



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

**Connaissance et perception de la lutte contre les infections
associées aux soins par les acteurs
du soin en dehors de l'hôpital**

– Groupe n° 26 –

- ALZIN Solenne (EDH)
- BERTHET Brigitte (DS)
- BESSY Maud (AAH)
- DOUSSON Denis (IES)
- KEIFLIN Laura (D3S)
- KUNTZ Sylvie (AAH)
- LOCATELLI-JOUANS Corinne (PHISP)
- SENGER Julie (IASS)
- SIDRAN Charlotte (D3S)

*Animateur :
Jarno Pascal*

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	3
I. De la lutte contre les infections nosocomiales à la prévention des infections associées aux soins dans le champ des soins de ville.....	5
1. La montée en puissance des dispositifs institutionnels	5
1.1. Les infections associées aux soins sont progressivement devenues une question de santé publique	5
1.2 Le passage de la notion d'infections nosocomiales à celle d'infections associées aux soins impacte le régime de responsabilité des professionnels libéraux	6
1.3. Prévention des IAS plutôt que lutte contre les IN : un cadre institutionnel repensé en fonction de cette évolution	7
2. L'hôpital : un modèle d'organisation de la prévention des IAS ?	8
2.1. Un dispositif fortement structuré.....	8
2.2. Les limites de cette organisation	10
3. Une problématique identifiée mais peu prise en compte dans le champ des soins de ville	11
3.1. Les obligations des professionnels de santé en matière de prévention des IAS. 11	
3.2. Si des études sont au fondement des recommandations, un manque de données épidémiologiques émanant du secteur ambulatoire entrave la prévention des IAS.12	
II. Freins et leviers à la mise en oeuvre d'un dispositif de prévention des IAS dans le champ des soins de ville.	14
1. Une préoccupation variable de l'importance des IAS	14
1.1. Une formation variable contribuant à une pratique différenciée en matière d'hygiène selon les professions de santé.	14
1.2. Le manque de données épidémiologiques, un frein à l'implication des professionnels libéraux dans la prévention des IAS.....	16
1.3. Moyens humains, poids financier et perte de temps, autant d'obstacles à la prévention des IAS dans le secteur des soins de ville	16
2. Une relation complexe entre les professionnels et les institutions.	17
2.1. Une information inégalement reçue et perçue.....	17
2.2. Une relation distante entre l'hôpital et la ville	18
2.3. Le rejet des autorités sanitaires	19
3. Des patients encore peu impliqués dans la prévention des IAS en ville	21
3.1. L'évolution de la relation patients-soignants.....	21
3.2 La perception de l'hygiène par le patient.....	22
3.3. Les patients sont encore peu impliqués dans la prévention des IAS dans le champ des soins de ville.	22
III. Préconisations relatives à la prévention des IAS dans le champ des soins de ville... 23	23
1. La nécessaire implication de l'ensemble des acteurs	23
2. Améliorer la connaissance des IAS dans le champs des soins de ville.....	24
3. Favoriser la prise de conscience du problème par les professionnels de santé.....	24
4. Améliorer le parcours de soins.....	25
5. Associer les patients à la prévention des IAS en soins de ville	26
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	28
Liste des annexes	31

Remerciements

Nous remercions Pascal Jarno pour son accompagnement tout au long du module, en particulier lors de la construction de notre problématique.

Nous remercions également les personnes interviewées pour le temps consacré et la franchise de leurs réponses. Leurs points de vue ont permis d'enrichir notre perception du sujet et de ses enjeux.

Nous remercions l'EHESP pour la logistique avec l'organisation des voyages et la mise à disposition de salles et de matériel. A cet égard, nous tenons à remercier notre référente logistique pour son efficacité.

Nous nous remercions enfin mutuellement pour la bonne ambiance ayant régné pendant trois semaines.

Liste des sigles utilisés

- AIRHH** : Association Internationale de Recherche en Hygiène Hospitalière
- ARLIN** : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- AMPPU** : Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de Meurthe et Moselle
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- BMR** : Bactérie MultirRésistante
- CAPi** : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
- CCLIN** : Centre interrégional de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIRE** : Cellule de l'InVs en REgion
- CLI** : Comité de Lutte contre l'Infection
- CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- COSPIN** : COMmission de Suivi des programmes de Prévention des INfections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville
- CME** : Commission Médicale d'Établissement
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRCI** : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
- CRSA** : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- CRUQPC** : Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.
- CSHPF** : Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
- CTIN** : Comité Technique national sur les Infections Nosocomiales
- CTINILS** : Comités Techniques des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins
- CSP** : Code de la Santé Publique
- DASRI** : Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (au Ministère en charge de la Santé)

DGS : Direction Générale de la Santé (au Ministère en charge de la Santé)

DMI : Dispositif Médical Implantable

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIG : Événement Indésirable Grave

EOH(H) : Équipe Opérationnelle en Hygiène (Hospitalière)

EPIC : Evidence based Practice in Infection Control

EPR : Événement porteur de risque

ES : Etablissement de Santé

GrEPHH : Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (coordination des 5 CCLIN)

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (2009)

IAS : Infections Associées aux Soins

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ICSHA : Indicateur de Consommation de Solutions Hydro-Alcooliques

ICATB : Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques

ICALIN : Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IN : Infections Nosocomiales

InVS : Institut national de Veille sanitaire

(Le) **LIEN** : Association des victimes des infections nosocomiales

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contratualisation

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

ONSIL : Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux

- OPEPS** : Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé
- PROPIN** : PROgramme national de Prévention des Infections Nosocomiales 2009- 2013
- RAISIN** : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (coordination des 5 CCLIN et de l'InVS)
- SF2H** : Société Française d'Hygiène Hospitalière
- SFTG** : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
- SHA** : Solution HydroAlcoolique
- SURVISO** : SURVeillance des Infections du Site Opérateur
- UNPS** : Union Nationale des Professionnels de Santé
- URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux
- URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé
- ZUP** : Zone d'Urbanisation Prioritaire

Introduction

Lors de la séance inaugurale de la première semaine d'hygiène et de santé publique en 1963, P. Fréour indiquait : *“l'hygiène et la médecine de santé publique ne constituent pas un domaine particulier de la médecine. On peut dire sans forcer les faits, qu'il n'y a pas de chapitre de la médecine qui ne comporte sa part d'hygiène dans le sens que, sur toutes les questions médicales, l'hygiène peut porter un regard neuf et éclairer d'un point de vue nouveau un problème traditionnel¹”*.

La thématique des infections nosocomiales (IN) illustre parfaitement cette idée : si les infections nosocomiales ont toujours existé, elles se sont construites progressivement comme problème de santé publique sous l'influence des médecins hygiénistes.

En effet, la prévalence et la mortalité liée aux IN n'ont été que tardivement étudiées alors que les hygiénistes ont mis en évidence cette problématique dans les établissements de soins à partir des années 60, suite à l'apparition des premières résistances aux antibiotiques. A la suite du drame du sang contaminé, une demande plus forte de transparence et de responsabilité a amené les décideurs de santé publique à constituer des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Ainsi, la lutte contre les infections nosocomiales est initialement centrée sur l'hôpital. Elles sont alors définies comme des infections contractées à l'hôpital, liées à un soin ou à l'environnement hospitalier : elles représentent un large éventail de pathologies. Elles concernent les patients mais peuvent également toucher le personnel. Aujourd'hui, on dénombre environ 750 000 infections² par an ce qui représente un coût humain et financier important.

La lutte contre les infections nosocomiales est donc devenue un enjeu de santé publique d'autant plus que la Loi de santé publique du 9 août 2004 élargit le cadre de cette lutte à l'ensemble des acteurs de santé. La lutte contre les infections nosocomiales évolue³ vers la notion d'infections associées aux soins (IAS) : *“Une infection est dite associée aux soins si elle survient au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou curative) du patient et si elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge”* ; cette définition actualisée par le ministère de la Santé en 2006, ouvre donc le champ des infections associées aux soins à tous les secteurs de la santé : l'hôpital, le secteur

¹ Cité par Christophe Lerat et al. “Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France”, santé publique, 2010, 22 n°4 : p.371.

² Rapport n° 421 (2005-2006) de M. Alain VASSELE (fait au nom de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS), déposé le 22 juin 2006

³ DGS/DHOS, “Actualisation de la définition des infections nosocomiales”, 05/2007, 43 pages ; validé par le CTINILS le 16/11/2006 et présentée au HCSP le 11/05/2007

médico-social et les professionnels de santé de ville. On observe alors une émergence de recommandations spécifiques pour les soins de ville éditées notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS). Toutefois leur mise en oeuvre reste très inégale sur l'ensemble du territoire. La prévention des IAS hors de l'hôpital constitue de ce fait, un enjeu majeur de santé publique.

En ce sens, le plan stratégique 2009-2013⁴ de prévention des IAS est structuré autour du développement d'une politique globale qui implique la mobilisation de tous les acteurs sur la prévention, et de la maîtrise des IAS à partir de l'expérience des établissements de santé pour l'étendre aux autres secteurs de soins. La stratégie nationale est complétée par un programme national spécifique à chaque secteur de soins et par deux plans nationaux, le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et le plan national de maîtrise des bactéries multirésistantes⁵. A ce jour, seul le programme de prévention des IN relatif aux établissements de santé est disponible. Or, les enjeux sont importants pour le champ des soins de ville, en termes de coût pour l'assurance maladie mais également en termes de formation des professionnels libéraux et d'optimisation du parcours de soins du patient. La politique actuelle de gestion du risque, inscrite dans tous les objectifs de santé et dans la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance des offreurs de santé née de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, place le patient au centre du système de santé dans une logique décloisonnée du système de soins. Les actions mises en oeuvre doivent permettre d'infléchir durablement les comportements des professionnels de santé dans le champ des soins de ville.

Dans cette perspective, comment structurer une prévention des IAS adaptée aux spécificités du champ des soins de ville au regard de l'expérience du dispositif hospitalier ?

Ce rapport a donc pour objectif de présenter le dispositif actuel de prévention des IAS dans les établissements de santé et en médecine de ville puis de détailler quels sont les freins, les attentes et les besoins des professionnels libéraux afin d'identifier des pistes de préconisations possibles pour développer la prévention des IAS en secteur de ville.

⁴ Ce plan fait suite au programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 dont le bilan figure dans la circulaire du 26 août 2009 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des IN 2009-2013. Ce programme comportait déjà des actions relatives à l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels hospitaliers et libéraux.

⁵ Circulaire N° DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des IN 2009-2013

Méthodologie

Notre groupe était constitué de professionnels de la santé publique et d'élèves de l'EHESP : une élève directrice d'hôpital, deux élèves directrices d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une élève directrice des soins, une élève attachée d'administration hospitalière, une élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale, un élève ingénieur d'études sanitaires, et dans le cadre de la formation continue, une attachée d'administration hospitalière et une pharmacienne inspectrice de santé publique.

L'animateur du groupe était Monsieur Pascal Jarno, médecin de santé publique, coordinateur du CCLIN Ouest. Tout au long de ces trois semaines, il a été disponible pour répondre à nos questions, préciser le sujet, nous conseiller et valider l'avancée des réflexions et travaux.

Dans un premier temps, nous avons eu une prise de contact afin de nous présenter et d'expliquer pourquoi nous avons choisi ce sujet et d'exprimer nos attentes.

Pascal Jarno nous a ensuite présenté le module et les contacts qu'il avait déjà pris. Notre collaboration a alors commencé en discutant de l'organisation de notre travail.

D'un point de vue logistique, les différents points ont été abordés dans l'ordre suivant :

- Désignation de Maud Bessy comme référente afin qu'elle s'occupe des aspects logistiques et budgétaires pendant toute la durée du MIP ;
- Création d'un espace de travail numérique commun sur Google Docs®; l'ensemble des recherches documentaires faites, les comptes-rendus d'entretiens et les documents de travail rédigés ont été déposés et sont ainsi lisibles par tous.
- Élaboration d'un tableau de bord qui figure en annexe I. Il nous a permis d'organiser les entretiens, de suivre l'avancée de notre travail, de garder la maîtrise du temps et de nous coordonner.

Une recherche bibliographique était nécessaire en complément des documents fournis par l'animateur. Dans un premier temps, nous avons dégagé des axes de réflexion et ébauché une problématique. Ensuite, nous nous sommes répartis des thématiques par petits groupes afin d'approfondir différents aspects du sujet. Ces recherches documentaires, en nourrissant notre connaissance, nous ont permis de construire la problématique, de préparer les entretiens et de commencer à élaborer le plan du rapport.

Compte tenu du caractère exploratoire de la recherche, des entretiens avec divers professionnels du monde de la santé étaient indispensables. Afin d'obtenir des données qualitatives et non quantitatives, nous avons décidé d'utiliser une méthode semi-directive. La diversité des points de vue plutôt que la représentativité des professions a été privilégiée.

Nous avons élaboré la grille d'entretien à partir d'une question de départ suffisamment large pour amorcer la discussion en laissant une certaine liberté à l'interlocuteur. Des thèmes et des questions de relance ont été rédigés afin que l'ensemble des sujets prévus soient abordés.

La plupart des entretiens ont été menés en binôme afin que l'un puisse mener l'échange et que l'autre prenne des notes de manière exhaustive. Cependant, ce dernier a pu intervenir à tout moment.

A l'issue de chaque entretien, des comptes-rendus ont été rédigés. Un tableau de synthèse a été renseigné pour faciliter la lecture et l'analyse des données recueillies.

Au total, quatorze entretiens ont été réalisés.

A l'issue de ces entretiens, une séance de travail collective d'analyse, en présence de l'animateur, a permis de finaliser le plan et valider les orientations dégagées. La rédaction a été répartie. Des temps collectifs de relecture ont été organisés afin d'assurer la cohérence de l'ensemble du travail.

Enfin, un sous groupe a préparé le diaporama en vue de la préparation de la soutenance.

