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

# *QUAND LA PREVENTION FAIT PARTIE DE LA SEANCE : IMPACT DES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES CONTACT EN REEDUCATION FONCTIONNELLE*

*When prevention becomes part of the session: Impact of contact precautions in a functional rehabilitation center*

Par *OVISE JOANNA*

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du**

**DIPLÔME D'UNIVERSITÉ**
**INFIRMIER EN HYGIENE**

**Directeur de mémoire :**
**Dr CHAPUIS CATHERINE**

**Octobre 2026**

# Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire et à l'aboutissement de mon Diplôme Universitaire.

Je remercie tout d'abord l'équipe pédagogique du DU**,** pour la qualité des enseignements dispensés, la rigueur scientifique transmise et l'accompagnement constant tout au long de cette formation.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des rééducateurs du site de Marcy-l'Étoile**,** kinésithérapeutes et ergothérapeutes, qui ont accepté de participer à l'étude ainsi que leur cadre Catherine PEYRIERE pour ses conseils. Leur disponibilité, leur sincérité et leur engagement ont permis de donner du sens à ce travail. Sans eux, ce mémoire n'aurait pas pu refléter la réalité du terrain ni mettre en lumière les besoins spécifiques de la rééducation fonctionnelle.

Je remercie également Catherine FOUCHER, pour sa confiance et son accompagnement dans ce nouveau poste (merci d'avoir insisté !) et particulièrement le Dr CHAPUIS Catherine, pour sa gentillesse et son savoir que je partage depuis maintenant trois ans. Je remercie également l'équipe ESPRI/EMH des Hospices Civils de Lyon et tout particulièrement Pascale BATTAGLIOTTI, pour leur accueil et leur bienveillance tout au long de mon stage de DU, auprès desquels j'ai tellement appris et sans lesquels je n'aurais pas pris confiance. Du fond du cœur, merci.

Enfin, je souhaite exprimer ma gratitude à ma famille et mes proches**,** pour leur soutien indéfectible, leur patience et leur encouragement tout au long de cette formation exigeante. Mes deux filles Chloé et Julia que j'aime plus que tout au monde. Leur présence m'a permis de garder confiance, motivation et sérénité dans les moments les plus intenses surtout cette dernière année, particulièrement difficile pour moi. Enfin, je remercie Sylvain, David, Tiffany et Christelle, mes collègues de DU pour ces deux années merveilleuses à leurs côtés.

À toutes et tous, je vous dis sincèrement MERCI.

# TABLE DES MATIERES

**ABREVIATIONS** ..... **4**
**Introduction générale** ..... **5**
**1. Contexte** ..... 5
**1.1. Situation d'appel** ..... 6
**1.2. L'équipe de rééducation de Marcy-l'Étoile** ..... 8
**1.3. Objectif et question de départ** ..... 9
**1.4. Plan du travail** ..... 10
**2. Cadre de référence théorique** ..... 11
**2.1. Les Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe)** ..... **11**
**2.2. Les Précautions Complémentaires Contact (PCC)** ..... **12**
**2.3. Transmission croisée : mécanismes et enjeux** ..... **12**
**2.4. Colonisation versus infection : une distinction essentielle** ..... **13**
**2.6. Données épidémiologiques en France** ..... **14**
**2.7. Enjeux spécifiques en rééducation fonctionnelle** ..... **16**
**2.8. Synthèse du cadre théorique** ..... **16**
**3. Etude de terrain** ..... **17**
**3.1. Méthodologie de l'étude** ..... **17**
**3.2. Population étudiée** ..... **18**
**3.3. Outil de recueil : le questionnaire administré** ..... **18**
**3.4. Modalités d'administration** ..... **19**
**3.5. Méthode d'analyse des données** ..... **19**
**4. Présentation des résultats** ..... **20**
**4.1. Connaissances des Précautions Complémentaires Contact** ..... **20**
**4.2. Perception du risque et freins liés aux PCC** ..... **21**
**4.3. Pratiques déclarées en rééducation** ..... **21**
**4.4. Documentation et information** ..... **23**
**4.5. Synthèse des résultats** ..... **25**
**5. Exploitation des résultats** ..... 26
**5.1. Analyse et discussion des résultats au regard du cadre théorique** ..... **26**
**5.1.1 L'étude** ..... 26
**5.1.2 Limites de l'étude** ..... **29**
**5.1.3. Forces de l'étude** ..... **29**

**5.1.4 Programme d'actions proposé** ..... **30**
**6. Conclusion** ..... 32

# ABREVIATIONS

BMR : Bactérie Multi-Résistante

BHRe : Bactérie Hautement Résistante émergente

CLIN : Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

EPC : Entérobactérie Productrice de Carbapénémase

EPI : Equipement de Protection Individuelle

ERG : Enterococcus faecium Résistant aux Glycopeptides

ERV : Enterococcus faecium Résistants à la Vancomycine

HAS : Haute Autorité de Santé

HDM : Hygiène Des Mains

PCC : Précautions Complémentaires Contact

PROPIAS : Programme National d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins

PS : Précautions Standard

RETEX : REtour d'Expérience

SF2H : Société Française d'Hygiène Hospitalière

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

# Introduction générale

La prévention du risque infectieux constitue un pilier essentiel de la qualité et de la sécurité des soins. En Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), les activités de rééducation exposent les professionnels à des situations de contact rapproché avec les patients, à l'utilisation de matériel partagé et à des environnements partagés entre les patients. Dans ce contexte, l'application rigoureuse des Précautions Standard et Complémentaires Contact (PCC) est indispensable pour limiter la transmission croisée, en particulier lors de la prise en charge de patients porteurs de Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe).

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche de compréhension, d'analyse et d'amélioration des pratiques de rééducation dans un contexte épidémique et au quotidien. Il vise à répondre à la question centrale : « **En quoi l'application des PCC par les rééducateurs contribue-t-elle à renforcer la sécurité des soins, notamment pour limiter la transmission croisée en rééducation fonctionnelle ? »**

## 1. Contexte

L'augmentation de la fréquence des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) constitue un enjeu majeur de santé publique en milieu hospitalier et tout particulièrement en Soins Médicaux et réadaptation (SMR). Ces bactéries, dont le réservoir est principalement digestif, présentent des mécanismes de résistance transmissibles et peuvent se diffuser par contact direct ou via l'environnement, les mains et le matériel partagé, rendant la maîtrise de la transmission croisée essentielle pour préserver la sécurité des patients et la continuité des soins. En soins médicaux et de réadaptation, établissements accueillant des patients pour des séjours allant de trois semaines à parfois une année (voir plus), la prise en charge de patients porteurs de BHRe peut déstabiliser le quotidien des équipes soignantes.

Dans mon établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), un épisode épidémique de BHRe a affecté dix-sept patients, révélant la vulnérabilité de notre établissement face à la diffusion de ces bactéries. La gestion de cet épisode a exigé une réorganisation rapide de la prise en charge des patients, la mise en place de signalétiques, d'unités mobiles de protection et d'un renforcement des points de distribution de solution hydroalcoolique, mais a aussi mis en lumière des écarts de pratiques et une anxiété marquée parmi les professionnels, en particulier les rééducateurs.

Les Précautions Complémentaires Contact (PCC), définies comme un complément aux précautions standard (PS), reposent sur des mesures ciblées : chambre individuelle obligatoire ou regroupement (cohorting), hygiène des mains systématique, port d'un tablier à usage unique lors de contacts rapprochés, individualisation du matériel lorsque cela est possible ou désinfection du matériel partagé et organisation du parcours des patients (programmation en fin de planning, marche en avant…). Ces mesures visent à limiter les voies de transmission identifiées (mains, matériel, environnement) et à réduire le risque de diffusion au sein des plateaux techniques et des espaces communs.

Pour les rééducateurs intervenant à la fois en chambre et sur les plateaux, l'application des PCC soulève des défis pratiques : adaptation du port d'équipements de protection individuelle (EPI) aux actes réalisés, gestion et désinfection du matériel partagé (appareils, aides techniques) et maintien d'une prise en charge rééducative de qualité sans stigmatisation ni isolement excessif du patient. Les observations de terrain réalisées lors de l'épidémie et les déclarations des professionnels lors des sensibilisations ont montré un recours en excès aux EPI (surblouses, tablier, gants systématiques) et des écarts dans la désinfection du matériel, traduisant un besoin de clarification.

L'objectif de cette étude est double : d'une part, mettre en évidence la réalité des pratiques sur le terrain ainsi que le niveau de connaissances des rééducateurs concernant les précautions complémentaires contact et d'autre part, proposer des leviers opérationnels permettant d'améliorer l'adhésion des équipes tout en préservant la qualité de la rééducation.

## 1.1. Situation d'appel

Je travaille depuis deux ans et demi dans un établissement composé de deux cliniques, une située à Marcy-l'Étoile et l'autre à Saint-Priest dans la région Lyonnaise, deux structures qui accueillent des patients en soins de suite et réadaptation avec des profils variés et des besoins importants en rééducation. Au cours de l'été dernier, notre établissement a été confronté à une situation exceptionnelle avec l'apparition de deux épisodes épidémiques successifs, un sur chaque site, ce qui a profondément marqué l'organisation des équipes et le fonctionnement global des services.

L'épisode le plus important s'est produit sur le site de Marcy-l'Étoile, où dix-sept patients ont été identifiés comme porteurs d'un même germe ou de germes différents mais présentant un mécanisme de résistance identique (BHRe de type Entérobactérie Productrice de Carbapénémase

- VIM), ce qui a confirmé l'existence d'une transmission croisée au sein de la clinique. Cette situation a duré près d'une année et certains patients considérés comme cas secondaires sont encore présents et porteurs à ce jour, ce qui montre à quel point la gestion d'une épidémie de bactéries hautement résistantes peut s'inscrire dans le temps en SMR et nécessiter une vigilance constante.

Cet épisode a bouleversé l'organisation du service puis de l'établissement tout entier, avec la mise en place de secteurs dédiés aux « porteurs », aux « contacts » et aux patients « sains », ce qui a entraîné une réorganisation complète. Les admissions ont même dû être suspendues à certains moments pour limiter la diffusion. L'ensemble des professionnels a été mobilisé, des soignants aux agents de service hospitaliers en passant par les médecins, les cadres, la cuisine, les admissions, la direction, le service technique et les rééducateurs, chacun devant adapter ses pratiques et intégrer de nouvelles contraintes dans son quotidien.

Parmi les catégories professionnelles les plus impactées, les rééducateurs ont été particulièrement concernés en raison de la nature même de leurs missions, qui impliquent des contacts rapprochés, des manipulations directes, des déplacements fréquents entre les secteurs et une proximité prolongée avec les patients. Cette spécificité a rendu l'application des précautions complémentaires plus complexe pour eux et a généré de nombreuses interrogations. Ils se sont beaucoup questionnés sur le sens des mesures mises en place, sur la différence entre colonisation et infection, sur le risque réel pour les autres patients et sur la cohérence entre les précautions strictes leurs étant imposées et la possibilité pour les patients porteurs de circuler librement dans la clinique.

