

**Université Jean MONNET- Saint-Étienne  
CPias ARA**

**Utilisation du tablier plastifié à usage unique en  
milieu hospitalier : intérêt d'une démarche  
globale pour améliorer les pratiques**

*Use of disposable plastic apron in hospital environment:  
interest of a global approach to improve practices*

Par MAROTEL Sandra

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

**DIPLÔME D'UNIVERSITÉ**

**INFIRMIER EN HYGIÈNE**

Directeur de mémoire : Dr TIV Michel

Décembre 2020

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

En premier lieu, je remercie mon directeur de mémoire, le Dr Michel TIV pour avoir accepté de me guider au lancement de ce projet et ses quelques conseils pour la construction de la grille d'audit avant la crise sanitaire.

Je remercie ma cadre Mme Isabelle MALECKI qui m'a libéré du temps pour la réalisation des audits, sans oublier mes collègues de chirurgie qui ont dû compenser mon absence.

Je remercie l'ensemble des professionnels du CGFL qui ont accepté de participer à cette enquête ; sans eux, ce travail n'aurait pas vu le jour.

Je remercie Mme DORLEAN Christine, directrice des soins du CGFL qui, malgré un emploi du temps chargé, a pris le temps de lire mon travail et m'a apporté quelques corrections.

Je remercie Mme MAIGON Odile, infirmière hygiéniste du CGFL qui a pris le temps de répondre à mes questions et également à participer à la relecture de mon travail.

Je tiens tout particulièrement à remercier Mme VELARDO Danielle, cadre hygiéniste de l'institut Gustave Roussy de Villejuif avec qui j'ai appris énormément de choses lors de mon stage et qui a également pris le temps de relire mon travail. Son expertise m'a été précieuse.

Et pour finir, je remercie également ceux qui me sont les plus chers et que j'ai quelque peu délaissés depuis plusieurs mois : mon mari qui m'a beaucoup aidé en gérant l'intendance et surtout ma fille Léa qui a su m'encourager quand cela devenait difficile et m'a donné de nombreux conseils.

# Abréviations

<b>AS</b>	<b>Aides-Soignantes</b>
<b>CGFL</b>	<b>Centre Georges-François Leclerc</b>
<b>CLCC.</b>	<b>Centre de Lutte Contre le Cancer</b>
<b>CTINILS</b>	<b>Comité Technique National des Infections Nosocomiales et Liées aux Soins</b>
<b>EOH</b>	<b>Équipe Opérationnelle d'Hygiène</b>
<b>EPI</b>	<b>Équipement de Protection Individuelle</b>
<b>ESPIC</b>	<b>Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif</b>
<b>GREPHH</b>	<b>Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière</b>
<b>IAS</b>	<b>Infection Associée aux Soins</b>
<b>IDE</b>	<b>Infirmier Diplômé d'État</b>
<b>IH</b>	<b>Infirmier Hygiéniste</b>
<b>IN</b>	<b>Infection Nosocomiale</b>
<b>PC</b>	<b>Précautions Complémentaires</b>
<b>PROPIAS</b>	<b>Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins</b>
<b>PS</b>	<b>Précautions Standard</b>
<b>SF2H</b>	<b>Société Française d'Hygiène Hospitalière</b>
<b>SAD</b>	<b>Sonde A Demeure</b>

## *Table des matières*

<b>Avant-propos .....</b>	<b>6</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>I) Contexte .....</b>	<b>7</b>
1- <i>Présentation de l'établissement.....</i>	7
2- <i>L'équipe opérationnelle d'hygiène.....</i>	8
3- <i>Situation d'appel .....</i>	8
4- <i>Objectifs.....</i>	9
5- <i>Identification d'une question de départ.....</i>	9
6- <i>Plan du travail.....</i>	9
<b>II) Cadre de référence théorique .....</b>	<b>10</b>
1- <i>Infections associées aux soins .....</i>	10
2 - <i>La transmission croisée.....</i>	11
3 - <i>Les précautions standard.....</i>	12
4 - <i>Les équipements de protection individuelle.....</i>	14
5 - <i>Le tablier plastifié.....</i>	14
6 - <i>Risque infectieux et comportements des soignants.....</i>	15
<b>II) Étude de terrain .....</b>	<b>16</b>
1) <i>Matériels et méthodes.....</i>	16
a. <i>Type d'étude .....</i>	16
b. <i>Champs d'application (critères d'inclusion et d'exclusion) .....</i>	17
c. <i>Référentiel .....</i>	17

d.	<i>Mode de recueil</i> .....	17
e.	<i>Critères évalués</i> .....	18
f.	<i>Échantillons et mode de sélection</i> .....	19
g.	<i>Organisation générale</i> .....	19
h.	<i>Saisie des données</i> .....	20
2)	<i>Résultats</i> .....	20
a.	<i>Résultat de l'audit d'observation des ressources</i> .....	20
b.	<i>Résultat de l'audit par questionnaire administré</i> .....	21
<b>III)</b>	<b>Exploitation des résultats</b> .....	<b>32</b>
1)	<i>Analyse et discussion des résultats</i> .....	32
2)	<i>Perspectives</i> .....	38
3)	<i>Proposition d'un plan d'action d'amélioration</i> .....	42
<b>IV)</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>43</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>44</b>
	<b>Annexes</b> .....	<b>46</b>

## **Avant-propos**

Infirmière en service de chirurgie et de soins de suite en oncologie depuis septembre 1999 au Centre Georges-François Leclerc (CGFL) de Dijon, je suis depuis l'année dernière en formation afin d'obtenir un diplôme universitaire d'infirmière en hygiène hospitalière avec comme objectif d'intégrer l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Afin de mener à bien l'obtention de ce diplôme, un travail de recherche dans le domaine de la prévention du risque infectieux et/ou la gestion du risque infectieux en établissement de santé nous est demandé.

Ce travail, appelé mémoire, a pour objectif de mettre en œuvre nos capacités d'analyse, de réflexion et de synthèse.

## **Introduction**

Dans un souci de garantir la protection des patients face aux infections associées aux soins (IAS), les précautions standard (PS) représentent un principe fondamental de la maîtrise du risque infectieux en milieu hospitalier. Les Équipements de Protection Individuelle (EPI) font partie intégrante des Précautions Standard, comme spécifiés dans les dernières recommandations de la Société Française d'hygiène Hospitalière (SF2H).

Au Centre Georges-François Leclerc, centre de lutte contre le cancer (CLCC), la prévention du risque infectieux est réalisée par l'EOH, qui rappelle les bonnes pratiques d'hygiène telles que le port du tablier plastifié. Or, il s'avère que cette pratique n'est pas forcément toujours appliquée.

C'est pourquoi une démarche globale sur l'utilisation du tablier plastifié à usage unique a été menée avec comme objectif principal que tous les soignants respectent le port de celui-ci tel que le préconisent les recommandations nationales.

Afin de mener à bien cette étude, une évaluation des ressources par observation ainsi qu'un questionnaire administré sur le port du tablier ont été réalisés.

### **I) Contexte**

#### *1- Présentation de l'établissement*

Le CGFL est l'un des vingt Centres de lutte Contre le Cancer de France. Ceux-ci sont réunis sous la bannière du groupe UNICANCER, seul groupe hospitalier exclusivement dédié à la cancérologie. Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) spécialisé en cancérologie, le CGFL assure des missions de soins, de recherche et d'enseignement. Il est dirigé par un professeur en chirurgie, ancien chef de service du Centre, ce qui en fait sa force, de par sa connaissance du terrain.

L'établissement se compose de 5 services d'hospitalisations complètes (chirurgie, médecine, hospitalisation de semaine) avec un total de 137 lits et environ 34200 hospitalisations en 2019, d'un service d'hospitalisation de jour de 36 places, d'un service d'hospitalisation à domicile de 12 places et d'une chirurgie ambulatoire de 8 box.

On décompte environ 719 salariés en équivalent temps plein.

## 2- L'équipe opérationnelle d'hygiène

Le CGFL dispose d'un service d'hygiène hospitalière (SHH) composé d'une infirmière hygiéniste (IH) à temps plein et d'un praticien hospitalier à 20 %, ce qui correspond à une journée par semaine de présence sur site. Il y a également un groupe de 18 correspondants en hygiène composé d'infirmières diplômées d'état (IDE), d'aides-soignantes (AS), d'un cadre, d'un brancardier et d'une gouvernante. Des réunions sont organisées une fois par trimestre par l'infirmière hygiéniste.

## 3- Situation d'appel

La prévention des infections associées aux soins (IAS) fait l'objet de multiples recommandations depuis plusieurs années. Parmi celles-ci, l'application des précautions standard, dont le port du tablier plastifié fait partie, est même devenue le pivot de la stratégie de lutte contre les IAS du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).

Lors de la dernière certification V2014 (avril 2019), un écart de pratique a été notifié par les experts de la façon suivante : « **le port du tablier plastifié à usage unique lors des soins mouillants, tels que le préconisent les précautions standard et le protocole institutionnel n'est pas systématiquement intégré dans les pratiques des soignants** ». Suite à cela, un Quick audit a été réalisé en octobre 2019 dans les services d'hospitalisations par l'équipe d'hygiène. Le résultat est sans appel, puisque 82 % des soignants ne mettent pas de tablier tel que le préconise le protocole.

Différentes actions ont été menées à la demande de la direction :

- Passage de l'infirmière hygiéniste dans les services pour rappel des bonnes pratiques,
- Sollicitation des cadres pour insister auprès de leurs agents sur le port du tablier lors des réunions de service.

Suite à cela, un nouvel audit (portant uniquement sur le port du tablier lors des soins de nursing) a été réalisé sur 3 mois (de décembre 2019 à février 2020) dans les mêmes services. Celui-ci a montré que les différentes interventions n'avaient eu aucun impact sur le comportement des soignants (83% de non port du tablier plastifié).

#### 4- Objectifs

Cet écart de pratique génère le risque de transmission croisée, risque accru au regard de la vulnérabilité des patients pris en charge. C'est pourquoi, nous devons comprendre les raisons pour lesquelles les soignants ne respectent pas les recommandations.

L'objectif principal étant que tous les soignants respectent le port du tablier plastifié tel que préconisé par les précautions standard.

Les objectifs secondaires sont de sensibiliser le personnel à l'importance de l'application des PS, et d'améliorer les pratiques professionnelles afin de diminuer le risque d'IAS.

#### 5- Identification d'une question de départ

Face à ce constat, et afin de trouver une solution pour améliorer les pratiques, il est apparu nécessaire d'investiguer plus finement. C'est pourquoi le présent travail a été engagé avec comme question de départ : « *En quoi une démarche globale sur l'utilisation du tablier plastifié à usage unique peut favoriser son utilisation auprès des soignants ?* ».