I. De la lutte contre les infections nosocomiales à la prévention des infections associées aux soins dans le champ des soins de ville

1. La montée en puissance des dispositifs institutionnels

1.1. Les infections associées aux soins sont progressivement devenues une question de santé publique⁶

Au XIX^{ème} siècle, les travaux de Semmelweis et de Louis Pasteur démontrent l'importance de l'hygiène et plus particulièrement de la stérilisation dans la pratique médicale. En 1893, le volume de l'encyclopédie d'hygiène intitulé "Hygiène et médecine publique" préconise pour la première fois des mesures d'asepsie de la peau, de stérilisation du matériel médico-chirurgical, de désinfection des mains et d'isolement des malades contagieux. Peu à peu, et malgré les résistances fortes d'une grande partie du corps médical, les mesures d'hygiène sont prises en compte dans la pratique médicale faisant ainsi diminuer fortement la mortalité dans les hôpitaux.

Toutefois, la découverte des antibiotiques a modifié la perception des infections en offrant des moyens d'actions plus efficaces. Les hôpitaux se modernisent et les préoccupations hygiénistes y sont peu à peu reléguées au second plan.

Cependant, la prescription abusive d'antibiotiques a fait renaître le problème en engendrant une résistance croissante des germes. Les bactéries multirésistantes (BMR) sont en effet à l'origine d'un nombre croissant d'infections, si bien qu'en 1966, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) organise un colloque sur ce thème⁷. En 1972, le Conseil de l'Europe rédige une première recommandation. La question du risque infectieux lié aux soins est devenue une problématique internationale. Pourtant, la Circulaire ministérielle du 18 octobre 1973 qui préconise la création de comités de lutte contre les infections dans les établissements publics n'est pas suivie d'effets, même si au cours des années 70, certains CHU inaugurent des services d'hygiène et organisent à partir de 1978 des journées de formation en hygiène hospitalière.

Le tournant historique de la lutte contre les infections nosocomiales se produit avec le drame du sang contaminé : il met en évidence les faiblesses des contrôles et engendre une demande plus forte de transparence de la part des citoyens et une plus grande responsabilité des

⁶ Cf. Annexe IX

⁷ Cité par Christophe Lerat et al. "Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France", santé publique, 2010, 22 n°4 : p.371.

établissements. C'est dans ce contexte que le législateur oblige les établissements publics et privés à constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et crée en 1992 des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN⁸) ainsi que des comités techniques des infections nosocomiales (CTIN), remplacés en 2004 par les comités techniques des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS⁹). La lutte contre les infections nosocomiales est donc originellement liée à l'hôpital. Pourtant, il apparaît que le risque infectieux concerne l'ensemble de la pratique médicale : il ne se restreint pas au monde hospitalier. La Loi de santé publique de 2004¹⁰ prend en compte les autres secteurs, le médico-social et l'ambulatoire, et fait évoluer la lutte contre les infections nosocomiales vers un sens plus large de prévention des infections liées aux soins. En 2006¹¹, le terme de prévention des infections associées aux soins est introduit. Il désigne l'ensemble des infections contractées lors d'un soin, quel que soit le moment de la prise en charge.

1.2 Le passage de la notion d'infections nosocomiales à celle d'infections associées aux soins impacte le régime de responsabilité des professionnels libéraux

L'indemnisation des patients est un aspect important de la lutte contre les IN. Or, les définitions de 1999 sur les IN rendent difficile l'imputabilité de l'IN aux soins pris au sens large puisqu'elles ne prennent pas en compte les infections contractées hors des établissements de santé. Ainsi, l'apparition de la notion d'IAS tendrait à impliquer davantage les professionnels de santé, et notamment de soins de ville, dans la prévention et la lutte contre le risque infectieux. L'assimilation de l'IN à l'IAS aurait deux conséquences ; d'une part l'IAS, contrairement à l'IN, peut être contractée en dehors d'un établissement hospitalier; et d'autre part, elle concerne également les soins auto-prodigués, c'est-à-dire les soins pratiqués par le malade ou un de ses proches sur décision médicale. Ainsi, la présomption de responsabilité qui pèse sur les professionnels et les établissements de santé serait complétée par une responsabilité du fait d'autrui.¹²

Il existe une distinction en matière de responsabilité entre les établissements de santé et les professionnels libéraux. La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré la notion de responsabilité sans faute pour les

⁸ Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales modifié par l'arrêté du 19 octobre 1995

⁹ Arrêté du 23 septembre 2004 portant création des CNITILS

¹⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹¹ Voir note n°3

¹² Jousset N, Rougé-Maillart C. "Infections nosocomiales en médecine de ville : inéquité pour les victimes". Médecine & Droit ; 03/2012

infections contractées dans les établissements de santé. Toutefois, cette loi n'a pas mentionné le champ des soins de ville. Ainsi, l'introduction de la notion d'IAS pourrait faire évoluer la responsabilité des professionnels de santé libéraux en transformant l'exigence d'un lien de causalité en une simple condition d'association. Cette harmonisation serait d'autant plus favorable pour le patient qu'il n'aurait plus qu'à prouver que l'infection a été contractée dans les locaux professionnels, et qu'elle est plus ou moins directement liée aux soins. Cette notion d'IAS pourrait donc avoir des conséquences majeures pour les professionnels libéraux. Les primes d'assurances pourraient augmenter de façon disproportionnée avec la réalité du risque. C'est pourquoi, il est particulièrement essentiel d'évaluer la prévalence des IAS dans les cabinets libéraux¹³.

Au-delà de l'aspect juridique, la notion d'IAS traduit la volonté d'améliorer la sécurité des soins délivrés aux patients et de limiter les dépenses de santé liées à ces infections.

1.3. Prévention des IAS plutôt que lutte contre les IN : un cadre institutionnel repensé en fonction de cette évolution

En vertu du Plan stratégique national 2009-2013, la prévention des IAS, est organisée au niveau national, interrégional et régional.

Au niveau national, la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) conduisent la politique de prévention des IAS. Le Comité de suivi du Programme national de prévention des infections nosocomiales (COSPIN) assure le pilotage de la prévention des IAS¹⁴. L'expertise dans le champ du risque infectieux est menée par le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) au sein duquel existe une commission relative à la "sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques". Les sociétés savantes, et notamment la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H), contribuent également à cette expertise. Quant à la HAS, elle édite des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Au niveau interrégional, les CCLIN animent les réseaux d'établissements et de professionnels autour de la lutte contre les IN. Ils gèrent notamment les signalements et coordonnent les actions de surveillance. Les cinq CCLIN¹⁵ sont présents pour coordonner des actions de

¹³ Jousset N, Rougé-Maillart C. "Infections nosocomiales en médecine de ville : inéquité pour les victimes". Médecine & Droit ; 03/2012- cf note 9

¹⁴ Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville.

¹⁵ Il existe cinq CCLIN : Sud-Est (Lyon) ; Sud-Ouest (Bordeaux) ; Est (Nancy) ; Ouest (Rennes) ; Paris-Nord (Paris). Répartition des secteurs géographique en annexe IV.

surveillance au sein du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des IN (RAISIN) en lien avec l'Institut national de Veille sanitaire (InVs).

Au niveau régional, les Antennes régionales de la lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN¹⁶) apportent leur expertise technique en appuyant les établissements dans la gestion des IN, dans le cadre du dispositif de surveillance et d'évaluation. Chaque Agence régionale de santé (ARS) est chargée de prévoir dans le Programme Régional de Santé un volet "maîtrise du risque infectieux" qui intègre les IAS et qui dépend de la situation épidémiologique de la région.

Cependant, la prévention des IAS dans le champ des soins de ville n'est pas réglementairement inscrite dans les missions des CCLIN et des ARLIN. Dans le cadre de la mise en place du plan stratégique 2009-2013 de prévention des IAS, il est prévu que des contacts soient pris avec les URPS et que les ARS, qui coordonnent le dispositif, s'appuient sur leur expertise.

Tous les professionnels de santé sont tenus de déclarer les événements indésirables¹⁷. Les établissements de santé transmettent la fiche de signalement auprès du CCLIN et de l'ARS, et cette dernière la transmet à l'InVS. De plus, depuis octobre 2011, l'outil de télésignalement (e-SIN), diffusé par l'InVS à l'ensemble des établissements de santé remplace cette fiche. Toutefois, ce dispositif est uniquement applicable à l'hôpital. Aucune procédure aussi contraignante n'est mise en place pour les professionnels de santé hors de l'hôpital.

2. L'hôpital : un modèle d'organisation de la prévention des IAS ?

2.1. Un dispositif fortement structuré

La lutte contre les IN s'impose dans les années 1980 comme un véritable problème de santé publique, dont se saisissent les hygiénistes et les microbiologistes en développant l'hygiène hospitalière. En 1988, un décret¹⁸ organise la surveillance et la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé. Il y a alors obligation, pour chaque établissement de santé, de prendre en compte les IN et de créer un CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales). C'est la base de l'organisation actuelle de la lutte contre les IN qui reste effective jusqu'en 2009.

¹⁶ Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

¹⁷ Article L. 1413-14 du CSP

¹⁸ Décret n°88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier

Le CLIN s'appuie sur l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) dont les missions sont la prévention des infections nosocomiales et la mise en œuvre du programme d'action défini par le CLIN. Cette équipe peut être mobile sur plusieurs établissements. Une mission de formation des professionnels de santé de l'établissement est également dévolue au CLIN et à l'EOHH. En 2006, la notion de CLIN évolue pour les établissements publics. Le CLIN est désormais une sous-commission¹⁹ de la Commission Médicale d'Établissement (CME) chargée de participer à la qualité et à la sécurité des soins.

Par ailleurs, dans un souci de transparence et d'information des usagers, un tableau de bord des IN a été mis en place en 2004 pour les établissements de santé. L'objectif de ce tableau de bord est d'inciter tous les établissements de santé à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les IN. Il comprend plusieurs indicateurs : l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (score ICALIN), l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA), l'indice de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO) et l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), qui ont évolué en 2012²⁰.

En juillet 2009, la Loi HPST²¹ et ses décrets²² modifient l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins. Le président de CME, conjointement avec le directeur, décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La CME contribue à cette élaboration en ce qui concerne la gestion globale et coordonnée des risques associés aux soins visant à lutter notamment contre les infections associées aux soins ; elle contribue aussi à prévenir et traiter la iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement. Le CLIN ou la sous commission de la CME ne sont donc plus obligatoires mais les décrets antérieurs n'ont pas été abrogés. Chaque établissement est libre de définir l'organisation la plus adaptée. Il doit créer un poste de coordonnateur de la gestion des risques. Il doit également pouvoir bénéficier d'une EOH qui est alors positionnée comme le maillon central des actions de lutte contre les IN avec un rôle de conseil auprès de la CME. Les objectifs demeurent les mêmes avec une logique de résultats.

¹⁹ Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du CSP et modifiant le même code

²⁰ Circulaire DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de LIN dans les établissements de santé pour l'année 2011

²¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²² Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Circulaire d'application n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011.

La Commission des Relations avec les Usagers pour la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique (CSIRMT) contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

Si ce dispositif de lutte contre les IN a pu fortement se structurer et donner des résultats à l'hôpital, c'est notamment grâce à son organisation en milieu fermé. De plus, les interlocuteurs sont bien identifiés, dans un lieu unique, et fédérés par une équipe d'experts.

2.2. Les limites de cette organisation

La lutte contre les IAS a fait des progrès considérables puisque le taux de prévalence a diminué en 10 ans^{23, 24} mais ces efforts restent à poursuivre même si le risque zéro n'existe pas²⁵. Cette amélioration est néanmoins contrainte et *“chacun à son niveau doit promouvoir la prévention, la formation des acteurs, l'évaluation des actions mises en œuvre et la surveillance des IN”*²⁶.

S'agissant des indicateurs de qualité, il ressort d'un rapport parlementaire de 2009²⁷ qu'il faut se montrer prudent quant à la publicité donnée au tableau de bord *“ en raison du risque de mauvaise interprétation des données [...] En effet, une lecture hâtive de ces tableaux de bord pourrait laisser penser que les centres hospitaliers universitaires (CHU), dont le taux d'IN est supérieur à celui des établissements privés de santé, ont une hygiène pouvant prêter à discussion.”* Le nombre d'IN varie entre établissements, en fonction des pathologies prises en charge, du type d'actes réalisés et du volume d'activité.

Malgré ces limites, la prévention des IN est structurée à l'hôpital ce qui n'est pas le cas pour la prévention des IAS dans le champ des soins de ville.

²³ opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=2506

²⁴ www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence

²⁵ M. Alain Vasselle signalait en 2006 qu' *“on estime à 70 % la proportion de celles qui ne pourraient pas être évitées par une meilleure prévention (mesures d'hygiène, locaux adaptés, etc.), notamment en raison de leur origine endogène”* in Rapport d'information de la mission commune sur l'indemnisation des victimes d'IN et l'accès au dossier médical, 07/2009, Guenaël Huet.

²⁶ B Grandbastien "La lutte contre les infections associées aux soins en France en 2011" ; interbloc, janvier-mars 2011;30n°1:43-45 ,p45

²⁷ Rapport d'information de la mission commune sur l'indemnisation des victimes d'IN et l'accès au dossier médical, 07/2009, Guenaël Huet

3. Une problématique identifiée mais peu prise en compte dans le champ des soins de ville

3.1. Les obligations des professionnels de santé en matière de prévention des IAS

La réglementation concerne essentiellement les établissements de santé. Néanmoins, des textes relatifs à l'hygiène et à la sécurité s'appliquent aux professionnels de santé libéraux qui voient leur responsabilité engagée en cas de non- respect de ces règles. L'hygiène en cabinet médical figure dans la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui introduit l'article L. 3114-6 dans le Code de la Santé Publique (CSP). Il prévoit que *“les professionnels de santé exerçant en dehors des établissements de santé veillent à prévenir toute infection liée à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter”*. Les articles L. 5211-1 et suivants édictent pour les dispositifs médicaux les règles de nettoyage, désinfection, et de stérilisation. Les articles R. 1335-1 et suivants fixent les obligations des professionnels de santé en matière d'élimination des déchets.