Il a parfois été difficile de leur faire comprendre que le portage d'un germe résistant ne signifie pas que le patient est malade ou contagieux au sens habituel du terme, mais que la présence de ce germe représente un risque de transmission pour les autres patients, en particulier les plus fragiles et que ce risque peut avoir des conséquences importantes sur l'organisation de l'établissement, sur la sécurité des soins et sur les aspects économiques liés à la fermeture de lits, à la mobilisation de ressources supplémentaires et à la durée prolongée des mesures.

Au-delà du risque infectieux immédiat, la gestion d'une épidémie de bactéries hautement résistantes implique des enjeux organisationnels, institutionnels et économiques majeurs, car chaque nouveau cas peut entraîner des répercussions sur les admissions, les soins, la disponibilité du matériel, la charge de travail des équipes et la capacité de l'établissement à maintenir une activité normale.

C’est dans ce contexte que s’inscrit mon étude, qui portera spécifiquement sur le site de Marcy-l’Étoile, là où les dix-sept patients ont été identifiés. Mon objectif est de mieux comprendre les représentations, les connaissances, les difficultés et les besoins des rééducateurs face à la gestion d’une épidémie de bactéries hautement résistantes, afin d’améliorer l’accompagnement, la formation et l’adhésion aux mesures de prévention au quotidien. Leur rôle est essentiel dans le parcours de rééducation et leur compréhension des enjeux est indispensable pour prévenir la survenue de nouvelles transmissions et garantir la sécurité des soins dans un contexte où les germes résistants représentent un défi de plus en plus présent pour les établissements de santé.

## 1.2. L’équipe de rééducation de Marcy-l’Étoile

L’équipe de rééducateurs du site de Marcy-l’Étoile est particulièrement importante et diversifiée, ce qui reflète la richesse des prises en charge proposées aux patients. Elle est composée d’une coordinatrice des plateaux techniques, de deux cadres de rééducation, de vingt-et-un masseurs-kinésithérapeutes, de six éducateurs sportifs, de sept ergothérapeutes, d’une orthophoniste et d’un hydrothérapeute. Cette organisation permet d’assurer une prise en charge complète et adaptée aux besoins des patients, qu’il s’agisse de rééducation fonctionnelle, de réadaptation, de travail moteur, cognitif ou de réentraînement à l’effort.

Les rééducateurs interviennent principalement sur le plateau technique situé au rez-de-chaussée, un espace vaste et structuré en six unités distinctes mais entièrement communicantes, ce qui favorise la circulation des professionnels et la continuité des soins. Ils prennent également en charge les patients directement en chambre lorsque l’état clinique ne permet pas un déplacement vers le plateau ou lorsque les consignes de précautions complémentaires l’exigent (*Clostridioides difficile* par exemple). Cette flexibilité est essentielle dans un établissement où les profils de patients sont variés et où les capacités fonctionnelles peuvent évoluer rapidement.

Dans le cadre de la gestion des précautions complémentaires contact, des consignes spécifiques ont été établies pour les rééducateurs afin de limiter les risques de transmission croisée tout en maintenant la qualité des prises en charge. Les patients porteurs peuvent bénéficier de séances sur le plateau technique, mais uniquement en fin de matinée ou en fin de journée, avec une préférence pour la prise en charge en fin de journée. Ce choix organisationnel permet de réduire les interactions entre les patients porteurs et les autres patients, tout en facilitant la mise en œuvre d’un bionettoyage renforcé immédiatement après la séance. Les équipes réalisent déjà un bionettoyage approfondi avant la pause déjeuner et en fin de journée en routine, mais la présence d’un patient

en précautions complémentaires nécessite une vigilance supplémentaire et une désinfection stricte du matériel utilisé.

L'un des défis majeurs rencontrés par les rééducateurs concerne le matériel de rééducation, qui ne peut parfois pas être individualisé en raison de sa nature, de son volume ou de son coût. Certains équipements sont utilisés par de nombreux patients au cours de la journée, ce qui impose une désinfection rigoureuse après chaque prise en charge de patient porteur et idéalement après chaque utilisation (même pour les patients non identifiés porteurs). Les professionnels m'ont toutefois indiqué ne pas toujours pouvoir réaliser cette désinfection systématique, faute de temps. Cette contrainte demande une organisation précise, une coordination entre les professionnels et une compréhension claire des enjeux liés à la transmission croisée.

L'ensemble de ces éléments illustre la complexité du travail des rééducateurs dans un contexte d'épidémie de bactéries hautement résistantes et montre à quel point la compréhension des consignes, l'adhésion aux mesures et la coordination entre les différents professionnels sont indispensables pour garantir la sécurité des soins. Cette réalité constitue un aspect central de mon étude menée sur le site de Marcy-l'Étoile, où un épisode épidémique a été identifié et où les équipes ont dû adapter leurs pratiques sur une longue période pour prévenir la survenue de nouvelles transmissions.

## 1.3. Objectif et question de départ

L'objectif de cette étude est d'évaluer, le niveau de connaissance des rééducateurs concernant les précautions complémentaires contact (PCC), ainsi que leur perception du risque de transmission croisée en rééducation. Il s'agit également d'identifier les freins rencontrés dans leur mise en œuvre et de repérer les leviers concrets permettant d'améliorer l'adhésion des équipes tout en garantissant la continuité et la qualité de la rééducation. Ce travail vise aussi à mesurer des mesures déjà mises en place (points de distribution de solution hydroalcoolique, sprays et lingettes détergents-désinfectants, unités mobiles de protection, sessions de sensibilisation) via les pratiques déclarées et à proposer des actions simples et adaptées (formations pratiques, fiches synthétiques, actualisation des protocoles, aménagements logistiques). Dans la continuité de ces objectifs, cette étude s'articule autour d'une question centrale :

**« En quoi l'application des Précautions Complémentaires Contact par les rééducateurs contribue-t-elle à renforcer la sécurité des soins, notamment pour limiter la transmission croisée en rééducation fonctionnelle ? »**

Cette interrogation guide l'ensemble de la démarche, puisqu'elle permet d'examiner à la fois la perception du risque infectieux des rééducateurs dans leurs pratiques quotidiennes, leur compréhension des PCC, et les conditions réelles d'application de ces précautions en chambre mais aussi et surtout sur les plateaux techniques ou lors d'activités collectives. L'étude vise ainsi à mettre en évidence les points d'adhésion, les fragilités et les freins rencontrés, tout en identifiant les leviers permettant d'améliorer l'intégration des PCC dans la rééducation au quotidien pour les rééducateurs, sans compromettre la qualité de la rééducation.

Cette interrogation prend appui sur l'épisode BHRe ayant concerné dix-sept patients et cherche à aller au-delà de l'efficacité technique des mesures pour explorer les dimensions humaines et organisationnelles : quelles sont les barrières à l'adhésion ? Quelles adaptations pratiques sont nécessaires pour le contexte de la rééducation fonctionnelle et quelles solutions permettent à la fois de protéger les patients et de préserver la continuité et la qualité des soins ?

## 1.4. Plan du travail

Ce mémoire s'organise en plusieurs étapes permettant d'articuler le contexte épidémique vécu dans l'établissement, les enjeux spécifiques de la rééducation fonctionnelle, les pratiques observées et les recommandations nationales en matière de prévention du risque infectieux.

Dans un premier temps, je vous ai présenté le contexte à travers la situation d'appel, l'épisode épidémique de BHRe ayant touché dix-sept patients et les conséquences organisationnelles pour les équipes de rééducation. Cette partie met en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels, leurs interrogations, ainsi que les écarts de pratiques observés, notamment concernant l'utilisation des équipements de protection individuelle et la désinfection du matériel partagé.

La seconde partie exposera le cadre de référence théorique, incluant les définitions (BHRe, PCC, transmission croisée, colonisation versus infection), les recommandations réglementaires nationales (HAS, SF2H, CPias), ainsi que les données épidémiologiques disponibles sur la

diffusion des bactéries hautement résistantes en France et dans les établissements de soins médicaux et de réadaptation.

La troisième partie sera consacrée à l'étude de terrain, menée sur le site de Marcy-l'Étoile. Elle présentera la méthodologie retenue, le questionnaire adressé aux rééducateurs et les résultats obtenus. Leur analyse permettra d'identifier les freins, les représentations, les besoins et les leviers d'amélioration.

La quatrième partie proposera une exploitation des résultats, en les confrontant au cadre théorique. Elle permettra de dégager les axes d'amélioration, les actions de formation nécessaires, les adaptations organisationnelles possibles et les outils facilitant l'adhésion aux PCC dans le contexte spécifique de la rééducation fonctionnelle.

Enfin, une conclusion synthétisera le travail réalisé et proposera des perspectives d'amélioration pour la prévention du risque infectieux dans les établissements de SMR.

# 2. Cadre de référence théorique

## 2.1. Les Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe)

Les BHRe représentent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Elles sont définies par le Haut Conseil de la Santé Publique (1- Haut Conseil de Santé Publique - Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) – 2013. 2- Haut Conseil de Santé Publique - Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) – 2019) comme « des bactéries commensales du tube digestif, hautement résistantes aux antibiotiques, pouvant conduire à une impasse thérapeutique, et dont les mécanismes de résistance sont transférables entre bactéries, avec un caractère émergent dans l'épidémiologie française ». Elles regroupent des bactéries dont les mécanismes de résistance aux antibiotiques sont transmissibles, ce qui leur permet de se diffuser rapidement entre bactéries. Leur réservoir principal est digestif et elles peuvent rester présentes pendant un temps indéterminé sans aucune manifestation clinique. Les bactéries hautement résistantes émergentes regroupent notamment les entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) et les enterococcus faecium résistants aux glycopeptides (ERG ou ERV). Les EPC produisent une carbapénèmase (OXA-48, NDM, KPC, VIM, IMI, IMP) conférant une résistance aux carbapénèmes, tandis que les ERG/ERV présentent des gènes de résistance VanA, VanB, VanC, VanD, VanE, responsables d'une résistance à la vancomycine et à la

teicoplanine. Ces mécanismes de résistance, transférables entre bactéries, constituent un enjeu majeur de prévention en hygiène hospitalière. Cependant, il est désormais reconnu que les BMR peuvent persister pendant de nombreux mois, en particulier en cas d'antibiothérapies itératives, ce qui nuance l'ancien adage « BMR un jour, BMR toujours ». Cette caractéristique rend leur détection difficile et leur maîtrise complexe, en particulier dans les établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), où les séjours sont longs et les interactions entre les patients nombreuses (repas au restaurant, vie commune, bibliothèque, liens amicaux…).

