques et les thèmes de formation que je vais décrire ci-dessous.

1. Présentation des objectifs et de la méthodologie

Afin de mesurer l'application des PS lors de la réalisation de la toilette, la méthode choisie se décompose en 3 phases.

La première est une étude observationnelle des pratiques des équipes soignantes dans l'ensemble des services de la structure.

La deuxième phase consiste à présenter les résultats de l'audit et mettre en œuvre dans le même temps la formation des professionnels. Un questionnaire de satisfaction est distribué en fin de formation afin d'évaluer la formation et la volonté des professionnels à modifier leurs pratiques.

Enfin, après la mise en place des moyens matériels facilitant la mise œuvrent des PS et l'accompagnement des équipes au changement un 2ème audit sera réalisé en utilisant le même support que le 1er audit (***Annexe n°1***). Afin d'organiser les différentes étapes de ce travail, un Digramme de Gant a été construit. (***Annexe n°2***).

a) Étude observationnelle

La direction et l'encadrement infirmier du CHPCA ont été informés de la démarche de ce travail réalisée dans le cadre du DU. Le plan de communication a été le suivant : j'ai d'abord informé les deux cadres de santé, la qualiticienne et la pharmacienne du CHPCA qui ont informé le directeur de l'établissement lors d'une réunion d'encadrement pour annoncer le sujet du mémoire. Ensuite les

professionnels ont été informés par moi-même lors des relèves. Une note de service a été aussi rédigée et une information a été aussi réalisée par l'intermédiaire du logiciel « planiciel ».

Une grille d'audit a été créée en prenant comme référence les recommandations nationales de la SF2H de 2017, les critères du DAMRI ainsi que le protocole de l'Établissement réactualisé en 2022.

L'observation des ressources porte le titre « logistique » dans la grille d'audit et elle a été réalisée en même temps que l'observation de la toilette le matin, afin de voir les chariots au moment de leurs utilisations. Il s'agit d'un audit ciblé pas seulement sur le geste technique de la toilette mais aussi sur tous les éléments en lien avec la prévention du risque infectieux que le soignant doit prendre en compte lors de la préparation du soin, la désinfection et l'élimination du linge sale et des déchets.

En janvier, les grilles ont été testées auprès de 5 AS. Avant chaque observation, les objectifs de la démarche étaient réexpliqués à l'agent.

Le public observé est constitué d'AS, ASFF, ASG, AMP titulaire ou non et les agents nouvellement arrivés. Sont exclus les stagiaires, les étudiants, le personnel de nuit, l'accueil de jour, l'équipe animation et hôtellerie. Seules les toilettes ont été observées ; je n'ai pas observé de douche sur mes journées de passages. La charge en soin n'a pas été étudiée bien qu'à ce jour les équipes de soin subissent des difficultés de recrutement avec mise en place régulière de procédures dégradées.

Chaque professionnel n'est observé qu'une fois. Les personnes ont été auditées de façon aléatoire dans chaque service, les matins.

La méthode est la suivante : les données sont recueillies par observation directe de la toilette (complète ou partielle, au lit ou au lavabo) à l'aide d'une fiche standardisée ***(Annexe n°1)*** comportant 51 critères répartis de la façon suivante :

- La logistique pour connaître les ressources ;
- La tenue, hygiène des mains (HDM) et équipement de protection individuelle (EPI) ;
- L'environnement : gestion du linge, gestion des déchets, désinfection du matériel ;
- La gestion des excréta ;
- L'accident d'exposition au sang ;
- L'organisation de la toilette ;
- Questions orales portant sur la désinfection des chariots de linge propre et sale dont la traçabilité et sur l'existence du protocole et d'une formation au sein du CHPCA.

Pour chaque critère, la réponse attendue est « oui » avec un objectif considéré comme atteint pour un score supérieur ou égal à 80% (couleur verte). En revanche, les pratiques restent à améliorer si le score est inférieur à 80% (couleur orange).
La grille propose à l'auditeur trois possibilités de réponses : oui, non ou non applicable (NA) pour les situations ne permettant pas de répondre à la question ou au critère d'évaluation.

L'investigation (1er tour d'audit) a eu lieu auprès des cinq services du CHPCA : EHPAD 1, EHPAD 2, UVP, UHR, médecine entre le 24 janvier et le 2 février 2023 avec un seul auditeur, moi-même, afin de rencontrer les soignants et de réaliser un recueil homogène.

Les données ont été saisies dans le logiciel Excell afin d'obtenir des graphiques. Les résultats sont exprimés en pourcentage de conformité rapporté au nombre d'observation pour le critère considéré.

b) Formation

A l'issu de l'étude observationnelle, des formations ont été organisées au sein du CHPCA. Les cadres infirmiers ont prévenu les équipes des dates par affichage et via « planiciel »[15].

Les convocations ont été réalisées en fonction des plannings des agents et la durée de la formation était de 2 heures. Les formations ont été effectuées auprès des AS, ASFF, ASG et AMP les 4, 7, 28 avril et le 23 mai.

[15]Planiciel est un logiciel répertoriant les plannings du CHPCA

Cette formation a été réalisée sur site avec l'appui de l'EMH 43. Elle était basée sur une participation active de l'assemblée, faite d'échanges et de questions réponses. Elle se déroulait de la façon suivante.

La formation débutait par une présentation des objectifs de l'audit, à l'aide d'un power-point. Le premier temps de formation réalisé à l'issue de cette présentation amenait les professionnels à se questionner sur la définition des PS. A l'aide d'un paperboard, le formateur notait les réponses et les classait en fonction des 6 thèmes des PS. Ensuite, un schéma présentant les résultats de l'audit a été projeté ***(Annexe n°3)***.

Un diaporama de formation a été créé pour relater les éléments relevés lors des observations avec les points conformes et non conformes. Une vidéo du CPIAS Occitanie[16],tournée au sein du secteur médico-social, montre l'intérêt de la mise en place des mesures de prévention du risque infectieux, les PS y sont déclinés autour de plusieurs activités de soins dont la toilette. Les professionnels pouvaient échanger sur les pratiques avec des arrêts sur image et proposer des axes d'amélioration.

En fin de formation un schéma propose le déroulé de la toilette sans et avec un guéridon de soins **(*Annexe n°4*)**. L'usage du guéridon est également expliqué pour convaincre les professionnels qu'il permet de mieux organiser le travail et qu'il favorise l'ergonomie du soin **(*Annexe n°5*)**.

Les équipes ont pu dialoguer et exposer leur point de vue vis-à-vis du guéridon. Un appel à candidature a permis de choisir 2 services pilotes pour sa mise en place. Ensuite deux vidéos du CPIAS ARA[17] sur le bon usage et le mésusage du port de gants ont complété cette formation pour apporter la compréhension de la transmission croisée et la contamination de l'environnement. Enfin, la réalisation d'un tableau à 9 cases par équipe permettait aux professionnels de dessiner dans les cases les PS qu'ils pouvaient améliorer. Les tableaux étaient mis en commun et les différences discutées pour favoriser la consolidation des acquis.

A l'issu de ces formations, une affiche information a été créé afin de permettre une consultation des résultats de l'audit réalisé dans les services ***(Annexe n°6 et 7).*** Auparavant ces résultats ont été restitués en réunion d'encadrement le 15 mai.

[16]**CPIAS Occitanie**, *« Vivre la prévention au quotidien »,* [En ligne], Consulté le 9 janvier 2023, Disponible sur :https://cpias-occitanie.fr/outils-cpias-occitanie/film-prevention-des-infections-associees-aux-soins-en-ehpad/
[17]**CPIAS ARA**, *« Gants, source de transmission croisée ? Mésusage du port de gants et bon usage du port de gants »*, [En ligne], Consulté le 20 mars 2023, Disponible sur :https://www.youtube.com/watch?v=tcCgOu3JOtQ

c) Questionnaire de satisfaction

A chaque séance de formation, un questionnaire a été distribué et renseigné par les soignants afin d'identifier leur ressenti sur cette formation et ce qu'elle leur a apporté. ***(Annexe n°8).*** Le questionnaire reposait sur 6 questions :

- L'évaluation de la formation : organisation, animation, contenu, horaire, temps.
- L'acquisition des connaissances utiles pour exercer le travail
- Si l'agent veut faire évoluer ses pratiques.
- La note attribuée à la formation.
- Le type de pratiques que le professionnel veut modifier telles que : le port du tablier, le port de gants, le port de lunettes, la désinfection du matériel, l'hygiène des mains.
- Le questionnaire se termine par une question ouverte sur les aspects positifs ou négatifs où chacun peut s'exprimer.

  Les résultats du questionnaire ont été saisis et analysés à l'aide du logiciel Excel.

d) Mise en place des moyens matériels

La mise en place des guéridons de soin dans les 2 services volontaires s'est faite en accord la direction et l'encadrement. Le ciblage de ces 2 unités est intéressant car les agents avaient des difficultés d'organisation pour réaliser les toilettes de par la prise en charge de résidents ayant des troubles cognitifs et de par l'architecture des locaux. Ensuite les équipes du matin sont moins nombreuses dans ces 2 unités soit 2 agents par service et le stock de guéridon était de 4. Un accompagnement hebdomadaire sur le terrain lors de mes journées dédiées à l'hygiène, est réalisé. Le déploiement sur le reste des services s'effectuera sur la fin de l'année 2023 et début 2024 en raison d'un financement fractionné.

e) 2ème étude observationnelle

Le deuxième tour d'audit a été programmé après la mise en place des guéridons pour observer le travail des équipes de soin et s'assurer que les apprentissages de la formation étaient appliqués. Ce temps permet également d'apporter de nouvelles explications et de pouvoir répondre aux différentes interrogations. La grille d'audit du premier tour a été réutilisée afin de pouvoir évaluer l'évolution post-formation. J'ai effectué ce 2ème tour d'audit après que les cadres de santé aient informé les équipes soignantes par affichage d'une note de service et réalisé un message sur « planiciel ».

Ce suivi a été réalisé la première semaine de juin, 2 mois après la formation et 1 mois après la mise en place du guéridon de soin dans les 2 services (UHR et UVP). Les données recueillies de

ce 2ème tour d'audit ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel. La présentation des résultats a été réalisée à l'aide d'une affiche ***(Annexe n°9)*** pour comparer les résultats avec ceux du 1er tour. Un échange auprès des équipes a eu lieu pendant les temps de relève.

2. Présentation des résultats

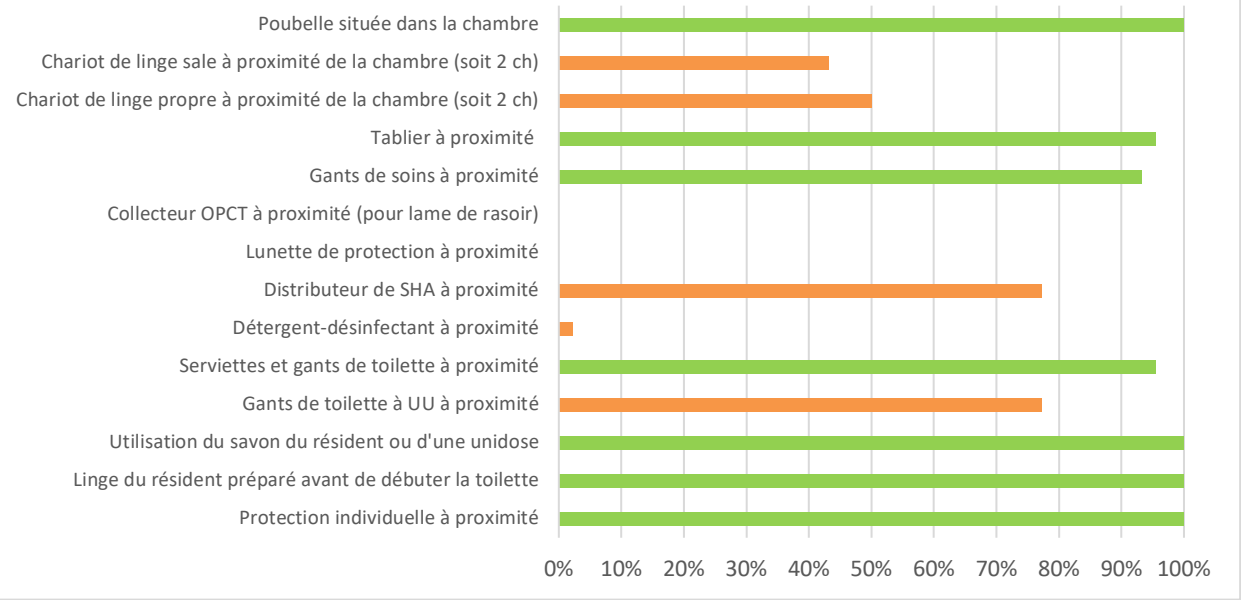
Dans cette partie, je vais décrire les résultats obtenus pour chaque phase de l'étude : 1er audit, questionnaire post formation et 2è tour d'audit.

Les résultats sont donnés en globalité pour tout l'établissement.

a) Résultats de l'audit n°1

Au total 44 observations ont été réalisées sur un effectif total d'agents éligibles égal à 55. Cela représente 80% de l'effectif audité.

LOGISTIQUE



Pour la première partie de l'observation intitulée logistique le résultat global est de 67%.