Le Code de déontologie médicale²⁸ précise dans son article 11 que *“tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances et participer à l'évaluation des pratiques professionnelles”*. D'après l'article 49, il doit *“tout mettre en œuvre pour respecter les règles d'hygiène et de prophylaxie”*. L'article 71 indique que le médecin doit disposer d'une installation *“convenable”*. Il doit veiller à la *“stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires”*. La qualité des soins et des actes médicaux et la sécurité des personnes sont donc au cœur des règles déontologiques.

En complément, il existe des guides de recommandation à l'usage des professionnels de santé. Ainsi la DGS a publié en 2006 un *“guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisées en dehors des établissements de soins”*. Ce guide rappelle la responsabilité des professionnels de santé en matière de risque infectieux. Il fait le point sur les règles d'hygiène de base et les bonnes pratiques à adopter pour prévenir les IAS²⁹. La HAS a publié en juin 2007 un guide de recommandations réalisé par la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) et intitulé *“Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical”*. Elle a également publié en décembre 2010 un rapport d'évaluation sur les niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes

²⁸ Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale (cf. articles R. 4127-1 à -112 du CSP)

²⁹ Sommaire en annexe V

interventionnels. 300 actes ont été analysés et des recommandations ont été faites pour définir des critères de sécurité et d'environnement pour réaliser des actes techniques interventionnels dans les cabinets libéraux. En effet, il n'existe pas de définition réglementaire de l'environnement technique des cabinets médicaux. De nombreux guides ont été élaborés par les CCLIN ou des sociétés savantes. Ces guides sont spécifiques à certaines professions : les chirurgiens-dentistes, les kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les infirmières libérales, etc.

On peut aussi noter un certain nombre d'initiatives locales comme celle de l'association médicale de perfectionnement post-universitaire de Meurthe et Moselle (AMPPU³⁰) qui a élaboré en 1990 un guide, intitulé "Comment réduire le risque infectieux au cabinet médical"³¹.

Bien qu'il existe des réglementations et des recommandations en matière de lutte contre les IAS, elles sont suivies de façon variable par les professionnels. Ainsi, les procédures d'élimination des DASRI, pourtant entrées en vigueur depuis plusieurs années, posent encore question chez nombre de professionnels³².

3.2. Si des études sont au fondement des recommandations, un manque de données épidémiologiques émanant du secteur ambulatoire entrave la prévention des IAS.

Les IAS hors de l'hôpital font l'objet de peu de publications. Toutefois, des études scientifiques permettent d'asseoir la réalité des IAS dans le champ des soins de ville et de justifier les recommandations faites aux professionnels de santé libéraux. N. Troillet, dans son article sur la "Prévention des infections nosocomiales au cabinet médical"³³, fait le point sur la littérature existante sur ce sujet. A partir de 62 épidémies infectieuses étudiées dans le secteur ambulatoire depuis les années 70, il met en évidence l'origine et le mode de transmission des infections. Sont à l'origine des infections un soignant (19% des cas), un patient (21% des cas), un flacon de médicament ou une solution à usage multiple (26 % des cas), un dispositif médical contaminé (23% des cas), une contamination de l'environnement (5% des cas) et pour 6% des cas l'origine est indéterminée³⁴. Dans ¾ des cas, il s'agit d'une transmission liée à un contact cutané (avec ou sans effraction) ou muqueux qui a eu lieu

³⁰ <http://ammppu.org/wordpress>

³¹ Sommaire en annexe VI

³² entretien n°6

³³ Troillet N. "Prévention des infections nosocomiales au cabinet médical : Maladies infectieuses". Médecine et hygiène. 59(2369):2286-91.

³⁴ Voir tableau en annexe VII

pendant la consultation. Dans les autres cas, il s'agit d'une transmission par aérosol ou gouttelettes dans la salle d'attentes. Suite à ces constat, N. Troillet justifie les mesures d'hygiène qu'il énonce. De même, le guide de la DGS de 2006 mentionne de nombreuses études³⁵. La réalité du risque infectieux est donc établie et particulièrement lorsque les actes sont invasifs.

Cependant, il existe peu de données épidémiologiques récentes et globales sur les IAS dans le champ des soins de ville, *“sauf lors de cas groupés liés en général à des dysfonctionnements dans le processus de soin et qui font l'objet de signalements auprès des autorités”*³⁶. Une des premières carences qui entrave le développement de la prévention des IAS est donc l'absence d'une surveillance épidémiologique adaptée au secteur ambulatoire. En l'état actuel des choses, le risque n'est pas précisément mesuré car il n'y a pas de données fiables ni d'indicateurs permettant d'établir la prévalence des IAS dans le champ des soins de ville. La sous déclaration des IAS en ville et la difficulté d'établir un lien de causalité entre le soin et l'infection sont également des facteurs qui contribuent à cet état de fait. Par ailleurs, il existe des différences de risque notables entre les professions de santé qui influent sur la perception que ceux-ci peuvent avoir du risque. Ainsi les dentistes³⁷, du fait de leur plateau technique particulièrement lourd, sont plus sensibilisés sur les questions de stérilisation ou de transmission de l'hépatite B³⁸ que les médecins généralistes par exemple.

De façon générale, le monde libéral est hétérogène et peu structuré sur les IAS. S'il existe actuellement un encadrement juridique des pratiques des professionnels de santé en matière de prévention des IAS, force est de constater que le secteur ambulatoire reste marginalisé. Pourtant, les frontières entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire tendent à s'effacer : la diminution des durées de séjour à l'hôpital, le développement de l'hospitalisation à domicile et la prise en charge de cas plus lourds dans les cabinets médicaux y contribuent. La recomposition du parcours de soins est ainsi à l'origine d'une redistribution des risques qui font de la prévention des IAS un enjeu de santé publique. Quels sont aujourd'hui les freins et les leviers pour mettre en place une prévention des IAS efficace dans le secteur ambulatoire ?

³⁵ Guide DGS 2006, pages 11 à 14

³⁶ entretien n°9

³⁷ DGS, “Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie-dentaire et stomatologie”, juillet 2006, 140 pages

³⁸ entretien n° 4

II. Freins et leviers à la mise en oeuvre d'un dispositif de prévention des IAS dans le champ des soins de ville.

1. Une préoccupation variable de l'importance des IAS

1.1. Une formation variable contribuant à une pratique différenciée en matière d'hygiène selon les professions de santé.

D'importantes différences de formation en matière d'hygiène existent entre les professions de santé. Elle est plutôt concentrée sur les métiers paramédicaux. Les IAS sont très peu prises en compte dans le cadre de la formation initiale des médecins, même s'il existe un module hygiène et asepsie dans les facultés de médecine. La sensibilisation au risque infectieux se fait majoritairement lors des stages hospitaliers et s'acquiert avec la pratique par la connaissance des règles de base. Il existe une certaine distance entre la théorie et la pratique. Cette faible insistance dans le cursus initial explique en partie le manque de mobilisation des médecins sur la question. Un représentant des usagers précise qu' "*il conviendrait de faire comprendre aux médecins de ville que l'hygiène n'est pas une option*"³⁹. En effet, l'hygiène est souvent assimilée à une "*tâche de ménage*"⁴⁰, c'est à dire à une action dévalorisante.

Outre les disparités entre les professions, il existe aussi des différences au sein d'une même profession. Entre les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), les programmes sont identiques mais les orientations pratiques sont différentes d'un institut à l'autre.

Enfin, même lorsqu'elle existe, la formation initiale semble souvent insuffisante. D'après une infirmière libérale, les IDE ont "*une formation initiale en hygiène très présente, qui semble adaptée en sortie d'IFSI mais nécessite une actualisation des connaissances*"⁴¹.

L'absence ou l'insuffisance de formation initiale ne contribue donc pas à une prise de conscience de la réalité des IAS ; or, les professionnels qui n'ont pas été formés se sentent peu concernés d'autant plus que la formation continue ne semble pas toujours permettre de pallier cette carence.

En effet, la formation continue paraît plus accessible à l'hôpital que dans le secteur libéral avec la possibilité de faire appel à l'EOH. D'après une infirmière libérale⁴², moins de formations relatives à l'hygiène leur sont proposées, sauf les formations payantes émanant de la CPAM. Toutefois, la formation continue existe par exemple sous forme d'ateliers qualité, de cas pratiques et de diaporamas. Organisées par des associations de formation continue ou

³⁹ entretien n°9

⁴⁰ entretien n°9

⁴¹ entretien n°7

⁴² entretien n°7

des sociétés savantes, ces formations émanent d'une demande des professionnels⁴³. Elles sont souvent liées à un problème soulevé dans la pratique. De ce fait, la réponse apportée par la formation continue est souvent ponctuelle et intervient après coup. Le bureau Qualité et sécurité des soins en charge des IAS au sein du ministère de la Santé est actuellement en phase de diagnostic concernant la formation des médecins. Afin de mieux connaître le secteur des soins de ville, une enquête est en cours de préparation⁴⁴.

Au delà de la formation, la conduite des entretiens avec une diversité de professionnels libéraux a également mis en lumière des pratiques différenciées en matière de prévention des IAS. Certains professionnels sont plus sensibilisés que d'autres du fait de la technicité des actes qu'ils délivrent, mais il existe également une inégalité de pratiques au sein d'une même profession.

Ainsi, dans le secteur dentaire, comme l'a précisé un dentiste, une expérimentation⁴⁵ relative à l'évaluation des pratiques professionnelles sur l'environnement de santé dans 50 cabinets volontaires en Ille-et-Vilaine, en 2009-2010, a montré que tous les praticiens n'avaient pas les mêmes habitudes en matière d'hygiène⁴⁶. Cette initiative a permis d'améliorer les pratiques, sur la traçabilité des actes par exemple. A partir de cette expérience, les dentistes ont développé leur propre grille d'évaluation qui comprend 75 items dont 19 incontournables. Cette grille⁴⁷, dédiée à l'autoévaluation des pratiques, devrait servir de base à des contrôles externes uniformisés.

De même les IDE semblent plus avancées dans la prévention des IAS car elles ont une expérience obligatoire en milieu hospitalier suite à l'obtention de leur diplôme, avant toute installation en libéral. Plus sensibilisées, leurs pratiques professionnelles ont évolué au travers par exemple de l'utilisation de matériel à usage unique.

La prise en compte de la diversité des professions de santé semble nécessaire, et sous-tend les travaux du COSPIN, qui souhaite leur proposer des mesures adaptées à leurs besoins.

⁴³ entretien n°2

⁴⁴ entretien n°10

⁴⁵ entretien n°4

⁴⁶ Un des chapitres de l'évaluation était consacré à l'hygiène et l'asepsie

⁴⁷ Ordre National des Chirurgiens-Dentistes ; "Grille d'autoévaluation pour une pratique sécurisée", 07/2008, 4 pages ; consultable sur www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr ; cf. extrait en annexe VIII

1.2. Le manque de données épidémiologiques, un frein à l'implication des professionnels libéraux dans la prévention des IAS

L'évaluation de l'importance des IAS dans le champ des soins de ville est nécessaire pour faire prendre conscience de cette réalité aux professionnels de santé libéraux. Ceux-ci doutent de l'utilité de prendre des mesures contre les IAS, sans preuve de leur existence et de leur impact. Pouvoirs publics comme professionnels de santé pointent le manque d'études épidémiologiques et médico-économiques récentes permettant de mesurer l'ampleur du problème. Le recueil de données est plus difficile dans le champ des soins de ville, qui est un milieu ouvert, avec un grand nombre et une diversité de professionnels de santé et autant de lieux possibles d'infections. Il est donc plus difficile de déterminer l'origine de l'infection et d'établir un lien de causalité entre un soin et une IAS. De plus, les professionnels de santé pensent qu'il n'existe pas d'obligation de signalement d'une IAS ni de protocole balisé pour le faire pour le secteur ambulatoire. Pourtant, ils sont tenus de signaler les "événements indésirables graves"⁴⁸ (EIG) auprès de l'ARS. A l'inverse du système de signalement externe de l'hôpital, le secteur ambulatoire ne bénéficie pas d'une organisation aussi structurée et réglementée.

Les quelques études épidémiologiques existantes ne sont pas reconnues par les professionnels de santé. Cela ne les incite pas à changer de comportement et à prendre des précautions particulières autres que l'hygiène de base. De plus, l'hygiène apparaît pour plusieurs médecins comme une notion "périphérique"⁴⁹ au soin, qui ne constitue pas le "cœur de métier"⁵⁰ du professionnel de santé.

1.3. Moyens humains, poids financier et perte de temps, autant d'obstacles à la prévention des IAS dans le secteur des soins de ville

Les moyens humains peuvent constituer un frein à la mise en place d'un dispositif de prévention des IAS. En effet, le matériel médical et de stérilisation nécessitent une adaptation du personnel puisque celui-ci peut différer d'un cabinet à un autre, notamment en cabinet dentaire. Par ailleurs, la notion d'âge semble aussi peser ; plus le médecin est expérimenté,

⁴⁸ Article L. 1413-14 du CSP : "Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé".

⁴⁹ entretien n°8

⁵⁰ entretien n°6

plus la résistance au changement sera forte, liée à l'usure professionnelle et accentuée par l'absence d'évolution de carrière en libéral⁵¹.

De même, les moyens financiers constituent une entrave dans la prise en compte des IAS dans le champ des soins de ville. D'une part le matériel est coûteux, et notamment le matériel à usage unique ; certains professionnels libéraux acceptent cependant cette dépense. D'autre part, malgré les dispositifs de formation continue, les médecins et les IDE considèrent que certains sont onéreux et constituent une perte d'argent pour le professionnel de santé libéral ; ce temps ne génère pas d'activité, ce qui n'est pas incitatif.

Plus généralement, plus les contraintes imposées par l'administration sont fortes plus les professionnels libéraux veulent une contrepartie financière.