Leur présence sous une forme épidémique dans un établissement entraîne des conséquences importantes : réorganisation des secteurs, fermeture de lits, mobilisation de ressources supplémentaires, augmentation de la charge de travail et anxiété des équipes.

## 2.2. Les Précautions Complémentaires Contact (PCC)

Les PCC constituent un complément indispensable aux précautions standard. Elles visent à limiter la transmission croisée des agents infectieux transmis par contact direct ou indirect. Elles reposent sur plusieurs mesures essentielles : l'hygiène des mains systématique (=PS), le port d'un tablier à usage unique lors de soins rapprochés, l'individualisation du matériel ou sa désinfection rigoureuse, la chambre individuelle ou le cohorting en situation épidémique et l'organisation du parcours du patient, notamment en fin de planning pour les séances de rééducation.

Les PCC ont pour objectif de réduire la diffusion des agents infectieux, de protéger les patients les plus fragiles et de limiter les épidémies en établissement de santé. Elles doivent être appliquées dès lors que cela est nécessaire et prescrit. Les rééducateurs sont particulièrement concernés par ces mesures, car ils interviennent à la fois en chambre et sur les plateaux techniques, manipulent du matériel partagé et travaillent en proximité directe avec les patients.

## 2.3. Transmission croisée : mécanismes et enjeux

La transmission croisée correspond au passage d'un micro-organisme d'un patient à un autre, directement ou indirectement (3- Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) - Recommandations nationales - Prévention de la transmission croisée : Précautions complémentaires contact. 2009)

En rééducation fonctionnelle, les trois voies principales de transmission sont les mains, le matériel partagé et l'environnement. Les mains constituent la voie la plus fréquente, car les rééducateurs

manipulent les patients, les aides techniques et les surfaces de manière répétée. Une friction manquée ou insuffisante peut suffire à transmettre un germe.

Le matériel partagé représente également une voie de transmission majeure. En rééducation, le matériel est souvent volumineux et utilisé par plusieurs patients successivement (kinetec, barres parallèles, espaliers…). Il est parfois difficile de l'individualiser, ce qui impose une désinfection rigoureuse après chaque utilisation. L'environnement, enfin, joue un rôle important : les surfaces fréquemment touchées, comme les poignées, les rampes ou les fauteuils, les barres doivent être nettoyées et désinfectées avec une attention particulière afin de limiter tout risque de transmission croisée.

Ces mécanismes de transmission sont particulièrement présents en SMR, où les patients circulent fréquemment, utilisent des équipements communs et participent à des activités collectives. La maîtrise de la transmission croisée nécessite donc une vigilance constante, une organisation et une application rigoureuse des PCC lorsque nécessaire.

## 2.4. Colonisation versus infection : une distinction essentielle

La distinction entre colonisation et infection est fondamentale pour comprendre les enjeux des PCC. La colonisation correspond à la présence d'un germe sans signe clinique. Le patient n'est pas malade, mais il peut transmettre le germe. L'infection, en revanche, s'accompagne de signes cliniques et nécessite un traitement. Dans le contexte des BHRe, la majorité des patients sont colonisés et non infectés.

Cette distinction est souvent mal comprise par les professionnels, en particulier en rééducation. Certains rééducateurs associent la présence d'un germe à une maladie, ce qui peut entraîner une stigmatisation du patient ou un « sur-usage » des équipements de protection individuelle. Il est essentiel de rappeler que les PCC doivent être appliquées même en l'absence de symptômes, car le risque de transmission est réel. Cette clarification permet d'éviter les dérives et de garantir une application des mesures mais est parfois mal comprise par les professionnels.

## 2.5. Recommandations nationales

Les recommandations nationales constituent un cadre de référence indispensable pour l'application des PCC. Les recommandations de la HCSP, de la SF2H et des CPias constituent des repères essentiels pour les équipes, offrant un cadre clair et opérationnel pour l'application des précautions complémentaires contact. Elles rappellent les principes fondamentaux proposent des outils concrets permettant d'accompagner les professionnels au quotidien et de renforcer la prévention de la transmission croisée en rééducation fonctionnelle.

## 2.6. Données épidémiologiques en France

Les BHRe sont en augmentation en France. Selon le Haut conseil de Santé Publique : « La surveillance et la maîtrise de la diffusion des BHRe font partie des priorités du PROPIAS 2015. Chaque année depuis 2010, Santé publique France réalise un bilan des épisodes impliquant des BHRe notifiés (via le signalement externe des infections nosocomiales, le CNR, ou les laboratoires de ville) et pour lesquels la production d'une carbapénémase a été confirmée. Un épisode correspond à un ou plusieurs cas infectés ou colonisés par une BHRe et reliés par une chaîne de transmission épidémiologique. Un épisode est défini comme présentant un lien avec un pays étranger si, dans l'année qui précède son hospitalisation en France, le cas présumé « index » a été hospitalisé dans un pays étranger, a résidé à l'étranger ou a rapporté un voyage à l'étranger. De 2004 à 2018, 6 693 épisodes d'EPC ont été signalés. Le nombre d'épisodes augmente d'année en année depuis 2009. Neuf épisodes étaient décrits avant 2009, et de 10 en 2009 à 1 704 en 2018. »

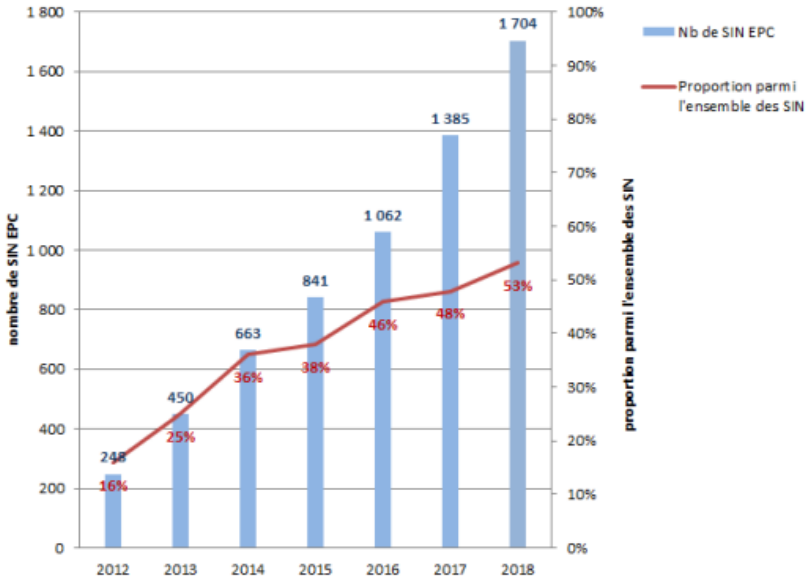



**Figure 1.** Nombre d'épisodes d'infection ou de colonisation à EPC déclarés *via* le système de signalement externe (SIN) *(Source SPF : bilan EPC 2018)*

« De 2012 à 2018, 1 396 épisodes d'ERG ont été signalés. Le nombre d'épisodes augmente d'année en année depuis 2012. Cent-quinze épisodes avaient été signalés en 2012 contre 315 en 2018. La proportion d'épisodes avec cas secondaires est passée de 30 % en 2012 à 18 % en 2018 (N=57 épisodes). En 2018, 81 % des identifications ou mises en évidence étaient issus d'un dépistage digestif par écouvillonnage rectal ; 49 % des épisodes étaient en lien avec l'étranger : 48 % des épisodes présentaient un antécédent d'hospitalisation, 17 % un lien avec une résidence ou un voyage à l'étranger et 31 % un rapatriement sanitaire direct (11 % des épisodes n'avait pas de lien connu avec l'étranger). »




**Figure 5.** Nombre d'épisodes d'infection ou de colonisation à ERG déclarés *via* le système de signalement externe (SIN) *(Source SPF : bilan EPC 2018)*

« À l'admission, 38 % des patients détectés positifs à EPC avaient été pris en charge en précautions standard (PS), 43 % en précautions complémentaires de type contact (PCC) et seulement 11 % en PCC avec une organisation des soins de type marche en avant. Uniquement 4 % des signalements déclaraient avoir mis en place du personnel dédié dès l'admission. En cas de situations avec diffusion et cas secondaires, la proportion de patients pris en charge initialement en PS était de 58% (avec un risque de transmission secondaire de 43 %) et en PCC seules de 21 %. Après identification de l'ERG en début d'hospitalisation, les patients porteurs étaient principalement pris en charge en PCC + marche en avant (43 %), en PCC seules (30 %) ou en PCC + personnel dédié (18 %). »

Leur diffusion est facilitée par le portage prolongé, la mobilité des patients et les interactions fréquentes dans les établissements de santé. Les SMR sont particulièrement vulnérables, car les séjours sont parfois très longs, les patients dépendants (importance de la gestion des excreta) et les activités de rééducation nombreuses. Les épidémies y durent souvent plusieurs mois, parfois plus d'un an, comme dans mon établissement.

Ces données montrent que la prévention du risque infectieux en rééducation fonctionnelle est un enjeu majeur. Les rééducateurs jouent un rôle essentiel dans cette prévention, car ils sont au cœur de la prise en charge des patients.

## 2.7. Enjeux spécifiques en rééducation fonctionnelle

La rééducation fonctionnelle présente des particularités qui rendent l'application des PCC complexe. Les actes de rééducation impliquent une proximité physique, des manipulations directes, du matériel difficile à individualiser et des activités collectives. Les plateaux techniques accueillent des dizaines de patients par jour, avec des rotations rapides et des flux importants.

Ces caractéristiques augmentent le risque de transmission croisée. Les rééducateurs doivent comprendre les consignes, les appliquer et adapter leurs pratiques en fonction des situations. Ils ont besoin d'outils pratiques, de formations ciblées et d'un accompagnement régulier pour garantir une application des PCC.

## 2.8. Synthèse du cadre théorique

Le cadre théorique montre que les BHRe représentent un risque majeur en SMR, que les PCC sont indispensables pour limiter la transmission croisée et que le rôle des rééducateurs est central.