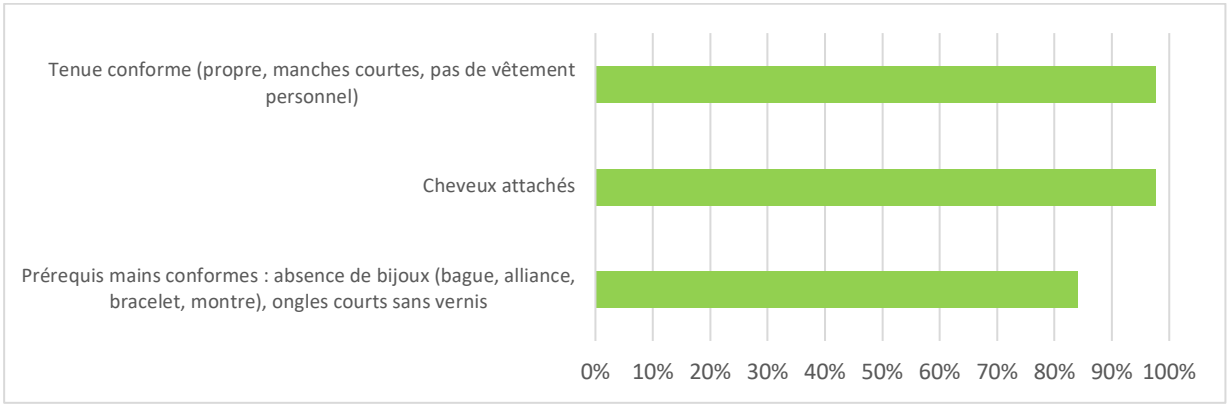
Les résultats satisfaisants avec un score ≥80% indiquent que l'établissement met à disposition une poubelle dans la chambre, et que l'organisation de l'ensemble des services permet que les protections individuelles et le linge du résident soient préparés en amont de la réalisation de la toilette. Ils montrent également que les résidents disposent de leur propre savon et que les serviettes et gants de toilette lavables, les gants de soins et tabliers sont à proximité du soin.

Les résultats non satisfaisants avec un score inférieur à 80%, concernent les chariots de linge sale (43%) et chariots de linge propre (50%) qui ne sont pas à proximité des chambres lors des

toilettes et l'absence du détergent désinfectant sur les chariots de nursing (2%). Deux services (UHR et UVP) n'ont pas le même fonctionnement que les autres et font baisser les scores de l'établissement car les SHA ne sont pas à disposition (77%) et les gants de toilettes à UU ne sont pas utilisés par tous les soignants (77%).

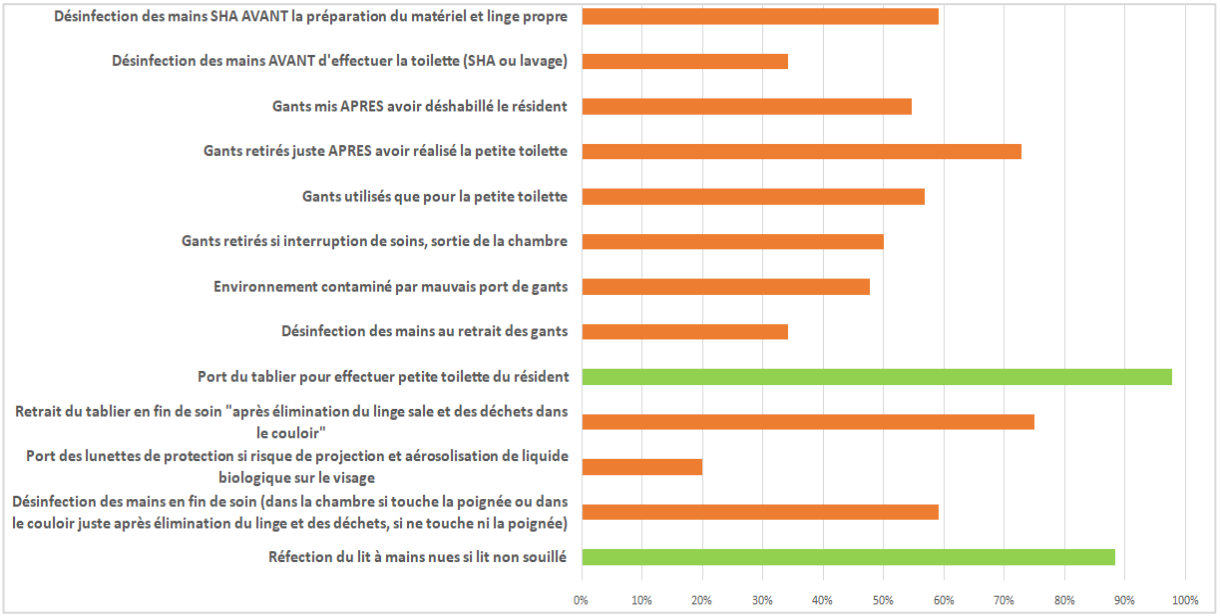
Enfin il n'y a pas de boîte OPCT (Objet Perforant Coupant Tranchant) (0%) à proximité des agents susceptibles d'utiliser un rasoir, ni de lunettes de protection facilement accessibles en cas de risque de projection (0%).

TENUE



Sur ce graphique, on constate que les résultats sont satisfaisants : la conformité de la tenue des agents et les cheveux attachés obtiennent un score identique de 98%, les prérequis à l'hygiène des mains un résultat de 84%.

HYGIENE DES MAINS ET GESTION DES EPI



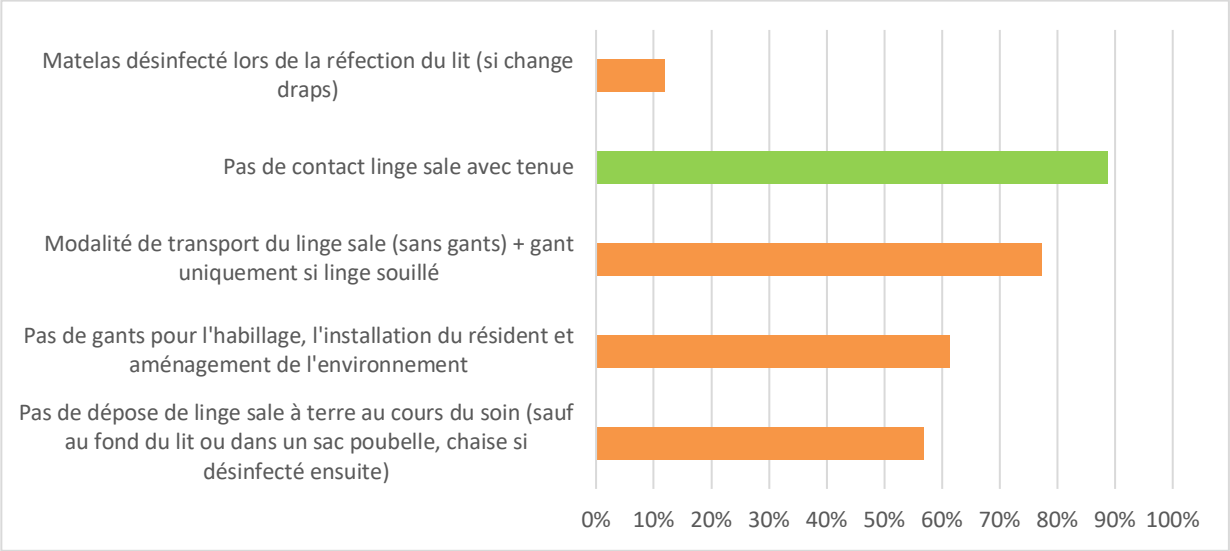
Pour ce graphique, il y a deux résultats satisfaisants, le port du tablier est obtenu à 98% et la réfection du lit à mains nues si lit non souiller est réalisée à 88%.

Cependant, on constate des résultats insatisfaisants pour l'HDM car la désinfection des mains avant de préparer le matériel et manipuler le linge propre n'est réalisée qu'à 59%. L'HDM au plus près du soin dans la chambre n'est obtenue qu'à 34%. La désinfection des mains en fin de soin est réalisée à 59%.

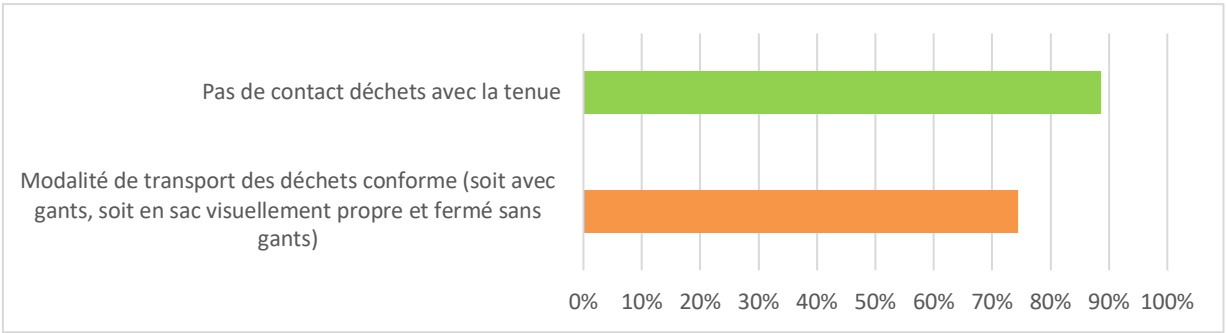
Les critères concernant le port de gants sont aussi non satisfaisants car les agents qui ne portent pas de gants pour déshabiller la personne ne sont que 55%. Les gants ne sont pas toujours retirés après avoir effectué la petite toilette (73%). Ainsi les gants ne sont utilisés que pour la petite toilette seulement dans 57% des cas et l'environnement est contaminé par un mauvais port de gants dans 48% des situations observées. La désinfection des mains au retrait des gants n'est réalisée que dans 34% des cas. Seulement la moitié des agents (50%) retirent les gants s'il y a une interruption de soin. Enfin, le port de lunettes de protection en cas de risque de projection ou aérosolisation de liquide biologique sur le visage ne serait qu'effectif dans 20 % des cas si l'on interroge les agents.

Le tablier n'est retiré en fin de soin que dans 75% des situations.

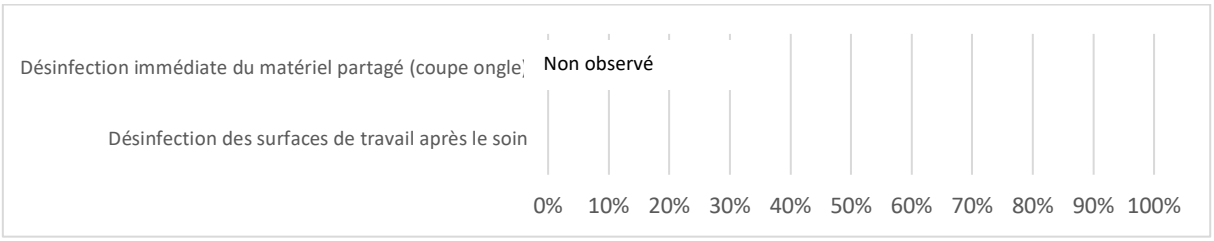
LINGE



DÉCHETS



DESINFECTION/MATÉRIEL

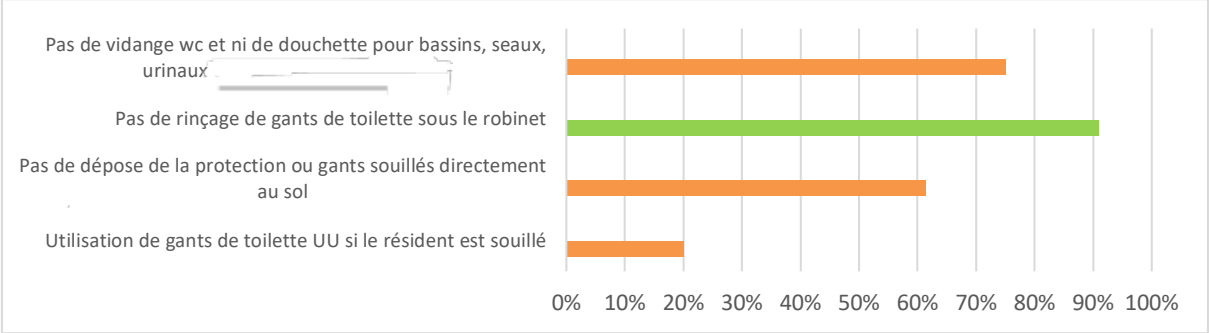


Pour la partie environnement, nous pouvons constater que le résultat global est de 47% dont la partie linge à 60%, la partie déchets représente 82% et la partie désinfection et matériel 0%.

Le point satisfaisant est qu'il y a peu de contact du linge et des déchets avec la tenue (scores identiques à 89%).

Les résultats sont globalement non satisfaisants. En effet, le linge est déposé au sol au cours du soin à 57%, la surface de travail (adaptable ou table de nuit) n'est pas désinfectée après le soin (0%) et le matelas est rarement désinfecté lors de la réfection du lit même si les draps sont changés (12%). Les modalités de transport du linge (77%) et des déchets (74%) ne sont pas toujours conformes, l'absence de gants pour l'habillage, l'installation de la personne et aménagement de l'environnement n'est pas suffisamment respectée (61%). La désinfection immédiate du matériel partagé n'a pas été observée car les soins concernés sont effectués l'après-midi.