Le temps constitue un frein supplémentaire. Un manque de disponibilité entrave la participation à un réseau de formation ou encore à un groupe de travail qualité alors qu'ils peuvent constituer un levier pour diffuser la prévention des IAS dans le secteur des soins de ville. Par ailleurs, les normes d'hygiène comme le lavage des mains ou la désinfection entre deux patients prennent du temps ; elles peuvent être perçues comme trop contraignantes.

2. Une relation complexe entre les professionnels et les institutions.

2.1. Une information inégalement reçue et perçue

Tous les professionnels de santé ne bénéficient pas du même degré d'information. De façon générale, les médecins que nous avons rencontrés estiment qu'il y a une trop grande masse d'informations en provenance de la HAS. La thématique de l'hygiène n'est ainsi pas mise en exergue d'autant plus qu'elle n'est pas considérée par les médecins comme appartenant à leur cœur de métier. En revanche, les infirmières libérales semblent plus en manque d'information. Une des infirmières interrogée⁵² déclare même ne pas recevoir de message de prévention de la part des acteurs institutionnels. Les infirmières précisent qu'elles recherchent l'information plutôt en communiquant avec leurs collègues qu'en se tournant vers les experts tels que le CCLIN et l'ARLIN. Toutefois, les discussions entre professionnels au sujet de l'hygiène ne paraissent pas constituer une pratique répandue⁵³. L'isolement de beaucoup de professionnels qui travaillent seuls ne facilite pas l'échange de bonnes pratiques.

Au delà de la quantité d'information, la question de sa qualité semble aussi se poser. Un discours controversé, comme lors de la grippe H1N1, contribue à remettre en cause la parole

⁵¹ entretien n°1 et 2

⁵² entretien n°5

⁵³ entretien n°14

des pouvoirs publics de façon générale. Il en ressort un certain scepticisme par rapport aux informations délivrées dans les guides, en particulier pour les professionnels qui pratiquent peu d'actes invasifs et se sentent moins concernés⁵⁴. De plus, le discours émis par des professionnels leaders d'opinion influence fortement le comportement des professionnels qui leur sont proches. En Bretagne, un professeur du CHU a émis l'hypothèse que le vaccin contre la grippe saisonnière pourrait être à l'origine de lymphomes en cas de vaccinations trop répétées⁵⁵. Il semble que ce discours influence les médecins généralistes alors qu'il n'est pas confirmé par le discours officiel. Les fournisseurs de matériel à usage unique délivrent également des informations aux infirmiers. Dans ce contexte, il est nécessaire de s'interroger sur l'indépendance de l'information.

Il semble donc qu'il ne puisse pas y avoir de message commun à tous les professionnels car le monde libéral est trop vaste et diversifié. En dehors de l'information qui provient des institutions, le secteur ambulatoire pourrait profiter de l'expérience des établissements de santé en matière de prévention des IAS, mais les professionnels de santé libéraux ont tendance à rejeter cet apport.

2.2. Une relation distante entre l'hôpital et la ville

Le champ des soins de ville est culturellement très différent du monde de l'hôpital. L'autonomie et l'indépendance caractérisent le premier alors que la hiérarchie et les contraintes semblent être associées au second. Le système hospitalier est largement rejeté par les médecins libéraux qui ne souhaitent pas travailler à l'hôpital par choix. *“Entre la ville et l'hôpital s'est créée une cassure culturelle; l'hôpital représente un système d'emprise, très éloigné du quotidien des libéraux”*⁵⁶. Historiquement, il existe donc une compartimentation entre l'hôpital et la ville. Malgré les apports de la loi HPST, l'interface entre les deux est encore difficile.

Cependant, il apparaît que l'expertise hospitalière en matière d'infections liées aux soins est reconnue par les professionnels de santé libéraux. Ceux-ci ne souhaitent pas pour autant une transposition du modèle hospitalier au secteur ambulatoire. Pour beaucoup de professionnels libéraux, notamment les médecins généralistes et les IDE, il semble *“inconcevable que la pratique ambulatoire puisse générer une infection”*⁵⁷. Les médecins *“partent du postulat*

⁵⁴ entretien n°14

⁵⁵ entretien n°6

⁵⁶ entretien n°1

⁵⁷ entretiens n°6 et 7

qu'ils font bien les choses"⁵⁸ ; il n'y a pas de remise en question spontanée. L'idée que le risque infectieux n'existe qu'à l'hôpital reste forte. Pour tous les professionnels de santé interrogés, les recommandations faites pour l'hôpital sont trop contraignantes. Elles sont adaptées à la structure du monde hospitalier mais ne peuvent pas s'appliquer au champ des soins de ville sans faire l'objet d'une importante adaptation afin de respecter les spécificités de chaque profession. Cet impératif est par ailleurs en accord avec le Plan national stratégique. En effet, pour les professionnels de santé interrogés, le coût trop élevé de certains matériels, à l'exemple des autoclaves, ainsi que le manque de personnel pour les faire fonctionner constituent un frein important.

Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux pointent un problème de communication et d'information entre l'hôpital et la ville. Les transmissions d'informations relatives aux patients sont lentes⁵⁹ voire réservées à certaines pathologies à risque comme l'hépatite. De plus les médecins n'arrivent pas à joindre facilement le bon interlocuteur. Le parcours de soins reste encore cloisonné et peu fluide.

2.3. Le rejet des autorités sanitaires

Les professionnels de santé libéraux sont souvent assez méfiants vis-à-vis des institutions. Historiquement, leur relation est conflictuelle. Les professionnels de santé craignent toujours une limitation de leur liberté d'installation et du principe de la libre entente en matière d'honoraires. Ils voient ainsi facilement dans les préconisations institutionnelles une tentative de contrôle. Dans ce contexte, l'évaluation des pratiques est perçue d'abord comme un jugement plutôt que comme la simple volonté d'améliorer la qualité des soins. La prévention des IAS est donc entravée par un problème de communication entre les autorités institutionnelles telles que l'Assurance maladie ou l'ARS et les professionnels de santé.

Les préconisations émanant du ministère sont mal reçues par les professionnels de santé libéraux qui accordent davantage de crédit à leurs pairs. Les guides et recommandations produits par des experts créent une méfiance de la part des professionnels libéraux qui ne les considèrent pas comme des pairs. Pourtant le corps médical participe à la rédaction de ces guides⁶⁰.

⁵⁸ entretiens n°4 et 6

⁵⁹ entretien n°14

⁶⁰ Guide de l'HAS de 2007, p.31

Les interventions sont plus efficaces si elles sont portées en amont par les professionnels eux-mêmes. C'est pourquoi le modèle des groupes qualité⁶¹ tend à se développer. Les groupes qualité sont nés d'une initiative de l'URCAM et mis en oeuvre par l'URML⁶² depuis 2001 en Bretagne. Ces groupes rassemblent les médecins généralistes d'un secteur avec une condition de représentativité. ¾ des médecins généralistes du territoire doivent participer à ce groupe. Des réunions sont organisées mensuellement. Chaque réunion traite d'une thématique autour d'études de cas. Le thème de l'hygiène au cabinet a été abordé une fois dans chacun des groupes. Il est prévu qu'il soit repris dans le cadre de l'expérimentation du Développement Professionnel Continu (DPC). A l'aide du référentiel fourni, chaque participant a réalisé une première évaluation de sa pratique, puis une seconde à la suite du temps d'échange. L'évolution des pratiques a été ainsi analysée. Le bilan de ces groupes qualité est très satisfaisant, tant du point de vue financier que du point de vue de la participation et de l'intérêt professionnel pour les participants. Le dispositif coûte 2000€ par an et par médecin mais il a permis de réaliser une économie de 10 millions d'euros sur les dépenses de santé⁶³. Moins de 20 % des praticiens ont refusé d'y participer en Bretagne. En effet, le fait de confronter sa pratique aux confrères, de discuter avec eux est positif alors que *“cette notion de partage n'est pas évidente car les médecins pensent qu'ils font bien”*⁶⁴.

Cette initiative s'est donc déployée en Bretagne et dans une dizaine d'autres régions. Il existe maintenant une Fédération Française des Groupes Qualité⁶⁵. Les initiatives du type “groupe Qualité” sont considérées positivement par les médecins qui les trouvent enrichissantes ; ils estiment cependant que la participation à ce type de réunion est chronophage même si elle est rémunérée. Cette expérience montre l'importance des relais entre les autorités institutionnelles et les professionnels de santé.

Toutefois, les freins ne viennent pas seulement des professionnels de santé. En effet, les IAS ne constituent actuellement pas la priorité de travail des ARS qui oeuvrent en priorité sur *“des chantiers plus importants comme la permanence des soins et la démographie médicale”*⁶⁶.

S'agissant de la mise en oeuvre du Plan stratégique 2009-2013, deux des trois programmes prévus sont encore en préparation, notamment celui qui concerne le secteur des soins de ville

⁶¹URML de Bretagne, URCAM de Bretagne, APIMED ; Groupes Qualité - démarche qualité des cabinets libéraux - l'hygiène au cabinet médical ; 10/1999 ; 46 pages

⁶² L'URPS a remplacé l'URML ; cf. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé

⁶³ entretien n°6

⁶⁴ entretien n°6

⁶⁵ www.groupequalite.com

⁶⁶ entretien n°11

pour lequel les membres du bureau Qualité et Sécurité des soins en charge du dossier jugent être en “mode prospectif”⁶⁷. Ce retard ne facilite pas la mise en œuvre d’actions sur le terrain.

3. Des patients encore peu impliqués dans la prévention des IAS en ville

3.1. L’évolution de la relation patients-soignants

La relation patient-soignant est traditionnellement asymétrique. D’une part, du fait de sa détresse physique et psychologique, le patient malade se trouve dans une position de faiblesse vis à vis du soignant. D’autre part, d’un point de vue sociologique, le professionnel de santé est un notable dont on ne remet pas en cause le jugement et le diagnostic, on peut parler ici “d’effet blouse blanche”. Enfin, de par le haut niveau d’études exigé, le soignant est celui qui apporte l’information au patient. Cela confère un certain aspect paternaliste à la relation patient-soignant.

Au fil du temps, cette relation s’est modifiée. Le patient s’est transformé en usager, voire en consommateur. Le patient ou sa famille sont en effet en recherche d’information à l’extérieur du cabinet, comme en atteste le succès de certains sites Internet “d’information médicale”. Cette recherche tend à remettre en cause implicitement la mainmise du professionnel de santé sur l’information délivrée au patient. Cependant, les représentations sociologiques imprègnent toujours fortement l’esprit des patients qui n’osent pas signaler ce qui peut leur apparaître comme des manquements, aux règles d’hygiène notamment, même si ceux-ci sont des professionnels de santé référents en matière d’hygiène⁶⁸.

Ces manquements peuvent influencer le choix des patients car le système de santé français laisse la liberté au patient de choisir son professionnel de santé libéral. Leur choix s’appuie sur des critères subjectifs comme la réputation, élément particulièrement prégnant pour les spécialistes, car les médecins généralistes sont des prescripteurs.

En matière d’évaluation de leur pratique par les patients, les professionnels de santé sont réticents à l’introduction de questionnaires de satisfaction, qu’ils voient comme une technique de marketing transposée du secteur commercial⁶⁹. Or, les professionnels de santé voient les usagers comme des patients et non comme des clients. Pour l’instant, la faible judiciarisation des rapports soignants-patients dans le champ des soins de ville n’incite pas les professionnels de santé à modifier leur vision de cette relation.

⁶⁷ entretien n°10

⁶⁸ entretien n°11

⁶⁹ entretien n°4

3.2 La perception de l'hygiène par le patient

Certaines professions de santé, notamment les médecins de ville, portent rarement des équipements de protection individuelle. Ainsi, en porter peut-être perçu comme anxiogène par le patient qui les vit comme un indice de gravité de sa pathologie ou une remise en cause de son hygiène. A contrario, un dentiste sans blouse ni masque posera probablement une interrogation. Une blouse apparaît également comme l'attribut d'une profession. Cela s'apparente à une notion d'uniforme loin des préoccupations hygiénistes.

Néanmoins, la connaissance des patients en matière d'hygiène reste parcellaire et ceux-ci tendent à s'intéresser au sujet au travers du prisme médiatique, en général lors d'affaires spécialement retentissantes. Les médias jouent ici un double rôle en mettant en lumière des problématiques peu connues du grand public, mais avec un traitement souvent anxiogène qui peut créer des réactions exagérées. Lorsque le patient n'est pas en mesure de s'informer lui-même, en particulier en pédiatrie et en gériatrie, les réactions de la famille sont plus importantes. En se substituant au patient, elle joue un rôle protecteur et est plus exigeante vis-à-vis des professionnels de santé.

Le degré d'information des patients en matière d'hygiène en cabinet de ville est à mettre en parallèle avec leur méconnaissance du rôle des institutions.

3.3. Les patients sont encore peu impliqués dans la prévention des IAS dans le champ des soins de ville.

Le tissu institutionnel est certes favorable à l'implication des patients en ville, mais il reste encore trop méconnu des usagers. Il existe bien les Conférences Régionales de Santé et d'Autonomie (CRSA) et les conférences de territoire⁷⁰, organes de démocratie sanitaire, qui se prononcent dans les plans régionaux de santé. Si certains PRS contiennent des objectifs en matière de prévention des IAS en ville, ils sont encore trop récents pour que l'on puisse en mesurer les effets attendus. L'implication des représentants des usagers sur cette thématique pourrait constituer un levier pour favoriser la mise en œuvre d'actions concrètes de prévention des IAS.

La mission des ARS en tant que point unique de réception et de traitement des signaux sanitaires, et donc de signalement des IAS, concerne les professionnels de santé. Toutefois, les usagers peuvent signaler une IAS auprès de l'ARS. Cette réorganisation sanitaire est difficile à appréhender par les usagers. Ces méconnaissances expliquent en partie l'absence de signalement des IAS dans le champ des soins de ville. L'absence d'une structure équivalente à

⁷⁰ Définies au niveau du territoire de santé

la CRUQPC ne permet pas à l'usager de ville d'être impliqué dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins. De plus, au contraire des hôpitaux, les cabinets de ville ne sont pas tenus de publier des indicateurs sur les efforts qu'ils consacrent à la lutte contre les IAS. La diversité des situations rend difficile l'élaboration d'un indicateur unique pertinent.