# 3. Etude de terrain

## 3.1. Méthodologie de l'étude

La méthodologie de cette étude repose sur une approche descriptive visant à représenter de manière fidèle les pratiques et les perceptions des rééducateurs suite à un contexte épidémique. Les objectifs sont de comprendre comment ces professionnels, au cœur de la prise en charge quotidienne des patients, appliquent les Précautions Complémentaires Contact (PCC), comment ils les interprètent et quels obstacles ils rencontrent dans leur mise en œuvre ainsi que d'analyser de manière approfondie les pratiques, les connaissances et les perceptions des rééducateurs concernant les Précautions Complémentaires Contact dans un contexte post-épidémique BHRe. Plus spécifiquement, à :

- Décrire le niveau de connaissance des indications des PCC et des modes de transmission croisée
- Évaluer la perception du risque infectieux dans les activités de rééducation fonctionnelle
- Analyser les pratiques déclarées en lien avec les PCC, notamment l'hygiène des mains, le port des équipements de protection individuelle et la désinfection du matériel
- Identifier les freins organisationnels et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des PCC
- Mesurer le niveau d'information et la compréhension des protocoles internes
- Dégager des axes d'amélioration concrets pour renforcer la sécurité des soins en rééducation fonctionnelle.

Ces objectifs s'inscrivent dans une démarche globale de prévention du risque infectieux, essentielle dans un établissement ayant récemment traversé un épisode épidémique BHRe.

La méthodologie repose sur plusieurs référentiels nationaux et institutionnels :

- Les recommandations de l'HAS sur la prévention des infections associées aux soins
- Les recommandations de la SF2H concernant les PCC, la gestion des BHRe et les mesures organisationnelles en contexte épidémique
- Le RETEX institutionnel réalisé à la suite de l'épisode BHRe
- Les protocoles internes de l'établissement relatifs :
    - Aux PCC

- À l'hygiène des mains
- À la désinfection du matériel partagé
- À l'organisation des soins

Ces référentiels ont guidé la construction du questionnaire, l'analyse des pratiques et l'interprétation des résultats.

Ce type d'étude permet d'obtenir une photographie des pratiques à un instant donné, de leur ressenti tout en tenant compte des contraintes du terrain.

L'étude a été menée sur le site de Marcy-l'Étoile, confronté à une épidémie de Bactéries Hautement Résistantes émergentes ayant touché dix-sept patients. Cet épisode a profondément marqué l'équipe des rééducateurs.

## 3.2. Population étudiée

La population étudiée est composée de quinze rééducateurs : dix kinésithérapeutes et cinq ergothérapeutes.

CRITERES D'INCLUSION :

- Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes titulaires
- Les professionnels présents au moment de l'évaluation, même si certains n'ont pas vécu l'épidémie BHRe
- Une participation volontaire et non contrainte
- Professionnels exerçant sur les plateaux techniques
- Deux ergothérapeutes inclus malgré leur absence lors de l'épisode épidémique

CRITERES D'EXCLUSION :

- Les étudiants en rééducation
- Les professionnels non titulaires (remplacements d'été)

## 3.3. Outil de recueil : le questionnaire administré

Le questionnaire utilisé comme outil de recueil a été conçu pour être à la fois le plus simple possible, rapide à compléter et suffisamment précis pour permettre une analyse approfondie. Je

l'ai entièrement créé et il comportait des questions ouvertes et fermées, réparties en cinq axes : le profil du professionnel, ses connaissances des PCC, sa perception du risque de transmission croisée, ses pratiques déclarées et son niveau de d'information/formation (ANNEXE 1). Je l'ai tout d'abord présenté à mon directeur de mémoire puis je l'ai présenté et testé auprès de la cadre de rééducation, ce qui m'a permis de l'ajuster puis d'organiser avec elle mon évaluation. Je l'ai ensuite présenté aux rééducateurs puis j'ai organisé directement avec eux un planning de rendez-vous. Tous étaient très motivés, l'organisation a été facile et ils attendent impatiemment un retour que je leurs présenterai bien évidemment après la soutenance de ce mémoire. La période de recueil s'est déroulé sur deux semaines (dernière semaine de juillet et première semaine du mois d'août).

Le questionnaire comprenait des questions ouvertes et des questions fermées avec utilisation de l'échelle de Likert qui « est un outil de mesure psychométrique développé en 1932 par le sociologue Américain Rensis Likert, dans le cadre de ses travaux sur l'évaluation des attitudes. Elle repose sur une série de propositions auxquelles les répondants attribuent un degré d'accord ou d'intensité, généralement sur une échelle ordinale de 1 à 5. ».

Cette méthode « permet de quantifier des perceptions subjectives, telles que le niveau d'adhésion, la fréquence d'un comportement ou l'intensité d'un ressenti. Elle est largement utilisée en sciences sociales et en santé publique car elle offre un bon compromis entre simplicité d'utilisation et une richesse d'analyse. ». (6- Likert, R - A technique for the measurement of attitudes - Archives of Psychology – 1932).

## 3.4. Modalités d'administration

Le questionnaire a été administré en présentiel (ma présence était systématique), directement sur les plateaux techniques, juste avant les temps de pause ou entre deux séances. Cette modalité a été choisie pour faciliter la participation, éviter de solliciter les professionnels en dehors de leur temps de travail et garantir une spontanéité dans les réponses. Les participants ont été informés du caractère anonyme du questionnaire, de l'objectif du mémoire et de la possibilité de poser des questions. Cette transparence a favorisé une participation sincère et loin de toute pression, ce qui renforce la fiabilité des données recueillies.

## 3.5. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données a reposé sur une double approche, quantitative et qualitative. Les réponses aux questions fermées ont été regroupées et comptabilisées, permettant de dégager des tendances

claires concernant la perception du risque, l'efficacité des PCC et leur impact sur la rééducation. Les notes attribuées sur l'échelle de Likert ont été interprétées de manière graduée, allant d'une faible adhésion ou perception du risque à une adhésion forte.

Les réponses ouvertes ont été lues, puis regroupées par thèmes, afin d'identifier les représentations, les freins et les besoins exprimés par les rééducateurs. Cette approche a permis de mettre en évidence des éléments qui ne seraient pas apparus dans des questions fermées. Elle offre une vision riche, fidèle et honnête du vécu des professionnels.

## 4. Présentation des résultats

L'étude a été menée auprès de quinze rééducateurs exerçant sur le site de Marcy-l'Étoile. Parmi eux, dix kinésithérapeutes et cinq ergothérapeutes. L'ancienneté des professionnels était très variable : un seul rééducateur avait moins d'un an d'expérience, deux avaient entre un et cinq ans d'exercice, trois entre cinq et dix ans, et neuf avaient plus de dix ans d'expérience. Ainsi, plus de la moitié des répondants (douze sur quinze) étaient des professionnels très expérimentés. Cette diversité d'ancienneté permet de croiser les perceptions de rééducateurs très expérimentés avec celles de professionnels plus jeunes dans la fonction et ayant bénéficié de formations différentes.

### 4.1. Connaissances des Précautions Complémentaires Contact

Les réponses aux questions ouvertes montrent que les rééducateurs possèdent une base solide de connaissances concernant les indications des Précautions Complémentaires Contact. Douze professionnels sur quinze ont spontanément cité les BHRe ou les BMR comme indications principales des PCC, ce qui témoigne d'une bonne compréhension des situations à risque impliquant les PCC. Neuf sur quinze ont mentionné les infections digestives, notamment les gastro-entérites, et quatre ont cité les infections à *Clostridioides difficile*. Ces chiffres montrent que les rééducateurs identifient correctement les germes ou situations nécessitant des PCC.

Concernant les modes de transmission croisée, six rééducateurs sur quinze ont identifié les mains comme voie principale de transmission ainsi que le matériel partagé (neuf professionnels sur quinze) et l'environnement (six professionnels sur quinze). Ces résultats confirment que les trois vecteurs de transmission croisée sont globalement bien identifiés par les rééducateurs interrogés. Deux professionnels ont également mentionné la transmission par « gouttelettes » ou « air », (aucun des professionnels n'a su distinguer correctement les nouvelles précautions respiratoires,

les confondant systématiquement avec les précautions gouttelettes ou air), ce qui illustre une vision élargie du risque infectieux, au-delà du seul contact. À l'inverse, un professionnel n'a pas répondu à cette question et un autre a limité sa réponse aux seules mains, ce qui traduit une compréhension plus limitée des mécanismes de transmission. Concernant les indications des PCC, la quasi-totalité des rééducateurs (douze sur quinze) a cité les BHRe ou les BMR, ce qui confirme une bonne appropriation de l'indication ayant motivé le renforcement des PCC dans l'établissement à la suite de l'épisode épidémique. La COVID et les infections respiratoires ont été citées par treize des professionnels. La gale, les infections cutanées et les plaies ont également été mentionnées par plusieurs répondants, de même que la varicelle et le zona. Ces réponses montrent une connaissance globalement solide et diversifiée des situations justifiant la mise en place de PCC, dépassant le seul cadre des BHRe pour intégrer d'autres agents infectieux transmissibles par contact.

### 4.2. Perception du risque et freins liés aux PCC

Les résultats obtenus sur l'échelle de Likert (1 à 5) révèlent une perception du risque de transmission croisée en séance de rééducation relativement élevée, avec une moyenne de 4,1/5.

L'efficacité perçue des PCC est encore plus forte, avec une moyenne de 4,7/5, ce qui montre une adhésion forte des professionnels.

À l'inverse, la perception des PCC comme un frein à la rééducation reste globalement faible, avec une moyenne de 2,2/5. Cela confirme que, pour la majorité des professionnels interrogés, l'application des PCC ne s'oppose pas à la qualité de la prise en charge en rééducation. Cette donnée est validée par les réponses à la question ouverte sur la perte de chance : neuf rééducateurs sur quinze considèrent que les PCC ne constituent pas une perte de chance pour le patient. Toutefois, six professionnels nuancent leur réponse et évoquent un impact réel, notamment lié à l'isolement en chambre, qui réduit le temps de rééducation disponible (Exemple de verbatim : *« selon la situation... lors de l'isolement en chambre, il y a moins de rééducation »*), à la perte de temps liée au risque de contamination ou encore à la nécessité de prendre en charge le patient « sur le temps qui reste ». Ces réponses mettent en évidence un écart entre l'adhésion des professionnels aux PCC et leurs conséquences organisationnelles.

### 4.3. Pratiques déclarées en rééducation

L'analyse des pratiques déclarées, axe central du questionnaire, met en évidence des résultats contrastés selon les items étudiés.

Concernant la vérification du statut du patient avant la prise en charge (Q1), les résultats sont préoccupants : sept rééducateurs sur quinze déclarent ne jamais vérifier ce statut avant une séance, six le font parfois, et seulement deux rééducateurs le vérifient systématiquement. Ce résultat constitue un point de vigilance majeur, car il conditionne l'ensemble des mesures de prévention qui doivent être adaptées à chaque patient. Les rééducateurs ont affirmé attendre que l'information leur soit donnée (par le médecin, les infirmiers et majoritairement par la cadre de rééducation).