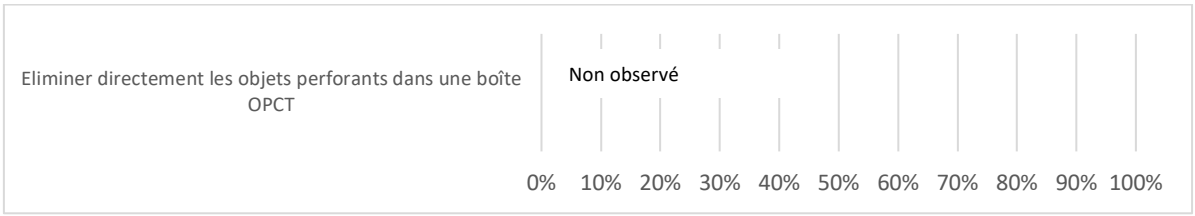
GESTION DES EXCRETA



Pour la partie gestion des excreta, nous pouvons constater que le résultat global est de 73%. L'absence de rinçage de gants de toilette au robinet est satisfaisante puisque ce critère est respecté à 91%.

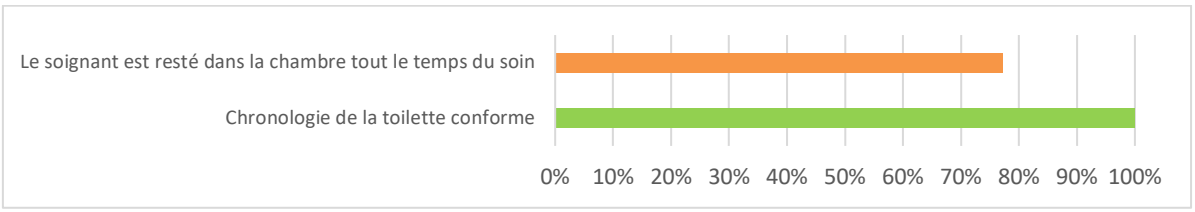
Les résultats non satisfaisants concernent, l'utilisation insuffisante des gants de toilette à usage unique si le résident est souillé (20%), l'absence de dépose de la protection au sol ou gants souillés au sol (61%). La vidange des bassins, seaux, urinaux dans le lave-bassin et la non utilisation des douchettes sont respectées à 75%.

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG



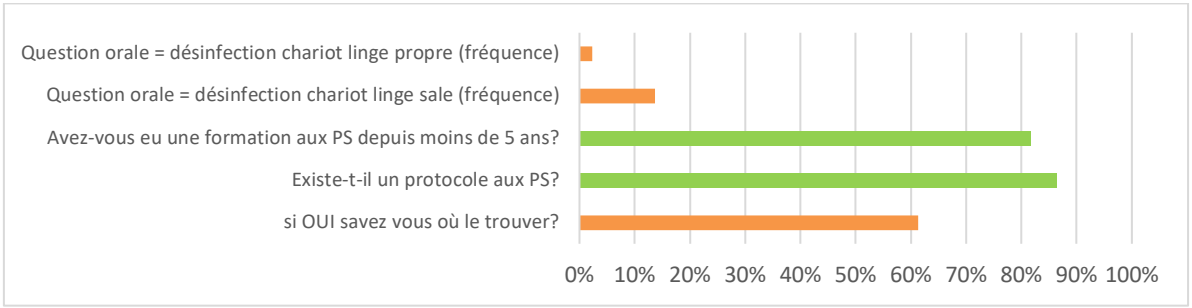
Pour la partie Accident d'Exposition au Sang, nous pouvons constater un résultat NA (non applicable) car aucun rasage n'a été observé durant les 44 toilettes.

ORGANISATION DE LA TOILETTE



Pour la partie organisation de la toilette, nous pouvons constater que le résultat global est satisfaisant (89%). La chronologie de la toilette a été respectée de façon systématique (100%). Le résultat concernant l'interruption de soin n'est pas satisfaisant car il atteint 77%.

QUESTIONS

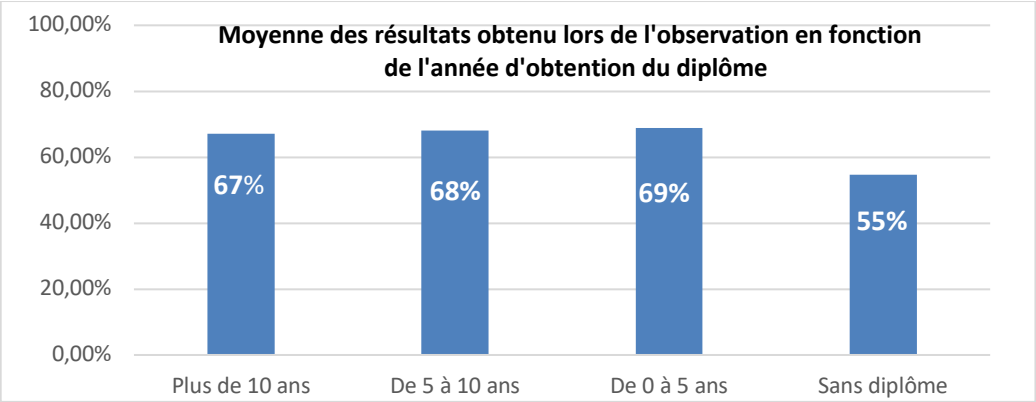


Pour la partie questions posées aux soignants, nous pouvons constater que le résultat global est de 49%.

Les résultats sont satisfaisants pour 2 questions : 82% des agents ont eu une formation au PS qui date de moins de 5 ans et 86% savent qu'il existe un protocole dans l'établissement.

Toutefois, les résultats ne sont pas satisfaisants pour 3 questions : les agents ne savent pas tous où trouver le protocole (61%), la désinfection du chariot de linge propre (2%) et la désinfection du chariot de linge sale (14%) ne sont pas réalisées.

Années de diplôme	Nombre N = agent	Nombre En %
Plus de 10 ans	18	41%
De 5 à 10 ans	9	20,5%
De 0 à 5 ans	9	20,5%
Sans diplôme	8	18%
TOTAL	44	100%

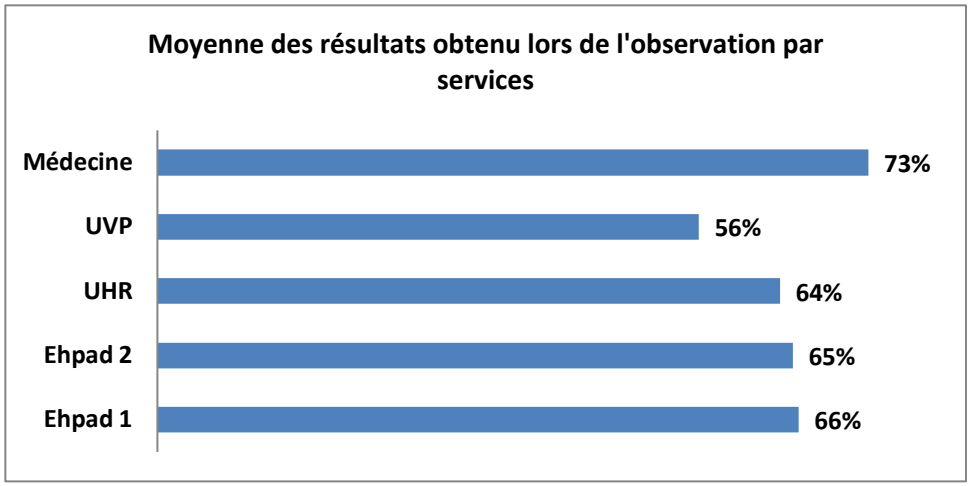


La dernière partie de l'audit est consacrée aux critères suivants : niveau d'application des PS en fonction de l'année d'obtention du diplôme.

Nous constatons que les agents diplômés depuis plus de10 ans (67%), de 5 à 10 ans (68%) et de 0 à 5 ans (69%) ont des résultats similaires en respect des bonnes pratiques, tandis que les agents sans diplôme (55%) ont des résultats inférieurs.

	Effectif total du service N = agent	Effectif audité En %
EHPAD 1 HEMERA	10	70 %
EHPAD 2 METIS/HERA	19	70 %
UHR HELIOS	9	100 %
UPV HESTIA	7	86 %
MÉDECINE HYGIE	10	90 %
TOTAL	55	80 %

Dans chaque service, au moins 70% de l'effectif a été audité.



Il est constaté que les services UVP et UHR obtiennent les scores les plus bas avec respectivement 56% et 64% de bonnes pratiques. Le service médecine obtient le score le plus haut soit 73% de bonnes pratiques. L'EHPAD 1 et 2 obtiennent des scores similaires soit 65% et 66%.

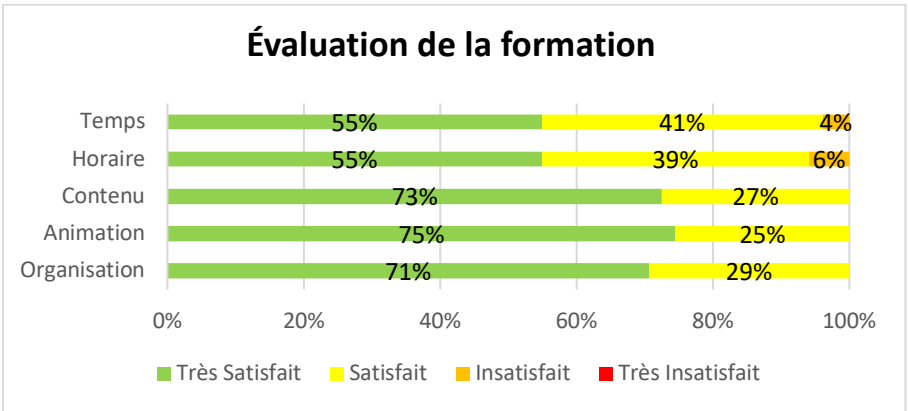
En conclusion cet audit a permis d'objectiver les pratiques et de concevoir une formation adaptée aux besoins.

b) Résultats du questionnaire post-formation

51 agents ont été formés sur un total de 55 ce qui représente 92 % de l'effectif en 4 sessions. Il est à préciser que lors de la dernière session du 23 mai, il y avait des agents nouvellement arrivés sur l'Établissement.

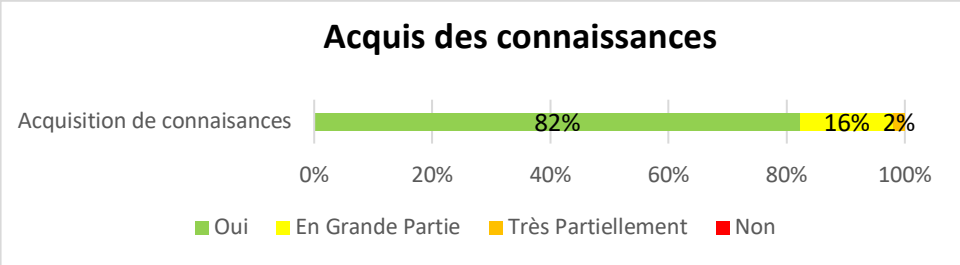
Les 51 agents formés ont renseigné le questionnaire post-formation dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Pour la question N°1 - Quelle évaluation feriez-vous de cette formation ?



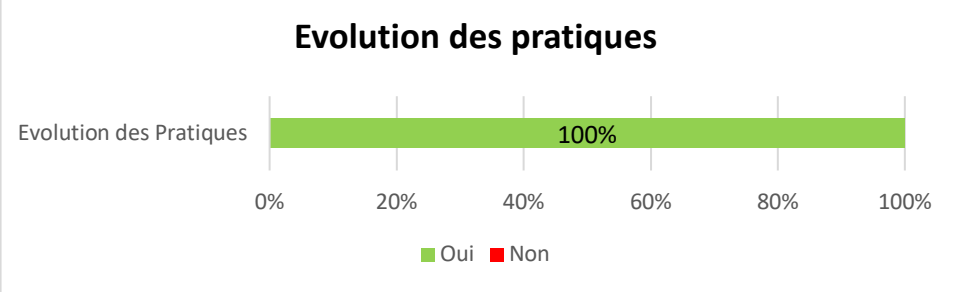
En additionnant les scores satisfaisant et très satisfaisant on obtient un résultat ≥80%. Les agents ont donc apprécié le contenu, l'animation, l'organisation, la durée et les horaires.

Pour la question N°2 - Pensez-vous avoir acquis des connaissances utiles pour exercer votre travail ?



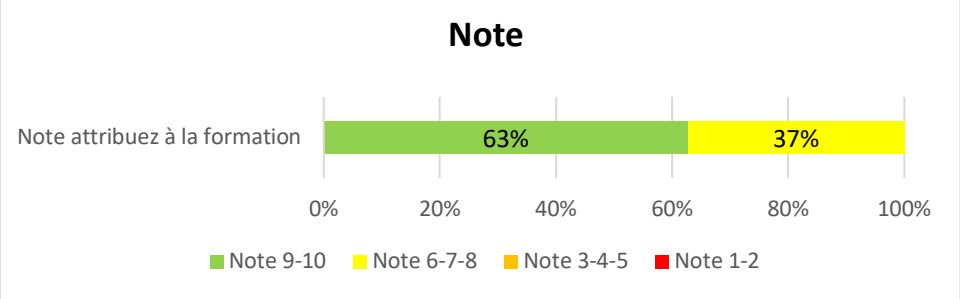
Cette formation est satisfaisante puisque 82% des agents estiment avoir acquis des connaissances utiles pour exercer leur travail.

Pour la question N°3 - Allez-vous faire évoluer vos pratiques ?



