UCL Université catholique de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins au sein d'une maison de repos et de soins en implémentant la stratégie multimodale de l'OMS pour l'hygiène des mains

Mémoire réalisé par
Mégane Landercy

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

UCL Université catholique de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins au sein d'une maison de repos et de soins en implémentant la stratégie multimodale de l'OMS pour l'hygiène des mains

Mémoire réalisé par
Mégane Landercy

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

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

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur J-P. Pourtois de m'avoir ouvert les portes de son établissement et laissé la possibilité d'effectuer ce mémoire au sein de la maison de repos et de soins.

Merci à Monsieur S. Saccomando et à l'ensemble des équipes pour leur accueil au sein de leurs services et qui par leurs encouragements, leur intérêt, ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie en particulier ma promotrice Madame T. Van Durme pour m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée ainsi que pour sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Et enfin, merci à mes Grands-Parents et Parents qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

« Toute chose est possible tant qu'elle ne s'est pas avérée impossible, et même en ce cas, elle ne l'est peut-être que provisoirement »

Pearl Buck, 1961

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **10**

1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME **11**

1.1. Les raisons conceptuelles et pragmatiques 11

1.2. Les raisons personnelles 12

2. BUT RECHERCHE **13**

3. QUESTIONS A PRIORI **14**

4. QUESTION DE RECHERCHE **15**

5. CADRE CONCEPTUEL **16**

5.1. Recherche scientifique 16

5.2. Description du contexte et de la problématique 16

5.2.1. Description du contexte 16

5.2.2. Description de la problématique 17

5.2.2.1. Epidémiologie des MRS en Belgique 17

5.2.2.2. Prévalence des IAS dans les MRS en Belgique 21

5.2.2.3. Obstacles à l'observance de l'hygiène des mains 21

6. CADRE THEORIQUE **25**

6.1. Modèle conceptuel de Greenhalgh et al. 25

6.2. La stratégie multimodale de l'OMS 29

6.2.1. Les éléments de la stratégie multimodale selon le guide de mise en œuvre de l'OMS 29

6.2.2. Liens reliant les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS aux facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al. 33

6.2.3. L'approche par étapes 35

7. DESCRIPTION DE LA PROBLEMATIQUE RESTREINTE **40**

8. PARTIE METHODOLOGIQUE **42**

8.1. Question de recherche 42

8.2. Type de mémoire 42

8.3. Approche méthodologique 43

8.4. Chronologie de la mise en œuvre des actions selon les 5 étapes de l'OMS 44

8.5. Les dispositifs de recueil d'informations 46

8.5.1. Les réunions 46

8.5.2. Les observations 48

8.5.2.1. Recensement des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains 49

8.5.2.2. L'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant 50
8.5.3. Les questionnaires 54
8.5.3.1. Questionnaire d'auto-évaluation par la Direction de la MRS de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution 54
8.5.3.2. Questionnaire d'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains... 55
8.5.3.3. Questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains 57
8.6. Formation : Étape 3 59
8.7. Aspects éthiques 60
9. RESULTATS 61
9.1. Auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution 61
9.2. Évaluation de la disponibilité des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains 62
9.3. Évaluation de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant 66
9.3.1. Taux d'observance global 66
9.3.2. Taux d'observance selon la catégorie professionnelle 67
9.3.3. Taux d'observance selon les indications de l'hygiène des mains 68
9.3.4. Taux d'observance par les infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s et les kinésithérapeutes / ergothérapeutes selon les indications de l'hygiène des mains 69
9.4. Évaluation de la perception du personnel soignant de l'hygiène des mains 70
9.4.1. Répartition du personnel soignant selon la profession 71
9.4.2. Répartition du personnel soignant selon le sexe 71
9.4.3. Répartition du personnel soignant selon l'expérience professionnelle 72
9.4.4. Répartition du personnel soignant selon l'ancienneté dans la fonction actuelle dans la MRS 72
9.4.5. Répartition du personnel soignant selon le suivi antérieur de formation à l'hygiène des mains .. 73
9.4.6. Répartition du personnel soignant selon le suivi d'autres formations 74
9.4.7. Perception des conséquences des IAS sur la situation clinique du résident 74
9.4.8. Perception de l'efficacité de l'hygiène des mains dans la prévention des IAS 74
9.4.9. Perception du niveau d'engagement de la Direction de la MRS dans la promotion à l'hygiène des mains 74
9.4.10. Évaluation des actions proposées par la MRS pour l'hygiène des mains 75
9.4.11. Perception de l'efficacité des actions citées au 9.4.10 pour l'hygiène des mains 75
9.4.12. Perception de l'efficacité des 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS de promotion à l'hygiène des mains 76
9.4.13. Perception de l'adéquation de leur propre hygiène des mains dans le chef du personnel soignant 77
9.4.14. Perception des trois éléments constituant un environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains 78
9.4.15. Perception de l'effort que représente l'hygiène des mains lors des soins au résident 79

9.4.16. Perception de l'aide qui pourrait améliorer l'hygiène des mains du soignant 79
9.4.17. Perception des difficultés rencontrées réduisant l'envie d'effectuer l'hygiène des mains..... 79
9.4.18. Commentaires 80
9.4.19. Questions complémentaires de l'évaluation au Temps 1 80
9.4.19.1. Perception de la faculté de la pratique quotidienne de l'hygiène des mains grâce à l'introduction de solution hydroalcoolique en flacon de poche..... 80
9.4.19.2. Perception de l'utilité du dépliant de poche permettant de se remémorer les 5 indications à l'hygiène des mains..... 80
9.4.19.3. Perception de l'utilité de l'affiche permettant de se remémorer la technique de la friction et du lavage des mains 80
9.5. Évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains..... 80
9.5.1. Connaissances de la fréquence des IAS en MRS..... 81
9.5.2. Connaissances du mode de transmission croisée des germes entre les résidents..... 81
9.5.3. Connaissances du type d'hygiène des mains selon les situations de soins 82
9.5.4. Connaissances sur l'efficacité de la friction hydroalcoolique 83
9.5.5. Connaissances générales sur l'hygiène des mains 83
9.6. Formation..... 84
9.7. Tableau récapitulatif des résultats en regard des outils utilisés 85
10. DISCUSSION..... 90
10.1. Analyse des résultats 91
10.1.1. Auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution.. 91
10.1.2. Évaluation de la disponibilité des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains 92
10.1.3. Évaluation de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant..... 92
10.1.4. Questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains ... 95
10.1.5. Formation..... 96
10.1.6. Feed-back des résultats de l'évaluation au Temps 1 97
10.2. Éléments méthodologiques 97
11. QUELLES PISTES PEUVENT ETRE PROPOSEES A LA SUITE DU MEMOIRE ? 100
12. CONCLUSIONS PERSONNELLES ET LIMITES DE MEMOIRE 102
BIBLIOGRAPHIE..... 105
TABLE DES FIGURES..... 110
TABLE DES TABLEAUX 111
ANNEXES 112
Annexe 1 – Les facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al..... 113
Annexe 2 – Les éléments de la stratégie multimodale de l'OMS associés à quelques facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al. 121

Annexe 3 – Courrier du Directeur de la MRS informant le personnel soignant de la mise en place d'un programme de promotion à l'hygiène des mains 129
Annexe 4 – Questionnaire sur les infrastructures dans les unités de soins (OMS)..... 130
Annexe 5 – Grille d'observation « hygiène des mains » pour les hôpitaux aigus et chroniques (Belgique) 131
Annexe 6 – Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins (OMS)..... 134
Annexe 7 – Questionnaire initial d'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains et des connaissances 147
Annexe 8 – Questionnaire d'impact d'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains et des connaissances..... 154
Annexe 9 – Formation 161
Annexe 10 – Photographies de la formation pratique..... 162
Annexe 11 – Affiches, folders distribués lors de la formation 163
Annexe 12 – Tableau récapitulatif de l'évaluation de la disponibilité des infrastructures présentes et nécessaires à l'hygiène des mains 164

INTRODUCTION

Les Infections Associées aux Soins (IAS) constituent un problème majeur de santé publique car elles sont causes de morbidité, de mortalité et engendrent des coûts supplémentaires. Elles représentent donc un défi universel (1). La cause principale de ces infections est la transmission croisée des agents pathogènes par les mains du personnel soignant au cours des soins (2) (3) et la première mesure essentielle de prévention de ces infections est une pratique adéquate de l'hygiène des mains (4). Or, depuis plus d'un siècle (5) (6), l'importance de cette hygiène des mains dans la prévention de l'infection est bien connue grâce à un médecin obstétricien hongrois Ignaz Philippe Semmelweiss. En effet, en 1847, il a apporté la première preuve épidémiologique de la nécessité d'effectuer un geste d'hygiène des mains pour prévenir la transmission des infections (5) (7). Malheureusement, ce concept simple et efficace n'est pas toujours respecté au sein des institutions de soins. Il m'a semblé dès lors judicieux de m'intéresser plus particulièrement au respect de l'hygiène des mains dans une maison de repos et de soins en utilisant le panel d'outils inclus dans les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains (8).

1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME

1.1. Les raisons conceptuelles et pragmatiques

Les IAS entrainent une mortalité prématurée, mais sont aussi responsables d'une morbidité importante, dont des affections invalidantes (séquelles physiques et psychologiques), qui altèrent la qualité de vie. De plus, elles sont aussi responsables d'une augmentation de la durée d'hospitalisation du fait qu'elles nécessitent une mise au point supplémentaire du diagnostic et du traitement.

Elles représentent une lourde charge pour les patients, pour le personnel soignant et pour les systèmes de santé. Leur impact économique est considérable (9). En effet, en 2004, l'impact économique des IAS aux USA s'élevait à 6,5 milliards de dollars américains (10) et 90.000 décès ont été attribués à ces IAS (11).

En Europe, 5 millions d'IAS surviennent annuellement dans les hôpitaux de soins aigus entrainant 135.000 décès et 25 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires dont la charge financière s'élève de 13 à 24 milliards d'Euros (12).

En Belgique, les résultats découlant de la participation des hôpitaux aigus à l'enquête de prévalence des IAS en 2011-2012, organisée par le European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) nous indiquent que 7,2% de patients hospitalisés dans les hôpitaux aigus contractent une IAS. En extrapolant ce résultat, on peut estimer qu'environ 111.000 patients par an contractent une infection hospitalière (13).

Suite à l'enquête du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) reprenant deux études (résultats basés sur les septicémies rapportées en 2003 et sur l'étude de prévalence ponctuelle de 2007), il en ressort qu'annuellement les IAS en Belgique induisent 720.757 journées d'hospitalisation supplémentaires qui engendrent 384,3 millions d'euros de coûts supplémentaires en soins de santé. Le nombre de décès s'élève à 2.625 par an (14).

La prévention des IAS doit donc s'inscrire dans un programme de prévention efficace dont l'hygiène des mains reste la pierre angulaire.

Le rôle de l'hygiène des mains a, de nombreuses fois, été prouvé dans la réduction du nombre des IAS. Une des publications de Pittet D. et son équipe (15) nous démontre que l'augmentation de 30% de l'observance à l'hygiène des mains est associée à une diminution de la prévalence

des infections (de 16,9% à 9,9%) et du taux d'attaque des Staphylococcus aureus résistants à la Méticilline - MRSA (de 2,16 à 0,93 épisodes pour 10.000 journées patients).

L'hygiène des mains a été classée en mesure de niveau d'évidence IA (application vivement recommandée et basée sur des données scientifiques, cliniques ou épidémiologiques) par le CDC/HICPAC (4) pour réduire les IAS. Elle est le fondement du programme lancé par l'OMS en octobre 2005 : premier défi mondial pour la sécurité des patients « Un soin propre est un soin sûr » dont l'objectif est de réduire les IAS dans le monde entier. En 2009, les nouvelles recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins ont été publiées. Ces recommandations, y compris l'approche des 5 indications de l'hygiène des mains, permettent à tous de comprendre l'importance de cet acte (16). En 2012, les recommandations ont été adaptées pour les soins dispensés en ambulatoire, à domicile et en long séjour/réhabilitation (17).

1.2. Les raisons personnelles

Le sujet traité cadre parfaitement avec les connaissances pratiques de ma profession en soins infirmiers et la formation que je suis actuellement, à savoir, le Master en Sciences de la Santé Publique et plus spécifiquement aux deux options que j'ai choisies – option personne âgée et gériatrie – option gestion des institutions de soins (y compris longs séjours).

Mon mémoire se déroule dans une maison de repos dans la province du Hainaut. Il s'agit d'une maison de repos qui comporte à la fois des lits MRPA (maison de repos pour personnes âgées) et MRS (maison de repos et de soins), comme nous le décrirons plus précisément dans notre partie pratique. Pour la suite de cet écrit, nous utiliserons le terme 'MRS' pour désigner cette structure. L'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS au sein de cette MRS me permettra de mettre en pratique les compétences théoriques acquises lors des cours de la seconde option citée ci-dessus.

Une autre raison personnelle est familiale. Dès mon plus jeune âge, maman m'a toujours rappelé de me laver correctement les mains. C'est devenu une habitude bien ancrée et si par hasard, j'oublie de me laver les mains, j'ai toujours cette petite voix qui me fait sourire et qui me dit : « *Mégane, rappelle-toi de te laver les mains !* ». Sans être devenu une obsession, le thème de l'hygiène des mains me tient à cœur.

2. BUT RECHERCHE

Les campagnes nationales de sensibilisation « Vous êtes en de bonnes mains » qui ont débuté en 2005 et la réception gratuite de matériel de sensibilisation et d'information (affiches, dépliants, présentation Powerpoint, quiz interactif, gadgets ...), ont permis aux différents acteurs intervenant au niveau des soins mais aussi aux patients d'être sensibilisés à l'hygiène des mains. Ces campagnes nationales sont une initiative du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et ont été réalisées avec le soutien de BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, SPF Santé Publique) par la Plate-forme fédérale pour l'hygiène hospitalière, en collaboration avec le WIV-ISP (Institut Scientifique de Santé Publique), l'ABIHH (Association Belge des Infirmiers pour l'Hygiène Hospitalière), le BICS (Belgian Infection Control Society), et la NVKVV (Nationale Vereniging van Katolieke Vlaamse Verpleegkundigen). Le projet est financièrement soutenu par le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

La participation aux campagnes est volontaire et celles-ci se déploient dans les hôpitaux aigus, chroniques et psychiatriques en associant les mêmes ingrédients à savoir, un audit de l'observance à l'hygiène des mains avant et après une phase de sensibilisation, une rétro-information des résultats au personnel concerné, des séances d'information et l'utilisation d'affiches et de dépliants (18).

Les résultats analysés tout au long des 6 campagnes nous montrent une amélioration du taux d'observance à l'hygiène des mains avant campagne (49,6% en 2005 et 69,1% en 2015) ; mais après campagne, ce taux semble se stabiliser depuis 4 ans autour de 70,0% (77,7 % en 2015). Force est de constater une amélioration de 19,5% d'observance à l'hygiène des mains entre le début de la première campagne et le début de la dernière (19).

Ces résultats nous interpellent et nous incitent à nous poser cette question : qu'en est-il de l'observance à l'hygiène des mains dans les MRS ?

Le but recherché de ce mémoire est de promouvoir l'hygiène des mains lors des soins dans une MRS en implémentant la stratégie multimodale de l'OMS avec son panel d'outils et que cette MRS pérennise le projet en participant aux campagnes nationales de sensibilisation.

3. QUESTIONS A PRIORI

Pour promouvoir l'hygiène des mains lors des soins, il ne suffit pas, tel un magicien, de sortir de son chapeau « magique » des outils « magiques » proposés par l'OMS. En effet, les facteurs qui influencent les changements de comportement doivent avant tout être identifiés avant l'implémentation d'un programme de promotion à l'hygiène des mains.

Le temps passé à se poser les bonnes questions sera du temps gagné pour la mise en œuvre du programme.

- Quelles sont les connaissances du personnel soignant concernant les indications à l'hygiène des mains et l'utilisation des techniques adéquates ?
- Quelle est la perception du personnel soignant de l'importance des IAS dans leur institution et de l'importance de l'hygiène des mains au cours des soins ?
- Quels outils de l'OMS pourront être utilisés pour implémenter le programme au sein de la MRS ?
- L'environnement actuel favorise-t-il le respect de l'hygiène des mains lors des soins ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent le changement de comportement permettant l'adhésion au programme de promotion à l'hygiène des mains ?

4. QUESTION DE RECHERCHE

Faisant suite au chapitre précédent, nous remarquons que promouvoir l'hygiène des mains lors des soins au sein d'une MRS nous amène à nous poser diverses questions, chacune aboutissant à des réponses multiples et complexes. De ce fait, dans le but de cibler notre recherche tout en apportant les éléments de réponse essentiels à notre mémoire, la question de recherche que nous nous posons se doit d'être complète et précise. Nous avons donc utilisé la méthode de questionnement de Cochrane, qui par le biais des réponses collectées, nous permet d'affiner notre question de recherche.

Le résultat de la mise en commun des réponses du questionnement de Cochrane et des questions a priori nous aide à énoncer notre question de recherche : **« Au sein d'une MRS située en Belgique francophone, comment, pourquoi et pour qui l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS dont le but est de promouvoir l'hygiène des mains lors des soins permet-elle :**

- **De sensibiliser le personnel soignant à l'hygiène des mains ;**
- **D'initier un changement au sein de l'institution menant ainsi à une démarche d'amélioration continue et à pérenniser le projet ? »**

5. CADRE CONCEPTUEL

5.1. Recherche scientifique

Dans les chapitres qui suivent, la revue de littérature provient de divers articles et rapports trouvés dans la base de données de l'OMS en utilisant des associations de mots-clés tels que « hand », « hygiène », « infections associées aux soins », « campagne nationale », « stratégie multimodale ». Pour le site du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et de l'ECDC, les mots-clés « infection nosocomiale », « étude nationale de prévalence », « point prevalence survey », « healthcare-associated infections » ont complété la recherche. De plus, avec l'aide de notre promotrice Madame Van Durme, nous avons élargi notre recherche par sa connaissance des travaux de Greenhalgh et al. (37)

5.2. Description du contexte et de la problématique

5.2.1. Description du contexte

De nos jours, le vieillissement de la population mondiale est la résultante de la baisse constante du taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Selon l'OMS, la majorité des pays industrialisés a admis l'âge de 60 ans et plus pour définir la personne âgée, et c'est cette population qui augmente le plus rapidement. En effet, son nombre devrait doubler d'ici à 2050 en passant de 12% en 2015 à 22% en 2050 (20).

A l'instar des autres pays, nous constatons également en Belgique ce phénomène puisque « la part des 15-64 ans diminue de 65% en 2014 à 59% en 2060 alors que la part des 65 ans et plus passe de 18% en 2014 à 25% en 2016 » (21).

Les trois domaines dans lesquels intervient l'OMS en élaborant des principes directeurs qui aident des pays à construire des programmes et qui ont un impact sur le vieillissement sont :

- La prévention des maladies chroniques
- L'accès à des soins de santé primaires adaptés à l'âge des patients
- La mise en place de structures adaptées en fonction de l'âge (22)

C'est ce dernier point qui nous intéresse tout particulièrement dans ce mémoire car, en Belgique, on estime que le pourcentage de personnes de 60 ans et plus vivant en MRS ou MRPA (Maison de Repos pour Personnes Agées) est de 6,2%.

Il nous paraît important de remarquer qu'en Belgique, au niveau législatif, un arrêté royal du 9 mars 2014 a modifié un arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes d'agrément spécial comme MRS. Celui-ci impose dorénavant une obligation à chaque MRS et aux hôpitaux associés d'établir entre eux une communication afin d'organiser le transport d'un résident tout en assurant la continuité des soins au moyen d'une fiche de liaison. De plus, les normes de qualité imposent quant à elles, un enregistrement des infections nosocomiales et la création par la MRS de procédures écrites ayant trait à l'hygiène des mains et à l'isolement des résidents souffrant d'une infection à risque de contamination (23).

5.2.2. Description de la problématique

5.2.2.1. Epidémiologie des MRS en Belgique

La Belgique à l'instar de ses proches voisins a dû combattre l'émergence des germes résistants aux antibiotiques, notamment le Staphylococcus aureus résistant à la Méticilline (MRSA) au sein des hôpitaux et des MRS.

En 1993, suite à la publication des recommandations belges pour la prévention des infections à MRSA, une diminution importante de l'incidence a été observée dans les hôpitaux.

Malheureusement, cette tendance à la baisse s'est inversée et en 2003, les taux de résistance de MRSA (30%) et l'incidence de MRSA nosocomial (4,1 cas/1000 admissions) ont atteint dans les hôpitaux belges des niveaux des plus élevés jamais enregistrés auparavant. L'analyse des souches de MRSA a montré une circulation de celles-ci entre les établissements hospitaliers et les MRS par le biais des fréquentes hospitalisations des résidents qui constituent un réservoir potentiellement important de MRSA (24).

En 2005, une première étude nationale a été menée dans 60 MRS (6% des 985 MRS belges) dont le but était de mesurer la prévalence de MRSA (24). Cette étude a rapporté un taux de portage de 19% parmi les résidents et a, de nouveau, pointé l'importance des circuits patients entre hôpital et MRS favorisant la dissémination des germes entre institutions.

Des recommandations nationales pour prévenir la transmission de MRSA dans les MRS ont été éditées en 2005 (25) et celles-ci ont dû tenir compte de plusieurs facteurs : d'une part la structure particulière d'une MRS, afin de ne pas isoler davantage les résidents porteurs de MRSA engendrant chez la personne âgée un phénomène de régression et un syndrome de glissement et d'autre part les moyens disponibles souvent limités dans ce secteur (ressources humaines, ressources financières, …).

En 2011, une seconde étude nationale de prévalence du portage de germes résistants parmi les résidents de 60 MRS (5,2% des 1157 MRS belges) a été reconduite pour répondre à l'inquiétude de l'émergence des bactéries résistantes à Gram négatif dans les hôpitaux (24). Les objectifs de l'étude étaient de mesurer la prévalence de 3 bactéries résistantes (MRSA, Entérobactéries productrices de BLSE - Extended Spectrum Bêta-Lactamase -, Entérocoque résistant à la Vancomycine), de définir les déterminants du portage et enfin, de comparer les résultats du portage MRSA de l'étude de 2011 à ceux de l'étude menée en 2005.

En 2015, une nouvelle étude nationale de prévalence de portage de bactéries résistantes a été organisée dans 29 MRS (2,4% des 1220 MRS belges) selon la même méthodologie que celle utilisée lors des études précédentes mais en ajoutant à la liste des bactéries résistantes, l'entérobactérie non sensible aux carbapénémases (CPE) (26).

Les trois études nationales de prévalence de germes résistants en MRS nous permettent de prendre connaissance des différences concernant les caractéristiques de la population des résidents (profil) et de l'ampleur du portage des germes résistants par les résidents. Les résultats de ces études en termes de déterminants du portage et le profil de résidents sont présentés ci-dessous (26).

5.2.2.1.1. Quels sont les caractéristiques des résidents et leurs facteurs de risque d'IAS ?

En 2011 et 2015, les résidents avaient un âge médian de 2 ans supérieur (86 ans) par rapport à 2005 et on observe une augmentation légère du pourcentage de résidents dépendants pour les activités de la vie journalière telles que se laver, s'habiller, se déplacer, aller à la toilette, manger, s'orienter dans le temps. L'utilisation de l'échelle de dépendance de Katz nous indique qu'en moyenne, 44,8% pour 2011 et 49,0% pour 2015 des résidents inclus dans l'étude appartenaient à la catégorie de soins la plus élevée, à savoir C ou CD qui demande un encadrement médical plus important.

Au total, 62% des résidents en 2015 (versus 57,3% en 2011 et 54,3% en 2005) étaient incontinents (urine et/ou fécale) ce qui implique des contacts fréquents par les mains du soignant avec un risque de colonisation de celles-ci.

La gestion des excrétas n'est donc pas à négliger car le portage des bactéries commensales du tractus intestinal tels que les entérobactéries et les entérocoques pose problème au sein des MRS. En effet, les excrétas qui contiennent un haut inoculum de ces bactéries augmentent le

risque de transmission croisée de bactéries résistantes lors des manipulations de ceux-ci si un geste d'hygiène des mains n'est pas effectué. De plus, l'environnement lui aussi constitue un réservoir pour la dissémination et les mains jouent le rôle de véhicule (27).

Le pourcentage de résidents présentant des plaies (escarres : 6,2% ou autre : 4,9%) reste stable dans le temps et on observe par contre en 2011, une augmentation de résidents porteurs d'un cathéter urinaire (2,4%) comparé à 1,6% en 2005 pour diminuer à 1,8% en 2015. Les infections urinaires récidivantes ont été détectées chez 9,1% des résidents en 2011 alors qu'en 2005, elles étaient enregistrées chez 6,5% de ceux-ci.

Bien entendu, les plaies et cathéters constituent une rupture des barrières naturelles qui sont des portes d'entrée pour tous les germes. La transmission manuportée de ceux-ci lors des soins de plus en plus aigus et fréquents ainsi que la présence et l'utilisation de ces divers dispositifs médicaux invasifs augmentent le risque pour les résidents d'être colonisés par des germes résistants et de développer des IAS dues à un amoindrissement de leur résistance engendré par des modifications de leur système immunitaire (immunosénescence) et à des modifications physiologiques.

De ces études, il ressort que le pourcentage des résidents ayant séjourné dans un hôpital au cours des 12 derniers mois (30%) reste stable et l'hospitalisation pour cause infectieuse a été déclarée pour 8% des résidents hospitalisés en 2011 et pour 10% en 2015.

Il est à noter que la circulation et le transfert des résidents entre la MRS et l'hôpital, connu comme réservoir de germes, contribuent à la dispersion de germes résistants et constituent des vases communicants au point de vue de la prévalence de bactéries multirésistantes. Dès lors, la MRS devient à son tour un réservoir potentiel de ces bactéries multirésistantes. Or, au sein d'une MRS, les contacts sociaux (partage de lieux, d'activités) entre résidents sont très fréquents et le risque de transmission manuportée de germes résistants n'est certes pas à négliger. La mesure de prévention et de contrôle de la transmission de ceux-ci reste encore et toujours l'hygiène des mains.

Au fil du temps, le score de morbidité (selon l'index de comorbidité de Charlson[1]) présenté par les résidents et catégorisé comme sévère (score ≥ 5) augmente et est passé de 6,1% en 2005 à 13% des résidents en 2011 puis à 15,7% en 2015.

Vu la croissance démographique des sujets âgés, il est raisonnable de supposer que l'ensemble des tendances décrites ci-dessus a dû se renforcer depuis cette date.

Notons que d'autres facteurs de risque d'infection entrent en ligne de compte telles que l'absence de professionnels en prévention de l'infection, la difficulté de développer une politique équilibrée de prescription des antibiotiques due à un nombre important de médecins traitants différents et la pénurie en personnel.

5.2.2.1.2. Quels sont les résultats microbiologiques ?

Même si nous observons depuis 2005 un vieillissement de la population des résidents (+ 2 ans) et même si le niveau de dépendance aux activités de la vie journalière est augmenté au même titre que la proportion de résidents avec une comorbidité sévère, la prévalence du portage de MRSA diminue et est passée de 19% en 2005 à 13,1% en 2011 et à 9% en 2015.

Trois déterminants communs à ces deux études pour être porteur de MRSA ont été recensés en 2011, à savoir les antécédents de portage MRSA, la présence de plaies d'escarres qui se colonisent et se surinfectent et l'hospitalisation récente pour infection.

Le portage des Entérobactéries productrices de BLSE par 7,1% des résidents en 2011 et par 11,8% des résidents en 2015 nous montre un profil spécifique de ces personnes âgées. En effet, celles-ci avaient un niveau de dépendance accru pour les activités de vie journalière et demandaient l'aide des soignants notamment pour la prise en charge de leur incontinence, de leur déplacement (mobilité réduite) et de leur soin de plaies d'escarres ou autres plaies.

Le coportage de MRSA et Entérobactéries ESBL+ représentait en 2011 0,96% de la population des résidents et 1,9% en 2015.

Lors de la prévalence de 2011, aucun Enterococcus faecalis/faecium résistant à la Vancomycine (VRE) n'a été détecté, mais celle de 2015 nous rapporte un seul résident porteur de ce germe.

[1] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J. Chron Dis, 40(5):373-383

En 2015, le portage d'une entérobactérie non sensible aux carbapénémases (CPE) a été isolé chez 9 résidents et représente 0,6% de la population.

Entretemps, d'autres recommandations belges notamment pour le contrôle et la prévention des infections à Clostridium difficile dans les hôpitaux aigus et dans les MRS ont été publiées par le Conseil Supérieur de la Santé en mai 2008 (28). En Belgique, l'incidence moyenne des infections à Clostridium difficile (ICD) dans les hôpitaux aigus en 2015 était de 1,85/1000 admissions et la plus élevée depuis 2009 (29).

5.2.2.2. Prévalence des IAS dans les MRS en Belgique

La prévalence des IAS dans les MRS varie entre 6 et 10% (30) (31) selon certaines études et la première cause d'hospitalisation des résidents en MRS est l'infection. Au cours des dernières années, des épidémies dues aux germes résistants aux antibiotiques ont été signalées dans des centres de soins de long séjour (32) (33). En 2010 et 2013, l'ECDC a financé le projet HALT1 et 2 (Healthcare Associated infection in Long Term care facilities) dont l'objectif est d'étudier les IAS, la consommation d'antibiotiques et l'antibiorésistance dans les institutions de soins de longue durée en Europe. Bien que les résultats ne puissent être considérés comme représentatifs pour la Belgique (participation sur une base volontaire : 107 centres sur un total de 1157 en 2010 et 87 centres sur un total de 1540 en 2013), la prévalence des infections associées aux soins était pour 2010 de 3,1 infections pour 100 résidents (34) et de 3,6 infections pour 100 résidents en 2013 (35).

Les infections associées aux soins en MRS (2013) étaient réparties de la façon suivante : infections respiratoires (37%), infections urinaires (34%), infections de la peau (14%), infections gastro-intestinales (6%), infections ORL (4,6%) et autres (4,4%).

5.2.2.3. Obstacles à l'observance de l'hygiène des mains

Dans une étude de 2000, Pittet souligne la diminution de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant par manque de temps lorsque celui-ci est en sous-effectif dans un service de soins (36). Or, il a été démontré maintes fois que l'hygiène des mains est la mesure essentielle pour prévenir les IAS et le développement de la résistance microbienne (9).

D'autres études épidémiologiques ont relevé les différents facteurs de risque associés à la non-observance de l'hygiène des mains, les multiples justifications fournies par le personnel soignant pour ne pas respecter ce geste recommandé et enfin les obstacles supplémentaires à la pratique de l'hygiène des mains.

Les causes sont variées et les solutions différentes ; d'où, comprendre les facteurs humains ou ceux liés à l'environnement qui vont influencer l'observance à l'hygiène des mains lors des soins, est capital pour la mise en place de mesures efficaces.

De ce fait, le modèle conceptuel que nous avons choisi d'analyser dans ce mémoire et qui nous accompagnera pour le choix et la mise en œuvre des outils proposés par l'OMS en vue du respect des recommandations à l'hygiène des mains est celui de Greenhalgh et al. (37) qui reprend les différents facteurs pouvant avoir une influence sur l'implantation d'une innovation au sein d'une institution. Ce modèle est synthétisé au point 6.1.

Le tableau ci-dessous reprend les facteurs influençant l'observance à l'hygiène des mains (16).

Tableau 1. Facteurs influençant l'observance à l'hygiène des mains

Facteurs de risque observés de la non-observance aux recommandations pour l'hygiène des mains
Statut de médecin (plutôt que d'infirmier(ère))
Statut d'infirmier(ère) auxiliaire (plutôt que d'infirmier(ère))
Physio-kinésithérapeute
Technicien
Homme
Travail en unité de soins intensifs
Travail en unité chirurgicale
Travail aux urgences
Travail en anesthésie
Travail pendant la semaine (par rapport au weekend)
Port de sur blouses / gants
Avant contact avec l'environnement du patient
Après contact avec l'environnement du patient (par exemple avec un équipement médical)
Soins dispensés à des patients de moins de 65 ans
Soins dispensés à des patients se remettant d'une chirurgie propre / propre contaminée en unité de réveil
Soins dispensés à des patients en chambre isolée
Durée de contact avec le patient (inférieure ou égale à 2 minutes)
Interruption des activités de soins aux patients
Lavabos automatiques
Activités à haut risque de transmission croisée
Manque de personnel ou surpopulation
Grand nombre d'opportunités d'hygiène des mains par heure de soins

Facteurs de non-observance rapportés par le personnel soignant
Les irritations ou dessèchements cutanés causés par les produits pour le lavage des mains
Les lavabos sont mal situés ou manque de lavabos
Manque de savon, de papier, d'essuie-mains
Trop occupé / manque de temps
Le patient doit rester prioritaire
L'hygiène des mains interfère avec la relation patient – soignant
Pas de risque de contracter une infection à partir des patients
Port de gants ou croire que l'usage de gants dispense de la pratique de l'hygiène des mains
Connaissance insuffisante des recommandations et protocoles
Connaissances / expériences et formations insuffisantes
Absence de récompense ou d'encouragement
Absence de modèle par des collègues ou supérieurs
Ne pas y penser, oublier
Scepticisme quant à la valeur de l'hygiène des mains
Désaccord avec les recommandations
Manque de données scientifiques à l'appui de l'impact effectif de l'amélioration de l'hygiène des mains sur les IAS
Obstacles supplémentaires à la pratique appropriée de l'hygiène des mains
Absence de participation active à la promotion de l'hygiène des mains au niveau individuel ou institutionnel
Absence de priorité institutionnelle en faveur de l'hygiène des mains
Absence de sanctions administratives en cas de non-observance ou de récompense en cas d'observance
Absence de culture de la sécurité ou de sens de responsabilité personnelle des personnels soignants à pratiquer l'hygiène des mains

6. CADRE THEORIQUE

6.1. Modèle conceptuel de Greenhalgh et al.

Le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) illustre les différentes façons de concevoir la diffusion d'une innovation dans les organisations de la santé.

Pour répondre à la question : « Comment pouvons-nous diffuser et soutenir les innovations dans la prestation et l'organisation des services de santé ? », Greenhalgh et al. (37) ont effectué une synthèse des résultats théoriques et empiriques trouvés dans la littérature multidisciplinaire émanant de différents domaines tels que la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie, la gestion, la promotion de la santé ainsi que l'administration de celle-ci. Cette synthèse portant sur la diffusion et particulièrement l'implantation d'une innovation dans les services de soins a abouti à l'élaboration d'un cadre de référence. L'innovation est définie par Greenhalgh et al. (37) comme « de nouveaux comportements, routines et façon de travailler qui sont utilisés afin d'améliorer les résultats en santé, l'efficience administrative, le coût efficacité ou l'expérience des utilisateurs ; l'innovation est implantée à partir d'actions coordonnées et planifiées ». Lorsque l'innovation se propage de façon non planifiée, informelle, décentralisée et horizontalement ou via les pairs, nous parlerons de diffusion. Par contre, la phase de dissémination correspond à l'ensemble des stratégies actives mises en œuvre dans le but de persuader des groupes-cibles d'adopter l'innovation. Quant à l'implantation de l'innovation, elle sera réussie si les stratégies actives ont permis d'institutionnaliser l'innovation dans l'organisation.

Les conclusions provenant de nombreuses études sur l'innovation montrent que les facteurs qui risquent d'affecter sa diffusion, sa dissémination et son implantation sont nombreux et multi-niveaux.

Le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) reprend les différents facteurs qui pourront avoir une influence selon la phase de dissémination de l'innovation.

Il est essentiel de nous attarder sur les facteurs qui donneront à l'innovation toutes ses chances d'être adoptée et implémentée dans les conditions idéales. Pour ce faire, nous nous référons au schéma ci-dessous (37).