L'hygiène des mains par friction hydroalcoolique (Q2) est en revanche un point fort de l'étude : 13 rééducateurs sur quinze déclarent la réaliser systématiquement ou souvent avant et après chaque séance, soit une adhésion de 87 % (treize professionnels sur quinze) à cette mesure pourtant essentielle dans la rupture de la chaîne de transmission manu-portée. Un professionnel réalise une hygiène des mains parfois. Un seul professionnel déclare ne jamais la réaliser.

Le port de gants (Q3) fait l'objet de pratiques plus hétérogènes, cohérentes toutefois avec les recommandations qui préconisent un port ciblé plutôt que systématique : sept rééducateurs les portent parfois, deux souvent, deux toujours et quatre jamais. Les explications recueillies montrent une adaptation du port des gants selon le type d'acte réalisé (drainage, mobilisations, transferts…) ou selon le germe en cause (*Clostridioides difficile* cité explicitement), ce qui traduit une réflexion clinique et réfléchie plutôt qu'une application systématique. Un professionnel a précisé qu'il portait systématiquement des gants par confort psychologique indépendamment du niveau réel de risque révélant un besoin de confort psychologique face au risque perçu.

Le port de surblouse ou de tablier à usage unique (Q4) lors des soins rapprochés est déclaré comme « toujours » par quatre professionnels et « parfois » par sept d'entre eux, quatre rééducateurs déclarent ne jamais en porter. Ce résultat, bien que globalement satisfaisant, suggère une marge de progression, en particulier pour les professionnels n'en portant jamais alors qu'ils déclarent par ailleurs prendre en charge des patients en PCC.

La désinfection du matériel partagé après chaque utilisation (Q5) constitue l'un des points forts des pratiques déclarées : dix rééducateurs la réalisent systématiquement et cinq souvent, soit 100% des professionnels appliquant cette mesure de façon quasi systématique. Ce résultat est particulièrement encourageant, dans la mesure où le matériel partagé a été identifié par la majorité des répondants comme une voie de transmission.

Enfin, concernant l'adaptation de l'organisation des séances pour les patients en PCC (Q6), six rééducateurs déclarent changer systématiquement leur organisation, trois souvent, quatre parfois et deux jamais. Les explications recueillies confirment les mesures déjà décrites dans le cadre

théorique : programmation des séances en fin de matinée ou en fin de journée, prise en charge en chambre, ou encore adaptation des horaires en cas d'isolement

### 4.4. Documentation et information

La perception de la clarté et de l'applicabilité des protocoles de l'établissement obtient une moyenne de 3,8/5, ce qui traduit une appréciation globalement positive mais à retravailler. Ce résultat est à mettre en regard des deux autres points : d'une part, dix rééducateurs sur quinze se sentent suffisamment informés sur les protocoles et la prise en charge des patients en PCC, les cinq autres estimant ne pas l'être suffisamment, d'autre part, onze rééducateurs sur quinze déclarent savoir où trouver l'information en cas de besoin, contre quatre qui ne le savent pas. Ils déclarent oralement que même s'ils savent où trouver l'information, il ne la cherche que très peu.

## TABLEAU 1 - RESULTATS

| THEME | RESULTAT | INTERPRETATION |
|---|---|---|
| **CONNAISSANCES DES PCC** | 12/15 rééducateurs citent les BHRe/BMR comme indication principale<br>13/15 mentionnent la COVID et les infections respiratoires<br>9/15 les infections digestives | Bonne connaissance globale des indications des PCC, dépassant le cadre des BHRe. |
| **MODES DE TRANSMISSION CROISEE** | 9/15 identifient le matériel partagé<br>6/15 les mains<br>6/15 l'environnement | Connaissance correcte des vecteurs de transmission, mais confusion sur les précautions respiratoires. |

| THEME | RESULTAT | INTERPRETATION |
|---|---|---|
| | 2/15 confondent gouttelettes/air | |
| **PERCEPTION DU RISQUE INFECTIEUX** | Moyenne de 4,1/5 sur l'échelle de Likert. | Forte perception du risque liée à la proximité des soins et au matériel partagé. |
| **EFFICACITE PERÇUE DES PCC** | Moyenne de 4,7/5. | Adhésion élevée aux mesures, confiance dans leur efficacité. |
| **PCC PERÇUES COMME FREIN A LA REEDUCATION** | Moyenne de 2,2/5<br>9/15 ne perçoivent pas de perte de chance. | Les PCC ne sont pas vécues comme un obstacle majeur à la qualité des soins. |
| **VERIFICATION DU STATUT DU PATIENT AVANT SEANCE** | 7/15 jamais<br>6/15 parfois<br>2/15 toujours | Point d'amélioration majeur : manque de vérification systématique du statut PCC. |
| **HYGIENE DES MAINS (FHA)** | 10/15 toujours<br>3/15 souvent<br>1/15 jamais | Excellent respect des précautions standard. |
| **PORT DE GANTS** | 7/15 parfois<br>2/15 souvent<br>2/15 toujours<br>4/15 jamais | Pratique adaptée selon le type d'acte et cohérente avec les recommandations. |
| **PORT DE SURBLOUSE/TABLIER** | 4/15 toujours<br>7/15 parfois | Bonne pratique mais perfectible, marge de progression. |

| THEME | RESULTAT | INTERPRETATION |
|---|---|---|
| | 4/15 jamais | |
| **DESINFECTION DU MATERIEL PARTAGE** | 10/15 toujours<br>5/15 souvent | Conformité totale aux bonnes pratiques → point fort. |
| **ADAPTATION DE L'ORGANISATION DES SEANCES** | 6/15 toujours<br>3/15 souvent<br>4/15 parfois<br>2/15 jamais | Bonne adaptation organisationnelle , pratiques cohérentes avec les recommandations. |
| **INFORMATION ET ACCES AUX PROTOCOLES** | 10/15 se sentent informés<br>11/15 savent où trouver l'information<br>moyenne de 3,8/5 sur la clarté des informations données | Bonne perception globale, mais besoin de renforcer la diffusion et la lisibilité des protocoles. |

### 4.5. Synthèse des résultats

L'ensemble de ces résultats dresse le portrait d'une équipe de rééducateurs globalement sensibilisée au risque infectieux et adhérente au principe des PCC, comme en prouve la perception élevée du risque, la forte adhésion à leur efficacité et la faible perception d'un frein à la rééducation. Les connaissances théoriques sur les indications et les voies de transmission sont également bien maîtrisées par la majorité des professionnels interrogés.

Toutefois, les résultats révèlent des écarts significatifs entre cette adhésion de principe et certaines pratiques déclarées, en particulier concernant la vérification systématique du statut du patient avant la prise en charge, qui reste largement insuffisante. À l'inverse, l'hygiène des mains et la désinfection du matériel partagé apparaissent comme des points forts, avec une forte adhésion des professionnels et des pratiques ancrées dans le quotidien.

Ces constats permettent de dégager des axes d'amélioration concrets, qui seront développés dans la partie suivante consacrée à l'exploitation des résultats et à la proposition d'un programme d'actions adapté au contexte de la rééducation fonctionnelle.

# 5. Exploitation des résultats

## 5.1. Analyse et discussion des résultats au regard du cadre théorique

### 5.1.1 L'étude

Dans le cadre de mon étude, j'ai choisi de concentrer l'analyse sur les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, c'est-à-dire les professionnels qui interviennent directement et quotidiennement sur les plateaux techniques de rééducation. Ce choix repose sur plusieurs éléments :

- Ce sont les deux catégories de rééducateurs qui réalisent la majorité des prises en charge fonctionnelles, avec un contact rapproché, une manipulation fréquente du matériel et des patients et une exposition aux situations à risque de transmission croisée.
- Ils utilisent un matériel partagé, manipulé successivement par plusieurs patients, ce qui en fait des acteurs clés dans la prévention des transmissions indirectes.
- Ils interviennent auprès de patients présentant des profils variés, dont certains porteurs de BHRe ou nécessitant des PCC.
- Leur rôle est central dans la continuité des soins, notamment pour les patients isolés en chambre, chez qui la rééducation doit être adaptée.
- Ils sont directement concernés par les contraintes organisationnelles liées aux PCC (gestion du matériel, désinfection renforcée, adaptation des séances).
- Leur proximité avec les patients permet d'obtenir des retours précis, concrets et opérationnels sur les pratiques de terrain, les freins et les leviers d'amélioration.

Ainsi, en ciblant les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, l'étude se concentre sur les professionnels les plus exposés de l'équipe des rééducateurs, les plus impliqués et les plus impactés par l'application des Précautions Complémentaires Contact en rééducation fonctionnelle.

Ce groupe représente une proportion significative de l'équipe de rééducation du site et permet d'obtenir une vision représentative des pratiques et des perceptions (21 kinésithérapeutes et 7 ergothérapeutes). Les professionnels interrogés présentent des niveaux d'expérience variés, allant de moins d'un an à plus de dix ans d'exercice. Cette diversité est un atout, car elle permet de

recueillir des points de vue différents, influencés par l'ancienneté et l'expérience avec les consignes d'hygiène. Cette évaluation montre une équipe expérimentée, bien installée dans le service, ce qui influence directement la stabilité des pratiques, la perception du risque infectieux et l'adhésion aux Précautions Complémentaires Contact. Chaque entretien a duré environ quarante minutes et quinze entretiens ont été réalisé.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont garanti une population homogène, représentative des pratiques réelles du service.

Concernant le questionnaire, les questions ouvertes ont été volontairement privilégiées pour les aspects liés aux connaissances, afin de laisser les professionnels s'exprimer librement, sans être influencés par des propositions de réponses. Ce choix méthodologique permet de mesurer la compréhension réelle des PCC et d'identifier les éventuelles incompréhensions. Les questions fermées, quant à elles, ont permis de quantifier la perception du risque et l'adhésion aux PCC à travers une échelle de Likert allant de 1 à 5, ce qui facilite l'analyse statistique des réponses et la comparaison des perceptions entre les différents professionnels.

Le fait d'administrer le questionnaire sur le lieu même de la pratique, dans un contexte de travail réel, permet également de recueillir des réponses ancrées dans le quotidien des rééducateurs. Ils ont pu répondre en se projetant dans des situations concrètes, ce qui donne du sens aux données et renforce la pertinence de l'analyse. Les échanges étaient très qualitatifs et le fait de rédiger par moi-même les réponses a permis une analyse plus aisée.