A l'hôpital, l'implication des patients a fait évoluer les pratiques des soignants en matière de qualité et de sécurité des soins. Les progrès réalisés en matière d'éducation thérapeutique constituent un exemple de transformation de la relation patients-soignants. Il est envisageable que l'implication croissante des patients dans la qualité et la sécurité des soins dans le champ des soins de ville puisse devenir un levier pour les professionnels de santé dans leur démarche de prévention des IAS.

III. Préconisations relatives à la prévention des IAS dans le champ des soins de ville

Toutes les préconisations présentées nécessitent en amont une mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé. Ils ont un rôle d'impulsion indispensable.

1. La nécessaire implication de l'ensemble des acteurs

Au niveau ministériel, il importe que la réglementation évolue et s'harmonise avec les dispositions de la Loi HPST, notamment en précisant les missions des ARLIN et CCLIN au regard des soins de ville. Dans un objectif d'opérationnalité, la publication des plans et des circulaires d'application doit être concomitante.

Au niveau des ARS, le rôle de coordonnateur de la politique de prévention des IAS doit s'affirmer. Elles doivent s'approprier le secteur des soins de ville dans le cadre du parcours de soins. Même si la mise en œuvre de la politique au niveau régional dépend des spécificités locales, il pourrait être intéressant pour les ARS qu'elles partagent leurs expériences dans ce domaine. Un autre enjeu consiste dans la communication du rôle des ARS auprès des usagers. Au niveau des professionnels de santé, l'expérience montre l'importance du rôle des pairs tant dans l'impulsion des actions nouvelles que dans le DPC et la transmission d'informations. En ce sens, les URPS et les sociétés savantes, par spécialité médicale, sont essentielles dans la conception, la construction des outils, et la mise en œuvre des dispositifs à venir.

Enfin, concernant les usagers, il conviendrait que les associations étendent leurs actions dans le domaine des soins de ville. De plus, il est important que les usagers soient eux-mêmes acteurs de leur santé.

2. Améliorer la connaissance des IAS dans le champs des soins de ville

La connaissance des IAS en soins de ville passe par deux types d'actions. D'une part, la mise en place d'études épidémiologiques afin d'évaluer la prévalence, l'incidence, la typologie des infections et les germes en cause pourrait s'inspirer de l'expérience hospitalière. Mises en oeuvre en lien avec l'InVs, le RAISIN et les Cellules de l'InVs en région (CIRE), et éventuellement l'assurance-maladie, ces enquêtes constituent un excellent outil de sensibilisation des professionnels. D'autre part, l'organisation d'un recueil des signalements en tant que dispositif d'alerte, pourrait s'appuyer sur un protocole de signalement des IAS, relayé par les guichets uniques des ARS. Ce second outil dont l'objectif est d'améliorer les pratiques contribue aux échanges entre pairs.

De plus, comme à l'hôpital, des indicateurs de mesure pourraient être instaurés et mis à disposition du public. Ces mêmes indicateurs adaptés au secteur libéral pourraient être intégrés dans le cadre des conventions médicales passées avec l'assurance maladie. Ils pourraient concerner notamment la consommation de SHA, l'utilisation de matériel à usage unique, la satisfaction des patients.

Enfin, le dispositif de l'accréditation⁷¹ des médecins de certaines spécialités en établissement de santé pourrait être transposé aux médecins libéraux⁷² pour lesquels l'activité aurait été identifiée à risque.

L'intégralité de ces propositions contribuera à l'élaboration d'un diagnostic initial. Ainsi, il sera possible de faire une analyse des risques et d'établir une hiérarchie en fonction des professions et des actes et activités réalisés.

3. Favoriser la prise de conscience du problème par les professionnels de santé

Le monde libéral, éloigné des préoccupations hospitalières concernant les IAS, doit faire l'objet d'une information adaptée, précise et concise. De plus, les professions de santé en ville représentent un vaste champ d'activités hétérogènes. Chacune d'elles par sa spécificité présente un risque d'IAS plus ou moins important. Il convient alors de développer des protocoles de prévention différenciés selon les professions, à l'exemple des dentistes. Les associations de professionnels de santé libéraux ont un rôle majeur à jouer dans la construction de documents adaptés.

⁷¹ Il s'agit d'un dispositif volontaire de gestion des risques médicaux en établissement de santé. Cette accréditation fait partie d'un dispositif global de qualité et de sécurité des soins et d'amélioration des pratiques.
- Voir site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428381/l-accreditation-des-medecins

⁷² Proposition faite au cours de l'entretien n°10

Selon les préconisations citées précédemment, il est essentiel de diffuser et partager les résultats sur les événements indésirables graves et les événements porteurs de risques. La mise en place du système de signalement devrait conduire à une information colligée, diffusée aux professionnels de santé par profession et transversalement. L'information doit également porter sur les actions de formation continue disponibles pour les professionnels de santé libéraux.

Dans le cadre de la formation initiale des professionnels de santé, les IAS devraient faire l'objet d'une attention plus poussée et être intégrée dans chacun des modules d'enseignement. L'enjeu peut aussi se situer au niveau du mode d'apprentissage ; la transmission des connaissances concernant les IAS pourrait être accentuée lors des stages pratiques peut-être plus efficaces qu'un enseignement théorique. L'hygiène devrait devenir une matière classante et non optionnelle durant les études de médecine afin d'en confirmer son importance.

De plus, dans le cadre de la formation continue, une incitation financière peut être envisageable pour les professionnels de santé, en complément des avantages fiscaux. Ceci permettrait de compenser le manque à gagner lié à l'activité non réalisée pendant le temps de formation, à l'image des "indemnités quotidiennes de formation compensatrices de perte de ressources pour les infirmiers libéraux soumis à la convention"⁷³ payées par l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL). Cette rémunération pour formation pourrait être inscrite dans la convention médicale passée avec l'assurance maladie.

Enfin, il serait utile de développer des outils de formation en ligne. Ciblés par profession et par spécialité, ces modules en ligne permettraient un accès plus facile et plus généralisé à la formation. Évitant aux professionnels de se déplacer, il en résulterait pour eux un gain de temps et d'argent ; en effet, il leur serait possible de suivre ces modules à domicile ou directement sur leur lieu de travail.

4. Améliorer le parcours de soins

Pour une meilleure prise en charge des patients, il est important que les différents acteurs se coordonnent. La transmission des informations, notamment celles relatives à la colonisation par BMR, et le partage des bonnes pratiques s'en trouveront améliorés. Les maisons de santé et les groupes qualité peuvent constituer un appui d'autant plus que le regroupement entre professionnels est une tendance. L'exemple des réseaux de santé ou celui des Maisons de l'Autonomie et d'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), organes reliant l'hôpital, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les soins de

⁷³ <http://www.onsil.fr/fr/formation-continue/formation-continue-conventionnelle/principes-fcc/>

ville montrent que la coordination est possible. Néanmoins, la sensibilisation à la prévention des IAS demeure un préalable indispensable.

5. Associer les patients à la prévention des IAS en soins de ville

La prise en compte des IAS dans les soins de ville passe aussi par une démarche de prévention auprès des patients ; cela peut se concrétiser par un affichage des règles d'hygiène et de précautions en salle d'attente dans les cabinets de ville. De plus, des actions s'inspirant de la démarche d'éducation thérapeutique pourraient permettre de sensibiliser et de responsabiliser les patients face aux IAS.

Par analogie au dispositif existant et efficace à l'hôpital, la mise en place de CRUQPC de ville pourrait être proposée. Elle permettrait aux usagers de participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ambulatoires, de faire remonter et de prendre en compte les informations et les réclamations des patients.

Conclusion

L'élargissement de la notion d'IN à celle d'IAS accompagne le mouvement de décloisonnement des secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire, porté par la loi HPST. Les durées de séjour ayant tendance à se réduire, les patients sont de plus en plus pris en charge en dehors de l'hôpital et suivent un parcours de soins plus diversifié. Avec la notion d'IAS, il s'agit de dépasser la vision purement hospitalière du risque infectieux lié aux soins. Pour cela, des études épidémiologiques sur les IAS dans le secteur ambulatoire sont nécessaires, afin d'établir un diagnostic et de prendre des mesures spécifiques au champ des soins de ville.

Il s'agit également pour les professionnels libéraux de s'emparer de la problématique des IAS dans une démarche globale de qualité et de sécurité des soins. Néanmoins, cette démarche tend à évaluer les pratiques professionnelles. C'est pourquoi il est indispensable de développer des mesures incitatives pour encourager les professionnels de santé à lutter contre les IAS, et notamment de favoriser le travail entre pairs.

Une impulsion politique est donc primordiale pour mettre en place le cadre de la prévention des IAS dans le secteur des soins de ville, tout en laissant une grande place aux professionnels de santé pour en organiser la mise en oeuvre. Cependant, le nombre et l'hétérogénéité des professionnels de santé qui caractérisent le monde libéral inscrivent cette démarche dans le long terme. Du temps et des moyens seront nécessaires pour que la prévention des IAS dans le champ des soins de ville devienne un réflexe.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville
- Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé
- Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique
- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale
- Décret n°88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier
- Arrêté du 23 septembre 2004 portant création des CNITILS
- Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales modifié par l'arrêté du 19 octobre 1995
- Circulaire DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de LIN dans les établissements de santé pour l'année 2011
- Circulaire d'application n° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins ; Ministère de la Santé et des Sports
- Instruction n°DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures

Ouvrages :

- Bloy G, Schweyer F-X. "Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale." Rennes: Presses de l'EHESP ; 2010.
- Hygis N, Marty N. "Hygiène hospitalière". Montpellier: Sauramps; 2010.
- Blanchet A, Gotman A, Syngly F "L'enquête et ses méthodes : l'entretien". Paris: Armand Colin ; 2005

Articles :

- Bernard Regnier "Les infections à l'hôpital" ; Pour la Science, 05/2005 ; 331 : p. 74-80
- B Grandbastien "La lutte contre les infections associées aux soins en France en 2011" ; interbloc, janvier-mars 2011;30n°1:43-45 ,p. 45
- Pierre Desmarais "La notion d'infection associée aux soins en droit français", Cahiers hospitaliers, 06/2011, p. 30- 33
- Eytan Ellenberg "L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent", Revue de santé publique, 09/2005, numéro 3, p.471- 474
- E. Ellenberg "Nosocomium, hôpital et espace de santé", Gestions hospitalières, février 2004, Cahier n° 184 : Stérilisation, p.138- 141
- Christophe Lerat "Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France", Revue de santé publique, 2010, p.376- 378
- Jousset N, Rougé-Maillart C. "Infections nosocomiales en médecine de ville : inéquité pour les victimes". Médecine & Droit ; 03/2012
- Troillet N. "Prévention des infections nosocomiales au cabinet médical : Maladies infectieuses". Médecine et hygiène. 59(2369):2286-91.

Rapports :

- Rapport de l'OPEPS n° 421 (2005-2006) de M. Alain VASSELLE, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 22 juin 2006
- Haute Autorité de Santé "Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical - argumentaire", 06/2007 , 275 pages
- Rapport d'information de la mission commune sur l'indemnisation des victimes d'IN et l'accès au dossier médical, 07/2009, Guenaël HUET
- DGS/DHOS, "Actualisation de la définition des infections nosocomiales" ,05/2007, 43 pages ; validé par le CTINILS le 16/11/2006 et présentée au HCSP le 11/05/2007

Guides :

- Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, Direction générale de la Santé. "Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés hors des établissements de santé". 01/2006, 128 pages
- Haute Autorité de Santé "Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical - recommandations", 06/2007 , 35 pages
- Association médicale de perfectionnement post-universitaire de Meurthe et Moselle (AMPPU), "Comment réduire le risque infectieux au cabinet médical", 1990, 22 pages
- URML de Bretagne, URCAM de Bretagne, APIMED ; "Groupes Qualité - démarche qualité des cabinets libéraux - l'hygiène au cabinet médical" ; 10/1999 ; 46 pages
- Direction Générale de la Santé (DGS), "Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie-dentaire et stomatologie", juillet 2006, 140 pages
- Ordre national des Chirurgiens-Dentistes ; "Grille d'autoévaluation pour une pratique sécurisée", 07/2008, 4 pages
- CCLIN Ouest, Guide pratique "Je suis représentant des usagers pour la lutte contre les infections nosocomiales dans un établissement de santé. Ce qu'il est important de savoir...", 03/2010, 16 pages

Sites internet consultés :

ammppu.org/wordpress
nosobase.chu-lyon.fr
www.adf.asso.fr
www.bdsp.ehesp.fr/reseau/nosobase
www.em-consulte.com
www.e-sin.fr
www.groupequalite.com
www.has-sante.fr
www.icalin.sante.gouv.fr
www.invs.sante.fr
www.onsil.fr
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr
www.securitesoins.fr
www.sftg.net

Liste des annexes

- Annexe I** : tableau de bord
- Annexe II** : grille d'entretien
- Annexe III** : tableau de synthèse des entretiens
- Annexe IV** : répartition géographique des CCLIN
- Annexe V** : sommaire de la DGS intitulé "Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés hors des établissements de santé" de janvier 2006
- Annexe VI** : sommaire du guide de l'AMPPU intitulé "Comment réduire le risque infectieux au cabinet médical"
- Annexe VII** : figures extraites de l'article de Nicolas Troillet intitulé "Prévention des infections nosocomiales au cabinet médical : Maladies infectieuses"
- Annexe VIII** : extrait de la "Grille d'autoévaluation pour une pratique sécurisée" de l'Ordre national des Chirurgiens-Dentistes
- Annexe IX** : extrait du guide pratique du CCLIN Ouest "*Je suis représentant des usagers pour la lutte contre les infections nosocomiales dans un établissement de santé. Ce qu'il est important de savoir...*"