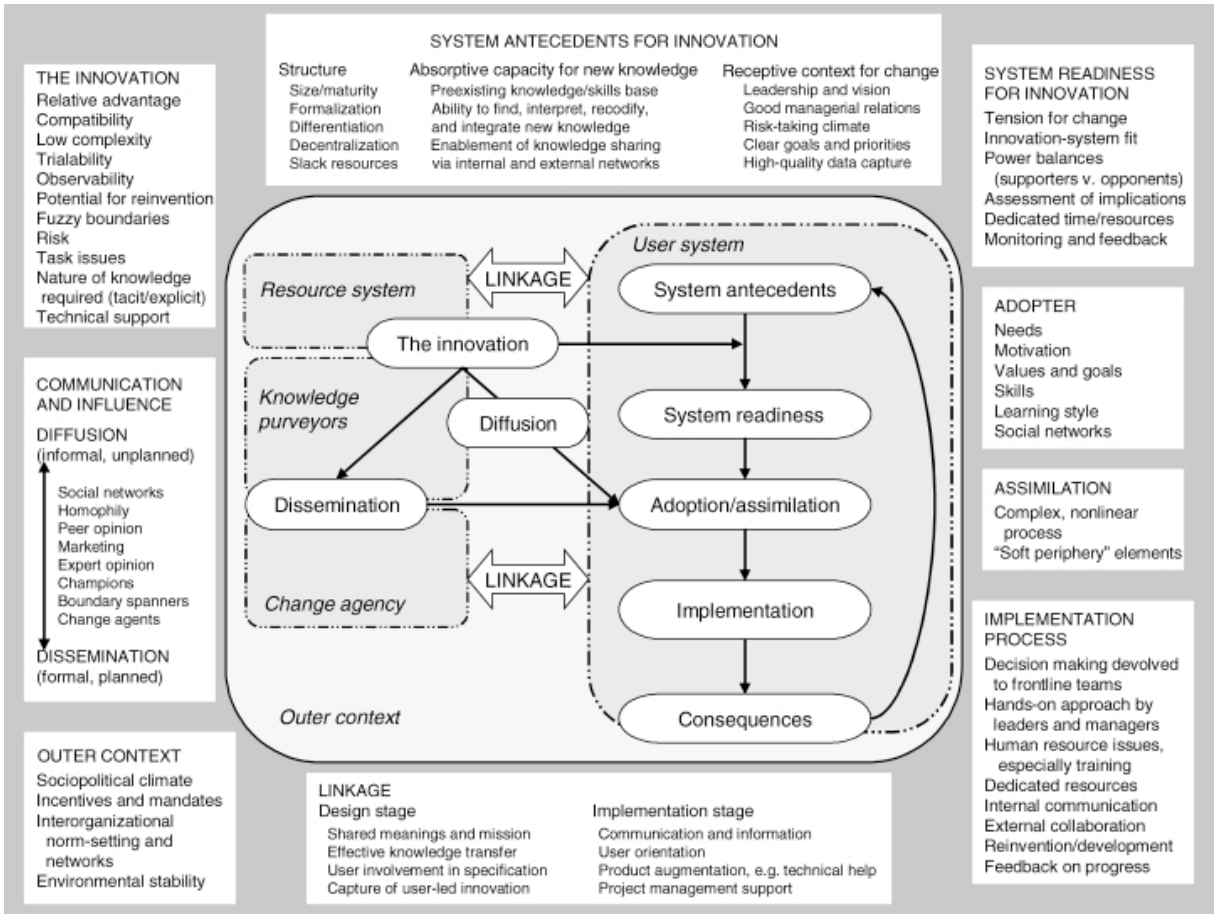


Figure 1. Modèle conceptuel pour l'examen des déterminants de la diffusion, de la dissémination et de la mise en œuvre des innovations dans la prestation des services de santé et l'organisation, sur la base d'un examen systématique des études empiriques de recherche.

Le modèle conceptuel se divise comme suit en sept grands ensembles :

- Les attributs de l'innovation
- Les caractéristiques des adoptants
- La communication et l'influence
- Le contexte interne (les antécédents du système pour l'innovation et la préparation du système pour l'innovation)
- Le contexte externe
- La mise en œuvre ou implantation
- Les liens entre les composants du modèle

Ceux-ci sont décrits et détaillés dans l'Annexe 1.

En résumé, le premier ensemble est relatif à l'**innovation**, non pas de manière intrinsèque mais en relation avec ses caractéristiques telles que son avantage relatif, sa compatibilité avec les normes, les valeurs existantes et les pratiques en application, sa complexité mais aussi les connaissances prérequises.

Le second composant s'attache aux **caractéristiques des adoptants** qui sont loin d'être des acteurs passifs dans l'installation d'une innovation. Entrent ici en ligne de compte les antécédents psychologiques généraux et contextuels de l'adoptant, ses préoccupations et son intérêt pour l'innovation.

En troisième lieu, la **communication** et l'**influence** comprennent en particulier les réseaux sociaux, les champions, les leaders d'opinion présents dans la structure et l'élaboration de programmes officiels de dissémination.

Le quatrième composant, le **contexte interne**, est relatif à l'organisation, à la fois les antécédents du système pour l'innovation et le niveau de préparation en vue de l'adoption de l'innovation. Les antécédents recouvrent les caractéristiques structurelles et culturelles du contexte comme la capacité d'assimiler de nouvelles connaissances. Ces caractéristiques pourront influencer l'assimilation de l'innovation. Dans le niveau de préparation de la structure à l'innovation, on retrouve un besoin de changement et surtout d'amélioration, une capacité d'évaluation des impacts, le temps et les ressources consacrées.

Le cinquième élément est le **contexte externe** dans lequel l'innovation sera mise en application. Il recouvre l'influence que pourront avoir des réseaux inter-organisationnels, les contextes socio-politiques.

La mise en œuvre ou **implantation** est le sixième ensemble. Ses caractéristiques comme par exemple une structure organisationnelle adaptée, une implication du staff, un financement dédié et continu faciliteront l'adoption de l'innovation.

Enfin le septième et dernier élément établit des **liens entre les composantes du système**. La première composante sont les concepteurs de l'innovation et la seconde sont les sujets extérieurs de changement. Plus les liens entre les concepteurs et les sujets extérieurs seront solides, plus l'innovation aura une chance de s'installer durablement.

Du modèle élaboré par Greenhalgh et al. (37), nous ressortons trois éléments qui nous semblent les plus pertinents pour l'implémentation de notre innovation. Ceux-ci nous permettront de comprendre et d'aborder en connaissance de cause la stratégie multimodale de l'OMS afin d'acquérir des pistes de réponse à notre question de recherche. Le « contexte interne » de la MRS est l'élément primordial que nous prenons en considération. Il est en effet impossible d'ignorer et de mettre sous le boisseau les procédures préexistantes et la culture d'entreprise

avec toutes les interactions qui s'enchevêtrent en son sein. La connaissance de ce contexte interne sera appréhendée par :

- Une auto-évaluation réalisée par la Direction de la MRS qui nous renseignera sur l'état des lieux de la structure et en particulier sur la réceptivité du contexte au changement.
- L'analyse de la perception des soignants adoptants sur la problématique des IAS et de l'importance d'effectuer l'hygiène des mains pour prévenir ces infections. Celle-ci nous donnera l'information sur le besoin d'installation de l'innovation.
- Une observation des pratiques relatives à l'hygiène des mains en vigueur au sein de l'établissement qui nous permettra de déceler le besoin de changement.
- Une observation de l'infrastructure nécessaire à l'hygiène des mains qui nous éclairera sur la nécessité du changement interne.
- Une formation théorique et pratique qui s'inscrira dans un programme annuel de formation continue existant au sein de l'institution.

Du modèle conceptuel, nous retiendrons également les « caractéristiques des adoptants ». A nos yeux, la connaissance des caractéristiques des adoptants (connaissances théoriques, préoccupation et intérêt pour l'innovation proposée) est essentielle en vue de mettre au point le processus d'installation de l'innovation. Il faut rappeler que l'adoptant n'est pas un sujet passif mais un acteur à part entière dans l'adhésion à l'innovation.

Toujours du même modèle conceptuel, nous prendrons en considération l'élément relatif aux « attributs de l'innovation » :

- La présence de l'infrastructure nécessaire à l'hygiène des mains dont question au quatrième point du développement du « contexte interne » ci-dessus, nous renseignera sur les « attributs de l'innovation » dans le sens où il sera possible, grâce aux éléments récoltés, d'adapter l'innovation à l'infrastructure existante. Cette démarche permettra de réduire les frais et de laisser les adoptants dans leur environnement familier.
- La formation s'intègrera aux « attributs de l'innovation » dans son aspect pratique d'application et de testabilité.

En conclusion, la compréhension de l'importance de chaque déterminant pouvant influencer la diffusion, la dissémination et la mise en œuvre de l'innovation dans le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) nous a permis de cibler de façon judicieuse les outils de l'OMS qui seront utilisés pour promouvoir l'hygiène des mains au sein de la MRS.

6.2. La stratégie multimodale de l'OMS

La stratégie multimodale de l'OMS a été inspirée par la littérature scientifique dans les domaines des sciences de la mise en application, du changement comportemental, des méthodologies de dissémination, de diffusion de l'innovation et d'évaluation d'impacts (16).

Pour tout établissement qui désire s'impliquer en débutant ou en évoluant dans un programme d'observance à l'hygiène des mains, la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains répond parfaitement à cette attente. Les établissements qui souhaitent, pour la première fois, déployer des actions dans ce domaine, cette stratégie leur propose une approche cyclique et adaptable aux conditions locales (approche par étapes). La stratégie multimodale associe 5 éléments qui comportent chacun un éventail d'outils pour la mise en pratique des recommandations de l'OMS dans le but de lever les différents obstacles et de favoriser des changements comportementaux.

Ces outils sont rassemblés dans un guide de mise en œuvre de la stratégie (8) qui sera utilisé comme mode d'emploi traduisant les recommandations de l'OMS en actions dans un but d'élaborer des plans d'actions complets et durables de promotion de l'hygiène des mains.

En effet, l'évolution de l'observance des pratiques d'hygiène des mains ne doit pas être un processus limité dans le temps mais doit être poursuivi de façon continue permettant d'améliorer la sécurité des patients.

Ce chapitre est composé de 2 parties, la première reprend les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS et la seconde explique l'approche de cette stratégie par le déploiement des actions en 5 étapes.

6.2.1. Les éléments de la stratégie multimodale selon le guide de mise en œuvre de l'OMS

Selon Pittet D., la stratégie multimodale permet d'instaurer un cadre facilitateur pour l'avènement d'un changement d'attitude et de comportement de tous les acteurs de la promotion et des soignants ; ce qui est indispensable pour l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains (38).

Dans le résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (16), nous sommes informés que l'ensemble des outils proposés à l'appui de la stratégie est basé sur le concept des « 5 indications de l'hygiène des mains au cours des soins est incontournable ».

Ces 5 indications sont reprises dans le schéma ci-dessous :

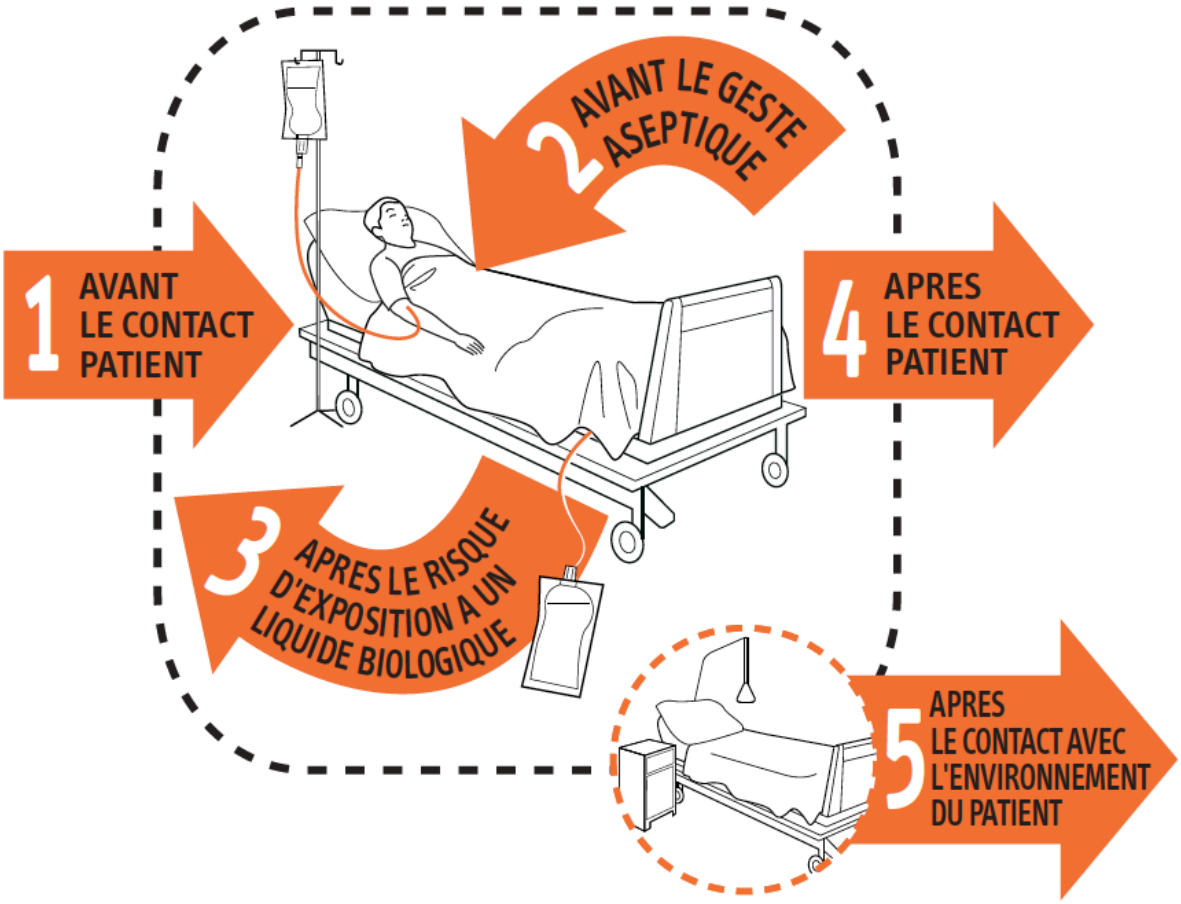


Figure 2. Les 5 indications de l'hygiène des mains au cours des soins (OMS)

Les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS mis en place pour augmenter le taux d'observance de l'hygiène des mains dans le but de réduire les IAS et d'améliorer la sécurité des patients sont :

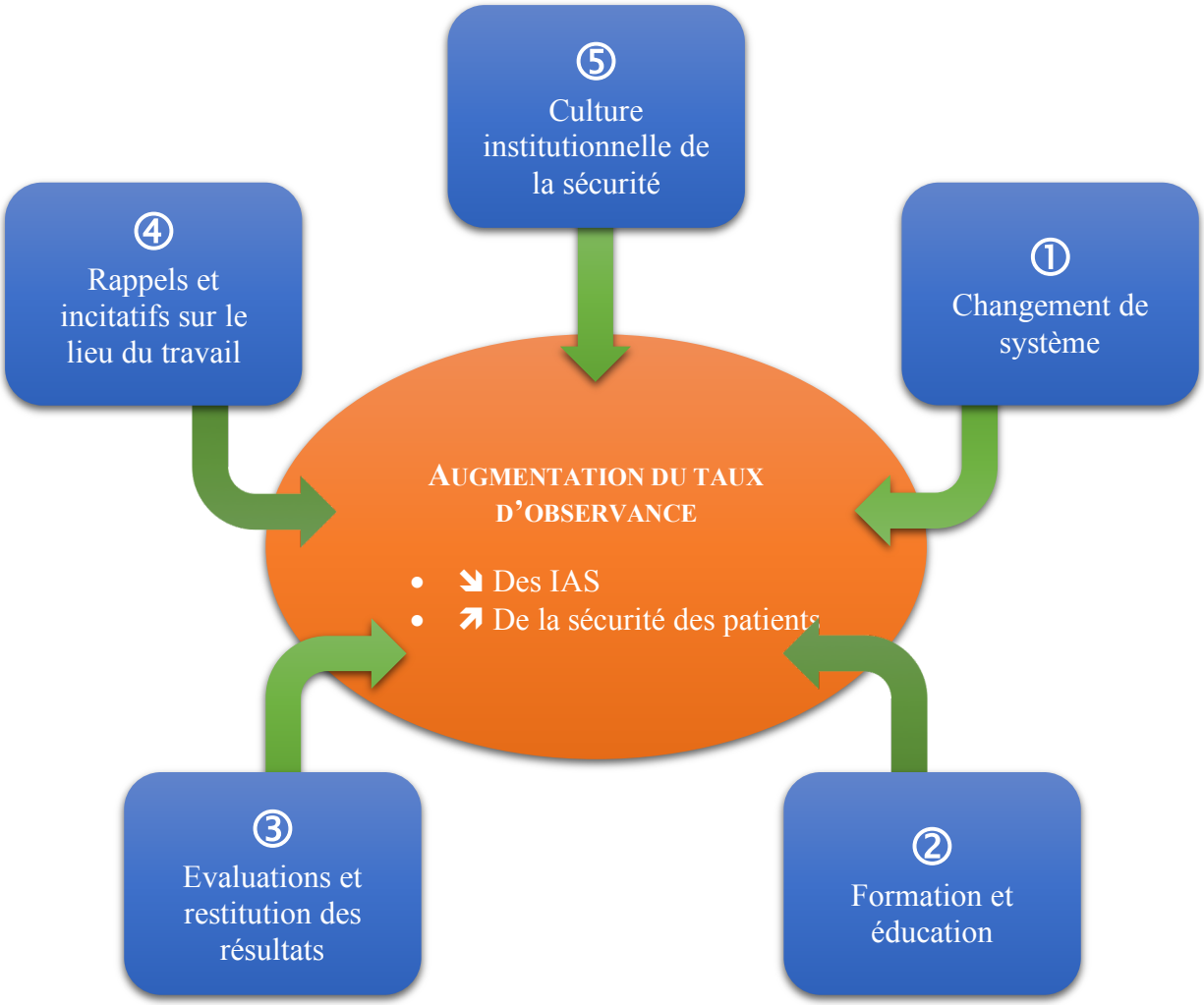


Figure 3. Les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS

Elément 1 – **Changement de système**

Avant tout, il est primordial de nous assurer que les moyens nécessaires à la pratique de l'hygiène des mains soient mis en place et accessibles aux professionnels soignants, tels que :

- L'accès à de l'eau propre en continu, à du savon et à des essuie-mains ;
- La mise à disposition de produits hydroalcooliques sur le lieu de soins.

Ceci implique l'élaboration d'un budget adéquat et annuel.

En effet, une fois que ces changements sont mis en œuvre et dans un but de faciliter à long terme l'observance à l'hygiène des mains, les structures doivent être contrôlées tant d'un point de vue de leur disponibilité que de leur bon fonctionnement.

Les personnes clés pour la mise en place du programme doivent être déterminées et les responsabilités de chacun sont définies et connues de tous.

Elément 2 – **Formation et éducation**

Dans le contexte d'un programme de promotion de l'hygiène des mains, la formation et l'éducation sur les pratiques de l'hygiène des mains selon les 5 indications de l'OMS sont incontournables.

L'objectif de ce second élément est de susciter des changements de comportement et de culture en développant des compétences pour l'ensemble du personnel.

De ce fait, la formation et l'éducation doivent s'inscrire dans un programme de formation continue et s'adapter au public concerné, à savoir les formateurs, les observateurs et les professionnels soignants.

Elément 3 – **Evaluations et restitution des résultats**

L'évaluation d'une série d'indicateurs ayant trait à la pratique d'hygiène des mains, aux infrastructures, aux connaissances du personnel soignant quant à l'importance d'effectuer ce geste pour réduire les IAS est un élément fondamental.

En effet, les évaluations vont permettre de cibler les problèmes à résoudre et de déterminer des actions d'amélioration. La restitution des résultats selon la manière choisie par l'institution permettra à tout un chacun de prendre conscience des efforts fournis et à fournir dans le futur.

La répétition des évaluations couplées à la restitution des résultats assurera la pérennité du programme de la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS.

Elément 4 – **Rappels et incitatifs sur le lieu de travail**

Le but de ce quatrième élément est de rappeler aux professionnels soignants, sur leur lieu de travail, l'importance d'effectuer un geste d'hygiène des mains selon les techniques recommandées lors des 5 indications de l'OMS. Par ces divers rappels et outils incitatifs, le public touché est plus vaste et s'étend aux patients et aux visiteurs. Ceux-ci sont dès lors informés sur ce qu'ils sont en droit d'attendre de la part du personnel soignant concernant

l'hygiène des mains. Pour que l'attention soit captée au maximum, ces outils doivent être remis à jour régulièrement.

Elément 5 – **Culture institutionnelle de la sécurité**

La pratique d'hygiène des mains pour réduire les infections associées aux soins doit être une priorité institutionnelle et s'inscrire dans un plan d'actions pour la sécurité des patients.

6.2.2. Liens reliant les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS aux facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al.

L'analyse et l'assimilation des différents facteurs composant le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) ainsi que les liens existants entre eux nous ont permis de comprendre la nécessité de suivre le fil conducteur qui relie les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS via l'approche par étapes pour les institutions qui commencent un programme d'hygiène des mains.

Le choix judicieux de certains outils de l'OMS et la manière de les introduire auprès de la Direction et du personnel soignant de la MRS s'inscrivent parfaitement dans le cadre conceptuel de Greenhalgh et al. (37) qui nous prouve par la littérature scientifique que les facteurs pouvant affecter la diffusion, la dissémination et l'implantation d'une innovation sont nombreux et multi-niveaux.

Ce cadre théorique et explicatif justifie entièrement pourquoi l'approche multimodale de l'OMS apporte des résultats bénéfiques à la promotion de l'hygiène des mains au cours des soins.

En effet, chaque élément de la stratégie multimodale de l'OMS peut être relié à un ou plusieurs facteurs du modèle de Greenhalgh et al. (37) que nous avons trouvé les plus pertinents dans le cadre de l'hygiène des mains au sein de la MRS, à savoir le contexte interne, les attributs de l'innovation et les caractéristiques des adoptants.

Le premier élément de la stratégie « changement de système » insiste sur la préparation du terrain avant l'implantation de l'innovation. Ce premier élément correspond parfaitement au facteur « contexte interne » de Greenhalgh et al. (37), et plus spécialement à la composante portant sur la préparation du système ainsi que sur le contexte réceptif au changement par le choix de personnes visionnaires à placer aux « postes clés ».

« Formation et éducation » constituent le second élément de la stratégie et permettent l'acquisition de nouvelles compétences. Il concorde avec plusieurs facteurs du concept de Greenhalgh et al. (37) Nous pensons au contexte interne par la capacité d'assimiler de nouvelles compétences et au facteur « attributs de l'innovation » par la possibilité de tester celle-ci.

Dans son troisième élément, l'OMS nous parle des « évaluations et de la restitution des résultats ». Les évaluations des différents indicateurs provenant des infrastructures, des pratiques observées dans l'hygiène des mains et les connaissances théoriques pour réduire les IAS correspondent non seulement à la nécessité de connaître le contexte interne dans la composante portant sur la préparation du système mais aussi au facteur des « caractéristiques de l'adoptant » qui, comme déjà souligné plus haut, n'est en aucun cas un récepteur passif de l'innovation et qui de par la restitution des résultats, se sentira capable d'opérer des changements pour que l'innovation soit un succès.

Les « rappels et les incitatifs sur le lieu de travail » constituent le quatrième élément de la stratégie multimodale de l'OMS et correspond au facteur « attributs de l'innovation ». Ils seront le soutien de l'innovation auprès de l'adoptant en lui rappelant visuellement par exemple, la technique à l'hygiène des mains.

Le dernier élément de l'OMS à savoir, la « culture institutionnelle de la sécurité » touche les trois facteurs pertinents que nous avons ciblés. Le facteur du « contexte interne » de Greenhalgh et al. (37) de par les antécédents du système, pourra par la capacité d'absorption des nouvelles connaissances insister auprès des adoptants sur l'importance de la compréhension du lien existant entre le respect des bonnes pratiques à l'hygiène des mains et l'instauration d'un climat de sécurité pour les résidents. Le facteur « attributs de l'innovation » fait le lien avec la compatibilité de l'innovation car en effet, l'hygiène des mains dans le but de réduire les IAS des résidents répond aux valeurs du personnel soignant. La motivation du soignant reprise dans le facteur des « caractéristiques de l'adoptant » permettra lors de l'instauration d'un climat de sécurité des résidents par l'hygiène des mains de rester un point clé dans sa prise en charge.

Nous pouvons donc remarquer que les recommandations de l'OMS en ce qui concerne la stratégie multimodale pour l'hygiène des mains au cours des soins s'inscrivent parfaitement dans le modèle de Greenhalgh et al. (37)

Tous deux sont partis d'études théoriques, l'un pour concevoir son modèle conceptuel et l'autre pour élaborer sa stratégie multimodale. L'un comme l'autre préconisent d'effectuer un

changement de comportement qui permettra de diffuser et de soutenir l'innovation dans une organisation de service de santé. Greenhalgh et al. (37) s'est attaché à lister théoriquement l'ensemble des facteurs pouvant influencer la dissémination d'une innovation tandis que l'OMS propose d'emblée des outils qui permettent une mise en pratique d'une innovation.

Nous devons cependant souligner qu'il est utile de connaître les différents facteurs composant le concept de Greenhalgh et al. (37) car ceux-ci permettent le choix judicieux des outils proposés par l'OMS en fonction de l'état d'avancement de l'innovation.

L'OMS insiste sur le fait que tout plan d'actions mis en place au sein d'une institution et en particulier la formation à l'hygiène des mains doit être élaboré de manière à assurer la pérennité du programme. Dans le cas qui nous concerne, le plan d'actions est à renouveler tous les cinq ans au minimum. Cet élément de pérennisation n'a pas été abordé ou du moins retenu dans le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37)

A titre d'exemple, se trouve en Annexe 2 un tableau dans lequel nous associons les éléments de la stratégie multimodale de l'OMS et quelques facteurs déterminants du modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) qui pourraient avoir une influence sur l'aboutissement d'un ou de plusieurs objectifs de chacun des éléments. La liste des facteurs repris dans ce tableau n'est pas exhaustive.

6.2.3. L'approche par étapes

Pour promouvoir l'hygiène des mains au sein de la MRS, nous nous sommes basés sur les résultats obtenus lors de l'utilisation de l'outil proposé par l'OMS « auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains » au niveau de cette institution. Ceux-ci seront analysés en détails dans la partie pratique du mémoire. Les améliorations retenues suite à la revue des données identifiées par l'auto-évaluation nous a fait prendre conscience de la nécessité d'un soutien plus consistant que la simple utilisation des divers outils de l'OMS. C'est dans ce but que nous avons choisi d'utiliser l'approche par étapes que propose la stratégie multimodale de l'OMS (8).

En effet, cette approche nous suggère un cadre de travail qui nous permettra d'intégrer et de déployer une stratégie d'amélioration de l'hygiène des mains aux activités journalières de la MRS qui démarre un programme de promotion de l'hygiène des mains.

Chacune des 5 étapes fait référence à un ou plusieurs éléments de la stratégie multimodale et nous permettra d'utiliser ou d'adapter certains outils proposés dans ces éléments. Ceux-ci seront développés dans la partie méthodologie.

Etape 1 – **Préparation de l'établissement de soins**

La MRS doit avant tout être prête pour mettre en œuvre le programme de promotion de l'hygiène des mains.

Les différentes actions que nous avons choisies dans le panel des outils proposés pour répondre à la préparation de la MRS sont liées aux actions qui visent à répondre aux objectifs de l'élément 1 (changement de système), de l'élément 2 (formation et éducation) et enfin de l'élément 5 (culture institutionnelle de sécurité) de la stratégie multimodale.

Nous ne pouvions commencer ce projet qu'après avoir obtenu l'accord de la Direction de la MRS et que celle-ci ait décidé de l'envergure et du cadre de la mise en œuvre du programme.

Le choix des personnes clés à intégrer dans la stratégie a été établi d'un commun accord. Il était important que ces personnes soient nommées, reconnues à part entière par la Direction et qu'elles comprennent l'importance de leur rôle car la fréquentation de mes cours m'empêche d'être présente au quotidien dans la MRS.

Nous avons donc identifié :

- Le **coordinateur** de la mise en œuvre qui propose un plan d'actions cohérent selon les recommandations de l'OMS et coordonne celui-ci à toutes les étapes. Il peut compter sur l'appui de la Direction et de l'équipe d'hygiène des mains. J'ai été choisie en tant que coordinateur de ce projet et serai secondée par l'adjoint de la Direction.

- L'**équipe d'hygiène des mains** dont les membres seront les défenseurs du programme en soutenant le coordinateur et en participant au processus de décisions. Ce seront des responsables influents qui pourront à tout moment signaler des problèmes éventuels et trouver des solutions alternatives. Pour composer cette équipe, le choix s'est arrêté sur deux responsables infirmières, chacune aidée par une infirmière de leur service qui motiveront et accompagneront leurs collègues de travail dans la mise en œuvre du programme.

- Le **formateur** qui formera les professionnels soignants à l'hygiène des mains lors de la 3ème étape de la mise en œuvre de la stratégie. Le choix s'est porté sur une infirmière

hygiéniste qui pratique la prévention de l'infection au sein d'un centre hospitalier depuis 25 ans. Son expérience dans le domaine de l'hygiène des mains et dans les formations sera une plus-value pour ce projet.

- L'**observateur** qui sur base de ses observations de la pratique de l'hygiène des mains lors des activités de soins restituera et commentera les données lors de la formation. En plus du rôle de coordinateur, je serai l'observateur des opportunités à l'hygiène des mains en me servant d'une grille d'observation élaborée par l'OMS reprenant les 5 indications de soins qui nécessitent un geste d'hygiène des mains (voir Annexe 5). Dans un but de pérenniser le programme, l'équipe d'hygiène des mains sera elle aussi formée à l'observation.

- Les autres acteurs qui sont la **Direction**, l'**adjoint de la Direction** et le **médecin coordinateur** seront présents à chaque étape car un soutien visible est essentiel à la réussite du programme. De plus, la mise en place de certaines actions doit être corrélée aux ressources humaines et financières disponibles et si une demande supplémentaire est nécessaire, elle doit recevoir l'aval de la Direction.

Après avoir identifié les personnes clés, le choix du champ d'application de l'implantation de la stratégie de l'OMS pour promouvoir l'hygiène des mains lors des soins s'est arrêté à l'ensemble des services de la MRS. Pour que chaque membre du personnel travaillant dans la MRS soit informé de la mise en place de la stratégie multimodale au sein de leur institution et des actions effectuées au fil du temps, les communiqués d'information discutés lors des réunions de service ont été retenus comme moyens de communication.

Etape 2 – **Evaluation initiale**

L'objectif de cette seconde étape est qu'avant toute intervention, des évaluations de pratiques, de perceptions, de connaissances et d'infrastructures nécessaires en matière d'hygiène des mains soient conduites. Au moyen de questionnaires et d'observations, ces évaluations permettront à l'institution de suivre les progrès réalisés au fur et à mesure que la stratégie multimodale est mise en œuvre. Les activités à réaliser dans cette étape visent à atteindre les objectifs de l'élément 3 de la stratégie multimodale qui est l'évaluation et la restitution des résultats.

Etape 3 – **Mise en œuvre : introduire les activités de promotion**

Maintenant que la période de préparation de l'établissement de soins et l'évaluation initiale (étapes 1 et 2) sont terminées, la MRS est prête à mettre en œuvre le programme d'hygiène des mains.

Le moment est venu d'entreprendre la formation théorique et pratique des professionnels de santé et de leur restituer les résultats des évaluations initiales (étape 3) dans un but de susciter le changement des comportements.

La distribution de brochures et de matériels éducatifs aux professionnels soignants ainsi que l'apposition d'affiches dans les différents services de soins permettent d'avoir en permanence un rappel des 5 indications à l'hygiène des mains et de la technique à utiliser sur le lieu de travail (outils de l'OMS).

En parallèle, c'est aussi à cet instant que nous devons nous assurer que les solutions hydroalcooliques soient présentes en continu sur les lieux de soins. Les activités entreprises dans cette étape 3 permettent d'atteindre les objectifs de l'élément 1 (changement de système), de l'élément 2 (formation et éducation), de l'élément 4 (rappels et incitatifs sur le lieu de travail) et de l'élément 5 (culture institutionnelle de sécurité) de la stratégie multimodale.

Etape 4 – **Evaluation de l'impact de l'intervention**

Cette étape permet de mesurer à court terme les répercussions des différentes initiatives de promotion de l'hygiène des mains et de s'assurer de leur impact positif sur la pratique quotidienne.

Les outils d'évaluations utilisés à l'étape 2 seront reconduits dans cette étape 4 et permettront d'obtenir de ce fait des résultats comparables et uniformes. L'ensemble des activités composant l'étape 4 permet d'atteindre les objectifs de l'élément 3 de la stratégie multimodale qui est l'évaluation et la restitution des résultats.

Etape 5 – **Elaboration d'un nouveau cycle de révision et de planification**

Cette étape est cruciale et son objectif est de pérenniser le processus de promotion d'hygiène des mains. Les résultats des données recueillies à l'étape 4 doivent être analysés et permettront de déterminer les répercussions de la formation dispensée à l'étape 3.

Ces résultats doivent être communiqués auprès du personnel soignant afin que toute la motivation démontrée au cours de la mise en œuvre du programme soit maintenue à long terme.

Un plan d'actions reprenant certains éléments des différentes étapes et un budget annuel alloué au programme doivent être définis.

Le cycle de révision doit être renouvelé au minimum tous les cinq ans permettant d'y inclure les ajustements nécessaires.

Les différentes activités entreprises dans cette dernière étape permettent d'atteindre les objectifs de l'élément 3 (évaluations et restitution des résultats) et de l'élément 5 (culture institutionnelle de sécurité) de la stratégie multimodale.

En résumé

La mise en œuvre des 5 éléments de la stratégie multimodale par l'utilisation de certains outils proposés tout en suivant l'approche par étapes qui présente un éventail d'activités nous permettra de lancer un programme de promotion de l'hygiène des mains selon les 5 indications de l'OMS dans la MRS.

7. DESCRIPTION DE LA PROBLEMATIQUE RESTREINTE

Le choix de l'institution pour la mise en œuvre du programme de promotion de l'hygiène des mains lors des soins selon la stratégie multimodale de l'OMS s'est arrêté sur une MRS située en Belgique francophone. La MRS offre un ensemble de services pour les personnes âgées et est constituée d'une maison de repos et de soins (capacité de 104 lits dont 49 MR et 55 MRS), d'une résidence-service (35 pavillons – capacité maximale de 70 personnes), de 5 lits spécialisés pour les personnes en état neurovégétatif persistant et de 5 lits spécialisés pour les personnes atteintes de sclérose.

Les résidents de la MRS sont répartis dans différents services nommés « blocs » et sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire de 57 soignants. Cette équipe est composée de 13,5 ETP infirmier(e)s (17 personnes), de 23 ETP aide-soignant(e)s (32 personnes) et de 6,15 ETP paramédical(e)s (8 personnes).

A la demande de la Direction de la MRS, l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS pour l'hygiène des mains touche l'ensemble des services de l'institution (excepté les 39 pavillons composant la résidence-service pour laquelle le personnel soignant est externe à l'institution) et l'ensemble du personnel soignant.

L'approche par étapes décrite au point 6.2.3, recommandée par l'OMS par toute institution qui débute le programme a été validée et permettra de suivre un fil conducteur maintes fois expérimenté dans les hôpitaux.

Mais avant de se lancer dans l'aventure, il a été capital de s'attarder sur les différents facteurs risquant de réduire les chances de réussite de ce projet qui implique des changements comportementaux et une volonté institutionnelle de l'adopter à long terme.

L'utilisation du cadre de référence élaboré par Greenhalgh et al. (37) a été bénéfique car il a permis une visualisation de ces différents facteurs.

Une connaissance approfondie des causes de la non-observance à l'hygiène des mains est un élément essentiel avant la mise en place de la stratégie multimodale de l'OMS. Une cause supplémentaire et non négligeable de l'observance dans le milieu très spécifique d'une MRS est que celle-ci est très souvent considérée par les soignants comme un milieu de vie et non un milieu où sont effectués des soins.

Même si une MRS peut être décrite comme une collectivité de vie avec des contacts sociaux très fréquents entre résidents, il ne faut pas oublier qu'à certains moments et dans certains lieux,

des soins sont prodigués et que ceux-ci sont, de nos jours, de plus en plus aigus et utilisent des dispositifs médicaux synonymes de porte d'entrée pour les germes résistants.

Sur base des connaissances théoriques acquises au détour de nos diverses lectures scientifiques, en utilisant les outils proposés par l'OMS et en suivant l'approche par étapes de la stratégie multimodale de l'OMS, nous sommes prêtes à implémenter celle-ci pour promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins dans la MRS.