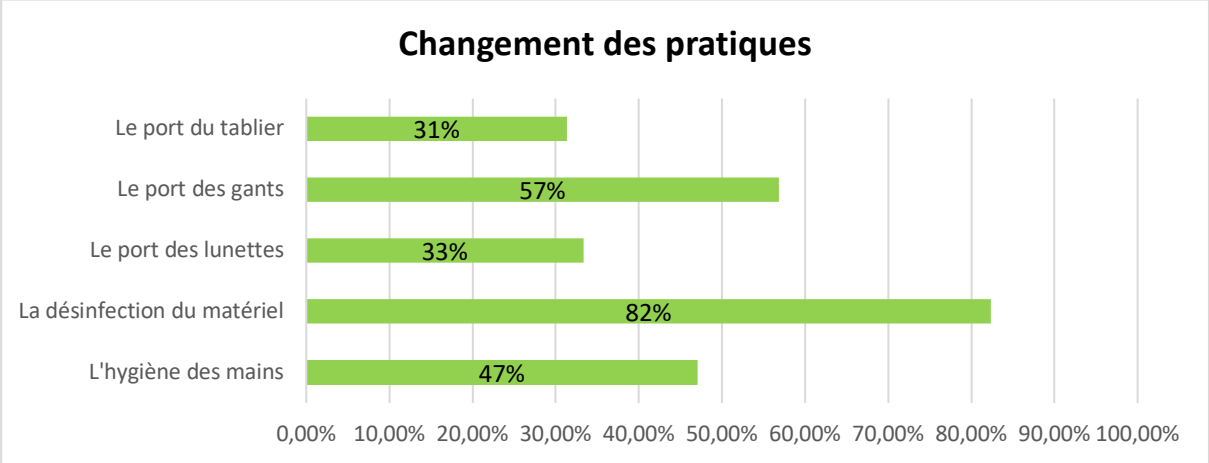
On constate que 100% des agents ont pour intention de faire évoluer leurs pratiques.

Pour la question N°4-Quelle note attribuez-vous à cette formation ?



Les agents sont satisfaits de la formation car 63% ont attribué une note à 9-10 et 37% une note à 6 ; 7 ; 8. Aucun agent a mis une note < à 6.

Pour la question N°5 - Si vous changez vos pratiques, elles concernent :



Cette question montre que les professionnels souhaitent progresser : 82% veulent s'améliorer sur la désinfection du matériel, 57% sur le port de gants, 47% sur l'hygiène des mains, 33% sur le port des lunettes, 31% pour le port du tablier.

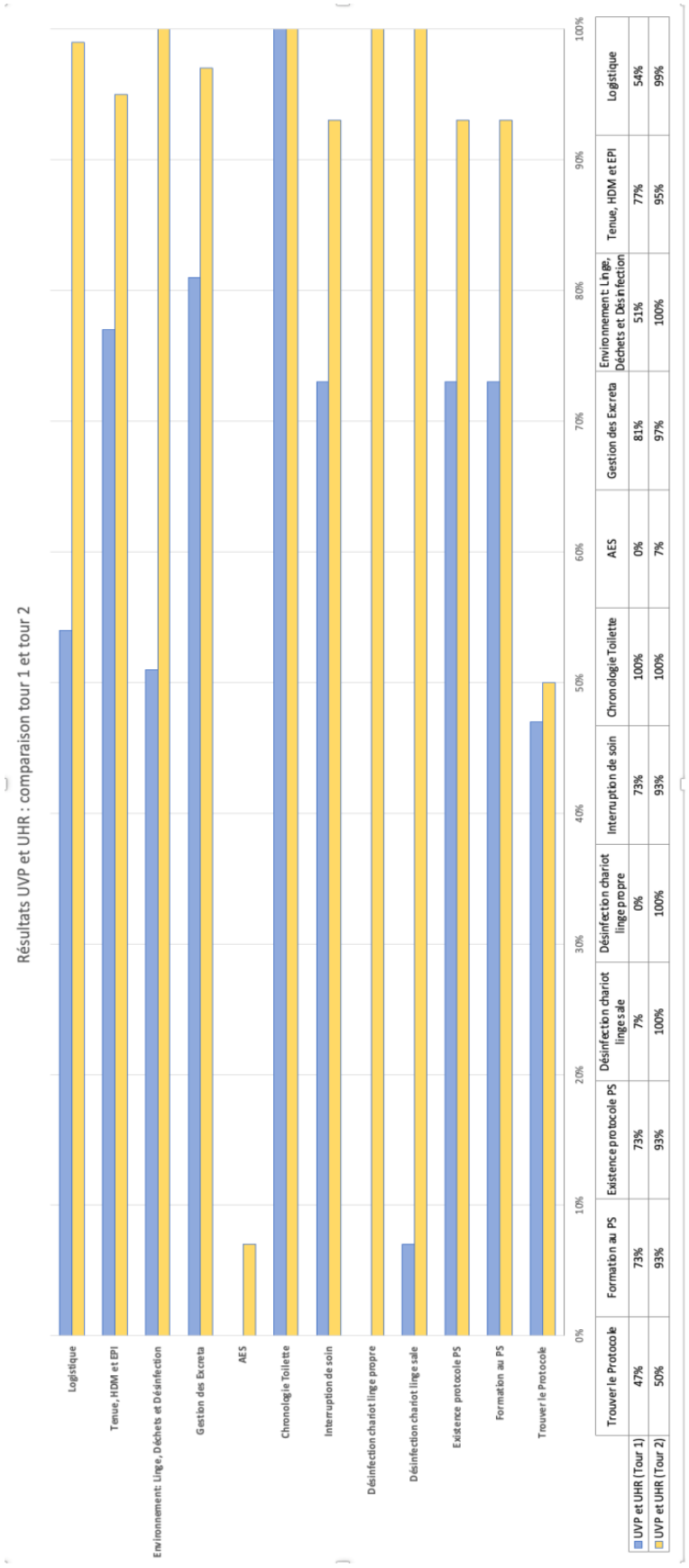
Pour la question N°6 -Vos commentaires sur les aspects positifs ou négatifs de cette formation.

Dans le tableau ci-dessous, nous pouvons retrouver les différents aspects positifs relevés par les soignants dans le questionnaire d'évaluation de la formation ; il n'a pas été noté d'aspects négatifs.

Formation très intéressante
L'hygiène est l'affaire de tous, tout le monde devrait se sentir concerné
Très complète et porte à la réflexion
Les vidéos sont parlantes
Nous montre les fautes et les bonnes actions
Pas de jugements, je me suis sentie à l'aise
Très intéressant et très utile
Très claire + ludique
Formation complète, remise à niveau, beaucoup de points à améliorer
Utile pour l'hygiène liée aux patients
Formation utile
Évaluation sur les pratiques
Bonne formation, utile pour progresser dans nos pratiques au quotidien
Beaucoup de partage et de communication
Mise en place du guéridon de soin, théorie rejoint le terrain, formation agréable et efficace
Beaucoup de participation, très satisfaisant
Formation intéressante, qui nous permettra de mieux lutter contre les transmissions manu portées
Participation collective et effective
Positive car participation avec nous
Formation intéressante qui nous permettra de mieux nous organiser dans notre travail
Un rappel est nécessaire
Formation intéressante et bonne piqûre de rappel
Formation très agréable, à l'écoute et répond parfaitement aux questions

c) Résultats de l'audit n°2

Les résultats sont mentionnés de la façon suivante : le tour 1 correspond au résultat des services UHR et UVP, extrait de ce premier tour, soit 15 agents. Le tour 2 correspond au 2ème tour d'audit qui a pu être réalisé uniquement sur les services UVP et UHR soit 14 observations.



	Trouver le Protocole	Formation au PS	Existence protocole PS	Désinfection chariot linge sale	Désinfection chariot linge propre	Interruption de soin	Chronologie Toilette	AES	Gestion des Excreta	Environnement: Linge, Déchets et Désinfection	Tenue, HDM et EPI	Logistique
UVP et UHR (Tour 1)	47%	73%	73%	7%	0%	73%	100%	0%	81%	51%	77%	54%
UVP et UHR (Tour 2)	50%	93%	93%	100%	100%	93%	100%	7%	97%	100%	95%	99%

En comparant les résultats des deux tours d'audit sur les services UHR et UVP, ceux-ci démontrent une augmentation du taux de pratiques pour chaque item.
La progression atteint 100% des objectifs pour : l'environnement, la mise à disposition du collecteur OPCT, la désinfection des chariots de linge propre et linge sale.
Les autres items comme : la logistique, la tenue, HDM et EPI, la gestion des excréta, la chronologie de la toilette, l'existence d'un protocole PS et la formation au PS obtiennent un score compris entre 90 et 100% de l'objectif, ce qui est satisfaisant.
L'item ayant le résultat qui n'a pas progressé concerne le fait de trouver le protocole des PS qui est resté à 50%.

IV. EXPLOITATION DES RESULTATS

L'analyse des résultats permet de répondre favorablement à la question de départ : « **En quoi une action de formation peut améliorer l'application des précautions standard lors de la réalisation de la toilette ? ».** En effet, une nette progression a été observée entre le tour 1 et le tour 2. Cependant l'analyse de ce travail mérite d'être approfondie. D'une part la méthode est discutable, d'autre part ces résultats sont variables en fonction des spécificités des services et doivent être comparés à d'autres études. Enfin, il est nécessaire d'envisager un plan d'actions pour poursuivre la progression.

1. Critique de la méthode

Il apparaît nécessaire de repréciser le contexte : l'audit observationnel visualise en instantané les pratiques professionnelles de manière objective, et celui-ci présente des limites car la présence de l'auditeur en l'occurrence moi-même, peut influencer le comportement de l'audité. Il s'agit de l'effet « Hawthorne » qui précise que l'audité peut faire mieux qu'habituellement s'il connaît les bonnes pratiques.

La grille d'audit n'était pas exhaustive et certaines remarques peuvent être rajoutées. Le thème sur l'hygiène respiratoire, par exemple, n'a pas été inclus dans le travail car au moment des observations, l'équipe soignante portait le masque dans tout l'établissement.

Certains critères ne pouvant pas être observés, les agents ont été interrogés sur leurs pratiques habituelles à l'oral et il est vrai que les résultats ont également pu être surestimé car non observés. Cependant les réponses m'ont parue majoritairement honnêtes comme le prouve le faible résultat obtenu sur ces items : entretien des charriots de linge propre et de linge sale. Je reconnais que le

change ayant été exclus du champ des observations, il aurait dû figurer avec les questions de même que l'acheminement d'un bassin ou urinal au lave bassin.

Ce dernier a fait l'objet d'une question car il n'a pas été observé de mise sur le bassin ou la chaise pot. En effet de nombreux résidents sont incontinents ou accompagnés au WC grâce à une chaise pot roulante s'adaptant sur le WC de la chambre.

Il est aussi à préciser que pendant les observations, il y avait 2 personnes en précautions complémentaires gouttelettes et contact et que les agents concernés au moment des soins ont bien pris les EPI présents sur les échelles situées à l'entrée des chambres, cela a créé un biais dans les résultats. Avec du recul, il aurait fallu exclure ces deux patients de l'étude. Certaines situations sont en nombre insuffisant pour garantir la fiabilité des résultats : que 5 justifiant le port de lunettes de protection, que 8 interruptions de soins, que 5 bassins/urinaux/seaux et que 5 résidents souillés (nécessitant l'utilisation de gants à UU). J'ai cependant fait le choix de les conserver car ils correspondent à ce que j'observe dans ma pratique d'IDE d'EHPAD. De plus, je souhaitais m'appuyer sur ces informations pour sensibiliser mes collègues lors de la formation.

Le critère soin de bouche, brossage des dents, dentier n'est pas sur la liste, en effet ces soins n'ont pas été observés car ils sont réalisés surtout le soir. De même les rasages n'ont pas été observés ce qui n'a pas permis d'évaluer leur mode d'élimination. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que les services sont majoritairement féminins et lors des observations aucun homme n'a été rasé à l'aide d'un rasoir jetable.

Le questionnaire après formation a également permis de relever que des aspects positifs et aucun aspect négatif. Est-ce que les agents ont répondu ainsi car je suis aussi dans l'Établissement leur collègue de travail ? Est-ce vraiment leur ressenti ? Est-ce pour me faire plaisir ?

Ce questionnaire utilisé en fin de formation pour en évaluer la qualité proposait un nombre limité de souhaits de changements de pratique de la part des agents. Ainsi, il est difficile de comparer leurs souhaits et ce qui a été observé lors du second tour. Leur premier souhait, la désinfection du matériel et des charriots est passée à 100%. Il faut préciser que la bassine n'était pas utilisée dans la structure et qu'elle a été mise en place en même temps que le guéridon. Les souhaits suivants sont tous contenu dans le chapitre tenue, HDM, EPI qui atteint les 95%. Cependant aucun choix libre n'était proposé. Peut-être que les professionnels auraient choisi d'avoir le matériel nécessaire à proximité puisque l'item logistique à progresser jusqu'à atteindre 97%.

Ensuite, je pense qu'il est difficile de conclure que seule la formation a eu un impact sur le changement de pratique. D'abord, je n'ai pas évalué les connaissances des professionnels avant et

après la formation de façon formalisée et mesurable. En effet, j'ai interrogé le groupe en début de séance puis je leur ai demandé de réaliser des tableaux à 9 cases en fin de séances, mais certains agents présents ne se sont pas montrés très participatifs.

Enfin, le second tour d'audit a été concentré sur les 2 services dans lesquels le guéridon a été mis en place. En effet, le succès de ces services pilotes devait conditionner l'achat des guéridons pour les autres services. Je regrette que mon emploi du temps ne m'ait pas permis d'évaluer l'impact de la formation dans les services pas encore équipés de guéridons. Je pense également que le faible effectif de ces unités protégées est un atout pour accompagner un changement. Cet exercice risque d'être plus difficile dans des équipes plus nombreuses comprenant des éléments non collaborant.

2. Analyse et discussion des résultats

Malgré les limites de cette étude, les résultats obtenus vont permettre de progresser.

Le 1er tour d'audit a mis en évidence des non conformités mais les discussions qui ont eu lieu pendant les temps de formation ont permis d'évoquer les causes et des solutions ont été proposées.

a) Analyse des observations

- **Formation initiale**

L'analyse des résultats a démontré que les professionnels sans diplômes respectaient moins les PS (55%) que les agents diplômés (68%). Cette constatation est identique à celle d'une étude réalisée par l'EMH Est-Hérault Sud-Aveyron[18] où il est dit que les professionnels sans diplôme appliquent moins bien les PS. En effet sur 162 observations réalisées, il a été vu 59 AFF et les non conformités concernaient la réalisation de la friction avec la SHA au cours et en fin de soin (12%), le port des EPI (17%), l'évacuation du change anatomique (63%), la manipulation du linge propre et l'évacuation du linge sale (14%), la désinfection du matelas et la désinfection du matériel (19%). On peut aussi l'expliquer par le contenu du module hygiène qui est différent en fonction des diplômes AS, AMP. La formation des IDE et AS en hygiène est bien uniformisée. L'enseignement de l'hygiène lors de la formation des AMP bien que figurant dans les programmes est moins effectif et il existe des variations probables en fonction des lieux de formation. Depuis l'arrêté du 29 janvier 2016[19] relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social (DEAS) qui a remplacé les diplômes d'AVS et d'AMP, la formation intègre un module spécifique

[18] **P. Chaize, A. Burtin, M. Creugny, et al**., *« Audit d'observation des toilettes en EHPAD : impact de l'organisation »,* HYGIENES, 2023, volume XXXI, N°3, p.219-224, Consulté le 20 mars 2023.
[19] **Legifrance**, *« Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social »,* [En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031941478

sur *« l'accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne dans le respect de cette personne et des règles d'hygiène et de sécurité* ». Les professionnels ayant bénéficié des anciennes formations ou d'une validation des acquis de l'expérience n'ont pas reçu cet enseignement spécifique aux notions d'hygiène. Il est bien dit dans le décret de compétence que les IDE ont en charge la réalisation et le suivi de la toilette dans de bonnes conditions or il n'a pas été observé d'IDE qui encadrait les agents non diplômés. Ceci démontre l'importance de la formation des nouveaux arrivants dans la structure.

- **Hygiène des mains**

Les critères en lien avec l'HDM sont moins respectés à l'UVP et l'UHR. Après discussion, il s'avère que la disponibilité de la SHA pour effectuer HDM est effective dans toutes les chambres de résidents et patient sauf pour les services UVP et UHR du fait des troubles des résidents.

Après la formation, des SHA Pocket ont été mis à disposition des professionnels avec explication pour l'utilisation. Cependant, les agents confirment qu'ils les utilisent peu car soit ils oublient, soit le flacon s'ouvre dans la poche. Ce n'est pas l'utilisation du SHA pocket qui a augmenté au moins partiellement les résultats au 2è tour car au moment de l'observation aucun n'avait pris le flacon en poche et ils utilisaient la SHA placé sur le guéridon en disant que c'était plus pratique.

Les quelques ports d'alliance observés, sont justifiés par les agents comme étant un oubli. En France, les professionnels de santé déclarent faire une friction des mains avant de toucher un patient dans moins de 80% des cas[20]. Au CHPCA, les résultats sont très inférieurs, cela est certainement dû à une méconnaissance de l'importance de transmission croisée et aussi parce que à l'UVP et l'UHR la SHA n'est pas à disposition au plus près du soin.

L'utilisation du guéridon va permettre de mieux respecter les indications de l'OMS.

A titre d'exemple, l'évaluation nationale de la consommation de SHA dans les EHPADs en France en 2018-2019 souligne la marge de progression significative existante : seules une à deux FHA par jour et par résident étaient réalisées pendant cette période, ce qui correspond à peine à un port de gants par jour et par résident[21]. En 2022 au CHPCA en EHPAD elle est de 2 frictions par résident et par jour alors que les recommandations sont de 4 et en service médecine, elle est de 9 frictions par patient et par jour alors que les recommandations sont de 10.

[20] **Anne-Gaelle VENIER**, *« Eviter les contaminations lors des soins »*, 2021, édition le Coudrier, P.78
[21] **E. PERCHAT, S. Pudewill, A. Maurand, et al**., *« Les déterminants de l'usage des gants en EHPAD »,* HYGIENES, 2023, volume XXXI, N°1, p.39-44, Consulté le 5 juin 2023.

Sur cette partie on peut aussi soulever le mésusage du port de gants qui est un frein à l'HDM. Il a été observé que les agents portaient des gants à 45% dès l'entrée dans la chambre et qu'ils les gardaient jusqu'à avoir réalisé la petite toilette voire même pour habiller le patient (27%) et lui mettre son dentier. Les soignants n'ont pas d'explications claires, probablement le poids de l'habitude, ils semblent ne pas se rendre compte du risque. Cela prouve que pour progresser sur ce thème, il va falloir allier sensibilisation au risque et accompagnement pour « casser » la routine et rompre les habitudes.

- **EPI**

L'association formation et guéridon a permis un meilleur port des EPI puisque les gants sont a proximité (gants portés juste avant le geste qui le nécessite, retirés dès le geste effectué, changés autant que nécessaire). Le tablier est également mis et retiré dans la chambre. Il n'y a donc plus de port d'EPI dans les couloirs.

Après la réalisation du premier audit, la mise en place de distributeurs de rouleaux de tabliers dans tous les couloirs des services a facilité leur accès et leur stockage de proximité. Un indicateur de consommation des tabliers (tout comme de la SHA) est en cours de construction afin de suivre au plus près les unités distribuées.

Parmi les agents qui ne portaient pas le tablier, une seule personne a reconnu qu'elle ne voyait pas l'intérêt du tablier. Ayant assisté à la réalisation d'un soin complexe auprès d'une résidente « souillée », j'ai pu faire preuve de pédagogie et lui expliquer la nécessité de l'utiliser. L'agent a alors compris son importance.

Bien qu'aucune situation à risque de projection au visage n'ait été observée, les lunettes de protection ne sont présentes sur aucun chariot de soins car les soignants considèrent qu'ils ne sont jamais exposés. Pourtant, dans la discussion, plusieurs ont reconnu avoir déjà reçu une goutte d'urine dans les yeux lors de la vidange d'un sac collecteur d'urine, en remettant le T dans la loge.

- **AES**

Bien qu'il n'ait pas été observé d'utilisation d'objets coupants comme un rasoir, certains agents m'ont dit que s'il fallait éliminer un rasoir jetable, il était emmené *« dans la boîte jaune des infirmières ou sinon il est jeté à la poubelle »*. Cela est dû à l'absence de collecteur OPCT à proximité du soin et aussi parce que les agents n'avaient pas la notion que toute coupure avec une lame sur laquelle demeure du sang frais est un AES et qu'il y a une conduite à tenir et à respecter. De plus, une lame est un objet coupant qui doit être éliminé dans un conteneur pour OPCT.

Pour remédier à cette difficulté, le collecteur OPCT a été placé sur la partie inférieure du guéridon de soin ou sur le chariot de linge sale dans les services n'ayant pas encore de guéridons.

- **Gestion des excréta**

Comme stipulé dans la stratégie nationale, la gestion des excréta est un point important de lutte de diffusion de l'antibiorésistance et l'audit a permis de constater que les agents ne rincent pas les gants de toilette sous le robinet car l'établissement dispose d'une dotation très suffisante pour travailler au quotidien et changer de gants autant que nécessaire. Ainsi l'environnement n'est pas contaminé.

Les gants de toilette à usage unique sont peu utilisés car certains agents de certaines unités, comme l'UHR et l'UVP, n'étaient pas au courant qu'ils étaient à disposition et certains ne savaient pas où les trouver.

Par contre, il a été vu de la dépose de protection au sol par certains professionnels qui expliquent ce geste par le fait que le bionettoyage est effectué après leur passage. Il faut préciser que le bionettoyage est réalisé quotidiennement en service médecine mais seulement un jour sur deux sur les services de l'EHPAD. Une information a donc été réalisée lors de la formation.

D'autres travaillent en utilisant le sac plastique présent dans la poubelle de la chambre ce qui limite la contamination.

Sur la partie EHPAD, seuls 2 résidents sont porteurs d'une Sonde A Demeure (SAD) qui est vidangée dans une cantine acheminée au lave bassin. J'ai pu observer deux situations avec vidange du sac collecteur d'urine en EHPAD et les agents ont bien vidangés les sacs dans une cantine acheminée au lave bassin en étant équipés d'un tablier et de gants mais il n'a pas été réalisé la désinfection du robinet de la SAD avec une compresse imbibée d'un antiseptique alors que le matériel était à disposition en chambre. Par ailleurs quand un urinal est utilisé de jour ou de nuit, par le résident celui-ci est emmené au lave bassin d'après les dires des professionnels. Concernant le service médecine, les agents ont bien utilisé le lave bassin s'il y avait un urinal ou un bassin à laver pourtant le lave bassin est excentré du service. En effet, ils ont bien pris l'habitude, suite à mes passages réguliers et explications donnés en relève.

- **Environnement**

La partie « environnement » comporte : le linge, les déchets et la désinfection du matériel et des surfaces de travail.

Au tour 1 comme au tour 2 de l'audit, les chariots de linge sale/déchets et de linge propre ne sont pas toujours à proximité de la chambre pour travailler, cela entraîne des déplacements évitables

qui pourraient être à l'origine de transmission croisée de microorganismes. L'explication est que les agents ne disposent que d'un chariot pour deux et qu'ils travaillent parfois à l'opposé l'un de l'autre afin de respecter les horaires et souhaits des résidents selon les principes de l'humanitude. De plus, j'ai pu constater pour les services UHR et UVP que les agents ne déplaçaient pas leurs chariots à proximité de la chambre du résident du fait des risques inhérents aux patients désorientés. A cela s'ajoute la contrainte architecturale de ces 2 services car les agents sont tenus de traverser les salles à manger avec le linge et les déchets. En effet, les chambres sont réparties de part et d'autre et aucune autre circulation n'a été prévue à la construction. Au contraire le service médecine, obtient des résultats bien corrects pour cette partie car depuis le début de l'année il a été instauré une organisation de travail en secteur et cela facilite l'accès au chariot au plus près du soin.

Au tour 1 malgré ma présence, j'ai pu constater que les agents déposaient majoritairement le linge au sol (57%) et ils argumentaient ce geste par le fait qu'ils ne savaient pas où le poser. Les modalités de transport du linge et des déchets n'étaient pas non plus conformes puisque les agents n'avaient pas d'autres choix que de les prendre dans leurs mains avec leur EPI dans le couloir. Au tour 2, le guéridon a permis de poser les déchets et le linge sale sur la partie basse de celui-ci. Il n'a pas été constaté de linge ou de protections sales déposés au sol. Les EPI sont quittées dans la chambre.

Concernant l'entretien du matériel et surfaces de travail qui n'était pas réalisé au tour 1, les agents expliquent qu'avant ils avaient un spray à disposition et que celui-ci a été remplacé par l'utilisation de lavettes microfibres pré imprégnées. Ces lavettes ne se trouvent pas à disposition au plus près du soin car elles sont stockées à des endroits éloignés des chambres : les cuisines des salles à manger en EHPAD, les chariots de ménage, les locaux lave-bassin et les salles de soins. La progression au tour 2 est liée à la mise en place sur le guéridon au choix de l'agent soit d'un spray qui est rempli le matin à la centrale de dilution avec du DD, soit d'un seau contenant des lavettes pré imprégnées de DD.

Au tour 1 les professionnels ne disposent pas de conduite à tenir précise pour la désinfection des chariots. Beaucoup ont signalé que la désinfection se faisait le dimanche pour le chariot de linge propre et *« lorsqu'il était sale »* pour le chariot de linge sale. Il n'y a pas de fiche de traçabilité mise en place. Au tour 2, une organisation a été portée par l'encadrement. Des fiches de traçabilité journalière et hebdomadaire pour un bionettoyage plus approfondi ont été mises en place sur chaque chariot de linge propre et sale.

Les bons résultats en lien avec l'absence de matériel partagé, s'explique car chaque résident possède son nécessaire de toilette. Par contre, la coupe des ongles qui se fait avec un coupe ongle partagé, n'a pas été observée. Ce soin est souvent effectué au moment de la douche et les professionnels ont indiqué oralement qu'il le désinfecte entre chaque patient. De plus, ils ont plusieurs coupe ongles à disposition.

Enfin, j'ai constaté que les agents réalisent la toilette de façon chronologique. Ils s'adaptent au patient/résident en fonction de son degré d'autonomie et aussi en fonction de l'urgence du soin mais toujours en respectant une logique adaptée à la prévention du risque infectieux.

J'ai pu également observer que l'interruption de soin était souvent due à une mauvaise anticipation du matériel ou à la collègue qui avait besoin d'aide ou d'une réponse au téléphone. Le guéridon oblige le professionnel à réfléchir son soin et permet d'anticiper plus facilement le matériel nécessaire mais il ne peut pas pallier aux 2 dernières situations.

En conclusion, j'ai réalisé les mêmes observations que l'EMH Est-Hérault Sud Aveyron, en 2021[22]. Elle a aussi constaté qu'il était nécessaire d'accompagner les équipes réalisant les soins de nursing et que les difficultés d'application des PS concernaient : le respect de l'HDM, le port du tablier plastique et le bon usage du port des gants de soin. Dans cette étude a été mis en avant que l'utilisation *« d'un chariot de soins permettait d'entrer le matériel puis de sortir le linge sale et les déchets afin de sécuriser leur transport de la chambre vers les sacs collecteurs »*.

Lors de ce deuxième tour les agents étaient fiers de montrer leur implication. L'association formation et la mise en place du guéridon a permis à la logistique d'obtenir 100% de bonnes pratiques car l'organisation est facilitée, le soin est anticipé. Le matériel nécessaire est suffisant et il est déposé sur une surface propre car le guéridon est désinfecté entre deux patients/résidents.

b) Analyse de la formation et du questionnaire

J'ai mené ce projet selon la roue de Deming[23] qui est une méthode permettant d'améliorer la qualité. Le principe de cette méthode est d'améliorer continuellement les différents problèmes en suivant une démarche précise axée sur 4 actions successives : Préparer, Mettre en œuvre, Vérifier puis Agir. En effet, un protocole a été mis en place en 2022, une formation a été faite en 2022, une observation des pratiques a été réalisée en 2023 et comme les résultats ne sont pas satisfaisants cela

[22]**EMH est-Hérault Sud Aveyron**,*« audit observation des toilettes en ehpad : impact de l'organisation »,* [En ligne], Consulté le 18 mars 2023, Disponible sur :https://www.hygienes.net/publication-scientifique/audit-dobservation-des-toilettes-en-etablissement-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-impact-de-lorganisation

[23]*« La roue de Deming »,* [En ligne], Déc. 2021, Consulté le 18 mars 2023, Disponible sur :https://www.etudes-et-analyses.com/blog/gestion-de-projet/roue-deming-definition-methode-exemple-27-12-2021.html

a permis d'établir un plan d'actions afin de les améliorer, en commençant par cette formation de 2023.

Concernant le suivi d'une formation aux PS dans les 5 dernières années, 82% ont répondu positivement car il a été instauré depuis ma prise de poste un temps de formation aux PS à tous les agents de l'établissement et aux nouveaux arrivants. Même si les audités se souviennent avoir été formés, ils n'ont pas mis en application tout ce qu'ils ont appris, ce qui m'a conduit à réactualiser le support de la formation. Le 18% restant sont soit des nouveaux, soit des agents qui ne s'en souviennent pas ou qui ne l'ont pas suivi.

Il est important de mettre en place un outil d'évaluation à la fin de la session pour connaître les points forts et les points faibles de la formation réalisée et donc la faire évoluer pour l'améliorer. Les formations ont été effectuées en petits groupes ce qui a permis aux agents de bien participer et a donné une dynamique de groupe.

Durant ces temps de formation un appel à candidature pour la mise en place du guéridon de soin a été effectué. La majorité des professionnels étaient volontaire pour son utilisation afin de mieux respecter les recommandations d'hygiène. Ce réajustement est avancé comme un allègement de leurs pratiques et finalement accueilli comme une facilitation de leur travail au quotidien. Il est démontré dans une étude réalisée en 2008 dans six établissements de santé de la région Rhône - Alpes que *« l'utilisation d'un guéridon diminue de façon significative le nombre de non-conformités d'hygiène au cours de la toilette. Le guéridon oblige à anticiper pour préparer avant le soin, le matériel nécessaire en le déposant sur le guéridon, améliorant ainsi l'ergonomie (diminution des allées et venues) et l'hygiène (le guéridon ne passe pas de chambre en chambre sans désinfection et constitue un plan de travail adapté[24]) »*

D'ailleurs, il est ressorti du questionnaire que tous les professionnels ressentaient le besoin de faire évoluer leurs pratiques.

La formation aux PS a été un moment important dans le déroulé de ce travail car elle a permis d'être au plus près du soignant pour l'accompagner dans son travail au quotidien. Comme nous l'avons abordé dans le cours Management, pédagogie et communication du DU hygiène : la formation constitue un pilier important dans nos établissements. Une action de formation se définit : *« comme un parcours pédagogique permettant d'atteindre un objectif professionnel »* Elle peut être réalisée en situation de travail ou à distance. Elle doit comporter : un intitulé, un ou des objectifs, un contenu, la durée, la période de réalisation, les modalités de déroulement et le suivi. Je pense avoir

[24] **S. REBOUX, S.LEVET, C.BRAUX**, *« Toilette du patient dépendant : comment sont appliqués les précautions standard d'hygiène ? »* HYGIENES, 2008, volume XVI, N°2, p.147, Consulté le 19 juin 2023.

réussi car les agents ont attribué une note entre 9 et 10 en grande majorité et 82% estiment avoir acquis des connaissances.

Selon Vygotski *« pour être adéquate, une activité d'apprentissage doit se situer dans la zone proximale de développement de l'apprenant, c'est-à-dire à mi-chemin entre ce qui est trop simple et ce qui est trop complexe*[25] *»*. Ainsi, lors de la première partie de la formation, il leur a été demandé de citer les PS ; il s'agit d'une connaissance simple pour certains et d'une mise à niveau pour d'autres. De plus, la diffusion du film a permis de montrer que la formation est réaliste car les gestes sont faits par d'autres professionnels. Le fait de projeter un film en expliquant avec des arrêts sur image les différentes précautions standard a permis des échanges, des questions, des interactions. L'intérêt majeur est que les soignants ressortent de cette formation avec davantage d'acquis et davantage de connaissances concernant les PS et la conviction qu'il est possible de les mettre en pratique sur le terrain.

Le support et l'animation de la formation ont toute leur importance. Selon Edmond Marc : *« on définit souvent la communication comme une transmission d'informations. Mais cette vision est beaucoup plus étroite. Nous communiquons aussi pour nouer des relations, pour partager des émotions et des sentiments, pour agir sur autrui, pour conforter notre identité ou celle des autres. La communication comporte les plus souvent deux visées distinctes : faire passer un contenu et définir la relation entre les interlocuteurs ».* En effet, quand l'hygiéniste prend le temps d'écouter et propose des aides adaptées en pleine conscience des difficultés des soignants, il n'est pas perçu comme un « gendarme », il est plus écouté et obtient de meilleurs résultats. En effet, les mesures d'hygiène n'étaient souvent pas appliquées par manque de connaissance ou par manque de moyens de la part du personnel soignant. La mise en place de la formation et des moyens adaptés a permis d'augmenter leurs connaissances à ce sujet et de faciliter leur mise en œuvre.

Au tour 1 les agents savent à 86% qu'il existe un protocole mais ont des difficultés à savoir où le trouver. 80% des professionnels audités ayant 5 ans d'ancienneté dans la structure, on pourrait penser qu'ils le connaissent et savent comment y accéder. Par ailleurs comme les professionnels en fin de carrière maîtrisent moins bien l'outil informatique, des classeurs de protocoles ont été mis en place dans chaque service lors de ma prise de poste et sont actualisés régulièrement car les équipes sont encore demandeuses de supports papiers. L'information et la mise en place de ces classeurs pour trouver le protocole papier n'a pas été assez explicite.

Les professionnels peu expérimentés sont également plus demandeurs pour consulter les protocoles par crainte de réaliser des erreurs alors que les professionnels expérimentés n'ont pas

[25] **HEC MONTREAL**, « La zone proximale de développement », [En ligne], Déc. 2021, Consulté le 18 mars 2023, Disponible sur :https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Zone_Proximale_de_Developpement.PDF

toujours conscience que les recommandations évoluent et que les pratiques apprises ne sont plus d'actualités. Dans tous les cas, il est indispensable que chaque agent sache où trouver les bonnes informations.

Or, le récent changement de logiciel de gestion documentaire (Qualnet) peut expliquer la difficulté des équipes à trouver le protocole. Afin de pouvoir former les agents à l'utilisation de ce logiciel, la qualiticienne a mis en place des temps de formation après le tour 2, l'évolution reste faible car la totalité des agents n'est pas encore formée.

L'étude effectuée au CH de Saumur par l'EOH[26] qui portait sur *« l'évaluation des connaissances, freins et facilitateurs vis-à-vis de l'application des PS en secteur sanitaire et médico-social »* et présenté au congrès de la SF2H en 2018 à Montpellier décrit : les freins à l'application des PS selon les catégories professionnelles. Les AS pensaient avoir un faible risque infectieux dans le service (54%), avaient un sentiment de ne pas faire courir un risque au patient (52%) et le matériel n'étaient pas à proximité (51%). Les ASH répondaient eux : le manque de connaissances (25%), manque de temps/charge de travail élevé (23%), sentiment de ne pas faire courir un risque au patient (18%). Ces résultats démontrent des points de vue différents qui se rapprochent de cette enquête.

Pourtant, la réalisation du deuxième audit après la mise en place du guéridon montre une nette progression des pourcentages pour chaque critère observé. La formation a permis aux professionnels de bien penser l'usage du guéridon et d'apporter des solutions à la majorité des critères non-conforme. De plus un audit de la toilette réalisé en région grenobloise en 2008[27] a mis en évidence la diminution des non conformités grâce à l'utilisation d'un guéridon de soins. La mise en place du guéridon de soins sur les services UHR et UVP montrent bien cette tendance.

Il est possible de considérer que l'introduction du guéridon a largement modifié l'organisation du soin. Bien qu'il ait fallu assister à la formation pour comprendre comment l'utiliser, il a inévitablement eu un impact sur la logistique et par conséquent sur le respect des PS.

3. Perspectives et proposition d'un plan d'actions et d'amélioration

Connaître les points faibles et les compétences des équipes m'a permis de créer un plan d'actions qui va permettre l'accompagnement des professionnels vers une amélioration continue de leurs pratiques professionnelles. Il sera principalement axé sur les cinq points suivants.

[26]**S.PERRON, M.CHAPU, S.TYTGAT et al.***« Evaluation des connaissances, frein et facilitateurs via à vis de l'application des PS en secteur sanitaire et médico-social »*, EOH Equipe Saumur, 2018

[27]**Braux C., Mallaret MR., Vérit B, et Al.***, « Toilette du patient dépendant : comment sont appliqués les précautions standard d'hygiène ? »* Hygiènes 2008 ; 2, p.143-148

a) Former les correspondants en hygiène

Suite à cette étude, je souhaite proposer au CLIN plusieurs actions notamment celle de former plus souvent les correspondants en hygiène qui sont une aide précieuse sur le terrain. En effet, une réunion par trimestre semble l'idéal à organiser, même si la fréquence peut paraître contraignante. Actuellement, elle est réalisée une fois par an et en petit groupe. Le CHPCA dispose d'un correspondant en hygiène dans chaque service aussi bien de jour que de nuit. Il est donc regrettable de ne pas s'appuyer davantage sur ce relais de terrain.

b) Continuer la mise en place des guéridons

Il semble opportun de continuer la mise en place des guéridons au sein de l'EHPAD et de la médecine, dès la réception du matériel. Il est important, d'uniformiser les pratiques à l'échelle de l'établissement puisqu'il existe une mobilité annuelle des professionnels des services. Il faut rajouter que les équipes étaient volontaires et que l'essai des services pilotes est très prometteur.

En même temps que la mise en place des guéridons, il peut être affiché son utilisation imagée à un endroit stratégique comme sur le charriot de linge propre et faire en sorte que les professionnels sachent à qui s'adresser pour toute question (par exemple les correspondants en hygiène). Il peut être aussi affiché à l'emplacement du rangement du guéridon.

c) Réaliser un compagnonnage

La réalisation d'un compagnonnage soutenu permettra l'harmonisation et la pérennisation des bonnes pratiques au sein de l'établissement. Cela permettra aussi de rompre les habitudes. Ce travail pourra être réalisé au départ sur du temps dédié supplémentaire en accord avec la direction et l'encadrement pour le déploiement du guéridon de soin pour le reste des services. Ensuite le suivi sera réalisé sur le poste IDE EOH.

d) Former à l'HDM

Mettre en place des actions en lien avec l'HDM, de manière plus régulière permettrait d'approfondir les connaissances des différents agents afin de limiter la transmission croisée. Connaître est le préalable à la bonne mise en application mais ne garantit pas pour autant les respects de ces connaissances lors des gestes quotidiens. Des audits de pratique sont nécessaires en complément. Une demande d'achat de matériel comme un caisson pédagogique pour réaliser des formations pourrait être envisagé par l'établissement.

e) Faire évoluer la formation existante

Enfin, la formation existante est à réactualiser et redynamiser. En effet, celle-ci a été créée sans avoir les acquis du DU et sans outil d'évaluation. Il semble pertinent de continuer à proposer cette formation aux nouveaux arrivants pour éviter les dérives dans le temps. Organiser cette formation en réalisant des ateliers permettrait d'obtenir une plus grande implication des professionnels. Le format court d'environ 2 heures est aussi à privilégier car cela permet d'être réalisé sur le lieu de travail sans prendre trop de temps.

En mettant en lumière les PS qui sont les moins mises en pratique, il a été possible de faire des propositions afin que leur application soit mieux respectée. L'évolution des habitudes et des idées reçues va demander un travail rapproché et durable de la part de l'EOH.

Je suis consciente que le changement de pratiques peut être contraignant pour les équipes et peut représenter une difficulté et qu'il faut dire et redire, faire et refaire, s'adapter, montrer, écouter tout en gardant pour objectif le suivi des recommandations.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de mesurer l'impact de la formation sur l'application des précautions standard lors de la réalisation de la toilette par les AS et ASFF.

Après avoir réalisé une évaluation des pratiques professionnelles qui relève les non-conformités par rapport aux recommandations nationales, la mise en place de la formation a permis d'obtenir une amélioration remarquable des pratiques lors du second audit en association avec la mise en place du guéridon de soin. Cette action a contribué à répondre à l'objectif de départ et a permis de dresser un état des lieux des précautions standard dans la structure.

En tant que future infirmière hygiéniste, j'ai eu plaisir à accompagner les équipes car un climat de confiance s'est installé et surtout ils ont été fiers du travail accompli. Les enseignements donnés par le DU Hygiène m'ont permis d'acquérir et de renforcer les compétences, qui me seront indispensables sur le terrain. L'EOH a un rôle fondamental pour agir sur les IAS en impliquant l'ensemble des équipes en accord avec l'organisation des services et la politique de l'établissement. Les passages réguliers dans les services lors de la journée hebdomadaire dédiée à l'hygiène constituent une occasion pour échanger avec les équipes et permet de les rassurer sur les changements induits par l'instauration de nouvelles habitudes de travail. Ce travail a aussi permis de mettre en évidence le travail accompli par l'EOH.

Celui-ci va se poursuivre dans le cadre du plan d'actions à la fois dans l'accompagnement des professionnels vers une amélioration de la qualité des soins au quotidien dans la structure mais aussi dans la généralisation de l'utilisation du guéridon de soins dans les services non équipés. Il va permettre aussi d'aborder d'autres sujets autour des PS comme, par exemple la réalisation des changes en impliquant les équipes de jour et de nuit. Le change reste un soin contaminant souvent effectué en série, il serait intéressant d'effectuer une étude sur ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

Document interne au CHPCA :

- **HAS**, « *Rapport de certification centre hospitalier du Pays de Craponne-sur-Arzon »*, Juin 2017

Livres :

- **SF2H**, « Guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables », Nov 2022
- **Anne-Gaelle VENIER,** *« Éviter les contaminations lors des soins »*, 2021, édition le Coudrier, 95 pages
- **David BERNIER**, *« Prévenir et maîtriser le risque infectieux »*, 2018, édition Lamarre, 204 pages

Mémoires :

- **Sandra MAROTEL,** *« Utilisation du tablier plastifié à usage unique en milieu hospitalier : intérêt d'une démarche globale pour améliorer les pratiques »*, décembre 2020,CPias ARA, DU infirmier en hygiène, 54 pages
- **Pauline DEMAGNY,** « La formation par simulation : une méthode d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains en soins de suite et de réadaptation », novembre 2020 CPias ARA, DU infirmier en hygiène, 87 pages

Articles :

- **P. Chaize, A. Burtin, M. Creugny, et al.,** *« Audit d'observation des toilettes en EHPAD : impact de l'organisation »*, HYGIENES, 2023, volume XXXI, N°3, p.219-224, Consulté le 20 mars 2023
- **E. Perchat, S. Pudewill, A. Maurand, et al.,***« Les déterminants de l'usage des gants en EHPAD »,* HYGIENES, 2023, volume XXXI, N°1, p.39-44, Consulté le 5 juin 2023.
- **Braux C., Mallaret MR., Vérit B, et Al**., *« Toilette du patient dépendant : comment sont appliqués les précautions standard d'hygiène ? »* Hygiènes 2008 ; N°2, p.143-148, Consulté le 15 juin 2023.
- **Thiriet L, JeunesseK, Gizzi A, Ibarissene B. et al,** *« Évaluation des pratiques d'utilisation des gants de soins au cours d'actes de nursing »*. HYGIENES, 2011 ; N°5 : p.285-291, Consulté le 5 juin 2023.

- **S. REBOUX, S.LEVET, C.BRAUX,** *« Toilette du patient dépendant : comment sont appliqués les précautions standard d'hygiène ? »,* HYGIENES, 2008, volume XVI, N°2, p.143-148, Consulté le 19 juin 2023.

Ressources internet :

- **Legifrance**, *« Code de la santé publique : Section 1 : Actes professionnels.»,* [En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/
- **CEPIAS**, *« Circulaire DGS/DH - N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé »* [En ligne], Consulté le 6 février 2023, Disponible sur : https://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/1998/Circulaire/200498.pdf
- **HAS,***« Comprendre la certification pour la qualité des soins »,* [En ligne], Consulté le 31 mars 2023, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins
- **HAS**, *« Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux »,* Validé par la CSMS le 8 mars 2022, [En ligne], Consulté le 22 mars 2023, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf
- **CPias Bourgogne Franche Comté**, *« DAMRI »,* màj le 10.03.2023, [En ligne], Consulté le 22 mars 2023, Disponible sur :https://www.cpiasbfc.fr/trame.php?page=8
- **Légifrance,***« INSTRUCTION NDGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 »*, [En ligne], Consulté le 22 mars 2023, Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39781
- **Ministère des solidarités et de la santé,***« STRATÉGIE NATIONALE 2022-2025 DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ET DE L'ANTIBIORÉSISTANCE SANTÉ HUMAINE »*, [En ligne], Consulté le 30 mars 2023, Disponible sur : https://cutt.ly/qwhlembG
- **SF2H,** [En ligne], Consulté le 20 mars 2023, p.11 Disponible sur : https://www.sf2h.net/wp content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf
- **EMH est-Hérault Sud Aveyron**, *« audit observation des toilettes en ehpad : impact de l'organisation »,* [En ligne], Consulté le 18 mars 2023, Disponible sur

:https://www.hygienes.net/publication-scientifique/audit-dobservation-des-toilettes-en-etablissement-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-impact-de-lorganisation

- **HEC MONTREAL**, « La zone proximale de développement », [En ligne], Déc. 2021, Consulté le 18 mars 2023, Disponible sur :https://ernest.hec.ca/video/DAIP/pdf/Zone_Proximale_de_Developpement.PDF
- **S.PERRON, M.CHAPU, S.TYTGAT et al.***« Evaluation des connaissances, frein et facilitateurs via à vis de l'application des PS en secteur sanitaire et médico-social »,* EOH Equipe Saumur, 2018

ANNEXES

ANNEXE N°1 : GRILLE DE L'OBSERVATION DES PRATIQUES

ANNEXE N°2 : DIAGRAMME DE GANT/ÉCHEANCIER

ANNEXE N°3 : RESULTATS DE L'AUDIT DU CHPCA

ANNEXE N°4 : AFFICHES EXPLICATIVE DE LA TOILETTE SANS ET AVEC GUERIDON DE SOINS

ANNEXE N°5 : GESTION DU GUERIDON DE SOINS

ANNEXE N°6 : AFFICHE RESULTATS AUDIT N°1 - CHPCA

ANNEXE N°7 : AFFICHE RESULTATS AUDIT N°1 – UVP ET UHR

ANNEXE N°8 : QUESTIONNAIRE EVALUATION DE LA FORMATION

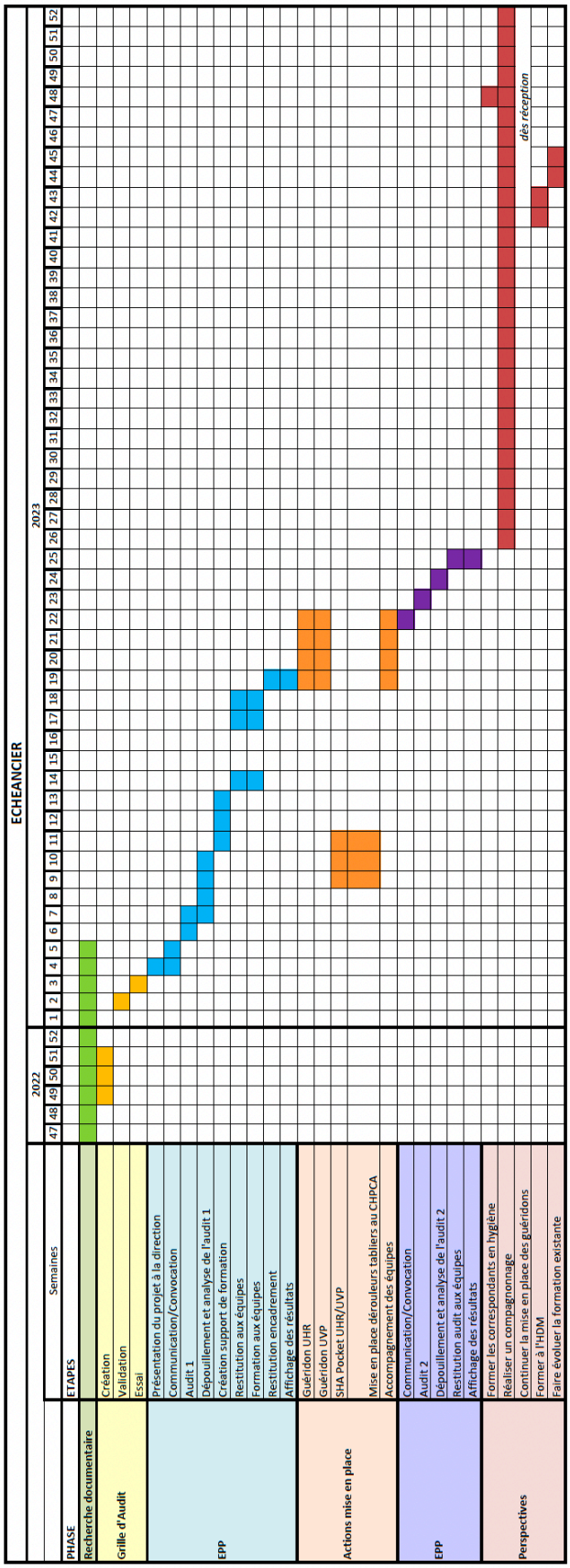
ANNEXE N°9 : AFFICHE RESULTATS AUDIT N°2 – UVP ET UHR

Annexe n°1 : Grille de l'observation des pratiques

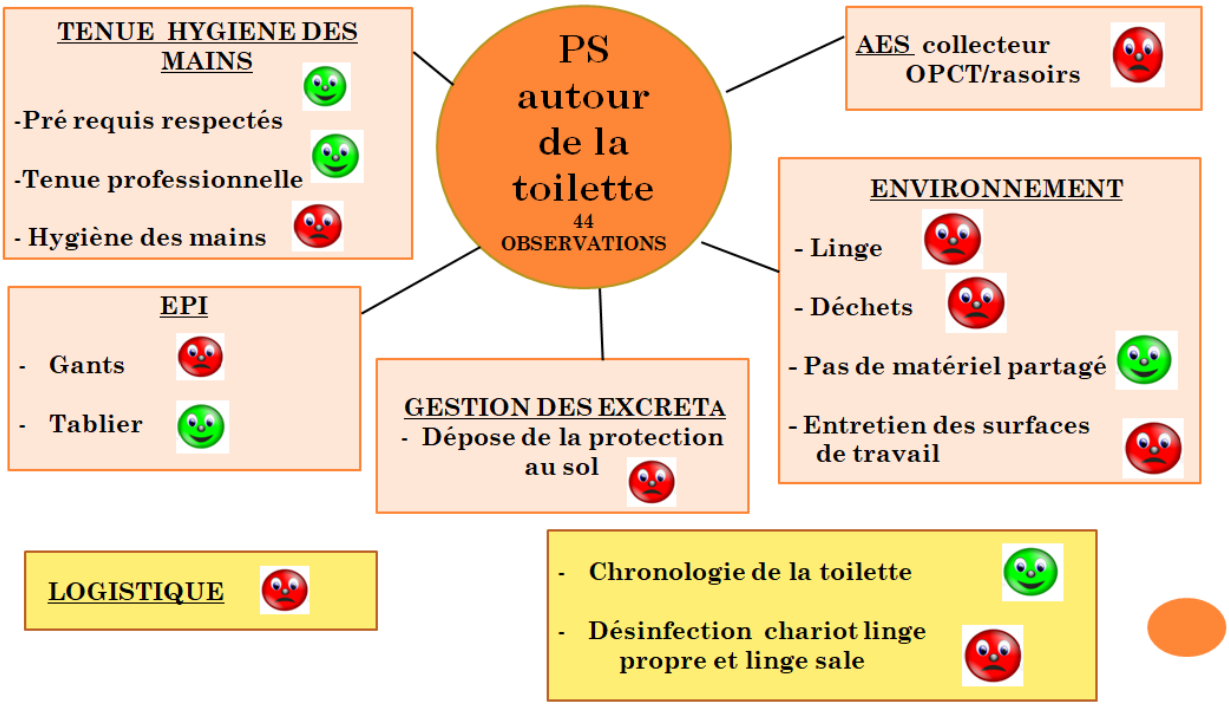
GRILLE AUDIT	% Conforme
LOGISTIQUE	
Poubelle située dans la chambre	
Chariot de linge sale à proximité de la chambre (soit 2 ch)	
Chariot de linge propre à proximité de la chambre (soit 2 ch)	
Equipement de protection individuel tablier à proximité de la chambre	
Gants de soins à proximité : où?	
Collecteur OPCT à proximité (pour lame de rasoir) : où?	
Lunette de protection à proximité	
Distributeur de SHA à proximité : où ?	
Détergent-désinfectant à proximité : où ?	
Serviettes et gants de toilette à proximité : où ?	
Gants de toilette à UU à proximité: où?	
Utilisation du savon du résident ou d'une unidose	
Linge du résident préparé avant de débuter la toilette	
Protection individuelle à proximité : où	
Logistique	
TENUE, HYGIENE DES MAINS ET EPI	
Tenue conforme (propre, manches courtes, pas de vêtement personnel)	
Cheveux attachés	
Prérequis mains conformes : absence de bijoux (bague, alliance, bracelet, montre), ongles courts sans	
Tenue	
Désinfection des mains SHA AVANT la préparation du matériel et linge propre	
Désinfection des mains AVANT d'effectuer la toilette (SHA ou lavage)	
Gants mis APRES avoir déshabillé le résident	
Gants retirés juste APRES avoir réalisé la petite toilette	
Gants utilisés que pour la petite toilette	
Gants retirés si interruption de soins, sortie de la chambre	
Environnement contaminé par mauvais port de gants	
Désinfection des mains au retrait des gants	
Port du tablier pour effectuer petite toilette du résident	
Retrait du tablier en fin de soin "après élimination du linge sale et des déchets dans le couloir"	
Port des lunettes de protection si risque de projection et aérosolisation de liquide biologique sur le visage	
Désinfection des mains en fin de soin (dans la chambre si touche la poignée ou dans le couloir juste après	
Réfection du lit à mains nues si lit non souillé	
Hygiène des mains et gestion des gants/tablier	
ENVIRONNEMENT	
Pas de dépose de linge sale à terre au cours du soin (sauf au fond du lit ou dans un sac poubelle, chaise si	
Pas de gants pour l'habillage, l'installation du résident et aménagement de l'environnement	
Modalité de transport du linge sale (sans gants) + gant uniquement si linge souillé	
Pas de contact linge sale avec tenue	
Matelas désinfecté lors de la réfection du lit (si change draps)	
Linge	
Désinfection immédiate du matériel partagé (coupe ongle)	
Surface de travail (adaptable, chariot) désinfectée après le soin	
Désinfection	
Modalité de transport des déchets conforme (soit avec gants, soit en sac visuellement propre et fermé	
Pas de contact déchets avec la tenue	
Déchets	
GESTION DES EXCRETA	
Pas de vidange wc et ni de douchette pour bassins, seaux, urinaux	
Pas de rinçage de gants de toilette sous le robinet	
Pas de dépose de la protection ou gants souillés directement au sol	
Utilisation de gants de toilette UU si le résident est souillé	
Excreta	
ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG	
Eliminer directement les objets perforants dans une boîte OPCT	
AES	
ORGANISATION DE LA TOILETTE	
Le soignant est resté dans la chambre tout le temps du soin	
Chronologie de la toilette conforme	
Organisation des soins	
QUESTIONS	
Question orale = désinfection chariot linge propre (fréquence)	
Question orale = désinfection chariot linge sale (fréquence)	
Avez-vous eu une formation aux PS depuis moins de 5 ans?	
Existe-t-il un protocole aux PS?	
si OUI savez vous où le trouver?	
Questions	

Conforme = 1 Non conforme = 0 Non applicable ou non concerné = NA

Annexe n°2 : Diagramme de Gant/Échéancier

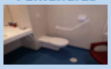
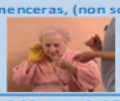
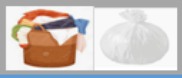


Annexe n°3 : Résultats de l'audit du CHPCA

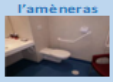
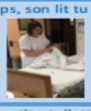
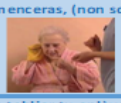


Annexe n°4 : Affiches explicative de la toilette sans et avec guéridon de soins

SÉQUENCE TOILETTE AVEC RÉFECTION DE LIT SANS GUÉRIDON

Tes mains, tu désinfecteras	D'un tablier, tu t'équiperas	De linge propre, tu te serviras	Avec le coude, la porte de la chambre, tu ouvriras	Sur une surface propre, le linge tu le poseras
Désinfectant, lavette, SHA, gants , ... à portée de main tu auras	Sans gant le résident (non souillé), tu accompagneras	A la salle de bain, tu l'amèneras 	Sur les toilettes, tu le mettras	Du temps, son lit tu déferas
Le matelas, tu désinfecteras	Le résident, tu déshabilleras	Par la toilette du haut, tu commenceras, (non souillé) 	Des gants, tu mettras	A la petite toilette, tu passeras
Tes gants, tu ôteras	Tes mains, tu désinfecteras	Ton résident, tu habilleras et accompagneras	Tes surfaces de travail et bassine tu désinfecteras	Les déchets et le linge sale tu sortiras 
Dans le charriot porte-sacs tu les élimineras	Ton tablier tu enlèveras	Tes mains, tu te désinfecteras	Les Son lit, tu referas	Désinfectant, SHA, ... tu sortiras

SÉQUENCE TOILETTE AVEC RÉFECTION DE LIT AVEC GUÉRIDON

Tes mains, tu désinfecteras	D'un tablier, tu t'équiperas	De linge propre, tu te serviras	Sur le guéridon, tu le poseras	Avec le coude, la porte de la chambre, tu ouvriras
Sans gant le résident (non souillé), tu accompagneras	A la salle de bain, tu l'amèneras 	Sur les toilettes, tu le mettras	Du temps, son lit tu déferas 	Le matelas, tu désinfecteras
Le résident, tu déshabilleras	Par la toilette du haut, tu commenceras, (non souillé) 	Des gants, tu mettras	A la petite toilette, tu passeras	Tes gants, tu ôteras
Ton résident, tu habilleras	Ton tablier tu enlèveras	Tes mains, tu désinfecteras	Ton résident, tu accompagneras	Son lit, tu referas
Tes surfaces de travail et bassine tu désinfecteras	Le linge sale et les déchets tu sortiras	Dans le charriot porte-sacs tu les élimineras	Ton guéridon, tu désinfecteras	Les mains, tu te désinfecteras

Annexe n°5 : Gestion du guéridon de soins

PRINCIPES DE GESTION DU GUÉRIDON DE SOINS

- ✓ -Manipulé avec des **mains désinfectées**
- ✓ **A patient unique**
- ✓ Utilisé **au plus près du soin** = Rentré dans la chambre (y compris si précautions complémentaires)
- ✓ **Surfaces** manipulées **nettoyées /désinfectées entre 2 patients/résidents** (commencer par le plateau propre et finir par le plateau sale)

- Boite de gants à UU ou gants déposés sur surface propre
- Chiffonnettes et flacon de DD prêt à l'emploi (ou D sporicide) pour désinfection matelas, guéridon et annexes…..
- Rouleau de sacs poubelle
- Boite OPCT

Surface « propre »
- Matériel et dispositifs propres = nécessaire pour la toilette , le change, la réfection du lit…
- Tablier plastique

Surface « sale »
- Déchets
- Linge sale

- ✓ **Facilite l'organisation** et l'anticipation des soins (matériel nécessaire et suffisant, tri du linge sale en direct)
- ✓ **Matériel propre** déposé sur une **surface propre**
- ✓ **Limite les entrées/sorties** de la chambre (= gain de temps) et **Limite le nombre de gestes d'hygiène des mains**
- ✓ Permet le **port d'EPI dans de bonnes conditions** (gants portés juste avant le geste qui le nécessite, retirés dès le geste effectué, changés autant que nécessaire. Pas de port d' EPI injustifié dans les couloirs)
- ✓ **Limite la contamination de l'environnement** (pas de linge ou de change sale ou souillés déposés par terre)
- ✓ **Plus ergonomique** (évite de se baisser jusqu'au sol)

Annexe n°6 : Affiche résultats Audit n°1 - CHPCA

RENDU AUDIT DE L'ENSEMBLE DES SERVICES (1ER TOUR)
JANVIER-FÉVRIER 2023

CHPCA
Centre Hospitalier
Du Pays de Craponne-sur-Arzon

APPLICATION DES PRÉCAUTIONS STANDARD LORS DE LA TOILETTE

67% LOGISTIQUE

77% TENUE HYGIÈNE DES MAINS ET EPI
- Tenue **93%**
- Hygiène des mains et EPI **61%**

47% ENVIRONNEMENT
- Linge **60%**
- Déchets **82%**
- Matériel **0%**

73% GESTION DES EXCRÉTA

NA ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

89% ORGANISATION DE LA TOILETTE
- Chronologie de la toilette **100%**
- Interruption de soin **77%**

49% QUESTIONS ORALE
- **Désinfection chariot linge propre 2% et linge sale 14%**
- Existence protocole PS **86%**
- **Formations aux PS 82%**
- **Trouver le protocole PS 61%**

MIREILLE ROCHE
IDE RÉFÉRENTE EN HYGIÈNE
10 MAI 2023

Annexe n°7 : Affiche résultats Audit n°1 – UVP et UHR

RENDU AUDIT DES SERVICES UVP ET HELIOS (1ER TOUR)
JANVIER-FÉVRIER 2023

CHPCA
Centre Hospitalier
Du Pays de Craponne-sur-Arzon

APPLICATION DES PRÉCAUTIONS STANDARD LORS DE LA TOILETTE

54% LOGISTIQUE

77% TENUE HYGIÈNE DES MAINS ET EPI
- Tenue **93%**
- Hygiène des mains et EPI **61%**

51% ENVIRONNEMENT
- Linge **64%**
- Déchets **90%**
- Matériel **0%**

81% GESTION DES EXCRÉTA

NA ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

87% ORGANISATION DE LA TOILETTE
- Chronologie de la toilette **100%**
- Interruption de soin **73%**

40% QUESTIONS ORALE
- Désinfection chariot linge propre **0%** et linge sale **7%**
- Existence protocole PS **73%**
- Formations aux PS **73%**
- Trouver le protocole PS **47%**

MIREILLE ROCHE
IDE RÉFÉRENTE EN HYGIÈNE
10 MAI 2023

Annexe n°8 : Questionnaire évaluation de la formation

CHPCA Centre Hospitalier

EVALUATION DE LA FORMATION

1 Quelle évaluation feriez-vous de cette formation ?

	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
Organisation	o	o	o	o
Animation	o	o	o	o
Contenu	o	o	o	o
Horaire	o	o	o	o
Temps	o	o	o	o

2 Pensez-vous avoir acquis des connaissances utiles pour exercer votre travail ?

- o Oui
- o En grande partie
- o Très partiellement
- o Non

3 Allez-vous faire évoluer vos pratiques ?

- o Oui
- o Non

4 Quelle note attribuez-vous à cette formation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5 Si vous changez vos pratiques, elles concernent :

- o Le port du tablier
- o Le port de gants
- o Le port des lunettes
- o La désinfection du matériel
- o L'hygiène des mains

6 Vos commentaires sur les aspects positifs ou négatifs de cette formation :

Merci pour les quelques minutes consacrées au renseignement de ce questionnaire

Annexe n°9 : Affiche résultats Audit n°2 – UVP et UHR

RENDU AUDIT DES SERVICES UVP ET HELIOS (2EME TOUR)
JUIN 2023

CHPCA
Centre Hospitalier
Du Pays de Craponne-sur-Arzon

APPLICATION DES PRÉCAUTIONS STANDARD LORS DE LA TOILETTE

99% LOGISTIQUE

95% TENUE HYGIÈNE DES MAINS ET EPI
- Tenue **93%**
- Hygiène des mains et EPI **97%**

100% ENVIRONNEMENT
- Linge **100%**
- Déchets **100%**
- Matériel **100%**

97% GESTION DES EXCRÉTA

7% ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

96% ORGANISATION DE LA TOILETTE
- Chronologie de la toilette **100%**
- Interruption de soin **93%**

87% QUESTIONS ORALE
- Désinfection chariot linge propre **100%** et linge sale **100%**
- Existence protocole PS **93%**
- Formations aux PS **93%**
- Trouver le protocole PS **50%**

MIREILLE ROCHE
IDE RÉFÉRENTE EN HYGIÈNE
14 JUIN 2023

TITRE DU MÉMOIRE

Précautions standard lors de la réalisation de la toilette : évaluation des pratiques et impact de la formation

RÉSUMÉ

L'application des précautions standard au quotidien par les équipes soignantes est une priorité de la stratégie de lutte contre les infections associées aux soins. L'objectif de ce travail est de mesurer l'impact d'une formation sur l'application des précautions standard lors de la réalisation de la toilette. Cette analyse s'inscrit dans une démarche qualité de l'établissement, validée par le CLIN. Un premier audit des pratiques a été réalisé auprès des AS et ASFF dans tous les services du CHPCA pendant la réalisation de la toilette. L'application des PS est inférieure à 70%, elle est même de 55% pour les agents sans diplôme. Cet audit a permis de construire une formation en s'appuyant sur les écarts de pratiques observés, d'expliquer aux équipes l'intérêt de l'application des PS et de prendre en compte les difficultés et besoins des soignants. Un questionnaire a été distribué à chaque session de formation pour estimer la volonté des professionnels à modifier leurs pratiques. Un second audit a été réalisé dans deux services, un mois après la réalisation des formations et suite à la mise en place du guéridon de soin. Les pratiques se sont nettement améliorées. En effet, le niveau d'application des PS atteint 95%. La réalisation des sessions de formation a été un moment fort dans la réalisation de ce travail et a montré l'importance de l'accompagnement des équipes de soins par l'EOH. La formation a permis de faire évoluer les pratiques professionnelles et a créer des liens pour accompagner ce changement au quotidien.

MOTS CLEFS

En français : précautions standard, formation, évaluation des pratiques professionnelles, hygiène, risque infectieux, toilette, aide-soignant, compétences professionnelles, guéridon

En anglais : standard precautions, training, evaluation of professional practices, hygiene , risk of infection, toilet, caregiver, professional skills, pedestal table.