#### 6- Plan du travail

Le travail sera présenté de la façon suivante :

- Cadre de référence théorique
- Étude de terrain
  - Matériels et méthodes
  - Résultats
- Exploitation des résultats
  - Analyse et discussion des résultats
  - Propositions d'améliorations

## **II) Cadre de référence théorique**

### *1- Infections associées aux soins*

Depuis 2007, pour le Comité Technique National des Infections Nosocomiales et Liées aux Soins (CTINILS) (1), une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge (un délai de 48h est généralement pris en compte).

Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

Les infections nosocomiales (IN) font partie des infections associées aux soins, celles-ci sont contractées en milieu hospitalier.

Les IAS peuvent toucher les patients, la famille, les visiteurs, mais aussi le personnel soignant et les autres professionnels de santé de l'établissement.

Plusieurs facteurs peuvent aggraver le risque d'acquisition d'une IAS :

- L'état pathologique du patient (âge, immunodépression, ...)
- La qualité des actes de soins
- L'environnement dans lequel sont délivrés les soins.

Ces infections constituent encore de nos jours un problème majeur de santé publique et restent la principale inquiétude des patients.

Le Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) de juin 2015 a défini 3 axes d'actions prioritaires en matière de prévention des infections associées aux soins

- **Axe 1 : développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.**
- Axe 2 : renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.
- **Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.**

L'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales de 2017 a montré qu'un jour donné, il y a au moins 1 patient hospitalisé sur 20 qui présente une infection nosocomiale et près d'un patient sur 7 reçoit un traitement antibiotique (2).

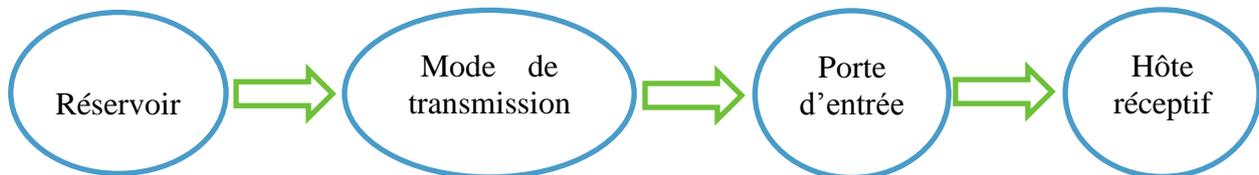
Les IN les plus fréquentes sont :

- Les infections urinaires (plus d'une IN sur 4)
- Les infections du site opératoire (une infection sur 6)
- Les pneumonies (une infection sur 6)
- Les bactériémies (plus d'une infection sur 10)

## 2 - La transmission croisée

Pour le haut conseil de la santé publique (3), la transmission croisée correspond à la transmission d'un agent infectieux (bactéries, virus, champignons, parasites) à partir d'un réservoir (patient, personnel, visiteur, environnement) à un individu réceptif.

La transmission croisée est portée par une chaîne épidémiologique :



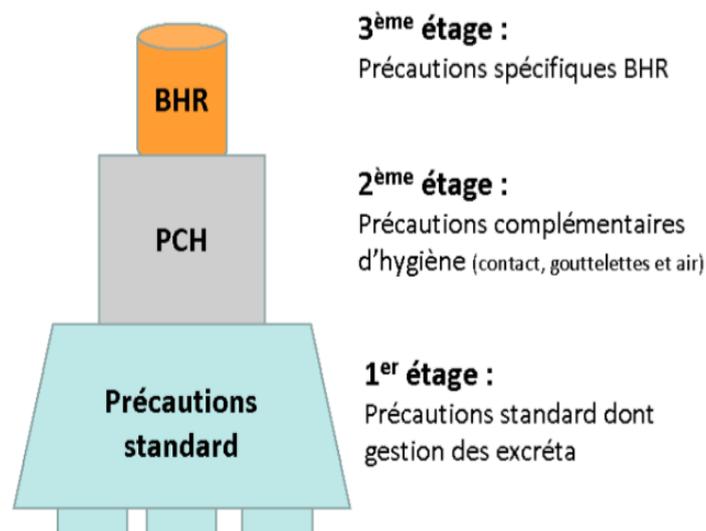
Les modes de transmissions sont de 3 types :

- Transmissions par contact direct ou indirect,
- Transmissions par gouttelettes,
- Transmissions aériennes.

La prévention de la transmission croisée repose sur 3 niveaux de recommandations

(Figure 1) :

- L'application systématique des précautions standard d'hygiène pour tout patient,
- Les précautions complémentaires d'hygiène (contact, gouttelette, air),
- Les précautions spécifiques de type « BHR » (bactérie hautement résistante).



**Figure I : représentation graphique des différents niveaux de mesures à appliquer pour maîtriser la diffusion de la transmission croisée**

### 3 - Les précautions standard

Les précautions standard sont la base de la prévention des infections associées aux soins. Celles-ci sont enseignées, promues et déclinées en continu dans les lieux de soins. Le PROPIAS en a fait le pivot de sa stratégie de lutte contre les IAS.

Celles-ci ont été réactualisées en 2017 sous forme de recommandations par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) (4).

Il s'agit d'un ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, afin d'assurer la qualité des soins et la sécurité des soignants.

Elles ont montré leur efficacité et représentent les premières mesures barrières à respecter.

Afin d'assurer une application correcte, il est indispensable :

- D'avoir du personnel en nombre adapté à la charge de travail
- Que le matériel nécessaire à l'application des bonnes pratiques soit mis à disposition des soignants, avec un approvisionnement suffisant

- Qu'il y ait des procédures écrites, connues, facilement disponibles
- Qu'une évaluation régulière sur l'application des PS avec rétro-informations soit réalisée
- Que le personnel soit formé et encadré
- Qu'il y ait une sensibilisation des professionnels de santé de façon continue, une éducation des patients ainsi que des visiteurs.

Celles-ci sont à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel. Elles partent du fait que toute personne peut être porteuse, colonisée ou infectée par des micro-organismes, et peuvent si besoin être complétées par des précautions complémentaires (PC).

On décompte trente-deux recommandations réparties en sept dimensions :

- ✓ Champs d'application et stratégie de mises en œuvre
- ✓ Hygiène des mains
- ✓ Équipements de protection individuelle
- ✓ Hygiène respiratoire
- ✓ Prévention des accidents avec exposition au sang ou tout produit biologique d'origine humaine
- ✓ Gestion des excréta
- ✓ Gestion de l'environnement

Les résultats d'un audit réalisé en 2011 par le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) ont montré que des améliorations de pratiques étaient nécessaires en ce qui concerne le port d'équipements de protection individuelle (36,7 % des professionnels déclarent ne jamais porter de tablier pour protéger leur tenue en cas de risque de projection/aérolisation de sang ou produit d'origine humaine, et 41,1 % jamais pour le risque de contact avec du sang ou produit d'origine humaine) , le changement de gants ou l'hygiène des mains entre deux activités, le port de gants pour les risques de contact avec le sang et le recapuchonnage à la main d'aiguilles souillées (5).

#### *4 - Les équipements de protection individuelle*

Les EPI sont définis par le Code du travail comme des « dispositifs ou moyens destinés à être portés ou tenus par une personne en vue de la protéger contre un ou plusieurs risques susceptibles de menacer sa santé ou sa sécurité » (6).

Selon ce même code du travail, les employeurs ont l'obligation de mettre à disposition les EPI, de former, de réaliser des fiches techniques afin de permettre aux soignants un usage approprié.

Il est également important que leurs choix fassent l'objet de concertations pluri professionnelles (instances et professionnels).

Les EPI doivent protéger les professionnels de santé du risque d'exposition aux micro-organismes. Ils constituent une barrière entre le soignant et l'agent infectieux.

Parmi les EPI nous trouvons : les gants de soins, les tabliers en plastique, les surblouses, les protections des yeux et les protections respiratoires.

#### *5 - Le tablier plastifié*

Plusieurs études réalisées dans le monde ont démontré que les tenues des professionnels pouvaient être contaminées par des micro-organismes après un contact avec des patients, mais également que celles-ci peuvent être un vecteur de la transmission croisée [7] [8] [9].

C'est pourquoi le port d'un tablier est recommandé lors de tout soin souillant ou mouillant ou exposant à un risque de projection ou d'aérolisation de produits biologiques d'origine humaine. Celui-ci doit être jeté après chaque soin ou séquence de soins.

En cas de risque de projection importante il est conseillé de porter une sur blouse longue imperméable ou un tablier plastique et une sur blouse à manches longues.

## 6 - Risque infectieux et comportements des soignants

Il a été démontré que les pratiques des soignants peuvent être influencées par plusieurs facteurs [10] :

- ✓ Niveau global = contexte national et culturel : l'aspect culturel, les recommandations et la pression extérieure (surveillance et indicateurs).
- ✓ Niveau local = contexte institutionnel : effectifs et charge de travail, la formation initiale et institutionnelle des personnels, l'organisation de travail, le leadership, le matériel, l'équipement et l'ergonomie, la communication (place des nouvelles technologies), le rôle du patient, sans oublier les indicateurs de performance.
- ✓ Niveau individuel = théories comportementales : connaissances, croyances, capacité au changement et bénéfices à adhérer.

### **Comment changer les comportements ?**

- ✓ **1<sup>ère</sup> étape** : identifier les comportements ciblés et faire une analyse comportementale. Pour cela il est nécessaire de se poser les bonnes questions : pourquoi les comportements sont-ils ainsi ? Et quels changements opérer pour que les bons comportements apparaissent ?
- ✓ **2<sup>e</sup> étape** : comprendre le comportement ciblé dans son contexte = diagnostic comportemental. Le modèle COM-B (Capacity opportunity motivation, behaviour = comportement) développé par S. Michie, permet la réalisation du diagnostic comportemental. [11]  
**Capacité** (= déterminer la compréhension des personnes) + **Opportunité** (= diagnostiquer l'environnement physique : temps/argent et social : influence des autres) = **Motivation** de la personne.
- ✓ **3<sup>e</sup> étape** : définir les fonctions des interventions avec comme objectif le changement des comportements. Neuf types d'intervention sont possibles : formation, persuasion, incitation, coercition, entraînement, facilitation, modèle, restructuration environnementale, restriction.

- ✓ **4<sup>e</sup> étape** : identifier des techniques spécifiques de changement de comportement. Pour cela, il est important de fixer des objectifs clairs, de mettre en place des auto-évaluations, de faire de la rétro-information et de bien planifier les actions.

Comme le démontrent de nombreux audits de pratique, le risque infectieux est souvent sous-estimé par les soignants : tablier plastifié non systématique pour les soins à risque, opportunité d'hygiène des mains non réalisée ...

La non-application des recommandations est un signe possible de la méconnaissance du risque encouru pour le patient et le soignant.