La comparaison du taux d'observance à l'hygiène des mains selon les 5 indications de l'OMS avant et après la mise en œuvre de la stratégie nous informera de l'impact de celle-ci auprès du personnel soignant.

8. PARTIE METHODOLOGIQUE

Au terme de la partie théorique, il s'est avéré intéressant de reprendre les différents outils de l'OMS qui répondent spécifiquement aux trois éléments pertinents que nous avons repris de la liste des éléments formant le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37), à savoir le contexte interne, les attributs de l'innovation et les caractéristiques des adoptants.

8.1. Question de recherche

Idéalement, la mise en place de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains lors des soins et l'utilisation des divers outils conseillés par celle-ci introduiraient un changement positif et certain de l'hygiène des mains chez le personnel soignant de la MRS ciblée.

Rappelons donc notre question de recherche qui est :

« Au sein d'une MRS située en Belgique francophone, comment, pourquoi et pour qui l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS dont le but est de promouvoir l'hygiène des mains lors des soins permet-elle :

- De sensibiliser le personnel soignant à l'hygiène des mains ;
- D'initier un changement au sein de l'institution menant ainsi à une démarche d'amélioration continue et à pérenniser le projet ? »

8.2. Type de mémoire

Ce mémoire peut être désigné comme un mémoire recherche-action dans la mesure où « sa finalité est d'agir pour changer et améliorer la pratique » (39). Greenwood et Levin (2007) définissent la recherche-action comme « un ensemble de stratégies collaboratives et démocratiques afin de générer une connaissance et concevoir des actions pour lesquelles les experts qualifiés dans le domaine social ainsi que d'autres formes de recherches et les parties prenantes du terrain travaillent ensemble » [2] (40). C'est donc suite à la recherche littéraire que nous avons pu mettre en place notre plan d'actions au sein de l'institution choisie, en collaboration avec la Direction et le personnel.

Il est important que ceux-ci soient impliqués et contribuent, à chaque étape de la stratégie, aux différentes prises de décision. C'est pour cela que ce type de mémoire est tout à fait approprié

[2] Traduction libre

dans notre contexte de mise en œuvre d'une innovation car, la **participation** des acteurs impliqués est primordiale. En effet, il s'agit selon I. Aujoulat (2016-2017) « d'une recherche participative dans laquelle le chercheur travaille AVEC et POUR le système de santé plutôt que SUR le système de santé ».

Cette participation des acteurs signifie qu'ils doivent être associés à la réflexion tout au long de la recherche au travers de réunions, de formations et de feed-back, … En effet, M. Roy et P. Prévost (2013) précisent qu' « ils sont considérés comme co-chercheurs souhaitant comprendre un phénomène ou une problématique et agir ou changer la réalité qui les confronte et améliorer les choses » (41).

C'est grâce au chercheur dont le rôle est celui de facilitateur du changement et par la participation active du personnel de la MRS que le changement sera plus aisément accepté et mis en place.

8.3. Approche méthodologique

Lorsque nous suivons les étapes de la stratégie de l'OMS pour promouvoir l'hygiène des mains, nous récoltons les données en utilisant les divers outils mis à notre disposition par l'OMS afin d'évaluer la mise en œuvre de notre projet au sein de la MRS. Ces outils seront présentés dans le chapitre suivant.

De par la mise en application de ces différents outils et pour répondre aux questions de « comment, pourquoi et pour qui l'implémentation de la stratégie de promotion de l'hygiène des mains permet-elle d'initier un changement au sein de l'institution, voire de pérenniser les comportements acquis, nous utilisons un dispositif de méthode mixte appelée « Design d'inclusion ». Bien que ce nom indique une méthode d'inclusion des participants, elle correspond pour I. Aujoulat à un devis de recherche mixte qui comprend la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives en une seule phase tout en sachant que l'une des méthodes est dominante et que la seconde vient en support (42).

Dans notre cas, la méthode dominante est une méthode quantitative étant donné que nous cherchons à quantifier les connaissances théoriques et pratiques du soignant quant aux taux d'observance à l'hygiène des mains et à l'évolution de celui-ci avant et après la période d'implémentation. Cependant, une partie qualitative est intégrée dans cette méthode quantitative pour tenter d'expliquer les phénomènes observés dans la partie quantitative. Par

exemple, nous nous intéressons à la perception qu'a le personnel sur la problématique des IAS et de l'importance de la pratique de l'hygiène des mains pour réduire les infections.

La recherche-action légitime l'intérêt de prendre en compte la perception des soignants afin de permettre au chercheur d'investiguer en quoi ces perceptions influencent ou non les résultats. De plus, connaître l'avis des principaux intéressés amène à des prises de décisions communes qui donnent à l'équipe soignante le sentiment d'être écoutée et de prendre part au changement qui s'opère au sein de la MRS.

8.4. Chronologie de la mise en œuvre des actions selon les 5 étapes de l'OMS

Le lancement du programme de promotion de l'hygiène des mains selon les 5 indications de l'OMS a débuté en janvier 2017.

Des contacts préliminaires avec la Direction de la MRS avaient été pris dès décembre 2016.

Le déroulement chronologique présenté ci-dessous nous permet de visualiser les actions entreprises dans chacune des étapes planifiées pour répondre aux 5 éléments composant la stratégie multimodale.

Le chapitre suivant complétera l'échéancier en décrivant les différents dispositifs de recueil d'informations que nous avons utilisés.

Janvier 2017	**Etape 1** Information de l'établissement	27.01.2017	1ère Réunion → Validation du projet et identification des personnes clés + qui fait quoi + ressources disponibles Evaluation → Auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains (situation initiale de la MRS)
Février 2017	**Etape 2** Evaluation initiale	03.02.2017	Observation (initiale) → Recensement des infrastructures présentes
Mars 2017		17.03.2017 → 03.04.2017 : Evaluation (initiale) → Des perceptions du personnel soignant de l'HM → Des connaissances du personnel soignant de l'HM	
		17.03.2017 → 03.04.2017 : Observation (initiale) → Observance à l'hygiène des mains	
		17.03.2017	2ème Réunion → Feed-back global aux personnes clés de l'évaluation des infrastructures → Projet achat SHA de poche (à budgétiser)
Avril 2017		03.04.2017	Reprise des questionnaires d'évaluation des perceptions et connaissances du personnel soignant de l'HM
Mai 2017			
Juin 2017		30.06.2017	3ème Réunion → Feed-back global aux personnes clés de l'évaluation des perceptions et connaissances ainsi que des pratiques d'hygiène des mains
Juillet 2017			
Août 2017		07.08.2017	Formation/Incitants prêts
Septembre 2017			
Octobre 2017		02.10.2017	Mise en place de matériel nécessaire à l'HM (SHA de poche)
		12.10.2017	4ème Réunion → Présentation de l'état d'avancement du projet au médecin coordinateur
Novembre 2017	**Etape 3** Mise en œuvre : activités de promotion	28/11/2017	Formation dispensée/Incitants distribués et feed-back au personnel soignant de l'évaluation des perceptions et connaissances ainsi que des pratiques d'hygiène des mains conduites à l'étape 2
Janvier 2018	**Etape 4** Evaluation de l'impact de l'intervention	23/01/2018	Observation (impact) → Recensement des infrastructures présentes
Février 2018			

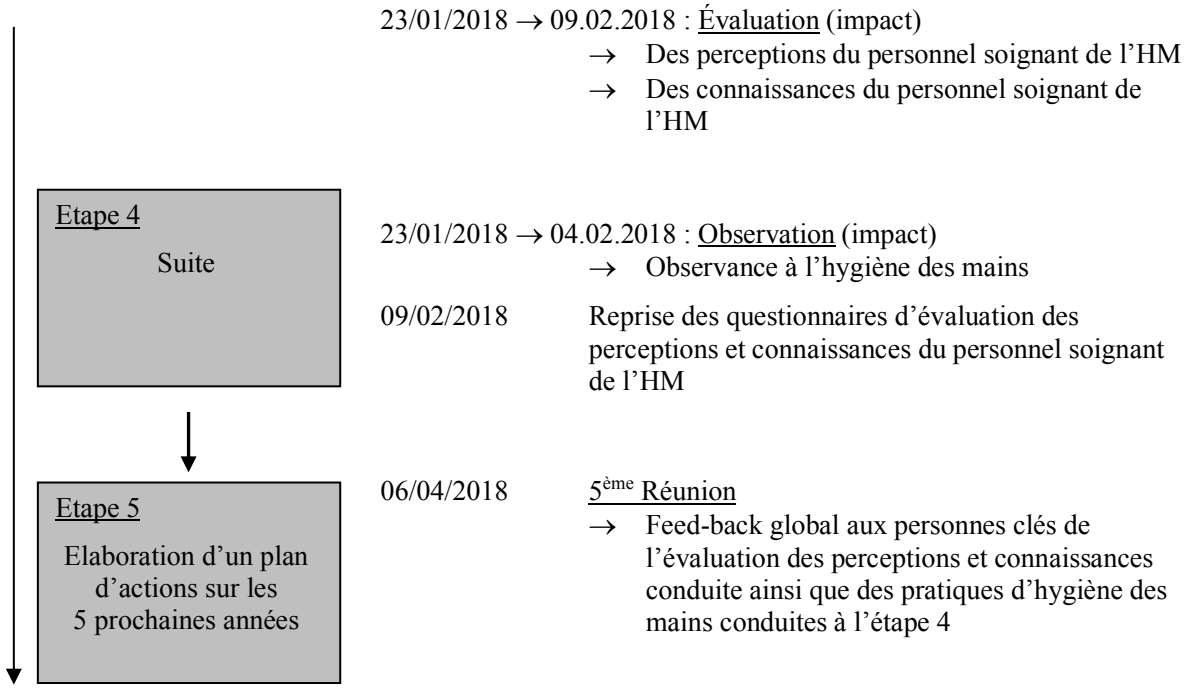


Figure 4. Déroulement chronologique des actions selon les 5 étapes de la stratégie multimodale de l'OMS

8.5. Les dispositifs de recueil d'informations

Nous avons utilisé dans ce mémoire un panaché de recueil d'informations tout au long de notre parcours à travers les 5 étapes proposées par l'OMS, tels que les réunions, les observations et les évaluations. Pour ces deux dernières, nous avons exploité les outils proposés et mis à notre disposition par l'OMS comme par exemple, les questionnaires ou les fichiers.

8.5.1. Les réunions

L'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains au sein de la MRS implique des interactions avec les professionnels concernés par ce programme. Ceux-ci seront des moteurs qui contribueront au succès de cette implémentation. De ce fait, tous doivent être conscients qu'il s'agit d'un défi important pour leur institution, que le chemin sera long et demandera de nombreux efforts pour que l'ensemble du personnel soignant avance main dans la main.

L'implémentation d'un tel programme demande une préparation minutieuse qui débute, après avoir reçu l'accord de la Direction de la MRS, par des échanges constructifs lors de réunions. Celles-ci, au nombre de cinq, ont été programmées sur le site tout au long de l'implémentation de la stratégie.

Une première réunion fin janvier 2017, nous a permis de rencontrer le Directeur de la MRS et son adjoint ainsi que les chefs de service qui seront les futurs acteurs clés de l'implémentation de la stratégie. C'est à ce moment que le projet du mémoire leur a été expliqué et en support, des informations essentielles découlant de nos recherches et lectures documentaires de l'OMS leur ont été fournies.

Le sujet ayant trait aux divers investissements financiers et coûts qui pourraient résulter de la mise en place d'un tel programme a été abordé. En effet, les coûts de la promotion de l'hygiène des mains comprennent, comme le souligne l'OMS (16) : les coûts d'installation de matériel et de produits nécessaires à l'hygiène des mains ainsi que les coûts en temps de travail, de la formation et de la promotion requis par les programmes.

En contrepartie, il faut tenir compte des économies potentielles réalisées grâce à la diminution des IAS. Selon Pittet et son équipe (15), le programme de promotion de l'hygiène des mains permet d'importantes économies, même si moins de 1% de réduction des IAS sont attribuables à l'amélioration des pratiques d'hygiène des mains.

L'engagement personnel de la Direction, l'adhésion de son adjoint et des chefs de service pour la mise en place du programme de l'hygiène des mains a permis d'amorcer, au sein de la MRS, une culture institutionnelle de sécurité. De plus, le choix des personnes clés à intégrer dans le programme a été posé (coordinateur, équipe hygiène des mains, formateur, observateur, Direction).

Une auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de la MRS a été établie sur base du modèle de l'OMS (développé au point 8.5.3.1) par le Directeur de la MRS et son adjoint en notre présence. Par la même occasion, nous avons profité d'être ensemble pour répondre à la première partie de l'outil utilisé pour recenser les infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains. Celui-ci est expliqué au point 8.5.2.1.

Cette première réunion a été finalisée par la rédaction d'un courrier par le Directeur de la MRS informant l'ensemble du personnel de l'institution de la mise en place de ce programme. Ce courrier (voir Annexe 3) a été présenté et discuté durant les réunions de service.

Lors de la seconde réunion en mars 2017, en présence de l'adjoint du Directeur et des chefs de service, nous avons transmis un feed-back de l'évaluation des infrastructures présentes au sein de la MRS et une réflexion a été menée sur l'investissement nécessaire à la mise en place du programme.

La troisième réunion en juin 2017 nous a permis, grâce à la présentation du feed-back de l'évaluation des perceptions et connaissances ainsi que des observations de la pratique d'hygiène des mains, de cibler les informations nécessaires à inclure dans la formation qui sera dispensée au personnel soignant à l'étape 3.

La quatrième réunion qui a eu lieu en octobre 2017 avait pour objectif de présenter notre projet ainsi que l'état d'avancement de celui-ci au médecin coordinateur de la MRS qui est un acteur-clé au sein de l'établissement.

En effet, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, il « joue un rôle essentiel notamment du point de vue de la coordination de l'activité médicale, de la concertation pluridisciplinaire » et surtout dans le cadre de ce mémoire, il a un rôle dans « la maîtrise du risque d'infections liées aux soins, de la qualité des soins, de l'hygiène et de la prévention » (43).

Lors de la cinquième réunion de clôture qui s'est déroulée en avril 2018, nous avons exposé les résultats globaux (initial et d'impact) de l'évaluation et des observations et discuté des recommandations à émettre à partir de ces résultats. Des perspectives ont été proposées et sont synthétisées en page 100.

Tout au long de l'implémentation de ce programme, des échanges supplémentaires ont eu lieu par e-mail, par téléphone, ou dans l'institution lorsque nous étions présents pour les observations de la pratique à l'hygiène des mains.

8.5.2. Les observations

Les observations constituent une méthode qui permet de regarder attentivement et de prendre connaissance de ce qui se passe sur le terrain.

La méthodologie choisie doit impérativement refléter la situation observée afin que les données recueillies soient fiables et puissent être comparées au fur et à mesure de l'évolution de l'implémentation du programme d'hygiène des mains (observations initiales et observations d'impact).

Sont reprises dans ce chapitre les observations qui nous ont permis de récolter à deux moments différents des informations sur la présence des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains ainsi que sur l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant.

Pour chacune des observations, l'outil utilisé, les moments et le lieu de réalisation de ces observations ainsi que la méthode d'analyse sont détaillés ci-après.

8.5.2.1. Recensement des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains

Le respect de l'hygiène des mains lors des soins suppose que le personnel soignant puisse avoir facilement accès aux structures et produits au moment adéquat pour effectuer ce geste. De ce fait, pour que le programme puisse être mis en place, l'institution doit s'assurer de la disponibilité des infrastructures pour l'hygiène des mains avant de débuter l'étape 3.

Etant donné que l'hygiène des mains est réalisée soit par lavage avec de l'eau et du savon, soit par friction hydroalcoolique, il s'agit de recenser la présence de savon et d'essuie-mains à usage unique auprès de chaque lavabo ainsi que la présence de solution hydroalcoolique.

Bien entendu, il est primordial de garder à l'esprit lors de ce recensement que la disponibilité des produits doit répondre à la stratégie multimodale de l'OMS et aux exigences du concept des 5 indications de l'hygiène des mains en s'adaptant au lieu de soins de l'institution.

Celui-ci est défini par l'OMS comme le lieu de convergence de trois éléments : le patient, le professionnel en contact avec le patient et le soin ou traitement délivré au patient.

Il est toutefois important de garder à l'esprit que l'installation des produits nécessaires à l'hygiène des mains engendre des coûts qui ne sont pas négligeables.

8.5.2.1.1. Outil utilisé pour estimer la présence des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains

Le questionnaire de l'OMS sur les infrastructures dans les unités de soins a été notre base de travail pour observer et dénombrer les infrastructures de la MRS (voir Annexe 4). Celui-ci est composé de deux parties dont la première reprend des questions générales sur les équipements et ressources disponibles au sein de l'institution pour l'hygiène des mains et la seconde est une grille d'évaluation sous forme de tableau permettant de recenser le nombre exact des moyens mis à disposition dans chaque service et lieu de soins.

8.5.2.1.2. Moments et lieu de réalisation des observations en fonction de la présence des infrastructures

Lors de la première réunion programmée avec la Direction de la MRS fin janvier 2017, nous avons ensemble répondu à la première partie du questionnaire.

Début février 2017, nous avons répertorié les infrastructures sanitaires et la présence de produits pour la friction hydroalcoolique/lavage des mains sur le lieu de soins en sillonnant les bâtiments de l'institution. Ce recensement nous a permis par la même occasion de vérifier la cohérence des réponses obtenues dans la première partie du questionnaire de l'OMS avec ce que nous avions observé lors de notre état des lieux. Cette observation sera reconduite lors de l'étape 4 afin d'obtenir des données relatives à l'impact des actions mises en œuvre.

8.5.2.1.3. Méthode d'analyse de l'estimation de la présence des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains

Les informations recueillies grâce à l'observation ont été reportées dans le tableau récapitulatif. Chaque pièce de l'institution a été répertoriée selon sa situation (Bloc, étage) et selon son utilité (chambre, salle de bain, bureau, couloir, toilettes, …).

Pour chacune, nous avons mentionné :

- La présence ou non de lavabo et si présence, est-il pourvu de savon et d'essuie-mains à usage unique ?
- La présence ou non de solution hydroalcoolique.
- La présence ou non d'affiche expliquant la technique d'hygiène des mains.

Quelques annotations telles que la présence d'un distributeur vide ou d'un endroit inapproprié pour celui-ci ont été inscrites dans une colonne réservée aux remarques.

Sur base des chiffres répertoriés dans ce tableau, il sera aisé de déterminer le nombre total de lavabos présents, pourvus ou non de savon et d'essuie-mains à usage unique ainsi que le nombre total de distributeurs de solution hydroalcoolique.

8.5.2.2. L'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant

Selon le Manuel Technique de Référence (OMS 2010), « l'observation directe des professionnels soignants au cours de leurs activités de soins de routine est l'un des moyens pour évaluer les pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe est la méthode de choix » (44).

L'observance à l'hygiène des mains est l'indicateur le plus adapté pour évaluer les pratiques de l'hygiène des mains car elle permet d'identifier en situation de soins, les comportements du personnel soignant tout en estimant les points forts et ceux à améliorer.

Les différentes pratiques recueillies lors des observations sont une mine d'informations pour préparer la formation qui sera dispensée ultérieurement et dans laquelle les résultats seront restitués à l'ensemble du personnel et seront utilisés comme élément de sensibilisation.

L'observation est, et reste, une manière de sensibiliser les professionnels soignants à l'hygiène des mains tout en priorisant des axes d'amélioration et donc, des actions à mener.

Toutefois, même si l'OMS indique que l'observation directe est la méthode de choix, celle-ci ne doit pas être considérée comme parfaitement représentative de la réalité. En effet, certains désavantages peuvent être pointés. Ceux-ci seront abordés dans la partie discussion au point 10.2.

L'OMS souligne malgré tout que les deux grands avantages de l'observation directe est d'une part d'obtenir le dénominateur (nombre d'opportunités) en temps réel facilitant l'obtention de résultats comparables en termes de temps, de lieu, de circonstances et d'autre part, d'acquérir une cohérence entre les concepts, les définitions et les outils de référence destinés aux observateurs.

Mais ne s'improvise pas observateur qui veut et pour ce faire, l'OMS a élaboré un manuel technique de référence à l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs des pratiques d'hygiène des mains (44).

8.5.2.2.1. Outil utilisé pour mesurer l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant

La grille d'observation « Hygiène des mains » pour les hôpitaux aigus et chroniques utilisée en Belgique (45) à laquelle nous nous sommes référés lors de nos observations reprend les données fournies dans le formulaire d'observation du Manuel Technique de Référence de l'OMS (44) et se trouve en Annexe 5.

Cette grille fournit un cadre qui permet de documenter les données d'observation. Seuls les professionnels soignants en contact direct avec les patients ont fait l'objet d'observations, à savoir, les infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s, les médecins, les kinésithérapeutes et dans la catégorie autres, les ergothérapeutes.

La représentativité des professionnels (la catégorie professionnelle) et des actions d'hygiène des mains au cours des activités de soins observés (avant contact patient/après contact patient/avant acte propre-invasif/après exposition à des liquides biologiques/après contact avec l'environnement du patient) doit être respectée en vue d'affiner les résultats et de déterminer des actions d'amélioration ciblées.

Chaque indication d'effectuer un geste d'hygiène des mains (les 5 indications de l'OMS) a été convertie en une opportunité enregistrée sur la grille d'observation. A chaque opportunité doit correspondre une action d'hygiène des mains qui peut s'appliquer à une ou plusieurs indications et qui doit être documentée soit en positif (réalisée avec du savon ou une solution hydroalcoolique) ou en négatif (non réalisée).

Si l'hygiène des mains est réalisée avec du savon et terminée par une friction avec une solution hydroalcoolique, l'action sera documentée en positif avec la solution hydroalcoolique.

Il est important de spécifier que l'observation d'une action positive (geste d'hygiène des mains) n'implique pas obligatoirement l'existence d'une opportunité et ne sera donc pas comptabilisée.

Le nombre d'observations à réaliser a été déterminé lors de la première réunion avec le Directeur de la MRS, son adjoint et les chefs de service, tout en sachant qu'il n'existe pas d'évidence précise quant à la taille idéale de l'échantillon. L'OMS estime que pour une comparaison fiable des résultats, 200 opportunités par période d'observation et par unité sont nécessaires. La Belgique a, dans sa méthodologie de 2016-2017, choisi le nombre de 150 observations minimum. D'un commun accord, nous avons opté pour 300 observations pour la période pré-campagne (étape 2) et 300 autres observations pour la période post-campagne (étape 4).

La période d'observation est scindée en sessions d'observation qui représentent le laps de temps durant lequel l'observation a lieu dans l'environnement de soins. Une session d'observation dure généralement 20 minutes (plus ou moins 10 minutes) selon l'OMS et son but est de visualiser l'ensemble des catégories professionnelles, des indications à l'hygiène des mains à des moments différents et dans des unités différentes.

8.5.2.2.2. Moments et lieu de réalisation des observations de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant

Les observations de la pratique à l'hygiène des mains se sont réparties sur deux périodes d'observation en référence aux étapes 2 et 4, chacune s'étalant sur environ 2 semaines.

La première période incluse dans la pré-campagne, c'est-à-dire, avant l'évaluation de l'impact de la campagne d'hygiène des mains s'est tenue au mois de mars 2017 tandis que la seconde période d'observation post-campagne s'est déroulée en janvier / février 2018.

Sur base d'un arrangement avec la Direction et les chefs de service de la MRS et de nos disponibilités, les observations ont été réalisées dans les différents services de la MRS.

L'étude approfondie des 5 indications à l'hygiène des mains lors des soins composant la grille d'observation, la compréhension précise de l'enregistrement d'une indication à un moment donné d'une séquence de soin ainsi que la formation pratique à l'observation lors de notre stage auprès des infirmières hygiénistes nous ont permis d'observer la pratique d'hygiène des mains lors des soins du personnel soignant tout en travaillant avec lui au chevet du patient.

Une confiance s'est installée au fur et à mesure de nos observations et les professionnels ont agi comme à l'accoutumée sans être perturbés par notre présence. De par nos disponibilités, nous avons pu réaliser les observations tous les jours de la semaine, y compris les week-ends ainsi qu'aux différentes prises de service (matin et après-midi). De ce fait, la représentativité des professionnels, de l'environnement de soins et des indications à l'hygiène des mains a été respectée. Les observations pré-campagne (étape 2) ont été effectuées de manière efficace et cohérente pour qu'elles puissent être à nouveau reconduites lors de la 4ème étape en post-campagne afin d'évaluer l'impact des différentes interventions sur l'observance à l'hygiène des mains.

8.5.2.2.3. Méthode d'analyse de l'observance à l'hygiène des mains

L'analyse des données constitue un élément important de l'évaluation globale.

Dans son Manuel Technique de Référence de 2010, l'OMS nous indique que l'observance de l'hygiène des mains par les soignants peut être quantifiée par le nombre d'épisodes d'hygiène des mains observés divisé par le nombre d'opportunités d'hygiène des mains (situation dans lesquelles l'hygiène des mains devrait être appliquée) exprimée en pourcentage.

Le taux d'observance à l'hygiène des mains est calculé en utilisant la formule suivante (44) :

$$Pourcentage\ d'observance = \frac{Nombre\ d'observations\ avec\ un\ geste\ d'hygiène\ des\ mains}{Nombre\ d'opportunités} \times 100$$

Afin que les professionnels de santé visualisent leur comportement face au geste d'hygiène des mains lors des soins, nous avons non seulement calculé le taux global d'observance de l'hygiène des mains à partir des données documentées mais aussi, distribué ce taux d'observance par catégorie professionnelle, par geste ou acte technique (indication), par moment (avant ou après soin), par catégorie professionnelle et geste ou acte technique (indication).

Les résultats obtenus nous ont permis de fournir au formateur des informations qui seront utilisées comme feed-back lors de la formation (étape 3) dans le but d'améliorer les connaissances et les pratiques soignantes qui seront réévaluées à l'étape 4.

8.5.3. Les questionnaires

Cette partie comprend essentiellement des questionnaires pour l'évaluation. L'évaluation constitue une méthode qui permet de mesurer à l'aide de critères prédéterminés les connaissances, les acquis, les perceptions, …

Sont reprises dans ce chapitre l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de la MRS ainsi que l'évaluation des perceptions et des connaissances du personnel soignant pour ce sujet par l'auteur de ce mémoire. Nous avons repris l'évaluation des perceptions et connaissances dans un même questionnaire afin de réduire au maximum le temps dédié à la collecte de données pour le personnel soignant.

A l'instar du point 5.2, pour chacune des évaluations par questionnaire, nous avons détaillé l'outil utilisé, les moments et lieux de réalisation de ces évaluations ainsi que la méthode d'analyse.

8.5.3.1. Questionnaire d'auto-évaluation par la Direction de la MRS de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution

Avant de s'investir dans un programme de promotion à l'hygiène des mains, il est judicieux que l'institution analyse sa situation en matière de pratiques et de promotion d'hygiène des mains afin de déterminer un plan d'actions adapté et cohérent. Il s'agit donc d'utiliser un outil diagnostique.

8.5.3.1.1. Questionnaire utilisé pour l'auto-évaluation par la Direction de la MRS de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution

Le modèle d'auto-évaluation sur lequel nous nous sommes basés est celui de l'OMS qui se trouve en Annexe 6.

Le modèle est divisé selon les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS (le changement de système - l'éducation et la formation - les évaluations et la restitution des résultats - les rappels sur le lieu de travail et la culture institutionnelle de la sécurité) et reprend 27 indicateurs qui représentent chacun des éléments de cette stratégie. Ces indicateurs sont formulés sous forme de questions et les réponses apportées correspondant au mieux à la situation de la MRS sont scorées.

8.5.3.1.2. Moments et lieu de réalisation de l'auto-évaluation par la Direction de la MRS de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution

Nous avons profité de la première réunion avec la Direction pour que l'auto-évaluation soit effectuée. En effet, nous trouvions important que la présentation de la stratégie de l'OMS soit suivie directement de l'auto-évaluation afin que chacun prenne conscience du chemin à parcourir entre la situation actuelle de la MRS face à la promotion et à la pratique d'hygiène des mains et le score final qui implique un plan d'actions et demande à relever des défis.

8.5.3.1.3. Méthode d'analyse du questionnaire d'auto-évaluation par la Direction de la MRS de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution

L'addition des scores établis pour chaque élément de la stratégie donne un score final qui permet de déterminer le niveau en hygiène des mains de la MRS. Sur base de ce niveau, l'OMS suggère un plan d'actions qui permettra de promouvoir et d'améliorer l'hygiène des mains.

8.5.3.2. Questionnaire d'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains

Comprendre la manière dont le personnel soignant perçoit l'importance de l'hygiène des mains et le lien existant avec la problématique des IAS est crucial.

En effet, et selon Pittet (36), les facteurs individuels et institutionnels, le contexte culturel et les croyances religieuses peuvent influencer l'exécution correcte et l'amélioration des performances de l'hygiène des mains au cours des soins.

La perception par le personnel soignant de l'utilité (réduction des IAS) et des indications à l'hygiène des mains lors des soins doit donc être évaluée avant la mise en œuvre du programme de promotion car celle-ci influence considérablement l'adhésion ou non à ce programme.

Les informations recueillies seront échangées avec le formateur afin qu'il puisse, si nécessaire, ajuster cette perception à la réalité lors de la formation dispensée à l'étape 3.

La seconde évaluation (réalisée 2 mois après cette formation) nous permettra d'évaluer l'effet du programme sur la perception du personnel soignant.

8.5.3.2.1. Questionnaire utilisé pour l'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains

Les questionnaires de l'OMS (les perceptions du personnel soignant : évaluation initiale - évaluation d'impact) ont été notre base pour mener à bien les évaluations.

Au questionnaire initial de l'OMS qui est composé uniquement de questions fermées, nous avons ajouté quatre questions ouvertes. Les réponses nous permettront de savoir si des actions relatives à l'hygiène des mains ont déjà été proposées au sein de la MRS et dans l'affirmative si elles leur semblent efficaces. Par la même occasion, nous pourrons récolter leur avis sur ce qui les aiderait à améliorer l'hygiène des mains ou au contraire, ce qui les empêche d'effectuer ce geste (voir Annexe 7).

Le second questionnaire (évaluation d'impact) est une version complétée du questionnaire initial par ajout de nouvelles questions de perception sur l'utilisation de la solution hydroalcoolique et la distribution d'affiches et de supports à la formation (voir Annexe 8).

8.5.3.2.2. Moments et lieu de l'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains

L'évaluation initiale des perceptions a été conduite en mars 2017. Après avoir répertorié le nombre de personnel soignant sur base d'une liste fournie par les ressources humaines, nous avons donné l'ensemble des questionnaires à l'adjoint du Directeur et aux chefs de services qui se sont occupés de les distribuer à tous les professionnels de santé afin que ceux-ci puissent y répondre.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre dans laquelle nous expliquions l'objectif de celui-ci et insistions sur son caractère anonyme (voir Annexes 7 et 8).

Nous avons mis à disposition dans chaque service, durant deux semaines, une boîte scellée pour recueillir les questionnaires complétés.

L'évaluation d'impact des perceptions s'est déroulée de la même façon que celle initiale décrite ci-dessus en janvier / février 2018.

8.5.3.2.3. Méthode d'analyse du questionnaire d'évaluation de la perception du personnel soignant de l'hygiène des mains

Les questionnaires ont été dépouillés en reportant, par question, les choix de chaque répondant aux questions fermées dans des tableaux et des graphes permettant d'évaluer la ventilation des différentes réponses par rapport au choix multiple proposé.

Quant aux informations obtenues grâce aux questions ouvertes, nous les avons analysées par codage thématique. C'est-à-dire que nous avons commencé par classer les réponses obtenues en les « quantifiant » selon leur fréquence d'apparition. Ensuite, nous avons regroupé par thème les réponses qui avaient, selon notre lecture et notre compréhension, la même signification. Ces thèmes sont repris dans la partie résultats (voir chapitre 9).

Ceux-ci présentés sous forme de graphiques et d'outils statistiques seront interprétés dans la partie discussion (voir point 10.1).

8.5.3.3. Questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains

Les IAS constituent un problème universel pour la sécurité des patients. Pour réduire le taux des IAS, le personnel prodiguant des soins au patient doit connaître et comprendre les causes qui engendrent ces IAS et surtout il doit pouvoir cibler celles sur lesquelles il peut agir pour réduire ces risques.

La transmission croisée des germes d'un patient à un autre peut dans une majorité des cas être évitée grâce à l'adoption d'un comportement réfléchi lors des soins et notamment par l'hygiène des mains.

Capter l'attention du personnel soignant et en faire des acteurs privilégiés par la connaissance facilitera les changements de comportement.

8.5.3.3.1. Questionnaire utilisé pour l'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains

Le questionnaire de l'OMS (les connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains) a été notre base pour mener à bien les évaluations des connaissances.

La première partie comportait les informations générales se rapportant au personnel soignant qui participait à l'évaluation et la seconde partie abordait la perception de celui-ci face à l'hygiène des mains (voir point 8.5.3.2). Enfin, la troisième partie faisait référence aux connaissances relatives à l'hygiène des mains (voir Annexes 7 et 8).

Intentionnellement, nous avons modifié très légèrement le questionnaire des connaissances en fusionnant certaines questions ou en reformulant d'autres afin de faciliter leur compréhension.

Par exemple, nous avons préféré utiliser les termes « mode de transmission croisée des germes » plutôt que « infections acquises ». De ce fait, la question de l'OMS « Quel est le mode de transmission principal des germes responsables des infections acquises dans un établissement de soins ? » a été reformulée dans notre questionnaire en « Quel est le principal mode de transmission croisée des germes entre les résidents d'une maison de repos et de soins ?».

Les divers items abordés dans la troisième partie de cet outil étaient essentiellement basés sur le mode de transmission des germes responsables des IAS, sur les techniques d'hygiène des mains à appliquer en fonction d'indications ciblées ainsi que sur les situations favorisant la colonisation microbienne des mains. Ce même questionnaire a été utilisé pour l'évaluation d'impact.

L'évaluation initiale nous a permis avant tout de faire une estimation de base du niveau de connaissance du personnel soignant dans le but d'établir un plan d'actions (identification des points forts, analyse des points à améliorer) et de fournir des informations au formateur pour l'élaboration de sa formation. Ensuite, nous avons pu comparer les résultats obtenus avec ceux de l'évaluation d'impact afin d'évaluer les progrès réalisés tout au long de la mise en œuvre du programme.

8.5.3.3.2. Moments et lieu de réalisation de l'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains

Étant donné que nous avons réuni les deux évaluations (perceptions et connaissances) dans un même questionnaire, ce point a d'ores et déjà été abordé en page 56.

8.5.3.3.3. Méthode d'analyse du questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains

Les connaissances du personnel soignant sur l'hygiène des mains ont été évaluées la plupart du temps par des questions à choix multiple.

Les questionnaires ont été dépouillés en reportant, par question, les choix de chaque répondant aux questions dans des tableaux et des graphes permettant d'évaluer la ventilation des différentes réponses par rapport au choix multiple proposé.

Les résultats présentés sous forme de graphiques et d'outils statistiques ont été analysés et interprétés dans la partie résultats.

8.6. Formation : Étape 3

La planification de la formation a été laissée au choix de l'adjoint du Directeur après, bien entendu, la mise en place de matériel nécessaire à l'hygiène des mains (recensement d'une infrastructure).

La formation a été dispensée à l'ensemble du personnel soignant le 28 novembre 2017 par la formatrice choisie dès la première réunion avec la Direction de la MRS (voir Annexe 9).

Elle était divisée en trois parties, à savoir, une session théorique, une session pratique et enfin, la remise des brochures (rappels et incitatifs dans les différents blocs).

La partie théorique sur base d'une présentation PowerPoint a repris les messages clés tels que les 5 indications de l'hygiène des mains, la promotion de la friction des mains à l'aide d'une solution hydroalcoolique comme référence et la réduction des IAS lorsqu'un geste d'hygiène des mains est effectué. Le passage parmi les participants de boîtes de Petri représentant les empreintes de mains avant un geste d'hygiène des mains et après celui-ci ainsi que l'empreinte des bijoux facilite la visualisation de la réduction de germes.

De plus, un feed-back des résultats des diverses observations et évaluations obtenues à l'étape 2 a été présenté à ce moment.