Les résultats de cette étude confirment plusieurs éléments du cadre théorique développé en deuxième partie de ce mémoire, tout en apportant un éclairage complémentaire propre au contexte de la rééducation fonctionnelle en SMR et plus proche de la « réalité du terrain » souvent évoquée oralement par les professionnels. Concernant les connaissances, la quasi-totalité des rééducateurs interrogés identifie correctement les BHRe et les BMR comme indications principales des PCC, ce qui peut être mis en relation directe avec l'épisode épidémique ayant touché dix-sept patients sur le site de Marcy-l'Étoile. Cet épisode, bien que source d'anxiété pour les équipes comme cela a été décrit dans la situation d'appel, semble avoir eu un effet formateur réel sur les connaissances des professionnels. Cette observation rejoint les recommandations de l'HAS et de la SF2H, qui soulignent l'importance des retours d'expérience (cellules de crise tout au long de l'épidémie et RETEX ayant réalisé suite à cet épisode) et des sensibilisations de terrain pour que les équipes

s’approprient correctement et durablement les bonnes pratiques. Leur rôle central des rééducateurs dans la rééducation fonctionnelle a justifié pleinement le choix de les cibler dans cette étude.

La perception élevée du risque de transmission croisée (moyenne de 4,1/5) et l'adhésion forte à l'efficacité des PCC (4,7/5) confirment que les rééducateurs de l'établissement ne sont pas dans une logique de contestation des mesures, contrairement à ce que pouvaient laisser craindre les observations directes de terrain réalisées pendant l'épidémie, qui décrivaient un recours parfois excessif aux équipements de protection individuelle, traduisant davantage une adhésion anxieuse qu'une non-adhésion (contexte psychologique évoqué explicitement par un professionnel). Cette perception montre une réelle prise de conscience des rééducateurs quant à l'exposition liée à leur activité : contacts rapprochés, manipulations directes, utilisation d'un matériel souvent partagé et difficile à individualiser.

L’efficacité perçue des PCC est reconnue par les professionnels. Cette adhésion est un point positif pour la suite de la démarche : les rééducateurs ne remettent pas en cause l'utilité des mesures, mais peuvent rencontrer des difficultés dans leur mise en pratique au quotidien.

L’analyse des pratiques déclarées révèle un résultat à surveiller et à travailler de cette étude : l'absence de vérification systématique du statut du patient avant la prise en charge. Sept rééducateurs sur quinze ne le font jamais. Ce résultat interroge directement la sécurisation du parcours du patient et la transmission de l'information entre les équipes (soignants, encadrement, rééducateurs). À l'inverse, l'hygiène des mains et la désinfection du matériel partagé, identifiées dans le cadre théorique comme les deux principales voies de la transmission croisée, obtiennent les meilleurs taux d'adhésion (87% et 100% d’adhésion). Ce résultat conforte la stratégie déjà engagée par l'établissement à travers le renforcement des points de distribution de solution hydroalcoolique et la mise à disposition de lingettes détergentes-désinfectantes, mesures qui semblent avoir été bien intégrées par les équipes de rééducation.

Le port de gants et de surblouse, quant à lui, fait l'objet de pratiques plus nuancées, mais cohérentes avec les recommandations qui préconisent un usage limité à la situation plutôt que systématique de cet équipement. Les explications données par les rééducateurs (adaptation selon le type d'acte, selon le germe en cause) témoignent d'une réflexion clinique de qualité, qui doit être mise en avant. Enfin, le manque d'information ressenti par un tiers des rééducateurs, alors même que leurs connaissances sont bonnes, met en évidence un enjeu moins lié à la formation initiale mais plutôt à l'accès à une information « actualisée », en lien avec une situation « aigue » et facilement

transférable sur le terrain, en particulier sur les plateaux techniques où le temps disponible entre deux séances est limité. Ces résultats traduisent un besoin réel de renforcement de l'information et de la formation, alors même que les connaissances sur les indications des PCC apparaissent solides. L'écart entre la connaissance théorique des indications et le sentiment d'information sur les protocoles pratiques constitue un axe d'amélioration prioritaire pour la suite de ce travail.

En définitive, ces résultats permettent de répondre partiellement à la question de recherche posée en introduction : l'application des PCC par les rééducateurs contribue bien à renforcer la sécurité des soins, portée par une adhésion de principe forte et des pratiques globalement satisfaisantes sur l'hygiène des mains et la gestion du matériel. Cette contribution reste cependant fragilisée par des écarts organisationnels, en particulier l'absence de vérification systématique du statut des patients et un déficit d'information ressenti par une part importante de l'équipe.

L'ensemble des résultats sera présenté en CLIN pour un regard pluri-professionnel sur la situation et pour modifier et adapter le plan d'actions selon les avis des membres. Afin de structurer et de présenter l'ensemble des données recueillies, j'ai décidé de rédiger un rapport d'audit détaillé regroupant l'ensemble des résultats (ANNEXE 2).

### 5.1.2 Limites de l'étude

Le nombre de participants, bien qu'adapté à la taille de l'équipe, reste modeste et limite la généralisation des résultats à d'autres établissements. Les réponses reposent sur l'auto-déclaration, ce qui reflète les perceptions des professionnels mais pas nécessairement leurs pratiques réelles. L'absence d'observation directe constitue une limite méthodologique importante. L'étude ne permet pas de vérifier la cohérence entre les pratiques déclarées et les pratiques observées. Elle ne permet pas non plus de mesurer l'impact réel des PCC sur la transmission croisée, mais uniquement la perception qu'en ont les rééducateurs.

### 5.1.3. Forces de l'étude

Malgré ces limites, l'étude présente plusieurs forces. La population ciblée est pertinente, car elle regroupe deux catégories professionnelles. Le questionnaire est adapté au contexte SMR et permet de recueillir des données variées et représentatives. La participation volontaire et sincère des rééducateurs renforce la fiabilité des résultats. Bien que la participation ait été recommandée, certains professionnels initialement sollicités n'ont pas pu se rendre disponibles pour répondre au questionnaire.

La méthodologie, bien que simple, permet de comprendre de manière précise comment les rééducateurs perçoivent les PCC, comment ils les appliquent et quels sont les freins rencontrés. Elle constitue une bonne base pour analyser les résultats et proposer des actions d'amélioration adaptées au contexte réel.

### 5.1.4 Programme d'actions proposé

À partir de l'analyse croisée des résultats et du cadre théorique, quatre axes d'amélioration prioritaires peuvent être proposés pour renforcer l'adhésion et l'efficacité des PCC en rééducation fonctionnelle sur le site de Marcy-l'Étoile.

#### Axe 1 – Sécuriser l'identification du statut du patient avant la prise en charge

Face au constat que sept rééducateurs sur quinze ne vérifient jamais le statut du patient avant une séance, il est proposé de sensibiliser à nouveau les professionnels au signal visuel simple et disponible dans les données initiales du dossier informatisé du patient représenté par un « **C** », visible dès la prise en charge (pictogramme sur le dossier de rééducation, signalétique de porte de chambre déjà existante mais à systématiser sur le plateau technique, alerte dans le logiciel de planification des séances par exemple). Cette action, pourrait être déployée rapidement et évaluée à trois mois par un nouveau recueil ciblé sur ce seul item.

#### Axe 2 – Renforcer l'information continue et l'accès aux protocoles

Le manque d'information ressenti par un tiers des professionnels justifie la création d'une fiche synthétique « PCC en rééducation », au format A5 plastifié, disponible sur chaque plateau technique et à proximité des points de distribution de solution hydroalcoolique sur les plateaux techniques. Cette fiche reprendrait de manière visuelle les indications principales des PCC, les équipements à porter selon le type d'acte et les modalités de gestion du matériel partagé. Un point annuel ou semestriel dédié, suggestion formulée spontanément par l'un des rééducateurs interrogés, pourrait également être organisé, afin d'actualiser les connaissances de l'équipe de façon régulière et non uniquement lors des épisodes épidémiques. Je tiens à préciser qu'une fiche rappel recto/verso sur les précautions complémentaires contact existe dans mon établissement mais ne cible pas spécifiquement la rééducation (ANNEXE 3). Une fiche pratique dédiée aux rééducateurs aurait probablement plus de succès si le public est ciblé.

#### Axe 3 – Pérenniser les bonnes pratiques d'hygiène des mains et de désinfection du matériel

Les résultats obtenus sur ces deux items étant déjà très satisfaisants, l'objectif est ici de maintenir ce niveau d'adhésion dans la durée, notamment après la levée des mesures liées à l'épidémie de

BHRe. Le maintien des points de distribution de solution hydroalcoolique sur le plateau technique et la poursuite des campagnes de sensibilisation régulières, y compris en dehors des contextes épidémiques, sont recommandés (Semaine Sécurité des Patients, journée mondiale de l'hygiène des mains et challenge SHA organisé en interne par l'EOH de mon établissement depuis cette année et ayant reçu un accueil plus que bon !)

### Axe 4 – Accompagner un usage raisonné des équipements de protection individuelle

Afin d'éviter tout retour à un sur-usage des EPI tel qu'observé lors de l'épidémie, il est proposé d'organiser une session pratique courte (format « atelier pratique » sur le plateau technique) présentant les indications précises du port de gants et de surblouse selon le type de rééducation réalisé, en s'appuyant directement sur les situations concrètes rapportées par les rééducateurs eux-mêmes lors du recueil (drainage, mobilisations, transferts…)

Chacune de ces actions pourra faire l'objet d'une évaluation à distance, par un audit de pratiques, afin de mesurer l'évolution de l'adhésion des rééducateurs aux PCC dans le temps.

## TABLEAU 2 – SYNTHESE DU PLAN D'ACTIONS

| OBJECTIF | ACTION | PILOTES | ÉCHÉANCE | INDICATEUR |
|---|---|---|---|---|
| **Axe 1 – Sécuriser l'identification du statut du patient avant la prise en charge** | • Sensibilisation au signal visuel « C » dans le dossier informatisé du patient<br>• Alerte dans le logiciel de planification | IHH / Cadres / Correspondants en hygiène | 3 mois après déploiement | ≥ 90 % de vérification du statut avant séance |
| **Axe 2 – Renforcer l'information continue et l'accès aux protocoles** | • Création d'une fiche synthétique « PCC en rééducation » | EOH / IHH / Cadres | Décembre 2026 | • 100 % des plateaux équipés<br>• ≥ 80 % de satisfaction sur |

| OBJECTIF | ACTION | PILOTES | ÉCHÉANCE | INDICATEUR |
|---|---|---|---|---|
| | • Diffusion sur les plateaux techniques<br>• Point annuel ou semestriel | | | la clarté des protocoles |
| **Axe 3 – Pérenniser les bonnes pratiques d'hygiène des mains et de désinfection du matériel** | • Maintien des points de distribution SHA<br>• Campagnes de sensibilisation régulières (Semaine Sécurité des Patients, Journée mondiale de l'HDM, Challenge SHA) | EOH / IHH | Continu | • ≥ 95 % d'observance FHA<br>• 100 % matériel désinfecté |
| **Axe 4 – Accompagner un usage raisonné des équipements de protection individuelle** | • Organisation d'ateliers pratiques sur les indications du port de gants et surblouse selon les actes de rééducation | IHH / Cadres | Juin 2027 | ≥ 85 % d'adéquation entre type d'acte et EPI utilisés |

## 6. Conclusion

Ce mémoire s'est construit à partir d'une situation professionnelle marquante : l'épisode épidémique de Bactéries Hautement Résistantes émergentes ayant touché dix-sept patients sur le site de Marcy-l'Étoile, et son impact sur l'organisation et le vécu des équipes de rééducation. À travers cette expérience, l'objectif était de comprendre en quoi l'application des Précautions Complémentaires Contact par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes contribue à renforcer la sécurité des soins et à limiter la transmission croisée en rééducation fonctionnelle.

L'étude de terrain menée auprès de quinze rééducateurs, par l'intermédiaire d'un questionnaire administré en présentiel, a permis de dresser un état des lieux nuancé des connaissances, des perceptions et des pratiques déclarées. Elle a mis en évidence une équipe globalement bien informée sur les indications des PCC et convaincue de leur utilité, s'appuyant notamment sur des pratiques d'hygiène des mains et de désinfection du matériel partagé déjà bien ancrées dans le quotidien des professionnels. Ces résultats témoignent des effets positifs des actions de sensibilisation déjà menées dans l'établissement à la suite de l'épisode épidémique et l'épisode épidémique en lui-même.

L'étude a également révélé des fragilités qu'il convient de ne pas minimiser : l'absence fréquente de vérification du statut du patient avant la prise en charge, un sentiment d'information insuffisant chez près d'un tiers des rééducateurs, et une hétérogénéité dans l'usage des équipements de protection individuelle qui mérite d'être mieux accompagnée pour éviter les excès observés en période épidémique ou un simple confort psychologique a delà d'une réflexion en lien avec la situation.

Ainsi, le programme d'actions proposé, articulé autour de la sécurisation de l'identification des patients porteurs, du renforcement de l'information continue, de la consolidation des bonnes pratiques déjà acquises et de l'accompagnement d'un usage raisonné des EPI, vise à répondre concrètement aux freins identifiés, sans remettre en cause la qualité et la continuité de la rééducation.

Ce travail confirme que les rééducateurs occupent une place centrale dans la prévention du risque infectieux en établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation. Leur proximité quotidienne avec les patients, la nature de leurs actes et leur exposition au matériel partagé en font des acteurs incontournables de la lutte contre la transmission croisée. Au-delà de la seule application technique des mesures, c'est bien leur adhésion, leur compréhension des enjeux et leur capacité d'adaptation qui garantissent, in fine, la sécurité des patients les plus vulnérables notamment dans un contexte épidémique de BHRe.

Ce mémoire ouvre également des perspectives pour la suite : il pourrait être complété par une observation directe des pratiques sur le plateau technique, afin de confronter les pratiques déclarées aux pratiques réellement observées, ou encore être étendu aux autres catégories professionnelles de l'équipe de rééducation (éducateurs sportifs, orthophoniste, hydrothérapeute), non incluses dans le périmètre de cette étude. Une nouvelle évaluation, à distance de la mise en œuvre du programme

d'actions proposé, permettrait enfin de mesurer les effets concrets de cette démarche sur l'adhésion des équipes et, plus largement, sur la sécurité des soins en rééducation fonctionnelle.

Dans une perspective qualité et gestion des risques, ce travail met en évidence l'importance d'une organisation structurée, capable de garantir la sécurité des soins tout en préservant la continuité de la rééducation. L'analyse des pratiques des rééducateurs montre que la maîtrise des PCC repose autant sur la connaissance des recommandations que sur la fiabilité des processus internes : identification du statut du patient, accès aux protocoles, disponibilité des équipements et cohérence des pratiques au quotidien. Les actions proposées s'inscrivent ainsi dans une démarche d'amélioration continue, visant à réduire les risques de transmission croisée, à renforcer la culture de sécurité auprès des professionnels de terrain et à soutenir la prise de décision des professionnels par des outils simples et surtout visibles. Elles contribuent pleinement aux objectifs institutionnels de prévention des infections associées aux soins et à la promotion d'un environnement de rééducation sécurisé pour les patients et les professionnels.

Enfin, il est important de souligner que le cadre réglementaire continue d'évoluer et que de nouvelles recommandations nationales concernant les précautions complémentaires et la gestion des BHRe sont en cours d'actualisation. Leur diffusion prochaine viendra renforcer et préciser les pratiques présentées dans ce travail.

# BIBLIOGRAPHIE


1. Haut Conseil de Santé Publique - Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) – 2013
2. Haut Conseil de Santé Publique - Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) - 2019
3. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) - Recommandations nationales - Prévention de la transmission croisée : Précautions complémentaires contact. 2009
4. CPias Auvergne Rhône-Alpes. Fiche pratique Accueil en Service de soins médicaux et de Réadaptation d'un patient porteur de bactérie hautement résistante émergente (BHRe) - 2024
5. CPias NORMANDIE - BHRe en SSR : Boîte à outils prise en charge d'un patient porteur ou contact -2026
6. Likert, R - A technique for the measurement of attitudes - Archives of Psychology – 1932

# ANNEXES

## ANNEXE 1 - Questionnaire administré

Ramsay Santé
Clinique Iris

**Je réalise un mémoire sur l'application des Précautions Complémentaires Contact (PCC) en rééducation fonctionnelle, par les rééducateurs et leur rôle pour limiter la transmission croisée, notamment chez les patients porteurs de BHRe. Le questionnaire sera anonymisé lors de la restitution. Merci pour votre participation.**

- Participant souhaite rester anonyme : ☐ Oui ☐ Non (Si non, indiquez votre nom et prénom et si vous avez des questions) : ……

**AXE 1 – PROFIL DU PROFESSIONNEL**

- **Fonction :** ☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute
- **Ancienneté :** ☐ <1 an ☐ 1–5 ans ☐ 5–10 ans ☐ >10 ans

**AXE 2 – CONNAISSANCES**

- **Q1 Définition (question ouverte)** : Quelles sont les indications des Précautions Complémentaires Contact ?

  ……
  ……

- **Q2 Définition (question ouverte) Comment se fait la transmission croisée ?**

  ……
  ……

**AXE 3 – PERCEPTION DU RISQUE ET FREINS DES PCC EN REEDUCATION**

**De 1 à 5, 1 pas du tout, 5 tout à fait**

- **Q1 Risque (1–5)** : Les séances de rééducation favorisent la transmission croisée

  ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- **Q2 Efficacité (1–5)** : L'application rigoureuse des PCC renforce la sécurité des soins

  ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- **Q3 : La mise en place des PCC est-elle un frein à la rééducation ? (1-5)**

  ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- **Q4 Freins (question ouverte)** : Les PCC constituent-elles une perte de chance pour la rééducation du patient ?

  ……
  ……

EOH PROJET MEMOIRE IHH – OVISE JOANNA Juin 2026

**AXE 4 – PRATIQUES DECLAREES EN REEDUCATION LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES CONTACT**

- **Q1 Vérifiez-vous le statut du patient avant la prise en charge (patient en PCC) :**
  ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours
- **Q2 Hygiène des mains (Friction Hydro-Alcoolique)** : avant séance / après séance :
  ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours
- **Q3 Port de gants** : Mettez vous des gants lorsque vous prenez en charge un patient en précautions complémentaires contact :

  ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

  Pour souvent et toujours, expliquez :
  .....

- **Q4 Surblouse et ou Tablier lors des soins rapprochés/contact avec l'environnement**
  ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours
- **Q5 Gestion du matériel patient en PCC** : Désinfection du matériel partagé après chaque utilisation
- ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours
- **Q6 Organisation des séances** : Changez-vous votre organisation pour les patients en précautions complémentaires contact ?

  ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

  Pour souvent et toujours, expliquez :
  .....

**AXE 5 – DOCUMENTATION/INFORMATION**

- **Q1 Protocoles (1–5)** : Les protocoles de l'établissement sont clairs et applicables (1 pas du tout, 5 tout à fait)

  ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- **Q2 Vous sentez-vous suffisamment informés sur les protocoles et la prise en charge des patients en précautions complémentaires contact ?**

  Oui ☐ non ☐

- **Q3 Savez-vous trouver l'information ?**

  Oui ☐ non ☐

ANNEXE 2 – Rapport d'audit

Ramsay Santé
Clinique Iris

# RAPPORT D'AUDIT

27/08/2026

**Date de réalisation de l'audit** : Juillet/Août 2026

**Auditeur :**

- OVISE Joanna (Infirmière hygiéniste)

**Objectif principal de l'audit :** Évaluer la conformité des pratiques des rééducateurs aux Précautions Complémentaires Contact (PCC) et identifier les facteurs influençant leur mise en œuvre afin de définir des actions d'amélioration ciblées (post épidémie BHRe été 2025)

**Critères d'inclusion :**

- Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes titulaires
- Les professionnels présents au moment de l'évaluation, même si certains n'ont pas vécu l'épidémie BHRe
- Une participation volontaire et non contrainte
- Professionnels exerçant sur les plateaux techniques
- Deux ergothérapeutes inclus malgré leur absence lors de l'épisode épidémique

**Critères d'exclusion :**

- Les étudiants en rééducation
- Les professionnels non titulaires (remplacements d'été)

Ces critères garantissent une population homogène, représentative des pratiques réelles du service.

**Outils et référentiels utilisés** : Le questionnaire, conçu spécifiquement pour cet audit, était volontairement simple et rapide à compléter tout en permettant une analyse fiable. Il comportait des questions ouvertes et fermées organisées en cinq axes : profil du professionnel, connaissances des PCC, perception du risque de transmission croisée, pratiques déclarées et niveau d'information/formation.

- Haut Conseil de Santé Publique : Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)
- Protocoles internes
- RETEX épidémie de BHRE été 2025

**Modalités de recueil des données :** Questionnaire administré. 15 Professionnels audités : 10 MKDE et 5 ergothérapeutes (Durée moyenne d'entretien : 40 minutes)

## Résultats de l'audit

### TABLEAU 1 - RESULTATS

| THEME | RESULTAT | INTERPRETATION |
|---|---|---|
| CONNAISSANCES DES PCC | 12/15 rééducateurs citent les BHRe/BMR comme indication principale<br>13/15 mentionnent la COVID et les infections respiratoires<br>9/15 les infections digestives | Bonne connaissance globale des indications des PCC, dépassant le cadre des BHRe. |
| MODES DE TRANSMISSION CROISEE | 9/15 identifient le matériel partagé<br>6/15 les mains<br>6/15 l'environnement<br>2/15 confondent gouttelettes/air | Connaissance correcte des vecteurs de transmission, mais confusion sur les précautions respiratoires. |
| PERCEPTION DU RISQUE INFECTIEUX | Moyenne de 4,1/5 sur l'échelle de Likert. | Forte perception du risque liée à la proximité des soins et au matériel partagé. |
| EFFICACITE PERÇUE DES PCC | Moyenne de 4,7/5. | Adhésion élevée aux mesures, confiance dans leur efficacité. |
| PCC PERÇUES COMME FREIN A LA REEDUCATION | Moyenne de 2,2/5<br>9/15 ne perçoivent pas de perte de chance. | Les PCC ne sont pas vécues comme un obstacle majeur à la qualité des soins. |

| THEME | RESULTAT | INTERPRETATION |
|---|---|---|
| VERIFICATION DU STATUT DU PATIENT AVANT SEANCE | 7/15 jamais<br>6/15 parfois<br>2/15 toujours | Point d'amélioration majeur : manque de vérification systématique du statut PCC. |
| HYGIENE DES MAINS (FHA) | 10/15 toujours<br>3/15 souvent<br>1/15 jamais | Excellent respect des précautions standard. |
| PORT DE GANTS | 7/15 parfois<br>2/15 souvent<br>2/15 toujours<br>4/15 jamais | Pratique adaptée selon le type d'acte et cohérente avec les recommandations. |
| PORT DE SURBLOUSE/TABLIER | 4/15 toujours<br>7/15 parfois<br>4/15 jamais | Bonne pratique mais perfectible, marge de progression. |
| DESINFECTION DU MATERIEL PARTAGE | 10/15 toujours<br>5/15 souvent | Conformité totale aux bonnes pratiques → point fort. |
| ADAPTATION DE L'ORGANISATION DES SEANCES | 6/15 toujours<br>3/15 souvent<br>4/15 parfois<br>2/15 jamais | Bonne adaptation organisationnelle , pratiques cohérentes avec les recommandations. |
| INFORMATION ET ACCES AUX PROTOCOLES | 10/15 se sentent informés<br>11/15 savent où trouver l'information | Bonne perception globale, mais besoin de renforcer la diffusion et la lisibilité des protocoles. |

| THEME | RESULTAT | INTERPRETATION |
|---|---|---|
| | moyenne de 3,8/5 sur la clarté des informations données | |

**Synthèse des résultats** : Les résultats montrent une équipe de rééducateurs globalement sensibilisée au risque infectieux et adhérente aux Précautions Complémentaires Contact (PCC), avec une bonne maîtrise des indications et des modes de transmission. L'hygiène des mains et la désinfection du matériel partagé constituent des points forts, intégrés dans les pratiques quotidiennes.
Cependant, un écart notable persiste entre cette adhésion de principe et certaines pratiques clés, notamment la vérification systématique du statut PCC du patient avant la prise en charge, qui reste insuffisante. Ces constats permettent d'identifier des axes d'amélioration concrets, développés dans la partie suivante du rapport.

**Plan d'actions proposé :**

TABLEAU 2 – SYNTHESE DU PLAN D'ACTIONS

| OBJECTIF | ACTION | PILOTES | ÉCHÉANCE | INDICATEUR |
|---|---|---|---|---|
| **Axe 1 – Sécuriser l'identification du statut du patient avant la prise en charge** | • Sensibilisation au signal visuel « C » dans le dossier informatisé du patient<br>• Alerte dans le logiciel de planification | IHH / Cadres / Correspondants en hygiène | 3 mois après déploiement | ≥ 90 % de vérification du statut avant séance |

| OBJECTIF | ACTION | PILOTES | ÉCHÉANCE | INDICATEUR |
|---|---|---|---|---|
| **Axe 2 – Renforcer l'information continue et l'accès aux protocoles** | • Création d'une fiche synthétique « PCC en rééducation »<br>• Diffusion sur les plateaux techniques<br>• Point annuel ou semestriel | EOH / IHH / Cadres | Décembre 2026 | • 100 % des plateaux équipés<br>• ≥ 80 % de satisfaction sur la clarté des protocoles |
| **Axe 3 – Pérenniser les bonnes pratiques d'hygiène des mains et de désinfection du matériel** | • Maintien des points de distribution SHA<br>• Campagnes de sensibilisation régulières (Semaine Sécurité des Patients, Journée mondiale de l'HDM, Challenge SHA) | EOH / IHH | Continu | • ≥ 95 % d'observance FHA<br>• 100 % matériel désinfecté |
| **Axe 4 – Accompagner un usage raisonné des équipements de protection individuelle** | • Organisation d'ateliers pratiques sur les indications du port de gants et surblouse selon les actes de rééducation | IHH / Cadres | Juin 2027 | ≥ 85 % d'adéquation entre type d'acte et EPI utilisés |

ANNEXE 3 – FICHE MEMO PCC ETABLISSEMENT

Ramsay Santé
Clinique Iris

# Les Précautions Complémentaires Contact

## Mesures à prendre en plus des "Précautions Standard"

| Document de référence QRI/PRT/010 | PRECAUTIONS A PRENDRE |
|---|---|
| C<br>Information, signalement | **Expliquer** : associer et faire appliquer les précautions contact au patient et aux visiteurs (utilisation des solutions hydro-alcooliques)<br>**Prescrire** : le médecin prescrit la mise en place des PCC dans le dossier informatisé du patient, selon le protocole MED/PRT/012<br>**Informer** : l'ensemble des professionnels par application de la gommette verte sur le planning mural, afficher la pancarte logo contact sur la porte de la chambre et sur le bandeau lumineux en cas de chambre double.<br>**Prévenir** : les professionnels intervenant auprès du patient des précautions à prendre<br>**Signalement** : à l'EOH de la mise en place des PCC par le cadre |
| **Chambre seule** | **La chambre individuelle est recommandée**<br>Possibilité de regrouper les patients atteints par le même micro-organisme (cohorting) |
| **Hygiène des mains** | **Désinfection par friction avec un gel hydro alcoolique***<br>Avant et après le contact avec le patient<br>Avant de sortir de la chambre |
| **Port de gants** | En application des Précautions Standard |
| **Tablier à usage unique** | **Pour tout contact direct et prolongé**<br>ET en application des Précautions Standard |
| **Masque, lunettes de protection** | En application des Précautions Standard |
| **Déchets** | Transport dans des sacs fermés et étanches<br>Tri et circuit habituel (en application des Précautions Standard)<br>Pas de stockage dans la chambre |
| **Entretien matériel** | **Privilégier l'individualisation du matériel**<br>Procédure habituelle d'entretien |
| **Entretien des locaux, vaisselle** | **Procédures habituelles**** |
| **Linge** | Evacuer au fur et à mesure de la production (pas de stock dans les chambres ou salle de bains) |
| **Prélèvements biologiques** | Procédure habituelle<br>Transport dans des boîtes sécurisées |

QRI/DOC/046 Version 5 Février 2026

| | |
|---|---|
| **Visiteurs** | **Information des visiteurs**<br>**Désinfection des mains à la sortie de la chambre** |
| **Organisation des activités** | Effectuer les soins ou opérations d'hôtellerie, si possible en fin de programme<br>Regrouper les soins afin d'éviter les allées et venues dans la chambre |
| **Rééducation** | **Port de tablier par rééducateur si contact étroit avec patient et désinfection des mains par friction**<br>**Entretien des surfaces et du matériel après prise en charge** |
| **Transport patient** | A signaler aux brancardiers<br>**Port de tablier si transfert**<br>**Désinfection des mains par friction avec une solution hydro alcoolique** |
| **Déplacement du patient** | **Autorisé sur prescription médicale**<br>**Protection le cas échéant de la source contaminante**<br>Information du patient pour application des précautions contact<br>**Désinfection des mains par frictions avant la sortie de la chambre, en entrant et en sortant des espaces communs** |

*** Certains microorganismes (Clostridium difficile, sarcopte de la gale non exhaustif) nécessitent des mesures spécifiques QRI/PRT/026 et QRI/PRO/040*

# RESUME (ANGLAIS)

*When prevention becomes part of the rehabilitation session: impact of Contact Precautions in functional rehabilitation.*

Emerging Highly Resistant Bacteria (BHRe) represent a major public health concern, particularly in rehabilitation centers where long stays and intensive rehabilitation activities increase close contact and shared equipment use. In my institution, an outbreak involving seventeen patients highlighted practice gaps, organisational challenges, and significant anxiety among rehabilitation professionals regarding the implementation of Contact Precautions (PCC).

This thesis analyses how PCC applied by rehabilitation professionals contribute to reducing cross-transmission during functional rehabilitation. A field study was conducted using a questionnaire administered to physiotherapists, occupational therapists show good risk perception, overall adherence to PCC, but also organisational barriers and a need for clearer guidance regarding indications and shared equipment management.

The analysis combines questionnaire results with national recommendations (HAS, SF2H, CPias) and proposes an action plan to strengthen patient safety while preserving rehabilitation quality. This work highlights the need for specific support for rehabilitation teams during BHRe outbreaks and emphasises their essential role in infection prevention in rehabilitation centers.

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

**Octobre 2026**

**OVISE JOANNA**

**TITRE DU MÉMOIRE**

# QUAND LA PREVENTION FAIT PARTIE DE LA SEANCE : IMPACT DES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES CONTACT EN REEDUCATION FONCTIONNELLE

**RÉSUMÉ**

**Les Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) représentent un enjeu majeur de santé publique, particulièrement en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), où les séjours prolongés et les activités de rééducation favorisent les contacts rapprochés et l'utilisation de matériel partagé. Dans mon établissement, un épisode épidémique ayant touché dix-sept patients a mis en évidence des écarts de pratiques, des difficultés organisationnelles et une forte anxiété parmi les rééducateurs, notamment concernant l'application des Précautions Complémentaires Contact (PCC).**

**Ce mémoire analyse l'impact de l'application des PCC par les rééducateurs sur la prévention de la transmission croisée en rééducation fonctionnelle. Une étude de terrain a été menée via un questionnaire administré auprès de kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Les résultats montrent une bonne perception du risque infectieux, une adhésion globale aux PCC, mais également des freins organisationnels et des besoins de clarification concernant les indications et la gestion du matériel partagé.**

**L'analyse croise les résultats du questionnaire avec les recommandations nationales et propose un programme d'actions visant à renforcer la sécurité des soins tout en préservant la qualité de la rééducation. Ce travail met en lumière l'importance d'un accompagnement spécifique des rééducateurs dans les contextes épidémiques et souligne leur rôle essentiel dans la prévention du risque infectieux en SMR.**

**MOTS CLEFS**

**En français : BHRe - PCC - Rééducation fonctionnelle - Transmission croisée - SMR - Hygiène hospitalière - Matériel partagé - Kinésithérapie - Ergothérapie - Prévention du risque infectieux**

**En anglais : BHRe - Contact Precautions - Functional rehabilitation - Cross-transmission – Rehabilitation Center - Shared equipment - Physiotherapy - Occupational therapy - Infection prevention**