Annexe I : tableau de bord

		Maud	Solène	Brigitte	Corinne	Sylvie	Charlotte	Laura	Denis	Julie
Mercredi 2 mai	A	Présentation du MIP, présentation du groupe, discussion avec Pascal Jarno autour du sujet, désignation du référent logistique								
	P	Analyse du dossier, travail de groupe autour de la problématique, répartition des entretiens.								
Jeudi 3 mai	A	Budget prévisionnel, organisation du plan du mémoire autour d'axes thématiques, répartition des thématiques pour approfondir les recherches en petits groupes de trois								
	P	Elaboration de la bibliographie. Recherches personnelles en bibliothèque en sous groupe.								
Vendredi 4 mai	A	Elaboration de la grille d'entretien								
	P	Recherche documentaire	RDV avec François Xavier Schwever (15h)	Recherche documentaire	RDV avec François Xavier Schwever (15h)	Recherche documentaire				
Mercredi 9 mai	A	RDV avec Alain Michel Cerreti (9h) et Valérie Salomon (11h) à Paris	Travail en bibliothèque	RDV avec Martine Aupe (10h)	Travail en bibliothèque	RDV avec Martine Aupe (10h)	RDV avec Serge Deschaux (11h30)	Travail en bibliothèque	RDV avec Serge Deschaux (11h30)	
	P	JF Rey (14h) à Paris	Rédaction des comptes-rendus des entretiens.							
Jeudi 10 mai	A	Rédaction des comptes-rendus	RDV avec Céline Buan (11h)	Travail en bibliothèque	RDV avec Céline Buan (11h)	Travail en bibliothèque	Travail en bibliothèque	RDV avec Xavier Le Neel		
	P	Travail en bibliothèque	RDV Emmanuel Ninin (15h)	Compte-rendu	RDV avec Julie Kerouredan (14h)	Rédaction du compte rendu				
Vendredi 11 mai	A	Analyse des entretiens, élaboration du plan détaillé, répartition des parties par petits groupe pour la rédaction.								
	P	Rédaction de l'introduction et de la première partie.								
Lundi 14 mai	A	Relecture commune de la première partie.								
	P	Rédaction de la seconde partie.								
Mardi 15 mai	A	Relecture commune de la seconde partie								
	P	Rédaction de la troisième partie et de la conclusion.								
Mercredi 16 mai	A	Relecture de la troisième partie. Elaboration des annexes.								
	P	Relecture générale, mise en forme finale. Préparation de l'oral.								

Annexe II : grille d'entretien

Phrase de présentation

Nous sommes élèves de l'EHESP à Rennes. Nous participons à un module interprofessionnel coordonné par Pascal Jarno. Notre groupe est composé de PHISP, DH, D3S, AAH, IASS, IES, DS. Nous vous avons sollicité dans le cadre d'une étude que nous réalisons sur la perception de la lutte contre les IAS par les professionnels de santé libéraux. Cette étude fera l'objet d'une soutenance et sera publiée sur le site de l'EHESP.

La lutte contre les infections nosocomiales s'est d'abord développée dans les établissements de santé. Avec le plan stratégique national 2009-2013 et la loi HPST, cette notion s'est élargie aux secteurs médico-soc et aux soins de ville et prend en compte le parcours de soins du patient. C'est pourquoi, plus que d'infections nosocomiales on parle aujourd'hui d'IAS.

Question de départ

D'après vous quelle est la place des IAS dans la **pratique des professionnels de santé libéraux** ?

ou

Selon vous, quelle place les IAS ont-elles dans votre **pratique quotidienne** ? (dans celle des professionnels de soins de ville).

Que représentent pour vous les IAS dans votre pratique quotidienne ?

Pourriez-vous nous dire **ce qu'évoque** pour vous IAS ?

Thème 1 : dispositif de lutte contre les IAS

Comment est **organisée la lutte** contre les IAS dans le champ des soins de ville ?

ou

Quelle connaissance de l'organisation de la lutte contre les IAS avez-vous ?

Questions de relance :

- **Expérience professionnelle** ? leur rôle, fonction ? qu'est-ce qui les a amenés à s'impliquer dans cette thématique ?
- Est-ce que ce sujet est pour eux un **sujet important** ?
- Les **professionnels de santé savent-ils** que l'accent est mis sur cette question dans la Loi HPST ? Connaissent-ils le plan stratégique 2009-2013? Comment en ont-ils eu connaissance ? ou Savez-vous...connaissez-vous...
- Quels sont les **gestes à risques** ? Comment **limitent-ils** les risques ? (Quelles mesures de prévention ?)
- Comment mesure-t-on la **prévalence des IAS** dans le secteur ambulatoire ?
- De quels **chiffres** dispose-t-on ?
- Quels sont les **indicateurs** utilisés ? Sont-ils utiles ? Quels **autres** indicateurs pourraient être **pertinents** ?
- Quel est l'**intérêt pour un professionnel** de santé de déclarer les IAS ? Sont-ils obligés de le faire ?

Thème 2 : formation / information

Quelle est la **formation des professionnels de santé** en matière de lutte contre les IAS ? De quelle **information** disposent-ils ?

ou

Quelle est votre formation en matière de lutte contre les IAS ? De quelle information disposez-vous ? (Les professionnels de santé sont-ils formés à la lutte contre les IAS dans le cadre de leur formation

initiale / continue ? ou quelle sensibilisation / formation avez-vous eu dans leur formation initiale sur ce sujet ? dans la formation continue ?)

Questions de relance :

- D'après vous cette formation est-elle **adaptée/suffisante** ?
- Les professionnels ont-ils **assez d'info** ? Ont-ils de leur propre initiative besoin de chercher des informations ? **ou** Avez-vous assez d'informations ?
- Les professionnels ont-ils été sollicités **pour participer à des réunions d'info ou autres** ? **ou** avez-vous été sollicité pour participer à des réunions d'informations ?
- Quelle **connaissance** les professionnels de santé ont-ils des **guides** ? Quelle **application** font-ils des recommandations ? S'ils ne les appliquent pas, pourquoi ?

Thèmes 3 : attentes, besoins

D'après vous quelles sont les attentes **en matière de prévention des IAS** (dans le champ des soins de ville)?

Questions de relance :

- Quels sont **vos besoins** ?
 - Leurs **patients ont-il des questions** par rapport aux IAS ?
Ou
 - Les médecins libéraux pensent-ils que leurs patients sont concernés par les IAS ?
 - Les patients ont-ils des demandes ? Comment **expriment-ils leurs demandes** ?
 - Les professionnels **informent-ils** leurs patients sur les IAS ?
 - Dans le cadre du **parcours de soins, quelles sont les informations transmises** aux professionnels de santé libéraux ? Quelles informations transmettent-ils aux établissements ?
 - Quelle est la **responsabilité des professionnels / IAS** ? Clause particulière dans leur assurance particulière ?
 - Y a-t-il une **judiciarisation des relations** entre les professionnels de santé libéraux et les patients sur cette question ? (cas de mise en cause, jurisprudence)

Thème 4 : dispositif de prévention à développer

A votre avis quels dispositifs peuvent être mis en œuvre ?

Questions de relance :

- Quels sont les facteurs **facilitant** ?
- Quels sont les **freins** ? (moyens financiers, logistique, travailler seul, facteur temps, lourdeurs administratives...)
- Quels **acteurs** peuvent être **mobilisés** ? (réseau, ARS, Assurance maladie, équipe opérationnelle d'hygiène, maison ou pôle de santé...)
- L'**expérience de l'hôpital** peut-elle être mobilisée et comment ?

Annexe III : tableau de synthèse des entretiens

N° / fonction	Connaissance du dispositif de lutte contre les IAS	Données sur les IAS en ville	Place des IAS dans la pratique des professionnels	Formation initiale en matière d'IAS	Formation continue	Information	Patients	Atteintes besoins des professionnels	Freins à un dispositif de prévention	Acteurs à mobiliser	Préconisations
N°1 / Sociologue			<p>différence entre médecine et IDE: IDE -> obligation de travailler à l'hôpital, respect de la loi, lien entre connaissances sociales, intervenés par les professionnels qui sont professionnels dans un contexte autre que la pratique libérale</p> <p>sciences: lien sur les sciences qui permet de respecter la loi, c'est même la perception qu'il a en ont...</p>								
N°2 / Médecin hygiéniste CCLIN		pas de données	<p>risque infectieux moins présent quand pas données invisibles</p>	<p>héritage médecine pas de formation initiale</p>	<p>participation du CCLIN à des ateliers qualité, formation sur des cas pratiques, formation disponibles</p>	<p>info à la demande des professionnels, et suite à l'identification de problèmes</p>	<p>efficacité des campagnes auprès des patients (ambodiques), patients plus exigeants</p>				
N°3 / Infirmerie diplômée	pas de connaissance du dispositif		<p>IAS possibles par la contamination des patients et des locaux, donc risque des mains, ouverture des portes</p>	<p>pas de formation spécifique</p>			<p>concernés par les infections, peur de la contamination dans salle d'attente</p>	<p>Information rapide, obligation de mettre en place</p>	<p>train financier: coût des produits, temps, formation, pour un retour sur IAS</p>		<p>prévention auprès des patients, mais dans salle d'attente</p>
N°4 / Dentiste, conseiller en hygiène, coordination nationale des syndicats médicaux (qualité sécurité des soins)	<p>connaissance acquise par pratique pro</p>	<p>pas de données (gb de l'officine): pas d'indicateurs pertinents pour mesurer la prévalence, grille d'évaluation des IAS propre aux dentistes</p>	<p>culture hygiéniste développée, dentiste dans le cabinet, donc technique très lourde, contrôle des pratiques</p>	<p>module hygiène et aspects réglementaires des IAS, descriptif théorique/pratique</p>	<p>elles existent</p>	<p>réunions grilles, articles, possibilité pour un "top d'info sur l'info"</p>	<p>patients plus exigeants, attentes aux gestes, importance lien de confiance, patients de satisfaction patients (pas dans logique commerciale)</p>	<p>actions de sensibilisation IAS</p>	<p>aspect culturel (indépendance, ddt remise en question, voir ça comme qch de contraignant, surcharge réglementaire, matériel qui coûte cher moyens humains: maîtrise du matériel de stérilisation</p>		<p>pas souhaitable de transférer vers les soins hospitaliers, pas moyens humains et matériels, faut une adaptation ex best, intelligents, faut à l'hôpital - tous les G à 9 jours en cabinet</p>

N° / fonction	Connaissance du dispositif de lutte contre les IAS	Données sur les IAS en ville	Place des IAS dans la pratique des professionnels	Formation initiale en matière d'IAS	Formation continue	Information	Patients	Attentes besoins des professionnels	Freins à un dispositif de prévention	Acteurs à mobiliser	Préconisations
N°5 / IEC - libéraux ajouté au Conseil général de l'Orne, construction d'une MAJA (maison d'autonomie et d'intégration des malades Alzheimer)	Connaissance peu élevée, acquise par pratique pro	pas de données, pas de contrôle, la seule sensibilisation qui a fonctionné est celle de l'élimination des DAS/RI	théorie du : pas réellement de microles à domicile, être propre suffit, l'hygiène des hôpitaux ne correspond pas au besoin du soin à domicile, niveau bien trop élevé, sauf cas particulier : diabète, soins de fin de vie externes ou changements hygiénistes ou autre DMI. Parfois se protéger : patient et ou domicile résident.	formation IEC	elles existent mais pour les libéraux, formation sur temps personnel, donc manque à gagner, non seulement le temps non travaillé est non rémunéré mais en plus la plupart des formations ne sont pas gratuites	pas de courrier CPAM ou autres, travailleur isolé, chacun pratique comme il veut.	Pratique dans le quartier social de la ville, ZUP, relation de confiance avec infirmière	actuelle, se rend compte que le croisement d'acteurs de santé provenant de tous horizons, commence par des ateliers mais peut aller à partir l'école, mais l'influité avec elle que la confiance. Il est alors agréable et confort de travailler ensemble et souvent on constate une amélioration de l'état, qui du malade en perte d'autonomie. Regrette de ne pas avoir eu ce genre d'expérience pendant sa pratique libérale et reconnaît l'utilité.	frein du temps et du coût, lourdeurs administratives, perte de temps à chercher l'info, ne pas savoir réellement ou s'adresser	Tout acteur de santé de tout milieu	Recevoir de l'information normalement à domicile : conseil de pratique, enquête sur besoin, recensement des matériels mutualisés contre autocollants etc.
N°6 / Mdecin généraliste			appropriation du risque infectieux par les libéraux lie à leurs études, leur passage à l' hôpital. IAS pas une préoccupation spécifique au monde ambulatoire, pas de remise en question des médecins		groupe qualité contourne aux pratiques des autres, échanges avec des pairs	voque connaissance des guides, top d'info HAS, pas d'adaptation, pas de recherche spontanée, recommandation trop contraintes, pas partenaires pour ambu	demandes marginales, pas clairement formulées, influence médecin.	pas de besoins car pas de lacunes ressenties, Athenes, réactualisation des connaissances	freins matériels, peu habitudes partagés de pratiques, aspects culturels, où relations AM AM	CPAM rôle à jouer pour impliquer les professionnels	modèle des groupes qualité, importance des pairs
N°7 / IEC bénaire	connaissances liées à son expérience hospitalière	pas de chiffre ni d'indicateur	peu d'IAS à domicile, respect des règles d'hygiène et d'épisée	formation d'hygiène adaptée en sorte d'IFSI mais nécessité d'actualiser les connaissances	formation continue en hôpital • possibilité de faire appel aux IEC de l'EOH. A domicile pas de formation, sauf les formations payantes proposées par la CPAM	information donnée au patient dans les autres quadrants • recherche d'information par les IEC mais les IAS ne sont pas prioritaires	matériel fiable bien perçu mais information donnée aux infirmiers qui n'utilisent et pas à ceux qui ne l'utilisent pas	pas de besoins car pas de lacunes ressenties, Athenes, réactualisation des connaissances	coût élevé du matériel à usage unique/ culture et mode d'hygiène du patient / orientation vers une hospitalisation en cas de mise en danger économique lié aux formations payantes fient lie au temps	CPAM rôle à jouer pour impliquer les professionnels	prescription du set jetable par IEC / échange entre cabinets, références surtout entre pairs
N°8 / Mdecin généraliste	Connaissance du CCIN, sinon peu de connaissance du niveau institutionnel	pas de chiffre, cela n'est pas inclusif pour l'évaluation des pratiques ou des demandes de formation	appropriation des IAS à travers les stages hospitaliers (la pratique) mais très peu en ville : pas de boue, ni de manque car cela est arrivage pour les patients et en raison du peu d'actes techniques	pas de module spécifique formation lors des stages	intervention et réunion en cabinet médical sur de nombreux sujets mais les IAS ne font pas partie des sujets abordés	connaissance de recommandations mais pas lu car pas le temps ou pas intéressée. Information devrait être plus adaptée à la pratique des médecins	pas de demande ni d'inquiétude des patients, mais inquiétude à la maison porte une blouse ou un masque. Donne des informations sur le lavage des mains lors des épidémies (ex. gastro).	atteinte de chiffres pour avoir des recommandations, nécessité de preuves	coût financier, lourdeurs administratives, temps motivations, aspect contraintant et l'âge (accélération plus liées aux changements lorsqu'on est jeune)	importance des pairs qui ont une connaissance de la pratique médicale.	les indicateurs de l'hôpital sont trop congruents mais nécessite d'un outil de partage d'information avec l'hôpital. Et en appeler à la responsabilité de chaque professionnel dans sa pratique.
N°9 / Rôle santé Développeur des Droits, président d'association La LEIN	connaissance des programmes ministériels, loi, institutions (CTIN, HCSP)	pas d'outil en cabinet pour connaître les mauvaises pratiques, absence de dispositif de signalement donc mesure et fiabilité difficile, pas d'aussi du "client", pas compétent en hygiène	peu d'IAS en ville car peu d'actes médicaux sauf en dentaire, IAS peu graves et pas signalés	peu de modules sur l'hygiène, optionnel et peu suivi, pour beaucoup, hygiène = ménage!		libéraux déjà sensibilisés plus facilement à l'information, des professionnels moins peu connus	patients n'osent pas signaler erreurs d'hygiène	donner plus de visibilité aux incidents en ville en certifiant les plaintes patients et autres, études épidémiologiques par l'ARS		CCIN, ARJUN, rôle des maires (CRUJPC de ville), maisons de santé	retour sur expérience entre pairs
N°10 / chef de bureau qualité et soins au niveau de la maison de la santé	programme national stratégique pas très avancé au niveau des soins de ville	peu de données épidémiologiques, sauf cas groupes donc prévalence faible? enquête sur les IAS en ville préparée par le bureau	pas de système de signalement et d'alerte, pas de protocole balnéo- optométriques, IEC à domicile, dentistes sensibilisés	différences de formation entre IFSI							dispositif hospitalier pas transposable tel quel, corrélative ville en amont, insérer un circuit d'alerte, préconisations par approches pour professionnels soumise à accréditation, interventions faites par des pairs (car plus de credit)