La partie pratique a permis à chaque soignant d'évaluer la qualité de sa friction en utilisant une solution hydroalcoolique fluorescente. Après utilisation de cette solution, le soignant expose ses mains dans un caisson muni d'une lampe U.V. qui révèle les zones fluorescentes désinfectées et celles oubliées (voir photos Annexe 10).

A la fin de la formation, chaque personne a reçu un folder de poche reprenant les 5 indications de l'hygiène des mains ainsi qu'un flacon individuel de poche de solution hydroalcoolique.

Des affiches illustrées détaillant la technique de la friction et du lavage des mains ainsi que les 5 indications ont été remises au Directeur de la MRS, à son adjoint et aux responsables des services afin que celles-ci soient placées aux endroits stratégiques de la MRS (voir Annexe 11).

8.7. Aspects éthiques

Tout au long des travaux menés, nous avons appliqué les principes éthiques suivants :

- Volontairement, afin de préserver l'anonymat des participants, aucune information confidentielle permettant d'identifier les soignants n'a été collectée ni conservée.
- Les contraintes de fonctionnement de l'institution ont été intégrées et respectées (horaire de travail des soignants, priorité aux soins…).
- Chaque communication et chaque intervention dans les services ont été préparées et validées avec la Direction afin d'assurer une concordance avec les règles internes de gestion de l'institution.
- Aucune catégorie professionnelle ni aucun individu n'a été favorisé ou délaissé d'une quelconque manière.

9. RESULTATS

Les résultats obtenus après l'exploitation des outils proposés et mis à notre disposition par l'OMS sont présentés dans ce chapitre. Pour chaque outil utilisé, nous présentons les résultats à deux moments : (a) au début de l'intervention que nous nommerons « Temps 0 » (étape 2, le 3 février 2017) et (b) après l'intervention, nommée « Temps 1 » (étape 4, le 9 février 2018). Ceci permet de faire la comparaison entre les deux moments (T0 et T1), et d'observer un éventuel changement de situation ou de pratiques. En revanche, en ce qui concerne l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains, étant donné qu'elle ne doit s'effectuer qu'une seule fois, à savoir en début de projet, aucune comparaison n'est possible.

9.1. Auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution

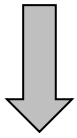
Bien que l'ensemble du personnel soignant de la MRS soit impliqué dans la qualité des soins, l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains a été complétée par le Directeur de la MRS et son adjoint.

En effet, avant le commencement de l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS, la Direction doit prendre conscience du niveau initial des pratiques d'hygiène des mains dans l'institution pour que le personnel soignant puisse percevoir l'investissement de sa Direction et suivre son exemple dans la mise en œuvre de cette stratégie.

Ils ont répondu aux 27 indicateurs qui représentent chacun des éléments de la stratégie multimodale de l'OMS. Le tableau ci-dessous reprend les résultats obtenus distribués selon les 5 éléments. Ils permettent de déterminer le niveau de l'observance de l'hygiène des mains pour la MRS en vue de l'élaboration d'un plan d'actions.

Tableau 2. Niveau de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains

Éléments de la stratégie	Sous-total
Élément 1 : le changement de système	40/100
Élément 2 : l'éducation et la formation	25/100
Élément 3 : les évaluations et la restitution des résultats	5/100
Élément 4 : les rappels sur le lieu de travail	52,5/100
Élément 5 : la culture institutionnelle de la sécurité	40/100
TOTAL : 162,5/100	



Score total compris entre	Niveau en Hygiène des mains
126 – 250	Basique

L'analyse de la situation initiale en matière de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains nous indique que, selon les résultats obtenus auprès des deux personnes interrogées, la MRS se situe au niveau basique.

9.2. Évaluation de la disponibilité des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains

L'évaluation des infrastructures repose sur un questionnaire qui comporte deux parties.

La première partie a été complétée par le Directeur et son adjoint en notre présence et la seconde partie par nos soins lors du recensement des équipements nécessaires à l'hygiène des mains, reporté dans le Tableau 2.

Il en ressort que la MRS est approvisionnée en eau courante en permanence et que la robinetterie des lavabos est actionnée à la main.

Le Directeur et son adjoint confirment la situation que nous avons recensée lors de notre inventaire des infrastructures présentes, reprise dans le Tableau 2, à savoir que les essuie-mains à usage unique sont mis à disposition du personnel dans 10 chambres, que le savon est présent

dans 14 chambres et que le changement des flacons vides de solution hydroalcoolique situés dans les couloirs est effectué lorsque la personne chargée de ce travail est interpellée.

Il existe au sein de la MRS 18 distributeurs muraux de solution hydroalcoolique qui ne sont pas situés sur le lieu de soins mais dans les couloirs. La solution des flacons de poche n'a pas encore été envisagée.

Des affiches illustrant la technique de lavage des mains sont apposées près des lavabos, notamment dans les toilettes publiques tandis que celles illustrant les indications sont absentes des unités de soins.

Quelques rappels sur l'hygiène des mains sont utilisés dans certaines situations comme par exemple lors de la présence d'un isolement d'un résident ou lors d'une épidémie de grippe. Enfin, les gants à usage unique sont mis en permanence à disposition du personnel soignant.

À ce jour, aucun audit régulier de l'observance des pratiques d'hygiène des mains n'est réalisé au sein de la MRS.

La seconde partie du questionnaire reprend un tableau récapitulatif de l'inventaire des infrastructures présentes en fonction du nombre de lieux recensés.

Le tableau complet se trouve en Annexe 12 et de celui-ci, nous en avons extrait les différents lieux de la MRS où les moyens nécessaires à l'hygiène des mains selon les recommandations de l'OMS (lieux où des soins sont dispensés aux patients) ne sont pas disponibles, ou encore, les endroits où la présence d'une solution hydroalcoolique en l'absence d'un lavabo serait opportune.

Une description des lieux et des équipements présents à l'hygiène des mains est fournie dans le tableau ci-dessous. Les chiffres repris dans les parenthèses sont les équipements nécessaires à mettre en place pour respecter les recommandations de l'OMS.

Tableau 3. Recensement des lieux nécessitant la mise en place d'équipements nécessaires à l'hygiène des mains

Lieux (Bloc/Etage/N° chambre/Lit)	Nombre de lavabos présents	Nombre de distributeurs de savon présents		Nombre de distributeurs d'essuie-mains à usage unique présents		Nombre de distributeurs de SHA présents	
BLOC 5							
Etage -1							
Vestiaires femmes	0	0		0		0	(1)
6 chambres	6	0	(6)	0	(6)	0	(6)
Etage 0							
Salle de bain	1	1		0	(1)	0	
4 chambres	4	0	(4)	0	(4)	0	(4)
Etage 1							
8 chambres	8	0	(8)	0	(8)	0	(8)
BLOC 1							
Etage 0							
Toilettes	1	1		0	(1)	0	
Zone évier/lavabo	1	0	(1)	0	(1)	0	
6 chambres	6	0	(6)	0	(6)	0	(6)
Etage 1							
10 chambres	10	0	(10)	0	(10)	0	(10)
BLOC 2							
Etage -1							
3 chambres	3	0	(3)	0	(3)	1	(2)
Pharmacie	1	1		0	(1)	1	
Etage 0							
7 chambres	7	4	(3)	0	(7)	0	(7)
Etage 1							
7 chambres	7	0	(7)	0	(7)	0	(7)
BLOC 4							
Salle commune	1	0	(1)	0	(1)	0	
Salle kiné	0	0		0		0	(1)
BLOC 3							
Etage -1							
Salle de bain	1	0	(1)	0	(1)	0	
8 chambres	8	0	(8)	0	(8)	0	(8)
Etage 0							
Toilettes	1	0	(1)	0	(1)	1	
10 chambres	10	0	(10)	0	(10)	0	(10)
Cuisine	3	1	(2)	1	(2)	2	
Etage1							
10 chambres	10	10	(10)	10	(10)	10	
			(81)		**(88)**		**(70)**

(xx) : *Équipement nécessaire à l'hygiène des mains à mettre en place*

Le premier élément à mettre en place pour promouvoir la stratégie multimodale de l'OMS est le changement de système qui consiste à vérifier que les infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains soient présentes pour que le personnel soignant puisse pratiquer l'hygiène des mains et améliorer leur observance face à ce geste.

L'hygiène des mains réalisée par le lavage à l'eau et au savon lorsque les mains sont visiblement souillées nécessite l'accès à de l'eau courante en continu, à du savon et à des essuie-mains à usage unique sur le lieu des soins.

La friction hydroalcoolique sur des mains non souillées sur le lieu des soins requiert la mise à disposition de solution hydroalcoolique que ce soit sous forme de distributeurs fixés au mur ou en flacons de poche.

Lors de cette évaluation, 127 pièces de la MRS ont été visitées. Les 79 chambres sont toutes munies d'un lavabo mais aucune ne dispose de savon et d'essuie-mains à usage unique, à l'exception de 14 d'entre elles (BLOC 2 étage 0, BLOC 3 étage 0) qui sont munies d'un distributeur de savon mais sans essuie-main à usage unique pour les 4 du BLOC 2.

Un distributeur de solution hydroalcoolique est fixé dans chaque couloir, mais par contre, les chambres en sont dépourvues.

Le constat est identique pour certaines toilettes et salles de bain communes où les lavabos répertoriés ne sont pas accompagnés de savon et d'essuie-mains à usage unique.

Sur base du Tableau 3 ci-dessus, et en nous référant aux recommandations de l'OMS, nous avons déterminé le nombre de distributeurs de savon, d'essuie-mains à usage unique et de solution hydroalcoolique requis :

- 81 distributeurs de savon
- 88 distributeurs d'essuie-mains à usage unique
- 70 distributeurs de solution hydroalcoolique

Les résultats obtenus lors du recensement des infrastructures fixes au Temps 1 restent identiques à ceux repris lors de l'évaluation au Temps 0. Le changement important entre les deux périodes a été la mise à disposition, par la Direction, pour l'ensemble du personnel de la MRS de flacons de poche de solution hydroalcoolique.

9.3. Évaluation de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant

Deux périodes d'observation de la pratique de l'hygiène des mains ont permis de mesurer l'observance du personnel soignant à l'hygiène des mains au cours des activités de soins. L'une a été menée du 17 mars 2017 au 3 avril 2017 avant la campagne de promotion (Temps 0) et l'autre du 23 janvier 2018 au 4 février 2018 après campagne (Temps 1). La seconde évaluation d'observance à l'hygiène des mains s'est donc déroulée 10 mois après la première période d'observation, 4 mois après la mise à disposition de flacons de poche de solution hydroalcoolique et 2 mois après la dispensation de la formation.

Lors des observations, nous nous sommes senties bien intégrées au sein des différentes équipes de par notre participation active en tant qu'infirmières aux soins des résidents. Nous pensons que le fait que chaque personne observée ait été informée au préalable du processus lors d'une réunion de service, a conduit à des discussions et des réflexions fructueuses sur les principes et les habitudes face à l'hygiène des mains.

9.3.1. Taux d'observance global

A l'aide de la grille d'observation « hygiène des mains » pour les hôpitaux aigus et chroniques utilisée en Belgique (45), nous avons observé au total 600 opportunités dont 300 au Temps 0 et 300 au Temps 1. Ces 600 opportunités nous ont permis d'observer l'ensemble des catégories professionnelles qui travaillent au sein de la MRS et de visualiser les indications à l'hygiène des mains à des moments différents (matin – après-midi – semaine – week-end) et ce, dans tous les services (BLOCS 1, 2, 3 et 5). A la demande du Directeur, les résultats seront toujours présentés pour l'ensemble de la MRS et non par service.

Lors de ces deux périodes d'évaluation, nous avons observé 296 opportunités pour les infirmier(e)s (49%), 283 opportunités pour les aide-soignant(e)s (47%) et 21 opportunités pour les kinésithérapeutes/ergothérapeutes (4%). Les personnes observées étaient prises au hasard et non selon une liste préétablie.

Les opportunités, traduites en indications de l'hygiène des mains de l'OMS, étaient réparties comme suit : 174 opportunités « Avant contact patient » (29%), 186 opportunités « Après contact patient » (31%), 93 opportunités « Avant acte propre/invasif » (15,5%), 72 opportunités « Après exposition à des liquides biologiques » (12%) et 75 opportunités « Après contact avec l'environnement patient » (12,5%).

L'observance globale selon la période d'observation est illustrée par la Figure 5 ci-dessous et nous indique une observance de 34% au Temps 0 et de 63% au Temps 1.

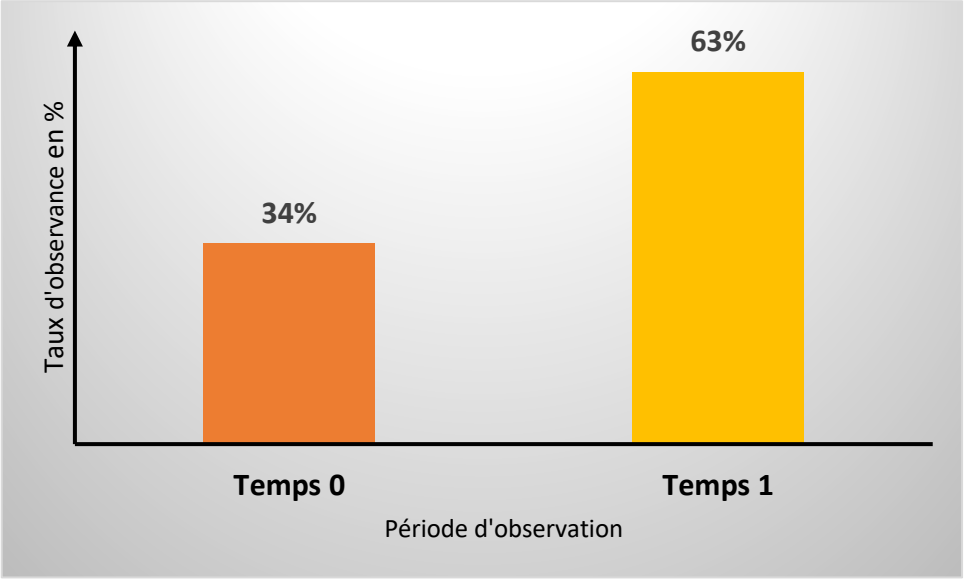


Figure 5. Taux d'observance global selon la période d'observation

9.3.2. Taux d'observance selon la catégorie professionnelle

L'évaluation ayant porté sur l'ensemble des professionnels soignants présents lors des deux observations, les opportunités ainsi que les observances à l'hygiène des mains peuvent être dispatchées selon la catégorie professionnelle.

Lors de l'évaluation au Temps 0, nous avons observé chez les infirmier(e)s 153 opportunités (51%), chez les aide-soignant(e)s 138 opportunités (46%) et chez les kinésithérapeutes/ergothérapeutes 9 opportunités (3%).

Cette répétition était identique lors de l'évaluation au Temps 1 avec 143 opportunités (48%) pour les infirmier(e)s, 145 opportunités (48%) pour les aide-soignant(e)s et 12 opportunités (4%) pour les kinésithérapeutes/ergothérapeutes.

L'évolution des taux d'observance nous renseigne qu'entre l'évaluation au Temps 0 et l'évaluation au Temps 1, la catégorie infirmier(e)s passe de 41% d'observance à 66%, la catégorie aide-soignant(e)s de 22% à 58% et la catégorie kinésithérapeutes / ergothérapeutes de 89% à 100%.

Cette évolution est illustrée par la Figure 6 ci-dessous :

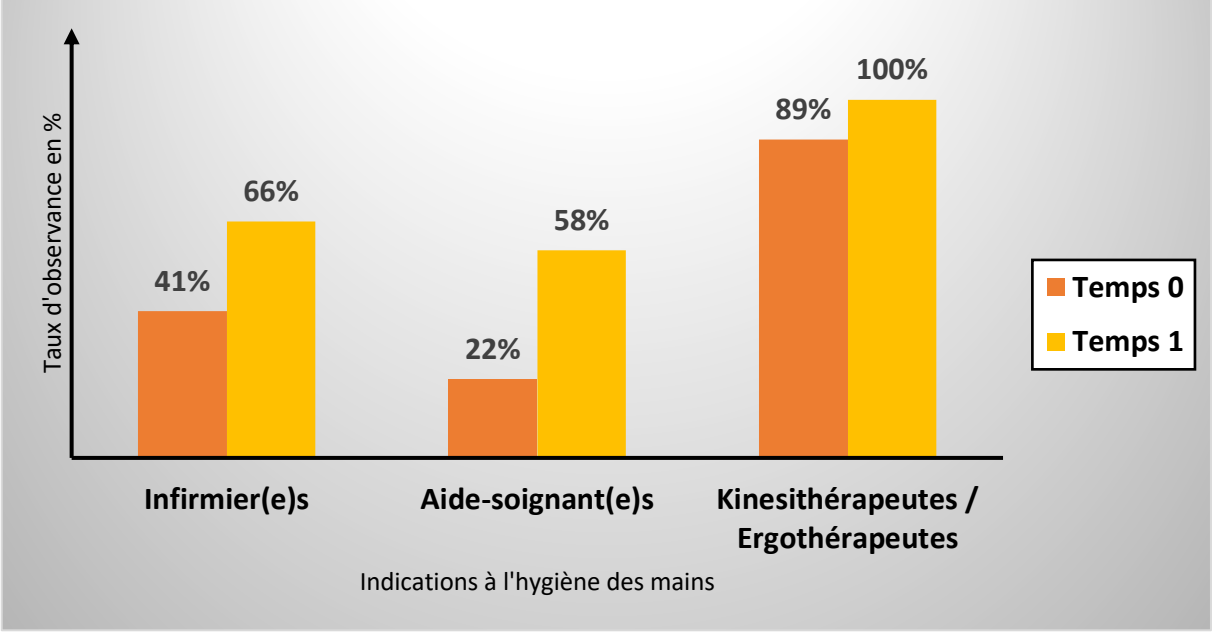


Figure 6. Taux d'observance selon la catégorie professionnelle

9.3.3. Taux d'observance selon les indications de l'hygiène des mains

Le comportement du personnel soignant face aux 5 indications est illustré par la figure ci-dessous. Elle montre entre l'évaluation au Temps 0 et l'évaluation au Temps 1 l'évolution des taux d'observance de l'hygiène des mains pour chacune des indications.

De l'évaluation au Temps 0 à l'évaluation au Temps 1, nous passons pour l'indication « Avant contact patient » de 31% à 63% d'observance, pour l'indication « Avant acte propre / invasif » de 31% à 54%, pour l'indication « Après contact patient » de 41% à 67%, pour l'indication « Après exposition à des liquides biologiques » de 40% à 76% et pour l'indication « Après contact environnement patient » de 13% à 57%.

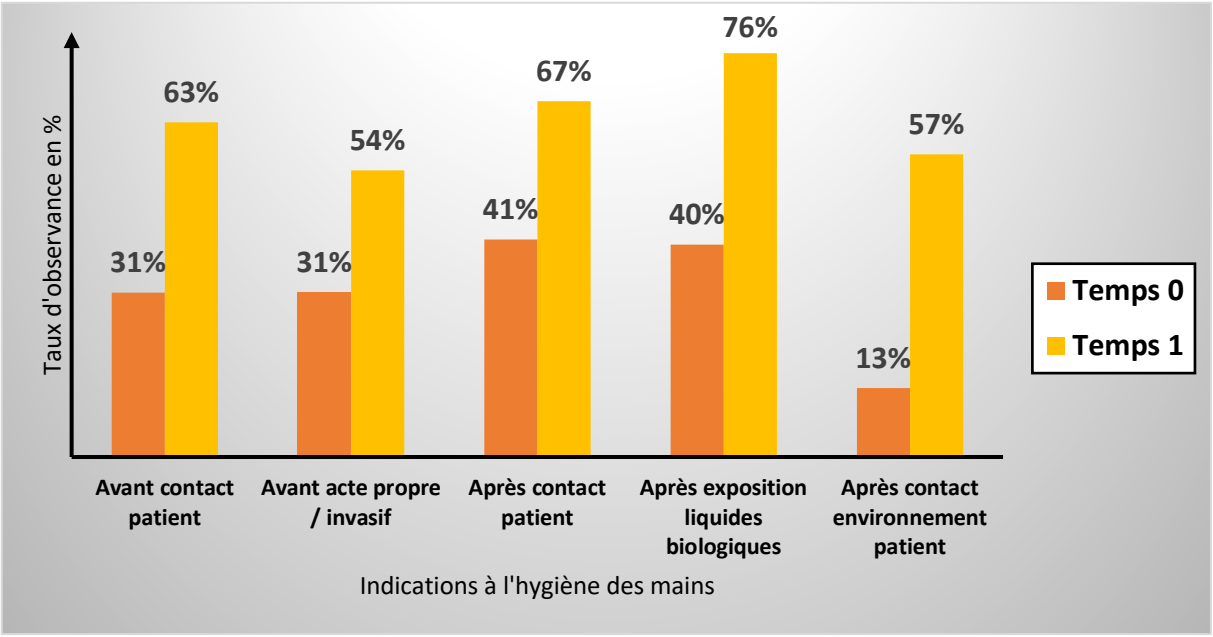


Figure 7. Taux d'observance selon les indications de l'hygiène des mains

9.3.4. Taux d'observance par les infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s et les kinésithérapeutes / ergothérapeutes selon les indications de l'hygiène des mains

Les résultats stratifiés entre les catégories professionnelles permettent de cibler, lors de la formation, des exemples pertinents pour chacune de ces catégories.

L'évolution des taux d'observance par les infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s et les kinésithérapeutes / ergothérapeutes selon les indications de l'hygiène des mains est illustrée par la figure ci-dessous.

Entre l'évaluation au Temps 0 et l'évaluation au Temps 1, le taux d'observance passe pour l'indication « Avant contact patient » chez les infirmier(e)s de 30% à 73%, chez les aide-soignant(e)s de 25% à 49% et chez les kinésithérapeutes / ergothérapeutes de 75% à 100%.

Pour la seconde indication « Avant acte propre / invasif », le taux d'observance passe chez les infirmier(e)s de 40% à 66% et chez les aide-soignant(e)s de 0% à 43%.

La troisième indication « Après contact patient » nous montre un passage du taux d'observance chez les infirmier(e)s de 52% à 64%, chez les aide-soignant(e)s de 25% à 65% et chez les kinésithérapeutes / ergothérapeutes un statique à 100%.

Pour l'indication « Après exposition à des liquides biologiques », le taux d'observance passe pour les infirmier(e)s de 60% à 80% et chez les aide-soignant(e)s de 29% à 74%.

La dernière indication « Après contact environnement patient » nous montre un passage de taux d'observance pour les infirmier(e)s de 15% à 63% et pour les aide-soignant(e)s de 9% à 54%.

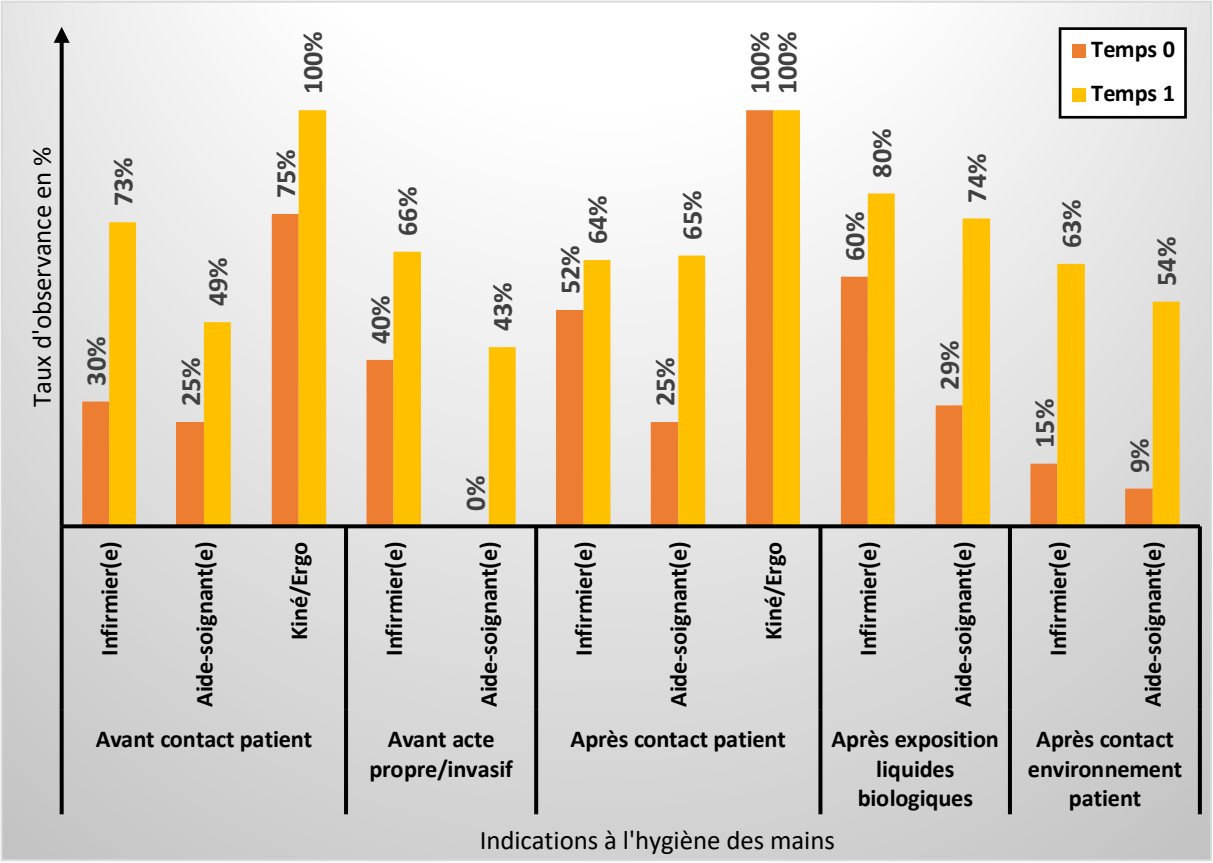


Figure 8. Taux d'observance par les infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s et les kinésithérapeutes / ergothérapeutes selon les indications de l'OMS à l'hygiène des mains

9.4. Évaluation de la perception du personnel soignant de l'hygiène des mains

Les évaluations de la perception et des connaissances (se référer au point 9.5) du personnel soignant de l'hygiène des mains ont été menées en utilisant l'outil de l'OMS mis à notre disposition, le questionnaire unique reprenant les thématiques perceptions et connaissances.

Celui-ci a été, à chacune des 2 périodes (Temps 0 – Temps 1), distribué aux 57 soignants qui travaillent dans la MRS. Le retour de ces questionnaires complétés anonymement ne nous permet pas de comparer les résultats qui découlent des réponses aux questionnaires et ceux qui émanent des observations pratiquées sur le terrain pour ces 2 périodes.

De plus, le personnel soignant n'avait aucune obligation de remplir le questionnaire, ce qui implique plusieurs situations : certains ont complété les 2 questionnaires (Temps 0 et Temps

1), d'autres ont complété un questionnaire et pas l'autre et d'autres encore n'ont rempli aucun des deux.

Malgré cette absence d'obligation de compléter les questionnaires, nous observons que lors de l'évaluation au Temps 0, 32 questionnaires ont été remplis, ce qui nous donne un taux de retour de 56%, tandis que pour l'évaluation au Temps 1, 36 questionnaires ont été remplis et donne un taux de retour de 63%.

Le profil des personnes qui ont répondu aux questionnaires est décrit dans les réponses aux 6 questions faisant l'objet des caractéristiques reprises dans les points 9.4.1 à 9.4.6. Les résultats de la perception du personnel soignant de l'hygiène des mains débuteront à partir de la question numérotée 9.4.7.

9.4.1. Répartition du personnel soignant selon la profession

Les professions représentées lors de l'évaluation au Temps 0 sont en majorité les aide-soignant(e)s (47%) et les infirmier(e)s (élèves infirmier(e)s inclus) (31%), viennent ensuite la catégorie autre où nous avons regroupé les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes (22%).

L'évaluation au Temps 1 nous indique à quelques pourcentages près la même répartition.

Celles-ci sont illustrées par les figures ci-dessous :

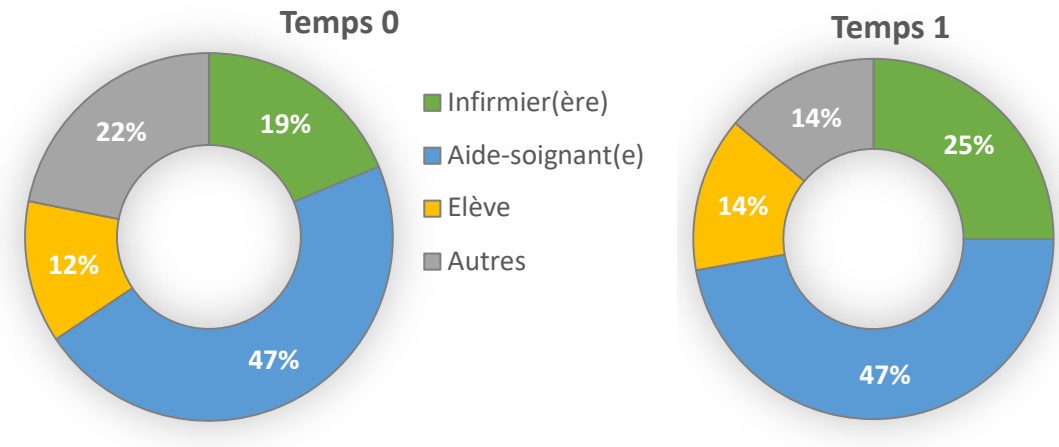


Figure 9. Répartition du personnel soignant selon la profession et la période d'évaluation

9.4.2. Répartition du personnel soignant selon le sexe

La profession soignante majoritairement représentée est de sexe féminin tant lors de l'évaluation au Temps 0 (94%) que de l'évaluation au Temps 1 (89%).

9.4.3. Répartition du personnel soignant selon l'expérience professionnelle

Lors de l'évaluation au Temps 0, 31% des personnes ayant répondu au questionnaire avait une expérience professionnelle entre 5 et 10 ans. Pour l'expérience qui s'étend de 10 à 20 ans, celle-ci était représentée par 22% du groupe questionné, suivi à 19% tant pour l'expérience professionnelle de moins de 2 ans que celle entre 2 et 5 ans. Les personnes ayant plus de 20 ans d'expérience représentait 9% du groupe analysé.

Lors de l'évaluation au Temps 1, 31% du personnel avait une expérience professionnelle entre 2 et 5 ans et était suivi à 22% par ceux dont l'expérience était entre 5 et 10 ans. Pour l'expérience qui s'étend de 10 à 20 ans, celle-ci était représentée par 19% du personnel et à 17% pour ceux dont l'expérience était supérieure à 20 ans.

Le personnel ayant une expérience inférieure à 2 ans était de l'ordre de 11%.

La répartition du personnel soignant selon l'expérience professionnelle est portée sur le tableau suivant :

Tableau 4. Répartition du personnel soignant selon l'expérience professionnelle et la période d'évaluation

Expérience	Évaluation au Temps 0		Évaluation au Temps 1	
Moins de 2 ans	6	19%	4	11%
Entre 2 et 5 ans	6	19%	11	31%
Entre 5 et 10 ans	10	31%	8	22%
Entre 10 et 20 ans	7	22%	7	19%
Plus de 20 ans	3	9%	6	17%
Total	**32**		**36**	

9.4.4. Répartition du personnel soignant selon l'ancienneté dans la fonction actuelle dans la MRS

Lors de l'évaluation au Temps 0, 31% des personnes ayant répondu au questionnaire avait une ancienneté dans sa fonction actuelle dans la MRS entre 5 et 10 ans. Ensuite, les personnes dont l'ancienneté était supérieure à 10 ans représentait 25%, suivies à égalité par celles dont l'ancienneté était inférieure à 1 an (16%) et entre 1 à 3 ans (16%). L'ancienneté de 3 à 5 ans était représentée à 12%.

A l'évaluation au Temps 1, 33% des personnes avaient une ancienneté dans sa fonction actuelle dans la MRS de plus de 10 ans. Venaient ensuite pour 22% celles dont l'ancienneté était inférieure à 1 an.

Le personnel dont l'ancienneté était entre 5 et 10 ans représentait 17% tandis que celui entre 1 et 3 ans ainsi que celui entre 3 et 5 ans étaient identiques, à savoir 14%.

La répartition du personnel soignant selon l'ancienneté dans la fonction dans la MRS est portée sur le tableau suivant :

Tableau 5. Répartition du personnel soignant selon l'ancienneté dans la fonction actuelle dans la MRS et la période d'évaluation

Expérience	Évaluation au Temps 0		Évaluation au Temps 1	
Moins de 1 an	5	16%	8	22%
Entre 1 et 3 ans	5	16%	5	14%
Entre 3 et 5 ans	4	13%	5	14%
Entre 5 et 10 ans	10	31%	6	17%
Plus de 10 ans	8	25%	12	33%
Total	**32**		**36**	

9.4.5. Répartition du personnel soignant selon le suivi antérieur de formation à l'hygiène des mains

À l'évaluation au Temps 0, 44% du personnel qui a répondu au questionnaire a annoncé avoir, dans le passé, déjà reçu une formation à l'hygiène des mains. De cette proportion, 21% étaient des infirmier(e)s et 57% des aide-soignant(e)s.

Des 14 personnes ayant déjà reçu une formation à l'hygiène des mains, 9 d'entre elles indiquent que celle-ci avait été donnée lors de leurs études. Parmi les 5 autres personnes, 3 avaient reçu la formation en 2014, et les 2 restantes en 2009 et 2003.

Lors de l'évaluation au Temps 1, 64% du personnel avait dans le passé suivi une formation à l'hygiène des mains.

De cette proportion, 35% était des infirmier(e)s, 52% des aide-soignant(e)s et 13% des kinésithérapeutes / ergothérapeutes.

Des 23 personnes ayant reçu cette formation, 20 d'entre elles nous informent qu'il s'agit de la formation présentée en décembre 2017. Il s'agit d'un des outils de l'OMS que nous avons utilisés pour promouvoir l'hygiène des mains.

Pour les 3 autres personnes, la formation remonte en 2014 pour 2 d'entre-elles et à 2016 pour la dernière.

9.4.6. Répartition du personnel soignant selon le suivi d'autres formations

A l'évaluation au Temps 0, 50% du personnel qui a répondu au questionnaire a déclaré avoir reçu d'autres formations. De ces personnes, 5 ne donnaient pas de précision sur les formations reçues.

Lors de l'évaluation au Temps 1, c'est 75% du personnel qui avait reçu d'autres formations, dont 5 personnes ne donnaient aucune précision complémentaire.

Les thèmes abordés sont divers, variés et cités une ou plusieurs fois tant dans l'évaluation au Temps 0 que dans l'évaluation au Temps 1 tels que :

Manutention, soins palliatifs, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, euthanasie, diabète, dysphagie, atteinte neurologique, sclérose en plaques, manœuvre de Heimlich, kiné sportive/respiratoire, pédicure médicale, réflexologie plantaire, cours de secourisme, spécialisation en médecine tropicale, spécialisation en santé communautaire, formation mensuelle (institutionnel).

9.4.7. Perception des conséquences des IAS sur la situation clinique du résident

Lors de l'évaluation au Temps 0, 88% du personnel soignant ayant répondu au questionnaire considérait que les IAS ont des conséquences élevées à très élevées sur la situation clinique du résident. A l'évaluation au Temps 1, ce pourcentage s'élevait à 92%.

9.4.8. Perception de l'efficacité de l'hygiène des mains dans la prévention des IAS

Lors de l'évaluation au Temps 0, 100% du personnel soignant ayant répondu au questionnaire estimait que l'hygiène des mains pour prévenir les IAS est d'une efficacité élevée à très élevée. A l'évaluation au Temps 1, ce pourcentage est resté identique.

9.4.9. Perception du niveau d'engagement de la Direction de la MRS dans la promotion à l'hygiène des mains.

Lors de l'évaluation au Temps 0, 53% du personnel soignant ayant répondu au questionnaire évaluait le niveau d'engagement de la Direction dans la promotion à l'hygiène des mains « faible » à « modéré ». Les 47% restant estimait que ce niveau d'engagement était « élevé » à « très élevé ».

L'évaluation au Temps 1 nous renseigne que 22% du personnel soignant ayant répondu donnait la cote « faible » à « modéré » pour l'engagement de la Direction sur le sujet, tandis que 78% estimait cet engagement « d'élevé » à « très élevé ».