Comme nous venons de le voir, l'apport théorique même s'il est indispensable, tout comme la rédaction de recommandations, n'est pas suffisant pour permettre une intériorisation des bonnes pratiques.

## **II) Étude de terrain**

Afin d'améliorer les pratiques au sein des services pour garantir la sécurité des patients et des professionnels au CGFL, une étude de terrain a été réalisée avec comme objectif de nous faire comprendre pourquoi les soignants n'utilisent pas les tabliers plastifiés comme préconisés par le protocole institutionnel et les recommandations nationales ciblées sur les précautions standard.

### *1) Matériels et méthodes*

#### *a. Type d'étude*

Un audit mixte a été réalisé grâce à deux enquêtes :

La première consiste en une évaluation des ressources par observation un jour donné (annexe 1 : Observation des ressources).

La deuxième consiste en un questionnaire administré (annexe 2 : Questionnaire administré), réalisé de façon aléatoire dans les services, afin de rencontrer les soignants en face à face, avec des questions à choix multiples, semi-ouvertes et ouvertes permettant d'évaluer les connaissances, la formation, les attitudes et les ressources.

### *b. Champs d'application (critères d'inclusion et d'exclusion)*

L'observation des ressources a été réalisée dans les services d'hospitalisation complète excepté l'hospitalisation à domicile.

Le questionnaire administré a été réalisé dans les services d'hospitalisation de chirurgie et de médecine du CGFL, auprès des infirmières de jour comme de nuit, des aides-soignantes de jour, puisque qu'il n'y a pas d'AS de nuit. Ont été exclus des entretiens :

- les intérimaires,
- le service ambulatoire,
- l'hôpital de jour,
- l'hospitalisation à domicile,
- le bloc et la salle de réveil
- le service d'essai thérapeutique.

À noter qu'aucun étudiant n'était présent au moment de l'audit.

Le 2<sup>e</sup> étage se compose d'un service de chirurgie et d'un service de médecine. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étages sont uniquement composés de services de médecine. Au 3<sup>e</sup> se trouve deux services de médecine et au 4<sup>e</sup> un seul. Ce qui donne donc 5 services en tout. A chaque étage, la même équipe tourne entre les deux services.

### *c. Référentiel*

Cette étude se base sur les recommandations de la SF2H : Actualisation des précautions standard juin 2017 ainsi que le protocole de l'établissement sur les précautions standard, réactualisé en juillet 2019.

### *d. Mode de recueil*

Les audits ont été réalisés par moi-même pour éviter certains biais et afin de rencontrer personnellement les soignants et me faire connaître en tant que future infirmière hygiéniste sur l'établissement.

### *e. Critères évalués*

La fiche observation des ressources permet d'apprécier la mise à disposition des tabliers plastiques un jour donné dans les différents secteurs de soins. Trois points ont été observés :

- Présence d'une réserve de tabliers dans le service, leur facilité d'accès et leur présence le jour de l'audit
- Présence de tabliers sur le chariot de nursing et leur mode de stockage
- Présence de tabliers sur les chariots de soins infirmiers et leur mode de stockage.

En ce qui concerne le questionnaire administré, il a été fondé sur 6 catégories de questions :

- Le critère 1 renseigne sur le statut de l'audité : sa fonction, son âge, son année d'obtention du diplôme et ses années d'expérience au CGFL
- Le critère 2 renseigne sur sa formation : si le salarié a bénéficié d'une formation sur les précautions standard depuis son arrivée au CGFL et si oui, il y a combien de temps, et si non, pense-t-il que cela pourrait lui être utile ?
- Le critère 3 renseigne sur le protocole : les salariés ont-ils connaissance du protocole et si oui, l'ont-ils déjà consulté récemment ?
- Le critère 4 renseigne sur les connaissances : connaissances des salariés en termes de transmission croisée et les recommandations sur le port du tablier plastifié.
- Le critère 5 renseigne sur l'attitude : pratique des soignants et les raisons d'un défaut de bonnes pratiques.
- Le critère 6 renseigne sur les ressources : connaissance des salariés sur le lieu de stockage des tabliers, leur avis sur les tabliers mis à disposition, le choix du tablier, les correspondants en hygiène, et ce qu'ils pourraient apporter en termes de connaissance.

Le questionnaire se termine par une question ouverte : « Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à plus les utiliser ? », où chacun peut s'exprimer.

#### *f. Échantillons et mode de sélection*

En ce qui concerne l'audit d'observation des ressources, une fiche a été remplie par service ce qui a donné lieu à 5 observations.

Pour le questionnaire administré, en regard du nombre de soignants (44 IDE, 23 AS et 27 IDE de nuit au total) affectés aux services observés, il avait été décidé d'auditer 10 infirmiers de jour, 4 de nuit et 5 aide-soignants par étage. En raison de la crise sanitaire et de la réorganisation du CGFL pour limiter le risque de contamination du Covid-19, 5 infirmières de nuit (sur les 12 initialement prévues) n'ont pu être auditées. Ce qui a donné lieu à 52 questionnaires sur la base des 57 initialement prévus répartis ainsi :

- 10 IDE de jour par étages soit 30 IDE,
- 4 IDE de nuit au 2<sup>èm</sup>, 2 au 3<sup>èm</sup> et 1 au 4<sup>èm</sup>, soit 7 IDE de nuit,
- 5 AS par étages soit 15 AS.

Les personnes ont été auditées de façon aléatoire dans les différents services.

#### *g. Organisation générale*

Après avoir testé les grilles de recueil auprès de 2 infirmières et 2 aides-soignantes, l'audit s'est déroulé en mars 2020. L'audit d'observation a été réalisé le 4 mars 2020 dans tous les services et le questionnaire administré s'est tenu les après-midis avec les soignants de jour et en début de nuit pour les équipes de nuit sur les deux premières semaines de mars 2020.

Aucun rendez-vous n'avait été pris, mais les équipes avaient été prévenues par leur cadre qu'il y aurait un audit sur cette période.

Afin de voir un maximum de soignants, les audits se sont déroulés sur six après-midis et deux soirées. Chaque entretien a duré environ 15 minutes. Le personnel audité ne devait pas communiquer sur le contenu du questionnaire entre eux.

En raison de la crise, il a été impossible de revenir pour interroger les 5 IDE de nuit manquantes.

#### *h. Saisie des données*

Les données ont été saisies dans Microsoft Excel.

### 2) Résultats

#### *a. Résultat de l'audit d'observation des ressources*

L'audit a été réalisé un matin, afin de voir les chariots au moment de leurs utilisations.

##### - Réserve (N = 5)

Les 5 services disposent d'un emplacement de stockage réservé aux tabliers, cette réserve est facile d'accès et le jour de l'audit on y trouvait des tabliers plastifiés.

##### - Chariots de nursing (N = 6)

On trouve un chariot de nursing par service sauf le 4<sup>e</sup> étage qui dispose de 2 chariots. Sur tous les chariots, des tabliers plastifiés étaient présents le jour de l'audit.

Ceux-ci étaient stockés de 3 façons différentes :

- Dans les 2 services du 2<sup>e</sup> étage, ils sont en vrac dans un sac en tissu
- Dans les 2 services du 3<sup>e</sup> étage, ils sont suspendus sur le côté du chariot
- Dans le service du 4<sup>e</sup> étage, ils sont posés sur la porte du chariot.

##### - Chariots de soins infirmiers (N = 13)

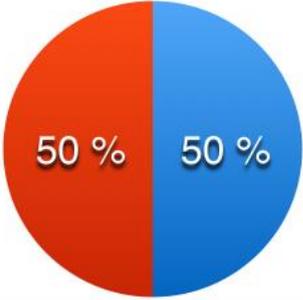
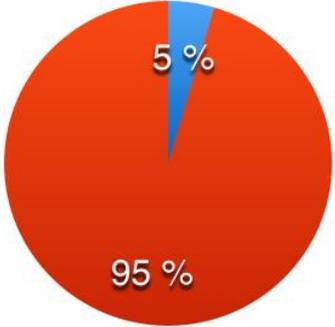
Sur les 13 chariots, aucun n'avait de tablier plastifié.

b. Résultat de l'audit par questionnaire administré

**- Statut de l'audit**

<p>★ 52 personnes ont été auditées : 30 IDE de jour (10 par étage), 15 AS (5 par étage) et 7 IDE de nuit. Soit 19 soignants au 2<sup>e</sup>, 17 au 3<sup>e</sup> et 16 au 4<sup>e</sup>. Les audits de nuit ont été interrompus par la crise sanitaire.</p>													
<p>★ La majorité des soignants a moins de 40 ans (47/52 soit 90,4%). Au 2<sup>e</sup> étage, 4 personnes ont plus de 40 ans, une au 3<sup>e</sup> et aucune au 4<sup>e</sup>.</p>													
<p>★ <b>Années d'expériences dans la profession : N = 52</b></p> <p>79% (n = 41) des soignants ont moins de 10 ans d'expérience, dont la majorité (n = 22 soit 42 %) a moins de 5 ans d'expérience.</p>	<table border="1"> <caption>Années d'expériences dans la profession</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; à 5 ans</td> <td>42 %</td> </tr> <tr> <td>5 à 10 ans</td> <td>37 %</td> </tr> <tr> <td>10 à 20 ans</td> <td>13 %</td> </tr> <tr> <td>20 à 30 ans</td> <td>4 %</td> </tr> <tr> <td>&gt; à 30 ans</td> <td>4 %</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	< à 5 ans	42 %	5 à 10 ans	37 %	10 à 20 ans	13 %	20 à 30 ans	4 %	> à 30 ans	4 %
Catégorie	Pourcentage												
< à 5 ans	42 %												
5 à 10 ans	37 %												
10 à 20 ans	13 %												
20 à 30 ans	4 %												
> à 30 ans	4 %												
<p>★ <b>Années d'expériences au CGFL : N = 52</b></p> <p>89% (n = 46) des soignants ont moins de 10 ans d'expérience au CGFL, avec une majorité (n = 19 soit 37 %) située entre 1 et 5 ans.</p>	<table border="1"> <caption>Années d'expériences au CGFL</caption> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; à 1 an</td> <td>21 %</td> </tr> <tr> <td>1 à 5 ans</td> <td>37 %</td> </tr> <tr> <td>5 à 10 ans</td> <td>31 %</td> </tr> <tr> <td>10 à 20 ans</td> <td>8 %</td> </tr> <tr> <td>&gt; à 20 ans</td> <td>4 %</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	< à 1 an	21 %	1 à 5 ans	37 %	5 à 10 ans	31 %	10 à 20 ans	8 %	> à 20 ans	4 %
Catégorie	Pourcentage												
< à 1 an	21 %												
1 à 5 ans	37 %												
5 à 10 ans	31 %												
10 à 20 ans	8 %												
> à 20 ans	4 %												