N° / fonction	Connaissance du dispositif de lutte contre les IAS	Données sur les IAS en ville	Place des IAS dans la pratique des professionnels	Formation initiale en matière d'IAS	Formation continue	Information	Patients	Ateliers besoins des professionnels	Freins à un dispositif de prévention	Acteurs à mobiliser	Préconisations
N°11 / MSP	projet de déploiement en médecine de ville	informations par signalement mais pas de données chiffrées sur le nombre	pas la priorité des professionnels car pas des soins directs et mauvaise perception du risque	non abordé	nécessité de faire un diagnostic avant toute action de FC	pas abordé	famille plus que patient qui signale et qui peut être un levier	nécessité de faire un diagnostic avec identification des risques par spécialités	temps consacré, pas de normes, pas de réglementation, ARS n'a pas de prise sur médecine de ville	URPS ou Fédération, ARLIN, ARS	faire un diagnostic et actions adaptées à l'analyse des risques, aborder la question initialement par l'aspect thérapeutique, travailler avec les maisons de santé, inciteurs, avoir une vision globale de l'hygiène dans la prise en charge du patient (qualité et gestion des risques)
N°12 / réparo-entérologues, CCGSPM, UHPS	Connaissance très bonne du dispositif	Pas de signalement, pas de données	Les priorités sont sur les actes invasifs. Les dentistes sont plus sensibilisés que les autres professionnels libéraux	Dans sa formation médicale, le très faible.	Bien sensibilisé aux IAS dans sa pratique (utilisation des endoscopes) et valeur marchande de son travail (vis-à-vis des médecins généralistes qui lui envoient des patients => formation continue indispensable.	Information non demandée par les professionnels, information abondante et peu ciblée (épandage) descendante (résultats vers professionnels).	Patients demandeurs uniquement lors d'affaires médicales, vision via le prisme médical. Sensibles à la propriété apparente des locaux. Pas d'expertise du "client" en matière d'hygiène.	Information ciblée, pratique. Les contraintes imposées par les instances doivent être franchies. Réseau d'échange de bonnes pratiques, audits par les pairs.	Il n'y a pas de preuve du lien de cause à effet hygiène-IAS. Freins financiers. Freins en termes de contrainte horaire : surcharge de travail empêchant une formation continue correcte (à leurs frais). Les recommandations visent à protéger l'administration, voire émanant de l'administration tout simplement, sont mal reçues par les professionnels libéraux.	Les pairs, le CCGSPM, les maîtres de stage et stagiaires, ailleurs locales des ARS.	signalement qui pourrait être l'initiative locale de l'ARS. Favoriser les échanges entre professionnels. Financement des mesures de lutte contre les IAS. Contrats entre l'ARS et les professions à risque pour un financement des mesures de prévention des IAS.
N°13 / médecin hygiéniste et infectiologue	séparation historique ville/hôpital, notion déviable	pas de données	Il va y avoir +- IAS en ville car FC plus lourdes hors hôpital	jeunes médecins +- formés et sensibilisés	avoir des connaissances avant de faire de la formation mesurer l'impact du pb avant de mettre en place des actions	les guides existent mais ne correspondent pas à la réalité du terrain	les patients ne vont pas critiquer leur médecin, relation de confiance	Manque de temps au quotidien, crainte de vagues successives recommandations par les autorités sanitaires, faire admettre à un professionnel de santé que sa pratique peut aller à l'encontre du patient	culture compartimentée entre ville et hôpital, interface difficile, suivi des patients très différent	les libéraux eux-mêmes, hôpital intervenant à leur demande si besoin, comme expertise	réaliser des études épidémiologiques, évaluation, recueil de données, vraie prise de conscience de la mesure, du pb, créer des groupes de réflexion entre pairs
N°14 / médecin généraliste	Hors de l'hôpital, pas de connaissance de dispositif spécifique	Pas de données, seuls les DASH ont un cadre d'informations disponibles	Diminution des gestes techniques au cours du temps (orientation vers plateaux techniques vers Urgences des CH)	Participation de plus en plus étendue aux "groupes Qualité" de l'UHPS, pas présent lors des sessions IAS.	Pas de connaissances des guides et recommandations	Les demandes sont tout à fait marginales	Avant tout, que la preuve soit apportée de l'importance des IAS en ambulatoire	Manque de temps au quotidien, crainte de vagues successives recommandations par les autorités sanitaires, faire admettre à un professionnel de santé que sa pratique peut aller à l'encontre du patient		Les Autorités doivent laisser plus aux pairs pour former/informer	

Annexe IV : répartition géographique des CCLIN



Source : <http://www.securitesoins.fr>

Annexe V : sommaire du “Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés hors des établissements de santé” de janvier 2006

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1. LA RESPONSABILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX.....	9
1.1. Responsabilité disciplinaire.....	9
1.2. Responsabilité civile	10
1.3. Responsabilité pénale.....	10
1.4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	10
1.5 Les apports de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	10
2. RISQUES INFECTIEUX LORS DES SOINS RÉALISÉS EN DEHORS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	11
2.1. Données de la littérature	11
2.2. Mécanismes et voies de transmission	12
a. L'infection endogène	12
b. L'infection exogène.....	12
3. HYGIENE DE BASE.....	16
3.1. Précautions « standard »	16
3.2. Hygiène des mains	17
a. <i>Lavage et désinfection des mains</i>	18
b. <i>Définitions et objectifs</i>	18
c. <i>Techniques et indications des différentes procédures d'hygiène des mains</i>	19
d. <i>Aménagement d'un point d'eau au cabinet</i>	22
3.3 Port de gants.....	23
a. <i>Gants non stériles à usage unique</i>	23
b. <i>Gants stériles à usage unique</i>	23
c. <i>Choix d'un gant et modalités d'utilisation</i>	24
3.4. Tenue vestimentaire au cours des soins	24
a. <i>Tenue de base</i>	24
b. <i>Tablier ou surblouse de protection à usage unique</i>	25
c. <i>Masques à usage unique</i>	25
4. ANTISEPSIE DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES	29
4.1. Antiseptie.....	29
4.2. Antiseptiques.....	29
a. <i>Règles d'utilisation</i>	29
b. <i>Choix du produit</i>	30
c. <i>Règles de conservation</i>	30
4.3. Acte d'antiseptie	31

5. PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PORTEUR D'UNE BACTERIE MULTIRESTANTE AUX ANTIBIOTIQUES : UNE RAISON SUPPLEMENTAIRE D'APPLIQUER LES PRECAUTIONS STANDARD.....	34
5.1. Généralités.....	34
5.2. Principales BMR hospitalières : site de portage et mécanisme de diffusion.....	35
a. <i>Staphylococcus aureus résistant à la mécilline (SARM)</i>	35
b. <i>Réservoirs et voies de transmission</i>	36
5.3. Mesures de prévention applicables en dehors des établissements de santé.....	36
a. <i>Prévention de la transmission croisée</i>	36
b. <i>Mesures d'information</i>	37
6. AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS (ATNC) : UNE RAISON SUPPLÉMENTAIRE D'APPLIQUER LES REGLES D'ENTRETIEN DES DISPOSITIFS MEDICAUX UTILISES AU COURS DUN ACTE INVASIF	39
6.1. Généralités.....	39
a. <i>Encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles</i>	39
b. <i>Agents transmissibles non conventionnels</i>	39
6.2. Conséquences pratiques.....	40
a. <i>Patient</i>	40
b. <i>Acte</i>	41
c. <i>Dispositifs médicaux</i>	42
7. GESTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX (DM)	46
7.1. Différents dispositifs médicaux.....	46
a. <i>Définition (voir glossaire et n° 6)</i>	46
b. <i>Dispositifs médicaux à usage unique</i>	46
c. <i>Dispositifs médicaux réutilisables</i>	46
7.2. Classification des dispositifs médicaux et traitement des dispositifs médicaux réutilisables.....	46
a. <i>Le dispositif médical Critique (C)</i>	46
b. <i>Le dispositif médical Semi-Critique (SC)</i>	47
c. <i>Le dispositif médical Non Critique (NC)</i>	47
7.3. Différentes étapes d'une procédure de traitement d'un dispositif médical réutilisable et immergeable.....	48
a. <i>Tableau récapitulatif</i>	48
b. <i>Etapes de pré-désinfection et nettoyage</i>	49
7.4. La stérilisation des dispositifs médicaux thermorésistants.....	51
a. <i>Généralités sur les procédés de stérilisation</i>	51
b. <i>Choix d'un stérilisateur à vapeur</i>	51
c. <i>Différentes étapes d'une stérilisation à la vapeur d'eau</i>	52
d. <i>Validation du stérilisateur</i>	53
e. <i>Contrôle du stérilisateur</i>	53
7.5. Désinfection des dispositifs médicaux thermosensibles.....	53
a. <i>Généralités sur les procédés de désinfection</i>	53
b. <i>Les différentes étapes d'une désinfection</i>	54
7.6. Stockage après stérilisation ou désinfection.....	55
7.7. Maintenance.....	55

7.8. Traçabilité.....	55
a. Traçabilité des dispositifs médicaux stérilisés.....	55
b. Traçabilité des dispositifs médicaux désinfectés	55
7.9. Externalisation de la stérilisation.....	56
7.10. Matériovigilance	56
7.10. Exemples de traitement de quelques dispositifs médicaux classés en fonction du risque infectieux (n°20)	57
8. MODALITÉS DE TRAITEMENT MANUEL POUR LA DÉSINFECTION DES ENDOSCOPES NON AUTOCLAVABLES DANS LES LIEUX DE SOINS	61
8.1. Pré-traitement	61
8.2. Nettoyage.....	61
a. Rinçage	62
b. Second nettoyage spécifique pour les endoscopes « à risque ATNC ».....	62
8.3. Rinçage intermédiaire	62
8.4. Désinfection	62
a. Caractéristiques du désinfectant.....	62
b. Renouvellement de la solution désinfectante.....	63
c. Etape de désinfection	63
8.5. Rinçage terminal	63
8.6. Séchage	64
8.7. Stockage et transport.....	64
a. Stockage.....	64
b. Transport	64
8.8. Locaux d'entretien.....	64
8.9. Instruments utilisés en endoscopie.....	64
9. REGLES D'HYGIENE POUR LA PREVENTION DES INFECTIONS LIEES A CERTAINS GESTES TECHNIQUES	67
9.1. Bonnes pratiques d'hygiène au cours des soins	67
a. Hygiène du soignant.....	67
b. Préparation du soin	67
c. Médicaments et matériels utilisés	67
d. Technique du soin	67
9.2. Principales recommandations d'hygiène pour la réalisation de certains soins	68
10. PREVENTION DES ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG ET AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES	78
10.1. Définition	78
10.2. Risque	78
10.3. Fréquence	78

COMMENT REDUIRE LE RISQUE INFECTIEUX AU CABINET MÉDICAL

SOMMAIRE	1. PROPOSITIONS POUR UN CABINET MÉDICAL IDÉAL : P 6 architecture, matériaux, mobilier.
	2. CONSIGNES D'ENTRETIEN D'UN CABINET MÉDICAL P 11
	3. LE "LAVAGE DES MAINS" P. 17 L' ANTISEPSIE DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES.