9.4.10. Évaluation des actions proposées par la MRS pour l'hygiène des mains

Lors de l'évaluation au Temps 0, cette question a été complétée par 87,5% du personnel ayant répondu au questionnaire et par 92% à l'évaluation au Temps 1.

Les actions rapportées et citées une ou plusieurs fois sont identiques lors des deux évaluations : la présence de distributeurs de solution hydroalcoolique, de gants à usage unique, de savon, de papiers à usage unique, de lavabo dans chaque chambre, la communication orale par la chef de service, la présentation des produits d'hygiène des mains et aucune action. Toutefois, lors de l'évaluation au Temps 1, nous retrouvons en plus certaines actions citées telles que la présence d'affiches, la mise en place de flacons de poche de solution hydroalcoolique et la formation à l'hygiène des mains.

9.4.11. Perception de l'efficacité des actions citées au 9.4.10 pour l'hygiène des mains

Lors de l'évaluation au Temps 0, des 28 personnes, soit 87,5% du personnel ayant répondu à la question : « Quelles actions ont été proposées par votre établissement pour l'hygiène des mains ? », 2 n'ont pas donné d'avis sur l'efficacité des actions, 9 ont répondu que les actions étaient inefficaces et pour les 17 autres qui pensaient que les actions étaient efficaces, 6 n'ont pas justifié le pourquoi de cette efficacité.

Les justifications de l'inefficacité des actions citées une ou plusieurs fois par 9 personnes sont regroupées en thèmes tels que : l'absence de distributeurs de solution hydroalcoolique, de distributeurs de savon, de distributeurs de papier à usage unique, pas d'accessibilité rapide pour l'hygiène des mains dans les chambres, pas de respect de l'hygiène des mains et l'absence de formation « choc » sur l'hygiène des mains.

Les justifications de l'efficacité des actions citées une ou plusieurs fois pour 11 personnes sont regroupées en thèmes tels que : l'importance de l'hygiène des mains dans la diminution des germes, l'importance de l'hygiène des mains dans la diminution de la contamination des surfaces, l'importance de l'hygiène des mains lors des épidémies, l'importance de l'hygiène

des mains après chaque soin, la mise à disposition des produits MAIS doivent être utilisés à bon escient.

Lors de l'évaluation au Temps 1, des 33 personnes ayant répondu à cette question, soit 92% du personnel, 2 n'ont pas donné d'avis, 2 ont répondu que les actions étaient inefficaces sans aller plus loin dans les explications et pour les 29 restantes qui pensaient que les actions étaient efficaces, 7 n'ont pas justifié le pourquoi de cette efficacité.

La justification de l'efficacité des actions pour les 22 personnes reprend les mêmes thèmes que ceux fournis à l'évaluation au Temps 0 avec toutefois des justificatifs supplémentaires tels que la protection du résident, l'importance de réduire les infections manuportées, la présence d'affiches comme aide-mémoire.

9.4.12. Perception de l'efficacité des 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS de promotion à l'hygiène des mains

La perception du personnel soignant ayant répondu au questionnaire sur l'efficacité (efficace et très efficace) des éléments de la stratégie multimodale entre l'évaluation au Temps 0 et l'évaluation au Temps 1 passe de 75% à 100% pour la mise à disposition des SHA dans tous les lieux de soins.

La formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'hygiène des mains ainsi que les instructions claires sur le sujet passent de 69% à 94%.

La restitution des résultats d'évaluation quant à elle est perçue comme efficace à 69% et est de 94% lors de l'évaluation au Temps 1.

Les rappels sur le lieu de travail passent de 59% à 94% et la culture de sécurité des patients par le soutien actif par les dirigeants de l'institution ou par une systématique d'hygiène des mains comme par exemple pour les collègues ou encore par une incitation de la part des résidents à rappeler au personnel l'hygiène des mains passe pour le premier item de 53% à 78%, pour le second item de 69% à 83% et le dernier item de 22% à 44%.

Cette perception sur l'efficacité des 5 éléments de la stratégie multimodale est rapportée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6. Perception de l'efficacité des 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS

Éléments de la stratégie multimodale de l'OMS	Évaluation au Temps 0	Évaluation au Temps 1
Changement de système :		
• Mise à disposition des produits hydroalcooliques dans tous les lieux de soins	75%	100%
Formation et éducation :		
• Formation de l'ensemble du personnel soignant sur l'hygiène des mains	69%	97%
• Instructions simples et claires sur l'hygiène des mains à l'attention du personnel soignant	72%	100%
Restitution des résultats d'évaluation :		
• Information régulière du personnel soignant sur les préférences en matière d'hygiène des mains	69%	94%
Rappel sur le lieu de travail :		
• Rappels de l'hygiène des mains dans tous les lieux de soins	59%	94%
La culture de sécurité des patients :		
• Promotion et soutien actifs de l'hygiène des mains par les dirigeants de l'institution	53%	78%
• La pratique systématique de l'hygiène des mains par le soignant comme exemple pour ses collègues	69%	83%
• Incitation des résidents à rappeler au personnel soignant la nécessité de pratiquer l'hygiène des mains	22%	44%

9.4.13. Perception de l'adéquation de leur propre hygiène des mains dans le chef du personnel soignant

Lors de l'évaluation au Temps 0, 76% du personnel ayant répondu au questionnaire estimait que son hygiène des mains est adéquate à très adéquate tandis que 25% la trouvait peu adéquate.

A l'évaluation au Temps 1, 89% du personnel estimait adéquate son hygiène des mains et 11% très adéquate.

9.4.14. Perception des trois éléments constituant un environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains

Lors de l'évaluation au Temps 0, le personnel ayant répondu au questionnaire estimait que l'environnement représenté par les responsables et les résidents joue un rôle très important dans la pratique d'hygiène des mains, 25% pour le premier item et 22% pour le second. En ce qui concerne l'environnement représenté par les collègues, celui-ci était d'une très grande importance pour 9% du personnel.

A l'évaluation au Temps 1, 78% du personnel estimait le rôle très important que joue l'environnement représenté par les responsables, 35% pour le rôle de l'environnement représenté par les collègues et enfin 17% pour celui représenté par les résidents.

Cette perception est portée sur le tableau suivant :

Tableau 7. Perception des soignants sur l'environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains

Éléments pour un environnement sensible favorisant l'hygiène des mains	**Aucune importance**		**Faible importance**		**Moyenne importance**		**Très grande importance**	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Importance accordée par le responsable a une excellente hygiène des mains	19%	0%	28%	3%	28%	19%	25%	78%
Importance accordée par les collègues à une excellente hygiène des mains	25%	6%	44%	6%	22%	53%	9%	35%
Importance accordée par les résidents à une excellente hygiène des mains	37%	17%	28%	22%	13%	44%	22%	17%

9.4.15. Perception de l'effort que représente l'hygiène des mains lors des soins au résident

Lors de l'évaluation au Temps 0, 25% du personnel ayant répondu au questionnaire estimait que, lors des soins, l'hygiène des mains ne représente pour eux aucun effort. Par contre, pour 57% du personnel, ce geste demandait un effort moyen à important.

A l'évaluation au Temps 1, le pourcentage reste identique à celui de l'évaluation au Temps 0 quant à l'effort moyen à important que demande l'hygiène des mains.

Par contre, il ne demande aucun effort pour 11% du personnel et un faible effort pour 31% de celui-ci.

9.4.16. Perception de l'aide qui pourrait améliorer l'hygiène des mains du soignant

Lors de l'évaluation au Temps 0, 73% du personnel a indiqué les diverses aides qui permettraient d'améliorer leur hygiène des mains. Celles-ci sont citées une ou plusieurs fois et regroupées en thèmes tels que : la mise à disposition de flacons de poche de solution hydroalcoolique, de distributeurs de savon, de distributeurs de papier à usage unique, le remplissage adéquat des distributeurs, la formation et la sensibilisation et l'éducation des résidents à l'hygiène des mains.

A l'évaluation au Temps 1, 53% du personnel a cité à peu de choses près les mêmes aides que celles décrites dans l'évaluation au Temps 0, sauf que nous ne retrouvons plus les flacons de poche de solution hydroalcoolique ni la formation. Ceux-ci sont remplacés par le contrôle des chefs de service et la connaissance du taux d'IAS dans leur MRS.

9.4.17. Perception des difficultés rencontrées réduisant l'envie d'effectuer l'hygiène des mains

Lors de l'évaluation au Temps 0, ce qui pèse le plus pour 69% des soignants à effectuer l'hygiène des mains est représenté par thème tel que : l'absence de savon et papier à usage unique, l'irritation des mains avec la solution hydroalcoolique, les fréquences trop nombreuses des indications à l'hygiène des mains, l'obligation d'ôter les bijoux et l'idée que rien ne devrait peser car il s'agit de la sécurité du résident.

Lors de l'évaluation au Temps 1, nous retrouvons les mêmes thèmes cités ci-dessus pour 61% des soignants et quelques thèmes supplémentaires tels que l'oubli et le manque de temps.

9.4.18. Commentaires

À l'évaluation au Temps 0, 2 personnes ont émis un commentaire, l'une informant de l'agressivité des produits et l'autre déplorant l'obligation de sortir de la chambre pour effectuer un lavage des mains si celles-ci sont souillées.

Lors de l'évaluation au Temps 1, aucun commentaire n'a été émis.

9.4.19. Questions complémentaires de l'évaluation au Temps 1

Le questionnaire d'évaluation au Temps 1 est une version complétée du questionnaire utilisé au Temps 0 et permet d'explorer, en plus, la perception du personnel soignant de la mise à disposition des incitants à l'hygiène des mains tels que : l'introduction du flacon de poche de solution hydroalcoolique, la distribution du dépliant reprenant les 5 indications à l'hygiène des mains et l'apposition des affiches détaillant la technique d'hygiène des mains.

9.4.19.1. Perception de la faculté de la pratique quotidienne de l'hygiène des mains grâce à l'introduction de solution hydroalcoolique en flacon de poche

Lors de l'évaluation au Temps 1, 94% du personnel estime que la présence de solution hydroalcoolique en flacon de poche facilite leur pratique quotidienne d'hygiène des mains.

9.4.19.2. Perception de l'utilité du dépliant de poche permettant de se remémorer les 5 indications à l'hygiène des mains

Lors de l'évaluation au Temps 1, 94% du personnel estime utile d'avoir le dépliant de poche reprenant les 5 indications à l'hygiène des mains.

9.4.19.3. Perception de l'utilité de l'affiche permettant de se remémorer la technique de la friction et du lavage des mains

Lors de l'évaluation au Temps 1, 94% du personnel estime utile de visualiser l'affiche reprenant la technique de la friction et du lavage des mains.

9.5. Évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains

L'évaluation des connaissances a porté sur 57 personnes soignantes de la MRS. Du fait de la distribution d'un seul questionnaire reprenant les perceptions et les connaissances tant lors de

l'évaluation au Temps 0 que lors de l'évaluation au Temps 1, les données des caractéristiques du personnel soignant ne sont plus reprises dans cette partie mais sont consultables aux points 9.4.1 à 9.4.6.

9.5.1. Connaissances de la fréquence des IAS en MRS

Lors de l'évaluation au Temps 0, 72% du personnel soignant ayant répondu au questionnaire indiquait ne pas connaître la fréquence des IAS en MRS. Pour les 28% ayant chiffré la fréquence, celle-ci varie de 0% à 90%, avec un choix majoritaire supérieur à 30%.

A l'évaluation au Temps 1, 42% du personnel soignant estimait ne pas connaître la fréquence des IAS en MRS et pour les 58% restant, ces IAS varient de 5% à 70% avec un choix majoritaire inférieur à 15%.

9.5.2. Connaissances du mode de transmission croisée des germes entre les résidents

Lors de l'évaluation au Temps 0, 2 personnes n'ont pas répondu à cette question. La transmission croisée des germes par les mains en l'absence d'hygiène des mains a été retenue par 17 personnes dont 11 (34%) ont ciblé uniquement les mains et, des 7 qui ont coché plusieurs items, 6 avaient opté aussi pour les mains.

Lors de l'évaluation au Temps 1, l'ensemble du personnel soignant a répondu à cette question.

67% du personnel (24 personnes) a ciblé uniquement les mains comme mode de transmission croisée des germes en l'absence d'hygiène des mains.

Des 7 personnes qui avaient choisi plusieurs modes de transmission, toutes avaient cité parmi leurs multiples choix la transmission par les mains.

Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport à la connaissance du mode de transmission croisée des germes entre les résidents

Transmission	Évaluation au Temps 0		Évaluation au Temps 1	
Mains personnel	11	34%	24	67%
Air circulant	4	13%	1	3%
Surfaces contaminées	7	22%	3	8%
Dispositifs non invasifs	1	3%	1	3%
Plusieurs réponses	7	22%	7	19%
Pas de réponse	2	6%		0%
Total	**32**		**36**	

9.5.3. Connaissances du type d'hygiène des mains selon les situations de soins

La connaissance par le personnel soignant qui a répondu adéquatement au type d'hygiène des mains passe de l'évaluation au Temps 0 à l'évaluation au Temps 1 pour l'item « après vidé bassin » de 34% à 61%, pour l'item « après exposition sang/urines » de 59% à 75%, pour l'item « avant palpation de l'abdomen » de 50% à 58%, de l'item « avant injection » de 34% à 75%, de l'item « après prise de la tension artérielle » de 50% à 92% et pour l'item « après réfection d'un lit (absence de patient) » de 47% à 93%.

L'absence d'un geste d'hygiène des mains passe de 16% à 3% après avoir vidé un bassin, de 3% à 0% avant injection, de 25% à 3% après prise de la tension artérielle et de 25% à 3% après réfection d'un lit (absence de patient).

Cette absence d'hygiène des mains passe de 9% à 19% pour l'item avant palpation de l'abdomen.

Les données sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport à la connaissance du type d'hygiène des mains selon les situations de soins

Situation de soins	**Proportion du personnel soignant**					
	Évaluation au Temps 0			**Évaluation au Temps 1**		
	Lavage	SHA	Rien	Lavage	SHA	Rien
Lavage des mains requis						
• Après avoir vidé bassin	34%	28%	16%	61%	25%	3%
• Après exposition sang / urines	59%	9%	0%	75%	3%	0%
Friction SHA requise						
• Avant palpation de l'abdomen	28%	50%	9%	17%	58%	19%
• Avant injection	41%	34%	3%	19%	75%	0%
• Après prise de la tension artérielle	13%	50%	25%	3%	92%	3%
• Après réfection d'un lit (absence patient)	19%	47%	25%	0%	92%	3%

Ne sont pas repris dans le tableau le personnel qui n'a pas répondu ou qui a coché plusieurs cases (friction et lavage).

9.5.4. Connaissances sur l'efficacité de la friction hydroalcoolique

Entre l'évaluation au Temps 0 et l'évaluation au Temps 1, la proportion de personnel soignant qui pense que la friction est plus rapide que le lavage passe de 81% à 83%. Cette proportion passe de 13% à 47% pour l'item du dessèchement moindre de la friction par rapport au lavage, de 28% à 72% pour une efficacité meilleure de la friction par rapport au lavage et de 16% à 33% pour l'affirmation que la friction ne doit pas être précédée d'un lavage.

Les données sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport à la connaissance de l'efficacité de la friction hydroalcoolique

Efficacité de la solution hydroalcoolique	Évaluation Temps 0	Évaluation Temps 1
• La friction est plus rapide que le lavage	81%	83%
• La friction ne dessèche pas plus les mains que le savon	13%	47%
• La friction est plus efficace que le lavage	28%	72%
• La friction ne doit pas être précédée du lavage	16%	33%

9.5.5. Connaissances générales sur l'hygiène des mains

Dans le but de faciliter la lecture du tableau reprenant les données, et de mesurer plus facilement les progrès, certains items ont été reformulés de telle manière que les pourcentages obtenus sont ceux de la proportion de personnel soignant ayant fourni la réponse correcte.

Entre l'évaluation au Temps 0 et l'évaluation au Temps 1, la proportion de personnel soignant qui sait que le savon ne doit pas être déposé sur des mains sèches reste stable, à savoir 81%.

Il est de 31% et passe à 50% pour la connaissance sur le tamponnement lors de l'essuyage des mains et de 56% à 67% sur le fait que la solution hydroalcoolique ne doit pas être utilisée en sortant des toilettes. 84% du personnel soignant sait que la solution hydroalcoolique ne doit pas être utilisée sur des mains souillées et ce pourcentage est de 92% lors de l'évaluation au Temps 1.

La paume de la main n'est pas la zone la plus oubliée lors du lavage pour 78% du personnel soignant et les zones les plus colonisées sont les zones humides qui sont citées par 66% du personnel. Lors de l'évaluation au Temps 1, le premier item décrit ci-dessus est resté identique pour le personnel questionné tandis que le second est passé à 97%.

Concernant le port de gants, 78% du personnel sait qu'un geste d'hygiène des mains doit être effectué après leur retrait et lors de l'évaluation au Temps 1 ce pourcentage passe à 83%.

Le dernier item expliquant le risque de transmission des germes en présence de vernis et de faux ongles est validé par 94% du personnel et reste à ce pourcentage lors de l'évaluation au Temps 1.

L'ensemble des résultats se trouvent dans le tableau ci-dessous :

Tableau 11. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport aux connaissances générales de l'hygiène des mains

Connaissances générales sur l'hygiène des mains	Évaluation Temps 0	Évaluation Temps 1
• Le savon ne doit pas être déposé sur des mains sèches	81%	81%
• Pour me sécher les mains, je ne les frictionne pas avec vigueur	31%	50%
• En sortant des toilettes, je ne me frictionne pas les mains avec une solution hydroalcoolique	56%	67%
• Sur des mains souillées, je n'utilise pas la solution hydroalcoolique	84%	92%
• Lors du lavage des mains, la paume n'est pas la zone la plus souvent oubliée	78%	78%
• Les zones les plus colonisées par les germes sont les zones humides	66%	97%
• Je ne porte pas des gants pour éviter d'effectuer un geste d'hygiène des mains	78%	83%
• Les vernis et les faux ongles favorisent le risque de transmission des germes	94%	94%

9.6. Formation

Au cours de la session de formation du 28 novembre 2017, nous avons enregistré 31 participants, toutes catégories professionnelles incluses.

9.7. Tableau récapitulatif des résultats en regard des outils utilisés

Les principaux résultats obtenus au Temps 0 et au Temps 1 lors de l'utilisation des outils choisis sont reportés dans le tableau ci-dessous et permettent une visualisation synthétique de ceux-ci.

Tableau 12. Vue synthétique des résultats principaux en regard des outils utilisés

Outils utilisés	Évaluation T0	Évaluation T1	Évolution T0 à T1
Auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution			
• Par le Directeur et son adjoint	Score 126 - 250 → Niveau **basique**		
Évaluation de la disponibilité des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains			
• Par le Directeur et son adjoint • Par le mémorant	• Lavabos : 88 • Distributeurs de savon : 18 • Distributeurs d'essuie-mains à usage unique : 11 • Distributeurs de SHA : 15	Idem T0 + SHA de poche pour chaque membre du personnel	Mise en place par la Direction des SHA de poche
Évaluation de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant			
• Par le mémorant Population : 600 opportunités au total (300 à T0 et 300 à T1) pour l'ensemble des catégories professionnelles.	• **Taux d'observance global** Cf. Figure 5 (page 67)		
	34%	63%	**+29%**
	• **Taux d'observance des différentes catégories professionnelles selon les 5 indications à l'hygiène des mains** Cf. Figure 8 (page 70)		
	1) Avant contact patient a) Infirmier(e)		
	30%	73%	**+43%**
	b) Aide-soignant(e)		
	25%	49%	**+24%**
	c) Kinésithérapeutes / ergothérapeutes		
	75%	100%	**+25%**

	2) <u>Avant acte propre/invasif</u>		
	a) Infirmier(e)		
	40%	66%	**+26%**
	b) Aide-soignant(e)		
	0%	43%	**+43%**
	3) <u>Après contact patient</u>		
	a) Infirmier(e)		
	52%	64%	**+12%**
	b) Aide-soignant(e)		
	25%	65%	**+40%**
	c) Kinésithérapeutes / ergothérapeutes		
	100%	100%	**Maximum à T0 et T1**
	4) <u>Après exposition liquides biologiques</u>		
	a) Infirmier(e)		
	60%	80%	**+20%**
	b) Aide-soignant(e)		
	29%	74%	**+45%**
	5) <u>Après contact environnement patient</u>		
	a) Infirmier(e)		
	15%	63%	**+48%**
	b) Aide-soignant(e)		
	9%	54%	**+45%**
Évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains			
<u>Population</u> : 57 personnes soignantes de la MRS	32 réponses	36 réponses	
	• **Fréquence IAS**		
	28% avec choix majoritaire > 30%	58% avec choix majoritaire <15%	

	• **Mode de transmission** : taux de bonnes réponses Cf. Tableau 8 (page 81) 34% 67% **+33%**
	• **Type d'hygiène des mains selon les situations de soins** : taux de bonnes réponses Cf. Tableau 9 (page 82)
	1) Après avoir vidé bassin 34% 61% **+27%**
	2) Après exposition sang / urines 59% 75% **+16%**
	3) Avant palpation de l'abdomen 50% 58% **+8%**
	4) Avant injection 34% 75% **+41%**
	5) Après prise de la tension artérielle 50% 92% **+42%**
	6) Après réfection d'un lit (absence patient) 47% 92% **+45%**
	• **Efficacité de la solution hydroalcoolique** : taux de bonnes réponses Cf. Tableau 10 (page 83)
	1) La friction est plus rapide que le lavage 81% 83% **+2%**
	2) La friction ne dessèche pas plus les mains que le savon 13% 47% **+34%**
	3) La friction est plus efficace que le lavage 28% 72% **+44%**

	4) La friction ne doit pas être précédée du lavage 16% 33% **+17%**
	• **Connaissances générales sur l'hygiène des mains** : taux de bonnes réponses Cf. Tableau 11 (page 84)
	1) Le savon ne doit pas être déposé sur des mains sèches 81% 81% **-**
	2) Pour me sécher les mains, je ne les frictionne pas avec vigueur 31% 50% **+19%**
	3) En sortant des toilettes, je ne me frictionne pas les mains avec une solution hydroalcoolique 56% 67% **+11%**
	4) Sur des mains souillées, je n'utilise pas la solution hydroalcoolique 84% 92% **+8%**
	5) Lors du lavage des mains, la paume n'est pas la zone la plus souvent oubliée 78% 78% **-**
	6) Les zones les plus colonisées par les germes sont les zones humides 66% 97% **+31%**
	7) Je ne porte pas des gants pour éviter d'effectuer un geste d'hygiène des mains 78% 83% **+5%**
	8) Les vernis et les faux ongles favorisent le risque de transmission des germes 94% 94% **-**

10. DISCUSSION

Tout au long de ce mémoire, nous désirions répondre à notre question de recherche en étudiant si, pour qui et pourquoi l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS lors des soins au sein d'une MRS, allait sensibiliser le personnel soignant à ce geste et initier un changement institutionnel menant à une démarche d'amélioration continue et à une pérennisation du projet. Fort est de constater qu'au vu des résultats obtenus, l'implémentation de cette stratégie a répondu positivement à nos attentes par le biais du comment, pourquoi et pour qui.

En effet, l'utilisation d'un panel d'outils proposés par l'OMS instaurant un cadre précis nous a facilité l'intégration ainsi que le déploiement de la stratégie tout en restant compatible avec les valeurs des soignants, élément repris dans le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37). L'implication tant de la Direction que du personnel soignant au travers de leur participation active à certains outils (questionnaires, formation) a favorisé leur sensibilisation à l'hygiène des mains et leur acceptation du changement au sein de la MRS. Les deux éléments ont de ce fait répondu au « comment ? » de notre question de recherche et nous confortent dans notre choix des outils et du moment de leur utilisation.

De plus, le passage au travers des 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS reliés aux facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) a permis une prise de conscience du personnel soignant et de la Direction, des habitudes relatives à l'hygiène des mains, de la présence des infrastructures nécessaires à celle-ci, du niveau des connaissances et de l'importance de la sécurité des patients. Cette prise de conscience et l'envie d'amélioration a répondu au « pourquoi ? » de notre question de recherche.

Et pour terminer, l'implémentation de cette stratégie impliquant l'ensemble du personnel soignant, la Direction et les résidents, a répondu à la question « pour qui ? » de notre question de recherche. En effet, la prise de conscience par le personnel soignant que l'hygiène des mains les protège tout autant que les résidents du risque de transmission des germes incite un changement positif des pratiques journalières. De plus, l'implication de la Direction dans ce projet est un premier pas dans une démarche d'amélioration continue et la pérennisation de ce projet dépendra du désir de celle-ci à s'investir dans un nouveau cycle de révision et de planification.

Au vu de l'ampleur de ce mémoire, de l'ensemble des résultats obtenus, ne seront uniquement interprétés que ceux se rapportant à la dimension connaissances théoriques et pratiques qui ont

permis dans un premier temps de construire la formation personnalisée à la MRS (taux de prévalence des IAS, type d'hygiène des mains selon les situations de soins, efficacité de la friction hydroalcoolique) et dans un second temps de compléter les données afin de répondre à notre question de recherche.

Ce mémoire a pu mettre en évidence les points détaillés ci-dessous.

10.1. Analyse des résultats

10.1.1. Auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au sein de l'institution

L'auto-évaluation du Directeur de la MRS et de son adjoint nous indique comme situation initiale en matière de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains un niveau basique qui sous-entend que des mesures sont déjà en place mais que ces mesures ne correspondent pas de façon optimale aux normes.

Sur base de ce résultat, nous avons proposé un plan d'actions qui a été validé et qui reprend :

- L'évaluation des infrastructures actuelles et celles nécessaires au respect de l'hygiène des mains
- Les évaluation (perceptions – théoriques)
- Les observations des pratiques
- La formation
- La restitution des résultats des évaluations et observations
- La mise à disposition des rappels et incitatifs

L'importance de la connaissance du contexte interne selon Greenhalgh et al. (37) prend toute sa valeur à cette étape. En effet, dans sa dimension portant sur les antécédents du système, nous observons que le Directeur et son adjoint sont réceptifs au changement et prêts à l'expérimentation. Ils mettent en avant la maturité de l'institution dans sa capacité d'absorber de nouvelles connaissances.

10.1.2. Évaluation de la disponibilité des infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains

Le recensement des lieux nécessitant la mise en place d'équipements nécessaires à l'hygiène des mains est resté identique tant lors de l'évaluation au Temps 0 que lors de l'évaluation au Temps 1.

En effet, le nombre d'équipements répertoriés et nécessaires engendre un coût non négligeable pour la MRS et sera budgétisé par le Directeur en 2018.

Par contre, la mise à disposition de flacons de poche de solution hydroalcoolique pour l'ensemble du personnel de la MRS a débuté le 2 octobre 2017, ce qui nous prouve que l'institution a évalué, dès le début, les implications de l'implémentation de la promotion à l'hygiène des mains tant en ressources financières qu'humaines.

De plus, le choix de flacons de poche de solution hydroalcoolique qui sont à moindre risque d'accident pour les résidents que l'installation de distributeurs dans chaque chambre (ingestion accidentelle chez les résidents désorientés) répond à une adaptation en fonction du contexte local qu'est la MRS et qui est un des éléments à prendre en compte dans les attributs de l'innovation selon Greenhalgh et al. (37)

10.1.3. Évaluation de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant

L'observation des pratiques à l'hygiène des mains nous a permis de déterminer un taux d'observance global ainsi qu'un taux d'observance selon la catégorie professionnelle, selon les 5 indications de l'OMS qui seront ensuite stratifiées par catégorie professionnelle.

Il ne nous a pas paru opportun à ce stade d'approfondir l'analyse en associant d'autres mesures telles que la répartition des opportunités avec les indications selon la technique d'hygiène des mains (utilisation de la solution hydroalcoolique ou du savon) ou de la non-conformité concernant le port de gants, les ongles et les bijoux.

En effet, l'important à ce stade du programme de promotion à l'hygiène des mains est que chaque professionnel de santé se familiarise dans un premier temps à l'hygiène des mains selon les 5 indications de l'OMS et non à la pertinence du geste qu'est l'adéquation de la technique au niveau du risque infectieux.

La comparaison des résultats de l'observance à l'hygiène des mains entre les deux évaluations (Temps 0 et Temps 1) nous a permis de prendre conscience des effets bénéfiques de la formation

dispensée à l'étape 3 lors de laquelle des éléments pertinents ont été ciblés et expliqués suite aux résultats de l'observation initiale sans oublier la distribution des rappels et la mise en place de flacons de poche de solution hydroalcoolique.

L'observance globale à l'hygiène des mains a considérablement augmenté dans un laps de temps de 10 mois, de 34% à 63%, entre l'observation au Temps 0 et celle au Temps 1.

Cette évolution est comparable à celle obtenue lors de la première campagne nationale belge d'hygiène des mains en 2005. En effet, le taux initial était de 49,6% pour atteindre un taux d'observance après campagne de 68,6% (45). Le délai entre les 2 périodes était de 3 mois.

Toutefois, Naikoba et Hayward (46) nous informent sur base de la littérature scientifique des effets temporaires de l'augmentation de l'observance à l'hygiène des mains si des efforts constants ne sont pas maintenus et ce, tant pour des actions uniques que pour des actions combinées (formations, rappels sur le lieu de travail, mise à disposition de solutions hydroalcoolique, audits, ...).

Il est encourageant de constater que le respect de l'hygiène des mains s'est amélioré dans chaque catégorie professionnelle avec une augmentation plus importante chez les aide-soignant(e)s même si ceux(celles)-ci ne doivent pas oublier l'indication « avant acte propre / invasif ».

A l'instar de l'évolution des résultats globaux et par catégorie professionnelle, nous avons observé une évolution du taux d'observance pour chacune des indications citées par l'OMS et notamment pour les indications suivantes : « Avant contact patient », « Après exposition à des liquides biologiques » et « Après contact avec l'environnement patient ».

Ces indications avaient, lors de la formation, été sujettes à discussions constructives basées sur des exemples concrets adaptés aux soins en MRS.

Les résultats des observations stratifiées par catégorie professionnelle selon les indications de l'OMS nous indiquent une évolution du taux d'observance à l'hygiène des mains de plus au moins 40% chez les infirmier(e)s pour les indications « Avant contact patient » et « Après contact avec l'environnement patient », de même que chez les aide-soignant(e)s « Avant acte propre / invasif », « Après exposition à des liquides biologiques et « Après contact avec l'environnement patient » et pour les kinésithérapeutes / ergothérapeutes « Avant contact patient ».

Ces résultats prometteurs nous renforcent dans notre choix de certains facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) pour mener à bien la mise en place de la stratégie multimodale de l'OMS.

En effet, la connaissance du contexte interne par l'analyse de l'état des lieux de la présence d'infrastructure nécessaire à l'hygiène des mains nous a ouvert les yeux sur la nécessité de mettre en place des flacons de poche de solution hydroalcoolique pour pallier l'absence de distributeurs au plus près des soins et de déceler par la même occasion le besoin de changement. Cette action a contribué à l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains.

L'étude du facteur « caractéristiques des adoptants » de Greenhalgh et al. (37) nous a sensibilisés au fait que le personnel soignant ne devait en aucun cas être un sujet passif mais qu'il avait un rôle à part entière. De ce fait, la formation tant théorique que pratique s'est inscrite dans un programme annuel de formation existant au sein de l'institution. En complément, le facteur « attribut de l'innovation » dans son aspect pratique d'application et de testabilité a permis, par le biais du caisson pédagogique, que le personnel formé visualise sa technique d'hygiène des mains dans un but d'amélioration si nécessaire.

Le fait d'appréhender correctement la situation au Temps 0 sous toutes ses facettes nous a permis de cibler les différentes actions à entreprendre pour atteindre un changement efficace, résultat obtenu au regard de l'évolution de l'observance à l'hygiène des mains pour l'ensemble des catégories professionnelles et pour les 5 indications de l'OMS.

Nous devons aussi garder en mémoire l'importance du contexte normatif professionnel pour l'adoption d'une innovation quelle qu'elle soit. En effet, lors de la formation, les participants ont pris conscience que le sujet hygiène des mains est d'actualité dans tous les secteurs de soins et que de nombreuses campagnes nationales ont permis, au fil des années, d'augmenter l'observance à l'hygiène des mains. Dès lors, le personnel soignant de la MRS s'est senti « intégré » dans le dynamisme national et s'est identifié rapidement à leurs homologues des autres institutions.

L'hygiène des mains reste essentielle pour la prévention des IAS et assurer la sécurité des résidents de la MRS.

10.1.4. Questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains

L'analyse des résultats des deux questionnaires, l'un distribué lors de l'évaluation au Temps 0 et l'autre lors de l'évaluation au Temps 1, nous a permis dans un premier temps d'estimer le niveau initial des connaissances du personnel sur l'hygiène des mains et dans un second temps, de mesurer, après la formation, le niveau global des connaissances acquises par ce personnel.

Étant donné que les questionnaires ont été complétés de façon anonyme et que la formation n'a pas été prodiguée à l'ensemble du personnel soignant de la MRS, il est donc impossible de faire un lien entre les deux questionnaires qui auraient été complétés par la même personne.

Le profil du personnel ayant répondu aux deux questionnaires nous montre majoritairement des aide-soignant(e)s suivies par les infirmier(e)s et les kinésithérapeutes/ergothérapeutes, ce qui reflète la même proportion de professionnels engagé à la MRS.

A l'évaluation au Temps 0, l'expérience professionnelle du personnel la plus représentée était celle entre 5 et 10 ans, tandis qu'à l'évaluation au Temps 1 elle était plus jeune, à savoir entre 2 et 5 ans.

La majorité des répondants travaillaient depuis plusieurs années dans cette MRS avec, lors de l'évaluation au Temps 0 une ancienneté de 5 à 10 ans et à l'évaluation au Temps 1 une ancienneté de plus de 10 ans.

L'analyse du second questionnaire nous renseigne que la formation sur l'hygiène des mains dispensée au sein de la MRS en décembre 2017 par l'infirmière hygiéniste a été suivie par la majorité des répondants.

La connaissance du taux de prévalence des IAS en MRS n'a pas augmenté après la formation. Ce taux, qui s'élevait à 3,6% en 2013 et extrait de l'enquête de prévalence expliquée au point 5.2.2.2 aurait dû être certainement mis davantage en évidence tout en établissant un lien avec l'étude de Pittet et son équipe (15) qui nous démontre que l'augmentation de 30% de l'observance à l'hygiène des mains est associée à une diminution de la prévalence des infections de 16,9% à 9,9%.

En ajoutant le fait que les IAS engendrent des décès, nous pensons que le personnel soignant aurait mieux retenu le taux de prévalence des IAS en MRS tout en comprenant l'importance du geste d'hygiène des mains pour la sécurité du résident.

Le mode de transmission des germes entre les résidents était déjà connu avant la formation et a doublé après celle-ci. L'importance de savoir que les mains sont le véhicule principal emprunté par les germes donne matière à réflexion au personnel.

Après la formation, les connaissances sur le type d'hygiène des mains (friction hydroalcoolique/savon) selon les situations de soins, ont été augmentées.

Les situations n'exigeant qu'une friction à la place d'un lavage ont été reconnues par de nombreux répondants ainsi que celles nécessitant impérativement un lavage telles qu'après exposition au sang / urines ou après avoir vidé un bassin. Pour ce dernier exemple, nous remarquons, cependant, que la solution hydroalcoolique a été choisie pour ¼ des répondants, technique définie comme inadéquate.

La formation a aussi permis d'intensifier pour l'ensemble des répondants les connaissances sur l'efficacité de la friction hydroalcoolique.

Les réponses adéquates pour la rapidité et l'efficacité de la friction ainsi que le peu de dessèchement des mains et la non association avec le lavage ont augmenté.

Les connaissances générales de l'hygiène des mains étaient, elles aussi, en nette progression après la formation, à l'exception de leur acquis qui est resté identique sur le fait que le savon ne doit pas être déposé sur des mains sèches et que la paume n'est pas la zone la plus souvent oubliée lors d'un geste d'hygiène des mains.

A la lumière des résultats de l'évolution des connaissances obtenus après formation, nous pouvons affirmer que ce volet apporte une valeur ajoutée au programme de l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS.

Le taux de retour des questionnaires remplis nous informe que le personnel soignant est intéressé par l'innovation proposée car il nous donne généreusement ses perceptions et répond au test des connaissances. Il est partie prenante du projet et s'inscrit à part entière dans le facteur « caractéristiques des adoptants » repris du module conceptuel de Greenhalgh et al. (37)

10.1.5. Formation

La formation dispensée à 31 personnes a été très appréciée et a permis, au vu des résultats, une amélioration tant dans les connaissances théoriques que lors de la pratique sur le terrain et ce, pour toutes les catégories professionnelles exerçant au sein de la MRS.

L'analyse du contexte interne, facteur choisi par nos soins dans le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37), nous a permis de détecter une dynamique institutionnelle de capacité d'absorption de nouvelles connaissances et d'inscrire notre formation au programme annuel de formation de la MRS.

De plus, la formation s'est intégrée aux « attributs de l'innovation », autre facteur choisi dans ce modèle conceptuel, dans son aspect pratique d'application des connaissances sur le terrain et de testabilité grâce à l'exercice didactique présenté. Cet exercice a apporté et/ou consolidé la confiance dans l'innovation.

10.1.6. Feed-back des résultats de l'évaluation au Temps 1

Suite à l'analyse des résultats de l'évaluation au Temps 1, nous avons organisé une réunion avec le Directeur, l'adjoint du Directeur et les deux infirmières-chefs de la MRS. Cette réunion avait comme objectif la diffusion des résultats aux acteurs-clés afin qu'ils puissent se rendre compte des progrès réalisés au sein de l'institution mais également au sein de leurs équipes.

Cette cinquième et dernière réunion était le moment opportun qui nous a permis d'aider les acteurs-clés à identifier les domaines qui nécessitent des améliorations supplémentaires et de leur proposer des pistes d'actions favorisant la pérennisation du projet.

Ces pistes d'actions sont reprises dans le point 11.

10.2. Éléments méthodologiques

Comme annoncé dans l'introduction de la partie méthodologique, nous avons repris certains outils proposés par l'OMS pour mettre en place la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains au sein de la MRS.

Le choix de ces outils n'était pas anodin car ils répondaient spécifiquement aux trois éléments pertinents que nous avons ressortis de la liste des différents facteurs formant le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) ; facteurs qui risquent d'affecter la diffusion, la dissémination et l'implémentation d'une innovation.

Les trois éléments évoqués ci-dessus sont le contexte interne, les attributs de l'innovation ainsi que les caractéristiques des adoptants. Forts de ces connaissances théoriques et aidés par l'utilisation des outils de l'OMS, nous avons franchi pas à pas les 5 étapes proposées par l'OMS pour une institution qui débute dans le programme de la promotion à l'hygiène des mains nous permettant de suivre un fil conducteur sans nous perdre dans la grandeur de ce projet.

La rencontre des professionnels du terrain ainsi que leur participation active au projet tant au niveau des observations (600 au total) que dans le nombre de questionnaires de retour (60%) rendent les données recueillies et l'analyse de celles-ci tout à fait plausibles pour en tirer des conclusions et suggérer des pistes d'actions énumérées au point 11.

La méthode d'analyse quantitative est restée la méthode dominante dans notre mémoire étant donné que nous voulons mettre en évidence une amélioration des connaissances théoriques et pratiques du personnel soignant suite à la formation, par le biais des résultats des questionnaires et de l'observance à l'hygiène des mains.

Cependant, une méthode qualitative est venue en support de cette méthode dominante lorsque nous nous sommes intéressés à la perception qu'a le personnel soignant sur la problématique des IAS et l'importance que revêt pour eux l'hygiène des mains pour les réduire. La prise en compte des perceptions nous permet d'évaluer, en plus des résultats chiffrés, l'efficacité perçue par le personnel de certains outils mis en place tels que les solutions hydroalcooliques de poche ainsi que les rappels et incitants, difficiles à quantifier.

L'utilisation d'un questionnaire pour analyser les perceptions du personnel soignant n'est pas idéale, notamment pour les questions qui demandent une explication complémentaire à la réponse. Il aurait été plus bénéfique de mettre en place des entretiens individuels pour percevoir de façon précise le ressenti de chacun sur la situation actuelle concernant le sujet de l'hygiène des mains ainsi que l'évolution de leur perception tout au long de la mise en place de cette stratégie multimodale.

Les chefs de service ont procédé à la distribution des questionnaires. N'ayant pas encadré cette distribution, nous ne pouvons pas certifier que les consignes données ont été respectées. De ce fait, il se peut qu'un biais de sélection influence potentiellement les résultats.

L'observation directe de l'hygiène des mains par le personnel soignant selon les 5 indications de l'OMS nous a fourni une partie des résultats qui nous permettent de répondre à notre question de recherche qui, nous le rappelons, est :

« Au sein d'une MRS située en Belgique francophone, comment, pourquoi et pour qui l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS dont le but est de promouvoir l'hygiène des mains lors des soins permet-elle :

- **De sensibiliser le personnel soignant à l'hygiène des mains**
- **D'initier un changement au sein de l'institution menant ainsi à une démarche d'amélioration continue et à pérenniser le projet ? »**

L'observation directe, méthode de choix pour l'OMS, ne doit pas être malgré tout considérée comme parfaitement représentative de la réalité.

En effet, certains désavantages peuvent être pointés tels que l'influence sur le comportement de la personne se sachant observée ou une fiabilité des données remises en cause suite à l'interprétation par l'observateur des définitions et des situations de l'approche des « 5 indications de l'hygiène des mains » de l'OMS (44).

De par notre profession d'infirmière, nous avons pu nous intégrer aux équipes afin d'effectuer les soins au patient tout en observant les collègues de travail. Ces observations non intrusives et réparties sur plusieurs jours et lors des différentes pauses ont permis au personnel de s'habituer à notre présence et de réduire le risque de changement de comportement.

Au préalable de la mise en place des observations, l'ensemble du personnel avait été informé lors d'une réunion de service que ces observations faisaient partie intégrante d'un outil que nous utilisions dans le cadre strict de la rédaction de ce mémoire. Malgré le fait de se savoir observé, le geste d'hygiène des mains lors des soins n'était pas toujours conforme aux 5 indications posées par l'OMS.

Dans le but d'atténuer le second désavantage cité, et pour associer l'aspect théorique à la pratique, nous avons eu l'opportunité de nous exercer en participant début janvier 2017 à la pré-campagne nationale d'hygiène des mains au sein d'une équipe d'infirmières en hygiène hospitalière d'un centre hospitalier en observant les pratiques courantes d'hygiène des mains du personnel soignant des services ciblés tout en utilisant l'outil fourni par l'OMS. En effet une formation solide est la condition indispensable pour que la collecte des données soit correcte et que la comparaison des résultats avant campagne et après campagne qui en découlent soit valable.

11. QUELLES PISTES PEUVENT ETRE PROPOSEES A LA SUITE DU MEMOIRE ?

Le fait d'avoir obtenu des résultats, que ce soit lors des observations ou le dépouillement des questionnaires n'est pas une fin en soi mais plutôt le commencement de la mise en œuvre d'un plan d'actions.

La volonté institutionnelle de pérenniser et de renforcer la politique de promotion de l'hygiène des mains tout en maintenant une dynamique au sein de la MRS permettra à l'ensemble du personnel soignant de se sentir porté dans cette innovation et de s'y investir pour la sécurité du résident.

Il serait judicieux dès lors :

1) Que les personnes clés choisies lors de l'étape 1 puissent continuer à développer la mise en place de la stratégie multimodale de l'OMS afin de pérenniser le processus de promotion à l'hygiène des mains en l'intégrant à la culture institutionnelle de la sécurité.
2) De développer une stratégie d'implémentation de dispositifs nécessaires à l'hygiène des mains (savon et essuie-mains à usage unique) selon les résultats obtenus lors du recensement des infrastructures.
3) D'inscrire et de rendre la formation à l'hygiène des mains obligatoire pour tous dans le cadre d'un programme annuel de formation en y ajoutant, au fur et à mesure, de nouveaux éléments à intégrer tels que :
    - Les prérequis à l'hygiène des mains (absence de bijoux, ongles courts et sans vernis)
    - Le port de gants

    et de se procurer le caisson pédagogique à UV permettant d'évaluer le respect de la technique de friction.
4) De programmer des évaluations régulières de l'ensemble des soignants, qu'elles soient sur l'observance ou la technique à l'hygiène des mains ainsi que sur les connaissances. La restitution des résultats et l'analyse de ceux-ci identifieront les points forts et ceux à améliorer. La répétition de ces évaluations permet d'améliorer au fil du temps l'observance à l'hygiène des mains.

5) De se référer aux différentes campagnes nationales d'hygiène des mains « vous êtes en de bonnes mains » pour instaurer au sein de la MRS sa campagne annuelle en choisissant le message clé le plus opportun et profiter du matériel mis à disposition (affiches, folders, ...).

6) D'intégrer au sein du groupe des personnes clés l'infirmière hygiéniste de l'hôpital référent auquel la MRS est reliée. Celle-ci pourra être d'une aide précieuse pour le suivi de la mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS.

12. CONCLUSIONS PERSONNELLES ET LIMITES DE MEMOIRE

Le chemin partant de la théorie pour atteindre la mise en pratique sur le terrain a été jalonné de riches découvertes tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

Au cours de mes nombreuses analyses bibliographiques, j'ai pris conscience de tout le travail de recherche qui a sous-entendu ce qui semble, pour un spectateur non averti, la « simple » mise en application d'outils existants.

C'est un peu comme si je débutais une recette, à savoir la stratégie multimodale de l'OMS avec ses cinq éléments et cinq phases en utilisant les différents ingrédients qui sont les outils proposés pour terminer par obtenir un superbe gâteau qui serait l'implémentation de la promotion à l'hygiène des mains.

Mais c'est sans compter sur l'importance que joue le facteur humain ainsi que la complexité du contexte de l'institution spécifique qu'est la MRS. Ce sont les ingrédients « miracles » choisis dans le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) pour que ce gâteau soit une réussite.

Sur le plan personnel, ce mémoire m'a permis de découvrir ce qu'implique la collaboration et m'a appris à écouter dans le respect, à être patiente, à développer ma diplomatie lorsque je n'étais pas sur la même piste de réflexion et pour finir à accepter l'autre tel qu'il est avec ses forces et ses faiblesses.

Tout au long de l'implémentation du projet, j'ai remarqué que pour tous, quelle que soit la profession, le résident de la MRS était au centre des préoccupations et qu'il était de mon devoir d'être à la hauteur pour faire comprendre l'importance que revêt l'hygiène des mains pour réduire les IAS.

Au cours de ce mémoire, je retiens comme difficulté principale qu'il était parfois compliqué pour moi, jeune infirmière, de trouver ou de valoriser des arguments autres que ceux cités dans la littérature pour répondre au personnel soignant ne comprenant pas la nécessité d'effectuer un geste d'hygiène des mains étant donné que les résidents sont considérés comme les membres d'une même famille.

Lors de la formation, les échanges nombreux et constructifs entre l'infirmière hygiéniste et les participants m'ont fourni des exemples concrets que je pourrai reprendre dans le futur.

La seconde difficulté a été de maintenir une rigueur constante lors du remplissage de la grille des observations de l'observance à l'hygiène des mains par le personnel soignant, malgré la formation pratique que j'avais suivie au sein d'une équipe d'infirmières hygiénistes.

Ce que j'ai apprécié tout particulièrement lors de l'implémentation de ce projet sont les échanges humains et d'avoir eu l'opportunité de comprendre la réalité de la vie au quotidien au sein d'une MRS tant du point de vue du gestionnaire que des responsables et du personnel soignant.

Je retiens une phrase que j'ai entendue lors d'une conversation entre deux soignants quand la formatrice a expliqué les indications et l'importance de réaliser correctement une friction hydroalcoolique : « tu sais, c'est grâce au travail de Mégane que le Directeur a accepté que nous ayons des flacons de poche ». J'ai envie de leur répondre qu'en partie oui, mais que c'est grâce au temps qu'ils ont consacré à répondre aux questionnaires et à leur honnêteté dans leur réponse de perception que ce déclic a eu lieu. D'autant plus qu'il s'agit d'un accord préliminaire auquel fera suite une budgétisation plus importante en 2018 dans le cadre de l'équipement nécessaire repris en bas du Tableau 3.

Les limites de cette recherche sont liées tant à la grande ampleur de ce projet qu'à mon statut d'étudiante externe à la gestion financière de la MRS.

En effet, il aurait été intéressant d'analyser en profondeur les résultats des deux questionnaires de perception du personnel soignant sur l'hygiène des mains et les IAS pour les comparer suite à la mise en place de flacons de poche de solution hydroalcoolique et d'une formation ciblée sur le sujet qu'est l'hygiène des mains.

Vu l'ampleur du travail, mon choix s'est porté sur l'analyse quantitative des résultats qui m'a semblé plus explicite pour prouver au personnel soignant l'évolution de leurs connaissances théoriques et pratiques par le biais des observations de l'observance à l'hygiène des mains.

Il aurait été aussi pertinent de présenter une comparaison des moyennes des différents profils au Temps 0 par rapport au Temps 1, pour ce qui est de la signalétique des questionnaires, dans le but de déceler s'il existe une différence significative entre ces deux temps. Cette comparaison n'a pas été réalisée et ce choix découle des contraintes de temps et de moyens que je me suis fixées.

Bien que la décision de mettre en place des flacons de poche de solution hydroalcoolique ait été prise assez tôt, l'action en elle-même s'est produite seulement au mois d'octobre. Ce laps de temps assez long était dû à une surcharge de travail, conséquence de plusieurs congés de maladie. Dès lors, il m'a semblé que la dynamique de l'implémentation perdait un peu de son souffle tant pour le personnel soignant que pour moi.

Malgré de nombreux rappels de ma part et la très bonne volonté de l'adjoint du Directeur, les mois m'ont paru interminables mais, la joie et le plaisir du personnel soignant lorsqu'il a reçu ces flacons de poche m'a fait oublier cette attente. L'utilisation de la solution hydroalcoolique au plus près du soin est, dorénavant, facilitée par la présence de ces flacons de poche.

En ce qui concerne la formation, celle-ci aurait dû être rendue obligatoire pour l'ensemble du personnel afin que tous se trouvent sur une même base de connaissance et soient informés des résultats des évaluations initiales afin de s'améliorer au jour le jour.

Les responsables d'unité ont repris, à la fin de cette formation, les affiches et folders de poche qu'ils ont distribués dans leur service et aux personnes non présentes à la formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Pittet, D. and Donaldson, L.** Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. *Lancet (London, England).* Octobre 8, 2006, Vol. 366, pp. 1246-1247.

2. **Burke, John P.** Infection Control - A Problem for Patient Safety. *The New England Journal of Medicine.* February 13, 2003, Vol. 348, pp. 651-656.

3. **Pittet, D.** Clean hands reduce the burden of disease. *Lancet (London, England).* Juillet 16, 2005, Vol. 366, pp. 185-187.

4. **Organisation mondiale de la Santé.** Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : synthèse. *Organisation mondiale de la Santé.* [Online] Octobre 13, 2005. [Cited: Janvier 10, 2017.] whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_EIP_SPO_QPS_05.2_fre.pdf.

5. **Semmelweis, Ignaz.** The Etiology, Concept and Prophylaxis of Childbed Fever. [Online] March 10, 2009. http://graphics8.nytimes.com/images/blogs/freakonomics/pdf/the etiology, concept and prophylaxis of childbed fever.pdf.

6. —. *Code Etiology, Concept and Prophylaxis of Childbed Fever.* Abridged Edition. s.l. : University of Wisconsin Press, 1983.

7. **Codell, Carter K.** Ignaz Semmelweis, Carl Mayrhofer and The Rise of Germ Theory. *Medical History.* 1985, Vol. 29, pp. 33-53.

8. **Organisation mondiale de la Santé.** *OMS : Guide de mise en oeuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains.* 2010.

9. **Wenzel, RP.** The Lowbury Lecture. The economics of nosocomial infections. *The Journal of Hospital Infection.* October 1995, Vol. 31, 2, pp. 79-87.

10. **Klevens, RM., et al.** Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Reports.* 2007, Vol. 122, 2, pp. 160-166.

11. **Stone, PW., Braccia, D. and Larson, E.** Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control.* November 2005, Vol. 33, 9, pp. 501-509.

12. **HELICS.** Hospital In Europe Link for Infection Control through Surveillance. *http://helics.univ-lyon1.fr/helicshome.htm.* [Online] 2008.

13. **Suetens, C., Hopkins, S. and Högberg, L.** ECDC Surveillance Report – Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012. *European Centre for Disease Prevention and Control.* [Online] [Cited: Janvier 10, 2017.] http://ecdc.europa.eu/en/publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-pps.pdf.

14. **Vrijens, F., et al.** *Les infections nosocomiales en Belgique, volet II : Impact sur la mortalité et sur les coûts.* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2008. KCE reports 102B (D/2009/10.273/02).

15. **Pittet, D., et al.** Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with and hygiene. *Lancet (London, England).* October 14, 2000, Vol. 356, pp. 1307-1312.

16. **Organisation mondiale de la Santé.** Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins. [Online] 2010. [Cited: Janvier 10, 2017.] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70469/1/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf.

17. —. *OMS: Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-Term Care Facilities A Guide to the Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy and the "My five Moments for Hand Hygiene" Approach.* 2012.

18. **Leens, E., et al.** Trois campagnes nationales pour la promotion de l'hygiène des mains : un succès ? *NOSO-info.* 2010, Vol. XIV, 5, pp. 4-8.

19. **Fonghu, S. and Catry, B.** Résultats de la 6ème campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains dans les hôpitaux 2014-2015. *Institut Scientifique de Santé Publique.* [Online] 2015. [Cited: Janvier 12, 2017.] http://www.nsih.be/surv_hh/download/Résultats nationaux 2014-2015.pdf.

20. **Organisation mondiale de la Santé.** OMS : vieillissement et santé - aide-mémoire n°404. *Organisation mondiale de la Santé.* [Online] Septembre 2015. [Cited: Juillet 23, 2017.] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/.

21. **Duyk, J., et al.** Perspectives démographiques 2014-2060 Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs. *Bureau fédéral du Plan.* [Online] Mars 2015. [Cited: Février 6, 2017.] http://statbel.fgov.be/fr/binaries/FORPOP1460_10926_150310_F_tcm326-264943.pdf.

22. **Organisation mondiale de la Santé.** OMS : vieillissement de la population - questions-réponses. *Organisation mondiale de la Santé.* [Online] Octobre 1, 2010. [Cited: Janvier 12, 2017.] http://www.who.int/features/qa/72/fr/.

23. **Locoge, T.** Transfert d'un patient atteint d'une infection nosocomiale de l'hôpital vers une maison de repos et de soins. Vers une obligation juridique pour la maison de repos et de soins d'accepter ce transfert ? *NOSO-info.* 2016, Vol. XX, 4.

24. **Jans, B., et al.** *Etude nationale de prévalence du portage de germes résistants aux antibiotiques dans 60 maisons de repos et de soins en Belgique en 2011.* Belgique : Institut scientifique de Santé Publique. Rapport final - Octobre 2012.

25. **Groupement pour le Dépistage, l'Etude et la Prévention des Infections Hospitalières.** *Mesures préventives de la transmission du Staphylococcus aureus résistant à la Méticilline (MRSA) dans les Maisons de Repos et de Soins (MRS).* Juillet 2005.

26. **Jans, B., et al.** *Etude nationale de prévalence du portage de germes résistants aux antibiotiques en maison de repos et de soins (MRS) en Belgique en 2015.* s.l. : Institut scientifique de Santé Publique. Rapport final - Juillet 2016.

27. **Conseil Supérieur de la Santé.** *Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (MDRO) dans les institutions de soins.* Mai 2017. Version provisoire. Publication n°9277.

28. —. *Recommandations belges pour le contrôle et la prévention des infections à Clostridium difficile dans les hôpitaux aigus et dans les maisons de repos et de soins.* Mai 2008. CSS n°8365.

29. **Valencia, C. and Lambert, M-L.** *Epidémiologie des infections à Clostridium difficile en Belgique, Rapport 2016 - Résumé.* s.l. : Institut scientifique de Santé Publique, Juillet 2016.

30. **Strausbaugh, L. J.** Emerging Health Care-Associated Infections in the Geriatric Population. *Emerging Infectious Diseases.* March 2001, Vol. 7, 2, pp. 268-271.

31. **Schulz, M., Mieke, M. and Wischnewski, N.** Clusters of infectious diseases in German nursing homes: observations from a prospective infection surveillance study, October 2008 to August 2009. *Euro Surveillance.* June 2, 2011, Vol. 16, 22, p. 19881.

32. **Birgand, G., et al.** nvestigation of a large outbreak of Clostridium difficile PCR-ribotype 027 infections in northern France, 2006-2007 and associated clusters in 2008-2009. *Euro Surveillance.* June 24, 2010, Vol. 15, 25, p. 19597.

33. **Gaviria, D., et al.** Carbapenem-Resistant Klebsiella pneumoniae Associated with a Long-Term - Care Facility - West Virginia, 2009-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* October 21, 2011, Vol. 60, 41, pp. 1418-1420.

34. **Latour, K. and Jans, B.** Les infections liées aux soins et la consommation d'antimicrobiens en maison de repos et de soins en Belgique, Résultats de l'étude de prévalence HALT 2010. *Institut scientifique de Santé Publique.* [Online] 2011. [Cited: Janvier 13, 2017.] http://www.nsih.be/download/LTCF/HALT/HALT_2010_Nat Rapport_FR.pdf. D/2012/2505/67.

35. **Latour, K., et al.** ECDC Surveillance Report - Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities - April-May 2013. *European Centre for Disease Prevention and Control.* [Online] May 2014. [Cited: Janvier 10, 2017.] https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-long-term-care-facilities-2013.pdf.

36. **Pittet, D.** Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology.* June 2000, Vol. 21, 6, pp. 381-386.

37. **Greenhalgh, T., et al.** Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly.* 2004, Vol. 82, 4, pp. 581-629.

38. **Pittet, D.** Hand hygiene: revolution and globalization. *Rev Med Suisse.* April 1, 2009, Vol. 5, 197, pp. 716-721.

39. **Aujoulat, I.** WFSP2106 : La recherche en actions, séance 1. 2016-2107.

40. **Greenwood, D. J. and Levin, M.** *Introduction to Action Research - Social Research for Social Change.* s.l. : SAGE Publications, Inc, 2007. p. 320.

41. **Roy, M. and Prévost, P.** La recherche - action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches Qualitatives.* [Online] 2013. [Cited: Septembre 23, 2017.] http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero32(2)/32-2-roy-prevost.pdf.

42. **Aujoulat, I.** WFSP2106 : La recherche qualitative... De quoi s'agit-il et pourquoi l'utiliser ?, séance 1, diapositive 23. 2016-2017.

43. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Accès au dossier médical d'un résident par le médecin coordinateur et conseiller (MCC) en maison de repos et de soins (MRS). [Online]

Juillet 4, 2015. [Cited: Septembre 23, 2017.] https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/accs-au-dossier-mdical-d-un-rsident-par-le-mdecin-coordinateur-et-conseiller-mcc-en-maison-de-repos-et-de-soins-mrs.

44. **Organisation mondiale de la Santé.** Hygiène des Mains : Manuel Technique de Référence à l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs des pratiques d'hygiène des mains. [Online] 2010. [Cited: Janvier 10, 2017.] http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/gpsc_hhtool_TRM_2010_40_fr.pdf?ua=1.

45. **SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.** Hygiène des Mains - Grille d'Observation - version 2016-2017. [Online] 2016. [Cited: Janvier 10, 2017.] https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel methodologique_hh2016_fr.pdf.

46. **Naikoba, S and Hayward, A.** The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers - a systematic review. *The Journal of Hospital Infection.* March 2001, Vol. 47, 3, pp. 173-80.

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Modèle conceptuel pour l'examen des déterminants de la diffusion, de la dissémination et de la mise en œuvre des innovations dans la prestation des services de santé et l'organisation, sur la base d'un examen systématique des études empiriques de recherche.

Figure 2. Les 5 indications de l'hygiène des mains au cours des soins (OMS)

Figure 3. Les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS

Figure 4. Déroulement chronologique des actions selon les 5 étapes de la stratégie multimodale de l'OMS

Figure 5. Taux d'observance global selon la période d'observation

Figure 6. Taux d'observance selon la catégorie professionnelle

Figure 7. Taux d'observance selon les indications de l'hygiène des mains

Figure 8. Taux d'observance par les infirmier(e)s, les aide-soignant(e)s et les kinésithérapeutes / ergothérapeutes selon les indications de l'OMS à l'hygiène des mains

Figure 9. Répartition du personnel soignant selon la profession et la période d'évaluation

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Facteurs influençant l'observance à l'hygiène des mains

Tableau 2. Niveau de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains

Tableau 3. Recensement des lieux nécessitant la mise en place d'équipements nécessaires à l'hygiène des mains

Tableau 4. Répartition du personnel soignant selon l'expérience professionnelle et la période d'évaluation

Tableau 5. Répartition du personnel soignant selon l'ancienneté dans la fonction actuelle dans la MRS et la période d'évaluation

Tableau 6. Perception de l'efficacité des 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS

Tableau 7. Perception des soignants sur l'environnement sensible favorisant la promotion de l'hygiène des mains

Tableau 8. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport à la connaissance du mode de transmission croisée des germes entre les résidents

Tableau 9. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport à la connaissance du type d'hygiène des mains selon les situations de soins

Tableau 10. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport à la connaissance de l'efficacité de la friction hydroalcoolique

Tableau 11. Évaluation de la proportion du personnel soignant par rapport aux connaissances générales de l'hygiène des mains

Tableau 12. Vue synthétique des résultats principaux en regard des outils utilisés

ANNEXES

Annexe 1 – Les facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al.

1. Les attributs de l'innovation

Ceux-ci ne sont ni des caractéristiques stables de l'innovation, ni des déterminants sûrs de leur adoption. En effet, il s'agit d'une interaction entre l'innovation, les adoptants et le contexte particulier qui déterminera le taux d'adoption. Chaque attribut analysé et appliqué séparément ne suffit pas à affirmer que l'innovation sera adoptée. Dès lors, la combinaison de plusieurs attributs augmentera les chances d'adhésion.

1.1. L'avantage relatif

L'individu doit percevoir dans l'innovation un avantage clair et non ambigu en termes d'efficacité et de rentabilité.

1.2. La compatibilité

L'innovation doit être perçue comme étant cohérente avec les valeurs existantes, les expériences passées, les pratiques sociales et normes des utilisateurs. Malgré la compatibilité, l'adoption de l'innovation peut nécessiter au préalable la mise en place d'un nouveau système de valeur qui peut prendre un certain temps.

1.3. La complexité

L'innovation qui est simple à comprendre sera adaptée beaucoup plus rapidement que celle qui nécessite de nouvelles compétences avant de pouvoir l'assimiler. Si l'innovation est complexe, elle pourra être scindée en parties gérables et de ce fait, être facilement comprise.

1.4. La testabilité

L'opportunité de tester une innovation permettra aux futurs utilisateurs d'avoir plus confiance en celle-ci car ils auront la possibilité d'apprendre à l'utiliser.

1.5. L'observabilité

Plus les résultats de l'adoption de l'innovation sont visibles (avantages, bénéfices, …), plus les individus l'adopteront volontiers.

1.6. L'adaptation

Si l'innovation peut être adaptée en fonction du contexte local, elle sera plus facilement adoptée.

1.7. Le risque personnel

L'innovation perçue comme un risque personnel peut influencer sur sa réceptivité et son adoption.

1.8. Les tâches

Si l'innovation est pertinente pour la performance du travail de l'utilisateur et par la même occasion, si elle améliore la performance des tâches, alors elle sera adoptée.

1.9. Les connaissances requises

Si les connaissances requises pour utiliser l'innovation peuvent être codifiées et transférées d'un contexte à un autre, l'innovation sera plus facilement adoptée.

1.10. Le soutien

Si l'innovation s'accompagne d'une technologie spécifique comme par exemple une formation ou un service d'assistance, elle sera plus facilement assimilée.

2. <u>Les caractéristiques de l'adoptant</u>

C'est une erreur de considérer que l'adoptant est un récepteur passif de l'innovation. En effet, les antécédents psychologiques généraux et contextuels tels que la croyance dans le bienfondé de l'innovation qui répond à un besoin identifié, la motivation de l'individu, la sensation « d'être capable » d'effectuer les changements requis sont déterminants pour l'adoption d'une innovation.

Si le sens que l'adoptant attache à l'innovation correspond à celui de la Direction et que l'information sur cette innovation est accessible à tout moment de la mise en place du processus, alors elle sera plus facilement adoptée. Il est judicieux de réduire l'inquiétude des adoptants en leur offrant l'opportunité d'autonomie et de soutien pour adapter et affiner l'innovation, ce qui au final facilitera son adoption.

Toutefois, l'adoption individuelle réussie n'est qu'une composante de l'assimilation des innovations complexes dans les organisations.

3. La communication et l'influence

Alors que les médias de masse et les nombreux canaux impersonnels peuvent informer sur une innovation, l'influence interpersonnelle à travers les réseaux sociaux est le mécanisme dominant de diffusion.

3.1. La structure du réseau

L'adoption d'une innovation par les individus est fortement influencée par la structure et la qualité de leur réseau. Chaque réseau aura son type d'influence comme par exemple les réseaux horizontaux qui sont plus efficaces pour répandre l'influence des pairs tandis que les réseaux verticaux, sont quant à eux plus utilisés pour fournir des informations codifiées et transmettre des décisions autorisées. Le fait de partager un langage commun, un système de valeur identique et des références semblables facilite l'adoption de l'innovation.

3.2. L'homophilie

Lorsque l'innovation est ressentie comme étant populaire dans le groupe de référence de l'individu, c'est-à-dire un groupe possédant les mêmes caractéristiques sociodémographiques, professionnelles…, cela influence favorablement l'adoption de celle-ci.

3.3. Les leaders d'opinion

A l'intérieur de ce réseau d'influence, plusieurs personnes jouent un rôle clé dont les leaders qui ont une influence très spécifique sur les opinions et les actions de leurs collègues, que ce soit en positif ou en négatif. Il est nécessaire de les identifier et de distinguer les leaders qui influent sur une innovation particulière des leaders qui influent sur de nombreuses innovations.

3.4. Les champions

L'adoption d'une innovation par les individus dans une organisation sera plus facile si les personnes clés de leurs réseaux sociaux sont prêtes à soutenir l'innovation. Lorsqu'ils ont les ressources et la légitimité pour promouvoir de nouvelles pratiques, les champions peuvent : coordonner les efforts, établir des interactions avec les autres membres de l'organisation, agir en tant que médiateur, s'assurer de l'utilisation correcte des ressources…

3.5. Les boutons-poussoirs

Les personnes désireuses d'établir un lien entre leur organisation et le monde extérieur en relation avec une innovation et qui ont des liens sociaux internes et externes à l'organisation seront plus susceptibles d'adopter cette innovation.

3.6. Les programmes officiels de dissémination

Lorsqu'un programme de diffusion planifié est utilisé pour l'innovation, les organisations du programme doivent :

- Tenir compte des besoins et des perspectives des adoptants.
- Tenir compte des coûts et des avantages pour les adoptants.
- Adapter les stratégies au contexte structurel, culturel des sous-groupes.
- Utiliser les termes appropriés.
- Identifier et utiliser les canaux de communications appropriés.
- Intégrer une évaluation et un suivi des objectifs.

4. Les antécédents du système pour l'innovation (contexte interne)

Le contexte interne est au centre de l'implantation des innovations et ce sont les interactions qui se déroulent dans ce contexte qui détermineront le succès ou non de l'implantation de l'innovation. Il est illusoire de croire que l'on peut guider le comportement des acteurs sans tenir compte du contexte interne dans lequel ils évoluent. Le contexte interne recoupe deux dimensions, à savoir, les antécédents du système pour l'innovation et le niveau de préparation de l'organisation. Les antécédents à l'innovation sont composés des caractéristiques structurelles et culturelles qui influenceront l'adoption de l'innovation. Ces caractéristiques comprennent la structure de l'organisation, la capacité d'absorption de nouvelles connaissances et le contexte réceptif au changement.

Même si une organisation possède ces trois caractéristiques, l'adoption de l'innovation n'est pas pour autant gagnée et l'organisation doit montrer un niveau de préparation adéquat dont les facteurs seront décrits dans le point.

4.1. Les déterminants structurels

Les déterminants structurels tels que la grandeur, la maturité, la différenciation fonctionnelle de l'organisation ont une influence modeste sur l'implantation d'une innovation.

4.2. La capacité d'absorption des nouvelles connaissances

Une organisation habituée à identifier, interpréter, partager de nouvelles connaissances sera en mesure d'assimiler l'innovation.

4.3. Le contexte réceptif pour le changement

Le contexte réceptif comprend un leadership fort, une vision stratégique claire, des bonnes relations de gestion, du personnel visionnaire placé à des postes clés, un climat propice à l'expérimentation et à la prise de risque et pour terminer, des systèmes permettant de saisir des données de façon efficace.

5. La préparation du système pour l'innovation (contexte interne)

Une organisation peut être intéressée par une innovation mais ne pas être prête à l'assimiler.

5.1. Le besoin de changement

Lorsque la situation est perçue comme intolérable par le personnel, l'innovation sera plus facilement adoptée.

5.2. La concordance organisation-innovation

L'innovation qui correspond aux valeurs, aux normes, aux stratégies, aux technologies, aux pratiques de travail de l'organisation est susceptible d'être assimilée avec succès.

5.3. L'évaluation des incidences

Il est primordial d'évaluer les implications engendrées par l'innovation afin qu'elles fassent l'objet d'une évaluation.

5.4. L'équilibre des forces

L'innovation sera d'autant plus adaptée si les participants sont plus nombreux que les adversaires.

5.5. Le temps et les ressources consacrées

Pour que l'innovation soit assimilée, elle doit commencer par l'élaboration et la validation d'un budget et il faut s'assurer que les ressources seront adéquates et continues.

5.6. Capacité d'évaluer l'innovation

L'innovation sera plus susceptible d'être assimilée et soutenue si l'organisation dispose de systèmes et de compétences pour évaluer l'impact de l'innovation.

6. Le contexte externe

La décision d'une organisation d'adopter une innovation va dépendre de certaines influences extérieures.

6.1. Les réseaux informels d'inter-organisation

Si d'autres organisations comparables ont adopté l'innovation, alors celle-ci sera perçue comme « norme » à suivre.

6.2. Les stratégies intentionnelles de propagation

Le partage des idées et des connaissances via des initiatives personnelles de mise en réseau n'est pas toujours efficace. Retenons comme facteurs de succès pour la collaboration en matière d'amélioration de la qualité des soins la nature du sujet choisi, la capacité et la motivation des équipes participantes (leadership, dynamique d'équipe, …), la motivation et la réceptivité au changement des organisations, la facilité d'apprendre des autres dans un espace informel et pour terminer, le soutien des équipes durant la phase de mise en œuvre du processus.

6.3. Les directives politiques

L'effet du contexte politique sur l'adoption de l'innovation peut être positif si l'accent est mis sur un plan d'aide financière.

7. La mise en œuvre (implantation)

La mise en œuvre de l'innovation dépend de nombreux facteurs qui ont été préalablement abordés et la préparation du système en est le point clé. D'autres éléments viennent compléter cette mise en œuvre de l'innovation afin d'augmenter ses chances de pérennisation.

7.1. La structure organisationnelle

Une structure organisationnelle adaptée et souple, des structures de processus qui soutiennent la prise de décision décentralisée dans l'organisation (décision stratégique destinée aux services/décision opérationnelle destinée au terrain) faciliteront la mise en œuvre de l'innovation et sa continuité dans le temps.

7.2. Le leadership et management

Le soutien de la Direction, l'implication des dirigeants, l'harmonisation avec les objectifs antérieurs, sont autant de facteurs qui seront efficaces dans la mise en œuvre de l'innovation et dans sa longévité.

7.3. Les ressources humaines

Pour que l'innovation soit routinière, l'implication de l'ensemble du personnel doit être précoce dans le projet et la formation doit être adaptée (individuelle ou en groupe) lors de l'apprentissage d'une technologie complexe.

7.4. Le financement

Lorsqu'un financement est dédié à l'innovation et est continu, la mise en œuvre de l'innovation et son aspect routinier seront plus faciles.

7.5. La communication intra-organisationnelle

Une communication au sein de l'organisation à travers des frontières structurelles comme par exemple des Ministères, facilite la mise en œuvre et la longévité de l'innovation. Un vécu partagé de cette innovation, une envie de la faire connaître peuvent être un levier d'action très puissant.

7.6. Les réseaux inter-organisationnels

La complexité de la mise en œuvre de l'innovation sera facilitée par l'utilisation des réseaux inter-organisationnels.

7.7. Le retour de l'information

Le feed-back à des moments clés de l'impact du processus de mise en œuvre de l'innovation augmente ses chances de réussite à long terme.

7.8. L'adaptation et la réinvention

Si l'innovation est adaptée au milieu local, elle aura plus de succès et vivra très longtemps.

8. Les liens entre les composants du modèle

Des liens forts entre les différents composants permettront l'adoption d'une innovation.

8.1. Les liens à la phase de développement

Une innovation développée dans un centre de recherche sera plus facilement adoptée si les agents de développement :

- Sont liés dès le début de la création de l'innovation aux futurs agents du terrain afin de comprendre les besoins de ceux-ci.
- Comprennent, partagent les valeurs de l'innovation et utilisent un même langage que les futurs adoptants pour décrire l'innovation et son impact.

8.2. Le rôle de l'agence du changement

Lorsqu'un organisme de changement fait partie d'un programme de diffusion, la nature et la qualité des liens avec les organisations adoptives influenceront la mise en œuvre de l'innovation. Les relations humaines positives, l'utilisation d'un langage commun, des systèmes de valeurs communs, le partage des ressources, sont autant d'éléments qui faciliteront l'implantation de l'innovation. Lorsque celle-ci touche le domaine de la technologie, l'agence du changement devra fournir diverses compétences telles que la capacité technique, la gestion de projet afin de répondre aux questions opérationnelles, l'aide technique…

8.3. Les agents de changement externe

Les agents employés par des organismes externes seront plus efficaces s'ils sont :

- Choisis pour leur homophilie auprès des adoptants potentiels de l'innovation.
- Formés pour développer des relations interpersonnelles avec les adoptants potentiels.
- Aptes à communiquer les besoins des utilisateurs aux développeurs de l'innovation.
- En mesure de donner aux utilisateurs les moyens d'évaluer l'innovation.

9. Conclusion

La compréhension de l'importance de chaque déterminant pouvant influencer la diffusion, la dissémination et la mise en œuvre de l'innovation dans le modèle conceptuel de Greenhalgh et al. (37) permet de cibler de façon judicieuse les outils de l'OMS qui seront utilisés pour promouvoir l'hygiène des mains au sein d'une institution.

Annexe 2 – Les éléments de la stratégie multimodale de l'OMS associés à quelques facteurs du modèle conceptuel de Greenhalgh et al.

<table>
<tr><th>ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS</th><th>FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.</th></tr>
<tr><td colspan="2">1. Changement de système</td></tr>
<tr><td rowspan="3">• Evaluer les structures existantes
• Evaluer le budget (matériel, temps, ressources)
• Choisir les personnes clés et définir les responsabilités</td><td>Facteur <u>Attributs de l'innovation</u>

<u>Ex</u> : l'avantage relatif → l'évaluation des structures nécessaires à l'hygiène des mains est le point de départ pour que le personnel soignant perçoive le projet de promotion à l'hygiène des mains comme un avantage en termes d'efficacité. En effet, il est illusoire de promouvoir cet acte si les structures ne sont pas présentes pour le réaliser.</td></tr>
<tr><td>Facteur <u>Caractéristiques de l'adoptant</u>

<u>Ex</u> : affiner l'innovation → l'évaluation des structures existantes et l'adaptation de celles-ci pour répondre aux recommandations de l'OMS peuvent se faire en collaboration avec chaque équipe soignante. L'opportunité leur est donnée de participer au choix, ce qui facilitera l'adoption du projet.</td></tr>
<tr><td>Facteur <u>Communication et influence</u>

<u>Ex</u> : les champions → cibler ces personnes et leur donner une légitimité pour qu'elles s'assurent de l'utilisation correcte des ressources financières et humaines.</td></tr>
</table>

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
	Facteur **Antécédents du système pour l'innovation** (contexte interne) Ex : le contexte réceptif pour le changement → il passera par le choix d'une personne ayant une vision stratégique pour la mise en place de la stratégie multimodale de l'OMS.
	Facteur **Préparation du système pour l'innovation** (contexte interne) Ex : l'évaluation des incidences → l'analyse budgétaire qu'engendre l'innovation doit être effectuée dès le début du projet et validée par la Direction.
	Facteur **Mise en œuvre** (implantation) Ex : le leadership et management → le soutien de la Direction et l'implication des dirigeants sont primordiaux pour la mise en place des structures adaptées à l'hygiène des mains.
2. Formation et éducation	
• Inciter le changement de comportement • Développer des compétences • Inclure dans un plan de formation continu	Facteur **Attributs de l'innovation** Ex : la testabilité → l'opportunité d'effectuer lors de la formation un test pratique à l'hygiène des mains visualisant le respect de la technique, permet au personnel soignant d'accepter plus facilement la stratégie de l'OMS et leur procurera une certaine confiance.

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
	Facteur **Caractéristiques de l'adoptant** Ex : la croyance dans le bienfondé de l'innovation → la formation insiste sur base d'études scientifiques que l'hygiène des mains selon les cinq indications de l'OMS réduit les IAS.
	Facteur **Communication et influence** Ex : l'homophilie → la formation est donnée en groupe, par un formateur soignant ayant les mêmes caractéristiques professionnelles.
	Facteur **Antécédents du système pour l'innovation** (contexte interne) Ex : la capacité d'absorption de nouvelles connaissances → la formation s'inscrit dans un plan de formation continue et dynamique.
	Facteur **Préparation du système pour l'innovation** Ex : la concordance organisation-innovation → la formation sur l'hygiène des mains correspond aux valeurs, aux normes de la maison de repos et de soins.
	Facteur **Contexte externe** Ex : les réseaux informels d'inter-organisation → la formation reprend par exemple les résultats d'études de compliance à l'hygiène des mains dans d'autres maisons de repos et de soins.

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
	Facteur **Mise en œuvre** (implantation) Ex : l'adaptation et la réinvention → la formation doit cibler par exemple les indications spécifiques à l'hygiène des mains en maison de repos et de soins.
3. Evaluations et restitutions des résultats	
• Identifier les domaines qui nécessitent des efforts majeurs (structures, connaissances, observance à l'hygiène des mains) • Fournir des informations afin d'alimenter le plan d'actions	Facteur **Attributs de l'innovation** Ex : le risque personnel → les évaluations et la restitution des résultats globalisés lors de la formation permettront à chacun d'évoluer sans se sentir visé.
	Facteur **Caractéristiques de l'adoptant** Ex : sensation de capacité d'effectuer des changements → en fonction des résultats et du feed-back présentés, l'accent doit être mis, si nécessaire, sur la capacité de chacun à s'améliorer.
	Facteur **Communication et influence** Ex : la structure du réseau → pour répandre les informations ayant trait aux résultats des évaluations, le réseau vertical peut être utilisé. En effet, le partage de ceux-ci et les actions d'amélioration à entreprendre sont formulés dans un langage commun et compris de tous.

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
	Facteur **Antécédents du système pour l'innovation** (contexte interne) Ex : le contexte réceptif pour le changement → le choix des personnes clés qui ont une vision stratégique claire permettant d'utiliser à bon escient les résultats des évaluations dans un but d'amélioration est capital.
	Facteur **Préparation du système pour l'innovation** Ex : le temps et les ressources consacrés → un budget doit être établir et validé dès le départ pour que l'innovation soit implantée mais continue dans le temps.
	Facteur **Mise en œuvre** (implantation) Ex : le retour de l'information → la restitution des résultats des évaluations à des moments précis et connu de tous est impératif pour le suivi à long terme de l'innovation.
4. Rappels et incitatifs sur le lieu de travail	
• Sensibiliser et rappeler	Facteur **Attributs de l'innovation** Ex : le soutien → l'affichage des indications à l'hygiène des mains est un rappel visuel intéressant.
	Facteur **Caractéristiques de l'adoptant** Ex : réduire l'inquiétude → l'affiche de la technique à l'hygiène des mains diminue la complexité du geste.

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
	Facteur **Communication et influence** Ex : la structure du réseau → les affiches proposées par l'OMS se trouvent sur internet et sont à la portée de tous.
	Facteur **Antécédents du système pour l'innovation** Ex : la capacité d'absorption des nouvelles connaissances → les rappels et incitatifs sont des compléments à la formation et à l'éducation.
	Facteur **Préparation du système pour l'innovation** Ex : la concordance organisation-innovation → les affiches sont un rappel et correspondent aux pratiques de travail du personnel.
	Facteur **Contexte externe** Ex : les réseaux informels d'inter-organisation → les affiches de l'OMS se trouvent dans toutes les institutions qui participent aux campagnes d'hygiène des mains.
	Facteur **Mise en œuvre** (implantation) Ex : le leadership et management → l'accord préalable de la Direction à l'affichage des rappels permet à l'innovation de perdurer.

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
5. Culture institutionnelle de la sécurité	
• Instaurer un climat de sécurité des patients (réduction des IAS par l'amélioration des pratiques)	Facteur **Attributs de l'innovation** Ex : la compatibilité → l'hygiène des mains dans un but de réduire les IAS des résidents répond aux valeurs du personnel soignant.
	Facteur **Caractéristiques de l'adoptant** Ex : la motivation → l'instauration d'un climat de sécurité des résidents par l'hygiène des mains doit rester un point clé dans sa prise en charge.
	Facteur **Communication et influence** Ex : les champions → cibler ces personnes qui peuvent à tout moment coordonner les efforts au sein de la MRS.
	Facteur **Antécédents du système pour l'innovation** (contexte interne) Ex : la capacité d'absorption des nouvelles connaissances → l'importance de la compréhension du lien existant entre le respect des bonnes pratiques et l'instauration d'un climat de sécurité pour les résidents.
	Facteur **Préparation du système pour l'innovation** (contexte interne) Ex : la capacité d'évaluer l'innovation → la mise en place d'un système qui évalue l'impact de la mise en œuvre des bonnes pratiques à l'hygiène des mains (réduction du taux des IAS).

ELÉMENTS DE LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	FACTEURS DU MODÈLE CONCEPTUEL DE GREENHALGH ET AL.
	Facteur **Mise en œuvre** (implantation) Ex : les ressources humaines → l'implication précoce de l'ensemble du personnel à la culture institutionnelle de sécurité des résidents pérennisera le projet.

Annexe 3 – Courrier du Directeur de la MRS informant le personnel soignant de la mise en place d'un programme de promotion à l'hygiène des mains

Cette annexe se trouve sur le support électronique (CD-ROM).

Annexe 4 – Questionnaire sur les infrastructures dans les unités de soins (OMS)

Cette annexe se trouve sur le support électronique (CD-ROM).

Annexe 5 – Grille d'observation « hygiène des mains » pour les hôpitaux aigus et chroniques (Belgique)

Observateur: _____ Date: ___ / ___ / ___ Heure (de - à): ___ : ___ - ___ : ___ Unité: _____ Entourez: avant / après campagne

Hygiène des Mains - Grille d'Observation

version 2016-2017

AVANT contact patient

APRÈS contact patient

AVANT acte propre / invasif

IV URI RESP PL / MUQ MED

APRÈS exposition à des liquides biologiques

APRÈS contact avec l'environnement du patient

Infirmièr(e) Accoucheu(r)se	*Opportunités*									
	rien									
	savon									
	alcool									
Aide-soignant(e)	*Opportunités*									
	rien									
	savon									
	alcool									
Médecin	*Opportunités*									
	rien									
	savon									
	alcool									
Kinésithérapeute	*Opportunités*									
	rien									
	savon									
	alcool									
Autre	*Opportunités*									
	rien									
	savon									
	alcool									

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

patient-safety.be

isp
wiv

IV veineux / artériel
URI urinaire
RESP respiratoire
PL/MUQ peau lésée / muqueuses
MED médicaments

.be

HYGIÈNE DES MAINS – OBSERVATION (2016-2017)

Méthodologie

On utilise une grille d'observation par session d'observation de 30 minutes.

Enregistrement par période d'observation:
Observateur: les initiales de la personne qui observe
La date de l'observation
L'heure de début et de fin de l'observation
Unité: code interne

Entourer 'Avant campagne' ou 'Après campagne' en fonction de la période d'observation (avant ou après la période de sensibilisation dans votre institution).
Une opportunité à l'hygiène des mains = tout moment (pendant les soins) pour lequel il existe une indication à l'hygiène des mains.
Remarque: il y a parfois, au même moment, deux indications ('double indication') pour appliquer l'hygiène des mains. Dans ce cas, il n'y a question que d'une seule opportunité à l'hygiène des mains. Pour compléter la grille d'observation, vous choisissez l'opportunité qui représente le risque le plus grand pour le patient.

Enregistrement par opportunité:
Le groupe professionnel auquel appartient le soignant, y compris les étudiants

La forme d'hygiène des mains qui est appliquée:
rien: pas d'application de l'hygiène des mains après l'opportunité
savon: les mains sont lavées avec eau et savon (la qualité du savon importe peu)
alcool: les mains sont frictionnées avec une solution hydro-alcoolique
Remarque: si les mains sont lavées puis frictionnées à la solution hydro-alcoolique, on enregistre 'alcool'

Le type de contact:

AVANT contact patient: avant contact avec peau intacte, habillage du patient, prise de paramètres, consultation clinique, administration d'oxygène par masque ou lunette, ...

APRÈS contact patient: après contact avec la peau intacte, habillage du patient, prise de paramètres, consultation clinique, administration d'oxygène, administration d'un aérosol, injections IM/SC, ...

AVANT un soin propre ou invasif: avant un soin propre ou invasif qui vise
- le système veineux (IV): prise de sang, placer, ôter ou manipuler un cathéter, remplacement du liquide de perfusion, injecter un médicament via le cathéter, changer le pansement du cathéter, ...
- le système urinaire (URI): prélèvement d'échantillon, placer et ôter un cathéter urinaire, lavage de vessie, manipulation de la connexion avec le cathéter urinaire du collecteur d'urines, ...
- le système respiratoire (RESP): aspiration endo-trachéale, soin à la trachéotomie, administration d'oxygène au moyen d'une sonde nasale, ...
- peau lésée (PL) et muqueuses (MUQ): toilette intime, soin de plaie, soin de bouche, placer et ôter une sonde gastrique, injection SC/IM, ...
- Préparation des médicaments (MED): aspirer un médicament, mettre un médicament en solution, préparation d'un aérosol, ...

APRÈS contact potentiel avec des liquides biologiques ou des muqueuses: après un soin avec risque de contact avec des liquides biologiques ou des muqueuses:
- après tout contact avec des urines, du sang, des sécrétions respiratoires, des fèces, ... avec ou sans gants
- après une toilette intime, soin de plaie, soin de bouche, placement ou enlèvement de sonde gastrique, après prise de sang, placement et enlèvement de cathéter, remplacement du pansement de cathéter, après prélèvement d'urines, placement et enlèvement de cathéter urinaire, lavage de vessie, manipulation de la connexion cathéter urinaire-collecteur d'urines, après une aspiration endo-trachéale, soin à la trachéotomie, ...

APRÈS contact avec l'environnement immédiat du patient: après contact avec le matériel du patient (relever le débit du redon ou du sac à urines, manipulation de la ligne intraveineuse, ...) et de l'environnement du patient (réfraction du lit, entretien ménager, manipulation des barrières de lit, ...)

Annexe 6 – Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins (OMS)

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins

Introduction et instructions pour l'utilisateur

Le Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins est un outil systématique pour obtenir une analyse de situation du niveau de promotion et des pratiques d'hygiène des mains dans un établissement de soins.

Quel est le but du modèle ?

Le Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins permet à la fois de recenser les ressources et les réalisations sur lesquels reposent les plans et défis futurs. C'est un outil diagNonstique qui permet d'identifier les points nécessitant attention et améliorations. Les résultats de l'évaluation peuvent faciliter l'élaboration des plans d'actions nécessaires à la mise en œuvre d'un programme de promotion de l'hygiène des mains dans un établissement de soins. La pratique répétée de l'auto-évaluation permet aussi de suivre la progression de l'établissement dans le temps.

Le but général de l'auto-évaluation est d'inciter la mise en œuvre d'un programme complet et durable pour la promotion de l'hygiène des mains dans les établissements de soins.

A qui s'adresse le modèle d'auto-évaluation ?

L'outil est à utiliser par les professionnels responsables de la mise en œuvre de la stratégie de promotion de l'hygiène des mains dans l'établissement de soins. Si aucun programme n'est déployé, l'outil peut néanmoins être utilisé par des professionnels du contrôle des infections ou des cadres de direction de l'établissement.
Le modèle est exploitable quelque soit le niveau de progression dans la promotion et des pratiques, pour autant qu'il s'applique au domaine de l'hygiène des mains.

Comment l'outil est-il structuré ?

Le Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins est divisé selon les 5 éléments de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/fr/index/html) et 27 indicateurs sélectionnés qui représentent chacun des éléments de la stratégie. Ces indicateurs sont basés sur l'évidence et le consensus d'expert en la matière. Ils sont formulés sous forme de questions auxquelles s'appliquent des réponses de type oui/Nonn ou à choix multiples, qui facilitent l'auto-évaluation. Un score est réalisé en regard de chaque élément auquel correspond un niveau prédéfini de promotion et de pratique de l'hygiène des mains de l'établissement de soins: Inadéquat ; Basique ; Intermédiaire ; Avancé.

Inadéquat : La promotion et les pratiques d'hygiène des mains sont déficientes. Des améliorations substantielles sont nécessaires.

Basique : Des mesures sont en place mais ne satisfont pas aux normes. Des améliorations sont encore requises.

Intermédiaire : Une stratégie promotionnelle appropriée est appliquée et les pratiques se sont améliorées. Le développement de plans à long terme reste déterminant pour la durabilité du programme et des améliorations.

Avancé : La promotion et les pratiques d'hygiène des mains sont optimales, permettant à l'établissement de développer une culture de la sécurité.

Des critères sont aussi proposés pour identifier les établissements de référence contribuant à la continuité de la promotion de l'hygiène des mains par la recherche, l'inNonvation et le partage des connaissances. L'évaluation selon ces critères n'est envisagée que lorsque l'établissement a atteint le niveau « Avancé ».

Comment utiliser l'outil ?

Le Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins est complété en entourant ou soulignant la proposition en réponse aux questions, qui correspond le mieux à la situation de l'établissement. Les réponses sont associées à des scores dont la somme pour chaque élément est un sous-total du score global désignant le niveau de l'établissement.

La conduite de cette auto-évaluation ne devrait pas durer plus de 30 minutes, pour autant que l'information soit disponible à l'enquêteur.

La grille d'évaluation intègre une colonne libellée « outils OMS de mise en œuvre » qui liste tous les outils disponibles dans le cadre du premier Défi mondial pour la sécurité des patients de l'OMS et à l'appui de la mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/fr/index/html). Ces outils sont listés en regard des indicateurs d'évaluation ; ce qui peut aider à l'élaboration des plans d'actions futurs relatifs aux améliorations nécessaires.

Le modèle convient-il aux comparaisons entre les établissements ?

Les établissements de soins et organismes nationaux pourraient envisager d'utiliser ce modèle comme outil normatif pour des comparaisons externes. Cependant il n'a pas été conçu dans cette perspective. Il y a des risques inhérents à l'usage de références Normalisées pour des comparaisons externes, en particulier lorsqu'elles s'appliquent à des établissements de taille et de complexité différentes, et dans des contextes socio-économiques différents. Il est fondamental d'interpréter les résultats en considérant les limitations qui pourraient s'appliquer à leur comparaison.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Organisation mondiale de la Santé | Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs | SAVE LIVES
Clean **Your** Hands

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

1. Le changement de système

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
1.1 Un produit hydro-alcoolique est-il facilement accessible dans votre établissement ? **Choisir une seule réponse**	Pas disponible	0	→ Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins → Protocole d'Evaluation de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité d'un Produit hydro–alcoolique en usage ou à introduire: Méthode 1 → Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains II.
	Disponible, mais l'efficacité[1] et la tolérance[2] n'ont pas été démontrées	0	
	Disponible dans quelques unités de soins ou approvisionnement discontinu (efficacité[1] et tolérance2 démontrées)	5	
	Disponible dans l'ensemble de l'établissement et approvisionnement continu (efficacité[1] et tolérance[2] démontrées)	10	
	Disponible dans l'ensemble de l'établissement et approvisionnement continu sur le lieu de soins[3] dans la majorité des unités de soins (efficacité[1] et tolérance[2] démontrées)	30	
	Disponible dans l'ensemble de l'établissement et approvisionnement continu sur chaque lieu de soins[3] (efficacité[1] et tolérance[2] démontrées)	50	
1.2 Quel est le ratio lavabo : lit ? **Choisir une seule réponse**	Moins de 1:10	0	→ Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins → Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains II.1
	Au moins 1:10 dans la plupart des unités de soins	5	
	Au moins 1:10 dans l'ensemble de l'établissement et 1:1 dans les chambres individuelles et de soins intensifs	10	
1.3 L'alimentation en eau propre et courante[4] est-elle continue ?	Non	0	
	Oui	10	
1.4 Du savon[5] est-il disponible à chaque lavabo ?	Non	0	
	Oui	10	
1.5 Des essuie-mains à usage unique sont-ils disponibles à chaque lavabo ?	Non	0	
	Oui	10	
1.6 Un budget est-il prévu et alloué pour l'approvisionnement en produits nécessaires à l'hygiène des mains (par exemple : solution pour la friction hydro-alcoolique des mains) ?	Non	0	
	Oui	10	

Question subsidiaire: Plan d'action

Répondez à cette question UNIQUEMENT si le score est inférieur à 100 pour les questions de 1.1 à 1.6 : Un plan d'action réaliste est-il prêt pour améliorer les infrastructures6 dans votre établissement ?	Non	0	→ Planification et Evaluation du Coût de Production locale d'un Produit hydro–alcoolique → Guide de Production Locale : Formulations de Produits hydro–alcooliques recommandées par l'OMS → Guide de Mise en Œuvre II.1
	Oui	5	
	Sous-total : Le changement de système	**/100**	

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

1. Efficacité : Le produit hydro-alcoolique en usage doit répondre aux normes d'efficacité microbiologique pour l'antisepsie des mains (normes ASTM ou EN). Les produits d'efficacité optimale pour la friction hydro-alcoolique contiennent 75 à 85% d'éthanol, d'isopropanol, ou n-propanol, ou une combinaison de ces alcools. Les formulations recommandées par l'OMS contiennent 75% v/v d'isopropanol, ou 80% v/v d'éthanol.

2. Tolérance cutanée : Le produit hydro-alcoolique en usage dans les services cliniques est toléré par les professionnels soignants (c'est-à-dire qu'il n'abime pas la peau) et cette tolérance est démontrée par des données fiables. Le Protocole d'Evaluation de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité d'un Produit hydro-alcoolique en Usage ou à introduire : Méthode 1 peut être utilisé comme référence pour démontrer la tolérance cutanée.

3. Lieu de soins : Lieu de convergence de trois éléments – le patient, le professionnel en contact avec le patient et son environnement et le soin ou traitement délivré au patient. La notion de «lieu de soins» fait référence à la disponibilité et l'accessibilité des professionnels soignants à un produit pour l'hygiène des mains à l'endroit même où ils pratiquent les soins aux patients (à portée de main ou dans les 2 mètres alentours).

4. Eau propre et courante : Alimentation en eau courante à partir du réseau, ou si ce n'est pas possible à partir d'un réservoir adéquatement désinfecté, qui satisfasse aux normes en matière de contamination microbiologique et chimique. De plus amples détails sont disponibles dans le document suivant: Essential environmental health standards in health care (Geneva, World Health Organization, 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547239_eng.pdf).

5. Savon : Produit détergeant qui contient un agent antiseptique ou non, ou à des concentrations uniquement conservatrices. Le savon est disponible sous formes de savonnette ou pain de savon, de lingettes imprégnées, de feuilles de savon, de poudre ou liquide.

6. Infrastructures : Les infrastructures font référence ici aux installations, équipements et produits nécessaires à la pratique appropriée de l'hygiène des mains dans les établissements de soins. Les indicateurs spécifiques de structures, en matière d'hygiène des mains, sont compris dans les questions 1.1-1.5 et détaillés dans les *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care 2009*, (Part I, Chapter 23.5) (par exemple: la disponibilité d'un produit hydro-alcoolique sur chaque lieu de soins, l'alimentation continue en eau courante, propre, le ratio lavabo : lits de 1 :10, chaque lavabo étant fonctionnel, équipé de savon et d'essuie-mains à usage unique).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

2. L'éducation et la formation

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
2.1 Concernant la formation des professionnels soignants dans votre établissement :			
2.1a A quelle fréquence les professionnels soignants sont-ils formés en hygiène des mains[7] dans votre établissement ? **Choisir une seule réponse**	Jamais	0	→ Diapositives pour les Sessions de Formation des Formateurs, Observateurs et Professionnels médico–soignants → Films didactiques sur les Indications et Pratiques de l'Hygiène des Mains et diapositives d'accompagnement → Modèle de Présentation pour le Coordinateur → Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence → Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand → Guide de Mise en Œuvre II.2
	Au moins une fois	5	
	Formation régulière des médecins et des infirmiers/ères, ou des professionnels soignants de toutes les catégories (au moins une fois par an)	10	
	Formation obligatoire des professionnels soignants de toutes les catégories à l'engagement puis formation continue régulière (au moins une fois par an)	20	
2.1b Une structure est-elle en place pour enregistrer les professionnels qui ont suivi la formation ?	Non	0	
	Oui	20	
2.2 Les documents de l'OMS suivants (disponibles à http://www.who.int/gpsc/5may/tools/fr/index.html), ou leurs adaptations locales, sont-ils à disposition des professionnels soignants ?			→ Guide de Mise en Œuvre II.2
2.2a Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins	Non	0	→ Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins
	Oui	5	
2.2b Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence	Non	0	→ Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence
	Oui	5	
2.2c Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand	Non	0	→ Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand
	Oui	5	
2.2d Fiche d'Information sur l'Usage des Gants	Non	0	→ Fiche d'Information sur l'Usage des Gants
	Oui	5	
2.3 Un professionnel formateur avec les compétences nécessaires[8] pour mener le programme de formation en hygiène des mains est-il disponible dans l'établissement ?	Non	0	→ *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* → Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence → Films didactiques sur les Indications et Pratiques de l'Hygiène des Mains et diapositives d'accompagnement → Guide de Mise en Œuvre II.2
	Oui	15	
2.4 Un programme de formation et de validation des observateurs est-il en place ?	Non	0	
	Oui	15	
2.5 Un budget est-il dédié, qui permette la formation en hygiène des mains ?	Non	0	→ Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins –Sensibilisation à l'Hygiène des Mains → Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Communication sur les Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains → Modèle de Plan d'Action → Guide de Mise en Œuvre II.2 and III.1 (page 33)
	Oui	10	
	Sous-total pour : L'éducation et la formation	**/100**	

7. Formation en hygiène des mains : Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour l'enseignement en hygiène des mains, toutefois les messages sont délivrés selon la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains ou autre matériel similaire. La formation comporte les sujets suivants :

- La définition de l'infection associée aux soins (IAS), l'impact et ses conséquences
- Les modes de transmission principaux des germes à l'origine des IAS
- La prévention des IAS et l'importance de l'hygiène des mains
- Les indications de l'hygiène des mains (selon l'approche OMS des " 5 Indications de l'hygiène des mains")
- Les techniques appropriées de l'hygiène des mains (voir "La friction hydro-alcoolique: Comment" et "Le lavage des mains : Comment")

8. Les compétences du professionnel formateur : Médecin ou infirmier/ère formé en contrôle et prévention des infections ou en maladies infectieuses dont le rôle nécessite un temps formellement dédié à la formation des professionnels médico-soignants. Dans certains établissements, ce rôle peut être attribué à des médecins et infirmiers/ères cliniciens auxquels du temps est alloué pour acquérir les connaissances détaillées sur l'évidence en matière d'hygiène des mains et sa pratique. Les connaissances minimales requises sont stipulées dans les *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* (Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins) et dans le document Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

3. Les évaluations et la restitution des résultats

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
3.1 Des audits réguliers (au moins une fois par année) sont-ils menés pour évaluer la disponibilité du produit hydro-alcoolique, du savon, d'essuie-mains à usage unique et autre matériel nécessaire à l'hygiène des mains ?	Non	0	→ Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins → Guide de Mise en Œuvre II.3
	Oui	10	
3.2 La connaissance des professionnels soignants sur les sujets suivants est-elle évaluée au moins une fois pas année (par exemple après la session de formation) ?			
3.2a. Les indications de l'hygiène des mains	Non	0	→ Questionnaire sur les Connaissances du Personnel soignant de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.3
	Oui	5	
3.2b. La technique appropriée de l'hygiène des mains	Non	0	
	Oui	5	
3.3 Méthodes indirectes de surveillance de l'observance à l'hygiène des mains			
3.3a La consommation de produit hydro-alcoolique est-elle évaluée régulièrement (au moins une fois par trimestre) ?	Non	0	→ Questionnaire sur les Connaissances du Personnel soignant de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.3
	Oui	5	
3.3b La consommation de savon est-elle évaluée régulièrement (au moins une fois par trimestre) ?	Non	0	
	Oui	5	
3.3c La consommation de produit hydro-alcoolique est-elle d'au moins 20L par 1000 jours-patients ?	Non (ou non mesuré)	0	
	Oui	5	
3.4 Méthode directe de surveillance de l'observance à l'hygiène des mains Cette rubrique est complétée uniquement si des observateurs sont formés et validés à l'observation selon la méthodologie basée sur l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » proposée par l'OMS (ou similaire) dans votre établissement			
3.4a A quelle fréquence les enquêtes d'observance par observation directe selon la méthodologie OMS (ou similaire) sont-elles conduites ? **Choisir une seule réponse**	Jamais	0	→ Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance → Hygiène des Mains : Manuel technique de Référence → Guide to Implementation II.3
	Irrégulièrement	5	
	Une fois pas an	10	
	Tous les 3 mois ou plus souvent	15	
3.4b Quel est le taux d'observance global calculé à partir des observations directes menées selon la méthodologie OMS (ou similaire) dans votre établissement ? **Choisir une seule réponse**	≤ 30%	0	→ Guide to Implementation II.3 → Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance → Outils de Saisie et d'Analyse des Données → Instructions pour la Saisie et l'Analyse des Données → Logiciel *Epi Info™* [9] → Trame pour la Synthèse et le Rapport des Résultats d'Evaluations
	31 – 40%	5	
	41 – 50%	10	
	51 – 60%	15	
	61 – 70%	20	
	71 – 80%	25	
	≥ 81%	30	
3.5 Restitution			
3.5a **Restitution immédiate de l'information** La restitution immédiate aux professionnels soignants observés est-elle pratiquée au terme de chacune des sessions d'observation ?	Non	0	→ Guide de Mise en Œuvre II.3 → Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance
	Oui	5	
3.5b **Restitution systématique** Une restitution d'information en lien avec les indicateurs de l'hygiène des mains et les tendances au cours du temps est-elle pratiquée régulièrement (au moins une fois par semestre):			→ Trame pour la Synthèse et le Rapport des Résultats d'Evaluations → Guide de Mise en Œuvre II.3
3.5b.i Pour les professionnels soignants ?	Non	0	
	Oui	7.5	
3.5b.ii Pour les équipes de directions ?	Non	0	
	Oui	7.5	
	Sous-total pour : Les évaluations et la restitution des résultats	**/100**	

9. Epi InfoTM: Ce logiciel peut être téléchargé, sans frais, à partir du site web du CDC (http://www.cdc.gov/epiinfo/)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

4. Les rappels sur le lieu de travail

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
4.1 Les affiches suivantes (ou autres affiches produites localement au contenu similaire) sont-elles exposées ?			→ Guide de Mise en Œuvre II.4
4.1a Affiche décrivant les indications de l'hygiène des mains **Choisir une seule réponse**	Pas exposée	0	→ Affiche : Les 5 Indications de l'Hygiène des Mains
	Exposée dans quelques unités de soins et salles de traitement	15	
	Exposée dans la plupart des unités de soins et salles de traitement	20	
	Exposée dans toutes les unités de soins et salles de traitement	25	
4.1b Affiche décrivant la friction hydro-alcoolique **Choisir une seule réponse**	Pas exposée	0	→ Affiche : La Friction hydro–alcoolique : Comment
	Exposée dans quelques unités de soins et salles de traitement	5	
	Exposée dans la plupart des unités de soins et salles de traitement	10	
	Exposée dans toutes les unités de soins et salles de traitement	15	
4.1c Affiche décrivant le lavage des mains **Choisir une seule réponse**	Pas exposée	0	→ Affiche : Le Lavage des Mains : Comment
	Exposée dans quelques unités de soins et salles de traitement	5	
	Exposée dans la plupart des unités de soins et salles de traitement	7.5	
	Exposée près de chaque lavabo dans toutes les unités de soins et salles de traitement	10	
4.2 A quelle fréquence un audit des affiches est-il mené, pour identifier les besoins en renouvellement en cas de dommage et disparition ? **Choisir une seule réponse**	Jamais	0	→ Guide de Mise en Œuvre II.4
	Au moins une fois par an	10	
	Tous les 2-3 mois	15	
4.3 La promotion de l'hygiène des mains est-elle soutenue par l'affichage de messages régulièrement renouvelés et actualisés et autres que ceux mentionnés ci-dessus?	Non	0	→ Guide de Mise en Œuvre II.4
	Oui	10	
4.4 Les dépliants d'information sur le "quand" et le "comment" de l'hygiène des mains sont-ils disponibles dans les unités de soins ?	Non	0	→ Dépliant : Hygiène des mains : Quand et Comment → Guide de Mise en Œuvre II.4
	Oui	10	
4.5 D'autres rappels que les affiches sont-ils disponibles sur les lieux de travail dans votre établissement (par exemple: écran de veille, badges, autocollants, etc.) ?	Non	0	→ Ecran de veille : **SAVE LIVES:** Clean **Your** Hands → Guide de Mise en Œuvre II.4
	Oui	15	
	Sous-total pour: Les rappels sur le lieu de travail	**/100**	

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

5. La culture institutionnelle de la sécurité

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
5.1 Concernant l'équipe dédiée à la promotion et la mise en œuvre des pratiques optimales d'hygiène des mains[10]:			→ Guide de Mise en Œuvre II.5
5.1a Une telle équipe existe-t-elle ?	Non	0	
	Oui	5	
5.1b Cette équipe se réunit-elle régulièrement (au moins une fois par mois) ?	Non	0	
	Oui	5	
5.1c Les membres de cette équipe ont-ils un temps de travail accordé pour mener les activités (par exemples : enseignement, surveillance des pratiques d'hygiène des mains, organisation de nouvelles activités) ?	Non	0	
	Oui	5	
5.2 Les membres de la direction de l'établissement se sont-ils clairement engagés à soutenir les activités de promotion de l'hygiène des mains (par exemple: engagement publique écrit ou oral auprès des professionnels soignants) ?			→ Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Sensibilisation à l'Hygiène des Mains → Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Communication sur les Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.5
5.2a Directeur/trice général/e	Non	0	
	Oui	10	
5.2b Directeur/trice médical/e	Non	0	
	Oui	5	
5.2c Directeur/trice de soins	Non	0	
	Oui	5	
5.3 Un plan d'action clair pour la promotion de l'hygiène des mains à l'occasion du 5 mai (Initiative annuelle: Save Lives Clean Your Hands) est-il établi ?	Non	0	→ Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins → Guide de Mise en Œuvre II.5
	Oui	10	
5.4 Un processus pour l'identification de personnes dans toutes les disciplines et à la tête de l'hygiène des mains est-il en place ?			
5.4a Un système pour la désignation de champions de l'hygiène des mains[11]	Non	0	
	Oui	5	
5.4b Un système de reconnaissance et d'utilisation des professionnels modèles (*role model*)[12]	Non	0	
	Oui	5	
5.5 Concernant l'engament du patient pour la promotion de l'hygiène des mains:			→ Conseils pour l'Engagement des Patients et des Organisations de Patients en faveur des Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.5
5.5a Les patients sont-ils informés de l'importance de l'hygiène des mains (par dépliant, par exemple) ?	Non	0	
	Oui	5	
5.5b Un programme pour l'implication des patients est-il formellement mis en place ?	Non	0	
	Oui	10	
5.6 Des initiatives locales existent-elles pour le soutien pérenne de la promotion de l'hygiène des mains ? Par exemple :			→ Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins → Guide de Mise en Œuvre II.5
5.6a Supports de formation continue à distance (*e-learning*)	Non	0	
	Oui	5	
5.6b Un objectif relatif à l'hygiène des mains annoncé et à atteindre chaque année	Non	0	
	Oui	5	
5.6c Processus de responsabilisation individuelle[13]	Non	0	
	Oui	5	
5.6d Processus pour le partage des données fiables relatives à l'expérimentation d'innovations dans l'établissement	Non	0	
	Oui	5	
5.6e Communications régulières sur le sujet de l'hygiène des mains (bulletins d'informations, réunions de services)	Non	0	
	Oui	5	
5.6f Encadrement systématique, sous forme de binôme[14] pour tout professionnel soignant nouvellement engagé	Non	0	
	Oui	5	
Sous-total pour: La culture institutionnelle de la sécurité		**/100**	

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

10. Equipe dédiée à la promotion de l'hygiène des mains: La composition de l'équipe peut varier en fonction des ressources disponibles. Soit il s'agit d'une unité en prévention et contrôle des infections, soit elle peut être constituée d'une personne qui gère le programme d'hygiène des mains ou d'un groupe de personnes provenant de plusieurs départements et se réunissant dans le but de mettre en œuvre le programme d'hygiène des mains.

11. Le champion: Personne qui va soutenir la cause de la sécurité des patients et faire valoir les normes des pratiques d'hygiène des mains. Elle assume cette responsabilité de promouvoir le programme au niveau de son service clinique, ou dans l'établissement.

12. Le professionnel modèle: Personne exemplaire, dont le comportement est suivi par d'autres. Le professionnel modèle en hygiène des mains devrait faire preuve d'une observance à 80%, être capable de rappeler ses collègues à l'observance, être capable d'enseigner la pratique de l'hygiène des mains selon l'approche des 5 Indications de l'OMS.

13. Processus de responsabilisation personnelle: Actions effectives mises en place pour stimuler les professionnels soignants à assumer la responsabilité de leur comportement à l'égard des pratiques d'hygiène des mains, par exemple : la notification par des observateurs ou des professionnels du contrôle et de la prévention des infections, les reprises par les pairs, les rapports à la hiérarchie dans l'établissement, avec sanctions possibles sur l'évaluation individuelle.

14. Système d'encadrement (binôme): Programme dans lequel il est prévu que chaque professionnel nouvellement engagé bénéficie d'une introduction à l'hygiène des mains et à la sécurité des patients par un pair, notamment sur les techniques et les indications de l'hygiène des mains, sur les initiatives promotionnelles dans l'établissement.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In Non event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.
WHO ackNonwledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

Interprétation: un processus en 4 étapes

1.
Additionner les points enregistrés.

Score	
Elément de la stratégie	**Sous-total**
1. Le changement de système	
2. L'éducation et la formation	
3. Les évaluations et la restitution des résultats	
4. Les rappels sur le lieu de travail	
5. La culture institutionnelle de la sécurité	
Total	

2.
Déterminer le niveau en hygiène des mains pour votre établissement.

Score total compris entre	Niveau en hygiène des mains
0 - 125	Inadéquat
126 - 250	Basique
251 - 375	Intermédiaire (programme d'établissement en voie de consolidation)
376 - 500	Avancé (programme d'établissement solidement ancré)

3.
Si votre établissement a atteint le niveau « Avancé », vous pouvez compléter la section ci-dessous.

Si non, poursuivre l'étape 4.

4.
Revue des domaines identifiés par l'évaluation nécessitant des améliorations dans votre établissement, ainsi que le développement d'un plan d'action pour y remédier (en commençant par l'utilisation des outils de promotion de l'OMS)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

Critères pour établissement de référence	Réponse (une seule possible)	
Le changement de système		
Une analyse des coûts-bénéfices des changements de structures pour l'hygiène des mains a-t-elle été conduite ?	Oui	Non
La friction hydro-alcoolique constitue-t-elle 80% des actions d'hygiène des mains dans votre établissement ?	Oui	Non
L'éducation et la formation		
L'équipe en charge de l'hygiène des mains est-elle impliquée dans la formation de collègues et représentants d'autres établissements dans le domaine de la promotion de l'hygiène des mains ?	Oui	Non
Les principes de l'hygiène des mains sont-ils intégrés aux formations professionnelles des infirmiers/ères et des médecins ?	Oui	Non
Les évaluations et la restitution des résultats		
Des infections associées aux soins sont-elles surveillées (par exemple : bactériémies à *Staphylococcus aureus*, infections associées aux dispositifs médicaux invasifs, infections à bactéries à gram négative) ?	Oui	Non
Un système de surveillance des IAS dans les services à haut risque est-il en place (par exemple : services de soins intensifs et réanimation, services de néonatologie) ?	Oui	Non
Une enquête de prévalence des IAS est-elle conduite au moins une fois par an ?	Oui	Non
La fréquence des IAS est-elle présentée aux membres de la direction de l'établissement et aux professionnels soignants en lien avec le taux d'observance à l'hygiène des mains ?	Oui	Non
Une évaluation formelle dont le but est de mettre en évidence les obstacles aux pratiques d'hygiène des mains et les causes des IAS est-elle menée au niveau local et les résultats sont-ils rapportés aux membres de la direction de l'établissement ?	Oui	Non
Les rappels sur le lieu de travail		
Un système pour la création locale de nouvelles affiches promotionnelles avec la participation des professionnels soignants est-il en place ?	Oui	Non
Des affiches créées dans votre établissement sont-elles utilisées par d'autres établissements ?	Oui	Non
Des rappels innovants sont-ils développés et testés dans votre établissement ?	Oui	Non
La culture institutionnelle de la sécurité		
Un agenda de recherche dans le domaine de l'hygiène des mains est-il à l'ordre du jour dans votre établissement et prend-il en compte les problématiques relevées dans les *WHO Guidelines for Hand Hygiene in Health Care* (Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des Mains au cours des Soins) et nécessitant des études ?	Oui	Non
Des collaborateurs/trices de votre établissement participent-ils/elles activement à des publications, des présentations orales ou par posters sur l'hygiène des mains ?	Oui	Non
Les patients sont-ils invités à rappeler aux professionnels soignants de pratiquer l'hygiène des mains ?	Oui	Non
Les patients et les visiteurs sont-ils sensibilisés à la pratique de l'hygiène des mains ?	Oui	Non
Votre établissement participe-t-il à, ou soutient-il une campagne nationale (pour autant qu'il en existe une) ?	Oui	Non
Les résultats des évaluations de suivi sont-ils utilisés pour établir le programme à long terme en contrôle et prévention des infections ?	Oui	Non
Votre établissement définit-il un objectif annuel d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains commun à tous les collaborateurs ?	Oui	Non
Si un objectif a été défini l'an dernier, a-t-il été atteint ?	Oui	Non

Votre établissement a atteint le niveau de référence si vous avez répondu "oui" à au moins un critère par élément et que le total est égal ou supérieur à 12. Félicitations et merci !

Total	/20

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Organisation mondiale de la Santé

Sécurité des patients
Une Alliance mondiale pour des soins plus sûrs

SAVE LIVES
Clean **Your** Hands

Votre plan d'action pour la promotion de l'hygiène des mains

Modèle de plan d'action qui s'applique au niveau **Intermédiaire** obtenu à l'auto-évaluation de l'OMS

Changement de système

Evaluation de base – dresser une liste précise des ressources exigées pour l'hygiène des mains sur les lieux de soins où elles ne sont pas encore disponibles – documenter et décrire les moyens nécessaires

Produits pour l'hygiène des mains – fournir les produits et leurs instructions d'usage sur les lieux de soins, progressivement dans tout l'établissement de soins, selon un calendrier clairement établi

Soutien – présenter votre proposition pour le changement de système à l'équipe de direction, négocier et s'assurer de son soutien à court et long terme, notamment du point de vue financier pour l'approvisionnement continu en produits

Education & formation

Evaluation des besoins – planifier la formation en hygiène des mains sur les 5 indications selon l'approche de l'OMS, basée sur le niveau de connaissances, de perceptions et d'observance des professionnels médico-soignants

Planification – élaborer et appliquer un système de validation des observateurs

Exécution – délivrer un programme de formation mis à jour pour les professionnels, basé sur l'évaluation de leurs besoins

Soutien – s'assurer du soutien de l'équipe de direction pour la formation régulière, incluant les ressources financières

Durabilité – appliquer le système d'enregistrement des professionnels ayant suivi le programme de formation. Elaborer un programme de formation continue incluant des approches innovantes tel que l'encadrement clinique en binôme

Evaluation & restitution des résultats

Evaluation régulière – mener des évaluations régulières de l'observance à l'hygiène des mains, une fois par année au moins – conduire la surveillance d'autres indicateurs, e.g. consommation des produits, connaissances, perceptions

Accès à l'expertise – analyser les données d'évaluation en collaboration avec les experts, e.g. épidémiologistes, gestionnaires de données

Restitution des résultats – appliquer et maintenir le système de documentation et de rapport rapide à l'équipe de direction et aux professionnels soignants des données, décrire les résultats et les mettre en perspective aux exigences – communiquer ouvertement les résultats dans l'établissement de soins et au-delà de l'organisation

Enoncé d'objectif – définir et communiquer les objectifs annuels à atteindre en terme d'observance à l'hygiène des mains

Rappels & incitatifs sur le lieu de travail

Capacité – suivre le calendrier de remplacement des rappels endommagés ou à renouveler, tel que les affiches

Messages – fournir, apposer les rappels dans tous les services cliniques et autres salles de traitement

Durabilité – planifier la production et la distribution de rappels supplémentaires en continu, incluant les idées innovantes autres que les affiches et dépliants

Culture institution-nelle de la sécurité

Approche multimodale – poursuivre l'auto-évaluation annuelle au moins des pratiques et de la promotion de l'hygiène des mains selon le modèle de l'OMS – décrire l'évolution comparée aux évaluations précédentes

Budget – garantir un budget régulier pour les activités permanentes de promotion et d'amélioration durable de l'hygiène des mains

Capacité – établir des fonctions à long-terme pour les professionnels en charge des activités d'hygiène des mains; stimuler les professionnels à devenir des porte-paroles de l'hygiène des mains, des modèles exemplaires en pratique

Communication – en plus des communications régulières sur les progressions des résultats d'hygiène des mains, varier les canaux de communication des messages en faveur de l'hygiène des mains, e.g. journal interne, page web, événements institutionnels

Participation du patient / de la communauté – développer du matériel d'information, d'éducation sur l'hygiène des mains destiné au patient, à l'accompagnant et au visiteur

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Introduction et instructions – Modèle de plan d'action pour le niveau **Intermédiaire** obtenu à l'auto-évaluation de l'OMS

Avez-vous utilisé le **Modèle de l'OMS pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement (MAE)** pour obtenir une analyse de situation en matière de pratique et de promotion de l'hygiène des mains dans votre établissement de soins? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez télécharger le formulaire dès à présent (**http://www.who.int/gpsc/5may/hhsa_framework/fr/index.html**), conduire l'évaluation et voir vos résultats. L'activité proposée pour le 5 mai 2012, centrée sur *Votre Plan d'Action*, repose sur les résultats de cette auto-évaluation!

Le diagramme de la page 1 de ce document représente un modèle délivré par l'OMS pour faciliter le développement de votre plan d'action, si les résultats globaux d'évaluation situent votre établissement au niveau INTERMEDIAIRE (251-375). Sur la base de ce niveau, sont suggérées quelques actions ciblées et importantes, guidant l'exécution de plans et permettant de promouvoir et d'améliorer l'hygiène des mains dans votre établissement.

Chaque proposition d'action se réfère à un résultat d'ensemble *Intermédiaire*:

- Mais elle ne tient pas compte des questions spécifiques locales nécessitant une adaptation et un ajustement du modèle.
- Si l'établissement est parvenu au score supérieur du niveau *Intermédiaire*, il est recommandé de se référer aussi au modèle décliné pour le niveau *Avancé/Référence*
- Mettez toujours en lien le modèle proposé avec les résultats de chaque indicateur afin d'identifier les actions les plus pertinentes à accomplir pour la promotion effective et la progression de votre établissement.

Ce document n'indique aucun ordre chronologique aux actions à entreprendre. Il donne un aperçu des mesures nécessaires qui assurent l'amélioration de chaque élément de la stratégie, selon les indications de la partie II du Guide de mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la promotion de l'hygiène des mains. La lecture du Guide de mise en œuvre est recommandée pour des explications plus fournies sur les outils complémentaires et un soutien plus consistant. Un plan d'action très détaillé pour une mise en œuvre réussie d'un programme d'hygiène des mains est présenté en partie III du guide. Vous pouvez également trouver de l'aide en consultant d'autres programmes de l'OMS pour la Sécurité des Patients accessibles par des liens internet figurant ci-dessous.

Prenez dès à présent les résultats de votre établissement, le modèle de plan d'action et franchissez les **5 marches qui vous conduisent au 5 mai 2012! – «Quel est Votre Plan?»** **http://www.who.int/gpsc/5may/FR_PSP_5may_2012/fr/index.html**
Diffusez Votre Plan d'Action sur votre page web et partagez votre site en lien avec **savelives@who.int**.

Les outils utiles à l'amélioration du niveau Intermédiaire*

Outils à l'appui du changement de système http://www.who.int/gpsc/5may/tools/system_change/fr/	• Questionnaire sur les infrastructures dans les unités de soins • Planification et évaluation du coût de production locale d'un produit hydro-alcoolique • Guide de production locale: formulation des produits hydro-alcooliques recommandés par l'OMS
Outils à l'appui de la formation et de l'éducation http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/fr/ http://www.who.int/patientsafety/education/en/	• Sessions de formation pour formateurs, observateurs, professionnels médico-soignants • Vidéos de formation et diapositives d'accompagnement • Dépliant: Hygiène des mains, comment , pourquoi, quand? • Fiche d'information: Usage des gants • *Frequently Asked Questions*
Outils à l'appui des évaluations et de la restitution des résultats http://www.who.int/gpsc/5may/tools/evaluation_feedback/fr/	• Enquête sur la consommation de savon et de produit hydro-alcoolique • Formulaire d'observation • Questionnaire sur les perceptions du personnel soignant • Questionnaire sur les perceptions des équipes de direction • Questionnaire sur les connaissances du personnel soignant de l'hygiène des mains • Saisie et analyse des données avec le logiciel Epi Info • Trame pour la synthèse et le rapport des résultats d'évaluation
Rappels et incitatifs sur le lieu de travail http://www.who.int/gpsc/5may/tools/workplace_reminders/fr/	• Affiche: Les 5 indications de l'hygiène des mains • Affiche: La friction hydro-alcoolique. Comment? • Affiche: Le lavage des mains. Comment? • Dépliant: Hygiène des mains: Comment, quand • Ecran de veille *SAVE LIVES: Clean Your Hands*
Outils à l'appui de la culture institutionnelle de la sécurité http://www.who.int/gpsc/5may/tools/safety_climate/fr/ http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/	• Vidéo promotionnelle *SAVE LIVES: Clean Your Hands*

* S'assurer que chaque outil mentionné dans le modèle de plan d'action pour les niveaux Inadéquat / Basique a bien été utilisé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a pris toutes les dispositions nécessaires pour vérifier les informations contenues dans ce document. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce document incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.
L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et en particulier les collaborateurs du Service de Prévention et Contrôle des Infections, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Annexe 7 – Questionnaire initial d'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains et des connaissances

Madame, Monsieur,

Infirmière en Soins Infirmiers depuis une année et poursuivant mon cursus d'études de Master en Santé Publique, je me prénomme Mégane. Je suis arrivée actuellement au stade de l'élaboration de mon mémoire.

Ayant toujours été sensibilisée à l'hygiène des mains au cours des soins ainsi qu'aux risques infectieux encourus par les personnes âgées, il m'a semblé naturel de choisir comme sujet « Promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins de santé au sein d'une maison de repos et de soins en implémentant la stratégie multimodale de l'OMS pour l'hygiène des mains ». Monsieur Jean-Pol Pourtois a eu la gentillesse de soutenir mon projet de mémoire et de m'accueillir au sein de votre institution pour, tous ensemble, mettre en œuvre ce programme.

Je joins à ce courrier un questionnaire qui me permettra d'évaluer globalement vos connaissances sur le thème de l'hygiène des mains ainsi que la perception que vous avez sur cette thématique afin de préparer une formation qui vous sera donnée et durant laquelle toutes vos questions ou remarques seront les bienvenues.

Pouvez-vous consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui, bien entendu, restera anonyme.

Je vous remercie pour votre collaboration.

Mégane Landercy

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION

Par avance, je vous remercie de votre précieuse collaboration

SIGNALETIQUE

1. **Votre profession**
   - ☐ Médecin
   - ☐ Infirmier(ère)
   - ☐ Aide-soignant(e)
   - ☐ Elève
   - ☐ Autres (kinésithérapeute, logopède, …)
2. **Votre sexe**
   - ☐ Masculin
   - ☐ Féminin
3. **Votre expérience professionnelle**
   - ☐ Moins de 2 ans
   - ☐ Entre 2 et 5 ans
   - ☐ Entre 5 et 10 ans
   - ☐ Entre 10 et 20 ans
   - ☐ Plus de 20 ans
4. **Votre ancienneté dans votre fonction actuelle à la Résidence Le Royal**
   - ☐ Moins de 1 an
   - ☐ Entre 1 et 3 ans
   - ☐ Entre 3 et 5 ans
   - ☐ Entre 5 et 10 ans
   - ☐ Plus de 10 ans
5. **Avez-vous suivi une formation en hygiène des mains ?**

   ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, quand ? ……
6. **Avez-vous suivi d'autres formations depuis le début de votre carrière ?**

   ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, lesquelles et quand ?

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

PERCEPTION

7. **Selon vous, quelles sont les conséquences globales d'une infection associée aux soins sur la situation clinique du résident ?**

☐ Très faibles ☐ Faibles ☐ Elevées ☐ Très élevées

8. **Quelle est l'efficacité de l'hygiène des mains dans la prévention des infections associées aux soins ?**

☐ Très faible ☐ Faible ☐ Elevée ☐ Très élevée

9. **Parmi les différents aspects de la sécurité du résident, quelle importance est accordée à l'hygiène des mains dans votre établissement ?**

☐ Faible ☐ Modérée ☐ Elevée ☐ Très élevée

10. **Quelles actions ont été proposées par votre établissement pour l'hygiène des mains ?**

.....
.....
.....
.....
.....

11. **Pensez-vous que ces actions soient efficaces pour l'hygiène des mains ?**

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi oui ou pourquoi non ?

.....
.....
.....
.....
.....

12. **Selon vous, dans quelle mesure les actions énoncées sont-elles efficaces pour améliorer l'hygiène des mains de façon permanente dans votre établissement ?**

Cocher 1 seule case par action

a. **Promotion et soutien actifs de l'hygiène des mains par les dirigeants de l'institution**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

b. **Mise à disposition de produit hydroalcoolique dans tous les lieux de soins**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

c. **Rappels de l'hygiène des mains dans tous les lieux de soins**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

d. **Formation de l'ensemble du personnel soignant en hygiène des mains**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

e. **Instructions simples et claires sur l'hygiène des mains à l'attention du personnel soignant**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

f. **Information régulière du personnel soignant sur ses performances en matière d'hygiène des mains**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

g. **Votre propre pratique systématique de l'hygiène des mains comme exemple pour vos collègues**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

h. **Incitation des résidents à rappeler au personnel soignant la nécessité de pratiquer l'hygiène des mains**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

13. Selon vous, votre hygiène des mains est-elle adéquate ?

☐ Inadéquate ☐ Peu adéquate ☐ Adéquate ☐ Très adéquate

14. Quelle importance le (la) responsable de votre service accorde-t-il (elle) au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains ?

☐ Aucune importance ☐ Faible importance ☐ Moyenne importance ☐ Très grande importante

15. Quelle importance vos collègues accordent-ils au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains ?

☐ Aucune importance ☐ Faible importance ☐ Moyenne importance ☐ Très grande importante

16. Quelle importance les résidents accordent-ils au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains ?

☐ Aucune importance ☐ Faible importance ☐ Moyenne importance ☐ Très grande importante

17. Quel effort représente la pratique d'une hygiène des mains appropriée lorsque vous dispensez des soins aux résidents ?

☐ Aucun effort ☐ Faible effort ☐ Effort moyen ☐ Effort important

18. Que pensez-vous qui VOUS aiderait pour améliorer l'hygiène des mains ?

.....
.....
.....
.....
.....

19. Qu'est-ce qui vous pèse le plus pour l'hygiène des mains ?

.....
.....
.....
.....
.....

20. Autres commentaires ?

.....
.....
.....
.....
.....

CONNAISSANCES

21. Quel est le pourcentage moyen des résidents en maison de repos et de soins qui développent une infection associée aux soins ou infection manuportée ?

_____ % (entre 0 et 100) ☐ Ne sais pas

22. Parmi les propositions suivantes, quel est le principal mode de transmission croisée des germes entre les résidents d'une maison de repos et de soins

Cocher 1 seule réponse

- ☐ Mains du personnel soignant en l'absence d'hygiène des mains
- ☐ Air circulant dans l'établissement
- ☐ Exposition des résidents à des surfaces contaminées (lits, chaises, tables, sols)
- ☐ Utilisation de dispositifs médicaux non invasifs (stéthoscope, brassard de tensiomètre, …) auprès de plusieurs résidents

23. Quelle technique convient-il d'appliquer dans les situations suivantes ?

Friction = solution hydroalcoolique *Lavage = eau + savon*

	Friction	Lavage	Aucun
a. Avant la palpation de l'abdomen	☐	☐	☐
b. Avant de faire une injection	☐	☐	☐
c. Après avoir vidé un bassin	☐	☐	☐
d. Après avoir pris la tension artérielle	☐	☐	☐
e. Après avoir fait le lit d'un résident (literie propre)	☐	☐	☐
f. Après exposition effective à du sang, des urines, des selles	☐	☐	☐

24. Parmi les propositions suivantes à propos de la friction avec une solution hydroalcoolique ou du lavage des mains (eau + savon), lesquelles sont correctes ?

	Vrai	Faux
a. La friction hydroalcoolique est plus rapide que le lavage au savon et à l'eau	☐	☐
b. La friction hydroalcoolique provoque une plus grande sécheresse cutanée que le lavage des mains	☐	☐
c. La friction hydroalcoolique est plus efficace contre les germes que le lavage au savon et à l'eau	☐	☐
d. Il est recommandé de procéder au lavage puis à la friction hydroalcoolique des mains	☐	☐

25. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont correctes ?

	Vrai	Faux
a. Lorsque j'effectue un lavage hygiénique des mains (eau + savon), je dépose le savon sur des mains sèches	☐	☐
b. Pour me sécher les mains, je les frictionne avec vigueur à l'aide du papier essuie-mains	☐	☐
c. En sortant des toilettes, je passe les mains à la solution hydroalcoolique	☐	☐
d. Lorsque les mains sont souillées, je les frictionne avec une solution hydroalcoolique	☐	☐
e. Lors du lavage hygiénique des mains, la paume est la zone la plus souvent oubliée	☐	☐
f. Les zones les plus colonisées par les germes sont les zones humides	☐	☐
g. Je porte des gants car cela m'évite d'effectuer un geste d'hygiène des mains après les avoir enlevés	☐	☐
h. Le vernis et les faux ongles favorisent le risque de transmission des germes	☐	☐

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Annexe 8 – Questionnaire d'impact d'évaluation des perceptions du personnel soignant de l'hygiène des mains et des connaissances

Madame, Monsieur,

Infirmière en Soins Infirmiers depuis une année et poursuivant mon cursus d'études de Master en Santé Publique, je me prénomme Mégane. Je suis arrivée actuellement au stade de l'élaboration de mon mémoire.

Ayant toujours été sensibilisée à l'hygiène des mains au cours des soins ainsi qu'aux risques infectieux encourus par les personnes âgées, il m'a semblé naturel de choisir comme sujet « Promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins de santé au sein d'une maison de repos et de soins en implémentant la stratégie multimodale de l'OMS pour l'hygiène des mains ». Monsieur Jean-Pol Pourtois a eu la gentillesse de soutenir mon projet de mémoire et de m'accueillir au sein de votre institution pour, tous ensemble, mettre en œuvre ce programme.

Je joins à ce courrier un second questionnaire qui fait suite à la mise à disposition dans votre institution de flacons de poche de solution hydroalcoolique ainsi qu'à la formation durant laquelle des affiches et folders reprenant la technique et les indications à l'hygiène des mains ont été distribués. Ce questionnaire me permettra d'évaluer globalement vos connaissances sur le thème de l'hygiène des mains ainsi que la perception que vous avez sur cette thématique.

Pouvez-vous consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui, bien entendu, restera anonyme.

Je vous remercie pour votre collaboration.

Mégane Landercy

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION

Par avance, je vous remercie de votre précieuse collaboration

SIGNALETIQUE

1. **Votre profession**
   - ☐ Médecin
   - ☐ Infirmier(ère)
   - ☐ Aide-soignant(e)
   - ☐ Elève
   - ☐ Autres (kinésithérapeute, logopède, …)
2. **Votre sexe**
   - ☐ Masculin
   - ☐ Féminin
3. **Votre expérience professionnelle**
   - ☐ Moins de 2 ans
   - ☐ Entre 2 et 5 ans
   - ☐ Entre 5 et 10 ans
   - ☐ Entre 10 et 20 ans
   - ☐ Plus de 20 ans
4. **Votre ancienneté dans votre fonction actuelle à la Résidence Le Royal**
   - ☐ Moins de 1 an
   - ☐ Entre 1 et 3 ans
   - ☐ Entre 3 et 5 ans
   - ☐ Entre 5 et 10 ans
   - ☐ Plus de 10 ans
5. **Avez-vous suivi une formation en hygiène des mains ?**

   ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, quand ? ……
6. **Avez-vous suivi d'autres formations depuis le début de votre carrière ?**

   ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, lesquelles et quand ?

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

PERCEPTION

7. **Selon vous, quelles sont les conséquences globales d'une infection associée aux soins sur la situation clinique du résident ?**

☐ Très faibles ☐ Faibles ☐ Elevées ☐ Très élevées

8. **Quelle est l'efficacité de l'hygiène des mains dans la prévention des infections associées aux soins ?**

☐ Très faible ☐ Faible ☐ Elevée ☐ Très élevée

9. **Parmi les différents aspects de la sécurité du résident, quelle importance est accordée à l'hygiène des mains dans votre établissement ?**

☐ Faible ☐ Modérée ☐ Elevée ☐ Très élevée

10. **Quelles actions ont été proposées par votre établissement pour l'hygiène des mains ?**

.....
.....
.....
.....
.....

11. **Pensez-vous que ces actions soient efficaces pour l'hygiène des mains ?**

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi oui ou pourquoi non ?

.....
.....
.....
.....
.....

12. **Selon vous, dans quelle mesure les actions énoncées sont-elles efficaces pour améliorer l'hygiène des mains de façon permanente dans votre établissement ?**

Cocher 1 seule case par action

a. **Promotion et soutien actifs de l'hygiène des mains par les dirigeants de l'institution**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

b. **Mise à disposition de produit hydroalcoolique dans tous les lieux de soins**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

c. **Rappels de l'hygiène des mains dans tous les lieux de soins**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

d. **Formation de l'ensemble du personnel soignant en hygiène des mains**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

e. **Instructions simples et claires sur l'hygiène des mains à l'attention du personnel soignant**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

f. **Information régulière du personnel soignant sur ses performances en matière d'hygiène des mains**

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

15. Selon vous, dans quelle mesure les actions énoncées sont-elles efficaces pour améliorer l'hygiène des mains de façon permanente dans votre établissement ?

Cocher 1 seule case par action

a. Promotion et soutien actifs de l'hygiène des mains par les dirigeants de l'institution

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

b. Mise à disposition de produit hydroalcoolique dans tous les lieux de soins

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

c. Rappels de l'hygiène des mains dans tous les lieux de soins

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

d. Formation de l'ensemble du personnel soignant en hygiène des mains

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

e. Instructions simples et claires sur l'hygiène des mains à l'attention du personnel soignant

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

f. Information régulière du personnel soignant sur ses performances en matière d'hygiène des mains

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

g. Votre propre pratique systématique de l'hygiène des mains comme exemple pour vos collègues

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

h. Incitation des résidents à rappeler au personnel soignant la nécessité de pratiquer l'hygiène des mains

☐ Inefficace ☐ Peu efficace ☐ Efficace ☐ Très efficace

16. Selon vous, votre hygiène des mains est-elle adéquate ?

☐ Inadéquate ☐ Peu adéquate ☐ Adéquate ☐ Très adéquate

17. Quelle importance le (la) responsable de votre service accorde-t-il (elle) au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains ?

☐ Aucune importance ☐ Faible importance ☐ Moyenne importance ☐ Très grande importante

18. Quelle importance vos collègues accordent-ils au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains ?

☐ Aucune importance ☐ Faible importance ☐ Moyenne importance ☐ Très grande importante

19. Quelle importance les résidents accordent-ils au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains ?

☐ Aucune importance ☐ Faible importance ☐ Moyenne importance ☐ Très grande importante

20. Quel effort représente la pratique d'une hygiène des mains appropriée lorsque vous dispensez des soins aux résidents ?

☐ Aucun effort ☐ Faible effort ☐ Effort moyen ☐ Effort important

21. Que pensez-vous qui VOUS aiderait pour améliorer l'hygiène des mains ?

.....
.....
.....
.....
.....

22. Qu'est-ce qui vous pèse le plus pour l'hygiène des mains ?

.....
.....
.....
.....
.....

23. Autres commentaires ?

.....
.....
.....
.....
.....

CONNAISSANCES

24. Quel est le pourcentage moyen des résidents en maison de repos et de soins qui développent une infection associée aux soins ou infection manuportée ?

_____ % (entre 0 et 100) ☐ Ne sais pas

25. Parmi les propositions suivantes, quel est le principal mode de transmission croisée des germes entre les résidents d'une maison de repos et de soins

Cocher 1 seule réponse

- ☐ Mains du personnel soignant en l'absence d'hygiène des mains
- ☐ Air circulant dans l'établissement
- ☐ Exposition des résidents à des surfaces contaminées (lits, chaises, tables, sols)
- ☐ Utilisation de dispositifs médicaux non invasifs (stéthoscope, brassard de tensiomètre, …) auprès de plusieurs résidents

26. Quelle technique convient-il d'appliquer dans les situations suivantes ?

Friction = solution hydroalcoolique *Lavage = eau + savon*

	Friction	Lavage	Aucun
a. Avant la palpation de l'abdomen	☐	☐	☐
b. Avant de faire une injection	☐	☐	☐
c. Après avoir vidé un bassin	☐	☐	☐
d. Après avoir pris la tension artérielle	☐	☐	☐
e. Après avoir fait le lit d'un résident (literie propre)	☐	☐	☐
f. Après exposition effective à du sang, des urines, des selles	☐	☐	☐

27. Parmi les propositions suivantes à propos de la friction avec une solution hydroalcoolique ou du lavage des mains (eau + savon), lesquelles sont correctes ?

	Vrai	Faux
a. La friction hydroalcoolique est plus rapide que le lavage au savon et à l'eau	☐	☐
b. La friction hydroalcoolique provoque une plus grande sécheresse cutanée que le lavage des mains	☐	☐
c. La friction hydroalcoolique est plus efficace contre les germes que le lavage au savon et à l'eau	☐	☐
d. Il est recommandé de procéder au lavage puis à la friction hydroalcoolique des mains	☐	☐

28. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont correctes ?

	Vrai	Faux
a. Lorsque j'effectue un lavage hygiénique des mains (eau + savon), je dépose le savon sur des mains sèches	☐	☐
b. Pour me sécher les mains, je les frictionne avec vigueur à l'aide du papier essuie-mains	☐	☐
c. En sortant des toilettes, je passe les mains à la solution hydroalcoolique	☐	☐
d. Lorsque les mains sont souillées, je les frictionne avec une solution hydroalcoolique	☐	☐
e. Lors du lavage hygiénique des mains, la paume est la zone la plus souvent oubliée	☐	☐
f. Les zones les plus colonisées par les germes sont les zones humides	☐	☐
g. Je porte des gants car cela m'évite d'effectuer un geste d'hygiène des mains après les avoir enlevés	☐	☐
h. Le vernis et les faux ongles favorisent le risque de transmission des germes	☐	☐

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Annexe 9 – Formation

Cette annexe se trouve sur le support électronique (CD-ROM).

Annexe 10 – Photographies de la formation pratique

Cette annexe se trouve sur le support électronique (CD-ROM).

Annexe 11 – Affiches, folders distribués lors de la formation

Cette annexe se trouve sur le support électronique (CD-ROM).

Annexe 12 – Tableau récapitulatif de l'évaluation de la disponibilité des infrastructures présentes et nécessaires à l'hygiène des mains

Cette annexe se trouve sur le support électronique (CD-ROM).

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique **www.uclouvain.be/fsp**

NOM et PRENOM : LANDERCY MEGANE

Titre du mémoire : Promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins au sein d'une Maison de Repos et de Soins (MRS) en implémentant la stratégie multimodale de l'OMS

Promoteur : Van Durme Thérèse

RESUME

Mondialement et chaque année, les Infections Associées aux Soins (IAS) touchent des centaines de millions de patients. Elles entraînent des conséquences lourdes pour les patients, le personnel soignant et les systèmes de santé. L'hygiène des mains est et reste la mesure la plus importante pour réduire la fréquence des IAS.

L'OMS a, en 2005, établi une stratégie multimodale pour l'hygiène des mains applicable dans tout établissement de soins. Depuis lors, la Belgique a mis en place sa campagne nationale « Vous êtes en de bonnes mains ».

En 2013, une enquête de prévalence des IAS en MRS nous indique un taux de 3,6 infections pour 100 résidents. Ces résultats nous ont incité à nous poser la question : « qu'en est-il de l'observance à l'hygiène des mains en MRS ? » et d'affiner cette interrogation pour pouvoir répondre à notre question de recherche : **« Au sein d'une MRS située en Belgique francophone, comment, pourquoi et pour qui l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS dont le but est de promouvoir l'hygiène des mains lors des soins permet-elle : de sensibiliser le personnel soignant à l'hygiène des mains et d'initier un changement au sein de l'institution menant ainsi à une démarche d'amélioration continue et à pérenniser le projet ? »**

Notre démarche s'est déroulée de janvier 2017 à mai 2018 au sein d'une MRS employant 57 professionnels de la santé. La mise en œuvre des 5 éléments de la stratégie de l'OMS par l'utilisation de certains outils proposés tout en suivant l'approche par étape nous a permis de lancer le programme d'implémentation.

Des réunions ont rassemblé la Direction et les acteurs clés en les impliquant dans la démarche. L'exploitation des différents questionnaires nous a permis de prendre connaissance de l'auto-évaluation par la Direction des pratiques d'hygiène des mains au sein de la MRS ainsi que de la perception et des connaissances du personnel soignant en ce domaine. Le dernier point a été évalué avant et après formation dans le but de constater une évolution du taux d'observance de l'hygiène des mains. Les observations nous ont permis de recenser les infrastructures nécessaires à l'hygiène des mains et d'évaluer le taux d'observance de l'hygiène des mains selon les 5 indications de l'OMS. La formation, synonyme de campagne, a repris les points clés issus des observations et questionnaires permettant une amélioration post campagne.

Les résultats obtenus nous ont montré qu'au départ, la MRS se situe au niveau basique en matière de promotion et de pratique d'hygiène des mains et que pour pallier momentanément la carence en infrastructures, la Direction a mis à disposition de tout son personnel soignant des flacons de poche de solution hydroalcoolique. Suite à la formation dispensée, le taux d'observance globale à l'hygiène des mains pour 600 observations a considérablement augmenté et est passé de 34% à 63%. Le taux d'observance par catégorie professionnelle et celui selon les 5 indications de l'OMS suivent la même tendance. Les connaissances du personnel soignant après formation ont fortement progressé. Nous pouvons donc affirmer que l'implémentation de la stratégie multimodale de l'OMS au sein de cette MRS a permis de sensibiliser le personnel soignant à l'hygiène des mains et d'initier un changement au sein de l'institution.

Toutefois, cette évolution dans les résultats n'est pas une fin en soi mais plutôt le commencement de la mise en œuvre d'un plan d'actions menant à une démarche d'amélioration continue et à une pérennisation du projet.

Mots-clés : infections associées aux soins, étude nationale de prévalence, stratégie multimodale OMS, Greenhalgh et al., MRS, hygiène des mains.