**- Critère formation**

<p>★ <b>1 - Avez-vous eu une formation sur les précautions standard depuis que vous êtes au CGFL ? N = 52</b></p> <p>Il apparaît que la moitié des salariés (n = 26) a eu une formation sur les précautions standard depuis leur arrivée au CGFL          Au niveau des IDE, il n'y a pas de différence entre les services, ce qui n'est pas le cas pour les AS où au 2<sup>e</sup> toutes les AS interrogées déclarent ne pas avoir eu de formation, alors que 7 AS sur 10 ont eu une formation dans les 2 autres services.</p>	<p>● oui      ● non</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>oui</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>non</td> <td>50 %</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	oui	50 %	non	50 %
Réponse	Pourcentage						
oui	50 %						
non	50 %						
<p>★ <b>2 - Si oui, il y a combien de temps ? N = 26</b></p> <p>Sur les 26 personnes qui ont déclaré avoir eu une formation sur les précautions standard, celle-ci date de plus de 3 ans pour 18 d'entre elles (69 %).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% des soignants (n = 7) ont eu une formation il y a plus de trois ans au 2<sup>èm</sup> étage,</li> <li>- 5 soignants sur 9 au 3<sup>èm</sup>,</li> <li>- 6 soignants sur 10 au 4<sup>èm</sup>.</li> </ul>							
<p>★ <b>3 - Si non ou &gt; 3 ans, pensez- vous que cela pourrait vous être utile ? N = 44</b></p> <p>95% des soignants (n = 42) pensent qu'une formation sur les précautions standard pourrait leur être utile.</p>	<p>● non      ● oui</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>oui</td> <td>95 %</td> </tr> <tr> <td>non</td> <td>5 %</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	oui	95 %	non	5 %
Réponse	Pourcentage						
oui	95 %						
non	5 %						

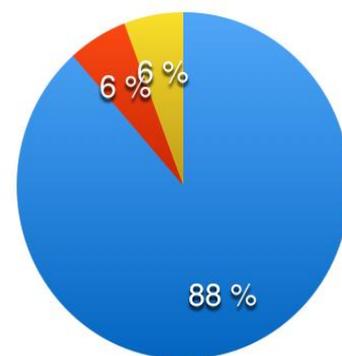
**- Critère protocole**

**★ 4 - Existe-t-il un protocole sur les précautions standard au CGFL ? N = 52**

88 % (n = 46) des personnes ont connaissance de l'existence d'un protocole, 12 % (n = 6) déclarent que non ou ne savent pas. Sur ces 6 personnes, on notera qu'il s'agit de :

- 4 AS (3 qui travaillent au CGFL depuis moins d'un an et 1 depuis plus de 5 ans, aucune des 4 n'ont eu de formation sur les précautions standard),
- 2 IDE (arrivées depuis moins d'un an et déclarent ne pas avoir eu également de formation).

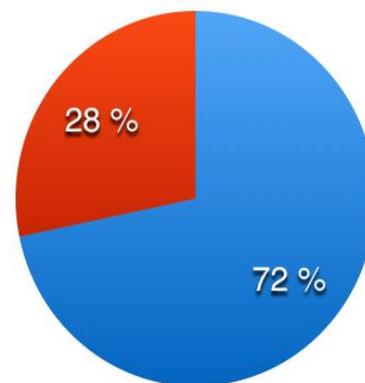
● oui ● non ● je ne sais pas



**★ 5 - Si oui, savez-vous où le trouver ? N = 46**

72 % (n = 33) des personnes savent où se trouve le protocole. Celui-ci est accessible sur ordinateur, dans le logiciel « Blue Médi », pour lequel le personnel bénéficie d'une formation par le service qualité à leur arrivée.

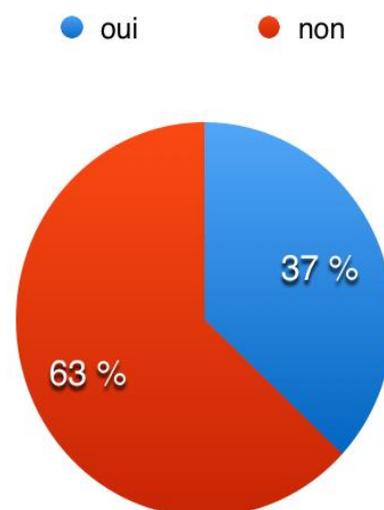
● oui et juste ● non ou faux



★ 6 - Si oui, l'avez-vous déjà consulté ? N = 46

Sur les 46 personnes qui connaissent l'existence d'un protocole :

- 17 (37 %) déclarent l'avoir déjà consulté,
- 29 (63 %) déclarent ne l'avoir jamais consulté.



★ 7 - Si oui, il y a combien de temps ? N = 17

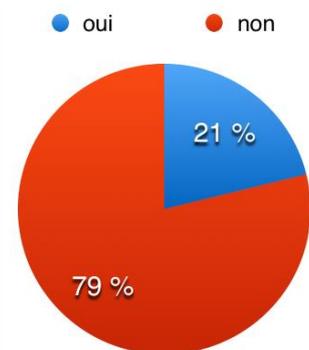
Sur les 17 personnes qui déclarent l'avoir consulté, 9 l'ont fait depuis moins d'un an.

**- Critère connaissances**

★ 8 - Savez-vous ce qu'est la transmission croisée ?  
N = 52

- . 41 soignants (25 IDE/ 12 AS et 4 IDE de nuit) soit 79 % ne savent pas ce qu'est la transmission croisée.
- . 11(21 %) déclarent savoir ce qu'est la transmission croisée.

Il n'y a pas de différence notable entre les services.

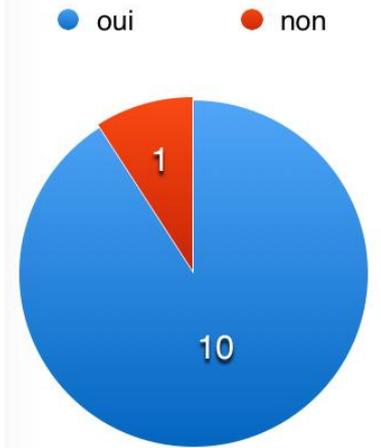


★ 9 - Si oui, il s'agit de : (N = 11)

- La transmission de certains micro-organismes de l'environnement à un patient a été citée 1 fois.
- La transmission de certains micro-organismes de patient à patient a été citée 11 fois.

★ 10 - Si oui, pensez-vous que votre tenue professionnelle puisse être un vecteur possible de la transmission croisée ? N = 11

10 soignants sur 11 pensent que leur tenue professionnelle peut être un vecteur de transmission croisée.



★ 11 - Si non pourquoi ? N = 1

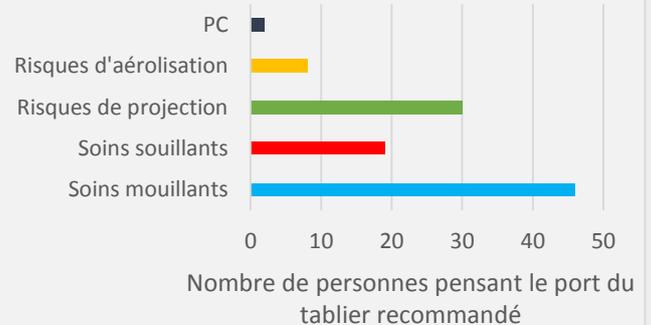
1 seule personne déclare que sa tenue ne peut pas être vecteur de transmission croisée car, elle cite : « Je ne me frotte pas aux patients donc je ne contamine pas ma tenue ! ».

★ 12 - Si oui pourquoi ? N = 10

Toutes les personnes ont mentionné que lors des soins ils avaient un contact proche avec le patient et son environnement donc un risque de contamination de leur tenue. Une personne a rajouté « passage de chambre en chambre donc risque de contamination des patients suivants ».

★ 13 - Pour vous, le port du tablier plastifié est recommandé pour : N = 52

- . 46 soignants sur 52 ont notion que le tablier est recommandé lors d'un soin mouillant (100 % pour les AS),
- . 8/52 lors d'un risque d'aérolisation de produit biologique,
- . 19/52 lors de soins souillants et,
- . 30/52 lors d'un risque de projection.



**- Critère connaissances et attitudes**

	★ 14 - Devez-vous porter un tablier pour?			★ 15 - Le faites-vous ?		
	Oui	Non	je ne sais pas	Toujours	Parfois	Jamais
a-Retrait bassin/ pistolet (N = 52)	n = 41 (79%)	n = 11 (21%)	0	0	0	n = 52 (100%)
b- Vidange SAD (N = 52)	n = 29 (56%)	n = 23 (44%)	0	0	n = 1 (2%)	n = 51 (98%)
c- Transport bocal à urines au lave bassin (N = 52)	n = 27 (52%)	n = 25 (48%)	0	0	0	n = 52 (100%)
d- Toilette complète ou aide (N = 52)	n = 47 (90%)	n = 5 (10%)	0	n = 1 (2%)	n = 12 (23%)	n = 39 (75%)
e- Change (N = 52)	n = 47 (90%)	n = 5 (10%)	0	n = 1 (2%)	n = 5 (10%)	n = 46 (88%)
f- Massage, prévention d'escarre (N = 52)	n = 3 (6%)	n = 49 (94%)	0	0	0	n = 52 (100%)
g- Prise de sang (N = 37)	n = 6 (16%)	n = 31 (84%)	0	0	0	n = 37 (100%)
h- Soins de stomie (N = 37)	n = 32 (86%)	n = 5 (14%)	0	0	n = 1 (3%)	n = 36 (97%)
i- Réfection de pst simple (N = 37)	n = 4 (11%)	n = 33 (89%)	0	0	0	n = 37 (100%)
j- Distribution de médicaments (N = 37)	0	n = 37 (100%)	0	0	0	n = 37 (100%)
k- Soins de lame (N = 37)	n = 30 (81%)	n = 7 (19%)	0	0	0	n = 37 (100%)
l- Transport de linge souillé (N = 52)	n = 51 (98%)	n = 1 (2%)	0	0	n = 2 (4%)	n = 50 (96%)
m- Transport des déchets (N = 52)	n = 11 (21%)	n = 25 (48%)	n = 16 (31%)	0	n = 1 (2%)	n = 51 (98%)
n- Soins de trachéotomie (N = 37)	n = 35 (95%)	n = 2 (5%)	0	0	n = 7 (19%)	n = 30 (81%)

Les cases jaunes représentent les bonnes réponses attendues à la question « devez-vous porter un tablier pour ? ». La bonne réponse est donnée à plus de 78% pour la plupart des questions, sauf pour :

- Vidange d'une SAD = 56% de bonnes réponses
- Transport d'un bocal à urines au lave bassin = 52% de bonnes réponses
- Transport des déchets = 21% de bonnes réponses. C'est une question qui a suscité beaucoup d'interrogations puisqu'également 31% des personnes ne savent pas.

Les cases rouges représentent les soins où les soignants déclarent ne jamais porter de tabliers (de 75% à 100%) alors qu'il était attendu 100% de "toujours".

Le questionnaire révèle :

- 100% de "jamais" pour : le retrait du bassin/pistolet, le transport du bocal à urine au lave bassin, lors d'un soin de lame
- Plus de 90% de "jamais" pour : la vidange de la SAD (98%), les soins de stomie (97%), le transport des déchets (98%), et du linge souillé (96%)
- Plus de 80% ne porte « jamais » de tablier pour effectuer un change (88%), faire un soin de trachéotomie (81%)
- 75% de "jamais" lors des toilettes (83% chez les IDE, 53% chez les AS), 23 % de "parfois" (13,5 % chez les IDE, 47% chez les AS), et une IDE déclare "toujours" mettre un tablier.

Pour les soins où celui-ci n'est pas recommandé, 100% de personnes ne le portent pas (cases bleues).

Il n'y a pas de différence significative entre les services.

**- Critère attitude**

**★ 16 - Pour les actes, soins concernés, alors que vous connaissez les bonnes pratiques pourquoi ne mettez-vous pas le tablier ?**

	Infirmiers N = 37	AS N = 15	Total N = 52
Oubli	n = 12 (32%)	n = 4 (27%)	n = 16 (31%)
Habitude	n = 15 (40,5%)	n = 9 (60%)	n = 24 (46%)
Mise à disposition pas pratique, pas à portée de main, perte de temps d'aller le chercher	n = 17 (46%)	n = 4 (27%)	n = 21 (40%)
Colle, ne couvre pas assez	n = 4 (11 %)	0	n = 4 (8%)
Ne voit pas l'intérêt, prudente, fait attention de ne pas se salir	n = 3 (8 %)	n = 1 (7 %)	n = 4 (8%)
Pas écologique	n = 3 (8 %)	n = 5 (33 %)	n = 8 (15%)
Image renvoyée au patient, barrière avec le patient, fait poissonnier	n = 4 (11 %)	n = 4 (27%)	n = 8 (15%)
Ne sait pas quand doit le mettre	n = 6 (16 %)	0	n = 6 (10%)

Les raisons les plus citées pour lesquelles les soignants ne mettent pas le tablier plastifié sont :

- « *L'habitude* » (60% par les AS, 40,5% par les IDE)
- Un problème de mise à disposition (46% chez les IDE et 27% chez les AS)
- « *L'oubli* » (31%), qui pourrait être rattaché au problème de mise à disposition ou problème de l'habitude.

À noter quand même que le côté écologique a été cité 8 fois et essentiellement par les AS.

**★ 17 - Si vous avez travaillé dans un autre établissement, mettiez-vous plus le tablier ?  
N = 52**

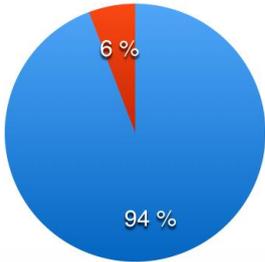
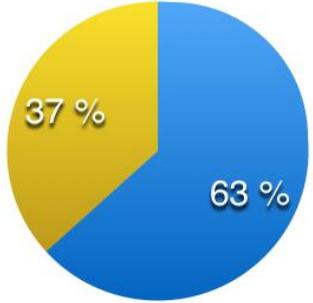
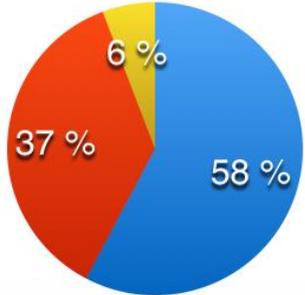
Seuls 35 soignants étaient concernés par cette question puisque 17 sont venus travailler au CGFL dès l'obtention de leur diplôme. Sur les 35 concernés, 28 (80%) déclarent ne pas avoir plus mis de tabliers plastifiés dans un autre établissement.

★ 18 - Si oui, qu'est-ce qui a influencé le changement de votre pratique ? N = 7

3 soignants sur 7 citent le côté accessibilité : « pas d'emplacement prévu sur le chariot » pour les IDE, « pas à proximité ».

4 soignants sur 7 déclarent « faire maintenant comme l'équipe », « que personne ne les met ici ».

- Critère ressources

<p>★ 19 - Savez-vous où sont rangés les tabliers ? N = 52</p> <p>94% (n = 49) des soignants savent où sont rangés les tabliers, 6% (n = 3) n'ont aucune idée où trouver des tabliers. Il s'agit de 3 IDE.</p>	<p>● oui ● non</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>oui</td> <td>94 %</td> </tr> <tr> <td>non</td> <td>6 %</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	oui	94 %	non	6 %		
Réponse	Pourcentage								
oui	94 %								
non	6 %								
<p>★ 20 - Si oui, avez-vous toujours suffisamment de tabliers ? N = 49</p> <p>63% (n = 31) des soignants déclarent avoir toujours suffisamment de tabliers, 37% (n = 18) ne savent pas. A noter qu'il s'agit de 18 IDE.</p>	<p>● oui ● je ne sais pas ● non</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>oui</td> <td>63 %</td> </tr> <tr> <td>je ne sais pas</td> <td>37 %</td> </tr> <tr> <td>non</td> <td>0 %</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	oui	63 %	je ne sais pas	37 %	non	0 %
Réponse	Pourcentage								
oui	63 %								
je ne sais pas	37 %								
non	0 %								
<p>★ 21 - Les trouvez-vous pratiques ? N = 52</p> <p>30 soignants (58%) trouvent les tabliers pratiques, 19 (37%) les trouvent non pratiques dont 9/15 (60 %) sont des AS. 3 IDE n'ont aucun avis, car reconnaissent ne pas en avoir porté.</p>	<p>● oui ● je ne sais pas ● non</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>oui</td> <td>58 %</td> </tr> <tr> <td>je ne sais pas</td> <td>6 %</td> </tr> <tr> <td>non</td> <td>37 %</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Pourcentage	oui	58 %	je ne sais pas	6 %	non	37 %
Réponse	Pourcentage								
oui	58 %								
je ne sais pas	6 %								
non	37 %								

★ 22 - Si non, pourquoi ? N = 19

Les raisons citées pour lesquelles les soignants trouvent les tabliers pas pratiques sont:

- « Pas faciles à prendre, collent entre eux, se déplient mal » : n = 16
- « Plastique, pas agréable, chaleur » : n = 6
- « Pas assez long, trop long » : n = 8

★ 23 - Avez - vous été consultés pour le choix du tablier ? N = 52

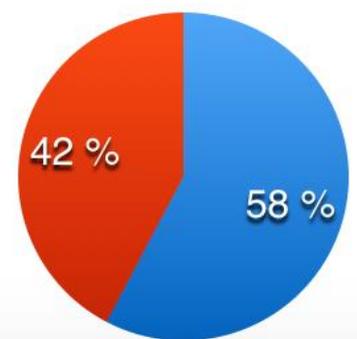
100 % des soignants déclarent ne pas avoir été consultés pour le choix du tablier.

★ 24 - Si non, cela pourrait- il influencer votre pratique ? N = 52

A cette question, l'avis est partagé pour les IDE, 16 sur 30 pensent que le fait de les intégrer dans le choix du tablier pourrait influencer leur pratique.

Pour les AS, la réponse est sans appel puisqu'elles répondent oui à 80 % (12 /15)

● oui ● non



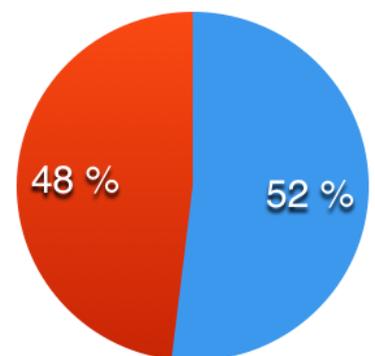
★ 25 - Connaissez-vous les correspondants en hygiène de votre service ? N = 52

Les correspondants en hygiène sont connus à 52% (n = 27) sur l'ensemble des services, mais on notera que c'est surtout au 3<sup>e</sup> (12/17 soit 70 %) que leurs noms ont été correctement cités.

10/16 (62%) au 4<sup>e</sup>

5/19 (26%) au 2<sup>e</sup>

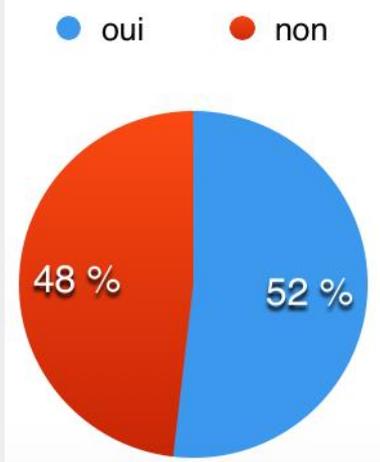
● oui ● non



★ 26 - Si oui, interviennent-ils parfois dans votre service ?  
N = 27

On note que 52% (n = 14) des personnes qui connaissent les correspondants en hygiène de leur service disent que ceux-ci interviennent parfois dans leur service.

- 0 / 5 au 2<sup>e</sup>
- 10 / 12 au 3<sup>e</sup>
- 4 / 10 au 4<sup>e</sup>



★ 27 - Si non aux questions 25 et 26, pensez-vous que ce serait un plus qu'ils interviennent ?  
N = 38

Parmi les personnes qui ne connaissent pas les correspondants en hygiène de leur service ou qui disent que ces derniers n'interviennent pas dans leur service, 100% pensent que ce serait positif.

★ 28 - Si oui, que pourraient-ils vous apporter ? N = 38

Ont été cités :

- Rappels des bonnes pratiques : 24 fois
- Informations lors des changements de protocoles, nouveautés, nouvelles recommandations : 24 fois
- Réponses à nos questions : 3 fois

★ 29 - Qu'est-ce-qui pourrait vous inciter à plus utiliser les tabliers ?

A cette question finale où chacun pouvait librement s'exprimer ont été cités :

- "*Meilleures mises à disposition*", "*plus visible*", "*meilleure accessibilité*", "*endroits stratégiques*" : 50 fois soit par 96% des soignants,
- "*Nécessité d'une formation sur les précautions standard*", "*de rappels*", "*d'explications et de sensibilisation*" : 34 fois soit par 65% des soignants,
- Qu'ils soient "*plus écologiques*" : 5 fois,
- "*Un autre modèle*", "*plus confortable*", "*coloré*", "*qu'il fasse moins boucher*" : 6 fois,
- Que ça devienne une "*obligation*" : 1 fois,
- Ne "*vois pas l'intérêt*" : 1 fois.

On ne note pas de différence notable entre les différents services.

### **III) Exploitation des résultats**

#### *1) Analyse et discussion des résultats*

##### **Audit observation des ressources**

Cet audit montre que tous les services disposent d'un lieu de stockage des tabliers plastifiés et que ceux-ci sont en nombres suffisants. Tous les chariots de nursing en sont équipés, ce qui n'est pas le cas des chariots de soins infirmiers.

Un premier problème est souligné ici. J'ai pu constater lors de mon passage que la réserve, bien que facile d'accès dans tous les services, n'est jamais renseignée et les tabliers sont parfois stockés au sol ou très haut sur une étagère dans leurs cartons d'origine.

Quoiqu'il en soit, la non application des recommandations ne peut pas venir d'un manque de matériel dans le cas présent. Le CGFL répond donc bien à l'obligation de mise à disposition d'EPI pour le personnel. Il reste à vérifier les actions effectuées par ce dernier pour inciter à un usage approprié par les soignants.

Bien que des tabliers soient présents sur les chariots des AS, ceux-ci ne possèdent pas un emplacement de stockage déterminé et adapté, puisque chaque service a sa propre méthode de stockage (en vrac dans un sac, suspendus sur le côté du chariot, posés sur la porte). Nous pouvons nous poser la question du côté pratique pour les équipes, et également au niveau hygiène puisque lors de mon passage, j'ai pu observer que lorsque ceux-ci sont posés sur la porte des chariots, ils peuvent glisser et se retrouver au sol.

Les chariots de soin des IDE sont identiques pour tous les services et rien n'est prévu pour déposer les tabliers plastiques. Les soignants qui souhaitent en avoir à disposition n'ont pas d'autre solution que de les mettre en vrac dans un sac ou dans le tiroir. Nous pouvons encore nous interroger sur le côté pratique.

### **Audit par questionnaire administré**

Tout d'abord, il est clair que les soignants audités dans cette étude sont généralement jeunes, avec une majorité importante de personnels ayant moins de 30 ans, ce qui est à relier au nombre d'années d'expérience en tant que soignants, puisque 42 % des soignants ont moins de 5 ans d'expérience, avec une médiane se situant entre 5 et 10 ans. De ce fait, étant diplômé depuis peu, il pourrait être attendu que les IDE et AS soient renseignés un minimum pour les bonnes pratiques d'hygiène dans leurs écoles respectives et les appliquent. Aucune différence notable entre AS et IDE n'est montrée à ce sujet. Qui plus est, plus de la moitié du personnel audité exerce au CGFL depuis moins de 5 ans, ce qui implique un turn-over relativement important dans les services. Il est alors essentiel de sensibiliser les nouveaux embauchés dès leur arrivée dans l'établissement, ce qui a priori n'est pas fait, puisque 50% des soignants déclarent ne pas avoir reçu de formation sur les précautions standard à leur arrivée.

Théoriquement, il y a une formation des nouveaux embauchés une fois par semestre. Cependant, en 2019, elle n'a pas eu lieu et il y avait très peu de participants les années précédentes (les nouveaux ne sont-ils pas inscrits par le cadre ?).

Un problème de formation à la base est ainsi dévoilé. Par ailleurs, il apparaît une disparité à ce sujet entre les 3 étages, ce qui peut témoigner de l'importance de l'implication du cadre, puisque c'est lui qui reçoit les dates des formations et doit inscrire les soignants.

Quand elle a été faite, la formation n'est pas récente (> à 3 ans pour 69% des soignants) alors que le personnel affirme être demandeur à 95%. Il y a donc un dysfonctionnement au niveau local. Pourtant, d'après le modèle COM-B, vu précédemment, il est délicat d'obtenir la motivation d'une personne sans lui offrir toutes les opportunités pour y parvenir. Ici, par manque d'information, il semblerait que le personnel ait tout simplement mis de côté cet EPI.

De façon sensée, parmi ceux qui n'ont pas eu de formation, certains n'ont pas connaissance de l'existence du protocole sur les précautions standard. Même si la question de savoir si un tel protocole existe au sein de l'établissement semble un peu biaisée de par sa formulation ('si on m'en parle, c'est sans doute qu'il existe'), le fait de demander où il se trouve a permis de déceler les potentielles personnes peu informées sur le sujet. En effet, seuls 72% de ceux connaissant son existence savent également où le trouver. Dans tous les cas, la majorité ne le consulte jamais. Sachant que le protocole a été actualisé en Mars 2018 suite aux recommandations de juin 2017, avec comme changement une modification sur les recommandations sur le port du tablier plastique à usage unique où le terme de soin souillant ou mouillant a été rajouté et à nouveau actualisé en juillet 2019 où une précision pour le port systématique du tablier plastique pour les soins de nursing a été notifié, cela nous laisse penser que cette modification n'était pas connue de tous, puisque que seules 9 personnes déclarent l'avoir consulté depuis moins d'un an.

D'autre part, 79% de soignants audités ne connaissent pas le terme de transmission croisée et seule une personne considère l'environnement comme vecteur potentiel d'IAS. Cela révèle un vrai problème de connaissance, qu'une formation professionnelle ai été dispensée ou non, le message n'a pas été assimilé par le soignant. Ces derniers pourraient ne pas avoir conscience du danger présent. Pourtant, leur tenue leur semble être vectrice de micro-organismes entre patients quand la question leur est posée directement. Les personnes auditées

sont sans doute amenées à réfléchir au fur et à mesure des questions. Une seule personne a donné la définition complète du terme “transmission croisée“ en incluant la place de l’environnement. Pourtant, à la question suivante, les soignants sont bien conscients de contaminer leur tenue via les contacts avec les patients et l’environnement. Aucun manque de capacité du personnel à percevoir le problème n’est donc démontré, au contraire (critère essentiel du modèle COM B).

En revanche, la tendance penche vers un manque de motivation malgré tout. En effet, même quand le personnel sait qu’il faudrait utiliser un tablier plastifié, la grande majorité ne le met pas. A la question de savoir pourquoi, les soignants répondent qu’il s’agit d’une « habitude », d’un « oubli » ou/et qu’ils ne sont pas suffisamment facilement disponibles. Pour ce qui est de l’oubli et de l’habitude, ils peuvent sans doute se regrouper sous les termes « *habitude d’oublier le tablier plastifié* ».

Il apparaît assez clairement que le port de ce tablier plastifié n’est pas rentré dans les mœurs à l’échelle locale, bien que présent au niveau global dans les recommandations. Ceci semble lié à la contrainte qu’il impose et à une méconnaissance des risques.

Globalement, les soignants savent où sont rangés les tabliers mais parmi eux 37% ne savent pas s’il y en a suffisamment à disposition chaque jour. Pour autant, tous s’accordent pour dire qu’ils n’en manquent jamais. Ce qui paraît logique au vu de leur faible consommation en 2019 (2200 tabliers commandés sur l’ensemble des 3 étages). Pourtant, la majorité le trouve assez pratique, et même si ce n’est pas le cas, leur laisser le choix du modèle de tablier ne changerait rien à leur pratique, car plus de 42% d’entre eux ne le porteraient pas. Néanmoins, cela laisse une faible majorité qui serait intéressée de choisir plus convenablement son tablier, ce qu’il faudra prendre en compte par la suite.

De plus, le problème du non-respect du port du tablier n'est pas affilié au CGFL puisqu'une majorité de soignants ayant travaillé ailleurs ne le portait déjà pas. Une tendance semble s'imposer : personne ne le porte, alors le nouvel arrivant suit le mouvement et ne le porte pas à son tour.

Pour ce qui est des correspondants en hygiène, ceux supposés transmettre les bonnes pratiques au personnel, les soignants ont plus ou moins connaissance de leur existence (52% d'entre eux les connaissent). Parmi ceux-là, un peu plus de la moitié témoigne avoir vu intervenir les correspondants quelquefois. Pour autant, tous s'accordent à dire que leur intervention serait positive afin d'apporter l'information nécessaire à l'application des bonnes pratiques d'hygiène.

À la fin du questionnaire, le personnel est quasiment unanime, c'est la meilleure accessibilité qui les inciterait à les utiliser systématiquement. D'autre part, plus de la moitié s'accorde pour dire que la formation initiale, ainsi que des rappels, seraient des facteurs pivots d'une application de cette bonne pratique. Quelques autres paramètres sont mentionnés comme l'impact écologique, le confort, le fait d'imposer une obligation, mais ils ne sont cités que ponctuellement.

Dans la présente étude, l'échantillon interrogé a été sélectionné au hasard et est de taille suffisamment importante par rapport au nombre effectif de soignants travaillant dans les services étudiés pour être représentatifs du personnel du CGFL ciblé. Les 5 IDE de nuit non audités pour cause de Covid-19 ne le seront pas en cette période, car la crise peut biaiser leur vision sur la question dorénavant. À ce titre, il serait très formateur de voir l'impact du Covid-19 sur les pratiques d'hygiène et notamment le port des EPI.

Dans d'autres établissements, le même constat a été fait. Déjà en 1992, une étude menée au centre de traumatologie de niveau II dans le Minnesota (12) avait prouvé que les précautions standard n'étaient pas systématiquement respectées par le personnel (médecins, infirmières, résidents, étudiants et auxiliaires confondus). En particulier pour le port du tablier plastifié qui n'était respecté que dans 12% des cas. Ils avaient également montré un écart entre leur observation de terrain et les résultats du sondage mené sur les bonnes pratiques d'hygiène : il s'avérait que le personnel surestimait sa conformité aux PS. Sans avoir effectué une réelle observation sur le terrain, il se pourrait qu'un biais d'honnêteté du personnel face à leurs pratiques soit présent. Quoiqu'il en soit, ce biais ne ferait qu'augmenter le nombre de personnes ne portant pas les tabliers plastifiés et non l'inverse. Ceci est donc toujours en faveur d'un manque d'observance de l'utilisation de ces EPI par le personnel. Le même constat avait été apporté par Anna Berger-Carbonne et al. en 2013, qui avait abouti à la conclusion que « le risque infectieux est souvent sous-évalué » et que 75% du personnel est demandeur de plus de recommandations (13).

Par ailleurs, au CHU de Grenoble en 2007, une étude avec pour objectif d'améliorer l'application des précautions standard a été menée dans le service de rhumatologie. Le résultat montre qu'après une formation continue, le personnel obtient de meilleures notes lors du second questionnaire. Ce qui laisse espérer une bonne observance sur le terrain. La formation continue se basait sur une correction du premier questionnaire, un meilleur accès et des affichages ainsi que des interventions de la cellule d'hygiène (14). Ceci est en accord avec les points d'amélioration soulignés par le personnel du CGFL.

Or, comme vu précédemment, il n'existe pas de plan de formation défini au CGFL en matière de prévention du risque infectieux. Ceci est pourtant spécifié dans les recommandations : « *les établissements de soins [...] doivent aussi veiller à mettre en œuvre les actions nécessaires (formations, informations et fiches techniques) pour permettre aux soignants un usage approprié des EPI* ».

## 2) Perspectives

Ainsi, comme tend à le montrer cette étude, dans le cas du CGFL, un des points clés de l'amélioration des pratiques en ce qui concerne le port du tablier est la formation initiale et continue ainsi qu'une facilité d'utilisation des tabliers. Pour ces raisons, les perspectives envisagées suite à cet audit seraient de :

- Définir une place spécifique aux tabliers plastifiés sur tous les chariots, avec un système d'attache adapté (type dérouleur), de positionner également soit dans les chambres ou à des endroits stratégiques des couloirs des distributeurs d'EPI (endroits définis et discutés avec les soignants) (annexe 3).
- Discuter et faire valider par la direction un plan de formation en hygiène :
  - Une formation à tous les nouveaux arrivants dans le premier mois suivant leur arrivée,
  - Une formation en hygiène à tous les soignants au minimum tous les 3 ans.

Afin d'obtenir un changement rapide des pratiques actuelles, il serait nécessaire que tous les soignants en poste bénéficient d'une formation sur les PS rapidement. En effet, si l'EOH se contente de former dans l'immédiat uniquement les nouveaux embauchés sans se préoccuper de ceux déjà en service,

les nouvelles recrues risquent de suivre les pratiques de l'équipe et non l'inverse. De plus, une intervention auprès des cadres semble indispensable afin de les sensibiliser et de les impliquer davantage dans la prévention du risque infectieux.

- Développer les connaissances du groupe des correspondants en hygiène. Former ces derniers afin qu'ils puissent être le relai aux équipes des messages transmis par l'infirmière hygiéniste. Pour que cela soit possible, l'implication des cadres et de la direction est fondamentale. Un important travail me semble nécessaire à ce niveau.
- Construire un indicateur de consommation / service afin de suivre les unités avec retour mensuel dans un premier temps aux équipes.
- Effectuer un audit après avoir réalisé la formation professionnelle auprès des mêmes équipes afin de vérifier l'efficacité des mesures mises en place.

En pratique, pour parvenir à évaluer l'efficacité des mesures mises en place, une perspective intéressante serait de suivre le modèle de cartographie *Heatmap* déployé au CHU de Montpellier depuis 2014 (15). Il s'agit d'un outil d'évaluation se basant sur l'utilisation de grilles standardisées complétées par observation directe des pratiques du personnel concernant le respect des règles d'hygiène. Une carte des risques est ainsi établie grâce à la fréquence de non-conformité et la gravité pour le patient des conséquences de cette non-conformité (risque = gravité x fréquence).

Tableau II – Cotation a priori du risque pour les précautions standard.

Hygiènes-XXVII-6-Parer

Fréquence de non-conformité (NC)	0 NC	1-2 NC	3-4 NC	5 NC	6 NC	7 NC	8 NC	9 NC	10 NC
<b>Gravité croissante estimée de la non-conformité des mesures</b>									
Entretien du matériel commun		Risque maîtrisé		Risque à surveiller					
Entretien du plan de travail avant le soin									Risque non acceptable
Entretien du bassin après utilisation									
Port du masque									
Port du tablier									
Port de gants				Risque critique					
FHA avant préparation de soins aseptiques									
FHA avant contact avec le patient									
FHA immédiatement avant le soin aseptique									

Les différents critères à évaluer sont classés selon une estimation de la gravité du risque encouru par le patient en cas de non-conformité. La fréquence de non-conformité est recueillie lors des audits. Un code couleur est attribué a priori, selon les seuils de

Figure II : exemple de grilles de cotation utilisée au CHU de Montpellier

Les résultats de ces grilles doivent être communiqués de façon claire et ciblée au personnel, et des mesures d'amélioration apportées sur les points les plus critiques ainsi hiérarchisés. Cet outil semble être un indicateur qualité en matière d'hygiène assez performant et facilement transposable au CGFL. Ainsi, l'infirmière hygiéniste et les correspondants en hygiène pourraient utiliser cette cartographie comme point de départ pour la formation des soignants avec des programmes adaptés à l'établissement et argumentés.

Pour ce qui est du format de la formation des nouveaux embauchés et continue au sein de l'établissement plusieurs options sont envisageables pour l'équipe opérationnelle en hygiène :

- ✓ Des réunions par petits groupes avec présentation d'un power point simple mais clair sur les PS, et l'importance de la place des soignants concernant leur application. Ce format permet au personnel d'échanger directement avec l'équipe d'hygiène, de poser toutes leurs questions et permet également à l'infirmière hygiéniste de voir la réceptivité de l'auditoire pour l'adapter en conséquence. La réunion pourrait s'accompagner de petites questions en direct

où chacun peut répondre anonymement via son mobile (application Kahoot) par exemple).

- ✓ Des informations régulières sur les résultats des grilles d'évaluations, l'actualisation des PS ou tout autre rappel semblant nécessaire, sous forme de newsletters semestrielles par exemple. Elles pourraient être envoyées par mail par l'infirmière hygiéniste et affichées sur le panneau d'information de chaque service. Elles devraient être courtes, claires et concises (une page maximum), incluant des données visuelles (graphiques ou autres) pour plus de lisibilité.
- ✓ Une intervention des correspondants en hygiène après leur réunion trimestrielle auprès de leur service respectif afin de tenir les équipes informées. Cela pourrait être communiqué lors de la réunion d'information hebdomadaire faite par les cadres à leur équipe respective, en laissant un temps de parole aux correspondants.

### 3) Proposition d'un plan d'action d'amélioration

Actions	Pilote(s)	Echéance
Choix et installation de support à tabliers sur les chariots de soins infirmiers et des AS ainsi que dans les chambres et/ou les couloirs	EOH Direction-Cadres Économat	Juin 2021
Formation du personnel présent sur les PS	EOH-Cadres	Juin 2021
Mise en place d'un plan de formation hygiène nouveaux embauchés et salariés	Commission formations EOH	Février 2021
Former et dynamiser le groupe des correspondants en hygiène	Direction-Cadres EOH	3 <sup>e</sup> trimestre 2021
Mettre en place un indicateur de consommation des tabliers	EOH Cadres Économat	Fin 2020
Effectuer un audit auprès des mêmes équipes afin de vérifier l'efficacité des mesures mises en place	EOH-Cadres Correspondants hygiène	Fin 2021

En résumé, chaque acteur aura un rôle essentiel dans la bonne application des PS : l'établissement via un soutien financier, l'infirmière hygiéniste en tant que chef de file des formations et sensibilisation des professionnels de santé ainsi que l'évaluation de l'efficacité des mesures mises en place ; les correspondants en hygiène pouvant intervenir quotidiennement à l'échelle locale et faire remonter certains problèmes aux cadres et à l'infirmière hygiéniste, les cadres par leurs implications et enfin le personnel soignant qui doit se montrer conciliant et motivé pour appliquer aux mieux les recommandations données par toute l'équipe d'hygiène.

#### **IV) Conclusion**

En conclusion, ce travail a permis de mettre en évidence certaines raisons qui peuvent expliquer l'absence d'utilisation du tablier plastifié dans de nombreuses situations où ce dernier est pourtant décrit comme nécessaire dans les dernières recommandations des précautions standard. Le manque de formation et l'accessibilité de ces tabliers se sont révélés être des points majeurs à améliorer.

À l'avenir, un programme de formation aux nouveaux embauchés et continu en hygiène, ainsi que des outils d'aide à l'évaluation sont envisagés afin de pallier à ce manque. L'objectif principal étant toujours de limiter au maximum les IAS, évitables dans de nombreux cas grâce aux EPI, à une hygiène des mains adaptée et d'autres gestes simples qu'il est essentiel d'expliquer et de rappeler régulièrement.

## **Bibliographie**

- 1 - Comité Technique National des Infections Nosocomiales et Liées aux Soins (CTINILS), Actualisation de la définition des infections nosocomiales, Ministère de la Santé, mai 2007, 43 pages.
- 2 - Santé publique France, enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé. France, mai-juin 2017, juin 2018.
- 3 - Haut conseil de la santé Publique : Prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes. Juillet 2013.
- 4 - Société Française d'Hygiène Hospitalière. Actualisation des précautions standard. Juin 2017 ; Volume XXV-hors-série
- 5 - Laprugne-Garcia E, Giard M, Caillat-Vallet E, et al...Evaluation de l'application des précautions standard dans les établissements de santé français, HYGIENES - 2014, volume XXII- N°2,107-116.
- 6 - Code du travail, articles R.4321-4 et R.4323-9.
- 7 - SEHULSTER LM.Healthcare Landry and Textiles in the United States:Review and commentary on contemporary infection prevention issues.Infect Control Hosp Epidemiol 2015; 9:1073-1088.
- 8 - Gaspard P, Eschbach E, Gunther D et al...Contamination des tenues professionnelles par le SARM dans les services de soins de longue durée, HYGIENES- 2009, volume XVII- N° 1,37-43.
- 9 - Jacob G. Uniforms and Workwear- An evidence base for developing local policy.NHS 2007: 1-10.

10 - Brigand G, Lucet JC. Comportement des soignants vis-à-vis du risque infectieux : quelles influences et comment impulser le changement ? HYGIENES-2016, volume XXIV- N° 1, 25-33.

11 - Michie S, Van Stralen MM, West R. The behavior change wheel: a new method for characterizing and designing behavior change interventions, Implement Sci IS 2011; 6:42.

12 – Keith H, Scott C, Myra M. A Comparison of Observed and Self-Reported Compliance With Universal Precautions Among Emergency Department Personnel at a Minnesota Public Teaching Hospital: Implications for Assessing Infection Control Programs, Annals of emergency medicine, Aout 1992, 58-64.

13 - Berger-Carbonne A, Magne P, Brami J et al... Enquête relative à la perception par les professionnels de santé du risque infectieux associé aux soins de ville, 2013, HYGIENES-2015, volume XXIII-N°5, 303-308.

14 - Puecha R, Naessensb A, Alleneta B et al. Amélioration des pratiques professionnelles sur les précautions standard en hygiène dans un service clinique de Rhumatologie, Revue du rhumatisme 74, 2007 ; 1039-1208.

15 - Alarocon V, Grau D, Rocle P et al... Cartographie Heatmap des pratiques d'hygiène au CHU de Montpellier, HYGIENES-2019- Volume XXVII- N°6, 361-368.

# **Annexes**

# Annexe 1

## Audit Port du tablier plastifié Observation des ressources

Service : .....

<b>Réserve</b>		
1 - Il y a un emplacement de stockage réservé aux tabliers plastiques dans le service ?	Oui	Non
2 - Si oui, cette réserve est facile d'accès ?	Oui	Non
3 - Ce jour, on y trouve des tabliers ?	Oui	Non
<b>Chariot de nursing</b>		
4 - Des tabliers plastifiés se trouvent sur le chariot ?	Oui	Non
5 - Si oui, comment sont-ils stockés ?	.....	
<b>Chariots de soins infirmiers</b>		
6 - Y a-t-il des tabliers plastifiés sur tous les chariots de soins infirmiers en cours d'utilisation ?	Oui	Non
7 - Si non,	Sur combien de chariots trouve-t'on des tabliers ?	.....
	Combien n'en ont pas ?	.....
8 - Si oui, comment sont-ils stockés sur les chariots ? ..... .....		

## Annexe 2

### Audit Port du tablier plastifié

Questionnaire administré

Service : .....

Statut de l'audité					
Vous êtes :	Infirmier	AS	Étudiant : AS	IDE	
Vous exercez :	De jour		De nuit		
Vous êtes âgé de :	< 30 ans	30 à 40	40 à 50	> 50 ans	
Vous êtes diplômé depuis :	< 5 ans	5 à 10	10 à 20	20 à 30	> 30 ans
Vous travaillez au Centre depuis :	< 1 an	1 à 5	5 à 10	10 à 20	> 20 ans
Formation					
1 - Avez-vous eu une formation sur les précautions standard depuis que vous êtes au Centre ?			Oui	Non	
2 - Si oui, il y a combien de temps ?			< 3 ans	> 3 ans	
3 - Si non ou si > 3 ans, pensez-vous que cela pourrait vous être utile ?			Oui	Non	
Protocole					
4 - Existe-t-il un protocole sur les précautions standard au Centre ?			Oui	Non	Je ne sais pas
5 - Si oui, savez-vous où le trouver ?			Oui	Où ? .....	Non
6 - Si oui, l'avez-vous déjà consulté ?			Oui	Non	
7 - Si oui, il y a combien de temps ?			.....		

## Connaissances

8 - Savez-vous ce qu'est la transmission croisée ?	Oui	Non
<p>9 - Si oui, il s'agit de : - la transmission de certains micro-organismes de l'environnement à un patient,  <small>(Laisser le soignant s'exprimer)</small> - la transmission de certains micro-organismes de patient à patient            - autres : .....</p>		
10 - Si oui, pensez-vous que votre tenue professionnelle puisse être un vecteur possible de la transmission croisée ?	Oui	Non
11 - Si non, pourquoi ? .....		
12 - Si oui, pourquoi ? .....		
<p>13 - Pour vous, le port du tablier plastifié est recommandé : <small>(laisser s'exprimer le soignant, entourer les réponses citées)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lors d'un soin mouillant,</li> <li>- lors d'un soin souillant,</li> <li>- lors d'un soin exposant à un risque de projection de produit biologique d'origine humaine,</li> <li>- lors d'un soin exposant à un risque d'aérolisation de produit biologique d'origine humaine,</li> <li>- Précautions complémentaires,</li> <li>- je ne sais pas,</li> <li>-autres</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

## Connaissances et attitudes

14 - Devez-vous porter un tablier pour ?					15 - Le faites-vous ?		
Soins	Oui	Non	Ne sait pas	NC	Toujours	Parfois	Jamais
a - Retrait bassin/pistolet							
b - Vidange SAD							
c -Transport bocal à urine au lave bassin							
d -Toilette complète, aide							
e - Change							
f - Prévention d'escarre							
g - Prise de sang							
h - Soin de stomie							
Soins	Oui	Non	Ne sait pas	NC	Toujours	Parfois	Jamais
i - Réfection de pansement simple							
j - Distribution de médicaments							
k - Soin de lame							
l -Transport de linge souillé							

m -Transport des déchets							
n - Soins de trachéotomie							

### Attitudes

16 - Pour les actes, soins concernés, alors que vous connaissez les bonnes pratiques, pourquoi ne mettez-vous pas le tablier ?

.....

17 - Si vous avez travaillé dans un autre établissement, mettez-vous plus le tablier ?

Oui      Non      NC

18 - Si oui, qu'est-ce qui a influencé le changement de votre pratique ?

.....

### Ressources

19 - Savez-vous où sont rangés les tabliers ?

Oui                  Non

20 - Si oui, avez-vous toujours suffisamment de tabliers ?

Oui    Non    je ne sais pas

21 - Les trouvez-vous pratiques ? (Le tablier en lui-même )

Oui    Non    Je ne sais pas

22 - Si non, pourquoi ?

.....

23 - Avez-vous été consulté pour le choix du tablier ?

Oui                  Non

24 - Si non, cela pourrait-il influencer votre pratique ?

Oui                  Non

25 - Connaissez-vous les correspondants en hygiène de votre service ?

Oui                  Non

- Citez-m'en un : .....

26 - Si oui, interviennent-ils parfois dans votre service ?	Oui	Non
---	-----	-----

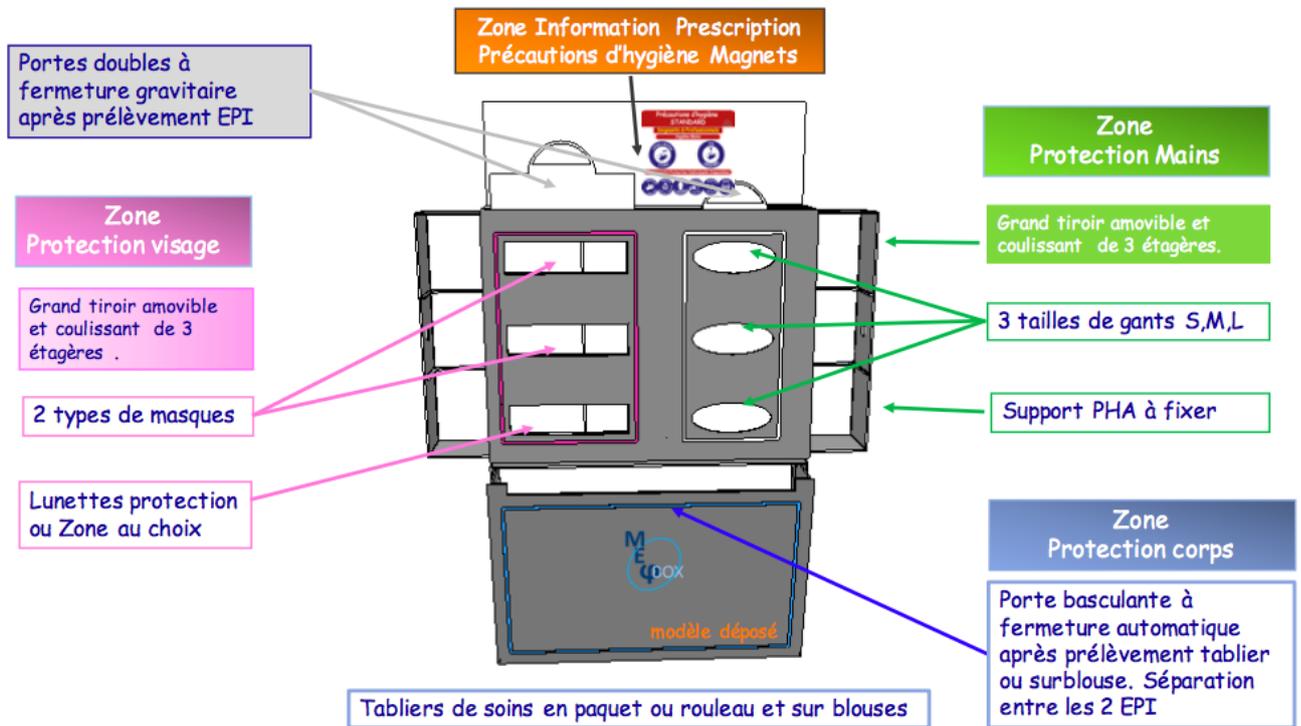
27 - Si non aux questions 25 et 26, pensez-vous que ce serait un plus un plus qu'ils interviennent ?	Oui	Non
--	-----	-----

28 - Si oui, que pourraient-ils vous apporter ?  
.....  
.....  
.....

29 - Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à plus les utiliser ?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Annexe 3

## Exemples de supports possibles



## CPias ARA

MAROTEL Sandra

**Utilisation du tablier plastifié à usage unique en milieu hospitalier :  
intérêt d'une démarche globale pour améliorer les pratiques**

L'application des précautions standard, dont le port du tablier plastifié fait partie, est devenue l'un des pivots de la stratégie de lutte contre les IAS. Suite à différentes observations sur le terrain, le port de celui-ci ne semble pas être intégré dans les pratiques des soignants au CGFL. Une démarche globale pour mieux comprendre cet écart de pratique a été entreprise avec comme objectif que tous les soignants respectent le port du tablier tel que préconisé par les précautions standard.

Un audit mixte a été réalisé durant le mois de mars 2020. Il s'est basé sur une évaluation des ressources par observation ainsi qu'un questionnaire administré prévu pour 57 soignants tirés au hasard dans les services d'hospitalisation complète de médecine et chirurgie.

Pour cause de covid-19, 52 soignants ont pu être audités : 30 infirmières de jour, 15 aide-soignantes et 7 infirmières de nuit. Les tabliers plastifiés sont présents dans la réserve et les chariots de nursing mais absents des chariots de soins infirmiers. 50% des salariés ont eu une formation sur les précautions standard depuis leur arrivée et celle-ci remonte à plus de 3 ans pour 69 % des soignants. 37% des soignants qui ont connaissance de l'existence d'un protocole sur les PS déclarent l'avoir déjà consulté. 11 soignants sur les 12 connaissant le terme « transmission croisée » pensent que leur tenue peut être un vecteur de transmission. A la question de savoir pour quels soins les soignants estiment qu'il est recommandé de porter le tablier plastifié, 75% de bonnes réponses sont obtenues. En parallèle, la majorité du temps, le personnel ne le porte pas pour ces soins même s'il est recommandé. Pour 96% d'entre eux, une meilleure accessibilité et visibilité les inciteraient à plus utiliser le tablier.

Cette démarche a permis de souligner l'importance de la formation initiale et continue du personnel ainsi qu'une meilleure accessibilité des tabliers afin de favoriser son utilisation. La mise en place d'un plan de formation en hygiène, d'une meilleure mise à disposition des tabliers, la création d'un indicateur de consommation des tabliers ainsi que la dynamisation du groupe des correspondants font partie du plan d'action. L'Equipe Opérationnelle en Hygiène devra s'impliquer pour sensibiliser le personnel régulièrement et évaluer l'efficacité des mesures mises en place.

**Mots clés :** tablier plastifié ; IAS ; transmission croisée ; formation ; PS ; audit ; EOH

**Key words:** plastic apron; healthcare associated infections; cross transmission; training; standard precautions; audit; operational hygiene team