Annexe VII : figures extraites de l'article de Nicolas Troillet intitulé "Prévention des infections nosocomiales au cabinet médical : Maladies infectieuses"

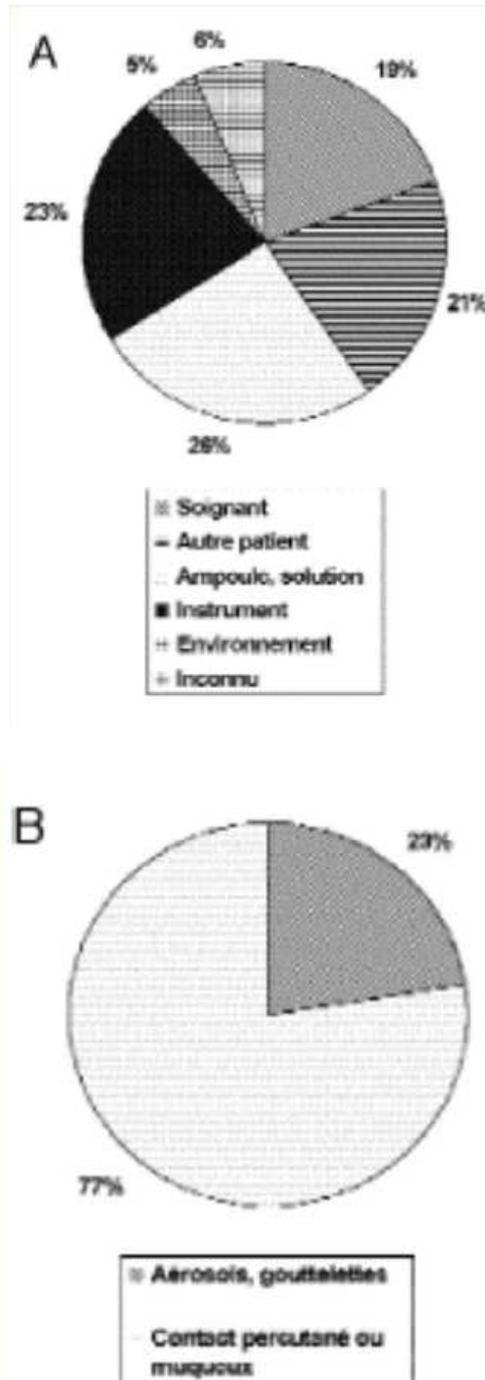


Fig. 1. Fréquence des infections nosocomiales ambulatoires, selon leur source (A) et leur mode de transmission (B).^{3,5}

Annexe VIII : “Grille d’autoévaluation pour une pratique sécurisée” de l’Ordre national des Chirurgiens-Dentistes

Grille d’autoévaluation pour une pratique sécurisée

Activité			
<input type="checkbox"/>	une bonne ventilation des locaux (VMC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	un chauffage par air pulsé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	une climatisation de type ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	la filtration de l'air ambiant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	la filtration de l'eau pour unit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	la finition en 1/4 de rond des sols et plans	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	l'insonorisation du cabinet et de la salle d'attente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	une moquette murale pour le cabinet	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des plans de travail non poreux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des revêtements muraux lessivables	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des sols étanches et lessivables	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	une stérilisation de l'eau par ultraviolets	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	le stockage séparé des produits entretien/soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	un système IGN décontamination de l'eau des unités	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Entretien			
<input type="checkbox"/>	effectuer le ménage par un personnel du cabinet à préciser	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	effectuer le ménage par une société spécialisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des produits de désinfection des sols vendus dans le commerce	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des produits de désinfection sols aux normes AFNOR ou CE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lavage des mains			
<input type="checkbox"/>	des produits de désinfection mains vendus dans le commerce	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des produits de désinfection mains aux normes AFNOR ou CE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	le séchage des mains par air pulsé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	le séchage des mains au moyen de serviette non jetable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	le séchage des mains au moyen de serviettes jetables	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	l'utilisation de savon antiseptique(++) - bactériostatique(*)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	l'utilisation de savon en pain rectangulaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Décontamination du matériel			
<input type="checkbox"/>	un conteneur spécifique pour déchets contaminés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	la décontamination par lubrification de la turbine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	la filtration des effluents d'aspiration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	des gants à usage unique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	un incinérateur piquant / tranchant (alternative - contrat)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> des lingettes et sprays de surface	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la maintenance des systèmes d'aspiration - contrat	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des produits pour la décontamination des dispositifs d'aspiration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un récupérateur d'amalgame	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un séparateur d'amalgame	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Stérilisation du matériel

<input type="checkbox"/> un autoclave (à vapeur d'eau) fonctionnant à 134° pendant 18 minutes pour un cycle total de 40 minutes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un autoclave rapide pour instruments rotatifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une cuve à ultrasons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un distillateur d'eau pour autoclave	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un lavabo automatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un lave vaisselle sécheur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des lunettes pour l'assistante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des lunettes pour le praticien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> plusieurs contre angles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> plusieurs turbines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> plusieurs pièces à mains	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des produits de décontamination / nettoyage / pré désinfection des instruments avant stérilisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des sachets autocollants pour l'ensachage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une soudeuse pour l'ensachage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des produits de désinfection des instruments thermosensibles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Outil informatique

<input type="checkbox"/> un écran tactile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un outil informatique en salle de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une protection pour clavier informatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une souris sans boule (touch down)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Organisation administrative

<input type="checkbox"/> un bureau séparé de la zone de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> le paiement à la réceptionniste hors salle de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> le paiement à l'assistante en zone de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> le paiement au praticien en zone de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Organisation de la stérilisation

<input type="checkbox"/> l'aspiration chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> l'aspiration chirurgicale par anneau d'air	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des blouses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> des canules d'aspiration chirurgicale jetables ou stérilisables	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un champ opératoire jetable ou stérilisable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des compresses stériles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des gants MAPA pour l'assistante en salle de stérilisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des masques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> du matériel jetable ou stérilisable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la mise en boîte des instruments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la mise en tiroir des instruments sans boîte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la mise sous sachet des instruments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la mise sous sachet des instruments rotatifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un plateau jetable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des plateaux séparés par acte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des plateaux séparés par patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des pompes à salive jetable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des pompes à salive non jetable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une protection jetable pour tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un fauteuil à la surface lessivable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> des tenues spécifiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Personnel

<input type="checkbox"/> une aide sans assistante diplômée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une assistante diplômée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une assistante diplômée + une réceptionniste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une assistante diplômée + une secrétaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une formation à l'hygiène bucco-dentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la formation continue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une réceptionniste sans assistante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une vaccination à jour des assistantes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une vaccination à jour du praticien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Radiographie

<input type="checkbox"/> un contrôle de l'agrément	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une machine à développer les films	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> du plomb sur les cloisons exposées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une protection sur capteur radio numérique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une radio long cône	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une radio numérisée RVG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<input type="checkbox"/> une radio numérisée RVG + radio long cône + panoramique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une radio panoramique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une radio panoramique numérisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> la récupération des bains de développement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un écran tactile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un outil informatique en salle de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une protection pour clavier informatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une souris sans boule (touch down)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Sécurité

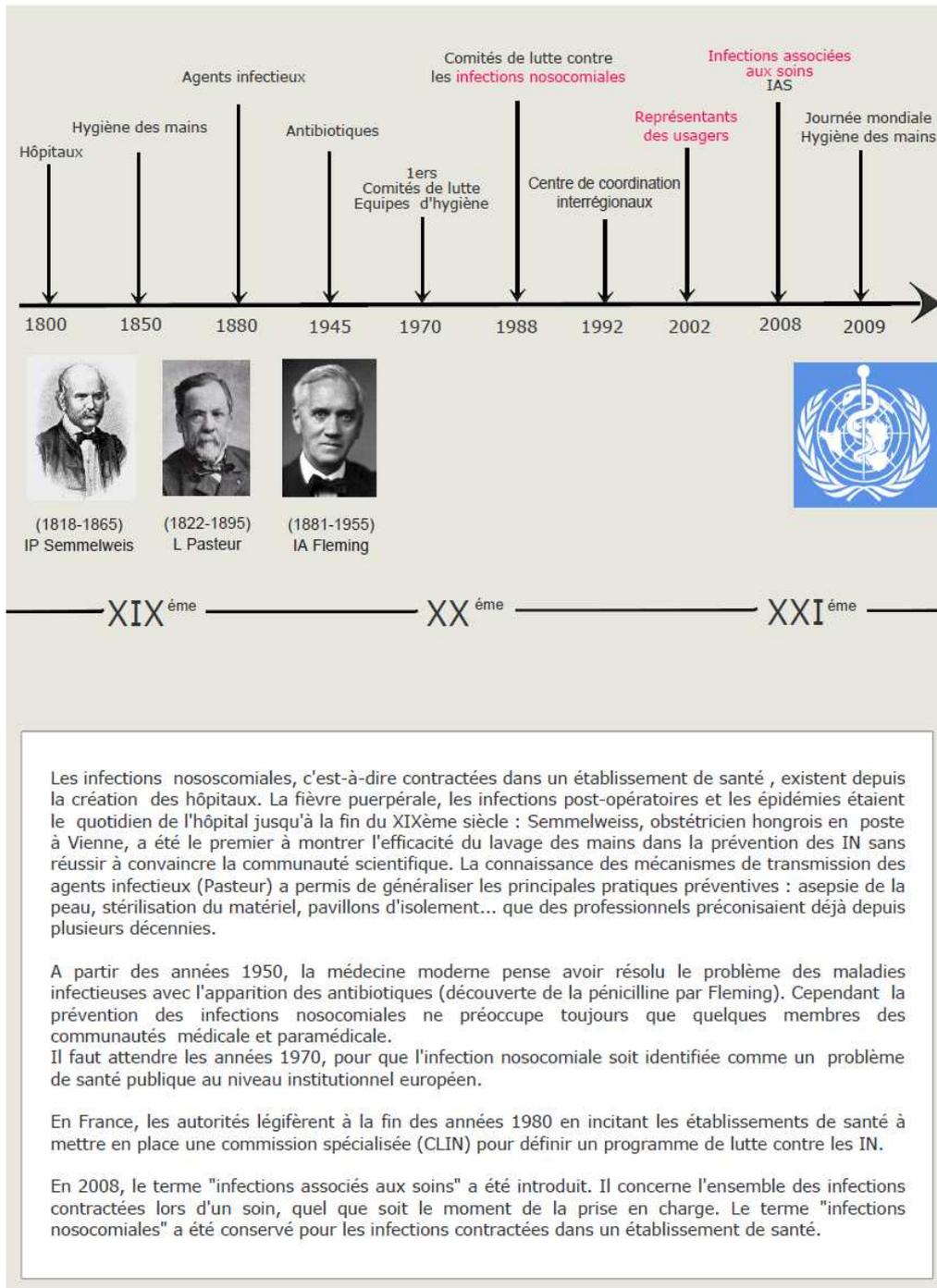
<input type="checkbox"/> des extincteurs (électricité - flammes)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une trousse de réanimation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> un stéthoscope et un tensiomètre (pour la prise de la tension artérielle avant une anesthésie locale)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> une trousse d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Traçabilité

<input type="checkbox"/> le contrôle de stérilisation avec indicateurs biologiques (mensuel)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> le contrôle de stérilisation avec indicateurs de passage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> le contrôle de stérilisation avec intégrateurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> le service après vente pour stérilisateur (remplacement-contrat)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Annexe IX : extrait du guide pratique du CCLIN Ouest "Je suis représentant des usagers pour la lutte contre les infections nosocomiales dans un établissement de santé. Ce qu'il est important de savoir..."

Historique



Thème n° 26, animé par :
D^r Jarno Pascal, Médecin de Santé Publique ; coordonnateur CCLIN Ouest

"Connaissance et perception de la lutte contre les infections associées aux soins par les acteurs du soin en dehors de l'hôpital"

Alzin Solenne (DH), Kuntz Sylvie (AAH), Berthet Brigitte (DS), Locatelli-Jouans Corinne (PHISP), Bessy Maud (AAH), Senger Julie (IASS), Dousson Denis (IES), Sidran Charlotte (D3S), Keiflin Laura (D3S)

Si la lutte contre les infections nosocomiales est active depuis la fin des années 80 dans les établissements de santé, elle n'en est qu'aux balbutiements dans le champ des soins de ville. Depuis 1988, l'organisation hospitalière s'est peu à peu structurée au niveau national, régional puis local. En 2006, la notion d'infection nosocomiale a évolué vers la notion d'infection associée aux soins, car elle s'inscrit désormais dans l'ensemble du parcours de soins du patient et recoupe les trois champs de prise en charge : hospitalier, médico-social et soins de ville. Chaque professionnel de santé a la responsabilité de signaler tout événement grave lié aux soins. Le plan stratégique 2009-2013 de mise en œuvre de la prévention des infections associées aux soins prévoit de conforter l'expérience des établissements de santé et de l'étendre en l'adaptant pour les soins de ville. Mais quelle connaissance les professionnels de santé ont-ils des IAS ? Quelles sont leurs attentes et besoins en la matière ? C'est au travers de l'analyse d'une revue bibliographique et d'entretiens avec des professionnels libéraux, impliqués ou non dans des instances liées aux IAS que nous avons tenté de faire le bilan sur le sujet. A partir de ce constat, nous avons pu proposer des pistes de réflexion.

Mots clés : infection associée aux soins - soins de ville - infection nosocomiale - prévention - professions libérales - usager - patient - parcours de soins - hygiène

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs